

# ตำราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่



บรรณาธิการ  
ศุภวิทย์ มุตตามระ  
กุสุมา ชูศิลา  
อุมาพร สุกทัศน์วรุตม์  
วรากรณ์ แสงทวิสิน  
ยุพยง แห่งเขาวนิช



# ตำราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่

คณะกรรมการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บรรณาธิการ

ศุภวิทย์ มุตตามระ

กฤษมา ชูศิลป์

อุมาพร สุกทัศน์วรุตม์

วรากรณ์ ไสงทวิสิน

ยุพยง ไส่วงเขาวนิช



## คำนิยาม

ผู้ที่เคยได้อ่านรายงานขององค์การ UNICEF เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศต่างๆ เมื่อปี พ.ศ. 2548 คงจะรู้สึกตกใจและแปลกใจ ที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลา 6 เดือนของประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 5.4 ต่ำเป็นอันดับที่ 3 ก่อนสุดท้ายของโลก โดยต่ำกว่าประเทศรอบข้าง เช่น พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนาม เป็นต้น และเมื่อได้เห็นรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2549 ที่พบว่าหญิงไทยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลา 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 14.5 อาจจะมีใจชื่นชื่นบ้าง แต่ก็ยังเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างต่ำ เพลงที่เคยกินใจเกี่ยวกับคุณค่าของนมแม่ เช่น "โอ้วแม่จ๋า ลูกคิดถึงค่าน้ำนม เลือดในอกผสม กลั่นเป็นน้ำนม ให้ลูกดื่มกิน..." หรือ "น้ำนมจากอก อาหารของความอาทร...อุ่นไอรัก อุ่นละมุน ขอน้ำนมอุ่นจากอกให้ลูกดื่มกิน" เพลงเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าในสมัยก่อน ลูกทุกคนมักจะได้นมแม่กินเป็นส่วนใหญ่

สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้ผู้เป็นแม่ไม่สามารถให้นมลูกได้เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน แม้ในทางการแพทย์จะเป็นที่ทราบกันดีว่า นมแม่ทำให้พัฒนาการทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ของเด็กดีกว่า อีกทั้งเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคมุมน้ำนมที่น้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่ จึงเป็นหน้าที่ของพวกเราที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องให้ข้อมูลและกระตุ้นให้สตรีหลังคลอดให้นมแม่แก่ลูกของตนเองให้ได้อย่างน้อย 6 เดือน

ผมรู้สึกชื่นชมที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้จัดทำตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนักศึกษาแพทย์เล่มนี้ขึ้นมา เพราะการที่ให้ผู้ที่จบไปเป็นแพทย์ได้เห็นความสำคัญ และประโยชน์มหาศาลของนมแม่ ย่อมจะไปเป็นกำลังสำคัญที่จะผลักดันให้สังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องให้นมแม่หลังคลอด นอกจากจะสร้างความผูกพันอันล้ำลึกระหว่างแม่ลูก ยังจะทำให้เด็กเหล่านั้นเติบโตอย่างมีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมบุรณ์ คุณาธิคม  
ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

## ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2555

จำนวน 1,000 เล่ม

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

#### National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ศุภวิทย์ มุตตามระ

ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.--กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2555.

272 หน้า.

1. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. I. ทิพวรรณ ทรัพย์เจริญทวี, ผู้วาดภาพประกอบ. II. ชื่อเรื่อง.

649.33

ISBN 978-616-91375-0-4

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2542

บรรณาธิการ : ศุภวิทย์ มุตตามระ  
กฤษมา ชูศิลป์  
อุมาพร สุทัศน์วรุดิ  
วารารณณ์ แสงทวีสิน  
ยุพยง แห่งเขาวนิช

เจ้าของ : มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย  
420/8 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
อาคารสถาบันฯ ชั้น 11 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร โทร. 0-2354-8404 แฟกซ์. 0-2354-8409  
www.thaibreastfeeding.org

จัดทำโดย : คณะกรรมการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

พิมพ์ที่ : บริษัท สำนักพิมพ์ ไอยรา จำกัด  
โทร. 0-2881-5744 แฟกซ์ 0-2881-5744 www. aiyarabook.com

ศิลปกรรม : พัทธ ศานต์ศิลป์

ออกแบบรูปเล่มและวาดภาพประกอบ : ทิพวรรณ ทรัพย์เจริญทวี

ผู้ถ่ายภาพปก : นักศึกษาแพทย์สราวุธ สุวรรณ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาพปก : นางสาวฉัตรชนก อินไชย ดญ.แซนดี้ ภิญาพัชญ์

นักศึกษแพทย์ธาวิณี ตริสกุล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## คำนิยม

เราทราบกันดีว่านมคนเหมาะสำหรับคน นมของสัตว์ไม่เหมาะสำหรับคน ถ้าจะนำมาใช้เลี้ยงทารก ต้องนำไปดัดแปลงเพื่อให้เหมือนนมของคน ในอดีตเด็กทุกคนกินนมแม่ ปรากฏว่าในทศวรรษแรกเด็กไทย มีน้ำหนักตัวดีกว่าเด็กในตะวันตก แต่เมื่อประมาณห้าสิบปีเศษที่ผ่านมาสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลง แม่ต้องไปทำงานนอกบ้านหลังคลอดเพื่อหาเลี้ยงชีพ แม่ไม่สามารถเอาลูกไปยังที่ทำงานเพื่อให้นมบุตรได้ ประจวบกับมีนมผงดัดแปลงสำหรับเลี้ยงทารกเข้ามาขายในประเทศไทย ทำให้แม่ไม่ต้องลาออกจากงานมาเลี้ยงลูก แม่ส่งให้ยายหรือจ้างคนมาเลี้ยงลูกแทน ส่วนนมแม่ก็ไม่ได้ให้เพราะใช้นมผสมแทน ความจริงรายได้ของแม่บางราย อาจจะน้อยกว่าค่าจ้างคนเลี้ยงและค่าช้อนนมผสมให้ลูกด้วยซ้ำ แถมลูกยังขาดความใกล้ชิดจากแม่ ธุรกิจที่ขายนมผงดัดแปลงมีการแข่งขันกันมาก มีการตลาดจนทำให้คนจำนวนไม่น้อยเข้าใจผิดคิดว่านมผงเป็นของดี เพราะมีการเติมสารหลายอย่างเข้าไป ความจริงแล้วสิ่งที่เขาเติมเข้าไปนั้นมียูอยู่แล้วในนมแม่

ปัจจุบัน ความรู้ทางด้านโภชนาการทำให้เราทราบว่า นมแม่นอกจากจะมีส่วนประกอบที่พอเหมาะสำหรับเด็กทารกแล้ว ยังช่วยเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคให้กับเด็กด้วย พัฒนาการทางด้านเทคโนโลยีทำให้เราสามารถดูนมแม่ออกมาใส่ถุงไว้และสามารถเก็บใส่ตู้แช่แข็งไว้ใช้ได้เป็นเวลานาน การที่แม่ต้องไปทำงานนอกบ้านไม่ได้เป็นอุปสรรคในการให้นมแม่อีกต่อไป การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น่าจะเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ที่สอนต่อกันมา แต่เนื่องจากพ่อแม่รุ่นหลังเติบโตมาจากนมหวดขาดประสบการณ์กินนมแม่ เราต้องมาเริ่มสอนกันใหม่ ต้องมีการเตรียมแม่ตั้งแต่ก่อนคลอด ต้องสอนวิธีการให้นมแม่ที่ถูกวิธี ในระยะแรกนมแม่น้อยทำให้แม่มีความวิตกกังวลว่าลูกจะได้อาหารไม่พอ จึงไปเสริมด้วยนมขวดซึ่งไหลสะดวกทำให้เด็กติดนมขวด สมัยก่อนไม่มีนมขวดเราก็อยู่ได้โดยไม่มีปัญหา แต่ปัจจุบันมีนมขวดมาแข่งทำให้แพทย์ต้องมีความรู้ในการแก้ปัญหาเหล่านี้

ในหนังสือเล่มนี้ได้มีเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการให้นมแม่อย่างครบถ้วน ผมขอแสดงความยินดีและชื่นชมต่อผู้ร่วมเขียนหนังสือเล่มนี้ นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ใช้ศึกษาและเป็นคู่มือในการสนับสนุนการให้กินนมแม่ได้เป็นผลสำเร็จ ผมขอขอบคุณ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสูติแพทย์และกุมารแพทย์ที่ได้ช่วยสนับสนุนให้งานนี้สำเร็จ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา  
ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

## คำนิยม

ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เล่มนี้ เป็นหนังสือที่ดี ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วนที่จะใช้จัดการเรียนการสอนในระดับแพทยศาสตรบัณฑิตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยลดข้อสงสัยและข้อกั่วงวลในการปฏิบัติ และการเริ่มต้นส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนั้นหนังสือเล่มนี้ใช้เป็นคู่มือของผู้ให้บริการได้เป็นอย่างดี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว หนังสือตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก ผลิตขึ้นมาจะเป็นตำราที่นำไปใช้ประโยชน์ในงานอนามัยแม่และเด็กในด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วยข้อเขียนจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเนื้อหาวิชาการได้ปรับปรุงให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก และผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน กรมอนามัยหวังว่าตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ขอขอบคุณมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย องค์การยูนิเซฟ และองค์การอนามัยโลก ผู้มีส่วนช่วยในการผลิตตำราที่มีคุณค่าเล่มนี้ เพื่อให้สุขภาพแม่และเด็กไทยดีขึ้น

ดร.นายแพทย์สมยศ ติรัศมี

อธิบดีกรมอนามัย

## คำนิยม

หนังสือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เล่มนี้ จัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อเป็นสื่อการเรียนการสอนสำหรับหลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่ 18 แห่งในประเทศไทย ซึ่งคณะกรรมการจัดการเรียนการสอนของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยและอาจารย์โรงเรียนแพทย์ ได้พยายามจัดทำขึ้นจนสำเร็จ

หนังสือเล่มนี้ประกอบด้วยองค์ความรู้และวิถีปฏิบัติที่ถูกต้องที่จะช่วยให้โรงเรียนแพทย์สามารถนำไปจัดการเรียนการสอนและผลิตแพทย์ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง โดยเฉพาะให้แม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จก่อนออกจากโรงพยาบาล เพราะแพทย์คือผู้ที่แม่ให้ความเชื่อถือและเป็นบุคคลแรกที่แม่ได้พบตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์

มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้ต่างๆ จากหนังสือเล่มนี้จะนำมาซึ่งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไปในอนาคต

**แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ**  
**ประธานศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย**

## คำนิยม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ สิ่งที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาการของทารก คุณค่าทางอาหารทารกที่ได้จากน้ำนมแม่นั้น มีประโยชน์อย่างมากมหาศาลต่อสุขภาพ และดีที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของชีวิต และสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน คือ การสร้างสายใยผูกพันระหว่างแม่กับลูก ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์อันอบอุ่นของครอบครัว

ในฐานะสูติแพทย์ ได้ประจักษ์ความจริงเรื่องนี้ และพยายามส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตลอด เมื่อกระผมได้รับการเลือกตั้งเป็นประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2550-พ.ศ. 2552 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลา 6 เดือนแรกของประเทศไทยนั้นต่ำมาก จึงได้ร่วมมือกับศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย จัดทำโครงการพัฒนาการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย กรมอนามัย UNICEF องค์การอนามัยโลก และจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ดำเนินการจัดทำโครงการดังกล่าว คณะกรรมการฯ มอบหมายให้ พลโทนายแพทย์ศุภวิทย์ มุตตามระ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุสุมา ชูศิลป์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร สุทัศน์วรวิฒิ แพทย์หญิงวราภรณ์ แสงทวีสิน และแพทย์หญิงยุพียง แห่งเขาวนิช เป็นคณะบรรณาธิการ จัดทำตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นสื่อการเรียนการสอนให้สถาบันผลิตแพทย์ นำไปจัดการเรียนการสอนให้บัณฑิตแพทย์ รวมทั้งแพทย์ประจำบ้านในสาขาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา และสาขากุมารเวชศาสตร์ ได้มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์และศิลปะของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสามารถนำไปส่งเสริม สนับสนุน ให้คำปรึกษา ให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อทารก ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติในที่สุด

ขอขอบคุณคณะบรรณาธิการ และผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้ทุ่มเทกำลังความรู้ความสามารถ ผลิตตำราที่มีคุณค่ายิ่งเล่มนี้ หวังว่าตำราเล่มนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สมดังที่คณะกรรมการฯ ตั้งใจไว้ทุกประการ

**ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุวัชัย อินทร์ประเสริฐ**  
**ประธานคณะกรรมการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**



## คำนำ

ตำราเล่มนี้จัดทำขึ้นตามโครงการพัฒนาการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการจัดทำสื่อการสอนอื่นๆ ของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้แพทย์ที่จบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญทางสูตินรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรมมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่หญิงตั้งครรภ์และแม่ได้ อีกทั้งยังหวังว่าความรู้ที่ได้จากตำราเล่มนี้จะทำให้แพทย์มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนสูงขึ้น นอกจากนี้ความรู้ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วตำราเล่มนี้ยังได้มีบทที่เกี่ยวกับเรื่องทางสังคมตลอดจนวิธีการจัดการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยองค์กรต่างๆ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เพื่อให้ผู้ที่อ่านตำราเล่มนี้มีความรู้รอบด้าน สามารถนำความรู้ไปแก้ไขปัญหาลูกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างองค์รวมได้เมื่อออกไปปฏิบัติงาน

ตำราเล่มนี้สำเร็จได้เพราะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือเป็นอย่างดีในทุกๆ ด้านจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) องค์กรเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) องค์กรอนามัยโลก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิจากโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ซึ่งคณะผู้จัดทำขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

สุดท้ายนี้คณะบรรณาธิการขอมอบความดีที่เกิดจากตำราเล่มนี้ให้แก่ **คุณแม่** ทุกท่านที่ได้ให้สิ่งที่มีคุณค่าที่สุดแก่ลูกตั้งแต่แรกเกิด

ศุภวิทย์ มุตตามระ  
กุสุมา ชูศิลป์  
อุมภาพร สุธัตินวรรุฒิ  
วรภรณ์ แสงทวีสิน  
ยุพยง แห่งชาวนิช  
บรรณาธิการ

ช

### ผู้พิมพ์

กรรณิการ์ บางสายน้อย

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
M.P.H. (Population and Family Health)  
Certificate in Lactation Management Education,  
Wellstart International, San Diego, USA  
Certificate in Breastfeeding: Practice and Policy,  
Centre for International Child Health,  
Institute of Child Health, UK  
กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ  
ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

กฤษมา ชูศิลป์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Master of Community Health (Nutrition)  
Certificate in Lactation Management Education,  
Wellstart International, San Diego, USA  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

จรรยา จิระประดิษฐา

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชัยวัฒน์ งามปิยะสกุล

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม  
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

จิตินันท์ ตันสถิตย์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ช

นิชรา เรืองดารกานนท์

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Certificate in Developmental-behavioral Pediatrics  
อ.ว. กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม  
อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นิพรณพร วรมงคล

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Certificate in Lactation Management Education,  
Wellstart International, San Diego, USA  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักส่งเสริมสุขภาพ  
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บุญยาพร พันธิตพงษ์

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม  
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บุษบา วิวัฒน์เวดิน

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและตับ  
DTM & H, Certificate of Pediatric Gastroenterology,  
J.W. Goethe University, Germany  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเสริฐ บุญเกิด

พ.บ., ว.ว. ประสาทวิทยา  
Dip. Am. Board of Neurology  
ศาสตราจารย์  
อาจารย์พิเศษภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริศนา พานิชกุล

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อ.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์  
กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ณ

ณ

**ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

**ศิรินุช ชมโท**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ  
PhD in Pediatric Nutrition, University College London, UK  
Diploma in Pediatric Nutrition, Royal College of  
Pediatric and Child Health, UK  
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาวิน พัวพรพงษ์**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ยุพยง แห่งเชาวนิช**

พ.บ., อ.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
Certificate in Breastfeeding: Policy and Practice,  
Infant Feeding Consortium (IFC) and the World  
Alliance for Breastfeeding Action (WABA), Malaysia  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

**ศิริพัฒนา ศิริฉัตรนกุล**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Certificate in Breastfeeding: Practice and Policy,  
Centre for International Child Health, Institute of  
Child Health, UK  
แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

**เยาวภา จงเป็นสุขเลิศ**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ศิริพร กัญชนะ**

พ.บ., Dip. Am. Board of Pediatrics  
M.P.H. ( MCH ) University of California, Berkeley, USA  
Certificate in Lactation Management Education,  
Wellstart International, San Diego, USA  
Certificate in HIV / AIDS Management, University  
of Exeter, UK  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

**วราภรณ์ แสงทวีสิน**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด  
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**วิไลพร เตชะสาดิต**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด  
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**ศุภวิทย์ มุตตามระ**

พ.บ., Dip. Am. Board of Obstetrics and Gynecology  
อ.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อ.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์  
ที่ปรึกษาของสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Certificate in Hubert H. Humphrey Fellowship Program  
(Community Nutrition), USA  
Certificate in Breastfeeding: Practice and Policy, Centre  
for International Child Health, Institute of Child Health, UK  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

**สมศักดิ์ สุทัศน์วรรุฒิ**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
Certificate in Applied Epidemiology and Biostatistics,  
Centers for Disease Control, USA  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ฎ

**สันทิต บุญยะสัง**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสาธารณสุข  
อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกันสาขาระบาดวิทยา  
Certificate in Maternal and Child Health, China  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย

**สาคร ธนมิตร**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
Dip. Am. Board of Pediatrics, D.Sc.(Med)  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ  
ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

**สาวิตรี พรานพนัส**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**สุทธิชัย แซ่เฮ้ง**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**สุภาพรณ ดันตราชีวิต**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ  
อาจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**สุวัชย์ อินทรประเสริฐ**

พ.บ., ป. ชั้นสูง สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
Dip. in Population Growth Studies, UK  
อ.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อ.ว. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์  
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ  
อาจารย์พิเศษ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ฎ

**สุอารีย์ อันตระการ**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
Dip. Obstetrics and Gynecology, New Zealand  
Certificate in Lactation Management Education,  
Wellstart International, San Diego, USA  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
อาจารย์พิเศษคลินิกนมแม่  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**อรวรรณ คีรีวัฒน์**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
Certificate in Sterilisation, Singapore  
รองศาสตราจารย์  
ที่ปรึกษา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**อุมาพร สุกษ์นรรุณิ**

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์  
อ.ว. กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ  
Research Fellowship, Combined Program in Pediatric  
Gastroenterology and Nutrition, Boston Children's  
Hospital, USA  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**เอกชัย ไคววาริราช**

พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา  
อ.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์  
อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต  
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาสูติ-นรีเวชกรรม  
กลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

## สารบัญ

คำนิยม.....	ก
คำนำ.....	ฉ
ผู้พิมพ์.....	ช
สารบัญ.....	๕๖
<b>หมวดที่ 1 ความรู้พื้นฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>	
<b>บทที่ 1</b> กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม.....	1
<i>สาวิตรี พรานพนัส สุอารีย์ อันตรระการ ยุพยง แห่งเขาวนิช</i>	
<b>บทที่ 2</b> ส่วนประกอบของนมแม่.....	15
<i>ศิริบุษ ชมโท ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร</i>	
<b>หมวดที่ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์คุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>	
<b>บทที่ 3</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับสุขภาพแม่.....	29
<i>บุญยาพร พันธิตพงษ์</i>	
<b>บทที่ 4</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับสุขภาพทารก.....	33
<i>กุสุมา ชูศิลป์</i>	
<b>บทที่ 5</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก.....	45
<i>สาคร ธนมิติต์ ประเสริฐ บุญเกิด นิชรา เรืองดารกานนท์</i>	
<b>หมวดที่ 3 การส่งเสริม ปกป้อง และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>	
<b>ในวงการแพทย์และสาธารณสุข</b>	
<b>บทที่ 6</b> เกณฑ์ระดับสากลของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก.....	55
<i>กุสุมา ชูศิลป์</i>	
<b>บทที่ 7</b> ยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและเด็ก.....	63
<i>นิพรณพร วรมงคล</i>	
<b>บทที่ 8</b> นโยบายและการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว.....	69
<i>นิพรณพร วรมงคล ภาวิน พัวพรพงษ์</i>	
<b>บทที่ 9</b> หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง....	75
<i>สันติต บุญยะสง่ ยุพยง แห่งเขาวนิช</i>	
<b>บทที่ 10</b> สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.....	81
<i>กุสุมา ชูศิลป์ ศิริพร กัญชนะ</i>	
<b>บทที่ 11</b> อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.....	91
<i>กุสุมา ชูศิลป์</i>	
<b>หมวดที่ 4 กระบวนการดูแลแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>	
<b>บทที่ 12</b> การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์.....	99
<i>ยุพยง แห่งเขาวนิช</i>	

## สารบัญ (ต่อ)

<b>บทที่ 13</b> การจัดบริการการคลอดที่เป็นมิตรกับแม่.....	107
<i>เอกชัย โค้ววิสารัช สุทธิชัย แซ่เฮ้ง</i>	
<b>บทที่ 14</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงไตรมาสแรกหลังคลอด.....	117
<i>ยุพยง แห่งเขาวนิช</i>	
<b>บทที่ 15</b> แนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด.....	123
<i>เยาวภา จงเป็นสุขเลิศ</i>	
<b>บทที่ 16</b> ปัญหาด้านแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.....	135
<i>ปริศนา พานิชกุล</i>	
<b>บทที่ 17</b> การให้ยาแก่แม่ระยะให้นมลูก.....	147
<i>ธิดินันท์ ตันสถิตย์ ศุภวิทย์ มุตตามระ</i>	
<b>บทที่ 18</b> การวางแผนคุมกำเนิดระยะให้นมลูก.....	153
<i>อรรวรรณ ศิริวัฒน์ สุชัย อินทรประเสริฐ</i>	
<b>บทที่ 19</b> การมีเพศสัมพันธ์ระยะให้นมลูก.....	157
<i>สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ</i>	
<b>หมวดที่ 5 กระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กเล็ก</b>	
<b>บทที่ 20</b> การประเมินทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่.....	163
<i>กุสุมา ชูศิลป์</i>	
<b>บทที่ 21</b> การป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่.....	175
<i>วราภรณ์ แสงทวีสิน</i>	
<b>บทที่ 22</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด.....	187
<i>จรรยา จิระประดิษฐา</i>	
<b>บทที่ 23</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ผิดปกติหรือป่วย.....	191
<i>กุสุมา ชูศิลป์ จรรยา จิระประดิษฐา วิไลพร เตชะสาธิต</i>	
<b>บทที่ 24</b> เทคนิคพิเศษในการให้นมแม่แก่ทารกที่มีปัญหาสุขภาพ.....	209
<i>วิไลพร เตชะสาธิต</i>	
<b>บทที่ 25</b> การจัดบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี.....	215
<i>กรรณิการ์ บางสายน้อย บุษบา วิวัฒน์เวคิน ชัยวัฒน์ นามปิยะสกุล</i>	
<b>หมวดที่ 6 ความต่อเนื่องและยั่งยืนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>	
<b>บทที่ 26</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานที่ทำงาน.....	227
<i>ศิริพัฒนา ศิริธนารัตนกุล ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร</i>	
<b>บทที่ 27</b> การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครอบครัวและชุมชน.....	231
<i>กรรณิการ์ บางสายน้อย</i>	

## สารบัญ (ต่อ)

หมวดที่ 7 โภชนาการของแม่และทารกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
บทที่ 28	อาหารและโภชนาการสตรีตั้งครรภ์และแม่ระยะให้นมลูก.....	243
	ปริศนา พานิชกุล	
บทที่ 29	การให้อาหารตามวัยในทารกและเด็กเล็ก.....	251
	อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ   สุภาพรรณ ตันตราชีวรร	

# หมวดที่ 1

ความรู้พื้นฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



# บทที่ 1 กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม

ลาวัตรี พรานพนัส  
สุวารีย์ อันตรการ  
ยุพยง แห่งเขาวนิจ

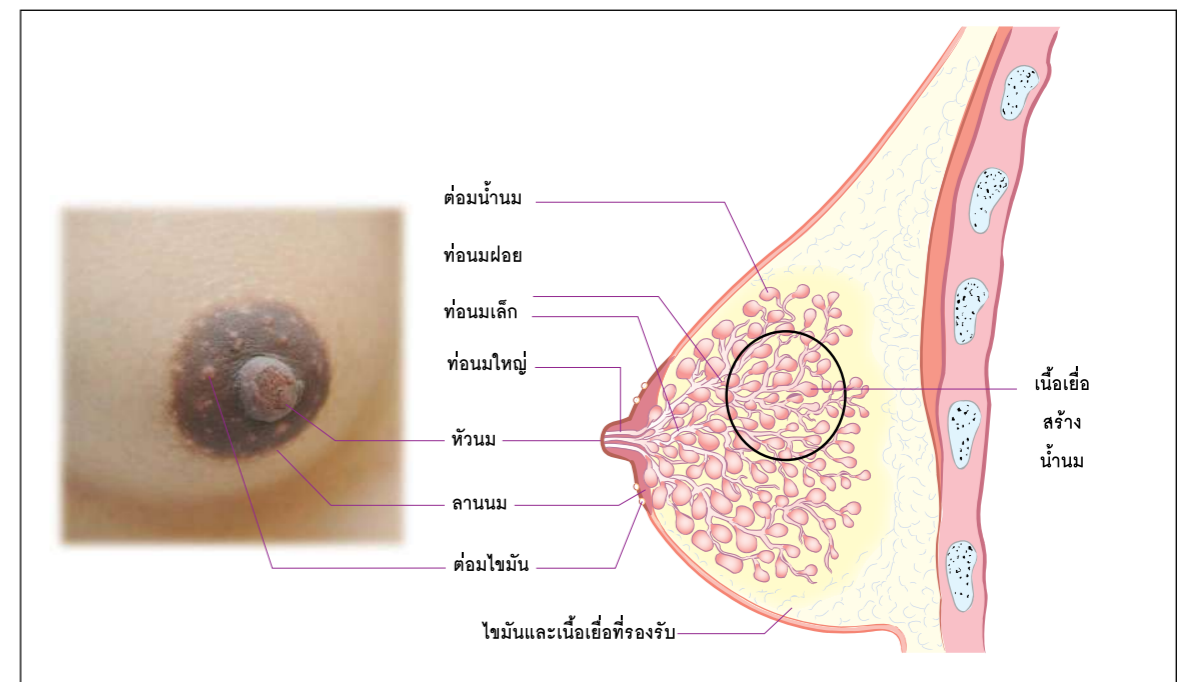
เต้านมเป็นอวัยวะหนึ่งซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของเต้านมจะไม่มีการพัฒนาอย่างครบทุกระยะ หากสตรีนั้นไม่ได้ผ่านการตั้งครรภ์และให้นมบุตร การพัฒนาของเต้านมเริ่มขึ้นตั้งแต่ยังเป็นทารกในครรภ์ วัยเด็ก จนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่น การเปลี่ยนแปลงที่พบมากที่สุด คือ ระยะตั้งครรภ์ และระยะการให้นมบุตรซึ่งมีกระบวนการที่ซับซ้อน ดังนั้นการที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะให้คำแนะนำแม่ให้นมลูกได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจปัญหาต่างๆ และสามารถแก้ไขได้ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับส่วนประกอบโครงสร้างและกลไกการทำงานของเต้านมเป็นหลัก และสามารถนำความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง

## กายวิภาคของเต้านม

โครงสร้างของเต้านมในระยะให้นมบุตรประกอบด้วย หัวนม (nipple) ลานนม (areola) และตัวเต้านม (corpus mammae) ซึ่งประกอบด้วย เนื้อเยื่อที่สร้างน้ำนม (glandular tissue) ฝังอยู่ในเนื้อเยื่อไขมันรองรับด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) และเอ็นยึดโยง (suspensory ligament) ที่เรียกว่า Cooper's ligament รวมทั้งหลอดเลือดและเส้นประสาท (รูปที่ 1.1) มีรายละเอียดดังนี้

### หัวนม (Nipple)

หัวนมเป็นส่วนของเต้านมที่ยื่นออกมา อยู่บริเวณกลางลานนม รูปร่างคล้ายกรวย มีสีน้ำตาลหรือชมพู อาจมีขนาดเล็กใหญ่ต่างกันในแต่ละบุคคล มีเส้นผ่าศูนย์กลาง



รูปที่ 1.1 โครงสร้างของเต้านม

ประมาณ 16 มม.<sup>1,2</sup> และยาวประมาณ 0.7 ซม.<sup>1</sup> หัวนมมีลักษณะนุ่มและยืดหยุ่น สามารถยืดขยายและลูไปตามรูปและขนาดปากของทารก ภายในหัวนมมีท่อนมทอดผ่านรูเปิดตรงส่วนปลายของหัวนมประมาณ 5-9 รู<sup>2,4</sup>

**ลานนม (Areola)**

ลานนมคือผิวหนังที่ล้อมรอบหัวนมเป็นวงกลม ที่หนาหยาบ ยืดหยุ่นมาก และมีสีเข้ม เนื่องจากมี melanin pigment มาจับผิวหนังบริเวณนี้มากขึ้น ลานนมขยายใหญ่ขึ้นมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด โดยเฉพาะในวันที่ 3 ที่มีการสร้างน้ำนม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 6.4 ซม. บนผิวของลานนมมีตุ่มนูนเป็นรูเปิดของไขมัน (Montgomery's tubercle) จำนวน 4-28 ตุ่ม มีขนาดใหญ่ขึ้นในช่วงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ต่อมาไขมันสร้างไขมันที่มีสารต้านการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และหล่อลื่นผิวหนังบริเวณลานนมไม่ให้แห้งและแตกง่าย นอกจากนี้พบว่าต่อมไขมันยังผลิตกลิ่นที่นำพาทารกเข้าหาเต้านมแม่และกระตุ้นทารกให้ดูดนมแม่<sup>3</sup>

บริเวณใต้ลานนม เดิมเข้าใจว่ามีท่อนมที่ขยายพองออกเป็นกระเปาะเก็บน้ำนม (lactiferous sinus) ในปัจจุบันได้มีการนำอัลตราซาวด์มาช่วยในการศึกษากายวิภาคเต้านมของแม่ในระยะให้นมบุตร<sup>2,4</sup> พบว่าไม่มี lactiferous sinus แต่เป็นท่อนมใหญ่ (main duct) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.0-4.5 มม. จำนวน 6-18 ท่อ อยู่ใต้ฐานหัวนม ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำนม

ไม่ได้เป็นที่เก็บน้ำนม ซึ่งจะขยายใหญ่ขึ้นเมื่อมีน้ำนมไหลผ่าน ท่อนมใหญ่แตกกิ่งเหมือนรากฝอยของต้นไม้ในเนื้อเยื่อเต้านม ซึ่งแตกกิ่งออกไปเป็นท่อนมเล็ก (duct) ขนาดประมาณ 2 มม. และท่อนมฝอย (ductules) ที่มีขนาดเล็กกว่า 1.0 มม. ตัวท่อนมอยู่ตื้นห่างจากผิวหนังประมาณ 0.7-7.9 มม. ทำให้ถูกกดทับได้ง่าย

ผิวหนังบริเวณหัวนมและลานนมเป็นส่วนที่บอบบางที่สุด มีปลายประสาทและหลอดเลือดหล่อเลี้ยงมากมาย จึงรับความรู้สึกที่ไวต่อการสัมผัสและการดูดในชั้นผิวหนังของหัวนมและลานนมมีกล้ามเนื้อเรียบเล็กๆ เรียงประสานกัน 3 ชั้น<sup>5</sup> กล้ามเนื้อชั้นในสุดเรียงตามความยาวของท่อนมในหัวนม กล้ามเนื้อชั้นกลางเป็นวงกลมล้อมรอบท่อนมทั้งหมดเข้าด้วยกัน กล้ามเนื้อชั้นนอกสุดแผ่เป็นรัศมีและถักทอเป็นตาข่ายที่บังกล้ามเนื้อชั้นกลางและคลุมหัวนมและลานนม (รูปที่ 1.2) ลักษณะการเรียงตัวของกล้ามเนื้อทำให้ท่อนมไม่ถูกอุดกั้น ในขณะที่แม่ให้นมลูกกล้ามเนื้อหดตัว ทำให้พื้นผิวของลานนมลดลง หัวนมตั้งชันขึ้น (erection) และขับน้ำนมออกจากท่อ สังเกตได้จากการที่กล้ามเนื้อถูกกระตุ้น โดยการสัมผัสความเย็นหรือมีความรู้สึกทางเพศ กล้ามเนื้อจะหดตัวทำให้หัวนมมีขนาดเล็กลงและย่นนูนสูงขึ้น<sup>5</sup>

**ตัวเต้านม (Corpus mammae)**

ตัวเต้านมตั้งอยู่บริเวณหน้าอกระหว่างกระดูกซี่โครงคู่ที่ 2 ถึงคู่ที่ 6 เต้านมมีฐานเป็นผนังพังผืด ยึดกับ

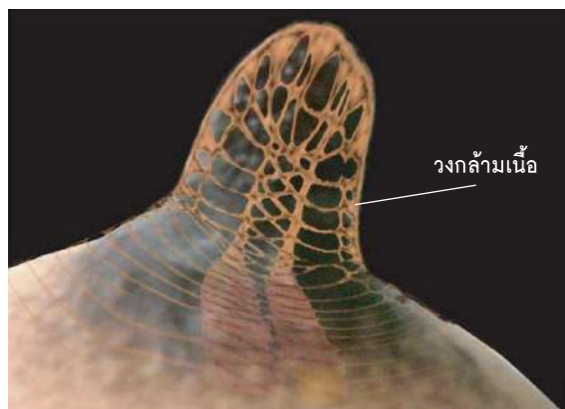
กล้ามเนื้อ pectoralis major external oblique และ serratus anterior เมื่อโตเต็มที่มีน้ำหนักประมาณ 200 กรัม ในระยะไตรมาสที่สามมีน้ำหนักประมาณ 400-500 กรัม และระยะให้นมบุตรมีน้ำหนักประมาณ 600-800 กรัม<sup>6</sup> ภายในเต้านมมีเนื้อเยื่อสร้างน้ำนมประกอบด้วยต่อมน้ำนม (alveoli) และท่อนม (duct) ต่อมน้ำนมรวมตัวกันเป็น lobes เหมือนพวงองุ่น แต่ละ lobe แยกย่อยออกเป็น lobule เชื่อมต่อกันด้วยท่อนมเล็ก และที่แตกกิ่งก้านออกเป็นท่อนมฝอย ส่วนปลายจะพองออกเป็นกระเปาะเรียกว่า ต่อมน้ำนม (alveoli) มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.12 มม. หนึ่งlobule จะมีต่อมน้ำนมประมาณ 10-100 ต่อมน้ำนม<sup>6</sup> เดิมเชื่อว่าแต่ละ lobe แยกจากกันชัดเจนโดยมีผนังกันแต่ปัจจุบันพบว่า lobes เชื่อมต่อกัน<sup>4</sup>

เซลล์ต่อมน้ำนม (alveolar cells) มีเยื่อเซลล์ 2 ชั้น เซลล์ชั้นในจะเปลี่ยนเป็นเซลล์สร้างน้ำนม (lactocyte) ทำหน้าที่สร้างน้ำนมเก็บไว้ภายในกระเปาะ โดยการกระตุ้นจากฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) เซลล์ชั้นนอกเป็นเซลล์กล้ามเนื้อเล็กๆ (myoepithelial cells) เรียงตัวประสานรอบต่อมน้ำนมและท่อนม คล้ายตระกร้า ทำหน้าที่บีบน้ำนมออกจากกระเปาะเมื่อได้รับการกระตุ้นจากฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) (รูปที่ 1.3) ต่อมน้ำนมและท่อนมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) อยู่บริเวณลานนมแผ่เป็นรัศมีห่างจาก

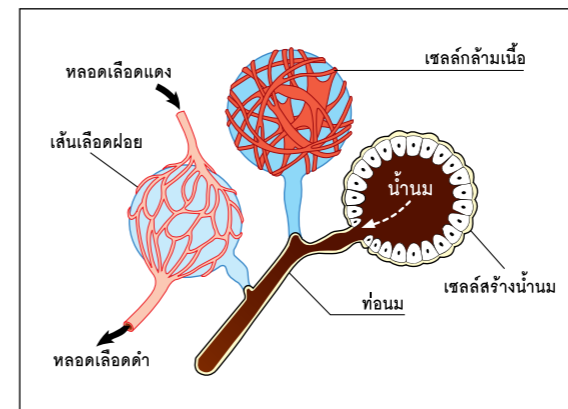
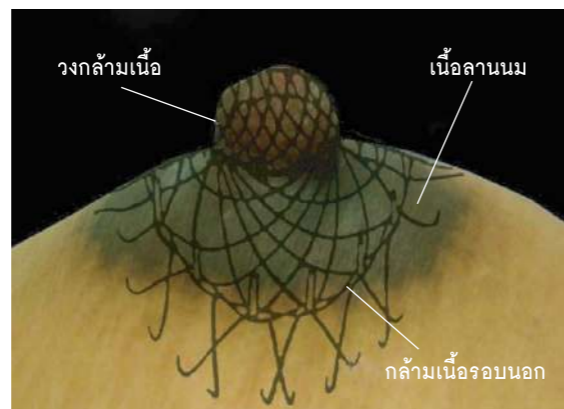
ฐานของหัวนมประมาณ 30 มม.<sup>2</sup> ต่อมน้ำนมและท่อนมถูกหุ้มด้วยไขมัน ซึ่งกระจายอยู่ในบริเวณเนื้อเยื่อสร้างน้ำนมเพื่อทำหน้าที่พุงและรองรับการทอดผ่านของท่อนม ไขมันจะทำให้เต้านมมีรูปร่างสวยงามกลม เรียบ และนุ่ม ขนาดเต้านมขึ้นกับปริมาณไขมันในเต้านม แม่ที่มีเต้านมขนาดเล็กจึงไม่ได้หมายความว่าสร้างน้ำนมได้น้อยกว่าเต้านมที่มีขนาดใหญ่ เนื้อเยื่อเต้านมและเนื้อเยื่อไขมันจะยึดกันด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะยึดเป็นใยแข็งแรงอยู่รอบๆ ท่อนมและมีเอ็นยึดโยง (suspensory ligament) เรียกว่า Cooper's ligament ซึ่งแผ่กระจายอยู่ระหว่าง lobes ของเต้านมจากฐานหัวนมบริเวณ pectoral fascia ไปที่ผิวหนังของเต้านม ช่วยพยุงเต้านมให้คงรูปอยู่ได้ ซึ่งถ้าเอ็นนี้ถูกยืดมากๆ และเป็นเวลานานจากน้ำหนักของเต้านมที่เพิ่มมากขึ้น จะทำให้เอ็นเสียความยืดหยุ่น เป็นเหตุให้เต้านมเสียรูปทรง การใช้ยกทรงที่ขนาดพอเหมาะพยุงเต้านมตลอดเวลาทั้งกลางวัน กลางคืนในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะรักษาเต้านมให้คงสภาพเดิมและสวยงามอยู่ได้

**ลักษณะผิดปกติของเต้านม**

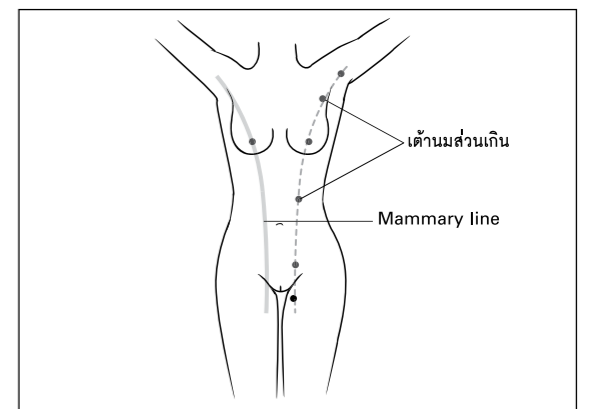
หัวนมหรือเต้านมส่วนเกิน (accessory nipple หรือ supernumerary nipples and breast tissue) เกิดจากเนื้อเต้านมใน mammary line ไม่ฝ่อสลายไป



รูปที่ 1.2 การเรียงตัวของกล้ามเนื้อรอบบริเวณหัวนมและลานนม



รูปที่ 1.3 ต่อมน้ำนม



รูปที่ 1.4 Mammary line และเต้านมส่วนเกิน

เมื่อเต้านมบริเวณหน้าอกเจริญเติบโตเต็มที่ เกิดในตำแหน่งใดๆ ก็ได้ตลอด mammary line พบได้ร้อยละ 2-6<sup>7</sup> (รูปที่ 1.4) ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือที่รักแร้ อาจพบได้ที่ส่วนต้นขา ขาหนีบ หรือที่แคมของอวัยวะเพศ หัวนมหรือเต้านมส่วนเกินมักจะไม่สมบูรณ์ อาจพบเฉพาะหัวนม หรือเป็นก้อนนูนที่มีหัวนมแต่ไม่มีลานนม เมื่อเข้าสู่การสร้างน้ำนมระยะที่สอง เนื้อเยื่อเต้านมได้รับการกระตุ้นจากฮอร์โมนเพศหญิง ทำให้มีการขยายใหญ่ขึ้น หัวนมและเนื้อเยื่อเต้านมที่เกินนี้มักจะบวมขึ้นและอาจมีน้ำนมหลัง (รูปที่ 1.5)

**การเจริญเติบโตของเต้านม (Mammogenesis)<sup>5,6</sup>**

เต้านมเริ่มปรากฏเมื่อตัวอ่อนในครรภ์อายุ 4 สัปดาห์ โดยผิวหนังนอก (ectoderm) ของเนื้อเยื่อตัวอ่อนหน้าตัวเป็นแนวสัน 2 แนวขนานกันจากรักแร้ถึงขาหนีบ เมื่ออายุครรภ์ 12 ถึง 16 สัปดาห์ หัวนมและลานนมมีการเจริญของกล้ามเนื้อเรียบ และมีตุ่มนม ฮอร์โมนเพศจากรกที่เข้าสู่กระแสโลหิตของทารกในครรภ์กระตุ้นการเจริญเติบโตของท่อนมที่ภายในท่อน (canalization) จนทารกในครรภ์อายุ 32 สัปดาห์ หลังจาก 32 สัปดาห์ถึง 40 สัปดาห์ ขนาดเต้านมของทารกในครรภ์ขยายใหญ่ขึ้น หัวนมและลานนมมีสีเข้มขึ้น



รูปที่ 1.5 เต้านมส่วนเกิน (accessory breast) ก้อนเนื้อนม มีหัวนมแต่ไม่มีลานนม คัดติงตามเต้านมใหญ่ที่คัดตึง

ทารกแรกเกิดมีหัวนมและก้อนเนื้อนมขนาด 0.5-1 ซม. เต้านมของทารกแรกเกิดบางรายมีลานนมและหัวนมสีคล้ำขึ้น และคัดหลังน้ำนมออกมาปริมาณน้อย หรือเห็นเป็นจุดขาวบริเวณหัวนม เรียกว่า witch's milk (รูปที่ 1.6) เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ที่ทารกได้รับจากแม่ขณะอยู่ในครรภ์ ซึ่งจะหายไปเองภายใน 3-4 สัปดาห์

ในวัยเด็กขนาดของเต้านมเพิ่มตามการเจริญเติบโตของร่างกาย เมื่อเข้าวัยรุ่นเต้านมของเด็กหญิงอายุ 10-12 ปี ขยายขนาดเป็นรูปถ้วย เนื่องจากมีการสร้างท่อนมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของรังไข่ร่วมกับสมองส่วนไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (pituitary gland)

เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายกระตุ้นเนื้อเยื่อภายในเต้านมให้เจริญเติบโต ได้แก่ เอสโตรเจน ช่วยเพิ่มการแตกกิ่งก้านของท่อนม (duct) โพรเจสเตอโรนช่วยสร้างต่อมน้ำนม (alveoli) โพรแลคติน epidermal growth factor และฮอร์โมนชนิดอื่นๆ ช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเต้านม มีการสะสมของไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มมากขึ้น ทำให้เต้านมมีรูปร่างสวยงาม นุ่มและมีขนาดใหญ่ขึ้น เต้านมในระยะนี้ยังไม่สามารถสร้างน้ำนมได้จนกว่าจะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น



รูปที่ 1.6 น้ำนมที่คัดหลังในทารกแรกเกิด (witch's milk)

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ มีการกระตุ้นของฮอร์โมนทั้ง เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน human placental lactogen (HPL) และโพรแลคตินซึ่งกระตุ้นต่อมน้ำนมให้เตรียมสร้างน้ำนม แต่ยังไม่มีการหลั่งน้ำนม ในระยะตั้งครรภ์ แม้ว่าระดับฮอร์โมนโพรแลคตินจะสูงมากขึ้น แต่ถูกยับยั้งด้วย prolactin inhibiting factor (PIF) ซึ่งได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน อินซูลิน HPL และ cortisol สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจมีน้ำนมที่สร้างก่อนหัวน้ำนม (precolostrum) ซึมออกมาเล็กน้อยในช่วงไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์<sup>8</sup>

**การสร้างน้ำนม (Lactogenesis)<sup>5,6</sup>**

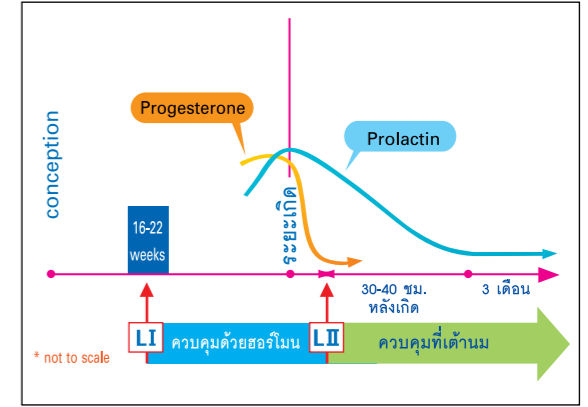
การสร้างน้ำนมเกิดขึ้นในเซลล์สร้างน้ำนม (lactocyte) ของต่อมน้ำนมที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

**การสร้างน้ำนมระยะที่หนึ่ง (Lactogenesis I)**

เกิดขึ้นประมาณ 12 สัปดาห์ก่อนคลอดถึง 3 วันแรก หลังคลอด ปริมาณการสร้างน้ำนมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ระบบต่อมไร้ท่อ ฮอร์โมนโพรแลคตินที่เพิ่มขึ้นจะกระตุ้นเซลล์สร้างน้ำนม มีไขมันสะสมในเซลล์สร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างหัวน้ำนม (colostrum) และขังไว้ในต่อมน้ำนม ในระยะแรกหลังคลอด ประมาณ 5-7 วัน หัวน้ำนมมีส่วนประกอบของ แลคโตส โปรตีน fat globules และอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) สูงมาก

**การสร้างน้ำนมระยะที่สอง (Lactogenesis II)**

เกิดขึ้นระหว่าง 32-96 ชั่วโมงหลังคลอด จากการลอกตัวของรก ซึ่งมีผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนลดลงทันที ทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินทำงานได้เต็มที่ ร่วมกับฮอร์โมนออกซิโทซิน ปริมาณน้ำนมที่สร้างในระยะที่สองจึงไม่ขึ้นกับการดูดนม หรือการบีบน้ำนมออก (รูปที่ 1.7) แต่ถ้าไม่มีการระบายน้ำนมออกจากเต้าหลังวันที่ 4 ระดับโพรแลคตินจะลดลง และสร้างน้ำมน้อยลงหรือหยุดการสร้าง



รูปที่ 1.7 วงจรการสร้างน้ำนมระยะที่ 2 ช่วง 30-40 ชั่วโมงหลังเกิด เป็นช่วงเปลี่ยนการควบคุมด้วยฮอร์โมนอย่างเดียวก่อนเกิดเป็นการทำงานของระบบประสาทร่วมกับฮอร์โมนและควบคุมของเต้านมเอง

การให้ทารกดูดนมแม่ให้เร็วที่สุดหลังคลอดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนโพรแลคตินอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นการทำงานของออกซิโทซิน

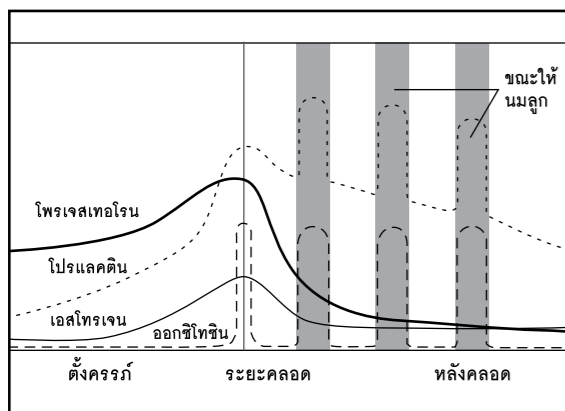
แม่บางรายโดยเฉพาะครรภ์แรกการสร้างน้ำนมอาจล่าช้าถึง 1 สัปดาห์หลังคลอด ยิ่งได้รับการผ่าตัดคลอดยิ่งมีน้ำนมมาช้ากว่าการคลอดทางช่องคลอด แต่ไม่ได้มีผลต่อปริมาณน้ำนม<sup>9</sup> การสร้างน้ำนมได้ช้าอาจสัมพันธ์กับการมีรกค้าง โรคเบาหวาน หรือภาวะเครียดในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด<sup>10</sup> ในรายที่ยังมีรกค้างอาจไม่มีการสร้างน้ำนมจนกว่าจะนำรกที่ค้างออกจนหมด<sup>11</sup>

เต้านมในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอดจะมีความตึงมากขึ้นเนื่องจากมีเลือดไหลเวียนเข้ามาในเต้านมและต่อมน้ำนมสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น น้ำนมที่สร้างในระยะที่สองจะเปลี่ยนจากหัวน้ำนมที่ข้นและสีค่อนข้างเหลืองเข้ม มาเป็นน้ำนมที่มีน้ำมากขึ้นและสีเหลืองใส (copious milk) มากขึ้น เรียกว่า น้ำนมช่วงเปลี่ยน (transitional milk) ประมาณ 10-14 วัน

**การสร้างน้ำนมระยะที่สาม (Lactogenesis III)**

หรือการคงสภาพการสร้างน้ำนม (galactopoiesis) ขึ้นกับการระบายน้ำนมออกจากเต้าหลังคลอดประมาณ 1-2 สัปดาห์ น้ำนมในช่วงนี้จะปรับเปลี่ยนเป็นน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (mature milk) ประมาณ 10 วัน





รูปที่ 1.8 การควบคุมการสร้างน้ำนมระยะที่สาม ขึ้นกับการดูดนมแม่ของทารก

หลังคลอด การควบคุมการสร้างน้ำนมระยะนี้ขึ้นกับการกระตุ้นฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโทซิน โดยปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม (milk ejection reflex) และการดูดนมของทารกหรือการบีบนมออกอย่างสม่ำเสมอ (รูปที่ 1.8) ยิ่งให้นมลูกมากเท่าไรยิ่งสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้นเป็นแบบทวีคูณตามความต้องการของลูก (supply-demand response)

การสร้างน้ำนมระยะที่สามยังมีการควบคุมภายในเต้านม (autocrine or local control) ซึ่งขึ้นกับปริมาณของสารโปรตีนในน้ำนมที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (feedback inhibitor of lactation, FIL)<sup>12,13</sup> เมื่อมีน้ำนมจำนวนมากค้างอยู่ในต่อมน้ำนมและไม่ได้ระบายออกเป็นเวลานาน น้ำนมจะมีปริมาณของ FIL เพิ่มขึ้นและลดการกระตุ้นโพรแลคตินต่อเซลล์สร้างน้ำนม เพื่อ

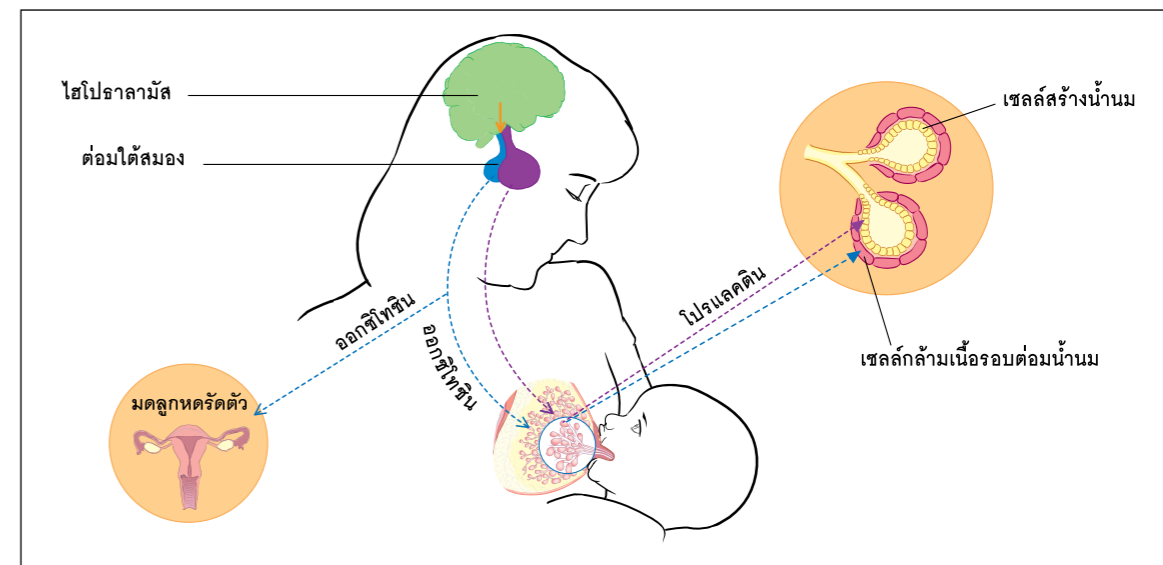
ป้องกันอันตรายจากการมีน้ำนมเต็มเต้านมมากเกินไป ดังนั้นการระบายน้ำนมออกโดยการดูดของทารกหรือการบีบนมออกอย่างสม่ำเสมอ จะลดการสะสมของ FIL จึงทำให้โพรแลคตินสามารถกระตุ้นเซลล์สร้างน้ำนมได้อย่างต่อเนื่อง เต้านมแต่ละข้างมีการตอบสนองที่เป็นอิสระต่อกัน เต้านมข้างที่ถูกดูดบ่อยครั้ง จะมีขนาดใหญ่กว่าข้างที่ถูกดูดน้อยกว่า เต้านมที่ไม่ได้รับการดูดกระตุ้นหรือบีบออกอย่างสม่ำเสมอจะค่อยๆ หยุดสร้างน้ำนมถ้าไม่มีการระบายน้ำนม การที่ลูกหยุดดูดนมจากเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง เต้านมข้างนั้นจะหยุดสร้างน้ำนม แม้ว่าจะมีฮอร์โมนโพรแลคตินมากระตุ้นเต้านม

### อาการน้ำนมไหล (Galactorrhea)

เป็นน้ำนมที่ไหลซึมออกมาเองโดยไม่มีอาการกระตุ้นภายใต้สภาวะที่ไม่ได้ให้นมลูก เมื่อบีบหัวนมจะมีน้ำนมหรือน้ำใสๆ (serous fluid) ปริมาณเล็กน้อย ไหลซึมออกมาอยู่หลายสัปดาห์ อาจนานเป็นหลายเดือนหรือหลายปี พบในแม่ที่เคยตั้งครรภ์มาก่อนหรือเคยให้นมลูก ประมาณร้อยละ 30 ของสตรีที่มีน้ำนมไหล มีระดับฮอร์โมนโพรแลคตินสูงกว่าปกติ<sup>14</sup> ซึ่งสตรีกลุ่มนี้มีสุขภาพดี และไม่มีประวัติของประจำเดือนผิดปกติ หรือมีบุตรยาก อย่างไรก็ตามสตรีที่มีปัญหาน้ำนมไหล เป็นเวลานานควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อวินิจฉัยสาเหตุของการมีน้ำนมไหล

### กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมด้วยระบบประสาทและฮอร์โมน (Neuroendocrine control of milk secretion and ejection)

การสร้างน้ำนมระยะที่สองและระยะที่สามถูกควบคุมโดยการทำงานของระบบประสาทและฮอร์โมนภายใต้การควบคุมของไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ที่เชื่อมกับต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ปลายประสาทที่หัวนม ลานนมและในท่อนนมจะถูกกระตุ้นเมื่อมีการดูดนม หรือบีบนม ซึ่งจะมีสัญญาณผ่านไปยังไฮโปทาลามัสเพื่อกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนที่ควบคุมการสร้างและหลั่งน้ำนม (รูปที่ 1.9) ดังนี้

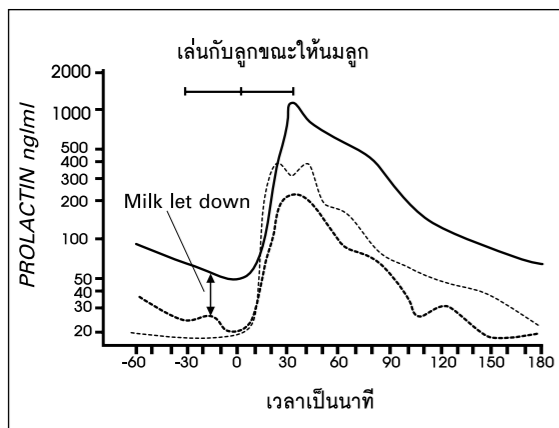


รูปที่ 1.9 กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม

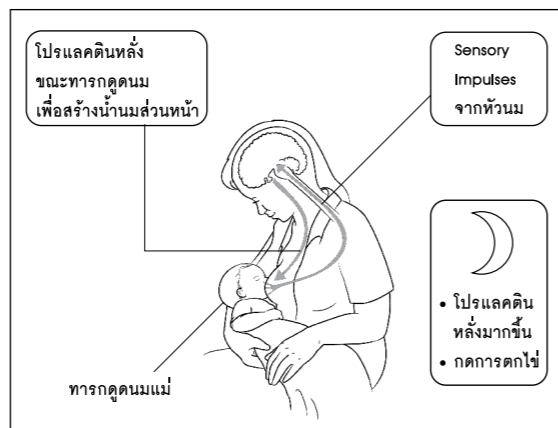
### ฮอร์โมนโพรแลคติน

เป็นฮอร์โมนที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมในเซลล์สร้างน้ำนม ฮอร์โมนโพรแลคตินจะถูกกระตุ้นเมื่อมีการกระตุ้นที่ปลายประสาทรับสัมผัส (sensory receptor) จากการอมหัวนมและลานนมที่กระตุ้นขณะดูดนมระดับโพรแลคตินในเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและจะยังคงสูงมากประมาณ 30 นาทีหลังหยุดให้ลูกดูดนม ซึ่งจะช่วยให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมรอไว้สำหรับการดูดนมในมือถัดไป (รูปที่ 1.10) ปริมาณโพรแลคตินจะถูกสร้างในเวลากลางคืนมากกว่ากลางวัน<sup>15</sup> ดังนั้นการให้นมลูกช่วงกลางคืนจะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมมากเป็นพิเศษกว่าเวลากลางวัน และช่วยเร่งการสร้างน้ำนมได้ดีในแม่ที่มีการสร้างและหลั่งน้ำนมไม่เต็มที่ จึงควรเน้นให้แม่ให้นมลูกทั้งกลางวัน

และกลางคืน การให้นมลูกบ่อยครั้งตามต้องการของลูก ยิ่งช่วยคงสภาพการหลั่งน้ำนมได้ดีขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าการสร้างน้ำนมยังขึ้นกับปริมาณน้ำนมที่ถูกดูดออกจากเต้า หากลูกดูดนมมาก จะมีการสร้างน้ำนมเพิ่มมากขึ้น หากลูกดูดนมในปริมาณน้อย การสร้างน้ำนมจะน้อยตามไปด้วย ในกรณีที่มีลูกแฝด การสร้างน้ำนมจะเพิ่มเป็น 2 เท่าและเพียงพอสำหรับลูก 2 คน จากการกระตุ้นโพรแลคตินอย่างต่อเนื่อง ยิ่งให้ลูกดูดนมพร้อมๆ กันทั้ง 2 เต้ายิ่งทำให้ระดับโพรแลคตินสูงขึ้นเร็วและอยู่นาน เพราะระดับโพรแลคตินขึ้นกับแรงดูดกระตุ้นที่หัวนมและลานนมแม่ที่มีระดับโพรแลคตินสูงในระยะหลังให้นมลูกจะมีอารมณ์ผ่อนคลาย และง่วงนอน แม่จึงได้พักผ่อนหรือหลับไปพร้อมกับทารกหลังการให้นม นอกจากนี้



**รูปที่ 1.10** แสดงระดับ plasma prolactin ในระยะก่อน ระหว่างและหลังให้นมลูกในแม่หลังคลอด 3 ราย ดัดแปลงจาก: Lawrence RM, Lawrence RB. Physiology of lactation. In: Lawrence RM, Lawrence RB, editors. Breastfeeding : A guide for medical profession 7<sup>th</sup> ed. 2011.



**รูปที่ 1.11** Prolactin reflex ดัดแปลงจาก : WHO,UNICEF and Wellstart International. (2009)



**รูปที่ 1.12** Oxytocin reflex ดัดแปลงจาก : WHO,UNICEF and Wellstart International. (2009)

หลังคลอด ช่วยขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น แม่บางรายอาจปวดท้องน้อย (after pains) เป็นพักๆ 2-3 วันแรกหลังคลอดบุตร เกิดจากออกซิโทซินกระตุ้นให้มดลูกหดตัว

ความรู้เกี่ยวกับ oxytocin reflex ช่วยอธิบายประเด็นสำคัญในการดูแลทารก ดังนี้

1. ความสำคัญของการให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้แม่ตอบสนองสัญญาณหิวของลูกอย่างทันที่หรือบ่อยครั้งตามความต้องการ
2. ความสำคัญของการสังเกตสภาพอารมณ์ของแม่ในระหว่างให้นมลูก เช่น การให้กำลังใจ การพักผ่อนและอาหารที่เพียงพอ ไม่ควรพูด

โปรแลคตินที่สูงจะยืดเวลาการตกไข่และมีการตั้งครรภ์ล่าช้าออกไป<sup>16</sup> (รูปที่ 1.11)

**ฮอร์โมนออกซิโทซิน**

เป็นฮอร์โมนที่หลังจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ทำหน้าที่กระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อ (myoepithelial cells) ให้ต่อมน้ำนมและท่อนมบีบน้ำนมออกจากเต้านม หรือเกิดปฏิกิริยาน้ำนมพุ่ง (milk ejection reflex หรือ oxytocin reflex) ในขณะที่ลูกใช้ลิ้นรีดนมออกจากท่อนมบริเวณหัวนม การหลังของออกซิโทซินขึ้นกับการดูดนมที่มีประสิทธิภาพและหรือการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้าของแม่ เช่น การได้กลิ่นหรือเห็นลูก หรือในทางตรงกันข้าม ถ้าแม่ขาดความเชื่อมั่น แยกจากลูก หรือให้นมลูกไม่สม่ำเสมอ มีความเครียด เจ็บปวด หรือวิตกกังวลจะยับยั้งการหลังของออกซิโทซิน แม้ทารกจะดูดถูกวิธีและสม่ำเสมอก็ตามก็ยังไม่สามารถกระตุ้นการหลังน้ำนมให้เพียงพอได้ และยังเพิ่มภาวะซึมเศร้าของแม่หลังคลอด<sup>17</sup> (รูปที่ 1.12)

ฮอร์โมนออกซิโทซินที่เริ่มหลังระยะแรกหลังคลอดหรือในช่วงที่มีการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยเพิ่มความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูก หรือเพิ่มสัญญาณความเป็นแม่มากขึ้น และช่วยลดการตกเลือด

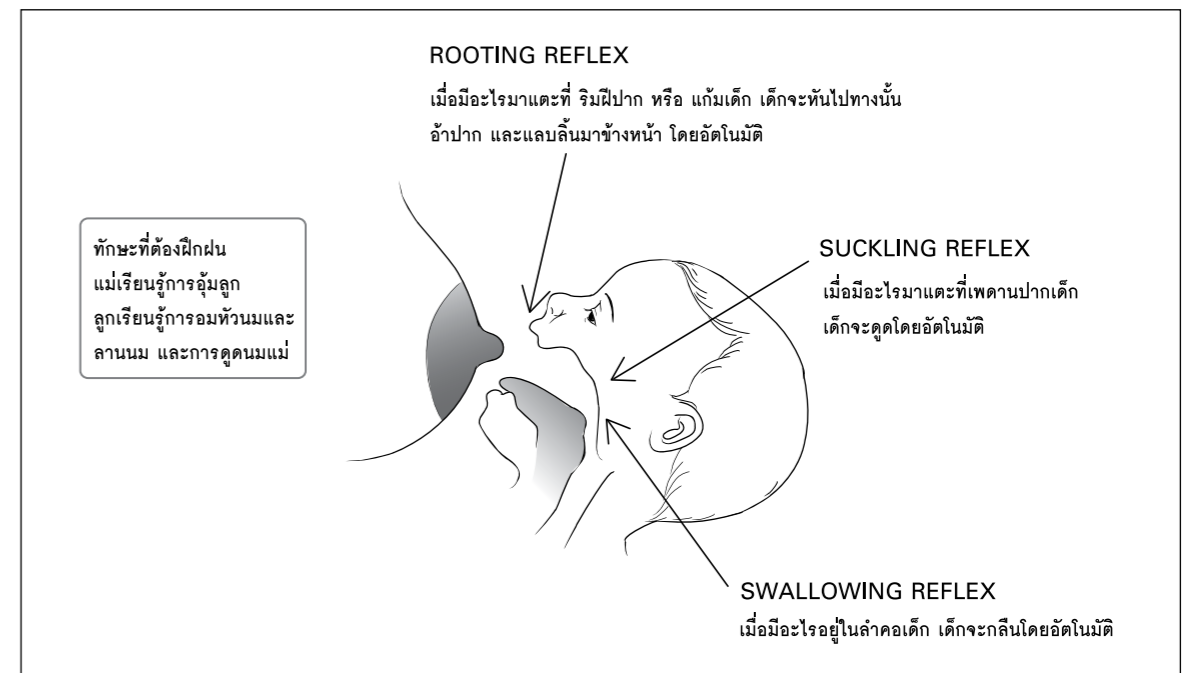
บางสิ่งที่ทำให้แม่กังวล ให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้แม่เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกหรือช่วยเหลือ/แก้ไข้ปัญหาแม่อย่างใกล้ชิด

**กลไกการดูดนมแม่ของทารก<sup>18</sup> (Infant suckling mechanism)**

การดูดนมของทารกเกี่ยวข้องกับฮอริโมน reflex ที่มีมาแต่กำเนิด และการใช้ข้อวิยะของช่องปาก การที่ทารกจะดูดนมได้ดีเริ่มจากทารกจะต้องอมหัวนมและลานนม (latch on) ได้ถูกต้อง ซึ่งจะต้องอาศัย reflex ที่มีมาแต่กำเนิด (รูปที่ 1.13) ดังนี้

1. Rooting reflex เมื่อมีอะไรมาแตะที่ริมฝีปากหรือแก้ม ทารกจะอ้าปากและยื่นลิ้นออกมา
2. Suckling reflex เมื่อมีสิ่งใดเข้าไปในปากทารกและสัมผัสกับเพดานปาก จะกระตุ้นให้ทารกดูดโดยอัตโนมัติ ซึ่ง suckling reflex พบได้ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด
3. Swallowing reflex เมื่อในปากทารกมีน้ำนมอยู่เพียงพอ ทารกจะกลืนโดยอัตโนมัติ

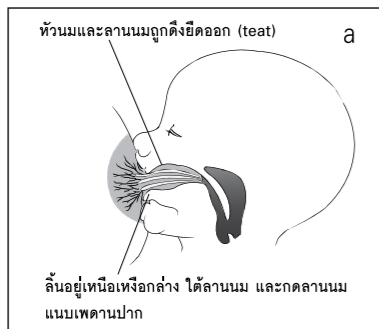
กลไกการดูดนมแม่ของทารก เริ่มจากการที่ทารกอ้าปากกว้าง หรือในกรณีที่ทารกไม่อ้าปาก ให้ใช้หัวนมสัมผัสที่ริมฝีปากของทารกเบาๆ ทารกจะอ้าปากกว้าง และยื่นลิ้นออกมา (rooting reflex) จังหวะที่ลูกอ้าปากกว้าง แม่ใช้มือประคองศีรษะลูกเข้าหาหัวนมทันทีอย่างรวดเร็วและนุ่มนวลก่อนที่ลูกจะเริ่มหุบปากลงเพื่อให้เหงือกลูกอมงับถึงลานนมให้ลึกที่สุด เหงือกจะจับลงบนลานนม ลิ้นจะอยู่ใต้ลานนมและกดลานนมแนบกับเพดานปาก (hard palate) ลิ้นห่อหัวนมและลานนมคล้ายถ้วยรองรับบริเวณท่อนมใหญ่ ลูกจะปิดปากขณะลิ้นเคลื่อนไปสัมผัสแนวเหงือก ขณะดูดนมขากรรไกรล่างขยับขึ้นลง เหงือกจะจับลงบนลานนมและลิ้นจะอยู่ใต้ลานนมและกดหัวนมและลานนมแนบอยู่ระหว่างเพดานแข็ง (hard palate) และเพดานอ่อน (soft palate) แก้มที่มีแผ่นไขมันในกระพุ้งแก้มจะพองออกคล้ายลูกโป่ง เพื่อสร้างแรงดันลบในช่องปาก หัวนมแม่ที่สัมผัสเพดานปากลูกจะกระตุ้น suckling reflex ลูกจะเริ่มดูดนม แรงดูดจะดึงหัวนมและลานนมลึกเข้าไปในปากให้ยืดยาวขึ้นกว่าเดิม 2-3 เท่า



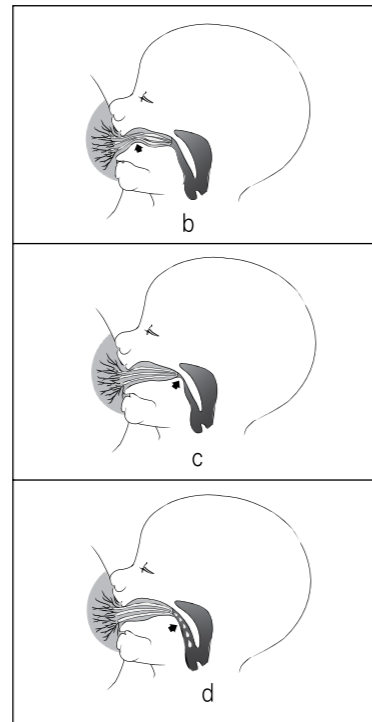
**รูปที่ 1.13** แสดง reflexes ของทารกที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม ดัดแปลงจาก : WHO,CDR/93.6 UNICEF/NUT/93.4 : Breastfeeding Counselling : A training course

เรียกว่า หัวนมยึด (teat) ลูกจะดูดยึด teat นี้ไว้ในปากทำให้ดูดไม่หลุด

ขณะดูดนมแผ่นไขมันที่อยู่บริเวณกระพุ้งแก้มจะเคลื่อนตามการดูดนม และช่วยประคองลิ้นที่เคลื่อนเป็นลูกคลื่น (peristaltic movement) เพื่อกีดรีดน้ำนมจากท่อนมใหญ่เข้าปากของลูก ขณะเดียวกันจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ไปกระตุ้น myoepithelial cell ที่พันอยู่รอบต่อมน้ำนมให้หดตัวบีบน้ำนมออกมาจากต่อมน้ำนมเข้าสู่ท่อนมเกิด milk ejection reflex (let down reflex หรือ oxytocin reflex) ทำให้มีแรงดัน (positive pressure) ในท่อนมเพิ่มขึ้นดันน้ำนมไหลเข้าสู่ท่อนมใหญ่ และไหลออกจากเต้าเข้าสู่ปากลูก



น้ำนมที่หยดทางปลายท่อนมลงสู่กลางลิ้นที่มีขอบลิ้นยกขึ้นคล้ายถ้วย น้ำนมที่รวมกันจนมีปริมาณมากขึ้น จะไหลไปด้านหลังของปาก glottis จะปิดทางเดินหายใจและกระตุ้นการกลืนน้ำนม (swallowing reflex) ไหลผ่านหลังคอสู่หลอดอาหาร ขณะหายใจขากรรไกรคลายการกดบนท่อนมใหญ่และปล่อยให้นมจากเต้าไหลลงท่อนมใหญ่ก่อนเริ่มวงจรการรีดนมจากท่อนมครั้งต่อไป (รูปที่ 1.14) ในทารกปกติครบกำหนด การดูดกลืนเกิดขึ้นเป็นวงจรซ้ำๆ ทุกๆ 1 วินาที อัตราการดูดต่อการกลืนหนึ่งรอบเท่ากับ 1-2:1 อัตราการดูดต่อการหายใจเท่ากับ 2:1



รูปที่ 1.14 วงจรการดูดนมแม่ของทารก

- ลิ้นท่อนมและลานนมคล้ายถ้วย ขากรรไกรล่างเคลื่อนขึ้น กดที่ฐานของหัวนม บีบน้ำนมออกจากท่อนม
- ขณะดูดนมลิ้นยกขึ้นกด teat ให้แนบกับเพดานปาก ลิ้นเคลื่อนเป็นลูกคลื่น เพื่อรีดน้ำนมออกจากท่อนม
- คลื่นของลิ้นเคลื่อน ผ่านปลายสุดของหัวนม กดที่เพดานอ่อน glottis ยกขึ้นปิดทางเดินหายใจ น้ำนมถูกดันออกผ่าน oropharynx และกระตุ้นการกลืนน้ำนมเมื่อน้ำนมมีปริมาณมากพอ
- วงจรการดูดนมสิ้นสุดที่ปลายฐานด้านหลังของลิ้น ลิ้นกดเพดานอ่อน และแรงดันลบในปากทารกช่วยพุงลิ้นให้แนบกับ teat และเพดานปาก เพื่อดึงน้ำนมเข้าสู่ปากทารก เมื่อขากรรไกรคลายการกดบนท่อนมใหญ่ ทำให้มีน้ำนมไหลลงท่อนมใหญ่ก่อนเริ่มวงจรการรีดนมจากท่อนมครั้งต่อไป

ดัดแปลงจาก: Woolridge MW. The 'anatomy' of infant suckling. Midwifery 1986;2(4):164-71.

### ลักษณะของการดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective suckling)

ลักษณะของการดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. หัวนมและลานนมถูกดึงให้ลึกเข้าไปในปากทำให้ยืดยาวออกเป็นหัวนมยึด (teat)
2. ลิ้นท่อนมบริเวณหัวนมและลานนม ท่อนมใหญ่ที่อยู่บริเวณใต้ลานนมจะต้องอยู่ในปากของทารก
3. ลิ้นทารกจะยื่นออกมาและอยู่เหนือเหงือกด้านล่าง ซึ่งจะช่วยรีดน้ำนมออกจากเต้า
4. ทารกจะดูดนมแรง เป็นจังหวะซ้ำๆ สม่ำเสมอ มีจังหวะหยุดสั้นๆ 1-2 วินาทีก่อนที่จะจับเหงือกลง ช่วงที่หยุดดูดจะมีน้ำนมไหลเข้าปาก
5. แก้มป้อง และต้องไม่มีเสียงขณะดูด
6. ได้ยินเสียงกลืนเบาๆ หรือเห็นทารกกลืนนม แสดงว่าทารกได้น้ำนม
7. เมื่ออิ่มทารกจะปล่อยหัวนมเอง

### ลักษณะของการดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective suckling)

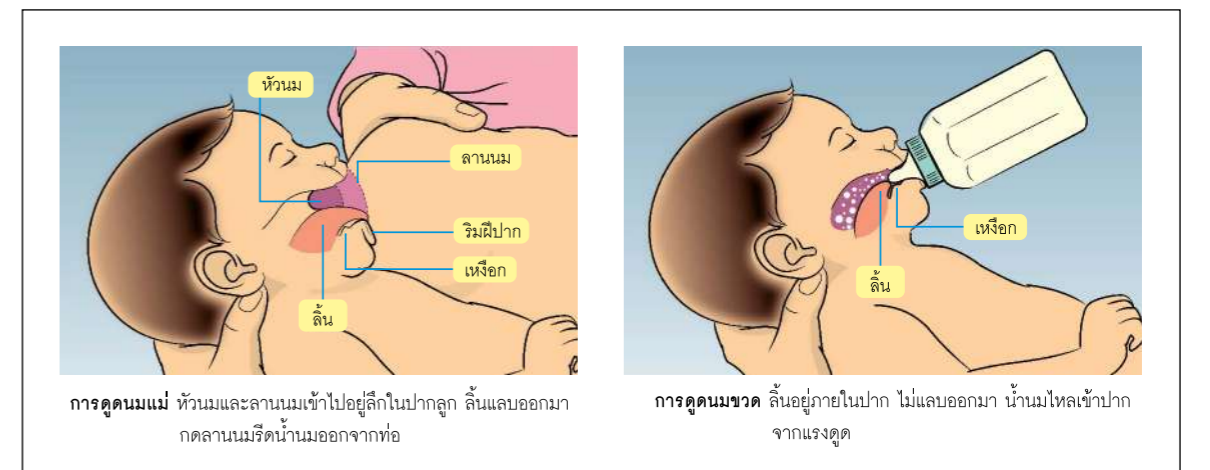
ลักษณะของการดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. ทารกจะดูดเบาๆ เร็วๆ ตลอดเวลา หรือต้อง

- ให้ดูดนมบ่อยๆ หรือดูดใช้เวลานานเป็นชั่วโมง
2. ทารกมีอาการหงุดหงิด ดูดๆ หยุดๆ
  3. แก้มบวม หรือบางครั้งได้ยินเสียง

### ข้อแตกต่างระหว่างการดูดนมแม่กับการดูดนมขวด

การดูดนมจากเต้าและการดูดนมจากขวดมีกลไกต่างกัน (รูปที่ 1.14) ทารกขณะดูดนมจากเต้าแม่ ต้องใช้การทำงานร่วมกันของลิ้น เหงือก แก้ม เพดานปาก ขากรรไกร ปากลูกต้องอ้ากว้างเพื่อบีบให้ได้ลึกถึงลานนมและแนบชิดสนิทกับเต้านม เพื่อให้เกิดแรงดันลบในปาก (vacuum) ลิ้นมีการเคลื่อนไหวออกจากปากเพื่อไล่น้ำนมแม่จากท่อนมเข้าปาก ในทางตรงข้ามการดูดนมขวด ทารกจะใช้เหงือกกับบนจุกนมยางหรือใช้ลิ้นอุดรูที่จุกยางเพื่อชะลอการไหลของน้ำนม ทำให้ทารกหดลิ้นไว้ด้านหลังปาก และไม่ยื่นลิ้นออกมาเวลาดูดนมแม่ การดูดนมขวดจึงง่ายกว่าดูดนมแม่ เนื่องจากน้ำนมจากขวดไหลเข้าปากเองโดยการดูดธรรมดาและแรงโน้มถ่วง จึงควรหลีกเลี่ยงการให้นมด้วยขวด แม้จะเป็นนมแม่ใส่ขวดก็ตาม เพราะลูกจะเกิดการสับสนหัวนม (nipple confusion) หรือติดจุกนมยางและไม่ยอมดูดนมแม่ ถ้าลูกดูดนมแม่ไม่ได้ ควรให้ดื่มนมจากแก้วแทน



รูปที่ 1.14 ข้อแตกต่างระหว่างการดูดนมแม่และการดูดนมขวด



## สรุป

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรมีความรู้ความเข้าใจทางกายวิภาคของเต้านม การเจริญของเต้านม กลไกที่ควบคุมการสร้างและหลั่งน้ำนมด้วยระบบประสาทและฮอร์โมน และกลไกการดูดนมแม่ของทารก สามารถอธิบายและแนะนำแม่ระยะตั้งครรรภ์ เกี่ยวกับการตรวจเตรียมเต้านมและหัวนม และวิธีการให้นมลูก รวมทั้งการประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจในการให้นมลูกอย่างถูกวิธีในระยะหลังคลอด จนแม่มีความเชื่อมั่นว่า สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานตามเป้าหมายที่ต้องการ

## เอกสารอ้างอิง

- Ziemer MM, Pigeon JG. Skin changes and pain in the nipple during the 1st week of lactation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1993;22(3):247-56.
- Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartman PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat* 2005a;206(6):525-34.
- Schaal B, Doucet S, Sagot P. Human breast areolae as scent organs: morphological data and possible involvement in maternal-neonatal coadaptation. *Dev Psychobiol* 2005;48:100-10.
- Geddes DT. Inside the lactating breast: the latest anatomy research. *J Midwifery Women's Health* 2007;52:556-63.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Anatomy of the breast. *Physiology of lactation*. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding : A guide for the medical profession*. 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 40-61.
- Riordan J. Anatomy and Physiology of Lactation. In: Riordan J, Wambach K, editors. *Breast-feeding and human lactation*. 4<sup>th</sup> ed. Massachusetts: Jones and Barlett Publishers Inc; 2010. p. 79-93.
- Grossl NA. Supernumerary tissue: historical perspectives and clinical features. *South Med J* 2000;93:29-32.
- Neville MC, Allen JC, Archer PC, Casey CE, Seacat J, Keller RP, et al. Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *Am J Clin Nutr* 1991;54(1):81-92.
- Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112:607-19.
- Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(1):35-52.
- Anderson AM. Disruption of lactogenesis by retained placental fragments. *J Hum Lact* 2001;17(2):142-4.
- Wilde CJ, Addey CV, Bryson JM, Finch LM, Knight CH, Peaker M. Autocrine regulation of milk secretion. *Biochem Soc Symp* 1998; 63:81-90.
- Peaker M, Wilde CJ. Feedback control of milk secretion from milk. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 1996;1(3):307-15.
- Frantz A, Kleinberg DL, Noel G. Studies on prolactin in man. *Recent Prog Horm Res* 1972;28:527-34.
- Stern JM, Reichlin S. Prolactin circadian rhythm persists throughout lactation in women. *Neuroendocrinol* 1990;51:31-7.
- Stallings JF, Worthman CM, Panter-Brick C, Coates RJ. Prolactin response to suckling and maintenance of postpartum amenorrhea among intensively breastfeeding Nepali women. *Endocrinol Res* 1996;11:950-5.
- Ueda T, Yokoyama Y, Irahara M, Aono T. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. *Obstet Gynecol* 1994;84:259-62.
- Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery* 1986;2(4):164-71.

## บทที่ 2 ส่วนประกอบของนมแม่

ศิรุต ฌงโก  
ศิราภรณ์ ลวัลดิวิ

นมแม่มีสารอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก มีภูมิคุ้มกันและส่งเสริมความพร้อมของอวัยวะต่างๆ ที่ยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ยิ่งไปกว่านั้นนมแม่เป็นของเหลวที่มีความพิเศษเฉพาะตัวที่เหมาะสมกับสรีรวิทยาและความต้องการของทารก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างนมแม่ นมวัว และนมผสม (ตารางที่ 1) เพื่ออธิบาย หรือให้คำแนะนำแก่แม่และครอบครัวอย่างถูกต้องก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการให้อาหารทารก และเด็กเล็กอย่างเหมาะสม และทำให้แม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ให้ ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้อาหารอื่นตามวัยร่วมกับนมแม่จนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น ในกรณีที่จำเป็นต้องใช้นมผสม หรือนมวัวในการเลี้ยงลูก แม่ควรได้รับคำแนะนำถึงส่วนประกอบที่แตกต่างกันระหว่างนมแม่กับนมชนิดอื่นๆ ซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

### ส่วนประกอบของนมแม่

#### ตามระยะของการสร้างน้ำนม

ปริมาณสารอาหารในนมแม่ในตารางต่างๆ เป็นเพียงข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจต่อการเข้าใจ ในความเป็นจริงสารอาหารต่างๆในนมแม่มีการเปลี่ยนแปลง ตามระยะต่างๆ ดังนี้

ในระยะของการสร้างน้ำนม :

- หัวน้ำนม (colostrum)
- น้ำนมช่วงเปลี่ยน (transitional milk)
- น้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (mature milk)

ในระหว่างให้นม :

- น้ำนมส่วนหน้า (foremilk)
- น้ำนมส่วนหลัง (hindmilk)

ตามระยะคลอดบุตร :

- น้ำนมของทารกเกิดก่อนกำหนด (premature milk)
- น้ำนมของทารกเกิดครบกำหนด (full term milk)

#### หัวน้ำนม

เป็นนมที่หลังใน 7 วันแรกหลังเกิด เป็นนมที่อุดมไปด้วยโปรตีน สารระบบภูมิคุ้มกัน แร่ธาตุ วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินเอ วิตามินอี และสารช่วยการเจริญเติบโต มีปริมาณของไขมันและแลคโตส (lactose) ต่ำ โปรตีนส่วนใหญ่ (ประมาณ 1.7-1.8 กรัม/ดล.) ให้สารภูมิคุ้มกันโรคที่สูงมากในวันแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง secretory IgA (sIgA), neutrophil, lysozyme และ lactoferrin สาร sIgA มีปริมาณสูงถึง 1.2 กรัม/ดล.และค่อยๆ ลดลงเหลือประมาณ 0.1 กรัม/ดล.ในสัปดาห์ที่ 2<sup>3</sup> ไขมันในหัวน้ำนมมีปริมาณฟอสโฟไลปิดและคอเลสเตอรอลสูง โดยปริมาณคอเลสเตอรอลอาจสูงถึงประมาณ 30 มก./ดล. มีแลคโตสประมาณ 2-5 กรัม/ดล. และโอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharides) ประมาณ 2 กรัม/ดล. ดังนั้นทารกทุกรายควรได้รับหัวน้ำนม เพื่อให้ได้รับภูมิคุ้มกันและพลังงานเพื่อการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ตั้งแต่ระยะแรกเกิด

หัวน้ำนม มีปริมาณเกลือโซเดียม ไปแตสเซียม คลอไรด์ วิตามินที่ละลายในไขมันในปริมาณสูง ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินอีและเบต้าแคโรทีน (ทำให้หัวน้ำนมมีสีเหลือง) เมื่อเทียบกับน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ นอกจากนี้ มีปริมาณของสารชีวภาพ ได้แก่ epidermal



**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบปริมาณของสารอาหารในนมแม่แต่ละระยะกับนมวัว (ต่อคล.) และมาตรฐาน codex ของนมผงดัดแปลงสำหรับทารก

ส่วนประกอบ	หัวนม	Mature milk	นมวัว	มาตรฐาน codex
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	58	65-70	64	60-70
ไขมันทั้งหมด (กรัม)	1.5-2.0	3.5-4.8	3.7	2.95-4.0
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด (กรัม)	5-7	7.0-8.5	4.65	6.0-9.4
แลคโตส (กรัม)	2-5	6.7-7.0	4.5	
Oligosaccharides (กรัม)	2.2-2.4	1.2-1.4	Trace	
กลูโคส (กรัม)	0.02-0.1	0.02-0.03	NR	
โปรตีนทั้งหมด (กรัม)	1.5-2.0	0.8-1.1	3.2-3.5	1.2-2.0
เคซีน (กรัม)	0.4	0.3-0.5	2.7	
เวย์โปรตีน (กรัม)	1.1-1.5	0.5-0.6	0.5	
α-lactalbumin (กรัม)	0.36	0.2-0.3	0.1	
β-lactoglobulin (กรัม)	-	-	0.36	
Lactoferrin (กรัม)	0.35	0.1-0.3	Trace	
Lysozyme (กรัม)	0.01-0.02	0.01	Trace	
Serum albumin (กรัม)	0.4	0.3	0.04	
sIgA (กรัม)	0.2-1.2	0.05-0.1	0.003	
IgM (กรัม)	0.002	0.001	0.006	
IgG (กรัม)	0.001	0.005	0.003	
Non-protein nitrogen (กรัม)	0.05	0.045	0.02	

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2,15 และ 18

growth factors และ non-nutritive factors อื่นๆ ในปริมาณที่สูงเพื่อช่วยทำให้ระบบเซลล์และเยื่อๆ โดยเฉพาะเยื่อๆทางเดินอาหารมีความสมบูรณ์เร็วขึ้น ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์สุขภาพในทางเดินอาหารของทารกแรกเกิด และมีฤทธิ์เป็นยา ระบายอ่อนๆ ทำให้ขี้เทาถูกขับถ่ายสะดวก

หัวนมมีปริมาณน้อยและสีเหลืองข้น (รูปที่ 2.1) ปริมาณหัวนมใน 1-2 วันแรกหลังคลอดมีประมาณ 2-20 มล./มือ หรือ 40-50 มล./วัน และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 300-400 มล./วันในวันที่ 3-4 ถ้าทารกดูกระตือรือร้นอย่างสม่ำเสมอ การที่หัวนมมีปริมาณน้อย เพื่อให้เหมาะสมไว้ใช้อย่างเพียงพออยู่แล้วและมีการเคลื่อนย้ายของน้ำที่อยู่ภายในเซลล์มาอยู่ภายนอกเซลล์ และระบบไหลเวียนทำให้ต้องการน้ำในปริมาณน้อย ใน

ระยะนี้ ถ้าทารกได้น้ำหรืออาหารอื่นเสริมจะทำให้การสร้างหัวนมลดลง และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภูมิแพ้เนื่องจากทารกได้รับโปรตีนแปลกปลอม ในขณะที่เยื่อๆลำไส้ยังไม่มีความสมบูรณ์เพียงพอ

**น้ำนมช่วงเปลี่ยน**

เป็นน้ำนมที่เปลี่ยนจากหัวนมมาเป็นน้ำนมที่ใสขึ้น ในปลายสัปดาห์แรก (รูปที่ 2.2) ปริมาณของอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) และโปรตีนจะค่อยๆ ลดลง ในขณะที่แลคโตสและไขมันเพิ่มขึ้น ปริมาณวิตามินที่ละลายในไขมันลดลงและวิตามินที่ละลายในน้ำเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจะเป็นไปอย่างช้าๆ จนกระทั่งส่วนประกอบของนมแม่ค่อนข้างคงที่ในปลายเดือนแรกหลังคลอด



รูปที่ 2.1 หัวนมชั้นเหนียว และมีปริมาณ น้อยมากในวันแรก



รูปที่ 2.2 น้ำนมช่วงเปลี่ยน น้ำนมใส



รูปที่ 2.3 น้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ มีปริมาณมากขึ้นและสีขาวขึ้น

**น้ำนมสมบูรณ์เต็มที่**

มีส่วนประกอบหลัก คือ น้ำ (รูปที่ 2.3) ดังนั้นแม่ที่กำลังให้นมลูกจึงต้องการน้ำมากขึ้นหลังการให้นมลูก ในภาวะที่แม่ได้รับน้ำจำกัด ร่างกายจะลดปริมาณน้ำที่เสียไปกับปัสสาวะและ insensible loss เพื่อสงวนน้ำไว้สำหรับการผลิตน้ำนม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าทารกที่อยู่ในประเทศเขตร้อนได้รับน้ำจากนมแม่เพียงพอ แก่ความต้องการและไม่ต้องการน้ำเพิ่ม

**ส่วนประกอบของสารอาหารในนมแม่**

**1. ไขมัน**

ไขมันเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในนมแม่ ไขมันให้พลังงานร้อยละ 50 ของความต้องการพลังงานทั้งหมด ปริมาณไขมันในนมแม่เพิ่มจากประมาณ 2 กรัม/ดล. ในระยะหัวนม เป็นประมาณ 3.5-4.8 กรัม/ดล. ในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ ระหว่างการดูดนมของลูกในแต่ละมือ ไขมันในนมแม่มีปริมาณเพิ่มขึ้นในส่วนหลัง (hindmilk) น้ำนมส่วนหน้า (foremilk) มีปริมาณไขมันน้อยกว่าจึงมีลักษณะใสและอาจมีสีเทาอมฟ้า ส่วนน้ำนมส่วนหลังที่มีไขมันสูงจะมีลักษณะขาวขึ้น (รูปที่ 2.4)

ในแม่ที่มีบุตรหลายคนหรือมีน้ำนมปริมาณมาก ความหนาแน่นของไขมันในน้ำนมจะลดลง ปริมาณและชนิดของกรดไขมันในนมแม่ขึ้นกับชนิดอาหารที่แม่รับประทาน แต่ไม่ขึ้นกับปริมาณอาหารที่แม่รับประทานต่อวัน ถ้าแม่ได้รับไขมันจากอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายจะดึงเอาไขมันที่สะสมในตัวแม่มาใช้ และอาจสังเคราะห์เพิ่มเติมจากกลูโคสในเนื้อเยื่อเต้านมได้

ไขมันในนมแม่มีส่วนประกอบหลักคือไตรกลีเซอไรด์ ประมาณร้อยละ 98 ส่วนที่เหลือเป็นฟอสโฟไลปิด คอเลสเทอรอล โมโนกลีเซอไรด์ และไดกลีเซอไรด์

ในนมแม่มีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว (polyunsaturated fatty acids) สูงกว่าชนิดอื่น ๆ โดยเฉพาะกรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดสายยาว (long-chain polyunsaturated fatty acids, LCPUFA) ในขณะที่กรดไขมันในนมวัวเป็นกรดไขมันอิ่มตัวสายสั้นและกลาง จึงต้องมีการดัดแปลงโดยเติมไขมันจากพืชเพื่อให้ได้กรดไขมันจำเป็น ได้แก่ linoleic acid (C18:2, n-6) และ α-linolenic acid (C18:3, n-3) ครบ กรดไขมัน

ไม่อิ่มตัวเหล่านี้เป็นสารตั้งต้นของการสร้าง LCPUFA ที่รู้จักกันดี 2 ตัวคือ arachidonic acid (ARA; C20:4, n-6) ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่สำคัญของการสร้างสารจำพวก eicosanoids เช่น prostaglandin และ leukotriene มีบทบาทที่สำคัญกับกระบวนการทางสรีรวิทยาและภูมิคุ้มกันของร่างกาย และ docosahexaenoic acid (DHA; C22:6, n-3) ซึ่งสะสมในเนื้อเยื่อสมองอย่างรวดเร็วในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ถึงประมาณ 2 ปีแรกของชีวิตและมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาระบบประสาทและการมองเห็น

ในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะทารกที่เกิดก่อนกำหนดไม่สามารถสังเคราะห์ ARA และ DHA จากสารตั้งต้น (linoleic acid และ  $\alpha$ -linolenic acid) ได้ดีพอ นมแม่มี DHA และ ARA ปริมาณสูงแต่ไม่มีในนมวัว และนมผสม มีการศึกษาพบว่าทารกเกิดครบกำหนดที่ได้รับนมแม่มีระดับของ DHA และ ARA ในเลือด และผนังเม็ดเลือดแดงสูงกว่าทารกที่ได้รับนมผสมที่ไม่เติม DHA และในกลุ่มที่ได้รับนมแม่ร่วมกับนมผสม ทำให้ในปัจจุบันมีการเติม DHA และ ARA ลงในนมผสมดัดแปลงสำหรับทารกทั้งที่เกิดก่อนกำหนดและครบกำหนด ถึงแม้ว่าจากการทำ meta-analysis พบว่ายังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่านมผสม เสริม DHA และ ARA ช่วยส่งเสริมการพัฒนาของสมอง และการมองเห็นได้ดีกว่านมผสมที่ไม่ได้เติมหรือใกล้เคียงนมแม่<sup>78</sup> แต่มีการศึกษาอย่าง

กว้างขวางทั้งแบบ observational และ interventional ถึงความได้เปรียบด้านพัฒนาการและชาวปัญญาของเด็กที่ได้รับนมแม่เทียบกับนมผสม

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่จึงควรรับประทานอาหารที่มี DHA สูง เช่น ปลาทะเล ไข่แดง สาหร่าย เป็นต้น เพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร นอกจากนี้ในนมแม่ที่ทารกเกิดก่อนกำหนด ปริมาณของกรดไขมันจำเป็นเหล่านี้จะสูงกว่านมแม่ที่มีทารกเกิดครบกำหนด นมแม่จึงเป็นแหล่งที่ดีที่สุดของกรดไขมันจำเป็นสำหรับทารกกลุ่มนี้

ปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวที่พบมากที่สุดไปในนมแม่ ได้แก่ palmitic acid (C16:0) ซึ่งมีความแตกต่างกับ palmitic acid ที่เติมในนมผสมเพราะตำแหน่งของกลีเซอรอลใน palmitic acid ของนมแม่อยู่ที่ตำแหน่งที่ 2 ส่วนของนมผสมอยู่ในตำแหน่งที่ 1 และ 3 palmitic acid ในนมแม่จึงถูกย่อยได้ง่ายกว่านมผสม ส่วน free palmitic acid ที่อยู่ในนมผสม และถูกดูดซึมได้ไม่ดีจะจับกับแคลเซียมเป็น fatty acid-calcium soap ซึ่งจะขัดขวางการดูดซึมแคลเซียมและไขมัน เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ทารกที่กินนมผสมมีปัญหาท้องผูก

นมแม่มีปริมาณคอเลสเตอรอล (cholesterol) ประมาณ 11-14 มก./ดล. ในขณะที่นมผสมมีปริมาณคอเลสเตอรอลต่ำประมาณ 2-4 มก./ดล. เนื่องจากมีแหล่งไขมันมาจากพืช ระดับคอเลสเตอรอลใน

นมแม่ค่อนข้างคงที่ไม่ขึ้นกับอาหารที่แม่รับประทาน คอเลสเตอรอลนี้เป็นสารตั้งต้นในการสังเคราะห์ steroid hormone, bile salt, lipoprotein และจับกับฟอสโฟไลปิด เป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของสมองใน 2 ขวบปีแรก จึงไม่จำเป็นต้องควบคุมปริมาณอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงในเด็กช่วงอายุ 2-5 ปีแรก

นอกจากชนิดและปริมาณของไขมันที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ของทารกแล้ว ในนมแม่ยังมีน้ำย่อยที่ช่วยย่อยไขมันคือ bile salt-stimulated lipase ทำให้สามารถย่อยไขมันต่างๆ และให้ทารกนำไปใช้ได้อย่างสมบูรณ์ ต่างกับในนมวัวและนมผสมซึ่งไม่มีน้ำย่อยเป็นส่วนประกอบทำให้ทารกแรกเกิดซึ่งยังมีการสร้าง pancreatic lipase และ bile salt ไม่สมบูรณ์ไม่สามารถย่อยไขมันที่ได้รับได้หมด

## 2. คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรตที่สำคัญในนมแม่ได้แก่ แลคโตส โอลิโกแซคคาไรด์ (oligosaccharides) กลูโคส กาแลคโตส และ glycoprotein<sup>2</sup> เช่น N-acetylglucosamine เป็นต้น

### แลคโตส

เป็นคาร์โบไฮเดรตหลักและเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในนมแม่สมบุรณ์เต็มที่ และมีปริมาณค่อนข้างคงที่ประมาณ 6.7-7.0 กรัม/ดล. แม้แต่ในแม่ที่มีภาวะขาดสารอาหารจนผลิตน้ำนมได้น้อยลง นมแม่มีปริมาณแลคโตสสูงที่สุดเมื่อเทียบกับนมของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่น นมวัวมีแลคโตสประมาณ 4.5 กรัม/ดล. ดังนั้นในนมผสมดัดแปลงสำหรับทารกจึงมีการเติมแลคโตสลงในนมวัวเพื่อให้มีปริมาณสูงขึ้น แลคโตสเมื่อถูกย่อยโดยเอนไซม์แลคเตสในลำไส้เล็กส่วนต้น จะได้น้ำตาลกาแลคโตสและกลูโคส กาแลคโตสเป็นส่วนประกอบสำคัญของ galactolipids ซึ่ง รวมถึง cerebroside ซึ่งมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาของสมองและระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้เป็นแหล่ง

พลังงานแล้ว แลคโตสในนมแม่ช่วยเสริมการดูดซึมแคลเซียมที่มีปริมาณจำกัดในนมแม่

### โอลิโกแซคคาไรด์

เป็นน้ำตาลเชิงซ้อน (5-10 โมเลกุล) มีปริมาณประมาณ 1.3 กรัม/ดล. ในน้ำนมสมบุรณ์เต็มที่ และมีมากกว่า 100 ชนิด ความหลากหลายอาจแตกต่างกันบ้างขึ้นกับพันธุกรรมของแม่ โอลิโกแซคคาไรด์ในนมแม่ส่วนใหญ่เป็น prebiotics ซึ่งใช้เป็นอาหารของจุลินทรีย์ชนิด bifidobacteria และ lactobacilli ซึ่งเป็นจุลินทรีย์สุขภาพ (probiotics) ในลำไส้ การหมักย่อยของโอลิโกแซคคาไรด์โดยจุลินทรีย์สุขภาพจะได้กรดไขมันสายสั้น (short-chain fatty acids) ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดและช่วยดูดน้ำเข้าในลำไส้ใหญ่ทำให้ทารกไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก และลดจำนวนจุลินทรีย์ที่ก่อโรคในลำไส้ใหญ่

ปัจจุบันมีการดัดแปลงนมผสมสำหรับทารก ด้วยการเติมโอลิโกแซคคาไรด์ที่สังเคราะห์ขึ้น 2 ชนิดที่มีคุณสมบัติของ prebiotics ได้แก่ fructo-oligosaccharide (FOS) ซึ่งได้จากการย่อย inulin และ galacto-oligosaccharide (GOS) และถึงแม้จะมีการศึกษาทางคลินิกถึงผลดีในการแก้ปัญหาท้องผูก แต่ผลที่มีต่อสุขภาพของทารกยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อและภูมิแพ้<sup>9</sup>

## 3. โปรตีน

น้ำนมแม่สมบุรณ์เต็มที่ มีโปรตีนประมาณ 0.9 กรัม/ดล. ซึ่งมีปริมาณต่ำสุดเมื่อเทียบกับนมของสัตว์ชนิดอื่นๆ เพื่อช่วยการทำงานของไตทารกแรกเกิดที่ยังทำงานไม่เต็มที่ และพบว่าระดับ urea nitrogen ในเลือด (BUN) ของทารกที่ได้รับนมแม่ต่ำกว่าทารกที่กินนมผสมอย่างชัดเจน<sup>9</sup> นมแม่ที่มีลูกเกิดก่อนกำหนดจะมีโปรตีนเพิ่มขึ้นตามความต้องการของทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อช่วยในการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด



รูปที่ 2.4 ขณะที่ทารกดูดนมแม่ น้มนมส่วนหน้า ใสและสีอมเทา เพราะมีน้ำมากกว่า น้มนมส่วนหลัง ขาวขุ่น เพราะมีไขมันมากกว่า

โปรตีนในนมแม่ส่วนใหญ่เป็นเวย์โปรตีน ซึ่งประกอบด้วย  $\alpha$ -lactalbumin, lactoferrin, immunoglobulins, lysozyme และ serum albumin นมแม่มี  $\beta$ -lactoglobulin น้อยมาก ในขณะที่นมวัวมี  $\beta$ -lactoglobulin สูง ซึ่งเป็นโปรตีนแปลกปลอมที่ก่อให้เกิดการแพ้ได้

สัดส่วนของเวย์ต่อเคซีนในนมแม่สูงถึง 90:10 ในหัวน้ำนม และค่อยๆ ลดลงเป็นประมาณ 60:40 ในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ การที่มีเวย์โปรตีนสูงทำให้นมแม่ย่อยง่ายกว่านมวัว เคซีนที่มีในนมแม่แตกต่างจากในนมวัว และเมื่อถูกกรดในกระเพาะจะตกตะกอนเป็นลิ่ม (curd) ที่มีขนาดเล็กกว่าเคซีนจากนมวัว จึงย่อยได้ง่ายและช่วยการดูดซึมแร่ธาตุบางชนิด เช่น แคลเซียม เป็นต้น

นมแม่มีกรดอะมิโนที่แตกต่างกับนมวัว เช่น นมแม่มีสัดส่วนของ methionine ต่อ cysteine ต่ำกว่า นมผสมมาก และมี aromatic amino acids เช่น phenylalanine และ tyrosine ค่อนข้างน้อยจึงเหมาะสมกับทารกแรกเกิดซึ่งยังไม่สามารถย่อยสลายกรดอะมิโนสองตัวนี้ได้ดี เนื่องจากนมวัวมีโปรตีนสูง (3.2-3.5 กรัม/ดล.) เป็น 3 เท่าของนมแม่จึงจำเป็นต้องดัดแปลงนมวัวโดยลดปริมาณโปรตีนเหลือประมาณ 1.4-1.6 กรัม/ดล. ก่อนนำมาใช้เลี้ยงทารก รวมทั้งมีการปรับสัดส่วนของเวย์ให้สูงขึ้นในนมบางชนิดโดยเฉพาะนมผสมที่ใช้เลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกที่มีปัญหาการย่อยโปรตีนอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามคุณภาพของโปรตีนในนมผสมก็ยังคงแตกต่างกับนมแม่ทั้งในด้านปริมาณและชนิดของกรดอะมิโนอย่างชัดเจน

### ส่วนประกอบไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน (Nonprotein nitrogen)

นมแม่มีส่วนประกอบไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน (ร้อยละ 18-30) ซึ่งสูงกว่านมวัว (ร้อยละ 3-5) อย่างชัดเจน ซึ่งได้แก่ ทอรีน (taurine) นิวคลีโอไทด์ (nucleotide) คาร์นิทีน (carnitine) epidermal growth factor,

somatomedin-C หรือ insulin-like growth factor รวมทั้งกรดอะมิโนอิสระอื่นๆ (ตารางที่ 2) ทอรีนซึ่งสังเคราะห์จาก methionine และ cysteine มีสูงมากในนมแม่แต่ไม่มีในนมวัว มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของระบบประสาทและสมองรวมทั้งจอประสาทตา และช่วยในการดูดซึมไขมัน ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับทอรีนอย่างเพียงพอจะมีปัญหาพัฒนาการของสมอง<sup>10</sup> ทอรีนจึงเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ทอรีนที่เติมในนมผสมดัดแปลงสำหรับทารกยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงประโยชน์และความสามารถของทารกในการนำไปใช้

### นิวคลีโอไทด์ (Nucleotide)

ประกอบด้วยกรดพอสฟอริกจับกับน้ำตาลเพนโตส และอนุพันธ์ของ purine หรือ pyrimidine มีประมาณ 6.1-9.0 ไมโครโมล/ดล. ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนให้เป็นพลังงาน และเป็นส่วนประกอบหลักของ DNA และ RNA ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของรหัสพันธุกรรมในร่างกาย ทารกปกติสามารถสังเคราะห์นิวคลีโอไทด์ได้เอง แต่ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ร่างกายต้องการนิวคลีโอไทด์เพิ่มมากขึ้น จึงควรได้รับนมแม่ซึ่งมีนิวคลีโอไทด์สูง เพื่อช่วยการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร ช่วยในการดูดซึมสารอาหารบางชนิดที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์สุขภาพในลำไส้และช่วยเพิ่มจำนวนเซลล์ภูมิคุ้มกัน ในนมผสมมีการเติมนิวคลีโอไทด์สังเคราะห์ซึ่งเป็นชนิดที่แตกต่างกับที่พบในนมแม่

ส่วนไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีนอื่นๆ เช่น คาร์นิทีน (carnitine) มีความสำคัญในการสังเคราะห์ไขมันสำหรับสมอง epidermal growth factor ช่วยควบคุมการเจริญเติบโตของเยื่อบุทางเดินอาหารและ somatomedin-C หรือ insulin-like growth factor ช่วยการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร

ตารางที่ 2 บทบาทและความสำคัญของสารประกอบไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีนในนมแม่

Non-protein nitrogen	บทบาทและความสำคัญ
Amino sugars N-acetylglucosamine N-acetylneuraminic acid	ช่วยควบคุมการแบ่งตัวของจุลินทรีย์ในลำไส้ใหญ่และเป็นส่วนประกอบของ gangliosides ช่วยในการพัฒนาของสมอง เป็นสารตั้งต้นของเซลล์เยื่อบุลำไส้
Peptides Epidermal growth factor Somatomedin-C/Insulin-like growth factor Delta-sleep-inducing peptide Insulin	ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร กระตุ้นการสร้าง DNA และการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร มีอิทธิพลต่อรูปแบบการหลับและตื่น ช่วยควบคุมการพัฒนาของระบบทางเดินอาหาร
Free amino acids Taurine	จับกับ bile acid ช่วยในการดูดซึมไขมัน สำคัญต่อการทำงานของระบบประสาท และจอตา
Glutamic acid/glutamine	กระตุ้นการเจริญและทำหน้าที่ของเซลล์เยื่อบุลำไส้ เป็นสารตั้งต้นของการสังเคราะห์กรดอะมิโนและนิวคลีโอไทด์ ช่วยการดูดซึมสังกะสี เป็นสารตั้งต้นของ glutamate ในสมอง
Carnitine	ช่วยในการสังเคราะห์ไขมันในเนื้อสมอง เป็นตัวพากรดไขมันสายยาวเข้าไปใน mitochondria ช่วยสลายไขมันและสร้างคีโตน
Choline and ethanolamine	ช่วยการเจริญเติบโต
Nucleic acid	แหล่งของ DNA และ RNA
Nucleotides	ช่วยในการเจริญเติบโตและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน
Polyamines	กระตุ้นการทำงานของกรดอะมิโนและการสร้างโปรตีน

### 4. วิตามิน

นมแม่มีปริมาณวิตามินเพียงพอแก่ความต้องการของทารก ยกเว้นวิตามินบางตัวที่มีน้อยในนมแม่ในรายที่แม่มีภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง<sup>11</sup> ปริมาณวิตามินในนมแม่ขึ้นกับระดับวิตามินที่สะสมในตัวแม่และอาหารที่แม่รับประทานโดยทั่วไป ปริมาณวิตามินที่ละลายในน้ำ (ซึ่งไม่มีสะสมในตัวแม่) จะขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการของแม่มากกว่าวิตามินที่ละลายในไขมัน ความแตกต่างของปริมาณวิตามินในนมแม่นมวัวและความต้องการวิตามินเหล่านี้ในทารกปกติ ดังแสดงในตารางที่ 3

**วิตามินที่ละลายในไขมัน (Fat-soluble vitamins)**  
**วิตามินเอ** มีในหัวน้ำนมมากกว่าน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่และมีมากกว่านมวัว ประกอบด้วย retinol

ester และ carotenoids ที่สามารถเปลี่ยนไปเป็น retinol ester, lutein และ zeaxanthin ซึ่งช่วยสร้าง macula pigment ในจอประสาทตา **วิตามินดี** มีปริมาณน้อย (0.01-0.1 ไมโครกรัม/ดล.) เมื่อเทียบกับความต้องการของทารก (5 ไมโครกรัม/วัน) ในทารกที่ได้รับนมแม่และสัมผัสกับแสงแดดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงในขณะที่ใส่เสื้อผ้าปกตจะมีระดับวิตามินดีในเลือดปกติ แต่ในบางประเทศแถบตะวันตกอาจมีปัญหาการขาดวิตามินดีจากการมีผิวสีเข้ม ใส่เสื้อผ้าปกปิดร่างกาย และหลีกเลี่ยงแสงแดด จึงแนะนำให้เสริมวิตามินดี 200 IU ต่อวันในทารกอายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป<sup>12</sup> **วิตามินอี (α-tocopherol)** มีระดับสูงสุดในหัวน้ำนมและค่อยๆ ลดลงในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ แต่ยังสูง

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบปริมาณของวิตามินในนมแม่แต่ละระยะกับนมวัว (ต่อดล.) และความต้องการของทารกใน 6 เดือนแรก (ต่อวัน)

วิตามิน	หัวนม	Mature milk	นมวัว	US DRI (AI) ของทารก 6 เดือนแรก
วิตามินเอ				
เรตินอล (มคก.)	200	30-60	41	400*
คาโรทีนอยด์ (มคก.)	200	20-60		
วิตามินบี 1 (มก.)	0.002	0.016-0.021	0.043	0.2
วิตามินบี 2 (มก.)	0.05	0.03-0.04	0.145	0.3
ไนอะซิน (มก.)	0.05	0.15-0.2	0.08	2
วิตามินบี 6 (มก.)	0.002-0.004	0.009-0.03	0.06	0.1
กรดแพนโทเทนิค (มก.)	0.25	0.2-0.25	0.34	1.7
ไบโอติน (มคก.)	0.45	0.5-0.9	2.8	5
โฟเลท (มคก.)	0.5-1	5-10	0.13	65
วิตามินบี 12 (มคก.)	0.12-0.15	0.05-0.08	0.6	0.4
วิตามินซี (มก.)	8-10	4-10	1.1	40
วิตามินดี (มคก.)	0.01-0.03	0.01-0.1	0.02	5
วิตามินอี (มก.)	1.65	0.4-0.6	0.07	4
วิตามินเค (มคก.)	0.42-0.49	0.27-0.5	6	2

DRI, Dietary Reference Intake; AI, Adequate Intake  
 อ้างอิงจาก US DRI เนื่องจากกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 ไม่ได้กำหนดค่าความต้องการในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน  
 เนื่องจากเป็น ช่วงอายุที่ควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว  
 \*เป็นค่า retinol activity equivalent (RAE), 1RAE = 1 µg retinol, 12 µg β-carotene, 24 µg β-cryptoxanthin  
 ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2,15 และ 18

กว่าในนมวัวถึง 4 เท่า ความต้องการวิตามินอีของทารก (ประมาณ 0.5 มก./กรัม) ขึ้นกับปริมาณของกรดไขมันไม่อิ่มตัวในเยื่อหุ้มเซลล์และในอาหารที่รับประทาน ซึ่งในนมแม่มีปริมาณอย่างเพียงพอ (α-tocopherol:PUFA ratio 0.79 มก./กรัม)<sup>13</sup>

**วิตามินเค** มีปริมาณน้อย ร่างกายสามารถสร้างได้เองโดยจุลินทรีย์ในลำไส้แต่อาศัยเวลาหลายวันหลังคลอดจึงแนะนำให้ทารกแรกเกิดรับวิตามินเค 1 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกราย เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติในทารกแรกเกิด (hemorrhagic disease of newborn)

**วิตามินที่ละลายในน้ำ (Water-soluble vitamins)**  
**วิตามินซี** ในนมแม่มีประมาณ 4-10 มก./ดล. ซึ่งสูงกว่านมวัว 4-5 เท่า ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนใน

6 เดือนแรก จะได้รับวิตามินซีประมาณ 20-40 มก./วัน ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ประมาณ 40 มก./วัน)

**วิตามินบี** ในนมแม่มีวิตามินบีทุกตัวที่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ยกเว้นแม่ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต อาจได้รับวิตามินบี 6 และ บี 12 ไม่เพียงพอและมีผลต่อระดับวิตามินบีในนมแม่

**วิตามินบี 1** มีสูงในหัวนม (0.016-0.021 มก./ดล.) มากกว่าในหัวนม (0.002 มก./ดล.) 7-8 เท่า แต่มีน้อยกว่านมวัว (0.043 มก./ดล.) เมื่อเทียบกับความต้องการของทารกในช่วง 6 เดือนแรก (0.2 มก./วัน) ในแม่กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหาร

ที่ขัดขวางการดูดซึมวิตามินบี 1 เช่น ปลาแร่ ไข่ดิบหรือยอดไข่ไม่บางชนิด เป็นต้น อาจทำให้มีระดับวิตามินบี 1 ในนมแม่น้อยลงและทารกที่ได้รับนมแม่กลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเหน็บชาในทารก

**วิตามินบี 6** ในหัวนมสมบูรณ์เต็มที่ (0.009-0.03 มก./ดล.) เพียงพอต่อความต้องการของทารกปกติ (0.1 มก./วัน) แม่ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามินบี 6 เช่น แม่ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต ไข่ยากุมก้าเนด หรือมีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นต้น ควรได้รับการเสริมวิตามินบี 6 ในขนาดสูง (600 มก./วัน) การให้วิตามินบี 6 ที่สูงอาจลดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin)

**วิตามินบี 12** ในหัวนมสมบูรณ์เต็มที่ (0.05-0.08 มคก./ดล.) มีน้อยกว่านมวัว แต่เพียงพอต่อความต้องการของทารกปกติ (0.4 มคก./วัน) ยกเว้นในรายที่แม่รับประทานอาหารมังสวิรัตอย่างเคร่งครัด ไม่มีไข่และนมในอาหาร) แม่ควรได้รับการเสริมวิตามินบี 12

**วิตามินบีอื่น ๆ รวมถึงโฟเลท** มีเพียงพอในนมแม่และมักไม่พบปัญหาในทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ถึงแม้แม่จะมีภาวะขาดอาหาร

**5. แร่ธาตุ<sup>15</sup>**

นมแม่มี osmolarity ใกล้เคียงกับเลือด (ประมาณ 286 มิลลิออสโมล/ลิตร) ซึ่งต่ำกว่านมวัว (ประมาณ 350 มิลลิออสโมล/ลิตร) ปริมาณแร่ธาตุที่ต่ำในนมแม่เมื่อเทียบกับนมวัวช่วยลดการขับสารออกทางไต (renal solute load) ปริมาณของแร่ธาตุในนมแม่แต่ละระยะต่างกับนมวัว (ตารางที่ 4)

แร่ธาตุที่ต้องการปริมาณมากมีครบถ้วนในนมแม่ ได้แก่ โซเดียม โปแตสเซียม และคลอไรด์ ซึ่งทั้งหมดละลายอยู่ในส่วนที่เป็นน้ำ ซึ่งหัวนมมีสูงกว่านมสมบูรณ์เต็มที่ โดยเฉพาะโซเดียมในนมแม่ (12-25

มก./ดล.) มีน้อยกว่าในนมวัว (58 มก./ดล.) 2-3 เท่า ส่วนแคลเซียมในนมแม่ (20-25 มก./ดล.) มีน้อยกว่านมวัว (125 มก./ดล.) แต่แคลเซียมในนมแม่ประมาณร้อยละ 15 จะจับกับฟอสเฟตและเคซีนในรูป casein micelles จึงถูกดูดซึมและนำไปใช้ได้ดีมาก ส่วนสัดส่วนของแคลเซียมต่อฟอสฟอรัส (ประมาณ 2:1) เหมาะสมกับความต้องการของทารก แต่นมวัวมีแคลเซียมใกล้เคียงกับฟอสฟอรัสซึ่งสูงเกินไปสำหรับทารกนมแม่ของทารกที่เกิดก่อนกำหนดอาจมีแคลเซียมและฟอสฟอรัสที่ไม่เพียงพอจึงควรเพิ่มแคลเซียมและฟอสฟอรัสในนมแม่เพื่อป้องกันโรคกระดูกบาง

แร่ธาตุที่ต้องการปริมาณน้อย (trace elements) มีปริมาณสูงทั้งในหัวนมและหัวนมสมบูรณ์เต็มที่ซึ่งทารกสามารถดูดซึมและนำไปใช้ได้เต็มที่ (high bioavailability) เหล็กในนมแม่มีการดูดซึม (ร้อยละ 20-50) ดีกว่านมวัว (ร้อยละ 4-7) ทารกเกิดครบกำหนดที่ได้รับนมแม่จะได้ธาตุเหล็กเพียงพอต่อความต้องการในช่วง 4-6 เดือนแรก แต่ทารกที่เกิดก่อนกำหนดมีธาตุเหล็กสะสมน้อย ถ้าต้องการการเสริมธาตุเหล็กควรเริ่มตั้งแต่อายุ 2 สัปดาห์ - 2 เดือนและให้ต่อเนื่องจนถึงอายุ 1 ปี อย่างไรก็ตามในการเสริมธาตุเหล็กแก่ทารกปกติควรคำนึงถึงความสมดุลของการดูดซึมแร่ธาตุอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะสังกะสีและทองแดง

ส่วนแร่ธาตุอื่นๆ เช่น ธาตุสังกะสี และทองแดงในนมแม่มีการดูดซึมและนำไปใช้ดีกว่านมวัวถึง 2 เท่า และยังมีแร่ธาตุบางตัวที่ในหลายประเทศต้องการให้เสริมในอาหารของแม่ที่ให้นมลูก เช่น ซีลีเนียม ไอโอดีน และฟลูออไรด์ เป็นต้น

ในการดัดแปลงนมผสมจากนมวัวจึงต้องปรับระดับวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ ในนมผสมให้ใกล้เคียงกับนมแม่ ยกเว้นสารอาหารบางชนิด เช่น ธาตุเหล็กที่ต้องเติมมากขึ้นเพื่อชดเชยการดูดซึมที่น้อยกว่าการดูดซึมจากนมแม่ อย่างไรก็ตาม ปริมาณของวิตามินและแร่ธาตุในนมผสมต้องเป็นไปตามค่ามาตรฐานที่



**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบปริมาณของวิตามินในนมแม่แต่ละระยะกับนมวัว (ต่อล.) และความต้องการของทารกใน 6 เดือนแรก (ต่อวัน)

วิตามิน	หัวนม	Mature milk	นมวัว	US DRI (AI) ของทารก 6 เดือนแรก
วิตามินเอ				
เรตินอล (มคก.)	200	30-60	41	400*
คาโรทีนอยด์ (มคก.)	200	20-60		
วิตามินบี 1 (มก.)	0.002	0.016-0.021	0.043	0.2
วิตามินบี 2 (มก.)	0.05	0.03-0.04	0.145	0.3
ไนอะซิน (มก.)	0.05	0.15-0.2	0.08	2
วิตามินบี 6 (มก.)	0.002-0.004	0.009-0.03	0.06	0.1
กรดแพนโทเทนิค (มก.)	0.25	0.2-0.25	0.34	1.7
ไบโอติน (มคก.)	0.45	0.5-0.9	2.8	5
โฟเลท (มคก.)	0.5-1	5-10	0.13	65
วิตามินบี 12 (มคก.)	0.12-0.15	0.05-0.08	0.6	0.4
วิตามินซี (มก.)	8-10	4-10	1.1	40
วิตามินดี (มคก.)	0.01-0.03	0.01-0.1	0.02	5
วิตามินอี (มก.)	1.65	0.4-0.6	0.07	4
วิตามินเค (มคก.)	0.42-0.49	0.27-0.5	6	2

DRI, Dietary Reference Intake; AI, Adequate Intake  
 อ้างอิงจาก US DRI เนื่องจากกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 ไม่ได้กำหนดค่าความต้องการในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน  
 เนื่องจากเป็น ช่วงอายุที่ควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว  
 \*เป็นค่า retinol activity equivalent (RAE), 1RAE = 1 µg retinol, 12 µg β-carotene, 24 µg β-cryptoxanthin  
 ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2,15 และ 18

กว่าในนมวัวถึง 4 เท่า ความต้องการวิตามินอีของทารก (ประมาณ 0.5 มก./กรัม) ขึ้นกับปริมาณของกรดไขมันไม่อิ่มตัวในเยื่อหุ้มเซลล์และในอาหารที่รับประทาน ซึ่งในนมแม่มีปริมาณอย่างเพียงพอ (α-tocopherol:PUFA ratio 0.79 มก./กรัม)<sup>13</sup>  
**วิตามินเค** มีปริมาณน้อย ร่างกายสามารถสร้างได้เองโดยจุลินทรีย์ในลำไส้แต่อาศัยเวลาหลายวันหลังคลอดจึงแนะนำให้ทารกแรกเกิดรับวิตามินเค 1 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกราย เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกผิดปกติในทารกแรกเกิด (hemorrhagic disease of newborn)

**วิตามินที่ละลายในน้ำ (Water-soluble vitamins)**  
**วิตามินซี** ในนมแม่มีประมาณ 4-10 มก./ล. ซึ่งสูงกว่านมวัว 4-5 เท่า ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนใน

6 เดือนแรก จะได้วิตามินซีประมาณ 20-40 มก./วัน ซึ่งเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ประมาณ 40 มก./วัน)

**วิตามินบี** ในนมแม่มีวิตามินบีทุกตัวที่เพียงพอับความต้องการของทารก ยกเว้นแม่ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต อาจได้รับวิตามินบี 6 และ บี 12 ไม่เพียงพอและมีผลต่อระดับวิตามินบีในนมแม่

**วิตามินบี 1** มีสูงในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (0.016-0.021 มก./ล.) มากกว่าในหัวนม (0.002 มก./ล.) 7-8 เท่า แต่มีน้อยกว่านมวัว (0.043 มก./ล.) เมื่อเทียบกับความต้องการของทารกในช่วง 6 เดือนแรก (0.2 มก./วัน) ในแม่กลุ่มเสี่ยงที่รับประทานอาหาร

ที่ขัดขวางการดูดซึมวิตามินบี 1 เช่น ปลาจืด ไข่ขาวดิบ หรือยอดใบไม้บางชนิด เป็นต้น อาจทำให้มีระดับวิตามินบี 1 ในนมแม่น้อยลงและทารกที่ได้รับนมแม่กลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเหน็บชาในทารก

**วิตามินบี 6** ในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (0.009-0.03 มก./ล.) เพียงพอับความต้องการของทารกปกติ (0.1 มก./วัน) แม่ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดวิตามินบี 6 เช่น แม่ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต ไข่ยากุมก่าเน็ด หรือมีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นต้น ควรได้รับการเสริมวิตามินบี 6 ในขนาดสูง (600 มก./วัน) การให้วิตามินบี 6 ที่สูงอาจกดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin)

**วิตามินบี 12** ในน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (0.05-0.08 มคก./ล.) มีน้อยกว่านมวัว แต่เพียงพอับความต้องการของทารกปกติ (0.4 มคก./วัน) ยกเว้นในรายที่แม่รับประทานอาหารมังสวิรัตอย่างเคร่งครัด (ไม่มีไข่และนมในอาหาร) แม่ควรได้รับการเสริมวิตามินบี 12

**วิตามินบีอื่น ๆ รวมถึงโฟเลท** มีเพียงพอในนมแม่ และมักไม่พบปัญหาในทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ถึงแม้แม่จะมีภาวะขาดอาหาร

**5. แร่ธาตุ<sup>15</sup>**

นมแม่มี osmolality ใกล้เคียงกับเลือด (ประมาณ 286 มิลลิออสโมล/ลิตร) ซึ่งต่ำกว่านมวัว (ประมาณ 350 มิลลิออสโมล/ลิตร) ปริมาณแร่ธาตุที่ต่ำในนมแม่เมื่อเทียบกับนมวัวช่วยลดการขับสารออกทางไต (renal solute load) ปริมาณของแร่ธาตุในนมแม่แต่ละระยะต่างกับนมวัว (ตารางที่ 4)

แร่ธาตุที่ต้องการปริมาณมากมีครบถ้วนในนมแม่ ได้แก่ โซเดียม โปแตสเซียม และคลอไรด์ ซึ่งทั้งหมดละลายอยู่ในส่วนที่เป็นน้ำ ซึ่งหัวนมมีสูงกว่าน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ โดยเฉพาะโซเดียมในนมแม่ (12-25

มก./ล.) มีน้อยกว่าในนมวัว (58 มก./ล.) 2-3 เท่า ส่วนแคลเซียมในนมแม่ (20-25 มก./ล.) มีน้อยกว่านมวัว (125 มก./ล.) แต่แคลเซียมในนมแม่ประมาณร้อยละ 15 จะจับกับฟอสเฟตและเคซีนในรูป casein micelles จึงถูกดูดซึมและนำไปใช้ได้ดีมาก ส่วนสัดส่วนของแคลเซียมต่อฟอสฟอรัส (ประมาณ 2:1) เหมาะสมกับความต้องการของทารก แต่นมวัวมีแคลเซียมใกล้เคียงกับฟอสฟอรัสซึ่งสูงเกินไปสำหรับทารกนมแม่ของทารกที่เกิดก่อนกำหนดอาจมีแคลเซียมและฟอสฟอรัสที่ไม่เพียงพอจึงควรเพิ่มแคลเซียมและฟอสฟอรัสในนมแม่เพื่อป้องกันโรคกระดูกบาง

แร่ธาตุที่ต้องการปริมาณน้อย (trace elements) มีปริมาณสูงทั้งในหัวนมและน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ซึ่งทารกสามารถดูดซึมและนำไปใช้ได้อย่างเต็มที่ (high bioavailability) เหล็กในนมแม่มีการดูดซึม (ร้อยละ 20-50) ดีกว่านมวัว (ร้อยละ 4-7) ทารกเกิดครบกำหนดที่ได้รับนมแม่จะได้ธาตุเหล็กเพียงพอแก่ความต้องการในช่วง 4-6 เดือนแรก แต่ทารกที่เกิดก่อนกำหนดมีธาตุเหล็กสะสมน้อย ถ้าต้องการการเสริมธาตุเหล็กควรเริ่มตั้งแต่อายุ 2 สัปดาห์ - 2 เดือน และให้ต่อเนื่องจนถึงอายุ 1 ปี อย่างไรก็ตามในการเสริมธาตุเหล็กแก่ทารกปกติควรคำนึงถึงความปลอดภัยของการดูดซึมแร่ธาตุอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะสังกะสีและทองแดง

ส่วนแร่ธาตุอื่นๆ เช่น ธาตุสังกะสี และทองแดงในนมแม่มีการดูดซึมและนำไปใช้ดีกว่านมวัวถึง 2 เท่า และยังมีแร่ธาตุบางตัวที่ในหลายประเทศต้องการให้เสริมในอาหารของแม่ที่ให้นมลูก เช่น ซีลีเนียม ไอโอดีน และฟลูออไรด์ เป็นต้น

ในการดัดแปลงนมผสมจากนมวัวจึงต้องปรับระดับวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ ในนมผสมให้ใกล้เคียงกับนมแม่ ยกเว้นสารอาหารบางชนิด เช่น ธาตุเหล็กที่ต้องเติมมากขึ้นเพื่อชดเชยการดูดซึมที่น้อยกว่าการดูดซึมจากนมแม่ อย่างไรก็ตาม ปริมาณของวิตามินและแร่ธาตุในนมผสมต้องเป็นไปตามค่ามาตรฐานที่

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบปริมาณของแร่ธาตุในนมแม่แต่ละระยะกับนมวัว (ต่อคล.) และความต้องการของทารกใน 6 เดือนแรก (ต่อวัน)

วิตามิน	หัวนม	Mature milk	นมวัว	US DRI (AI) ของทารก 6 เดือนแรก
แคลเซียม (มก.)	25	20-25	125	210
แมกนีเซียม (มก.)	3-3.5	3-3.5	12	30
ฟอสฟอรัส (มก.)	12-16	12-14	96	100
โซเดียม (มก.)	30-40	12-25	58	120
โปแตสเซียม (มก.)	60-70	40-55	138	400
คลอไรด์ (มก.)	60-80	40-45	103	180
เหล็ก (มก.)	0.05-0.1	0.03-0.09	0.05	0.27
สังกะสี (มก.)	0.5-1.2	0.1-0.3	0.4	2
ทองแดง (มคก.)	50-80	20-40	14	200
แมงกานีส (มคก.)	0.5-1.2	0.3-0.4	NR	3
ซีลีเนียม (มคก.)	3.3-4	1-2.5	NR	15
ไอโอดีน (มคก.)	4-5	14-15	NR	110
ฟลูออไรด์ (มคก.)	0.5-2	0.4-1.5	NR	10

DRI, Dietary Reference Intake; AI, Adequate Intake, NR = not reported

อ้างอิงจาก US DRI เนื่องจากกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 ไม่ได้กำหนดค่าความต้องการในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่ควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2,15 และ 18

กำหนดตามปริมาณที่เพียงพอ (adequate intake) ของทารก ในช่วงหลังจาก 6 เดือนทารกควรได้สารอาหารเพิ่มเติมจากอาหารตามวัยที่เหมาะสม นอกจากนี้เคยมีการรายงานการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคในนมผสม ทำให้เกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรงในทารกแรกเกิด เช่น *Enterobacter sakazakii*<sup>16</sup> หรือในนมผสมที่ผลิตจากถั่วเหลืองซึ่งมีสาร phytoestrogens ซึ่งหากทารกแรกเกิดได้รับในปริมาณที่สูงอยู่เป็นเวลานานอาจมีผลกับระบบสืบพันธุ์ได้<sup>17</sup>

### ส่วนประกอบที่ไม่ใช่สารอาหารในนมแม่<sup>3</sup>

นมแม่ประกอบด้วยสารภูมิต้านทาน (antibodies) ซึ่งเป็น sIgA ร้อยละ 80-90 ซึ่งทนต่อการย่อยในทางเดินอาหารของทารก sIgA ซึ่งสูงมากในหัวนมจึงทำให้ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเต็มที่ที่ได้รับ sIgA ประมาณ 2-3 เท่าของปริมาณที่ผู้ใหญ่ผลิตได้ต่อวัน

นมแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีปริมาณ sIgA สูงกว่านมแม่ที่มีทารกครบกำหนด จึงช่วยลดการติดเชื้อทางเดินอาหารและทางเดินหายใจของทารกได้ทันทีหลังเกิด และมีภูมิคุ้มกันเฉพาะเชื้อโรคที่อันตรายต่อทารก

**ภูมิคุ้มกันโรคที่มีชีวิต (living immunity)** ในนมแม่เป็นส่วนของเม็ดเลือดขาวที่มีสูงในหัวนม (ประมาณ  $1-3 \times 10^6$  เซลล์/มล.) มากกว่าน้ำนมที่สมบูรณ์เต็มที่ (ประมาณ  $1 \times 10^6$  เซลล์/มล.) เม็ดเลือดขาวที่จับเชื้อโรค (macrophage) ทำหน้าที่ผลิตสารต้านการอักเสบและติดเชื้อชนิดต่างๆ ส่วน neutrophil ทำหน้าที่จับเชื้อโรคและ lymphocyte (T และ B) ทำหน้าที่สร้างภูมิต้านทาน

**โปรตีนที่จับกับธาตุเหล็ก** เช่น แลคโตเฟอริน (lactoferrin) สามารถทนต่อน้ำย่อยในทางเดินอาหารและฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (แกรมบวกและแกรมลบ) ไวรัสและ

เชื้อรา เช่น *Candida albicans* ได้นอกจากนี้ แลคโตเฟอริน ยังช่วยยับยั้งการเจริญของเชื้อก่อโรคโดยแย่งจับธาตุเหล็กที่เชื้อโรคต้องการ และสร้าง pro-inflammatory cytokines ทำให้สามารถป้องกันการติดเชื้อได้โดยไม่ก่อให้เกิดการอักเสบ แลคโตเฟอรินทำงานร่วมกับ lysozyme และ sIgA ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

**โพลิโกแซคคาไรด์** ในนมแม่สามารถจับกับเชื้อจุลินทรีย์ทั้งแบคทีเรีย ไวรัสและ toxins โดย receptor-like mechanism เนื่องจากโพลิโกแซคคาไรด์มีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกับโพลิโกแซคคาไรด์ที่ผนังเยื่อหุ้มเซลล์ของทารกทำให้เกิดโรคติดเชื้อในทางเดินอาหารที่รุนแรงน้อยลง

**นิวคลีโอไทด์** มีความสำคัญต่อการสร้างเยื่อหุ้มต่างๆ เพื่อช่วยปกป้องการแทรกซึมของเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกาย และเสริมการสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรค

### สรุป

นมแม่มีลักษณะจำเพาะและมีส่วนประกอบที่แตกต่างจากนมผสมซึ่งดัดแปลงจากนมวัวหรือนมชนิดอื่น เช่น มีเซลล์ที่มีชีวิต มีภูมิต้านทาน น้ำย่อย โดยเฉพาะน้ำย่อยไขมันที่ทารกแรกเกิดยังสร้างได้น้อย ส่วนประกอบของนมแม่เปลี่ยนแปลงตามระยะของการให้นม และตามอาหารที่แม่รับประทาน เช่น ปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัววิตามิน รวมทั้งสารชีวภาพที่ช่วยการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองและจอประสาทตา นมผสมที่นำมาใช้เลี้ยงทารกต้องดัดแปลงโดยการลดโปรตีนและไขมันลง เพิ่มแลคโตส ไขมันพืชและวิตามินแร่ธาตุต่างๆ ลงไป เพื่อให้มีสารอาหารใกล้เคียงนมแม่มากขึ้น หรือทำจากนมถั่วเหลืองดัดแปลงโดยขบวนการคล้ายคลึงกันและเติม methionine เพื่อให้มีกรดอะมิโนจำเป็นอย่างครบถ้วน อย่างไรก็ตามนมแม่ยังมีส่วนประกอบที่เหนือกว่านมผสม นมผสมในปัจจุบันยังไม่สามารถเลียนแบบส่วนประกอบนมแม่บางตัว เช่น สารภูมิต้านทาน น้ำย่อย และฮอโมนในนมแม่ได้ แม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีในการปรับปรุงและผลิตนมผสมดัดแปลงสำหรับทารกจะก้าวหน้ามากเพียงใด นมแม่ยังคงเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก

**สารชีวภาพอื่นๆ** ที่ช่วยในการสร้างภูมิคุ้มกันโรคและกำจัดเชื้อก่อโรค ได้แก่ cytokines และ immunomodulatory factors ที่มีมากกว่า 100 ชนิด และตัวที่สำคัญคือ transforming growth factor beta (TGF- $\beta$ ) ที่ช่วยป้องกันโรคภูมิแพ้ และกระตุ้นการเจริญของต่อมไทมัสเพื่อสร้าง T-lymphocytes ส่วน growth factors ช่วยให้เยื่อบุทางเดินอาหารเจริญสมบูรณ์เร็วขึ้น และทนต่อการติดเชื้อรวมทั้งลดการดูดซึมโปรตีนที่แปลกปลอม

นอกจากนี้ในนมแม่มีฮอโมนหลายชนิด เช่น leptin ซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมความอยากอาหาร นอกจากนี้ยังมี thyroid hormones, erythropoietin, prolactin ซึ่งอาจทำหน้าที่ในการส่งสัญญาณบางอย่างจากแม่สู่ลูก

Enzymes เช่น bile salt-stimulated lipase เพื่อช่วยให้ไขมันในนมแม่ถูกดูดซึมไปใช้ได้อย่างเต็มที่ มีผลดีต่อการเจริญเติบโตของสมอง

## เอกสารอ้างอิง

1. Howie PW. Breast feeding--a new understanding. Mabel Liddiard Memorial Lecture-Edinburgh-1984. *Midwives Chron* 1985;98:184-92.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Biochemistry of human milk. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 105-70.
3. Hanson LA. Immunobiology of human milk: how breastfeeding protects babies. Amarillo: Pharmasoft Publishing; 2004.
4. Casey CE, Neifert MR, Seacat JM, Neville MC. Nutrient intake by breast-fed infants during the first five days after birth. *Am J Dis Child* 1986;140:933-6.
5. Almroth S, Bidinger PD. No need for water supplementation for exclusively breast-fed infants under hot and arid conditions. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1990;84:602-4.
6. Minda H, Molnar S, Burus I, Decsi T. Effect of different types of feeding on fatty acid composition of erythrocyte membrane lipids in full-term infants. *Acta Paediatr* 2002;91:874-81.
7. Simmer K, Patole SK, Rao SC. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD000376.
8. Simmer K, Schulzke SM, Patole S. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD 000375.
9. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:578-84.
10. Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, Puntis JW, et al. Prebiotic oligosaccharides in dietetic products for infants: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:465-73.
11. Wharton BA, Morley R, Isaacs EB, Cole TJ, Lucas A. Low plasma taurine and later neurodevelopment. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89:497-8.
12. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva: World Health Organization; 2002.
13. Gartner LM, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency: new guidelines for vitamin D intake. *Pediatrics* 2003;111:908-10.
14. Lammi-Keefe CJ, Jensen RG. Lipids in human milk: a review. 2: Composition and fat-soluble vitamins. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3:172-98.
15. Donovan SM. Human milk: Nutritional properties. In: Duggan C, Watkins JB, Walker WA, editors. *Nutrition in Pediatrics: Basic science and clinical applications*. 4<sup>th</sup> ed. Hamilton: BC Decker Inc; 2008. p. 341-53.
16. Forsythe SJ. Enterobacter sakazakii and other bacteria in powdered infant milk formula. *Matern Child Nutr* 2005;1:44-50.
17. Setchell KD, Zimmer-Nechemias L, Cai J, Heubi JE. Exposure of infants to phyto-oesrogens from soy-based infant formula. *Lancet* 1997;350:23-7.
18. American Academy of Pediatrics CoN. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, Illinois: American Academy of Pediatrics; 2009.


 หมวดที่  
2

 หลักฐานเชิงประจักษ์คุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 

---

## บทที่ 3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับสุขภาพแม่

บุณยาพร พันธิตพงษ์

แม่ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลดีต่อลูก แต่ยังมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของลูกในการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอหรือไม่มีคุณภาพเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต แม่หลายคนมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของแม่ที่ให้นมลูก เช่นภาวะกระดูกพรุน เต้านมเสียทรง และแม่รู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แท้จริงแล้วการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิถีธรรมชาติที่จัดสรรให้วงจรของวัยเจริญพันธุ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น การให้นมแม่ยังมีประโยชน์ต่อแม่ ทั้งด้านสุขภาพร่างกายและสภาพจิตใจ ทั้งในระยะหลังคลอดและในระยะยาวอีกด้วย

### ผลดีต่อสุขภาพของแม่ในระยะหลังคลอด

#### 1. ป้องกันภาวะการตกเลือดหลังคลอด

การให้ลูกได้ดูดนมแม่ในระยะหลังคลอดจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินอย่างต่อเนื่อง ทำให้มดลูกหดตัวได้ดีและบ่อยขึ้น ลดโอกาสการเสียเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ซึ่งอาจเกิดในระยะ 2-3 วันหลังคลอด และทำให้มดลูกเข้าอู่หรือกลับเข้าสู่สภาพปกติเร็วขึ้น แม่ที่ให้ลูกดูดนมแม่ทันทีหลังคลอด และให้ลูกดูดนมด้วยจำนวนครั้งที่ถี่กว่าจะเสียเลือดหลังคลอดน้อยกว่าแม่ที่ให้ลูกดูดนมแม่หลังคลอดเกิน 2 ชั่วโมง<sup>1</sup>

#### 2. ช่วยการคุมกำเนิด

แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยเลื่อนระยะเวลาของการตั้งครรภ์ใหม่ เนื่องจากการกีดกันการทำงานของรังไข่ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของแม่ในการให้นมลูก แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตั้งกล่าวจะมีโอกาสตั้งครรภ์ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอดน้อย

กว่าร้อยละ 2 แต่หลัง 6 เดือนไปแล้วแนะนำให้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย<sup>2</sup>

#### 3. ช่วยลดน้ำหนักของแม่ในระยะหลังคลอด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้มีการเผาผลาญไขมันที่สะสมไว้ในระยะตั้งครรภ์เพื่อใช้ในการสร้างน้ำนม ทำให้แม่กลับมามีรูปร่างที่สวยงามได้เร็ว มีการศึกษาพบว่า แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด จะมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม และมีการลดลงของสัดส่วนร้อยละของไขมันในร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมต่างๆ ที่แม่กลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจะรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงกว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมก็ตาม<sup>3</sup> การเผาผลาญไขมันได้เร็วเช่นนี้ ยังส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว ทำให้แม่มีโอกาสเป็นโรคอ้วนน้อยลง ลดความเสี่ยงต่อโรคที่พบร่วมกับความอ้วน เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

### ผลดีต่อสุขภาพของแม่ในระยะยาว

#### 1. ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2

##### (type 2 diabetes)

แม่ที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1-3 เดือน 1.5 เท่า<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังมีประโยชน์มากในแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามมาภายหลังถึง 7.4 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ปกติ ถ้าแม่นั้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลง ผลในการป้องกันนี้เชื่อว่าเกิดจากกลไกหลายอย่างร่วมกัน เช่น



การมีน้ำหนักตัวลดลง การเปลี่ยนแปลงสัดส่วน การกระจายของไขมัน และความไวของการตอบสนองต่ออินซูลิน<sup>5</sup> เป็นต้น

## 2. ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด

### ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง

มีการศึกษาในสตรีวัยหมดระดู 139,681 ราย พบว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงมากกว่าสตรีที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานเกิน 12 เดือนขึ้นไป โดยพบว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 14.8 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.1 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 14.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.1, ร้อยละ 38.6 และร้อยละ 12.3 ของโอกาสเกิดโรคดังกล่าวตามลำดับในสตรีที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานเกิน 12 เดือนขึ้นไป<sup>6</sup>

## 3. ลดความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน

ระยะตั้งครรภ์และให้นมบุตรเป็นช่วงที่ร่างกายต้องการแคลเซียมเป็นอย่างมาก ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น่าจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ในวัยหมดประจำเดือนมากที่สุด แต่จากการศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือน 619 คน พบว่า สตรีที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีภาวะกระดูกพรุน ต่ำกว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติตั้งครรภ์ครั้งแรกที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 27 ปี ร่วมกับเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีภาวะกระดูกพรุนต่ำกว่าสตรีที่มีประวัติตั้งครรภ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 27 ปีและไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>7</sup> มีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์จะมีการสูญเสียมวลกระดูกประมาณร้อยละ 3-7 ตั้งแต่ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์และขณะให้นมลูก แต่หลังจากหยุดให้นมแล้วมวลกระดูกก็จะกลับคืนมาโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็ว<sup>8</sup> การสร้างมวลกระดูกจะสูงมากหลังหยุดให้นมแม่และจะยังคงมีผลต่อไปอีก

5-10 ปี<sup>9</sup> นี้อาจจะเป็นเหตุผลที่ทำให้สตรีที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีภาวะกระดูกพรุนต่ำกว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## 4. ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือ

โอกาสเป็นมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือ (epithelial ovarian cancer) ในสตรีลดลงจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีบุตรหลายคน การกินยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น แม้ว่าการศึกษาขององค์การอนามัยโลกใน 7 ประเทศทั้งประเทศที่พัฒนา และกำลังพัฒนา พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์มีผลยับยั้งการทำงานของเซลล์รังไข่ได้ดีกว่าระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมแม่เป็นระยะเวลาสั้นๆ สามารถลดโอกาสเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และโอกาสไม่ลดลงมากกว่านี้ ถึงแม้จะให้นมแม่นานขึ้น การศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Nurses' Health Study) ที่มีการศึกษาติดตามสตรีที่เคยมีบุตร จำนวน 149,693 ราย เป็นเวลานาน 16 ปี พบว่า มีสตรีที่เป็นมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือเพียง 391 ราย กลุ่มสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉลี่ยนาน 9 เดือน ลดโอกาสเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือลงได้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าให้ได้นาน 18 เดือน หรือนานกว่านั้น จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เลย ยิ่งกว่านั้น จากการศึกษายังพบว่าในแต่ละเดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น โอกาสเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือจะลดลงร้อยละ 2 อีกด้วย<sup>10</sup>

## 5. ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเต้านม

การให้นมแม่นานช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเต้านม มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมลดลงเมื่อเทียบกับแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมในวัยที่ยังมีประจำเดือน<sup>11</sup> ทั้งยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ยิ่งให้นมแม่นานก็ยิ่งมีผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ โดยมีการศึกษาในประเทศศรีลังกาพบว่า แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 12-23 เดือน ลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมลงร้อยละ 66.3 เมื่อเทียบกับแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 0-11 เดือน และลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.4 และร้อยละ 94 ในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 24-35 เดือนและ 36-47 เดือนตามลำดับ<sup>12</sup>

## 6. ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก

มีการศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างความเสี่ยงลูกด้วยนมแม่กับมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษามีทั้งที่แสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดโอกาสเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกลงได้ดังเช่นการศึกษาในสตรีชาวญี่ปุ่นพบว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกเพียง 0.37 เท่าของแม่ที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>13</sup> การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ มีโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อโพรง

มดลูกเพียง 0.9 เท่าของแม่ที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยระยะเวลาที่ให้นมแม่ไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับโอกาสเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกมากนัก แต่เมื่อสตรีเหล่านี้อายุมากขึ้นและหยุดให้นมแม่เป็นระยะเวลาไม่นานแล้ว โอกาสเป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกจะสูงขึ้นตามอายุ<sup>14</sup> แต่จากการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกในประเทศทางยุโรปกลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกแต่อย่างใด<sup>15,16</sup> ซึ่งผลต่อมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกนี้ คงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ทำให้เกิดผลดีต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และมีผลไปถึงภาวะเศรษฐกิจของประเทศชาติด้วย ภาวะเศรษฐกิจที่ดีของครอบครัวย่อมส่งผลถึงสุขภาพของแม่โดยตรง เช่นในเรื่องภาวะโภชนาการและสุขอนามัย เป็นต้น

## สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของแม่เป็นอย่างมาก ทั้งในระยะแรกหลังคลอด และในระยะยาว ซึ่งปัจจุบันโรคต่างๆ เหล่านี้เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้รัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ควรให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง เป็นการลงทุนน้อย แต่ผลที่ได้คุ้มค่าอย่างมากมาย ทั้งตัวแม่และลูก ครอบครัว และประเทศชาติ

## เอกสารอ้างอิง

1. Sobhy SI, Mohame NA. The effect of early initiation of breast feeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor. J Egypt Public Health Assoc 2004;79: 1-12.
2. Edozien L. The contraceptive benefit of breast-feeding. Afr Health 1994;16:15-7.
3. Hatsu IE, McDougald DM, Anderson AK. Effect of infant feeding on maternal body composition. Int Breastfeed J 2008;3:18.
4. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, Stuebe A, McClure CK, Van Den Eeden SK, et al. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a populationbased study. Am J Med 2010; 123:863.e1-6.
5. Trout KK, Averbuch T, Barowski M. Promoting breastfeeding among obese women and women with gestational diabetes mellitus. Curr Diab Rep 2011;11:7-12.
6. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. Obstet Gynecol 2009; 113:974-82.
7. Schnatz PF, Barker KG, Marakovits KA, O' Sullivan DM. Effects of age at first pregnancy and breastfeeding on the development of postmenopausal osteoporosis. Menopause 2010; 17:1161-6.
8. Kalkwarf HJ, Specker BL. Bone mineral changes during pregnancy and lactation. Endocrine 2002;17:49-53.
9. Kurabayashi T, Tamura R, Hata Y, Nishijima S, Tsuneki I, Tamura M, et al. Secondary osteoporosis UPDATE. Bone metabolic change and osteoporosis during pregnancy and lactation. Clin Calcium 2010;20:672-81.
10. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. Cancer Causes Control 2007;18: 517-23.
11. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. Rev Obstet Gynecol 2009; 2:222-31.
12. De Silva M, Senarath U, Gunatilake M, Lokuhetty D. Prolonged breastfeeding reduces risk of breast cancer in Sri Lankan women: a case-control study. Cancer Epidemiol 2010;34: 267-73.
13. Okamura C, Tsubono Y, Ito K, Niikura H, Takano T, Nagase S, et al. Lactation and risk of endometrial cancer in Japan: a case-control study. Tohoku J Exp Med 2006;208: 109-15.
14. Newcomb PA, Trentham-Dietz A. Breast feeding practices in relation to endometrial cancer risk, USA. Cancer Causes Control 2000;11: 663-7.
15. Zucchetto A, Serraino D, Polesel J, Negri E, De Paoli A, Dal Maso L, et al. Hormone-related factors and gynecological conditions in relation to endometrial cancer risk. Eur J Cancer Prev 2009;18:316-21.
16. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjonneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Int J Cancer 2010; 127:442-51.

## บทที่ 4 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับสุขภาพทารก

กุลภา บุคิลป์

นมแม่ไม่ได้เป็นแค่อาหารแต่เป็นของเหลวทางชีวภาพที่ซับซ้อนและเต็มไปด้วยสารต่างๆ นับพันชนิดที่สังเคราะห์จากเลือดของแม่ สารอาหารมีความจำเพาะทางสายพันธุ์ที่ช่วยให้ลูกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ ปกป้องสุขภาพของทารกและเด็ก ยิ่งได้รับนมแม่นานยิ่งลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในวัยเด็ก ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจและมั่นใจในประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเข้าใจได้ง่ายแก่แม่และครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้แม่ทุกคนตัดสินใจเลือกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์และเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพในระยะหลังคลอด

## นมแม่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แม้ว่าทารกได้รับภูมิต้านทานจากแม่ผ่านทางรกในรูปของอิมมูโนโกลบูลินจี (immunoglobulin G) ซึ่งมีสูงสุดในระยะแรกเกิดและค่อยๆ ลดลงจนต่ำสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด ทารกในครรภ์สามารถสร้างอิมมูโนโกลบูลินเอ็ม (immunoglobulin M) และอิมมูโนโกลบูลินเอ (immunoglobulin A) ได้ แต่ค่อนข้างน้อย ทารกแรกเกิดที่เกิดครบกำหนดยังไม่สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากขาด B lymphocyte ที่ช่วยสร้างแอนติบอดี (antibody) มี cell-mediated immunity น้อย มีสาร complement ที่ช่วยกำจัดเชื้อโรคในระดับต่ำมาก และ immunoglobulin M มีน้อย ทารกแรกเกิดจึงไวต่อการติดเชื้อในลำไส้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดและอย่างเดียวใน 6 เดือนแรกหลังเกิด จะช่วยเสริมและเติมเต็มภูมิ

คุ้มกันโรคอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่มีอันตรายด้วยกลไกดังต่อไปนี้

## 1. การสร้างจุลินทรีย์ประจำถิ่น (Microbial colonization)

การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหรือภายในชั่วโมงแรกหลังเกิดโดยการนำลูกมาให้แม่โอบกอดเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยเพิ่มจุลินทรีย์ประจำถิ่น (microbial colonization) บนผิวหนังของลูกที่เป็นชนิดเดียวกับแม่มากขึ้น ลดโอกาสการติดเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมและเชื้อโรคที่มีในโรงพยาบาล โดยเฉพาะทารกที่เกิดด้วยการผ่าตัดคลอด หลังการได้รับนมแม่ ในลำไส้ของทารกจะมี lactobacilli เป็นจุลินทรีย์ประจำถิ่นเนื่องจากสาร bifidus ซึ่งเป็นสาร prebiotics ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของ *Bifidobacterium* ส่วนสารนิวคลีโอไทด์ (nucleotides) ที่มีหลากหลายชนิดในนมแม่ช่วยทำให้เยื่อลำไส้เจริญเต็มที่เร็วขึ้นเพื่อรองรับการสัมผัสกับเชื้อประจำถิ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

## 2. ภูมิคุ้มกันบนเยื่อเมือก (Mucosal immunity)

ต่อมไขมัน Montgomery บริเวณลานนมสร้างและขับไขมันที่มีภูมิต้านทานชนิด secretory immunoglobulin-A (sIgA) ออกมาเคลือบบนผิวหนังของลานนมและหัวนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เมื่อทารกที่เริ่มดื่มนมแม่ทันทีหลังเกิด จะได้รับ sIgA จากบริเวณลานนมและหัวนม เพื่อไปยึดติดกับเยื่อลำไส้ที่มีเนื้อเยื่อสร้างเซลล์น้ำเหลือง และคอยจับเชื้อโรคบนเยื่อเมือกลำไส้ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองของ cytokines ในขณะเดียวกัน sIgA จะถูกดูดซึมทางเยื่อลำไส้ของทารกให้ไปอยู่บนเยื่อเมือกของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเช่นเดียวกับในลำไส้

ทารกที่ได้รับนมแม่ปลอดภัยจากเชื้อโรคของแม่มากกว่าทารกที่ได้รับนมผสมเพราะแม่มีกลไกสร้างภูมิคุ้มกันต้านเฉพาะโรคผ่านระบบลำไส้และเต้านมของแม่ (entero-mammary immune system) (รูปที่ 4.1) เมื่อแม่ได้รับเชื้อผ่านเยื่อเมือกโดยเฉพาะทางปากและลำไส้จะสร้าง sIgA เฉพาะโรค โดยมีส่วนหนึ่งไหลเวียนทั่วร่างกายของแม่ อีกส่วนหนึ่งจะถูกเก็บไว้ในเนื้อเยื่อสร้างเซลล์น้ำเหลืองในผนังลำไส้และในต่อมน้ำเหลือง เซลล์น้ำเหลืองจะลำเลียง sIgA เฉพาะโรคจากลำไส้ผ่านทางต่อมน้ำเหลืองในช่องอกเข้าสู่กระแสโลหิตไปแทรกอยู่ในเนื้อเยื่อเต้านมของแม่เพื่อขับ sIgA เฉพาะโรคออกมาในน้ำนมตามสภาพแวดล้อมและความใกล้ชิดของทารกกับความเจ็บป่วยของแม่ ในช่วงเวลานั้น sIgA ชนิดเฉพาะโรคจะทำงานร่วมกับ cytokines มากมายหลายชนิดที่ถูกขับออกมาในน้ำนม เพื่อยับยั้งการติดเชื้อในตัวทารก เช่น cytokines ชนิด IL-10 ช่วยลดการติดเชื้อ *E.coli* ที่มีในลำไส้ของแม่ และลดโอกาสติดเชื้อโรคใหม่ในทางเดินอาหาร

เช่น เชื้ออหิวาตกโรค, *Campylobacter*, *Shigella*, *Enteropathogenic E.coli* และ *Giardia lamblia*<sup>3</sup>

### 3. การยับยั้งและการสลายเชื้อโรคที่สัมผัส

#### บนเยื่อเมือก

ในการยับยั้งและการสลายเชื้อโรคที่สัมผัสบนเยื่อเมือก ต้องอาศัยหลายปัจจัยทำงานร่วมกัน ได้แก่ T-lymphocyte ซึ่งมีสูงมากในทารกที่ได้รับนมแม่ ซึ่งมีการสร้างมากขึ้นโดยต่อมไทมัส และได้รับเพิ่มเติมจากหัวนมที่มี T-lymphocyte สูงถึงร้อยละ 90 เมื่อมีการติดเชื้อบนเยื่อเมือก T-lymphocyte ทำหน้าที่จับกินเชื้อโรค หรือเชื้อแบคทีเรีย เช่น *E.coli* ที่เข้าไปในเซลล์ และกระตุ้นไลโซไซม์ (lysozyme) รวมทั้งสาร complement มาทำหน้าที่ร่วมกันในการสลายแบคทีเรีย

แลคโตเฟอริน (*Lactoferrin*) ช่วยจับกับธาตุเหล็กไม่ให้เป็นอาหารของเชื้อโรคและช่วยการแบ่งตัวของ *Bifidobacterium* เพื่อยับยั้งหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อในลำไส้ และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ทั้งชนิดติด

สีแกรมบวกและแกรมลบ เชื้อไวรัสและเชื้อราโดยผ่านเข้าไปที่นิวเคลียสของเซลล์เม็ดเลือดขาวและยับยั้งการสร้าง pro-inflammatory cytokine และ symptom producing cytokines (IL-1B, TNF- $\alpha$ , IL-6) จึงป้องกันการติดเชื้อโดยไม่มีปฏิกิริยาการอักเสบ<sup>4</sup>

โอลิโกแซคคาไรด์ (*Oligosaccharides*) ซึ่งช่วยสร้างเชื้อประจำถิ่นในทางเดินอาหาร จะยับยั้งไม่ให้จุลินทรีย์และสารพิษยึดติดกับเยื่อเมือก โดยเฉพาะการติดเชื้อเช่น *E.coli*, *Klebsiella* และ *Enterobacteriaceae* โอกาสเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ เช่น หูชั้นกลางอักเสบ การติดเชื้อทางเดินหายใจ และภาวะอุจจาระร่วงในทารกที่ได้รับนมแม่จึงน้อยกว่าในทารกที่ได้รับนมผสม เมื่อทารกที่ได้รับนมแม่อายุ 12 สัปดาห์ ปริมาณของโอลิโกแซคคาไรด์ที่เพิ่มขึ้นในอุจจาระสัมพันธ์กับการลดลงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>5</sup>

สารอื่นๆ ที่ยับยั้งการเกาะติดของเชื้อโรค ได้แก่ สาร glycoconjugate ที่ช่วยยับยั้งเชื้ออหิวาตกโรคและสารพิษของ *E.coli* สาร glycolipid GB3 ช่วยยับยั้ง *S.dysenteriae* และ Shigella-like toxin ของ enterohemorrhagic *E.coli* สาร glycoprotein ยับยั้ง respiratory syncytial virus และ hepatitis-B virus เมื่อที่มีกรดไซอะลิก (sialic acid) บนเม็ดไขมันลดการยึดติดของ *E.coli* และลดการแบ่งตัวของ *Rota virus* เคซีนลดการยึดติดของเชื้อ *Actinomyces*, Streptococci k-casein และ *Rota virus* ที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง<sup>6</sup> ไขมัน monoglycerides ต้านการติดเชื้อ *Giardia lamblia* และต้านพิษของ *Shigella dysenteriae* ที่อาจทำให้เกิด hemolytic uremic syndrome สาร defensin ชนิดบีต้านการติดเชื้อ *E.coli* และทำลายเซลล์ของเชื้อโรค เช่น *Mycobacterium* เชื้อรา ไวรัสที่มีเปลือกหุ้ม เชื้อแบคทีเรีย ทั้งแกรมบวกและแกรมลบ

### 4. นมแม่เพิ่มการตอบสนองการให้วัคซีนป้องกันโรค

ทารกที่ได้รับนมแม่ตอบสนองต่อวัคซีน ทั้งชนิดหยอดปากและชนิดฉีดมากขึ้นในขวบปีแรก เพราะ

นมแม่มีสาร nucleotides ที่กระตุ้นการสร้างแอนติบอดี ยิ่งได้รับนมแม่อย่างเดียวนานมากกว่า 90 วัน ร่างกายทารกยังตอบสนองต่อวัคซีน โดยเฉพาะวัคซีนป้องกัน *H.influenzae* type b และ *Pneumococcus* ได้สูงกว่าทารกที่ได้รับนมผสมหรือได้รับนมแม่น้อยกว่า 90 วัน เมื่อทารกอายุ 6 เดือน ทารกที่มีภูมิต้านทานต่อเชื้อ *H.influenzae* type b มากขึ้นและมีโอกาสเป็นหูชั้นกลางอักเสบน้อยลง<sup>7</sup>

### 5. นมแม่สร้างสารต้านโรคมะเร็ง

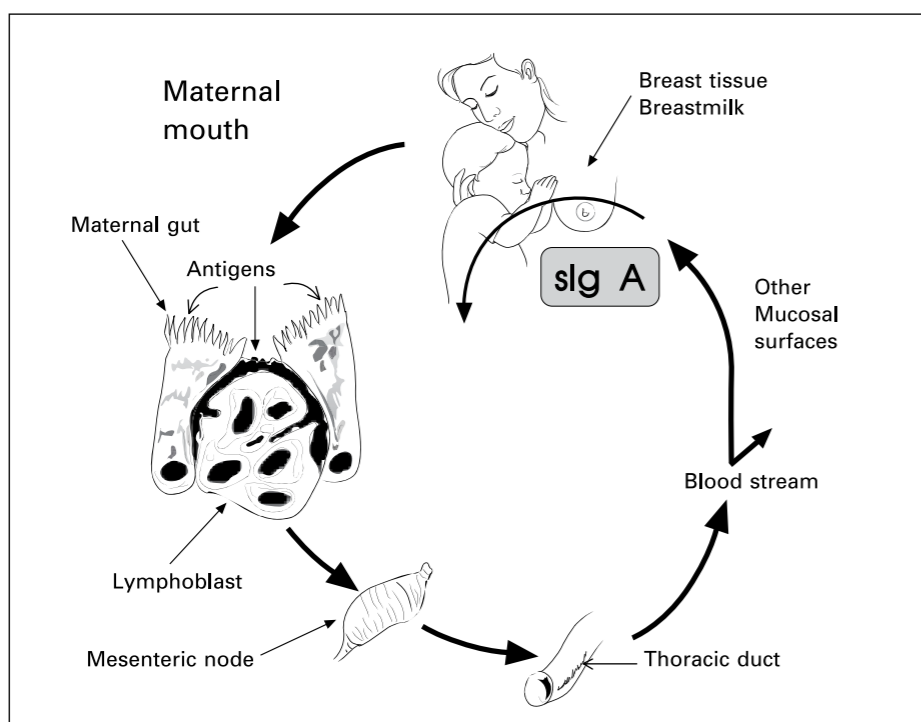
ทารกที่ได้รับนมแม่สามารถสังเคราะห์สารที่ทำลายเซลล์ที่ก่อมะเร็ง ที่เรียกว่า HAMLET (Human  $\alpha$ -lactalbumin made lethal to tumor cell) จากสารแอลฟาแลคตาบูมิน ( $\alpha$ -lactalbumin) ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของโปรตีนเวย์ในน้ำนมแม่ หลายการศึกษาได้สนับสนุนว่า HAMLET ช่วยป้องกันโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) และเซลล์มะเร็งอื่นๆ กว่า 40 ชนิด<sup>8</sup>

### นมแม่ช่วยลดอัตราการตายของทารกและเด็ก

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ช่วยลดอัตราการตายจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร้อยละ 50 และจากโรคอุจจาระร่วงร้อยละ 60 ในทารกอายุน้อยกว่า 18 เดือน อัตราตายจากหลายสาเหตุรวมกันของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ 2.23 เท่า โดยเฉพาะโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน และโรคอุจจาระร่วง<sup>9</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังช่วยอายุ 0-6 เดือน ลดอัตราการตายสูงสุดในทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน การได้รับนมแม่อย่างเดียวยังช่วยลดอัตราการตายในทารกอายุ 4-11 เดือนจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและโรคอุจจาระร่วงในขวบปีแรกสูงถึงร้อยละ 32<sup>10</sup>

นอกจากนี้น้ำนมแม่เป็นปัจจัยที่สำคัญอันหนึ่งซึ่งช่วยให้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า



รูปที่ 4.1 กลไกสร้างภูมิคุ้มกันต้านเฉพาะโรคผ่านระบบลำไส้และเต้านม (Enteromammary pathway) ที่มา : Lactation management-study module 3<sup>rd</sup> ed.(revised), Wellstart International,2009

1,000 กรัม มีชีวิตรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR =57.5, 95% CI 7-474, P = 0.0002)<sup>11</sup> ช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูง 6.1 เท่า ป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 2.4 เท่า

## นมแม่ลดอัตราการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ

ทารกและเด็กมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อได้หลายชนิดแตกต่างกันจากหลายปัจจัย เช่น โอกาสได้รับเชื้อ อายุของทารกและเด็ก ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้น้ำหรืออาหารตามวัย และลดโอกาสเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อต่างๆ ดังนี้

### 1. โรคติดเชื้อในทางเดินอาหาร

โรคอุจจาระร่วง ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงได้ด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งยืนยันจากหลายงานวิจัย เช่น

- อัตราโรคอุจจาระร่วงในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (ร้อยละ 32.5) น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น (ร้อยละ 48.7) และทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ (ร้อยละ 37.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)<sup>12</sup>
- ในประเทศที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนต่ำ เช่น ประเทศอังกฤษ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 1.2 ยังมีอัตราโรคอุจจาระร่วงลดลงได้<sup>13</sup> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนช่วยลดโรคอุจจาระร่วงได้ แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำ เช่น ประเทศอังกฤษ และประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น บังคลาเทศ<sup>14</sup>

ภาวะลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis, NEC) พบบ่อยในทารกแรกเกิดที่ได้รับการอภิบาลในหอผู้ป่วยระยะวิกฤติ การให้นมผสมอย่างเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงอันหนึ่งของ NEC ใน 7 วันแรกหลังเกิด<sup>15</sup> สัดส่วนของนมแม่ต่อส่วนผสมที่ทารกได้รับมีผลต่ออัตราเกิด NEC จากหลายงานวิจัย เช่น

- ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก (very low birth weight) ที่ได้รับนมแม่เกินครึ่งของนมที่ได้รับทั้งหมดภายใน 14 วันแรกหลังเกิด ช่วยลดการเกิด NEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR =0.17, 95% CI 0.04, 0.68, P=0.01)<sup>16</sup>
- ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยสุด (extremely low birth weight) ที่ได้รับนมแม่ตั้งแต่ร้อยละ 10 ของสารอาหารที่ให้ทางลำไส้ขึ้นไปหลังทารกอายุ 14 วัน ช่วยลดการเกิด NEC แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (HR=0.85, 95% CI 0.60, 1.19)<sup>17</sup>

### 2. โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวช่วยลดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ<sup>18</sup> (OR=0.58, 95% CI 0.36, 0.92) ได้น้อยกว่าโรคติดเชื้อทางเดินอาหาร (OR=0.41, 95% CI 0.26-0.64)<sup>19</sup> หลายงานวิจัยยืนยันว่าระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น

- อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างพบน้อยที่สุดในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวอายุ 0-6 เดือน แต่ไม่แตกต่างจาก ทารกที่ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นและทารกที่ไม่เคยได้นมแม่<sup>20</sup>
- โอกาสเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในขวบปีแรก แตกต่างกันระหว่างทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือนและ 6 เดือน<sup>21</sup> เมื่อทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน ช่วยลดความเสี่ยงโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน (OR=0.65, 95% CI 0.51-0.83) และโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่าง (OR=0.50, 95% CI 0.32-0.79) ในทารกอายุ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วยลดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างระหว่างอายุ 7-12 เดือน (OR=0.46, 95% CI 0.31-0.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- อัตราโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่รับการรักษาในโรงพยาบาลในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนครบ 6 เดือนน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.64, 95% CI 0.42, 0.97)<sup>22</sup> โดยเฉพาะในทารกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในช่วงอายุ 6-24 เดือน<sup>23</sup>

### 3. โรคหุ้้นกลางอักเสบ

ภาวะหุ้้นกลางอักเสบพบบ่อยในทารกที่ดูดนมขวด จุกนมหลอก มีความพิการของใบหน้าและช่องปาก หรือติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำๆ ทารกที่ได้รับนมแม่มี *H. influenzae* เป็นเชื้อประจำถิ่นในช่องหลังจมูกน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่<sup>24</sup>

ทารกอายุ 6-12 เดือน ที่ได้นมผสมอย่างเดียวมีภาวะหุ้้นกลางอักเสบสูงเป็น 2 เท่าของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน<sup>25</sup> ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจน้อยและมีโอกาสเป็นโรคหุ้้นกลางอักเสบน้อยลงด้วย<sup>26</sup>

### 4. โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวช่วยเพิ่ม sIgA ในเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ และลดโอกาสติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เมื่อเทียบกับการให้นมแม่ร่วมกับนมผสมหรือให้นมผสมอย่างเดียว<sup>27,28</sup> ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน แม้จะหย่านมแม่แล้ว ก็ยังลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้<sup>29</sup>

### 5. โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

เชื้อ *H. influenzae* type b (Hib) มักเป็นสาเหตุของโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉพาะในทารกอายุ 16 เดือนที่ไม่ได้เลี้ยงในบ้านหรืออยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวมีโอกาสการติดเชื้อ *H. influenzae* และเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว แม้ไม่มากนักก็มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR =0.95, 95% CI 0.92-0.99)<sup>30</sup>

### 6. ภาวะพิษเหตุติดเชื้อในทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Sepsis in low birth weight)

ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมากและได้รับนมแม่อย่างน้อยวันละ 50 มล./กก. มีโอกาสเกิด sepsis

และเยื่อหุ้มสมองอักเสบน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.47, 95% CI 0.23-0.95)<sup>31</sup>

## การลดโอกาสเป็นโรคภูมิแพ้

### 1. ผื่นแพ้ภูมิแพ้ (Atopic dermatitis)

ทารกที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นภูมิแพ้มีโอกาสเป็น atopic dermatitis สูงกว่าทารกที่ไม่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว<sup>32</sup> ผลการทบทวนงานวิจัย 18 เรื่อง โดยใช้ meta-analysis ยืนยันว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือนช่วยลดโอกาสเป็น atopic dermatitis 0.68 เท่าของทารกที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน (95% CI 0.52-0.88)<sup>33</sup> แม้แต่ในทารกมีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันโรค atopic dermatitis (OR=0.58, 95% CI 0.41-0.92) ได้สูงกว่าทารกที่ไม่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว อย่างไรก็ตามการให้นมแม่อย่างเดียว นาน 9 เดือนมีความเสี่ยงเป็น atopic dermatitis (P =0.002) และอาการแพ้อาหาร (P=0.02) เพิ่มมากขึ้น และยังคงมีอาการแพ้อาหารจนถึงอายุ 11 ปี (P=0.01)<sup>34</sup>

### 2. โรคหิด

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยจำนวน 12 เรื่องด้วย meta-analysis โดย Gdalevich และคณะ<sup>35</sup> ยืนยันว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 3 เดือน ช่วยลดความเสี่ยงโรคหิด (OR=0.70, 95% CI 0.60-0.81) ยังมีประวัติโรคหิดในครอบครัวการให้นมแม่อย่างเดียว นาน 4 เดือนยังลดความเสี่ยงโรคหิดจนถึงอายุ 4 ปี (OR=0.52, 95% CI 0.35-0.79)<sup>36</sup> ทารกที่อาศัยในบ้านที่มีสัตว์เลี้ยง และได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนยังคงมีโอกาสเป็น atopic dermatitis แต่ลดความเสี่ยงการเป็นโรคหิดในช่วง 4 ปีแรกหลังเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR=0.67, 95% CI 0.48-0.96)<sup>37</sup>

## การเสริมสร้างสมองให้่องไวในการเรียนรู้

นมแม่มีสารอาหารหลายชนิด เช่น carnitine, nucleotides กรดไขมันสายโมเลกุลยาวที่ไม่อิ่มตัว ทั้ง alpha-linolenic acid, linoleic acid, docosahexaenoic acid (DHA) และ arachidonic acid (AA) ซึ่งช่วยการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมอง

## การเพิ่มความคมชัดของสายตา

ทารกที่ได้รับนมแม่มีปริมาณ DHA สูงมากทั้งในเม็ดเลือดแดงและที่จอประสาทตา<sup>38</sup> ปริมาณ DHA จากนมแม่และอาหารอื่นช่วยการเจริญของจอประสาทตาในเม็ดเลือดแดงของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 3 เดือนร่วมกับไข่แดงจากอาหารตามวัย มี phosphatidylethanolamine DHA สูงและมีสายตาคมชัดเมื่ออายุ 2 เดือนและ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>39</sup> ทารกที่มีสมองและจอประสาทตาเจริญอย่างรวดเร็ว จะมีพัฒนาการด้านภาษาและการค้นคว้าตลอดช่วงอายุ 6-12 เดือนเร็วขึ้น<sup>40</sup>

## ความว่องไวของพัฒนาการทางสมอง

ผลงานวิจัยในประเทศอังกฤษยืนยันว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่มความว่องไวของพัฒนาการทางสมองในเด็กอายุ 5 ปี ผลการทดสอบพัฒนาการขึ้นกับระยะเวลาที่เคยได้รับนมแม่ในวัยทารก เด็กที่เกิดก่อนกำหนดมีผลการทดสอบดีกว่าเด็กที่เกิดครบกำหนด ในเด็กที่เกิดครบกำหนดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้นมแม่ เด็กที่เคยได้รับนมแม่มีความสามารถด้านพัฒนาการเร็วกว่า 1-6 เดือน

เด็กที่เคยได้นมแม่อย่างน้อย 4 เดือนสามารถเพิ่ม 2 คะแนนของการบอกภาพเหมือน

เด็กที่เคยได้นมแม่อย่างน้อย 6 เดือน สามารถเพิ่ม 2 คะแนนของการบอกคำศัพท์

ในกลุ่มเด็กที่เกิดก่อนกำหนด เด็กที่เคยได้นมแม่อย่างน้อย 2 เดือนสามารถเพิ่ม 4 คะแนนของการบอกภาพเหมือน และเพิ่ม 6 คะแนนของการสร้างรูปตามแบบ<sup>41</sup>

## การเพิ่มระดับเซาว์ปัญญา

ขนาดสมองและระดับเซาว์ปัญญาของทารกที่ได้รับนมแม่สูงกว่าทารกที่ได้รับนมผสมหรืออาหารอื่น การได้รับนมแม่นานกว่า 3 เดือนเพิ่มคะแนนพัฒนาการทางสมองเมื่ออายุ 13 เดือน และระดับเซาว์ปัญญาเมื่ออายุ 5 ปี เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 3 เดือน<sup>42</sup>

การวิเคราะห์งานวิจัยโดยใช้ meta-analysis ยืนยันว่าระดับเซาว์ปัญญาในช่วงอายุ 6-24 เดือน เพิ่มขึ้น 3.06 จุด (95% CI 2.35, 3.98) ในทารกที่ได้รับนมแม่เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับนมผสม<sup>43</sup> เด็กออสเตรเลียที่ได้รับนมแม่ 6 เดือนหรือนานกว่านั้น มีระดับเซาว์ปัญญาสูงกว่าเด็กที่ได้รับนมผสมถึง 8.6 จุด และ 5.8 จุด ในเด็กหญิงและเด็กชายตามลำดับ<sup>44</sup>

ในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่มคะแนนเซาว์ปัญญาสูงถึง 5.18 จุด (95% CI 3.59-6.77)<sup>45</sup> เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับนมแม่เพียง 3 เดือน ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือนมีระดับเซาว์ปัญญาเพิ่มขึ้น 11 จุด ซึ่งสูงต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่หลังการควบคุมปัจจัยด้านชีวภาพและด้านจิตสังคม<sup>45</sup>

ระดับเซาว์ปัญญาของผู้ใหญ่ชาวเดนมาร์กอายุ 40 ปีเพิ่มขึ้น 5 จุด จากการที่เคยได้รับนมแม่นานกว่า 9 เดือนเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ที่เคยได้รับนมแม่น้อยกว่า 1 เดือน ค่าเฉลี่ยระดับเซาว์ปัญญาของผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เคยได้รับนมแม่ เฉลี่ย 101.7 และ 102.3 จุด เมื่อได้นมแม่นาน 3 เดือนและ 4-6 เดือนตามลำดับ<sup>46</sup>

## การเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ

เมื่อเทียบกับเส้นมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก อัตราการเพิ่มน้ำหนักและความยาวของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยุติชะลอลงในช่วงอายุ 6-12 เดือน จึงมีน้ำหนักและความยาวน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม ทารกที่ได้รับนมผสมส่วนใหญ่

มีภาวะน้ำหนักเกิน<sup>47</sup> อย่างไรก็ตามไม่มีรายงานภาวะพร่องโภชนาการในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน แต่น้ำหนักเทียบอายุลดลงช่วงอายุ 3-12 เดือน และส่วนสูงเทียบอายุลดลงหลังอายุ 6 เดือน เมื่อทารกอายุ 12 เดือน น้ำหนักเฉลี่ยของทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน (10,564 กรัม) ไม่แตกต่างจากทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 3 เดือน (10,571 กรัม) รวมทั้งขนาดศีรษะของทารกทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าการชะลอการเจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนสามารถกลับสู่ปกติเมื่อทารกอายุ 12 เดือน<sup>48</sup>

## การลดโอกาสเกิดโรคอ้วน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงของโรคอ้วนในวัยเด็กหลังการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.78, 95% CI 0.71,-0.85)<sup>49</sup> การเริ่มให้อาหารอื่นหลังอายุ 6 เดือนและยังคงให้นมแม่ต่อไป ช่วยลดภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และโรคอ้วนในเด็กอายุ 10 ปี (OR=0.90, 95% CI 0.841-0.097)<sup>50</sup>

ระยะเวลาที่ทารกได้รับนมแม่มีผลต่อดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ ในประเทศฟินแลนด์ผู้ใหญ่อายุ 60 ปีที่เคยได้รับนมแม่นาน 5-7 เดือนมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายน้อยที่สุด และมีดัชนีมวลกายปกติตั้งแต่ขวบปีแรก (P=0.04) หลังอายุ 7 ปี ดัชนีมวลกายไม่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตามผู้ใหญ่ที่เคยได้นมแม่มากกว่า 8 เดือนมีภาวะน้ำหนักเกินน้อยกว่าผู้ใหญ่ที่เคยได้นมแม่น้อยกว่า 2 เดือน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด<sup>51</sup>

## การลดปัญหาแนวฟันผิอุดรูป

เด็กที่เคยดูนมแม่อย่างถูกวิธีและแรงจูงใจได้นมแม่อย่างเต็มที่ มีแนวฟันเรียบสวยงามตามรูปร่างของปากปกติและไม่ต้องการการอุดฟันมากนัก เนื่องจากการอมดูดหัวนมและลานนมช่วยปรับแนวกระดูกกราม

โดยเฉพาะกรามล่าง ช่วยให้กล้ามเนื้อช่องปากแข็งแรงและมีเพดานที่โค้งสวยงามตามธรรมชาติตามรูปร่างเต้านมหรือรูปตัวยู ทารกจึงมีโอกาสนอนกรนน้อยมาก ทารกที่ดูนมแม่นาน 12 เดือนจึงมีภาวะฟันเก (malocclusion) เพียงร้อยละ 15.9 ซึ่งน้อยกว่าทารกที่ดูนมแม่ 3 เดือนหรือน้อยกว่านั้น (ร้อยละ 32.5)<sup>52</sup> ทารกที่ดูนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนไม่เคยดูจุกนมหลอก มีฟันไม่สบกันด้านหลัง (posterior cross bite) เพียงร้อยละ 2.7 ซึ่งน้อยกว่าทารกที่ดูนมแม่ และจุกนมหลอก (ร้อยละ 21.8) และทารกที่ไม่ได้ดูนมแม่และจุกนมหลอก (ร้อยละ 20.2)<sup>53</sup>

## การลดโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง

### 1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจาก B-cell autoimmunity เนื่องจากความไวของพันธุกรรมต่อภาวะแวดล้อมและการเลี้ยงดูทารกซึ่งอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ขวบปีแรกจนมีอาการชัดเจนในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยชะลอการเจริญเติบโตของทารก และช่วยลดการเกิด B-cell autoimmunity<sup>54</sup> เมื่อเด็กอายุ 5 ปี การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะสั้นๆ สัมพันธ์กับการเพิ่มสารต้านอินซูลิน และ glutamic acid decarboxylase (GADA) เกือบร้อยละ 95 (OR 2.01, 95% CI 1.08, 3.73; P=0.028)<sup>55</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยตัดแปลงความเสี่ยงการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมของโรคเบาหวานในทารกที่แม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน มีโอกาสอ้วนมากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากมีดัชนีมวลกายมากกว่า 1.7 กก./ตรม. (P=0.03) เส้นรอบเอวยาวกว่า 5.8 ซม. (P = 0.008), ปริมาณไขมันในอวัยวะสูงกว่า 6.1 ซม. (P = 0.06) และไขมันใต้ผิวหนัง สูงกว่า 44.6 ซม. (P = 0.03) และสัดส่วนไขมันใต้ผิวหนังสูงกว่าอย่างมีนัยทางสถิติ (P = 0.008)<sup>56</sup>



## 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด

แม้มีข้อมูลที่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะความดันโลหิตสูงกับระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) เพิ่มขึ้นตามการสะสมไขมันในร่างกายผู้ใหญ่ ซึ่งลดลงตามระยะเวลาที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น หรือการเริ่มอาหารอื่นก่อนวัยช้าขึ้น<sup>57</sup>

เด็กที่ไม่ได้รับนมแม่มีความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าเด็กที่เคยได้นมแม่อย่างเดียวย (OR=1.7, 95% CI - 3.0 ถึง -0.5) แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยไม่สัมพันธ์กับ metabolic syndrome ที่มีโรคอ้วนร่วมกับไขมันในเลือดสูงผิดปกติ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง<sup>58</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ เนื่องจากเด็กที่ได้นมแม่โตเป็นผู้ใหญ่จะมีคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า มีไขมันสะสมในร่างกายน้อยกว่า มีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 น้อยกว่า และมีความดันโลหิตสูงน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้

## สรุป

นมแม่มีลักษณะเฉพาะสำหรับมนุษย์และตอบสนองความจำกดด้านสรีรวิทยาของทารกแรกเกิด ทั้งเกิดก่อนกำหนดและเกิดครบกำหนด โดยเฉพาะการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ยังไม่เจริญเต็มที่ในระยะแรกเกิด ทารกและเด็กจึงได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้านการป้องกันโรคติดเชื้ออย่างเต็มที่ โดยเริ่มจากทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจและอวัยวะอื่นๆ ทั่วร่างกาย การได้รับนมแม่อย่างเดียวยนาน 6 เดือน ช่วยการเจริญเติบโตของสมอง จอประสาทตา ลดโอกาสเกิดโรคภูมิแพ้และโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ รวมทั้งความสวยงามของฟันและช่องปากจากการดูดนมแม่อย่างถูกวิธีนานจนถึงขวบปีที่ 2

นมแม่<sup>59</sup> ระดับ HDL cholesterol ในเลือดสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มสูงในช่วงอายุ 0-6 เดือน ในทารกอายุ 6-24 เดือนที่เคยได้รับนมแม่อย่างเดียวย 4 เดือน ดัชนีมวลกายน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นก่อนวัย<sup>60</sup>

## 3. โรคเนื้อเยื่ออักเสบจากภูมิคุ้มกันตนเอง

### (Autoimmune inflammatory diseases)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดความเสี่ยงของโรค rheumatoid arthritis ซึ่งมีเนื้อเยื่ออักเสบเรื้อรัง ที่เกิดจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันตนเองและถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักพบร่วมกับแม่ที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ และลูกที่มีน้ำหนักแรกเกิดสูงกว่าปกติ<sup>61</sup>

## 4. โรคมะเร็ง

การศึกษาเด็กที่เป็นมะเร็ง 3,500 ราย พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (OR = 0.89, 95% CI 0.80-1.00; P = 0.06) และมะเร็งรวมกันหลายชนิดร่วมกัน (OR = 0.92, 95% CI 0.84-1.00; P = 0.05)<sup>62</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. American Academy of Pediatrics: Section on Breast-feeding. Breast-feeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506.
2. World Health Organization. Infant and Child Nutrition. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 55<sup>th</sup> World Health Assembly, Geneva, 16 April 2002. Available at: www.who.int/gb/EBWHA/PDF/WHA455/EA5515.pdf
3. Bollinger R, Everett ML, Palestrant D, Love SD, Lin SS, Parker W.. Human secretory immunoglobulin A may contribute to biofilm formation in the gut. Immunology 2003;109:580-7.
4. Ochoa TJ, Noguera-Obenza M, Ebel F, Guzman CA, Gomez SF, Clearly TG. Lactoferrin impairs type-III secretory system function in enteropathogenic Escherichia coli. Infect Immun 2003;71:5149-55.
5. Stepan MB, Wilhelm SL, Hertzog M, Rodehorst TK, Blaney S, Clemens B, Polak JJ, Newburg DS. Early consumption of human milk oligosaccharides is inversely related to subsequent risk of respiratory and enteric disease in infants. Breastfeeding Med 2006;1(4):207-15.
6. Yolken RH, Peterson JA, Vonderfecht SI, Fouts ET, Midthun K, Newburg DS. Human milk mucin inhibits rotavirus replication and prevent experimental gastroenteritis. J Clin Invest 1992;90:1984-91.
7. Sabirov A, Casey JR, Murphy TF, Pichichero ME. Breast-feeding is associated with a reduced frequency of acute otitis media and high serum antibody levels against NTHi and outer membrane protein vaccine antigen candidate P6. Pediatr Res 2009;66(5):565-70.
8. Svanborg C, Agerstam H, Aronson A, Bjerkvig R, Düringer C, Fischer W, et al. HAMLET kills tumor cells by an apoptosis-like mechanism-cellular, molecular and therapeutic aspects. Adv Cancer Res 2003;88:1-29.
9. Feachem RG, Koblinsky MA.. Intervention for the control of diarrheal diseases among young children : promotion of breastfeeding. Bull World Health Organization 1984;62:271-91.
10. Mhrshahi S, Ichikawa N, Shuaib M, Oddy W, Ampon R, Dibley MJ, Kabir AK, Peat JK. Prevalence of exclusive breastfeeding in Bangladesh and its association with diarrhoea and acute respiratory infection: results of the multiple indicator cluster survey 2003. J Health Popul Nutr 2007;25(2):195-204
11. Boo NY, Pua CH, Lye MS. The role of expressed breast milk and continuous positive air way pressure as survival in extremely low birth weight infants. J Trop Pediatr 2000;46:15-20.
12. Ehlayel MS, Bener A, Abdulrahman HM. Protective effect of breastfeeding on diarrhea among children in a rapidly growing newly developed society. Turk J Pediatr 2009;51(6):527-33.
13. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study Pediatrics 2007;119(4):e837-42.
14. Mhrshahi S, Oddy WH, Peat JK, Kabir I. Association between infant feeding patterns and diarrhoeal and respiratory illness: a cohort study in Chittagong, Bangladesh. Int Breastfeed J 2008;24(3):28.
15. Stout G, Lambert DK, Baer VL, Gordon PV, Henry E, Wiedmeier SE, et al. Necrotizing enterocolitis during the first week of life: a multicentered case-control and cohort comparison study. J Perinatol 2008;28(8):556-60.
16. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ, O' Shea TM. Early human milk feeding is associated with a lower risk of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants.

- J Perinatol 2007;27(7):428-33.
17. Meinen-Derr J, Poindexter B, Wrage L, Morrow AL, Stoll B, Donovan EF. Role of human milk in extremely low birth weight infants' risk of necrotizing enterocolitis or death. *J Perinatol* 2009;29(1):57-62.
  18. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Arch Dis Child* 2010; 95(12):1004-8.
  19. Duijts L, Jaddoe VW, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics* 2010;126(1):e18-25.
  20. Cushing AH, Samet JM, Lambert WE, Skipper BJ, Hunt WC, Young SA, McLaren LC. Breast-feeding reduces risk of respiratory illness in infants. *Am J Epidemiol* 1998;147(9):863-70.
  21. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2):291-5.
  22. Tarrant M, Kwok MK, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Breast-feeding and childhood hospitalizations for infections. *Epidemiology* 2010;21(6):847-54.
  23. Mwiru RS, Spiegelman D, Duggan C, Peterson K, Liu E, Msamanga G, et al. Relationship of exclusive breast-feeding to infections and growth of Tanzanian children born to HIV-infected women. *Public health nutr* 2011;16: 1-8.
  24. Harabuchi Y, Faden H, Yamanaka N, Duffy L, Wolf J, Krystofik D. Nasopharyngeal colonization with nontypeable *Haemophilus influenzae* and recurrent otitis media. *Tonawanda/Williamsville Pediatrics. J Infect Dis* 1994;170(4):862-6.
  25. Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics* 1997;100(4):E7.
  26. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, Tselentis Y, Galanakis E. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Arch Dis Child* 2010; 95(12):1004-8.
  27. Hanson LA. Protective effects of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004;93(2):154-6.
  28. Mansour L, Mansour A. Breast feeding protects infants against urinary tract infection. *New Egypt J Med* 1993;8(2):463-4.
  29. Mårild S, Hansson S, Jodal U, Odén A, Svedberg K. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004;93(2):164-8.
  30. Silfverdal SA, Bodin L, Hugosson S, Garpenholt O, Werner B, Esbjörner E, et al. Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case-control study in Swedish preschool children. *Int J Epidemiol* 1997;26(2):443-50.
  31. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics* 1998; 102(3):E38.
  32. Schoetzau A, Filipiak-Pittroff B, Franke K, Koletzko S, Von Berg A, Gruebl A, et al. Group effect of exclusive breast-feeding and early solid food avoidance on the incidence of atopic dermatitis in high-risk infants at 1 year of age. *Pediatric Allergy Immunol* 2002; 13:234-42.
  33. Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: A systematic review and metaanalysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:520-7.
  34. Pesonen M, Kallio MJ, Ranki A, Siimes MA. Prolonged exclusive breastfeeding is associated with increased atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy* 2006;36(8):1011-8.
  35. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr* 2001;139:261-6.
  36. Kull I, Almqvist C, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:755-60.
  37. Giwercman C, Halkjaer LB, Jensen SM, Bonnelykke K, Lauritzen L, Bisgaard H. Increased risk of eczema but reduced risk of early wheezy disorder from exclusive breast-feeding in high-risk infants. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125(4): 866-71.
  38. Innis SM. Polyunsaturated fatty acids in human milk: essential role in infant development. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:27-43.
  39. Hoffman DR, Theuer RC, Castaneda YS, Wheaton DH, Bosworth RG, O'Connor AR, et al. Maturation of visual acuity is accelerated in breast-fed term infants fed baby food containing DHA-enriched egg yolk. *J Nutr* 2004;134:2307-13.
  40. Williams C, Birch EE, Emmett PM, North stone K. Stereoacuity at age 3.5 y in children born full-term is associated with prenatal and postnatal dietary factors: a report from a population-based cohort study. *Am J Clin Nutr* 2001;73:316-22.
  41. Quigley MA, Hockley C, Carson C, Kelly Y, Renfrew MJ, Sacker A. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: A population-based cohort study. *J Pediatr* 2012;160(1):25-32.
  42. Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breastfeeding and cognitive development at age 1 and 5 years. *Arch Dis Child* 2001;85(3):183-8.
  43. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: A meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70: 525-35.
  44. Temboury MC, Otero A, Polanco I, Arribas E. Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994;18:32-6.
  45. Rao MR, Hediger ML, Levine RJ, Naficy AB, Vik T. Effect of breast feeding on cognitive development of infants born small for gestation age. *Acta Paediatr* 2002;91(3):267-74.
  46. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breast feeding and adult intelligence. *JAMA* 2002;287(18):2365-71.
  47. Hanicar B, Mandić Z, Pavić R. Exclusive breastfeeding and growth in Croatian infants--comparison to the WHO child growth standards and to the NCHS growth references. *Coll Anthropol* 2009;33(3):735-41.
  48. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP. Breastfeeding and Infant Growth: Biology or Bias? *Pediatrics* 2002;110(2):343-47.
  49. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(10):1247-56.
  50. Seach KA, Dharmage SC, Lowe AJ, Dixon JB. Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years. *Int J Obes (Lond)* 2010;34(10):1475-9.
  51. O'Tierney PF, Barker DJ, Osmond C, Kajantie E, Eriksson JG. Duration of breast-feeding and adiposity in adult life. *J Nutr* 2009;139(2): 422S-5S.
  52. Labbok MH, Hendershot G: Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 child health supplement to the national health interview survey. *Am J Prev Med* 1987;3:227-32.
  53. Peres KG, Aluísio J D, Barros AGD, Peres MA, Victora CG. Effects of breastfeeding

and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. Rev. Saúde Pública São Paulo 2007;41(3):http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8912007000300004

54. Herold KC, Pescovitz MD, McGee P, Krause-Steinrauf H, Spain LM, Bourcier K, et al. Increased T cell proliferative responses to Islet antigens identify clinical responders to anti-CD20 monoclonal antibody (Rituximab) therapy in Type 1 Diabetes. J Immunol 2011; 187(4):1998-2005.
55. Holmberg H, Wahlberg J, Vaarala O, Ludvigsson J. ABIS Study Group. Short duration of breast-feeding as a risk-factor for beta-cell autoantibodies in 5-year-old children from the general population. Br J Nutr 2007;97(1):111-6.
56. Crume TL, Ogden L, Maligie M, Sheffield S, Bischoff KJ, McDuffie R, et al. Long-term impact of neonatal breastfeeding on childhood adiposity and fat distribution among children exposed to diabetes in utero. Diabetes Care 2011;34(3):641-5.
57. Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, et al. Infant-feeding

patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low and middle-income countries. Int J Epidemiol 2011;40(1):47-62.

58. Lawlor DA, Riddoch CJ, Page AS, Andersen LB, Wedderkopp N, Harro M, et al. Infant feeding and components of the metabolic syndrome: findings from the European Youth Heart Study. Arch Dis Child 2005;90(6):582-8.
59. Owen CG, Whincup PH, Cook DG. Breast-feeding and cardiovascular risk factors and outcomes in later life: evidence from epidemiological studies. Proc Nutr Soc 2011; 1:1-7.
60. Corvalán C, Uauy R, Stein AD, Kain J, Martorell R. Effect of growth on cardiometabolic status at 4 year of age. Am J Clin Nutr 2009;90(3):547-55.
61. Colebatch AN, Edwards CJ. The influence of early life factors on the risk of developing rheumatoid arthritis. Clin Exp Immunol 2011; 163(1):11-6.
62. UK Childhood Cancer Study Investigators. Breastfeeding and childhood cancer. Br J Cancer 2001;85(11):1685-94.

## บทที่ 5 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการพัฒนาด้านร่างกาย และจิตใจของเด็ก

สาคร ธนิตต์  
ประสิทธิ์ บุญเกิด  
นิชรา เรืองดารกานนท์

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นมรดกทางธรรมชาติที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับทุกชีวิต มีผลดีต่อจิตใจของแม่และลูกอย่างเหลือประมาณ สมองของแม่ขณะให้นมลูกจะหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินที่ทำให้แม่มีความสุข เปี่ยมด้วยความรักที่เมตตาและความอบอุ่นเอื้ออาทรต่อลูกอย่างลึกซึ้ง และก่อเกิดเป็นสายใยรักที่เป็นอมตะและมีพลังสูงยิ่ง เป็นพลังรัก พลังใจ และพลังชีวิตที่พิเศษต่อกายและใจของลูกขณะดูนมแม่ทุกครั้ง สายใยรักจึงเป็นรากฐานของชีวิตที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของร่างกายและจิตใจของลูกให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เนื่องจากเด็กในวันนี้คือผู้ใหญ่ในวันหน้า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีประโยชน์อย่างมหาศาลต่อความสมบูรณ์ของทั้งกายและใจ ที่ประกอบด้วย ร่างกายที่แข็งแรง (physical quotient, PQ) มีความเฉลียวฉลาด เข้าวินิจฉัยได้ มีความนึกคิด จดจำ เรียนรู้ได้เต็มที่ (intelligence quotient, IQ) มีอารมณ์ ความรู้สึกที่สามารถพัฒนาความรู้สึกทางใจและอารมณ์เชิงบวก (emotional quotient, EQ) และที่สำคัญที่สุดคือสามารถยกระดับจิตใจและจิตวิญญาณให้สูงขึ้น มีจิตใจที่ดีงาม มีความรักที่เมตตา มีความสุขสงบ มีคุณธรรมและจริยธรรม (moral quotient, MQ) ลูกที่เลี้ยงด้วยนมแม่จะเป็นเด็กแข็งแรง ฉลาด และดีเป็นที่พึงปรารถนาของสังคมและเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศไทยในอนาคต

### ปัจจัยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย สมอง และจิตใจ

การได้รับอาหารกายและอาหารใจในทุกช่วงชีวิตอย่าง

สมดุลช่วยให้ลูกเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ มีพัฒนาการของสมอง และจิตใจอย่างสมบูรณ์ คล้ายกับการเจริญเติบโตของต้นไม้ที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่รดน้ำพรวนดินจนแข็งแรงและสมบูรณ์เต็มที่

"อาหารกาย" คือ นมแม่และอาหารหลัก 5 หมู่ ที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายทางปาก มีผลกับพัฒนาการด้านฉลาดและเข้าวินิจฉัย นมแม่เป็นอาหารกายที่สมบูรณ์ที่สุดสำหรับลูกตั้งแต่แรกเกิดเพราะช่วยให้ลูกมีความฉลาดในการเรียนรู้ การคิด การจดจำ ซึ่งมีผลต่อการทำงาน อาชีพ และมีความเป็นอยู่อย่างมั่นคงในวัยผู้ใหญ่

"อาหารใจ" คือ การกระตุ้นผ่านประสาทสัมผัส 6 ช่องทางที่เป็นได้ทั้งรูปธรรมและนามธรรม ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย และทางใจ ในรูปของ ภาพ เสียง กลิ่น รส กายสัมผัส และการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกของแม่ต่อลูก การโอบกอดลูก เนื้อแนบเนื้อและให้ลูกดูนมแม่ทันทีหลังเกิด เป็น "อาหารใจ" ที่เกิดขึ้นตามวิถีธรรมชาติ ซึ่งช่วยให้ลูกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสพร้อมกันหลายช่องทาง ในขณะที่ดูนมแม่สมองของลูกจะได้รับ "อาหารใจ" ที่กระตุ้นการเชื่อมโยงปลายเส้นใยประสาทของเซลล์ประสาทสมองและสร้างวงจรการเรียนรู้ได้อย่างมากมาย กว้างขวางและละเอียดลึกซึ้ง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างลูกกับสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิตรอบตัว ช่วยให้ลูกได้รับ "อาหารใจ" จากสังคมและสิ่งแวดล้อมมากยิ่งขึ้น "อาหารใจ" ที่มีชีวิตช่วยสร้างพลังจิตใจที่สูงมาก เพราะมีการสื่อสารสองทางและการตอบโต้กันไปมา การปฏิสัมพันธ์ เช่น การโอบอุ้ม การกอดจูบที่นุ่มนวล



อบอุ่นเพื่อแสดงความรัก ความห่วงใยคนที่ใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ พี่น้อง พี่เลี้ยง เพื่อน ครู รวมทั้งความสุขที่เกิดขึ้นจากมนุษย์ด้วยกัน หรือสิ่งมีชีวิตอื่น เช่น สัตว์เลี้ยง ต้นไม้ ใบหญ้า ฯลฯ การปฏิสัมพันธ์และการมีความสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก ช่วยสร้างพลังด้านจิตใจที่สูงเป็นพิเศษและเป็นพื้นฐานของพลังชีวิต พัฒนาการของสมองทุกด้าน และการปรับตัวทางสังคมเพื่อการเรียนรู้และปรับตัวของสมองตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว (brain plasticity)<sup>1</sup>

"การเล่น" ของลูกเป็นวิธีการให้ "อาหารใจ" พร้อมกับการให้ "สมองเรียนรู้" อย่างเต็มที่ทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านการเรียนรู้และคิดจำ ด้านการรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก และด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม โดยไม่มีขีดจำกัดและไม่เบื่อหน่าย สมองเด็กสามารถเรียนรู้จากการเล่นได้เต็มที่ตลอดเวลาทั้งขณะที่เด็ก "ตั้งใจ" หรือ "ไม่ตั้งใจ" ขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่างกายของแม่เปรียบเสมือน "ของเล่น" ที่แม่ให้แก่ลูกตั้งแต่แรกเกิด ลูกสามารถใช้มือไขว่คว้าสัมผัสกับเต้านมแม่ และแม่สามารถประสานสายตา หรือพูดคุยกับลูก เพื่อให้ลูกมีการเรียนรู้และปฏิสัมพันธ์กับแม่อย่างมีความสุขตลอดเวลาที่คุณแม่

### แก่นความรู้ด้านสมองและพัฒนาการของทารกและเด็ก

องค์ความรู้ทางวิชาการที่พิสูจน์ได้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของสมอง ได้แก่ ด้านวิทยาศาสตร์ประสาทสมอง ด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพทางการแพทย์ และด้านวิทยาการการเรียนรู้

#### ด้านวิทยาศาสตร์ประสาทสมอง

สมองเป็นอวัยวะที่สามารถเรียนรู้และรับรู้ได้อย่างมหัศจรรย์ ช่วงแรกเกิดสมองของมนุษย์ทุกคนมีเซลล์สมอง (neuron) จำนวนหนึ่งแสนล้านเซลล์ แต่ละเซลล์สมองประกอบด้วยแขนงเส้นใยประสาทชนิดสั้น (dendrite) ยื่นออกมาห่อหุ้มเซลล์ และมีเส้นใยประสาท

ชนิดยาว (axon) ที่ยื่นออกไปจากตัวเซลล์และแตกแขนงเป็นฝอยเพื่อจับกับแขนงเส้นใยประสาทชนิดสั้นของเซลล์ที่อยู่ติดกัน จุดที่แขนงของเซลล์สมองหนึ่งมาเชื่อมอีกเซลล์สมองหนึ่งเรียกว่าจุดเชื่อมสัญญาณประสาท (synapse) ซึ่งมีช่องว่างเล็กมากคั่นอยู่ มีสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ทำหน้าที่เป็นตัวส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าระหว่างเซลล์ ในการส่งกระแสประสาท (ข้อมูลหรือสิ่งที่เรียนรู้) จากเซลล์สมองหนึ่งไปยังอีกเซลล์สมองหนึ่ง การเชื่อมต้องจรในเซลล์สมองตั้งแต่ 2 เซลล์ขึ้นไปกลายเป็นหน่วยความจำ สมองซึ่งมีทั้งหมดประมาณ 280 ล้านล้านหน่วย ยิ่งมีความหนาแน่นของจุดเชื่อมสัญญาณประสาทมากยิ่งมีความจำดีและรวดเร็วขึ้น ตามกฎธรรมชาติ จุดเชื่อมสัญญาณประสาท และเครือข่ายใยประสาท รวมทั้งเซลล์สมองที่ไม่ได้รับการใช้หรือไม่ได้รับการพัฒนามากพอ จะถูกกำจัดทิ้งไปโดยขบวนการตัดแต่งกิ่งก้านและการตายแบบไม่เหลือซาก (pruning & apoptosis) ระยะวิกฤติของการใยเนื้อเยื่อประสาทอยู่ในช่วงสามขวบปีแรกหลังเกิด เมื่อมีการกระตุ้นการสร้างวงจรสมองตั้งแต่แรกเกิด การเพิ่มจุดเชื่อมสัญญาณมีสูงสุด เมื่อลูกอายุ 8-10 เดือน มีการเชื่อมโยงพร้อมกับการตัดแต่งกิ่งก้าน และการสร้างแผ่นหุ้มเส้นใยประสาทจนถึงอายุ 3 ปี หลังจากนั้นมีการลดการใยประสาทที่ไม่ต้องการจนจำนวนจุดเชื่อมให้เท่าในผู้ใหญ่เมื่ออายุ 10 ปี<sup>2</sup> สมองของทารกเกิดครบกำหนด มีการเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาทมากกว่าสมองผู้ใหญ่ จึงต้องมีการลดขนาดลง (synaptic retraction) ของส่วนที่เชื่อมโยงมากเกินไป เช่น การมองเห็นเมื่ออายุ 4 เดือน<sup>3</sup>

#### ด้านวิทยาศาสตร์ชีวภาพทางการแพทย์

การเจริญของสมองและเนื้อเยื่อประสาทมีผลต่อพัฒนาการของสมอง โดยเฉพาะส่วนที่เป็นความสามารถที่ติดตัวมาหรือกรรมพันธุ์ เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหว การใช้มือหยิบจับ การมีความจำที่ดี การมีความสามารถในการรับรู้ที่ดี เป็นต้น ส่วนพัฒนาการ

ที่เป็นประสบการณ์ใหม่จากสิ่งแวดล้อมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและการเจริญของสมอง เช่น การสื่อสาร สมองทุกส่วนร่วมกันทำงานอย่างเต็มที่แบบองค์รวม โดยมีแบบแผนการพัฒนาจากศีรษะไปสู่ปลายเท้า โดยเฉพาะด้านการทรงตัว และการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการจากพฤติกรรมง่ายๆ ไปสู่ความสามารถที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และถูกกระตุ้นได้ด้วยประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติที่มีชีวิตจากสิ่งแวดล้อม ตลอดไปถึงสิ่งที่ไม่ใช่ธรรมชาติที่สามารถจับต้องได้ และจับต้องไม่ได้ เช่น แสง สี เสียง

การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับช่วงพัฒนาการของสมอง ช่วยให้เด็กสามารถนำเอาความสามารถที่ติดตัวออกมาใช้อย่างเต็มศักยภาพ และช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้หลายด้านไปพร้อมกัน การปฏิสัมพันธ์กับลูกตั้งแต่แรกเกิด เช่น การสัมผัส ผิวกาย การจ้องตา หรือการพูดคุยขณะให้นมลูก ลูกจะได้ประสบการณ์การสัมผัส การใช้สายตา การได้ยิน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ด้านภาษามากยิ่งขึ้น

#### ด้านวิทยาการการเรียนรู้

สมองของมนุษย์เริ่มต้นการเรียนรู้ได้ตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์อายุ 7 เดือน สมองสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตแต่ไม่ใช่ตลอดเวลา การเรียนรู้ของเด็กแตกต่างกันตามช่วงพัฒนาการของสมอง การเรียนรู้ของทารกตั้งแต่แรกเกิดหรือเด็กเล็กๆ ถูกควบคุมโดยสมองลิมบิก (limbic system) ซึ่งมีโครงสร้างและการใช้งานดีกว่าสมองใหญ่ และทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ทั้งด้านบวกและลบ ทารกและเด็กจึงใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล ในการเรียนรู้ สมองของทารกและเด็กเล็กจะเปิดประตูการเรียนรู้เมื่อมีอารมณ์ด้านบวก หรือมีความสุข<sup>4</sup> และปิดประตูการเรียนรู้เมื่อมีอารมณ์ด้านลบ มีความเครียดหรือมีความทุกข์มากเกินไป

สมองใหญ่ส่วนหน้า (cerebral cortex) มีความสำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้และการสร้างเสริมเชาว์ปัญญาจากการเพิ่มจุดเชื่อมสัญญาณในช่วง 4 เดือนแรกหลังเกิด แต่สมองใหญ่ส่วนหน้าจะสามารถทำการควบคุมการเรียนรู้เมื่อสมองมีการตัดกิ่งก้านเส้นใยประสาทที่เชื่อมโยงกันให้เหลือน้อยที่สุด<sup>5</sup> สมองใหญ่ส่วนหน้าจึงควบคุมการเรียนรู้ร่วมกับสมองลิมบิก เมื่อเด็กอายุประมาณ 12 ปีจนถึงวัยผู้ใหญ่ ในวัยผู้ใหญ่ การปรับการทำงานของสมองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจนทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาพฤติกรรมใหม่ได้เมื่อมีการเรียนรู้ซ้ำ ๆ สมองใหญ่ส่วนหน้าไม่ได้ควบคุมเฉพาะการรับรู้ความรู้สึกหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย แต่ควบคุมการทำงานด้านการเรียนรู้และเชาว์ปัญญาของเด็กโต และผู้ใหญ่ เช่นการเรียนรู้ด้านภาษา มีสมองส่วนหนึ่งที่ทำหน้าที่เก็บประสบการณ์ไว้ตลอดชีวิต<sup>7</sup> สมองใหญ่ส่วนหน้าจะทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ ความคิด การตัดสินใจ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งการใช้เหตุใช้ผล การเรียนรู้ของสมองเด็กโตและผู้ใหญ่จึงเรียนรู้ด้วยการใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์

### ผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อพัฒนาการของสมอง

ความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูกเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะและซับซ้อนเพื่อความมั่นใจว่าลูกปลอดภัย ได้รับอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ ในระยะเริ่มต้นชีวิตและสามารถสร้างความสัมพันธ์ได้ในช่วงต่อมาพฤติกรรมความเป็นแม่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านจิตใจและสังคมหลายประการ ทันที่หลังคลอดบุตรระดับฮอร์โมนการตั้งครรภ์ลดลง ฮอร์โมนโปรแลคตินเริ่มควบคุมพฤติกรรมความเป็นแม่ การให้ลูกสัมผัสกับอกแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด และลูกได้ดูดนมแม่ กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินสูงสุด แม้จะคลายกังวลและลดความก้าวร้าว มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคมที่เร็วขึ้น<sup>8</sup> การดูดนมนของลูก

จะส่งสัญญาณขึ้นไปที่เซลล์ประสาท magnocell ในสมองส่วนไฮโปทาลามัส ให้สร้างออกซิโทซินและปล่อยออกทางปลายประสาทของต่อมใต้สมองส่วนหลัง ช่วงที่ลูกไม่ได้ดูดนม ออกซิโทซินถูกหลั่งไม่สม่ำเสมอเพียงเบาๆ 1-3 ครั้งต่อหนึ่งวินาที แต่การดูดนมจะกระตุ้นให้ออกซิโทซินเข้าสู่กระแสโลหิตออกมาอย่างสั้นๆ ทุก 5 นาที ซึ่งทำให้เกิดการสื่อสารในระบบเชื่อมโยงประสาท และทำให้เกิดพฤติกรรมที่ซับซ้อนทั้งการสะท้อนกลับทั้งเชิงบวกและเชิงลบในสมองของแม่<sup>9</sup>

ลูกที่ดูดนมแม่จะได้รับสารอาหารและสารชีวภาพหลายชนิดจากนมแม่ที่ช่วยการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมอง กรดไขมันไม่อิ่มตัวสายโมเลกุลยาวที่มีอย่างอุดมสมบูรณ์ในนมแม่มีความสำคัญมากต่อการเจริญของเนื้อเยื่อประสาทและจอประสาทตา เมื่ออายุ 6 เดือน การทำงานของสมองที่วัดจากการเปลี่ยนแปลงคลื่นที่หนังศีรษะของทารกที่ได้รับนมแม่แตกต่างจากทารกที่ได้รับนมผสมเสริมกรดไขมันไม่อิ่มตัวสายโมเลกุลยาวอย่างชัดเจน เมื่อควบคุมปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยปรักกำเนิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเซลล์ประสาทของทารกที่ได้รับนมแม่มีคลื่นสมองเปลี่ยนแปลงตามเหตุการณ์ที่กระตุ้นตลอดการบันทึกนาน 700 มิลลิวินาที โดยสมองตอบสนองและแยกเสียงพูดทั้งหมด และเกิดขึ้นทุกส่วนในสมองใหญ่ทั้งสองซีก การรับส่งสัญญาณของสมองดังกล่าวช่วยให้สมองทารกที่ได้รับนมแม่ได้เปรียบการพัฒนาภาษาและเซลล์ประสาท<sup>10</sup> นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเพิ่มโอกาสการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกตลอดเวลาจะเพิ่มพร้อมรอยความเป็นแม่ลงในสมองของลูกจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่<sup>11</sup> ออกซิโทซินที่หลั่งออกมาในสมองของแม่ไม่ได้กระตุ้นเฉพาะการคัดหลั่งนมให้ลูก แต่สามารถพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมให้ลูกได้ ทั้งที่อยู่ในการควบคุมของหน่วยพันธุกรรม ซึ่งยืนยันด้วยการศึกษาในลูกหนูที่ได้ดูดนมแม่ในช่วง 3 สัปดาห์แรกหลังเกิดและมีระดับฮอร์โมนออกซิโทซินสูงมากในสมองจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมทางสังคมไม่รุนแรง<sup>12</sup>

### การจัดการการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นพื้นฐาน (Brain based learning, BBL)

ตามธรรมชาติการเรียนรู้ของสมองนั้น เด็กจะเรียนรู้ได้เต็มที่ในขณะที่มีความสุข และความเพลิดเพลิน เพราะสมองส่วนลิมบิกจะเปิดสมองทุกส่วน มีการตื่นตัวจากสารสื่อประสาท noradrenalin สมองใหญ่ส่วนหน้าจะสะสมความรู้เต็มที่จากสารสื่อประสาท acetylcholine ซึ่งส่งผลต่อไปยังสมองทุกส่วนให้ทำงานร่วมกันจนเกิดการเรียนรู้แบบทำงานอย่างเต็มที่ โดยการทำงานร่วมกันของสารสื่อประสาททั้ง 3 ได้แก่ serotonin, acetylcholine, และ noradrenalin เป็นการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นพื้นฐาน (brain based learning, BBL) ที่มีประสิทธิภาพสูง

การเรียนรู้ของสมองมนุษย์มีเวลาเปิดและปิดแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาการของสมอง<sup>13</sup> จึงแบ่งหน้าต่างโอกาสการเรียนรู้ของสมองตลอดช่วงอายุของคนเป็น 5 หน้าต่างสมอง มีวงจรและระบบสำหรับความจำพื้นฐานที่พัฒนาอย่างมากและรวดเร็วใน 3 หน้าต่างแรก ได้แก่ หน้าต่างทองคำขาว (platinum) ตั้งแต่ทารกในครรภ์จนถึง 6 เดือนแรกหลังเกิด หน้าต่างทองคำ (gold) ช่วงอายุ 6 เดือน-6 ปี และหน้าต่างเงิน (silver) ช่วงอายุ 6-12 ปี หลังจากนั้นการเรียนรู้เป็นการค้นหาและการใช้เหตุผลใน 2 หน้าต่างหลัง ได้แก่ หน้าต่างทองแดง (bronze) ช่วงอายุ 12-25 ปี และหน้าต่างดีบุก (tin) ช่วงอายุ 25-75 ปี

ช่วงแรกเกิดถึงอายุ 12 ปีเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก และไม่ควรให้เด็กพลาดโอกาสการเรียนรู้อย่างเด็ดขาด การแนะนำให้กินนมแม่อย่างเดียวใน 6 เดือนแรกของชีวิต มีคุณค่ามหาศาลเพราะเป็นช่วงโอกาสหน้าต่างทองคำขาวของชีวิต ถ้าผ่านไปแล้วจะผ่านไปเลย ไม่สามารถย้อนกลับมาเปิดหน้าต่างการเรียนรู้ที่สำคัญที่สุดในชีวิตได้อีก เด็กไทยทุกคนจึงไม่ควรพลาดโอกาสนี้ การทำงานของสมองเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่คล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันตามวัฒนธรรมและ

สังคมที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมของทารกและเด็กมีผลต่อพฤติกรรมและการทำงานของสมองทั้งทางตรงและทางอ้อม<sup>14</sup>

ระบบสมองสนับสนุนทั้งการเรียนรู้และการควบคุม การเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน ซึ่งขึ้นกับการบูรณาการ การทำงานและการเจริญของสมองในส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างใดก็ตามการแสดงออกของพฤติกรรมไม่สัมพันธ์กับระดับเชาวน์ปัญญา การวิเคราะห์เด็ก 136 คนที่มีอายุ 6-16 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่ม 10 ปี 3 เดือน การใช้กิจกรรมเคลื่อนไหวมือตามจังหวะทั้งชายและหญิง การทำซ้ำและมีลำดับขั้นตอนช่วยทำนายเชาวน์ปัญญา ด้านการเปล่งเสียง และการประสานกันของระบบประสาท<sup>15</sup> ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นพื้นฐาน ต้องใช้กิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของทารกและเด็ก โดยใช้ความเชื่อมโยงของความคิดและจิตใจของมนุษย์กับทักษะการเรียนรู้ร่วมกับปัจจัยที่ทำให้สมองมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเรียนรู้จนทำให้ผู้เรียนสนใจ เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจและการจดจำตามมา และนำไปสู่ความสามารถในการใช้เหตุผล และความชำนาญในการเชื่อมโยงสัมพันธ์กับทุกมิติของชีวิต

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการดูดนมของลูก จึงเปรียบเสมือนการจัดการเรียนรู้โดยธรรมชาติที่สอดคล้องกับการพัฒนาของสมอง เป็นการเรียนรู้ชนิดที่ "ไม่ตั้งใจ" เด็กจะเรียนรู้ได้มาก กว้างขวางและละเอียดลึกซึ้ง เป็นการพัฒนาทั้ง PQ, IQ, EQ, และ MQ พร้อมกันหมด ภายในเดือนแรกหลังเกิด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้แม่มีความตื่นตัวในการฟังเสียงร้องของลูกและตอบสนองต่อลูกเหมาะสมกว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม การกระตุ้นสมองใหญ่ส่วนหน้าและสมองอมิกดาลาด้านขวามากขึ้น ช่วยให้แม่ไวต่อการตอบสนองต่อลูก<sup>16</sup> สมองของลูกที่แม่เลี้ยงด้วยนมแม่จึงเกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา

การเล่น เป็นการเรียนรู้วิถีหนึ่งของเด็ก ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในวงจรมหัศจรรย์ของการเล่น การเล่นกับ

ธรรมชาติ โดยเฉพาะ "ธรรมชาติที่มีชีวิต" เป็นสิ่งสำคัญสำหรับทารก แม้ธรรมชาติพูดไม่ได้แต่สอนเด็กให้เรียนรู้ได้ เด็กได้รับพื้นฐานองค์ความรู้ทุกศาสตร์จากธรรมชาติ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับ "ของเล่นมีชีวิต" เป็นพื้นฐานที่สำคัญของชีวิตเป็นรากแก้วของพลังชีวิต พลังใจ พลังความรู้ และพลังคุณธรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการหยอกล้อเล่นกับเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่เด็กไทยทุกคนไม่ควรพลาดโอกาสสำคัญของชีวิตในช่วงเวลาวิกฤตินี้ด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และผู้เลี้ยงดูเด็ก สิ่งที่เปิดการเรียนรู้ของสมองเด็ก คือ การดูว่า ต่าหนิ ชูเขี้ยว หรือเปรียบเทียบ แข่งขัน ความเครียดที่เกินไป เพราะการบังคับโดยไม่มีเหตุผลไปปิดสมองส่วนลิมบิก

### ข้อเสนอแนะการเลี้ยงดูทารกและเด็ก<sup>17</sup>

#### 1. ช่วงวัยแรกเกิดถึง 6 เดือนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ลูกควรได้รับ "อาหารกาย" จากน้ำนมแม่อย่างครบถ้วนเต็มที่ และได้รับ "อาหารใจ" จากการดูดนมแม่เร็วที่สุดหลังเกิดหรือภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด เพื่อเป็นสายใยรักที่มีคุณค่ายิ่งสำหรับการเรียนรู้ของสมองทางหน้าต่างโอกาส หน้าต่างทองคำขาว หลังจากนั้นให้นมลูกบ่อยครั้งตามต้องการลูกจะมีพัฒนาการสมอง เช่น จ้องหน้า ยกศีรษะและหน้าอก ชันคอ จับนั่งได้ จำแม่ได้ แยกหน้าแม่จากคนแปลกหน้าและใกล้ชิดแม่ การเล่นและของเล่นควรเน้นการปฏิสัมพันธ์ เช่น การอุ้ม การหยอกล้อ การจ้องของเล่น เช่น โมบาย กระตุ้นการรับรู้การได้ยินด้วยของเล่นที่มีเสียง

#### 2. ช่วงอายุ 6 -12 เดือนให้นมแม่ร่วมกับอาหารทารกตามวัย

ลูกควรได้รับ "อาหารกาย" จากอาหารตามวัยที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ และนมแม่ที่เพียงพอกับความต้องการของลูก และได้รับ "อาหารใจ" จากการป้อนอาหารและการให้นมแม่ เปิดโอกาสให้เด็กสามารถ

เคลื่อนไหวได้ด้วยตัวเอง มีเวลาเล่นอย่างอิสระ เสรี เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างสมาธิ อารมณ์ และการเรียนรู้ของเด็ก ควรเสริมพัฒนาการความอยากรู้อยากลอง การลองผิดลองถูก และเล่นแก้ปัญหาต่างๆ ให้เล่นของเล่นที่กระตุ้นการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เล่นของเล่นที่ทำหาย การหยิบจับ เคาะ และกัดเล่น เช่น ตุ๊กตา บล็อกไม้ ช้อน ยางกัด ของเล่นที่ทำให้เกิดเสียง รวมทั้งการสื่อความหมายของคำพูดโดยใช้หนังสือภาพต่างๆ เช่น หนังสือลอยน้ำ หนังสือสัมผัส

### 3. ช่วงอายุ 1-2 ปี ให้อาหารตามวัย 3 มื้อร่วมกับนมแม่

ลูกควรได้รับ "อาหารกาย" จากอาหารตามวัย

## สรุป

พัฒนาการทางสมองและการเรียนรู้ของเด็กต้องการทั้ง "อาหารกาย" และ "อาหารใจ" ที่เหมาะสมกับช่วงอายุหรือหน้าต่างโอกาสเรียนรู้ สมองลิมบิกที่ควบคุมการเรียนรู้ในช่วงอายุ 12 ปีแรกจะเปิดเมื่อทารกและเด็กมีความสุขขณะเรียนรู้ เพื่อให้เด็กจดจำสิ่งที่เรียนรู้โดยไม่ตั้งใจ โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ทารกและเด็กปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติที่มีชีวิต การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียนรู้แบบใช้สมองเป็นฐาน การเริ่มต้นโอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อและให้ลูกดูนมแม่ทันทีหลังเกิดช่วยกระตุ้นการเปิดหน้าต่างโอกาสเรียนรู้ของคำขวาด้วยสายใยรักระหว่างแม่ลูก การให้ลูกดูนมแม่จากเต้าเรื้อยไปและการป้อนอาหารลูกด้วยใจและพลังรัก จะช่วยเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติที่มีชีวิต มีการสื่อสารและเกิดการเรียนรู้ที่เป็นธรรมชาติและไม่เครียด มีการจดจำที่ไม่ตั้งใจและยาวนาน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเรียนรู้ของเด็กโตและวัยผู้ใหญ่

ที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ และนมแม่โดยเน้นธาตุเหล็ก ไอโอดีน วิตามินเอ บี และ ซี รวมทั้งแคลเซียม และได้รับ "อาหารใจ" จากการสื่อสาร เด็กวัยนี้ชอบเลียนแบบหรือทำตามผู้ใหญ่ เริ่มเป็นตัวของตัวเอง ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้ลองได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ตรงอย่างเต็มที่ ถ้าไม่เป็นอันตรายและอยู่ในความสามารถที่เด็กทำได้ เป็นช่วงเวลาโอกาสทองของผู้ใกล้ชิดที่ให้ เด็กได้เรียนรู้สิ่งที่ดึงมาจากพ่อแม่หรือบุคคลใกล้ชิด ควรกระตุ้นการเคลื่อนไหว เช่น การเดินและการสัมผัสสำรวจ โดยใช้ของเล่นลากจูง ผูกการใช้กล้ามเนื้อเล็กหรือการหยิบ จับวัตถุโดยใช้ของเล่น เช่น กล้องรูปทรง ต่อบล็อกสูง หนังสือภาพนิทาน หรือตุ๊กตา

## เอกสารอ้างอิง

1. Fleming AS, O'Day DH, Kraemer GW. Neurobiology of mother-infant interactions: experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23(5):673-85.
2. Bruer JT. Education and the brain: A bridge too far. *Educational Researcher* 1997;26:4-16.
3. Thomson RA, Nelson CA. Early brain development and the media. *American Psychologist* 2001;56(1):5-15.
4. Schwartz A. Drives, affects, behavior-and learning: approaches to a psychobiology of emotion and to an integration of psychoanalytic and neurobiologic thought. *J Am Psychoanal Assoc* 1987;35(2):467-506.
5. Goldman-Rakic PS. Development of cortical circuitry and cognitive function. *Child Dev* 1987;58(3):601-22.
6. Blakemore SJ, Frith U. The learning brain: lessons for education: a précis. *Sci* 2005;8(6):459-65.
7. Nelson CA, Bloom FE. Child development and neuroscience. *Child Development* 1997;68(5):970-87.
8. Nemsadze K, Silagava M. Neuroendocrine foundation of maternal-child attachment. *Georgian Med News* 2010;189:21-6. Review.
9. Rossoni E, Feng J, Tirozzi B, Brown D, Leng G, Moos F. Emergent synchronous bursting of oxytocin neuronal network. *PLoS Comput Biol* 2008;4(7):e1000123.
10. Ferguson M, Molfese PJ. Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology. *Dev Neuropsychol* 2007;31(3):337-47.
11. Fleming AS, O'Day DH, Kraemer GW. Neurobiology of mother-infant interactions: experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23(5):673-85.
12. Higashida H, Lopatina O, Yoshihara T, Pichugina YA, Soumarokov AA, Munesue T, et al. Oxytocin signal and social behaviour: comparison among adult and infant oxytocin, oxytocin receptor and CD38 gene knockout mice. *J Neuroendocrinol* 2010;22(5):373-9.
13. ประเสริฐ บุญเกิด. เล่นตามรอยพระยุคลบาท กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมอัจฉริยภาพและนวัตกรรมการเรียนรู้ (สสอ.) ปี พ.ศ. 2551.
14. Roepstorff A, Nieuwenhuis J, Beck S. Enculturing brains through patterned practices. *Neural Netw* 2010;23(8-9):1051-9.
15. Martin R, Tigera C, Denckla MB, Mahone EM. Factor structure of paediatric timed motor examination and its relationship with IQ. *Dev Med Child Neurol* 2010;52(8):e188-94.
16. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52(8):907-15. doi:10.1111/j. 1469-7610.2011.02406.x.
17. สาคร ธนมิตร. เลี้ยงอย่างไรให้เด็กดี และฉลาดแข็งแรง หนังสือธนาคารสมองเพื่อสุขภาพ เล่ม 2 พ.ศ. 2552 สำนักยุทธศาสตร์ ด้านนโยบายสาธารณะ (สนส) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

# หมวดที่ 3

การส่งเสริม ปกป้อง และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
ในวงการแพทย์และสาธารณสุข

---

## บทที่ 6 เกณฑ์ระดับสากลของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

กุสุมา ชูศิลป์

ทุกประเทศทั่วโลกได้ให้ความสำคัญในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง กว้างขวาง ตามประกาศของ " The Innocenti Declaration พ.ศ. 2533 " ในปีพ.ศ. 2534 องค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้เสนอโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) เพื่อผลักดันโรงพยาบาลทั่วโลกให้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 4-6 เดือน และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นจนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น โดย BFHI มีเป้าหมายหลัก 2 ประการได้แก่ การปรับเปลี่ยนการให้บริการสุขภาพด้านแม่และเด็กในโรงพยาบาลให้มีแนวปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการหยุดยั้งการรับบริจาคหรือจัดซื้อผลิตภัณฑ์อาหารทารกราคาถูกในหอผู้ป่วยหรือในโรงพยาบาล โดยเน้นให้ BFHI เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ช่วยสร้างค่านิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเริ่มต้นชีวิตใหม่ของทารกทุกคนด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวปฏิบัติการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2545 ตามข้อสรุปผลงานวิจัย<sup>1</sup> เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน โดยให้ทารกแรกเกิดได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนเต็ม หลังจากนั้นเริ่มให้อาหารอื่นร่วมกับนมแม่ (complementary foods) จนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ฉลองครบรอบ 15 ปีของ The Innocenti Declaration ด้วยการเสนอหลักเกณฑ์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกระดับโลก (The Global Criteria for BFHI) ที่ครอบคลุมการดำเนินการตามบันได

10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอชไอวี/เอดส์ และการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก<sup>2</sup>

### แผนการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกปีพ.ศ. 2550

การดำเนินโครงการขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย แนวปฏิบัติตามเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับโลกสำหรับโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก การใช้หลักสูตรฝึกอบรมผู้บริหารเพื่อสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของโครงการ การใช้หลักสูตรฝึกอบรมบุคลากร 20 ชั่วโมง การประเมินโรงพยาบาลด้วยตนเองก่อนขอรับการประเมินจากส่วนกลาง และคู่มือในการประเมินซ้ำโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก เพื่อให้มีการดำเนินการในระดับโรงพยาบาลดังนี้

### การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โรงพยาบาลต้องค้นหาแนวทางการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย

1. ช่วยแม่และทารกในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอยู่ในโรงพยาบาล
2. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อยร้อยละ 75 ขณะจำหน่ายแม่และทารกออกจากโรงพยาบาล
3. เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 35 ขึ้นไป

### การจัดการผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็ก (Supplies of breast-milk substitutes)

โรงพยาบาลต้องงดการรับบริจาคหรือซื้อผลิตภัณฑ์

อาหารทารกราคาถูกแต่ต้องให้การดูแลการให้อาหารทารกอย่างดีในแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### การดูแลแม่อย่างมิตร (Mother-friendly care)

โรงพยาบาลมีเกณฑ์การดูแลแม่ระยะรอคอยและระหว่างการคลอด เพื่อให้มั่นใจว่าแม่มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจในการเริ่มต้นชีวิตของทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการฝึกอบรมบุคลากรและกำหนดนโยบายการให้บริการที่เป็นมิตรกับแม่ (mother-friendly initiative)

### การติดเชื้อโรคเอชไอวี/เอดส์ และการให้อาหารทารก

โรงพยาบาลควรให้คำแนะนำแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับการติดเชื้อโรคเอชไอวี/เอดส์ ที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มหัวข้อการติดเชื้อโรคเอชไอวี/เอดส์ ในหลักสูตร 20 ชั่วโมงที่อบรมบุคลากรของโรงพยาบาล ที่เน้นการให้คำปรึกษาที่ช่วยให้แม่ตัดสินใจเลือกวิธีการให้อาหารทารกอย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

### หลักเกณฑ์ในการประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกระดับโลก

หลักเกณฑ์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกระดับโลก<sup>3</sup> เป็นมาตรฐานการวัดผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่องกันของบันได 10 ขั้นในการประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก มีเกณฑ์การดูแลแม่อย่างมิตร แนวปฏิบัติการให้อาหารทารกในคนไข้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การอบรมเจ้าหน้าที่ตามหลักสูตรที่กำหนดรายละเอียดของสื่อการสอน สำหรับผู้มารับบริการ รายงานผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลก่อนการตัดสินใจจากภายนอก รวมทั้งสถิติการให้อาหารทารกขณะอยู่โรงพยาบาล และผลการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นที่ได้บูรณาการในระบบงานประจำ

### กลวิธีและการดำเนินงานสู่โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

**บันไดขั้นที่ 1: มีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ**

(Step 1: Have a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff)

นโยบายที่เขียนควรครอบคลุม วิธีการดำเนินการบันได 10 ขั้น การดูแลด้านโภชนาการของแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และการผ่าตัดคลอด การจัดซื้อและการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เหตุผลทางการแพทย์ในการเสริมนมผสมหรืออาหารอื่น การให้สุศึกษาเกี่ยวกับอันตรายของการเลี้ยงด้วยนมผสม แม่ที่ติดเชื้อโรคเอชไอวี/เอดส์ ควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการให้อาหารทารกและมีแนวปฏิบัติในการเลือกวิธีต่างๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

**บันไดขั้นที่ 2: มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีทักษะที่จำเป็นและปฏิบัติตามนโยบาย**

(Step 2 : Train all health care staff in skills necessary to implement the policy)

ควรมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามหลักสูตร 20 ชั่วโมง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความรู้และทักษะ และได้รับการสอนแนะนำงานที่ตนเองรับผิดชอบเพิ่มเติมอย่างน้อย 3 ชั่วโมง จนสามารถสนับสนุนแม่ให้ประสบความสำเร็จในการให้อาหารทารก โดยหลักสูตร 20 ชั่วโมง ครอบคลุม 8 ประเด็นหลักดังนี้

1. สถานการณ์ระดับชาติในการให้อาหารทารกและปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และผลเสียของการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

3. ประวัติ หลักการ และเหตุผลของโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก รวมทั้งการประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับบันได 10 ขั้น

4. หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และผลงานวิจัยที่สนับสนุนนโยบายการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานการณ์ที่มีความชุกของโรคเอชไอวี/เอดส์ สูง

5. การอภิปรายกลวิธี การบริหารจัดการ และคำตอบในการแก้ปัญหาและอุปสรรคการให้บริการเพื่อเผชิญปัญหาโรคเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

6. ความคุ้มค่าและการประหยัดในหน่วยบริการจากการลงทุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7. การแนะนำนโยบายและการเปิดโอกาสให้ผู้รับการอบรมใช้แบบประเมินตนเองขององค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติเพื่อประเมินการปฏิบัติงานที่ตนเองรับผิดชอบ

8. การพัฒนาการเขียนแผนงาน หรือโครงการที่ผู้รับการฝึกอบรมสามารถนำไปใช้ เพื่อเปลี่ยนแปลงหน่วยงานของตนเอง

**บันไดขั้นที่ 3: ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะต้องเริ่มตั้งแต่ขณะมาฝากครรภ์**

(Step 3: Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding)

มีการให้สุศึกษาและการอภิปรายเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำคัญของการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ และการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังเกิด การจัดให้แม่และ

ลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง การสังเกตสัญญาณหิวของทารกและการให้อาหารตามความต้องการของทารก (baby-led feeding) การให้นมลูกบ่อยครั้งเพื่อให้ลูกได้รับนมอย่างเพียงพอ วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ความเสี่ยงในการให้นมผสมหรือผลิตภัณฑ์อาหารทารก ความสำคัญของการให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นหลังอายุ 6 เดือน นมแม่กับการวางแผนครอบครัว ฯลฯ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนตั้งครรรภ์

**บันไดขั้นที่ 4: ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด**

(Step 4: Help mothers initiate breastfeeding within a half-hour of birth)

ให้นำทารกมาวางระหว่างหน้าอกหรือหน้าท้องของแม่ ให้แม่และลูกได้สัมผัสผิวเนื้อแนบเนื้อทันที หรือภายใน 60 นาทีหลังเกิด (early skin-to-skin contact) และยังคงกอดต่อเนื่องโดยไม่แยกจากกันนานหนึ่งชั่วโมงขึ้นไป ยกเว้นมีเหตุผลการแพทย์ที่ยอมรับได้ (แม่อาจใช้เวลามากกว่า 60 นาทีจึงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้)

**บันไดขั้นที่ 5: แสดงให้แม่รู้วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีทำให้น้ำนมแม่ยังคงมีปริมาณพอเพียง แม้ว่าแม่และลูกต้องแยกกันที่หอผู้ป่วยหลังคลอด**

(Step 5: Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation, even if they should be separated from their infants)

เจ้าหน้าที่ได้สอน แสดงเทคนิคและประเมินความสามารถของแม่ในการอธิบายหรือแสดงอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการอุม การจัดท่าลูกขณะดูดนม การให้ลูกอมดูดหัวนมและลานนมของแม่จนได้รับน้ำนมแม่อย่างเต็มที่ การบีบนมด้วยมือและการให้นมแก่ทารกป่วยหรือทารกที่อยู่ในการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อคงสภาพ

การมีน้ำนมขณะแม่และลูกแยกจากกัน และช่วยให้ทารกได้ดูดนมแม่หลังการเจ็บป่วยดีขึ้น รวมทั้งการประเมินความเพียงพอของการได้รับน้ำนมอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะจำหน่ายแม่และหรือทารกออกจากโรงพยาบาล

**บันไดขั้นที่ 6: ไม่ให้อาหาร น้ำ หรือเครื่องดื่มอื่นใด นอกเหนือจากนมแม่แก่ทารกแรกเกิด ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์**

(Step 6: Give newborn infants no food or drink other than breast milk, unless medically indicated)

มีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร ในการกำหนดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์พร้อมเหตุผลที่ต้องให้อาหาร น้ำ หรือเครื่องดื่มอื่นใดแก่ทารกแรกเกิด ในกรณีที่มีการให้ทดแทนหรือเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรมีการบันทึกการให้อาหารทารกและเหตุผลทางการแพทย์เป็นประจำ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบ

ในบริเวณของโรงพยาบาลและในเอกสารที่แจกแม่ไม่ควรมีสื่อสิ่งพิมพ์ อุปกรณ์ที่แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็ก ตารางการให้อาหารทารกหรือการปฏิบัติอื่นๆ ที่ละเมิดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

ควรมีห้องแยกสำหรับทารกที่ผิดปกติเพื่อให้แม่มาให้นมแม่ หรือช่วยปั๊มนมแม่ที่บีบไว้ด้วยถ้วยแก้วหรืออุปกรณ์อื่นๆ ในทารกที่มีความผิดปกติและ/หรือแม่ไม่สามารถให้นมลูกด้วยตนเอง

**บันไดขั้นที่ 7: ให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง**

(Step 7: Practice rooming-in-allow mothers and infants to remain together -24 hours a day)

โรงพยาบาลไม่ต้องจัดห้องอภิบาลทารกปกติ แต่จัดห้องสำหรับสังเกตอาการทารกที่ผิดปกติหรือเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะหลังเกิด แม่และลูกที่ปกติควรอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง ทันทีที่ย้ายออกมา

จากห้องคลอดโดยเร็ว ไม่ต้องแยกลูกไปผ่านห้องอภิบาลทารก

เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหลังคลอดต้องมีทักษะการดูแลสุขภาพของแม่และทารก มีการให้สุขศึกษาแก่แม่และครอบครัวทั้งส่วนบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้แม่มั่นใจและเข้าใจความสำคัญของการให้แม่และลูกอยู่ด้วยกัน จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการให้นมลูกบ่อยครั้งตามความต้องการของลูกโดยการสังเกตสัญญาณหิว การที่แม่อยู่กับลูกและให้นมลูกบ่อยครั้งช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมตลอดเวลาและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแม่ลูก เจ้าหน้าที่จึงควรลดเวลาในการแยกแม่และลูกโดยไม่จำเป็น และทำหัตถการต่างๆ ในหอผู้ป่วยหลังคลอด เช่น การตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การชั่งน้ำหนัก การอาบน้ำ และการทำความสะอาดทารก เป็นต้น

**บันไดขั้นที่ 8: สนับสนุนให้ลูกได้ดูดนมแม่ทุกครั้งที่ลูกต้องการ**

(Step 8: Encourage breastfeeding on demand)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามความต้องการ หมายถึงการให้นมลูกเมื่อลูกแสดงสัญญาณหิวทั้งกลางวันหรือกลางคืน การปฏิบัติที่ดีที่สุดคือการกระตุ้นให้แม่ที่อยู่กับลูกตลอดเวลา คอยสังเกตสัญญาณหิวของลูก เช่น การเคลื่อนไหวแขนขา การอ้าปากกว้างเมื่อเขี้ยวแก้มหรือริมฝีปาก และการเอามือมาใส่ปากของตนเอง ไม่ควรรอกูร์องหิวนมเพราะการร้องไห้เป็นสัญญาณหิวที่รุนแรงที่สุดและแม่อาจตอบสนองความหิวได้ยากขึ้น ถ้าลูกนอนนานเกิน 3 ชั่วโมง ควรปลุกลูกเพื่อให้นม การให้นมลูกบ่อยครั้งตามต้องการช่วยป้องกันเต้านมตึงคัด หัวนมแตก และการหย่านมเร็ว

**บันไดขั้นที่ 9: ไม่ให้ทารกดูดจุกนมยางหรือจุกนมหลอก**

(Step 9: Give no artificial teats or pacifiers)

เจ้าหน้าที่ควรสร้างความมั่นใจว่าการให้ลูกดูดจุกนมยางหรือจุกนมปลอมทำให้ลูกเกิดความสับสน

หัวนม เมื่อกลับมาดูนมแม่ เนื่องจากกลไกการดูดนมแม่และจุกนมยางแตกต่างกัน ถ้าจำเป็นต้องให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ควรให้วิธีอื่นที่ลูกสามารถใช้ริมฝีปากและลิ้นเช่นเดียวกับการดูดนมแม่ เช่น การป้อนน้ำ/นมด้วยแก้ว (cup feeding) หรือการให้ทางสายให้อาหารที่ติดไว้ที่หัวนมแม่ เพื่อกระตุ้นให้ลูกอมดูดหัวนมและลานนมของแม่ไปพร้อมๆ กับการรับน้ำ นมผสม และเครื่องดื่มอื่นๆ

**บันไดขั้นที่ 10: ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งแม่ไปติดต่อกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก**

(Step10: Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic)

มีการจัดตั้งกลุ่มหรือคลินิกที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แม่สามารถขอรับบริการหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม่ควรได้รับเอกสารแจ้งวันเวลาสถานที่นัดตรวจ เหตุผลในการนัด และหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเร่งด่วน ควรกระตุ้นให้แม่พาลูกกลับมาตรวจในคลินิกนมแม่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด หรือในหน่วยบริการของชุมชนที่มีผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว เช่น ครั้งแรกอายุ 2-4 วัน และกลับมาครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ถ้าเป็นไปได้ควรมีระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยและตารางนัดหมายการนัดเยี่ยมให้กับเครือข่าย

**หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และผลงานวิจัยที่สนับสนุนโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก**

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2548 โรงพยาบาลทั่วโลก จำนวน 20,000 แห่งได้ผ่านการประเมิน เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ความสำเร็จของโรงพยาบาลเหล่านี้ขึ้นกับกลวิธีในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่

หลากหลาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการงานแม่และเด็กส่วนใหญ่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติตามบันได 10 ขึ้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**1. การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก มีอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มจากร้อยละ 58.0 (พ.ศ. 2538) เป็นร้อยละ 77.5 (พ.ศ. 2541) และร้อยละ 86.5 (พ.ศ. 2542) ในช่วงเวลาเดียวกันโรงพยาบาลมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพิ่มจากร้อยละ 5.5 เป็นร้อยละ 28.5 และร้อยละ 33.5 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001)<sup>3</sup>

ในพ.ศ. 2546 ประเทศสวีเดนมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกที่เข้มแข็ง โดยมีสัดส่วนของทารกอายุ 0-5 เดือนที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ร้อยละ 42 สูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมิน ร้อยละ 34 เมื่อควบคุมปัจจัยการคลอดและปัจจัยทางสังคมของแม่ ปัจจัยที่ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้แก่ การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด การให้แม่และลูกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง และการให้นมลูกบ่อยครั้งตามต้องการ<sup>4</sup>

ตามรายงาน ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติพ.ศ. 2552 ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 14 ประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าในทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.54 ต่อปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) แต่ไม่เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือน (เฉลี่ยร้อยละ 1.1 ต่อปี)<sup>5</sup>

**2. ผลการฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาล**

ในปีพ.ศ. 2541 ประเทศอิตาลีได้ทดลองใช้หลักสูตรการฝึกอบรม 18 ชั่วโมงขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และเพิ่มอีก 2/40 ชั่วโมงของ



หลักสูตรการให้คำปรึกษาขององค์การอนามัยโลกแก่บุคลากรใน 2 กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มที่ 1 ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่งและโรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง ในทางใต้ของประเทศซึ่งมีทารกเกิด 2,957 ราย/ปี ผ่าตัดคลอดร้อยละ 31-44 และมีทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย 7-15/1,000 เกิดมีชีพ และกลุ่มที่ 2 ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่งและโรงเรียนแพทย์ 1 แห่งทางตอนกลางและทางเหนือของประเทศ ซึ่งมีทารกเกิด 3,747 ราย /ปี ผ่าตัดคลอดร้อยละ 7-15 และมีทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย 3-9 /1,000 เกิดมีชีพ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้งหมดประกอบด้วยสูติแพทย์ร้อยละ 54 กุมารแพทย์ร้อยละ 72 พยาบาลผดุงครรภ์ร้อยละ 84 และพยาบาลร้อยละ 68

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการฝึกอบรม ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามบันได 10 ขึ้น เพิ่มจาก 2.4 เป็น 7.7 คะแนน เจ้าหน้าที่ของทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 72 และร้อยละ 75) จากความรู้อันแตกต่างกัน (ร้อยละ 41 และร้อยละ 53) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ช่วยเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในโรงพยาบาล ได้แก่ การเริ่มต้นการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด การที่แม่ลูกอยู่ด้วยกันตลอดเวลา การไม่ให้ดูดจุกนมหลอกและการสอนการปั๊มนม ซึ่งส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ 1 เพิ่มจากร้อยละ 41 เป็นร้อยละ 77 (P<0.05) และกลุ่มที่ 2 เพิ่มจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 73 (P<0.05) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เต็มที่ 3 เดือนของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ 1 เพิ่มจากร้อยละ 37 เป็นร้อยละ 40 (P<0.05) กลุ่มที่ 2 เพิ่มจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 59 (P<0.05) เมื่อทารกอายุ 6 เดือน ยังคงมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยกลุ่มที่ 1 เพิ่มจากร้อยละ 43 เป็นร้อยละ 62 (P<0.05) และกลุ่มที่ 2 เพิ่มจากร้อยละ 41 เป็นร้อยละ 64 (P<0.05)<sup>6</sup>

การพัฒนาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านให้มีความรู้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในผู้รับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมมีการพัฒนาการด้านความรู้เพิ่มขึ้น 2.8 เท่า การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น 2.2 เท่า มีความเชื่อมั่นตนเองดีขึ้น 2.4 เท่า และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดเพิ่มขึ้น 4.1 เท่า<sup>7</sup>

### 3. อิทธิพลของการให้สุขศึกษาขณะฝากครรภ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษาแบบตัดขวางในชุมชนเขตชนบทของประเทศอินเดียเมื่อพ.ศ. 2541 พบว่าการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเริ่มต้นการให้นมเร็วและการให้ลูกได้รับหัวนมช่วยเพิ่มการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด 1.86 เท่า<sup>8</sup>

ผลการศึกษาแบบสุ่มทดลองในประเทศไทย เมื่อพ.ศ. 2553 โดยการให้สุขศึกษาแบบแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และการเสริมพลังในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้นในทารกอายุ 14 วัน (82.5% vs. 52.6%, P= 0.005) ทารกอายุ 1 เดือน (77.5% vs. 52.6%, P = 0.021) ทารกอายุ 2 เดือน (62.5% vs. 36.8%, P = 0.023) ทารกอายุ 4 เดือน (35.0% vs. 7.9%, P = 0.008) ทารกอายุ 5 เดือน (25.0% vs. 2.6%, P = 0.012) และทารกอายุ 6 เดือน (20.0% vs. 0%, P = 0.005)

### 4. ผลการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาล

การเฝ้าระวังระยะปริกำเนิดในประเทศแคนาดา หลังพ.ศ. 2549 ได้สัมภาษณ์แม่หลังคลอดจำนวน 8,244 รายที่คลอดในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกแม่ร้อยละ 90.0 ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ร้อยละ 90.3 ได้เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่ใน

โรงพยาบาล แต่มีแม่เพียงร้อยละ 14.4 ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม ซึ่งแสดงว่าการปฏิบัติที่ดีตามเกณฑ์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสั้น<sup>9</sup>

### 5. การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การศึกษาแบบสุ่มทดลอง โดยนัดแม่ที่เคยเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสมมาที่คลินิกนมแม่ภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด พบว่าแม่ในกลุ่มทดลองสามารถเลี้ยงลูกอายุ 1 เดือน ด้วยนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้นจากกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 16.4 vs ร้อยละ 10.0) และแม่ในกลุ่มทดลองลดการเสริมน้ำเปล่าหรือน้ำชาให้แก่ทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.002)<sup>11</sup>

จากการวิเคราะห์ลักษณะของแม่ที่เข้าร่วมการศึกษาแบบสุ่มทดลองใช้โครงการจัดเพื่อนให้คำปรึกษาแม่ (a peer counseling support program) ในแม่ชาวอเมริกันที่มีรายได้น้อย มีแม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมใน

ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดจำนวน 2,168 ราย และ 2,999 รายตามลำดับ พบว่าการให้นมผสมแก่ทารกในวันที่ 1 หลังคลอดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นลง แม่ที่มีอายุมากและมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น การให้คำปรึกษาแก่แม่ที่อายุน้อยช่วยเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้<sup>12</sup>

การทบทวนและวิเคราะห์ผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) เกี่ยวกับโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการบริการระดับปฐมภูมิ พบว่าการวิจัยแบบสุ่มทดลอง 38 เรื่องสนับสนุนว่า นวัตกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับชุมชนช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวทั้งระยะสั้น 1-3 เดือน (OR 1.28, 95% CI 1.11-1.48) และระยะยาว 6-8 เดือน (OR 1.44, 95% CI 1.13-1.84) การช่วยเหลือแม่ระยะหลังคลอดช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ มากขึ้นและปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงมากคือระบบการให้เพื่อนเป็นที่ปรึกษา<sup>13</sup>

### สรุป

โครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกเป็นมาตรการที่สำคัญในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในขณะที่จำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล การปฏิบัติอย่างดีตามบันได 10 ขึ้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นกับการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความชำนาญในการให้สุขศึกษาแก่แม่ทั้งระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ช่วยการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ การให้แม่และทารกอยู่ด้วยกันตลอดเวลาในหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อให้ทารกได้ดูดนมแม่บ่อยครั้ง ตามความต้องการช่วยลดการเสริมนมผสมในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานขึ้น การมีระบบเพื่อนช่วยปรึกษา และการให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนอย่างชัดเจนและยั่งยืน



## เอกสารอ้างอิง

1. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. WHO/NHD/01.08, WHO/FCH?CAH/01.23 Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: URL: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index__24850.html)
2. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, World Health Organization, 2003. Available from: URL: [http://www.who.int/nutrition/publications/gi\\_infant\\_feeding\\_\\_text\\_\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding__text__eng.pdf)
3. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, MurphySmith MM, Gomes JS, et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. Pediatrics 2001;108:677-81.
4. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breast feeding duration on a national level? Pediatrics 2005;116:e702-8.
5. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J 2009;4:11.
6. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ 2001;323:1358-62.
7. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. Pediatrics 2010;126:289-97.
8. Bruun Nielsen B, Hedegaard M, Thilsted SH, Joseph A, Liljestrand J. Does antenatal care influence postpartum health behaviour? Evidence from a community based cross-sectional study in rural Tamil Nadu, South India. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:697-703.
9. Kupratakul J, Taneepanichskul S, Voramongkol N, Phupong V. A randomized controlled trial of knowledge sharing practice with empowerment strategies in pregnant women to improve exclusive breastfeeding during the first six months postpartum. J Med Assoc Thai 2010; 93:1009-18.
10. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. Birth 2009;36:122-32.
11. Hopkinson J, Konefal Gallagher M. Assignment to a hospital-based breastfeeding clinic and exclusive breastfeeding among immigrant Hispanic mothers: a randomized, controlled trial. J Hum Lact 2009;25: 287-96.
12. Bolton TA, Chow T, Benton PA, Olson BH. Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. J Hum Lact 2009;25:18-27.
13. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S. Interventions in primary care to promote breastfeeding: an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2008;149:565-82.

## บทที่ 7 ยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและเด็กเล็ก

WSSUNWS WSSUNWS

การให้อาหารแก่ทารกและเด็กเล็กเป็นจุดเริ่มต้นของการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกยังมีร่างกายแคระแกร็นเจริญเติบโตไม่เต็มที่เนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม รวมทั้งมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อที่ค่อนข้างสูง การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องจะช่วยให้ทารกและเด็กมีภาวะโภชนาการดีขึ้น ในปีพ.ศ. 2545 องค์การอนามัยโลกได้มีมติรับยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding) เพื่อเป็นแนวทางให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกดำเนินการพัฒนาโภชนาการของทารกและเด็กเล็ก<sup>1,2</sup>

## ยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริม ปกป้อง และสนับสนุนให้ทารกและเด็กเล็กได้รับอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเสนอแนะให้รัฐบาลมีนโยบายดังต่อไปนี้

1. ควรมีนโยบายที่จะสนับสนุนให้แม่ทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และเลี้ยงควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น
2. มีมาตรการที่จะดำเนินการในแผนงานโภชนาการอนามัยแม่และเด็ก อนามัยการเจริญพันธุ์ และการลดภาวะความยากจน
3. มีการพัฒนาคุณภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถให้คำปรึกษา และขยายบริการไปสู่ชุมชนโดยการฝึกอบรมบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เป็นผู้ให้คำปรึกษาในชุมชน

4. ควรทบทวนความก้าวหน้าในการดำเนินงานระดับชาติ ในเรื่องหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และพิจารณาให้มีกฎหมายหรือมาตรการที่จำเป็น เพื่อการปกป้องครอบครัวจากอิทธิพลของการโฆษณาและการตลาด
5. ให้มีกฎหมายคุ้มครอง ปกป้องสิทธิการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ที่ทำงาน และมีมาตรการบังคับใช้ที่สอดคล้องกับมาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศ

กลยุทธ์เหล่านี้ไม่จำกัดอยู่ในความรับผิดชอบของภาครัฐเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมถึงองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรเอกชน ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์ดังกล่าวยังกำหนดกรอบดำเนินงานสู่การปฏิบัติเชื่อมโยงพื้นที่ดำเนินการและการใช้ทรัพยากรของแต่ละหน่วยงาน

ยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและเด็กเล็กในประเทศไทย<sup>3</sup>

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้ทารกและเด็กเล็กในประเทศไทยเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางสมองเต็มศักยภาพ โดยกำหนดเป้าประสงค์ ผลผลิต และผลลัพธ์ ดังนี้

## เป้าประสงค์หลัก :

ทารกและเด็กเล็กมีการเจริญเติบโตทางร่างกายทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าร้อยละ 90 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10

## เป้าประสงค์รอง :

ทารกและเด็กเล็กมีพัฒนาการสมวัยมากกว่า

ร้อยละ 85 เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10

#### ผลผลิต :

ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก สามารถสร้างทักษะเชิงพฤติกรรมได้

#### ผลลัพธ์ :

ประชาชนเกิดพฤติกรรมกรให้อาหารทารกและเด็กเล็กได้ถูกต้อง เด็กมีการเจริญเติบโตทางร่างกายและพัฒนาการทางสมอง เติบโตตามศักยภาพ โดยมียุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

#### ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการ

##### แนวคิดและหลักการ

การดูแลโภชนาการของทารกและเด็กเล็ก ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการร่วมกันหลายหน่วยงาน ทั้งในกระทรวงและต่างกระทรวง ควรจัดให้มีคณะกรรมการเพื่อดูแลให้ครอบคลุม และมีองค์กรรองรับ

##### เป้าหมาย

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างครอบคลุม มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมาตรการ

1. จัดตั้งคณะกรรมการโภชนาการทารกและเด็กเล็กโดยกรมอนามัยเป็นหน่วยประสานงานกลาง
2. จัดทำนโยบายแนวทางการดำเนินการและการติดตามประเมินผล
3. ผลักดันเนื้อหาการให้อาหารทารกและเด็กเข้าสู่หลักสูตรการศึกษา ทั้งทางแพทย์ พยาบาล และนักศึกษาด้านสาธารณสุข
4. ผลักดันให้เนื้อหาการให้อาหารทารก และเด็กเข้าสู่หลักสูตรการศึกษาระดับพื้นฐานของชาติ

#### ยุทธศาสตร์ที่ 2 การดำเนินการในสถานบริการ

##### แนวคิดและหลักการ

อาหารที่สำคัญของทารกและเด็กเล็ก ได้แก่ นมแม่ และอาหารตามวัย ซึ่งโดยทั่วไปนั้น การตั้งครุฑ การคลอด และการดูแลทารกตลอดจนเด็กเล็ก จะดำเนินการโดยผ่านสถานบริการสาธารณสุขอยู่แล้ว จึงถือได้

ว่าสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการให้อาหารทารกและเด็กเล็กเป้าหมายทารกและเด็กเล็กได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และได้รับอาหารตามวัยที่เหมาะสมร่วมกับนมแม่จนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น

##### มาตรการ

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์พ่อแม่ลูกที่คงคุณภาพ
2. พัฒนาคู่มือที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความสามารถในการบริการด้านการเลี้ยงดูทารกและเด็กเล็ก
3. จัดให้มีการดูแลการให้อาหารทารกและเด็กเล็กที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น เด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกนมแม่ เพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. ดำเนินการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารตามวัยในสถานบริการ
5. จัดตั้งมุมเด็กโตเต็มวัย (nutrition and development corner; NDC) ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

#### ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างองค์ความรู้และบริหารจัดการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

##### แนวคิดและหลักการ

องค์ความรู้ในการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารตามวัย ได้มีการดำเนินการอย่างมากในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยสามารถนำองค์ความรู้เหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ได้ส่วนหนึ่ง แต่อีกส่วนหนึ่งจะต้องดำเนินการวิจัยและค้นคว้าหรือประยุกต์องค์ความรู้เหล่านั้นให้เข้ากับบริบทไทย รวมทั้งจะต้องบริหารจัดการองค์ความรู้ให้สามารถสื่อถึงประชาชนซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

#### เป้าหมาย

ผลิตองค์ความรู้และข้อมูลความรู้ครอบคลุม ทุกประเด็น เพื่อบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน มาตรการ

1. ค้นคว้าหาองค์ความรู้จากต่างประเทศ พร้อมประยุกต์ใช้ในบริบทไทย
2. ผลิตองค์ความรู้เทคโนโลยีขั้นในประเทศ
3. จัดเวทีวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์
4. จัดทำเกณฑ์การประเมิน เพื่อการติดตามประเมินผล
5. ถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ผู้ปฏิบัติและประชาชน ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอบรม สัมมนา หรือการผลิตสื่อ

#### ยุทธศาสตร์ที่ 4 การดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และชุมชน

##### แนวคิดและหลักการ

การให้อาหารทารกและเด็กเล็กในทางปฏิบัติมีปัจจัยทางสาธารณสุขและทางสังคมเกี่ยวข้องอย่างมาก เช่น ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น หรือสถานประกอบการ เป็นต้น สตรีตั้งครุฑหรือมารดาจะดูแลให้อาหารทารกและเด็กเล็กได้ผลตามความคาดหวัง จึงขึ้นกับปัจจัยเหล่านี้เป็นอย่างมาก

##### เป้าหมาย

การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน สถานประกอบการท้องถิ่น ฯลฯ

##### มาตรการ

1. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีความรู้ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยให้เกิดความสำเร็จ
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ท้องถิ่นและสถานประกอบการกิจการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารตามวัยที่ถูกต้อง โดยการจัดให้

มีสถานเลี้ยงดูเด็กเล็ก ทั้งในสถานประกอบการกิจการและในท้องถิ่น

4. การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่ม รวมชมรม เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการทารกและเด็กเล็ก

#### ยุทธศาสตร์ที่ 5 การรณรงค์และการประชาสัมพันธ์

##### แนวคิดและหลักการ

เนื่องจากการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก ประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ นมแม่ และการให้อาหารตามวัย แต่ด้วยวิถีการดำรงชีวิตปัจจุบัน ปัจจัยหลายอย่างสามารถสร้างผลลบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ สื่อต่างๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังสร้างผลกระทบต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งสร้างความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการให้อาหารทารก ดังนั้นการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ในเชิงกว้าง จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อความสำเร็จ

##### เป้าหมาย

การจัดการรณรงค์อย่างต่อเนื่องทุกปีในโอกาสวันแม่แห่งชาติ และการประชาสัมพันธ์เชิงกว้างในสื่อทุกรูปแบบเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารตามวัย

##### มาตรการ

1. จัดรณรงค์ระดับชาติ ในสัปดาห์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งชาติ
2. จัดรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทุกระดับ
3. จัดรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารตามวัยที่ถูกต้องในโอกาสสำคัญต่างๆ
4. สัมมนาผู้ปฏิบัติงานสื่อ เพื่อสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน
5. ขอความร่วมมือสื่อสารมวลชนทุกประเภทในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน
6. จัดซื้อ จัดจ้างสื่อในการประชาสัมพันธ์

7. กระจายสื่อความรู้หรือข้อมูลสื่อต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อเผยแพร่ความรู้ **ยุทธศาสตร์ที่ 6 การปรับปรุงและออกกระเปียบประกาศกฎ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง**

**แนวคิดและหลักการ**

เนื่องจากการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก ส่วนหนึ่ง จะเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์อาหารที่นำมาเลี้ยงดูทารก และอีกส่วนหนึ่งจะเกี่ยวข้องกับการสร้างปัจจัยเอื้อให้ มารดาได้มีโอกาสเลี้ยงดูทารกด้วยนมตนเอง หรือ การดูแลทารกและเด็กเล็ก ซึ่งทั้ง 2 ส่วน บางประเด็น สามารถขอความสนับสนุนให้ดำเนินการโดยความ สัมผัสใจ แต่บางประเด็นจำเป็นต้องใช้มาตรการของ กระทรวงหรือรัฐบาลที่มีอยู่ เพื่อทำให้ปัจจัยเอื้อเหล่านี้สามารถเอื้อประโยชน์ได้จริง

**เป้าหมาย**

1. การสร้างปัจจัยเอื้อต่อส่วนที่เกี่ยวกับการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. การสร้างปัจจัยเอื้อต่อส่วนที่เกี่ยวกับศูนย์เด็กเล็ก **มาตรการ**
  1. ปรับปรุงระเบียบ ประกาศ หรือกฎหมาย
  2. ตราระเบียบ ประกาศ หรือกฎหมายที่เหมาะสม ขึ้นใหม่ ให้เอื้อประโยชน์ต่อการให้อาหารทารก และเด็กเล็ก

**กลวิธีดำเนินงานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10<sup>4</sup>**

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของแม่และเด็กไทยดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย จึงได้จัดทำ โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวขึ้นในปี พ.ศ. 2549 โดยบูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็ง ของระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง กลวิธีการดำเนินงานประกอบด้วยการพัฒนา ระบบคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว การพัฒนาศักยภาพ

ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การกำหนดมาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ การสร้างกระแสสังคมและประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีของบริการอนามัยแม่และเด็ก ผลจากการดำเนินงานจะทำให้แม่และเด็กได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตร แรกเกิดถึง 5 ปีอย่างมีคุณภาพ ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ อย่างปลอดภัยและทารกได้รับการเลี้ยงดูให้เจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย เป็นประชากรที่มีคุณภาพโดย มีตัวชี้วัดที่สำคัญ 4 อย่าง คือ อัตราทารกแรกเกิด ขาดออกซิเจน อัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่ อย่างเดียวและอัตราเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2553 พบว่าผล-ลัพธ์สถานะสุขภาพแม่และเด็กดีขึ้น อัตราทารกแรก-เกิดขาดออกซิเจน 23.04 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 8.7 อัตราเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 29.6

**ทิศทางในอนาคตเพื่อความยั่งยืน และประสบผลสำเร็จ<sup>5</sup>**

1. การพัฒนาและผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติ การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก เพื่อ ควบคุมปัญหากลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งการจัดการประเด็น อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็ก โดยการรับรองหลักเกณฑ์ว่าด้วยการ ตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิต ภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2551 เป็นหลักเกณฑ์ พื้นฐานในการพัฒนากฎหมายนี้ ซึ่งตั้งอยู่บน พื้นฐานขององค์ความรู้และข้อเท็จจริงทางวิชา การ
2. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการ

รณรงค์สร้างความตระหนักผ่านสื่อสาธารณะ และสื่อบุคคล เช่น การสร้างแบบอย่างการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยบุคคลที่สังคมเชื่อถือ หรือชื่นชอบ ทูตนมแม่ การพัฒนาเครือข่าย หรือชมรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระดับชาติระดับ ท้องถิ่น และในสถานประกอบกิจการ การสร้าง ความรู้ความเข้าใจให้ผู้นำทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาสังคมที่จะร่วมกันเฝ้าระวัง กำกับ และติดตามการละเมิดหลักเกณฑ์ว่า ด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก รวมทั้งการสร้างการเรียนรู้ในเรื่องคุณค่าของ น้ำนมแม่ในการเรียนการสอนของเด็กนักเรียน วิทยาลัยจนถึงวัยรุ่น เพื่อสร้างค่านิยมและ วัฒนธรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ด้วยการ พัฒนาศักยภาพและสร้างแรงจูงใจผู้เชี่ยวชาญ ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระบบบริการ สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงหลักสูตร การศึกษาในระบบของแพทย์และพยาบาล ให้ ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้าง

- จิตสำนึก สาธารณสุขของบุคลากรทาง การ แพทย์ และสาธารณะ ให้ตระหนักถึงประโยชน์ ของสุขภาพแม่และเด็ก
4. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวัง กำกับ และติด- ตามการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก โดยการมีส่วน ร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อการคุ้มครองสุขภาพ แม่และเด็ก ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจและ ประกาศเกียรติคุณเครือข่ายเฝ้าระวัง
  5. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ เช่น คลินิกให้คำปรึกษานมแม่ใน โรงพยาบาล มุมนมแม่ในโรงพยาบาลและใน สถานประกอบกิจการ
  6. การกำหนดเป็นกฎหมายให้สถานประกอบกั- การมีมาตรการหรือสวัสดิการดังกล่าวให้แก่ สตรีตั้งครรภ์และแม่ที่ทำงาน การปรับปรุงกฎ หมาย ด้านสิทธิการลาคลอดด้วยการเพิ่มระยะ เวลามากขึ้น รวมทั้งการได้รับค่าจ้างตลอดระยะ การลาคลอด

**สรุป**

องค์การอนามัยโลกมีมติรับยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและ เด็กเล็ก 6 ยุทธศาสตร์ เพื่อให้ทารกและเด็กเล็กมีการเจริญเติบโตทางร่างกาย และการพัฒนาสมองเต็มศักยภาพ ประกอบด้วย การบริหารจัดการ การดำเนินการในสถานบริการ การสร้างองค์ความรู้และบริหารจัดการองค์- ความรู้สู่การปฏิบัติ การดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และชุมชน การรณรงค์และการประชาสัมพันธ์ การปรับปรุงและออกกระเปียบ ประกาศ กฎ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF. Global Strategy for Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 5.
2. WHO, UNICEF. Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2007. p. 1-4.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550. หน้า 1-6.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2551.
5. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๓/หลัก๒. การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2553. หน้า 1-7. Available from: URL: [http://nha2010.samatcha.org/sites/nha2010.samatcha.org/files/02-NHA3-main2-MilkCode-25 Nov10.pdf](http://nha2010.samatcha.org/sites/nha2010.samatcha.org/files/02-NHA3-main2-MilkCode-25%20Nov10.pdf)

## บทที่ 8 นโยบายและการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

วิมลวรรณ วสุนทรกุล  
ภาวิณี พิ้วสวัสดิ์

เด็กคือทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตของชาติ ที่ควรได้รับการเลี้ยงดูให้เจริญเติบโต และพัฒนาการสมวัย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลเป็นมาตรการสำคัญอันหนึ่งในการส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการในทารกและเด็กตั้งแต่พ.ศ. 2534 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงพยาบาลพัฒนาการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) จนถึง พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการ "โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว" ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร โดยมีคำขวัญพระราชทานว่า "นมแม่คือหยดแรกของสายใยรักแห่งครอบครัว" เพื่อสนองพระปณิธานของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ ที่ทรงมีเป้าหมายสร้างสรรค์สถาบันครอบครัวให้อบอุ่น สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว คือ พ่อ แม่ ลูกได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งมารดาและทารก เพื่อให้ทารกเกิดรอด ปลอดภัย รวมทั้งมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย มีการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวโดยการบูรณาการโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (Safe motherhood project) การฝากครรภ์คุณภาพ การบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี คลินิกนมแม่ โครงการโรงเรียนพ่อแม่ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้บริการแม่และเด็กในระดับ

ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวต้องมีกลวิธีการดำเนินงานภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ให้ผลลัพธ์ด้านส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปีตามเป้าหมายของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### เป้าหมายโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

วัตถุประสงค์โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนากระบวนการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตรอายุ 0-5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนให้ถึงร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งมุ่งหวังให้การดำเนินงานทั้งหมดของกระบวนการอนามัยแม่และเด็กที่มีคุณภาพ มีผลลัพธ์การให้บริการงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่

- ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนไม่เกิน 30 : 1,000 การเกิดมีชีพ
- ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 8
- อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 20
- เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 90

## กลวิธีการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวจะได้รับพระราชทานพระบรมฉายาลักษณ์ 3 พระองค์ พร้อมกับเริ่มต้นการดำเนินการตามกลวิธีที่กำหนดไว้ได้แก่

1. การพัฒนาระบบคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการโดยแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรค ถ่ายทอดทางพันธุกรรมให้ได้มาตรฐาน เช่น ธาลัสซีเมีย และภาวะบกพร่องไทรอยด์ การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ จากแม่สู่ลูกให้ได้มาตรฐาน การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ การสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปี การสนับสนุนยาสีฟันและแปรงสีฟันเพื่อใช้สอนและสาธิตการแปรงฟันเด็กอายุ 9-12 เดือน รวมทั้งการติดตามช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด คลินิกนมแม่และในคลินิกสุขภาพเด็กดี

2. เสริมสร้างความเข้มแข็งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว เช่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเลี้ยงดูลูกระหว่างสมาชิกชมรมฯ คัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลเป็นมิสนมแม่ และพัฒนาสมาชิกโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวในพระราชดำริพระเจ้าวรวงศ์เธอ องค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ เพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเอง

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการฯ เช่น การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก การอบรมเพิ่มประสิทธิภาพการบริการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมีย และภาวะพร่องไทรอยด์

4. มีมาตรการทางกฎหมาย เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การเร่งรัดการดำเนินการหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดสำหรับอาหารทารก

และเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

5. สร้างกระแสสังคม และการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักต่อสุขภาพมารดาและทารก เช่น จัดทำ "ถุงรับขวัญแม่หลังคลอด" และมอบให้แก่แม่หลังคลอด

6. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีบริการอนามัยแม่และเด็ก เช่น ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กและระบบการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพและบริการอนามัยแม่และเด็ก

## มาตรฐานการประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

หลังการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลต้องมีการประเมินกระบวนการปฏิบัติและทำรายงานผลลัพธ์การดำเนินการ เพื่อขอประเมินเป็นโรงพยาบาลสายใยแห่งรักครอบครัว ซึ่งมีคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยแห่งรักครอบครัว เป็น 3 ระดับ ได้แก่

- **โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองแดง** คือ โรงพยาบาลที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ที่ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และรายงาน ก1 ก2 ครบถ้วนถูกต้องตรงเวลา
- **โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับเงิน** คือ โรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ได้รับรายงาน ก1 ก2 ครบถ้วนถูกต้องตรงเวลา และชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินงานรวมตัวเป็นชมรมต่างๆ เช่น ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว
- **โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง** คือ โรงพยาบาลที่จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับเงิน มีการรายงาน ก1 ก2 ครบถ้วนถูกต้องตรงเวลารวมทั้งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพได้ ทารกแรกเกิดขาด

ออกซิเจนไม่เกิน 30:1,000 การเกิดมีชีพ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 8 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 และเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90

## ตัวชี้วัดการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวชี้วัดการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้มาตรฐานเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง คลินิกนมแม่ โรงเรียนพ่อแม่ และชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว

*วิธีคำนวณตัวชี้วัด*

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ต่อเดือน)

= จำนวนเด็กที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ในเดือน ที่สุ่มประเมิน) ทารกด้วยจำนวนเด็กเกิดมีชีพในเดือน นั้น และคูณด้วย 100

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวช่วงอายุ 0-6 เดือน

= จำนวนเด็กอายุ 0-6 เดือนที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ทารกด้วยจำนวนเด็กอายุ 0-6 เดือนที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในช่วงเวลาที่กำหนด) และคูณด้วย 100

## กระบวนการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นอกเหนือจากการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลควรจัดระบบบริการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหัวข้อต่อไปนี้

### คลินิกนมแม่

คลินิกนมแม่ ให้บริการติดตามและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ซับซ้อนหรือต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ

และอุปกรณ์ต่างๆ ในการแก้ไข คลินิกนมแม่ควรมีลักษณะการให้บริการ คือการรับส่งต่อแม่ที่มีปัญหาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ หลังคลอดและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการสาธิตการบีบ การใช้อุปกรณ์เก็บน้ำนม และวิธีการเก็บตุนน้ำนมที่ถูกต้อง

## โรงเรียนพ่อแม่

โรงเรียนพ่อแม่ จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ความรู้และสร้างเจตคติ เพื่อเตรียมความพร้อมพ่อแม่และครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีคุณภาพ โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ ให้ความรู้แก่พ่อแม่อย่างน้อยสองครั้ง คือครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปหรือระยะใกล้คลอด โดยเน้นประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เหตุผลของการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อและการให้ลูกดูดนมครั้งแรก ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด การดูแลสุขภาพและโภชนาการของแม่อย่างถูกต้องและเพียงพอ
2. ระยะหลังคลอด 1-3 วัน เน้นการเสริมทักษะการให้นมลูกอย่างถูกวิธี และการคงสภาพน้ำนมอย่างเพียงพอ
3. ระยะที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยแบ่งการให้ความรู้ตามกลุ่มอายุ
  - *ครั้งที่ 1 ช่วงเด็กอายุ 2-4 เดือน* เน้นความสำคัญการให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการเริ่มต้นการให้อาหารตามวัย รวมทั้งโภชนาการและการรับประทานอาหารของแม่
  - *ครั้งที่ 2 ช่วงเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี* เน้นการให้นมแม่ต่อเนื่อง อาหารตามวัย ที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพโดยสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเด็ก และพ่อแม่มีส่วนร่วมในการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก สอนการ

ประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ เลี้ยงลูกให้ฉลาด การสร้างวินัยให้กับลูก ปัญหาการเลี้ยงลูกและพฤติกรรมที่พบบ่อย

• **ครั้งที่ 3 ช่วงอายุ 1-2 ปี**

เน้นการคัดกรองโรค เช่น ภาวะโลหิตจาง การตรวจวัดการได้ยิน ในกรณีที่ต้องให้นมแม่ที่บิบบไว้หรือให้นมผสม ควรฝึกการดื่มนมจากแก้วและหย่านมขวด ควรเน้นบทบาทพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในการเล่นนิทาน การจัดของเล่นที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการสอน การสร้างวินัยให้กับลูก ปัญหาการเลี้ยงดูที่พบบ่อย ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย การเล่นและการเล่นนิทานสำหรับเด็ก

• **ครั้งที่ 4 ช่วงอายุ 3 ปีขึ้นไป**

เน้นกระบวนการเสริมทักษะการเรียนรู้ของเด็ก เช่น การเล่นดนตรี การเล่นนิทาน

เล่นของเล่น และการป้องกันอุบัติเหตุ สอนการเลี้ยงลูกให้ฉลาดทางเชาว์ปัญญา และอารมณ์ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และทันตสุขภาพ ปัญหาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย การเตรียมตัวสู่โลกกว้างและพฤติกรรมที่พบบ่อย

**ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว**

ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และให้นมแม่ต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยให้ยาวนานที่สุด โดยการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากแม่ที่มีประสบการณ์หรืออาสาสมัครในชุมชน โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างแรงจูงใจสำหรับแม่ที่เริ่มต้นการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะในโรงเรียนพ่อแม่<sup>5</sup>

**สรุป**

โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว มีความสำคัญในการบูรณาการงานอนามัยแม่และเด็ก เน้นคุณภาพการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการดูแลการคลอดที่ปลอดภัย เพื่อให้ทารกแรกเกิดสามารถเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังเกิดและได้รับการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยในคลินิกสุขภาพเด็กดี นอกจากนี้เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก การให้ความรู้และคำปรึกษา ในโรงเรียนพ่อแม่ คลินิกนมแม่ และในชุมชน เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะยาวรวมทั้งทารกและเด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาอย่างเต็มศักยภาพ

**เอกสารอ้างอิง**

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำหรับการช่วยเหลือแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2548. หน้า 124-5.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการบริหารจัดการคลินิกนมแม่สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2547. หน้า 3-18.

4. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. ม.ป.ป. คู่มือวิทยากรโรงเรียนพ่อแม่สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.; 2547. หน้า 1-5.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยกลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็กแรกเกิด-5 ปี. กรุงเทพมหานคร; 2550. หน้า 10.



## บทที่ 9 หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารก และเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551

สันติศ บุญยะสัง  
ยุพเยว ไท่งขาวนิช

นับตั้งแต่มีการผลิตอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก มีกลยุทธ์การตลาดและการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มต่างๆ มานานกว่า 100 ปี เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว แม่จำนวนมากเชื่อว่าหากลูกไม่ได้กินนมแม่ ลูกก็จะเติบโตได้อย่างมีคุณภาพด้วยการใช้นมผสม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการและองค์กรเอกชน จึงได้ออกมาเคลื่อนไหวและเรียกร้องให้กำหนดกฎ-เกณฑ์ระดับโลกในการควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์และการตลาดต่างๆ ที่ผิดจรรยาบรรณของบริษัท ผลจากการขับเคลื่อนนี้จึงเป็นที่มาของ International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes หรือหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก<sup>1</sup> ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรทราบและปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้

### ความเป็นมาของหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

หลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก คือ เครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อควบคุมการตลาด และการโฆษณาของบริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ขาดจรรยาบรรณโดยไม่ควบคุมการขายหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่ง

สหประชาชาติ ได้จัดประชุมนานาชาติ เพื่อร่างหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กเมื่อพ.ศ. 2522 ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้แทนประเทศสมาชิก นักกฎหมาย กุมารแพทย์ นักวิชาการที่เกี่ยวข้องในสายสุขภาพ สายสังคม องค์กรเอกชน รวมทั้งผู้แทนภาคอุตสาหกรรมผลิตนมผสมสำหรับทารก<sup>2</sup> และได้ผ่านการรับรองจากผู้แทนประเทศไทยและประเทศต่างๆ ทั่วโลก ในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกครั้งที่ 34 (World Health Assembly) พ.ศ.2524 หลักเกณฑ์นี้เป็น "ข้อเสนอแนะ" (Recommendation) เพื่อให้ประเทศสมาชิกรับไปปฏิบัติและผลักดันให้เป็นกฎหมาย กฎระเบียบ หรือ มาตรการอื่นๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ<sup>3</sup>

### "หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง" ของประเทศไทย

ประเทศไทยได้นำหลักเกณฑ์มาปรับใช้ตั้งแต่พ.ศ. 2524 และได้มีการพัฒนาเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข "หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551" ในวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2551 ซึ่งมีผลบังคับใช้กับหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>4,5</sup> ในหลักเกณฑ์นี้สาระสำคัญประกอบด้วย 11 หมวด ดังนี้

#### หมวด 1 ความมุ่งหมาย

เพื่อส่งเสริมให้ทารกได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ 6 เดือน หลังจากนั้นยังคงได้รับนมแม่ควบคู่ไป กับอาหารเหมาะสมตามวัยจนอายุครบ 2 ปีหรือนาน

กว่านั้น โดยได้รับอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าอย่างพอเพียง สอดคล้องกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการตามวัย โดย

1. ปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. สร้างหลักประกันสำหรับทารก หากว่าจำเป็นต้องได้รับอาหารทดแทนนมแม่ ต้องอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้องตามหลักวิชาการเหมาะสมและแม่ได้รับข้อมูลเพียงพอ มีการควบคุมกำกับด้านการตลาดและการจำหน่ายอาหารทดแทนนมแม่ที่เหมาะสม

## หมวด 2 ขอบเขต

ใช้กำกับการตลาด และการดำเนินการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องที่เข้ากับเด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 2 ปี ได้แก่

- ก. อาหารทดแทนนมแม่
  1. นมดัดแปลงสำหรับทารก อาหารทารก
  2. นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก และอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก
  3. อาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก
  4. อาหารอื่นสำหรับสำหรับทารกและเด็กเล็ก
- ข. ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

ภาชนะบรรจุขวดนม จุกนมยาง จุกนมหลอกและอุปกรณ์ที่ใช้หรือมีความมุ่งหมายที่จะใช้กับสิ่งดังกล่าวหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่สื่อถึงการเลี้ยงทารกและเด็กเล็กด้วยวิธีอื่นใดที่ไม่ใช่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ค. ผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

## หมวด 3 นิยาม

ทารก หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงอายุครบ 12 เดือน เด็กเล็ก หมายถึง เด็กอายุมากกว่า 12 เดือนถึง 2 ปี การตลาด หมายถึง วิธีการใดๆ ในการแนะนำหรือการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายใต้ขอบเขตของหลักเกณฑ์นี้

รวมถึงการส่งเสริม สนับสนุน การจำหน่าย การโฆษณา การประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูลด้วยอาหารทดแทนนมแม่ หมายถึง อาหารใดๆ ที่ได้ทำการตลาดหรือทำให้เข้าใจว่าทดแทนนมแม่ได้ทั้งหมดหรือบางส่วน

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง บุคคลทุกสายงานอาชีพที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน ดั้งนั้นรวมเจ้าหน้าที่ ธุรการบัญชีของระบบบริการสุขภาพ และอาสาสมัคร หรืออสม.ด้วย

## หมวด 4 การให้ข้อมูลข่าวสารและการให้ความรู้

กรมอนามัยมีหน้าที่กำกับดูแลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้ข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง เที่ยงตรงและไม่แอบแฝงเพื่อประโยชน์ทางการค้า

การเผยแพร่ข้อมูลจะกระทำได้ต้องผ่านความเห็นชอบจากกรมอนามัยและมีเครื่องหมายการได้รับอนุญาต

การบริจาคอุปกรณ์หรือสื่อเอกสารที่เป็นข้อมูลความรู้ จะทำได้เมื่อมีการร้องขอและต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าพนักงานของรัฐที่กรมอนามัยได้มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร ต้องไม่มีชื่อทางการค้าหรือเครื่องหมายทางการค้าของผลิตภัณฑ์ ที่สื่อถึงผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ และห้ามนำไปแจกจ่ายเองแต่ต้องแจกจ่ายภายใต้ระบบบริการสุขภาพเท่านั้น

## หมวด 5 แม่และประชาชน

ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายในทุกรูปแบบแก่ประชาชน ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาในสื่อสารมวลชนหรือการตลาดในระดับค้าปลีก เช่น ในร้านขายยาหรือห้างสรรพสินค้า โดยวิธีต่างๆ ได้แก่การแจกจ่ายตัวอย่าง การจัดซุ้มแสดงผลิตภัณฑ์เป็นพิเศษ เช่น มีเสียงเทปโฆษณาที่ขึ้นวางสินค้า แจกคู่มือลดราคา เป็นต้น

ห้ามพนักงานการตลาดติดต่อกับหญิงตั้งครรภ์

แม่และสมาชิกในครอบครัวทั้งทางอ้อม รวมทั้งห้ามแจกจ่ายตัวอย่างผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ และของแจกใดๆ ที่สื่อถึงผลิตภัณฑ์นี้ เพื่อส่งเสริมการตลาดของการใช้อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

## หมวด 6 ระบบบริการสุขภาพ

กรมอนามัยต้องมีมาตรการที่เหมาะสม เพื่อปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีแนวทางการปฏิบัติแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สถานบริการในระบบบริการสุขภาพต้องไม่ส่งเสริมการใช้ผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ และไม่ตั้งแสดงผลิตภัณฑ์และสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ เช่น โปสเตอร์ ปฏิทิน เป็นต้น ยกเว้นสื่อที่ได้รับอนุญาตแล้วตามหมวดที่ 4

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องไม่เป็นตัวแทน ผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์

การสาธิตการใช้ผลิตภัณฑ์ จะทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ให้แก่เฉพาะผู้ที่จำเป็นต้องใช้ และต้องอธิบายถึงอันตรายของการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องอย่างชัดเจน

เครื่องมือหรือสิ่งของอื่นๆ ที่บริจาคให้ระบบบริการสุขภาพต้องไม่มีชื่อ ข้อความ เครื่องหมายหรือสิ่งอื่นใดที่สื่อถึงผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้

## หมวด 7 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องเรียนรู้และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้

ผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์ฯ จะให้ข้อมูลของผลิตภัณฑ์ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เฉพาะข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นความจริง และต้องไม่ใช้การโฆษณาไม่สร้างความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมีคุณค่า

เทียบเท่าหรือดีกว่านมแม่

ห้ามสนับสนุนการเงินและสิ่งของต่างๆ แก่บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และสมาชิกครอบครัว เพื่อชักนำให้มีการส่งเสริมผลิตภัณฑ์ พร้อมกันนั้นบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และสมาชิกครอบครัวจะต้องไม่รับการสนับสนุนดังกล่าวด้วย

การแจกจ่ายอย่างสินค้าแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำได้เฉพาะเพื่อการประเมินผลทางวิชาชีพในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น การสนับสนุนแก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข เช่น เพื่อการศึกษา อบรม ศึกษาดูงาน การศึกษาวิจัย เป็นต้น สถาบันที่ได้รับการสนับสนุนและผู้ได้รับการสนับสนุนต้องเปิดเผยข้อมูลการสนับสนุนนี้ด้วย

## หมวด 8 พนักงานบริษัทผู้ผลิตและผู้แทนจำหน่าย

การให้ค่าตอบแทนพิเศษ แก่พนักงานทางการตลาด ต้องไม่นำยอดการขายผลิตภัณฑ์เป็นเกณฑ์พิจารณา เพราะการเพิ่มยอดขายผลิตภัณฑ์ มีผลทำให้จำนวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงโดยอัตโนมัติ

พนักงานการตลาดต้องไม่ทำหน้าที่ให้ความรู้โดยตรงแก่สตรีตั้งครรภ์ แม่ และครอบครัว ยกเว้นการมาปฏิบัติหน้าที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องซึ่งได้รับการร้องขอจากระบบบริการสุขภาพ

## หมวด 9 ฉลาก

ฉลากต้องระบุข้อมูลที่จำเป็นในการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างถูกต้อง และต้องไม่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ภาชนะบรรจุแต่ละใบจะต้องมีข้อความที่ชัดเจน อ่านเข้าใจได้ง่าย พิมพ์บนภาชนะบรรจุหรือพิมพ์บนฉลากซึ่งติดไว้บนภาชนะอย่างแน่นหนา และต้องเขียนด้วยภาษาที่ใช้ในประเทศนั้นๆ ด้วย กรณีเป็นนมดัดแปลงสำหรับทารก ข้อความจะต้องประกอบด้วย

- "สิ่งสำคัญที่ควรทราบ" ได้แก่ นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีคุณค่าทางโภชนาการ

ครบถ้วน ควรใช้ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือนักโภชนาการ การเตรียมหรือใช้ส่วนผสมไม่ถูกต้องจะเป็นอันตรายต่อทารก

- แสดงวิธีใช้หรือตารางแนะนำการเลี้ยงประจำวัน
- ไม่ควรเติมน้ำตาล น้ำผึ้งหรือวัตถุให้ความหวานใด ๆ อีกเพราะอาจทำให้ทารกและเด็กเล็กฟันผุและเป็นโรคอ้วนได้

- ไม่มีรูปทารก หรือภาพและข้อความที่อาจสื่อให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กเป็นสิ่งดีเลิศสำหรับทารกและเด็กเล็ก ห้ามใช้คำว่า "humanized" หรือ "maternalized" หรือคำที่มีความหมายใกล้เคียงคำดังกล่าว

ฉลากของผลิตภัณฑ์อาหารที่อยู่ในขอบเขตของหลักเกณฑ์ จะต้องระบุสิ่งต่อไปนี้ด้วย

1. สารอาหารที่นำมาใช้
2. สัดส่วนของส่วนประกอบ และการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์
3. วิธีการเก็บรักษา
4. หมายเลขผลิตภัณฑ์ และวันหมดอายุ

#### หมวด 10 คุณภาพ

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ต้องมีมาตรฐานสูงเป็นที่ยอมรับ ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้ใน Codex Alimentarius Commission

#### หมวด 11 การนำไปปฏิบัติ และการตรวจติดตาม

กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการดำเนินการ การตรวจกฎหมาย กฎกระทรวงและมาตรการที่เหมาะสม ด้วยการประสานกับองค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ กำกับ ติดตาม การนำหลักเกณฑ์นี้สู่การปฏิบัติ และร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกในการเฝ้าระวังการปฏิบัติของระบบบริการสุขภาพ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้ผลิต ผู้นำเข้าและผู้จำหน่ายผลิตภัณฑ์

ภายใต้หลักเกณฑ์นี้ต้องมีส่วนร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำกับ ติดตาม ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์นี้ และต้องรายงานสิ่งที่ฝ่าฝืนไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และการดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืนหลักเกณฑ์นี้แก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาทุกปี

องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ กลุ่มวิชาชีพ สถาบันและผู้เกี่ยวข้อง ต้องรับผิดชอบที่จะเฝ้าระวังและแจ้งข้อมูลให้กระทรวงสาธารณสุข เมื่อพบการกระทำของผู้ผลิต ผู้นำเข้า และผู้จำหน่ายฯ ที่ไม่สอดคล้องหรือฝ่าฝืนต่อหลักเกณฑ์นี้

#### ใจความสำคัญโดยย่อของ "หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551" มีดังนี้

1. ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ในที่สาธารณะ
2. ห้ามแจกตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และของขวัญฟรีแก่แม่และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรจะไม่ส่งต่อผลิตภัณฑ์หรือของขวัญดังกล่าวให้แก่แม่
3. ห้ามตัวแทนจำหน่ายติดต่อกับสตรีตั้งครรภ์ แม่และครอบครัวไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม
4. การทำสื่อและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารทารกและเด็กเล็กจะต้องแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคำเตือนผลกระทบจากการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ในด้านสุขภาพค่าใช้จ่าย และต้องไม่มีรูปภาพของทารกหรือข้อความใด ๆ ที่ชักจูงไปในทางให้ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้
5. สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่รับบริจาคผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก หรือซื้อในราคาถูก
6. สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะ

ต้องไม่เป็นที่ส่งเสริมหรือประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

7. ตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก จะรับได้ในกรณีเพื่อการวิจัยหรือเพื่อการศึกษาคุนสมบัติและคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านแม่และเด็กเท่านั้น
8. ข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ที่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องเป็นวิทยาศาสตร์และเป็นความจริง

#### สรุป

หลักเกณฑ์นี้มีเพื่อให้ผู้ประกอบการค้าอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กควบคุมการตลาดของตนเอง และให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ช่วยควบคุมและเฝ้าระวัง ไม่ให้มีการดำเนินการด้านการตลาดเพื่อชักจูงสตรีตั้งครรภ์ แม่ และครอบครัวหยุดหรือเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แล้วเปลี่ยนไปเลี้ยงลูกด้วยผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กโดยไม่มีเหตุผลความจำเป็นทางการแพทย์ ไม่มีเจตนาที่จะจับผิดหรือเฝ้าระวังพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ช่วยเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ประกอบการ และรายงานพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องต่อหลักเกณฑ์นี้แก่หน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการรายงานต่อองค์การอนามัยโลก เพื่อลงโทษบริษัทผู้ประกอบการนั้นความสำเร็จของหลักเกณฑ์นี้จึงขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รู้ เข้าใจ และช่วยในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ผิดไปจากหลักเกณฑ์นี้มาน้อยเพียงใด

## เอกสารอ้างอิง

1. Amin S. A brief history of breastfeeding. In: Menon L, Fazal A, Amin S, editors. The breastfeeding movement : A sourcebook. Penang : WABA; 2003. p.1-9.
2. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes : WHA 34.22, 1981. Geneva 1981.
3. Sokol EJ , editor. The Code Handbook, A guide to implementing the international code of marketing of breastmilk substitutes. 2<sup>nd</sup> ed. Penang: Jutaprint; 2005.
4. สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์, นิพนธ์พร วรมงคล, นริลักษณ์ กุลฤกษ์, อีสริย์ เจตน์ประยูรต์. บรรณาธิการ. หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2551.
5. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข "หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551" ณ วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2551. Available from: URL: <http://www.jvkk.go.th/newweb/NEWS/relation/Milk.htm>

## บทที่ 10 สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กุลมา บุคิลป์

คิรสวิส กัญจน:

นักวิชาการทั่วโลกยอมรับว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่าการเลี้ยงด้วยนมผสม การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันแรกหลังเกิด ช่วยลดอัตราการตายและปกป้องชีวิตของทารกได้มากกว่าการให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่น หรือการไม่ได้รับนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด แต่ยังมีโรงพยาบาลในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วที่ไม่ได้เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด จึงทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละภูมิภาคของโลกแตกต่างกัน ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก การโฆษณาและการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินงานโครงการ ที่ช่วยปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละประเทศ

## ความเชื่อและค่านิยมการให้อาหารทารก

เนื่องจากอิทธิพลของวัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมทางสังคมในอดีตเกือบทุกประเทศทั่วโลกมีค่านิยมในการให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่น เช่น ข้าวหรือธัญพืชและนมของสัตว์อื่น แม่มีพฤติกรรมการให้อาหารทารกที่ไม่เอื้อต่อการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น เช่น การหลีกเลี่ยงการให้หัวนมในช่วง 2-3 วันแรกหลังเกิด โดยให้น้ำหรือของเหลวแก่ทารกในช่วงนมแม่ยังไม่มา และเริ่มให้ลูกดูดนมแม่ครั้งแรก เมื่อน้ำนมแม่ไหลอย่างเต็มที่ มีการแยกแม่และลูก ในช่วงเวลาที่แม่ไม่ได้ให้ลูกดูดนมแม่ แม่จึงมีน้ำนมมาช้า มีน้ำนมน้อยหรือไม่เพียงพอกับความต้องการของลูก ลูกจึงได้รับอาหารที่สมาชิกในครอบครัวรับประทานเป็นประจำ เช่น การป้อนน้ำหรือของ

เหลวด้วยขวดหรือถ้วยขนาดเล็ก หรือป้อนอาหารบดหยาบก่อนข้างแห้ง เช่น ข้าวต้มโดยใช้มือ การให้น้ำหรืออาหารอื่นก่อนวัย ทำให้ทารกดูดนมแม่น้อยลงและนำไปสู่การหย่านมแม่ที่เร็วขึ้น

## แนวโน้มการลดลงของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วแถบยุโรปและอเมริกา มีการเคลื่อนย้ายประชากรจากชนบทสู่เขตเมือง มีการส่งเสริมการผลิตนมผสมจากนมสัตว์รวมทั้งการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กอย่างแพร่หลาย การล่าอาณานิคมของประเทศทางตะวันตก ทำให้กระแสการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กแพร่หลายในประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งในทวีปเอเชียและทวีปแอฟริกาอย่างรวดเร็ว ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากลูกได้รับน้ำและหรือนมผสมในช่วง 6-8 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ในช่วงพ.ศ. 2513-2523 ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เริ่มสั้นลงจาก 5.5 เดือน เป็น 2.5 เดือน<sup>2</sup>

ในช่วงพ.ศ. 2493-2503 ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทในประเทศจีน มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 80 หลังพ.ศ. 2513 ที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารทารกกันแพร่หลาย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงเหลือร้อยละ 42.7 (พ.ศ. 2518) และร้อยละ 33.6 (พ.ศ. 2528) โดยเฉพาะในเมืองใหญ่ เช่น เซี่ยงไฮ้ ซึ่งมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงจากร้อยละ 22.2 (พ.ศ. 2525) เป็นร้อยละ 13 (พ.ศ. 2532) การติดตามทารกตั้งแต่วัยแรกเกิด 1520 ราย ในเมือง Zhejiang ระหว่างพ.ศ.

2547-2548 มีการเริ่มให้นมแม่ร้อยละ 96.9 แต่ขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทารกได้รับนมแม่อย่างเดีย্বর้อยละ 50.3 แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลำเร็จ เป็นแม่ที่คลอดทางช่องคลอด ให้นมแม่เป็นนมชนิดแรก อยู่นอกเขตเมือง อายุน้อย การศึกษา น้อย และครอบครัวมีรายได้น้อย<sup>3</sup>

### การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับโลก

จากการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศแถบอเมริกาและยุโรปคณะทำงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมหรือผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กมีหลายลักษณะ เช่น ครอบครัวมีฐานะยากจน การให้นมผสมในทารกแรกเกิดที่แยกจากแม่ และความคิดว่านมแม่ไม่พอสำหรับลูก ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่มีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตมากขึ้น จึงต้องเน้นกระบวนการปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องในทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยจนถึงชุมชน

องค์การอนามัยโลกได้เริ่มรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปีเด็กสากล พ.ศ. 2522 (International Year of the Child 1979) ต่อมาในพ.ศ. 2524 มีการปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก (International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes) เพื่อให้เกิดความสมดุลของข้อมูลที่ได้จากผู้ผลิตและจำหน่ายต่อผู้บริโภคและเพิ่มการใช้อาหารท้องถิ่นเป็นอาหารของทารกและเด็กตามวัย มีกลุ่มเครือข่ายองค์กรเอกชนที่ปกป้องทารกจากการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็ก (International Baby Food Action Network, IBFAN) มีการกำหนดให้โรงพยาบาลและศูนย์บริการแม่และเด็กหยุดรับบริจาคหรือซื้อผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กในราคาถูก นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขต้องไม่รับทุนหรือตัวอย่างผลิตภัณฑ์จากบริษัท<sup>4</sup>

อย่างไรก็ตามมีหลายประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก โรงพยาบาลยังคงแจกตัวอย่างนมผสม รับบริจาคเครื่องมือของโรงพยาบาล แจกของขวัญให้บุคลากร และจัดงานประชุมทางวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติประกาศย้ำความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อสุขภาพของแม่และลูกโดยวางเป้าหมายความสำเร็จในปฏิญญา Innocenti พ.ศ. 2533 ซึ่งมีหลักสำคัญ 4 ข้อ ได้แก่

1. การจัดตั้งผู้ประสานงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับประเทศ
2. การปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในงานบริการอนามัยแม่และเด็ก
3. มีการดำเนินงานหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
4. มีการออกกฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิของแม่ที่ทำงานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มี 140 ประเทศเข้าร่วมปฏิญญา โดยมี 85 ประเทศที่กำหนดให้แม่มีสิทธิลาคลอด 12 สัปดาห์ และมีกลุ่มองค์กรเอกชนระดับโลก เช่น World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) ช่วยงานด้านวิจัยเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

พ.ศ. 2535 องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้ประกาศโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (The Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) เพื่อให้ทุกประเทศจัดระบบบริการที่เจาะจงในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่การรายงานอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับประเทศมีค่อนข้างน้อยและใช้คำจำกัดความการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แตกต่างกันมาก ในพ.ศ. 2544 องค์การ

อนามัยโลก<sup>5</sup> จึงได้กำหนดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดีย้วง 6 เดือนแรกหลังเกิด โดยไม่ให้น้ำหรือของเหลวอื่นใดยกเว้นยา หลังจากนั้นให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นจนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น และใน พ.ศ. 2549 ได้พัฒนาหลักเกณฑ์ระดับโลกเพื่อฟื้นคืนชีพการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกระดับประเทศ เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือนทั่วโลก<sup>6</sup>

### คำจำกัดความอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับโลก

สถิติที่ใช้ในการรายงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายคำจำกัดความ ได้แก่

- อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง จำนวนร้อยละของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่แยกประเภทหรือเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก (exclusive breastfeeding) หมายถึง การให้เฉพาะนมแม่อย่างเดียวก โดยไม่ให้น้ำ ของเหลว นมผสมและอาหารอื่น ยกเว้นยา
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหลัก (predominant breastfeeding) หมายถึง การให้นมแม่ร่วมกับน้ำ หรือเครื่องดื่มที่ไม่ใช่ นมผสม หรืออาหาร
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บางส่วน (partial breastfeeding) หมายถึง การให้นมแม่ร่วมกับนมผสมและหรืออาหารอื่น

การคำนวณอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นกับกลุ่มประชากร ถ้าสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกในกลุ่มทารกที่มีอายุ 4 เดือน หรือ 6 เดือนเต็ม จะได้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 4 เดือน และ 6 เดือน ถ้าสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกในกลุ่มทารกอายุ 0-6 เดือน จะได้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 0-6 เดือน

### ผลการส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกระดับโลก

การดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกในทารกอายุน้อยกว่า 2 เดือน (ร้อยละ 1.54, P<0.001) และในทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 1.11, P<0.001) แต่ไม่มีความแตกต่างของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังการดำเนินการระดับโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>7</sup> การดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกค่อนข้างได้ผลในการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำก่อนการดำเนินการ เช่น ประเทศอิหร่าน (ร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 53) ประเทศจีน (ร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 48) ประเทศชิลี (ร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 40) และการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือนในประเทศคิวบา (ร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 74)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกขึ้นกับระดับรายได้ของแต่ละประเทศ<sup>8</sup> อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกสูงสุดในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ (ร้อยละ 40.8) รองลงมาเป็นประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 32.1) และประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง (ร้อยละ 29.1) ประเทศรายได้สูงมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.1) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกเฉลี่ยทั่วโลกร้อยละ 34.8 ประเทศที่ไม่มีการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมส่วนใหญ่มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานมากกว่า 1 ปี และทารกที่ได้นมแม่ (ร้อยละ 75) หย่านมเมื่ออายุ 2-3 ปี

ในพ.ศ. 2551 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ<sup>9</sup> รายงาน 5 อันดับแรกของประเทศที่มีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 4 เดือนสูงสุดในโลก ได้แก่ รัวันดา (94.4) คิริบาติ (94.4) มาดากัสการ์ (77.1) เบนิน (76.9) จีน (76.7) และมี 5 อันดับแรกของประเทศที่มีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก 6 เดือน

สูงสุดในโลก ได้แก่ รัวันดา (88.4), คิริบาติ (80.0), เบนิน (70.1) มาดากัสการ์ (67.2), เกาหลีเหนือ (65.1)

### อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศรัวันดาที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 4 เดือนและ 6 เดือนสูงที่สุดในโลก แม่เลี้ยงลูกโดยให้ลูกอยู่ในตะกร้าแขวนติดตัวตลอดเวลาหรือเลี้ยงลูกคล้ายแม่จริงใจ พบว่าเมื่อลูกอายุ 20-23 เดือน แม่ร้อยละ 77 ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับอาหารอื่น เช่นเดียวกับทารกในประเทศบังคลาเทศ เนปาล และ บูร์กินา ฟาโซ

ประเทศแถบแอฟริกาที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าอายุ 0-4 เดือนต่ำมาก เช่น แอฟริกากลาง (ร้อยละ 4 พ.ศ. 2538) สาธารณรัฐเซเนกัล (ร้อยละ 7 พ.ศ. 2536) หลังมีโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกหลายประเทศ เช่น ประเทศแซมเบีย มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าอายุ 4 เดือนแรกดีขึ้นช่วงพ.ศ. 2535-2539 (ร้อยละ 13 เป็นร้อยละ 23) องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2550<sup>9</sup> รายงานอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ครอบคลุม 94 ประเทศทั่วโลก ในช่วงพ.ศ. 2539-2549 ประเทศในแถบทะเลทรายซะฮารา มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าขึ้นมาก (ร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 30) ประเทศในแถบยุโรป (ร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 19) ในประเทศกำลังพัฒนา ทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือนได้รับนมแม่อย่างเดียวก่อนข้างสูง เช่น ในเอเชียใต้ (ร้อยละ 45) เอเชียตะวันออกเฉียงและเอเชียแปซิฟิก (ร้อยละ 43) และร้อยละ 39 ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงอายุ 20-23 เดือน ประเทศในทวีปเอเชีย มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าอายุ 2-3 เดือนเฉลี่ยร้อยละ 44 มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าสูงสุดในประเทศเนปาล (ร้อยละ 78 พ.ศ. 2544) รองลงมาเป็นอินเดีย (ร้อยละ 55 พ.ศ. 2541-2542) บังคลาเทศ (ร้อยละ 53 พ.ศ. 2542-2543)

อินโดนีเซีย (ร้อยละ 52 พ.ศ. 2540) ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 48 พ.ศ. 2540) ปากีสถาน (ร้อยละ 25 พ.ศ. 2543) เวียดนาม (ร้อยละ 25 พ.ศ. 2540) กัมพูชา (ร้อยละ 14 พ.ศ. 2544) ประเทศไทยมีอัตราการเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 99 ระหว่าง พ.ศ. 2536-2540) อัตราการเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน แม่จะเคยต่ำก็ยิ่งเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 0.2 เป็นร้อยละ 4.0 ระหว่าง พ.ศ. 2536-2539)

ใน 28 ประเทศของทวีปเอเชียและแอฟริกามีอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เฉลี่ยร้อยละ 45) ที่ต่ำกว่าเป้าหมายของโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (ร้อยละ 80) อัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (initiation of breastfeeding) เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 2 ต่อปีใน 10 ประเทศ เช่น ประเทศอินโดนีเซีย (เพิ่มร้อยละ 6 ต่อปี และประเทศกัมพูชา (เพิ่มร้อยละ 9.7 ต่อปี) ประเทศที่เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยจะมีอัตราตายของทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น

### อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว

แม่ในประเทศที่พัฒนาแล้วเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยมาก ยกเว้นประเทศสวีเดนซึ่งเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงถึงร้อยละ 98 และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าในทารกอายุน้อยกว่า 4 เดือนเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 61 ระหว่าง พ.ศ. 2535-2536) ประเทศที่มีโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกอย่างมั่นคงมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา จีน และสหรัฐอเมริกา

ในช่วง พ.ศ. 2534-2538 บางประเทศในทวีปอเมริกาเคยมีอัตราเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงมาก เช่น ประเทศชิลี (ร้อยละ 97 พ.ศ. 2536) ประเทศในแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกเฉียงมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 4 เดือนแตกต่างกันมาก และมีอัตราเพิ่ม

ขึ้นในบางประเทศ เช่น ประเทศอียิปต์ (ร้อยละ 55 เป็นร้อยละ 68) บางประเทศที่เคยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 4 เดือนต่ำและยังคงลดลง เช่น โคลัมเบีย (ร้อยละ 19 เป็นร้อยละ 16 ระหว่างพ.ศ. 2536-2538)

ประเทศที่พัฒนาแล้ว เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ค่อนข้างสูงในบางประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 70) การทดลองให้สุขศึกษาส่วนบุคคลอย่างซ้ำๆ ในมารดาที่มีรายได้น้อยซึ่งเคยเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยมากช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 1.57, 95% CI 1.15 to 2.15, P = 0.005)<sup>10</sup>

### ผลการสุ่มทดลองการดำเนินการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก

ประเทศเบลารุสในทวีปอเมริกากลางได้สุ่มทดลองโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกในกลุ่มโรงพยาบาลของแต่ละภาค<sup>11</sup> และพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 3 เดือนและ 6 เดือนในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 7.9) สูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่เป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (ร้อยละ 6.4 และร้อยละ 0.6)

การทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ<sup>12</sup> จากงานวิจัยสุ่มทดลอง 21 เรื่อง มีงานวิจัยเพียง 7 เรื่องที่น่ามาวิเคราะห์ได้ พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะสั้น ปานกลาง และระยะยาว ขึ้นกับประเภทกิจกรรมที่แม่ได้รับในระหว่างการตั้งครรภ์ และการช่วยเหลือของผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนบุคคลรวมทั้งการสนับสนุนของคนรอบข้างในระยะหลังคลอด ถ้าแม่เข้าร่วมกิจกรรมขณะฝากครรภ์ แม่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้นในโรงพยาบาลและหยุดการให้นมแม่ก่อนอายุ 3 เดือน เมื่อเพิ่มกิจกรรมระยะหลังคลอดจะช่วยให้แม่ให้นมลูกนานกว่า 3 เดือน เมื่อเทียบกิจกรรมการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การช่วยเหลือโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนบุคคล จะช่วยเพิ่ม

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าอายุ 3 เดือนและที่อายุ 6 เดือนได้น้อยกว่าการช่วยเหลือโดยบุคคลที่ใกล้ชิดกับแม่ในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### ผลงานวิจัยอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวกว่าระดับประเทศ

ทั่วโลกมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน แตกต่างกัน<sup>13</sup> อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือน (พ.ศ. 2532) สูงสุดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงและใต้ (ร้อยละ 43) รองลงมาในประเทศแถบแปซิฟิก (ร้อยละ 41) ประเทศแถบยุโรป (ร้อยละ 22) และต่ำสุดในประเทศแถบแอฟริกาและตะวันออก (ร้อยละ 21) หลังการดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกนาน 4 ปี โดยการจัดตั้งกลุ่มผู้นำของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาล และการสนับสนุนการประเมินโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกอย่างเข้มแข็งในศูนย์สุขภาพทุกแห่ง (20,000 ศูนย์) ประเทศสวีเดนมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าระดับประเทศเพิ่มขึ้นอย่างสูงมาก (ร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 73 พ.ศ. 2548)<sup>14</sup> ประเทศสวีเดนจึงมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าสูงที่สุดในยุโรป

ประเทศสหราชอาณาจักร (พ.ศ. 2544) มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าเมื่อทารกอายุ 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 50) ที่ต่ำกว่าเป้าหมายของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อทารกอายุ 1 เดือน (ร้อยละ 34) อายุ 4 เดือน (ร้อยละ 3) และเหลือน้อยมากเมื่ออายุ 6 เดือน (ร้อยละ 0.3) โดยเฉพาะในไอร์แลนด์เหนือ แม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่าอายุเกิน 30 ปี และไม่สูบบุหรี่<sup>15</sup> แต่ประเทศสกอตแลนด์ (ระหว่างพ.ศ. 2533-2547) มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกว่า 6 เดือนที่เพิ่มขึ้น<sup>16</sup> (ร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 41) และสูงกว่าในประเทศสหภาพอังกฤษ



ในกรุงโรม ประเทศอิตาลี หออภิบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤติได้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จากร้อยละ 21.2 พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 64.0 และร้อยละ 51.2 เมื่อพ.ศ. 2543 และพ.ศ. 2545 ตามลำดับ) ยิ่งกว่านั้นทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัมได้นมแม่อย่างเดียว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 (พ.ศ.2541) เป็นร้อยละ 64.3 และร้อยละ 55.5 (เมื่อพ.ศ. 2543 และพ.ศ. 2545 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )<sup>17</sup>

ในประเทศโปรตุเกสอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวขณะจำหน่ายทารกออกจากหออภิบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤติเพิ่มจากร้อยละ 36 เป็นร้อยละ 54 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกไม่ได้นมแม่อย่างเดียว ได้แก่การให้อาหารทางสาย (OR = 3.01) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (OR = 2.64) การให้คำปรึกษาขณะฝากครรภ์น้อยกว่า 6 ครั้ง (OR = 2.75) และมีการกูดินน้ำนม (OR = 2.66)<sup>18</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 34.9 ในพ.ศ. 2535 ร้อยละ 41.5 ในพ.ศ. 2537 ร้อยละ 50.9 ในพ.ศ.2540 และร้อยละ 73.8 ในพ.ศ. 2544 เด็กเคยได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.8 เป็นร้อยละ 41.5 และเคยได้รับนมแม่อย่างน้อย 12 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.6 เป็นร้อยละ 20.9 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 3 เดือนและ 6 เดือนเป็นร้อยละ 30.5 และร้อยละ 11.3 ตามลำดับ 19 การติดตามทารกจำนวน 297 รายตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระหว่างพ.ศ. 2545-2546 อัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงมากในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก และเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น 1.5 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>20</sup>

ในประเทศบราซิล การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 70) แต่เมื่อทารกอายุเพียง 10 วัน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดเหลือเพียงร้อยละ 30 แต่การติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้สูงขึ้นเป็นร้อยละ 45<sup>21</sup>

ประเทศไต้หวันมีอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงมากประมาณ ร้อยละ 80-90 แต่การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียววันน้อยมากประมาณ ร้อยละ 30 การศึกษา (พ.ศ. 2546) ในโรงพยาบาล 56 แห่งที่สามารถปฏิบัติตามบันไดขั้นที่ 10 มีอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงสุดร้อยละ 94.64 เมื่อทารกอายุ 1 เดือน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 59.4 เป็นร้อยละ 57.6<sup>22</sup>

ในประเทศจีนบุคลากรทางการแพทย์ยังคงมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความรู้ น้อย และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างน้อย และต้องการส่งเสริมโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก<sup>23</sup>

### การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย

ในช่วง พ.ศ. 2530-2533 ก่อนที่ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกอย่างเข้มแข็ง การให้แม่และลูกอยู่ด้วยกันในระยะหลังคลอด ช่วยเพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงแรกร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 48 มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหลัก (predominant breastfeeding) ช่วงอายุ 0-4 เดือน เพิ่มจากร้อยละ 33 เป็นร้อยละ 56<sup>24</sup> และไม่พบว่ามีอาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว<sup>25</sup>

สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ได้จากงานวิจัยและการรายงานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนของประเทศไทย

ระหว่างพ.ศ. 2536-2541 ยังต่ำมาก จากรายงานของงานอนามัยครอบครัวได้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนมีเพียงร้อยละ 1.3 ในพ.ศ. 2536 และร้อยละ 3.6 ในพ.ศ. 2538 กองโภชนาการได้รายงานอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนเป็นร้อยละ 2.08 และร้อยละ 2.92 ในพ.ศ. 2541 และพ.ศ. 2543 ตามลำดับ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือนสูงขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 13.8 และร้อยละ 20.7 เมื่อพ.ศ. 2545 และ 2548 ตามลำดับ และอัตราการเลี้ยงด้วยนมแม่เป็นหลักหรือให้นมแม่ร่วมกับน้ำหรือของเหลวอื่น ที่ไม่ใช่ นมผสมสูงสุดร้อยละ 36.0 ในพ.ศ. 2543 หลังจากนั้นลดลงเป็นร้อยละ 26.5 ในพ.ศ. 2548 ซึ่งมีรายงานอัตรานมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 14.5 แต่ผลการวิจัยพ.ศ. 2548 ในระดับโรงพยาบาลของภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทยอัตรานมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 16.3 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น การให้

### สรุป

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละภูมิภาคของโลกมีความแตกต่างกันตามอิทธิพลของวัฒนธรรม และความเชื่อเกี่ยวกับการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก ทั้งในอดีตและปัจจุบัน การผลิต การจำหน่าย การแจกและการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังเกิด และการให้นมแม่อย่างเดียวทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา มีการรายงานขององค์การอนามัยโลก องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ และการวิจัยในหลายประเทศที่สนับสนุนว่าการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกเป็นมาตรการที่ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่มีความเข้มแข็งในการประเมินติดตามการให้อาหารทารกและการปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล และชุมชนตามเกณฑ์การประเมินขององค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ

สถิติแม่ที่ทำงานลาคลอดได้ 90 วัน<sup>26</sup> พ.ศ. 2550 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงตามอายุของทารกที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากแม่ต้องไปทำงาน โดยมีอัตราร้อยละ 48 ร้อยละ 26 และร้อยละ 11 เมื่อทารกอายุ 3 เดือน อายุ 4 เดือน และอายุ 6 เดือนตามลำดับ<sup>27</sup>

การศึกษาสุ่มทดลองการให้สุศึกษาในระยะฝากครรภ์และมาตรวจการช่วยเหลือในระยะหลังคลอด<sup>28</sup> อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อทารกอายุ 14 วัน (ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 52.6,  $P = 0.005$ ) เมื่ออายุ 1 เดือน (ร้อยละ 77.5 และ ร้อยละ 52,  $P = 0.021$ ) เมื่ออายุ 2 เดือน (ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 36.8,  $P = 0.023$ ) เมื่ออายุ 4 เดือน (ร้อยละ 35.0 และร้อยละ 7.9,  $P = 0.008$ ) เมื่ออายุ 5 เดือน (ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 2.6,  $P = 0.012$ ), เมื่ออายุ 6 เดือน (ร้อยละ 20.0 และร้อยละ 0.0,  $P = 0.005$ )<sup>28</sup>

## เอกสารอ้างอิง

- Coates MM. Tides in breastfeeding practice. In: Riordan J, Auerbach K, editors. Breastfeeding and human lactation. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc; 1998. p.3-8.
- Blomquist HK, Jonesbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica* 1994;83:1, 122-6.
- Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *International Breastfeeding Journal* 2009;4:1.
- Armstrong H. The International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes (Part 2 of a series). *J Hum Lact* 1988;4:194-9.
- World Health Organization. Infant and Child Nutrition. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 55<sup>th</sup> World Health Assembly, Geneva, 2002. Available from: [www.who.int/gb/EBWHA/PDF/WHA455/EA5515.pdf](http://www.who.int/gb/EBWHA/PDF/WHA455/EA5515.pdf)
- Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J* 2009;4:11.
- World Health Organization. World population prospects: The 2004 revision analytic report. Geneva : World Population2004. Available from : URL: [http:// www.unpopulation.org](http://www.unpopulation.org)
- UNICEF. Progress for Children, Vol. 6, UNICEF State of the world's children, 2008.
- The WHO global data bank on breastfeeding and complementary feeding 2007.
- Watt R G, Tull K I, Hardy R, Wiggins M, Kelly Y, Molloy B , et al. Effectiveness of a social support intervention on infant feeding practices: randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:156-62.
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285(4):413-20.
- Chung M, Ip S, Yu W, Raman G, Trikalinos T, DeVine D, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- Macleane HM. Implications of a health promotion framework for research on breast feeding. *Health Promotion International* 1989;3:355-60.
- Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr* 2005;94(8):1012-6.
- YJ Kelly, RG Watt. Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class—results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutrition* 2004;8(4):417-21.
- Britten J, Broadfoot M. Breastfeeding support in Scotland. *British Journal of Midwifery* 2002;10:292-6.
- Dall'Oglio I, Salvatori G, Bonci E, Nantini B, D' Agostino G, Dotta A. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr* 2007;96 (11):1626-31.
- Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Exclusive breastfeeding at the point of discharge of high-risk newborns at a Neonatal Intensive Care Unit and the factors associated with this practice. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80 (3):241-8. Portuguese.
- Li R, Zhao Z, Mokdad A, Barker L, Grummer-Strawn L. Prevalence of breastfeeding in the United States: the 2001 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2003;(5 Part 2):1198-201.
- Duyan Camurdan A, Ozkan S, Yüksel D, Pasli F, Sahin F, Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract* 2007;61 (8):1251-5.
- Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005;366(9491):1094-100.
- Weng DR, Hsu CS, Gau ML, Chen CH, Li CY. Analysis of the outcomes at baby-friendly hospitals: appraisal in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2003;19(1):19-28.
- Ouyang Y, Xu Y, Petrini M, Zhang Q, Chen Y. Breastfeeding knowledge, attitudes, and behavior of female Chinese Physicians in 2009. *J Hum Lact* 2011;1-7.
- Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health* 1991;5(3):217-20.
- Li Y, Kong L, Hotta M, Wongkhomthong SA, Ushijima H. Breast-feeding in Bangkok, Thailand: Current status, maternal knowledge, attitude and social support. *Pediatrics International* 1999;41(6):648-54.
- Hangchaovanich Y, Voramongkol N. Breast-feeding promotion in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2006;89 (Suppl 4):S173-7.
- Laisiruangrai P, Wiriyasirivaj B, Phaloprakarn C, Manusirivithaya S. Prevalence of exclusive Breastfeeding at 3, 4 and 6 months in Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(7):962-7.
- Kupratakul J, Taneepanichskul S, Voramongkol N, Phupong V. A randomized controlled trial of knowledge sharing practice with empowerment strategies in pregnant women to improve exclusive breastfeeding during the first six months postpartum. *J Med Assoc Thai* 2010; 93(9):1009-18.

# บทที่ 11 อุปสรรคของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กุลุมา บุคิลป์

แม้ว่าสังคมยอมรับว่าอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกคือ นมแม่ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นใน 6 เดือนแรกหลังคลอดเพิ่มขึ้นช้ามาก เพราะได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ สังคมของครอบครัวและการตัดสินใจของแม่ รวมทั้งทัศนคติ ความรู้ และการปฏิบัติของผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงต้องเข้าใจสภาพปัญหา และเสาะแสวงหาทางเลือก มาตรการรวมทั้งกลวิธีในการเอาชนะปัญหาและอุปสรรคนั้นๆ ตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด แม่ที่ไม่ได้รับรู้ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะตั้งครรภ์ มักมีโอกาสเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช้า และลดโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องเมื่ออยู่ที่บ้านหรือที่ทำงาน เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และชุมชน

## อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรม

### ต่อการให้อาหารทารก

สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อทัศนคติและการตัดสินใจของแม่ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการส่งต่อประสบการณ์ในกลุ่มคนหรือสังคมเดียวกันในการให้คุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และแนวปฏิบัติ เช่น การเลือกวิธีการให้อาหารทารก โดยการเริ่มให้น้ำ เครื่องดื่ม นมผสม หรืออาหารอื่นร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนลดลงทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว ปัจจุบันอิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมต่อการให้อาหารทารกยังมีหลากหลายดังนี้

- เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สาธารณะอาจทำให้แม่หลายคนรู้สึก

อาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วงไปทำงานจึงเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก

- ชุมชนหลงผิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องธรรมดาที่แม่และครอบครัวไม่จำเป็นต้องเรียนรู้จึงขาดความมั่นใจ ความรู้และประสบการณ์ที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ชาวเอเชียส่วนใหญ่มีความเชื่อและค่านิยมว่านมผสมเป็นอาหารพิเศษที่ช่วยให้ทารกโตไว เนื่องจากอิทธิพลการโฆษณานมผสมและผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กอย่างกว้างขวาง รวมทั้งการได้รับแจกตัวอย่างนมผสม ซึ่งทำให้เมื่อนำไปให้ร่วมกับนมแม่ได้ง่ายขึ้นและหย่านมแม่เร็วขึ้น
- แม่และครอบครัวมีค่านิยมการอพยพย้ายถิ่นเพื่อไปทำงานหลังครบวันลาคลอดหรือมีอาชีพรับจ้างในต่างจังหวัด จึงให้ญาติผู้ใหญ่เป็นผู้เลี้ยงดูทารกด้วยนมผสมและหรืออาหารอื่น
- ครอบครัว ญาติและเพื่อนไม่เคยมีประสบการณ์หรือมีความรู้สึกเชิงลบเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำมาก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นของแปลกและแม่ไม่ต้องการให้ตนเองแตกต่างจากคนรอบข้าง

## แรงสนับสนุนของครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร

แม่ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มักขาดความมั่นใจและมีความเครียดในการปรับตัวในระยะหลังคลอด จึงต้องการแรงสนับสนุนจากครอบครัว ถ้าบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะสามีและญาติผู้สูงวัยขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้เกิดความขัดแย้งในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด เช่น การเสริม น้ำ เครื่องดื่ม หรือนมผสมในช่วงนมแม่ยังไม่มาครบครันที่มีรายได้น้อย มักไม่สนับสนุนให้แม่ที่มีอายุน้อยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกคลอด เพราะขาดการรับรู้เหตุผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรืออันตรายของการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม แม่ที่มีความเครียดหรือขาดการประคับประคองด้านจิตใจมักมีน้ำนมมาช้า หรือมีน้อย ครอบครัวที่มีความเข้าใจในการเลือกวิธีการให้อาหารทารกอย่างถูกต้องตามวัย จะช่วยให้แม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยลง และเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้อย่างชัดเจน<sup>3</sup>

**การตัดสินใจของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

การตัดสินใจของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มักเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การให้สูติศึกษาขณะฝากครรภ์ ช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเคยเข้ารับอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5 ชั่วโมง โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและกุมารแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรม จะช่วยให้แม่ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากขึ้น<sup>4</sup> แม่ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจเกิดจากปัจจัยด้านประชากรและสังคม และสุขภาพของแม่ที่มีผลต่อการตัดสินใจดังนี้

- แม่ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ตั้งใจและเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าแม่ที่มีอายุมากกว่า 25 ปี เพราะขาดการรับรู้และการปรับตัวต่อสภาพต่างๆ ในระยะแรกหลังคลอด<sup>3</sup>
- แม่เคยใช้ชีวิตประจำวันบางอย่างที่อาจต้องเปลี่ยนแปลงขณะให้นมลูกเพราะไม่ต้องการให้เกิดอันตรายต่อลูก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การลดหรือการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก แม่บางคนกังวลเกี่ยวกับการเสียความเป็นอิสระเพราะการให้นมแม่จะทำให้ลูกติดแม่<sup>4</sup>
- แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เฉพาะช่วง

ลาคลอด จึงจำเป็นต้องให้นมผสมช่วงที่ไปทำงาน และการบีบนมเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก การทำงานนอกบ้านจึงลดระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

- แม่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนก่อนตั้งครรภ์และต้องการลดน้ำหนักในระยะหลังคลอด แม่ที่อ้วน มักกังวลว่าทารกจะดูดนมจากเต้านมที่มีขนาดใหญ่ได้ยากและลูกได้นมแม่ไม่พอ แม่จึงเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช้า<sup>5</sup>
- แม่ที่มีการศึกษาสูงตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป แม่มีค่านิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในระยะหลังคลอด แต่ต้องทำงานและเลือกการคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอด จึงมีนมแม่ช้าจากการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง ยิ่งทารกร้องกวน จึงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสมมากขึ้นตั้งแต่ช่วงเดือนแรกหลังคลอด<sup>6</sup>

**เหตุผลที่แม่หยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

แม่จำนวนไม่น้อยที่ให้น้ำ นมผสมและหรืออาหารอื่นร่วมกับนมแม่ในช่วง 0-6 เดือนแรกหลังคลอด และมักหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนทารกอายุ 6 เดือน ด้วยเหตุผลที่หลากหลายดังนี้

- การเสริมนมผสมเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>7</sup> การได้รับบริการในระยะคลอด หรือหลังคลอดที่ไม่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเพิ่มโอกาสการให้นมผสม เช่น การไม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อและให้ลูกดูดนมแม่ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือการแยกแม่และทารกในระยะหลังคลอดเนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด<sup>8</sup> หายใจผิดปกติมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีการติดเชื้อในระยะปริกำเนิด จึงมีการย้ายเข้าไปรับการดูแลเป็นพิเศษ หรือแม่มีปัญหาสุขภาพ อ้วน ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานก่อนคลอด
- ปัญหาน้ำนมมาช้าหรือมีไม่เพียงพอกับความ

ต้องการของทารก น้ำหนักของทารกไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุ หรือไม่พอใจกับนมแม่อย่างเดียว

- แม่มีน้ำนมเล็ดและเสื่อเปียกขึ้นจากน้ำนมที่มีมากเกินไป
- แม่มีความเจ็บปวดจากปัญหาเต้านมและหัวนม เช่น หัวนมแตกเป็นแผล เต้านมตึงคัดอย่างรุนแรง เต้านมอักเสบจากการติดเชื้อ หรือเป็นฝี เป็นต้น
- แม่มีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเหนื่อยและอ่อนล้าจากการให้นมลูกมากเกินไป รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้นมลูก ไม่อยากบีบนมขณะไปทำงาน อยากอยู่ห่างจากลูกบ้าง มีภาระงานบ้านที่หนักเกินกำลัง หรือไม่อยากให้นมลูกในที่สาธารณะ เป็นต้น
- แม่ต้องการใช้ชีวิตประจำวันก่อนมีบุตร เช่น การสูบบุหรี่ การมีความเป็นส่วนตัว การออกกำลังกายเพื่อลดโรคอ้วน เป็นต้น
- ทารกหย่านมแม่เอง เช่น กัดหัวนม ไม่สนใจการให้นม หรือไม่แยกระหว่างการดูดนมแม่และนมผสม เป็นต้น
- แม่หรือทารกมีปัญหาด้านการแพทย์ เช่น ทารกมีความผิดปกติทางพันธุกรรมและใช้สารอาหารบางตัวในนมแม่ไม่ได้ แม่ป่วยและได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนมและมีอันตรายต่อทารก เป็นต้น

**ปัจจัยด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข**

ปัจจุบันโรงพยาบาลยังมีการให้บริการที่ทำให้แม่มีน้ำนมน้อยหรือน้ำนมมาช้า เช่น การเริ่มต้นการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ที่ช้ากว่า 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การแยกแม่ลูกในระยะหลังคลอด การเสริมนมผสมแก่ทารกโดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ การผ่าตัดคลอด การจำหน่ายทารกหลังเกิดออกจากโรงพยาบาลก่อน 48 ชั่วโมง การส่งให้งดนมแม่ชั่วคราวในกรณีที่ทารกมีภาวะตัวเหลือง หรือการให้กระเป๋าชั่วญที่มีตัวอย่างผลิตภัณฑ์นมผสม<sup>10</sup> บุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือแม่ เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้อง และขาดความมั่นใจในการให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวยุทธะจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล<sup>11</sup> บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะให้บริการที่สนับสนุนให้แม่มีความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุทธะและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น<sup>12</sup> การบรรจุหลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขากุมารเวชศาสตร์ช่วยเพิ่มความรู้ และการปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแพทย์ประจำบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.8, 95% CI 1.5-5.0) การปฏิบัติดีขึ้น (OR=2.2, 95% CI 1.3-3.7) และความเชื่อมั่นตนเอง (OR=2.4, 95% CI 1.4-4.1) การฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุทธะ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=4.1, 95% CI 1.8-9.7)<sup>13</sup>

## สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคทั้งด้านวัฒนธรรมการเลี้ยงดูทารก แรงสนับสนุนของครอบครัว ปัจจัยด้านประชากรและสังคมของแม่ รวมทั้งความจำกัดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจและการช่วยเหลือแม่ การเอาชนะอุปสรรคต้องเริ่มจากการพัฒนาการให้บริการในโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงปัจจัยซึ่งขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการฝึกอบรมและการให้สุขศึกษาอย่างมีแบบแผนตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีการช่วยเหลือและประคับประคองแม่และลูกโดยบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะสามีและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้แม่มั่นใจว่ามีน้ำนมเพียงพอ และยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก

## เอกสารอ้างอิง

1. Meftuh AB, Tapsoba LP, Lamounier JA. Breastfeeding practices in Ethiopian women in southern California. *Indian J Pediatr* 1991;58(3):349-56.
2. Riordan J. The cultural context of breastfeeding. In: Riordan J, Auerbach K, editors. *Breastfeeding and human lactation*. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 1998. p. 29-89.
3. Grossman LK, Harter C, Sachs L, Kay A. The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *Am J Dis Child* 1990;144(4):471-4.
4. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchot M, Bouchon M, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115(2):e139-46.
5. Kugyelka JG, Rasmussen KM, Frongillo EA. Maternal obesity is negatively associated with breastfeeding success among hispanic but not black women. *J Nutr* 2004;134:1746-53.
6. Karaçam Z. Factors affecting exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to four months: a community-based study of Turkish women. *J Clin Nurs* 2008;17(3):341-49.
7. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding in modern medicine. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *The Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 1-39.
8. Callen J, Pinell J, Atkinson SA, Igal S, Mainous RO, Harrison LL. Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birth weight infants in the hospital and postdischarge. *Adv Neonatal Care* 2005;5(2):93-103.
9. Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *J Womens Health* 2006;15(6):754-62.
10. Revai K, Huston R. Hospital distribution of formula discharge bags: opinions of Texas Pediatricians. *Breastfeed Med* 2009;4(3):157-60.
11. Leavitt G, Martínez S, Ortiz N, García L. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *J Community Health* 2009;34(1):1-52.
12. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Matern Child Nutr* 2008;4(4):264-74.
13. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126(2):289-97.

หมวดที่  
4

กระบวนการดูแลแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

---



## บทที่ 12 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์

ยุเพยง #ห้องขาวนิช

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ จะเน้นการเตรียมความพร้อมแม่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ และมีทักษะการให้นมแม่อย่างถูกต้อง ให้คำปรึกษา วางแผนร่วมกัน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และเมื่อกลับบ้าน จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญ ตัดสินใจเลือกการให้อาหารทารกที่เหมาะสมโดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความมั่นใจว่าจะมีน้ำนมเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของลูก

### การเตรียมแม่ในระยะตั้งครรภ์

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรบูรณาการ การให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษาตลอดระยะการตั้งครรภ์ เพื่อให้แม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง และสร้างความมั่นใจให้กับแม่ว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

การเตรียมแม่ควรเริ่มจากการซักประวัติเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งประวัติที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครรภ์ก่อนให้เป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกประวัติการฝากครรภ์ ตรวจลักษณะของหัวนมและเต้านมของสตรีตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง และให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำถ้าสตรีตั้งครรภ์สงสัยหรือคิดว่ามีความผิดปกติของเต้านมและหัวนม และควรตรวจประเมินซ้ำในระยะใกล้คลอดเพราะเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ในระหว่างการตรวจควรอธิบายการเปลี่ยนแปลงของเต้านม ในการสร้างและหลั่งน้ำนม สอบถามแม่ถึงความรู้สึก

ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งสร้างความมั่นใจกับแม่ว่า ความผิดปกติของหัวนมและลานนมที่ตรวจพบไม่ได้ยืนยันว่าแม่จะไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่อาจต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ขนาดของเต้านมไม่มีผลต่อการสร้างน้ำนม แม่ทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ ปริมาณน้ำนมจะมีมากเพียงพอกับความต้องการของลูกถ้ามีความตั้งใจและปฏิบัติอย่างถูกวิธี<sup>2</sup>

### การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีหลายวิธี เช่น การให้คำแนะนำในขณะฝากครรภ์ การให้สุขศึกษาหรือให้คำปรึกษาอาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล การสาธิตหรือการฝึกปฏิบัติโดยใช้อุปกรณ์และสื่อ เช่น ภาพพลิก วิดีโอ เอกสารความรู้ หรือสื่อบุคคล ซึ่งแต่ละวิธีให้ผลที่แตกต่างกัน การศึกษาของ Matter และคณะ<sup>3</sup> พบว่า การให้ความรู้โดยการให้คำปรึกษา รายบุคคลร่วมกับการให้เอกสารความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อทารกอายุ 3 เดือนสูงกว่ากลุ่มที่ให้เอกสารความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (36% VS. 17.9%, P=0.01) การให้ความรู้รายกลุ่มร่วมกับการฝึกปฏิบัติวิธีการอุ้มลูกและการดูนมถูกวิธีจะช่วยลดปัญหาการเจ็บหัวนม ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและทำให้แม่เลิกเลี้ยงลูก ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกๆ<sup>4,5</sup> ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ยืนยันว่าการให้สุขศึกษาอย่างมีแบบแผน เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มต้น และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะสั้น แต่ไม่มีผลต่ออัตรา

การให้นมแม่ระยะยาว<sup>๑</sup> จึงควรเสริมความรู้และการช่วยเหลือแม่ระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง การแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังไม่ดีเท่าที่ควร ควรใช้เอกสารแผ่นพับเพื่อประกอบและเป็นการทบทวนภายหลังการให้คำอธิบายแล้ว<sup>๑</sup>

การจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding class) ในรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมมากกว่าการรับข้อมูลด้านเดียว ควรให้ข้อมูลที่สั้น ง่าย ชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความเชื่อและค่านิยม

การให้คำแนะนำหรือให้สุขศึกษารายบุคคลมีประโยชน์ในการประเมินประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาและความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งแก้ไขความวิตกกังวล และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ส่วนการให้สุขศึกษารายกลุ่มเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและสร้างความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรเพิ่มการให้คำปรึกษาส่วนบุคคลในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เคยมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบุตรคนก่อนหรือตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ตั้งครรภ์แฝด แม่วัยรุ่น แม่เลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น

### แนวทางการให้สุขศึกษาสตรีตั้งครรภ์

องค์การวิชาการด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Academy of Breastfeeding Medicine) ได้เสนอระบบการให้สุขศึกษาในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ โดยเน้นเนื้อหาสอดคล้องกับมาตรฐานของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก<sup>๑</sup> ดังนี้

**ไตรมาสที่หนึ่ง** ควรให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมรับฟังด้วย ประเมินอุปสรรคที่พบบ่อย เช่น ความไม่มั่นใจ ความยุ่งยาก ขาดการสนับสนุนทาง

สังคม การทำงาน การเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น และเปิดโอกาสให้มีการซักถาม

**ไตรมาสที่สอง** ควรให้ความรู้พื้นฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ครอบคลุมหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ความเสี่ยงในการให้นมผสมหรือผลิตภัณฑ์อาหารทารก ความสำคัญของการให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นหลังอายุ 6 เดือน
2. ความสำคัญของการได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ (skin-to skin-contact) และการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด
3. การอุ้มลูกและการดูนมที่ถูกต้อง
4. ความสำคัญของการให้แม่-ลูกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา (rooming in)
5. การสังเกตสัญญาณหิวของทารก (hunger cue) การให้อาหารตามความต้องการของทารก (baby-led feeding) และความถี่ของการให้นมแม่
6. การหลีกเลี่ยงการใช้จุกนมปลอมหรือจุกนมยาง
7. การวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะลาคลอดและกลับไปทำงาน

นอกจากนี้ควรแนะนำให้พูดคุยกับแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งอาจเป็นคนในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน เข้ารับการอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเติมจากที่ได้รับในโรงพยาบาล ส่งเสริมให้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแนะนำแหล่งที่ให้การสนับสนุนสำหรับแม่ที่ทำงานนอกบ้าน ควรแนะนำให้วางแผนว่าจะทำอะไรเมื่อต้องกลับไปทำงาน เช่น ระยะเวลาการลาคลอด นโยบายของบริษัทที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนม เป็นต้น

**ไตรมาสที่สาม** การให้สุขศึกษาและคำแนะนำ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เตรียมความพร้อมในระยะหลังคลอด ในช่วงอายุครรภ์ 28, 30 หรือ 32 สัปดาห์ ดังนี้

1. สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการจับเต้านมในขณะให้นมลูกและการอุ้มลูกในท่าต่างๆ โดยให้ผู้ดูแลทารกเข้าร่วมการฝึกอบรมด้วย อุปกรณ์ที่ใช้ในการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เช่น ตุ๊กตาเต้านมปลอม เป็นต้น
2. การเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร โดยการให้ความรู้กระบวนการดูแลการคลอดปกติ เพื่อให้แม่รู้ว่าต้องทำอะไรที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เริ่มต้นโดยเร็วหรือการดูแลและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ผ่าตัดคลอด
3. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสร้างน้ำนมในระยะเริ่มแรก และผลกระทบจากการเสริมสารอาหารอื่นๆ
4. ตรวจสอบและประเมินเต้านมซ้ำ แนะนำการซื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะกับเต้านม
5. สนับสนุนให้เข้ากลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามความสนใจของสตรีตั้งครรภ์
6. ควรเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่จะดูแลทารก

นอกจากนี้ ควรให้คำแนะนำอาหารในระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อบำรุงร่างกายของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ และเป็นการสะสมอาหารไว้สำหรับการสร้างน้ำนมในระยะหลังคลอด (ดูรายละเอียดในบทที่ 28 อาหารและโภชนาการสตรีตั้งครรภ์และแม่ระยะให้นมบุตร) รวมทั้งการให้คำแนะนำในการดูแลเต้านม เช่น การทำความสะอาดเต้านมไม่ควรใช้สบู่หรือน้ำยาล้างเช็ดหัวนมและลานนม จะทำให้ผิวหนังแห้งแตกง่ายและเจ็บ การรักษาเต้านมให้คงรูปทรงด้วยการใส่ยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ การป้องกันลานนมไม่ให้อับชื้นหรือผิวหนังแห้งง่าย โดยทำให้แห้งก่อนใส่เสื้อชั้นในทุกครั้งโดยเฉพาะใน

ระยะหลังคลอด<sup>๒</sup>

### การตรวจเต้านมและหัวนม

การตรวจเต้านมและหัวนมในสตรีตั้งครรภ์เพื่อประเมินความผิดปกติ ที่อาจส่งผลกระทบต่อกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด สังเกตขนาดและรูปร่างของเต้านมทั้งสองข้าง แผลผ่าตัดบริเวณเต้านม ตรวจหาก้อนในเต้านมเพื่อค้นหาโรคมะเร็ง ดูขนาดและรูปร่างของหัวนมและลานนม และประเมินความยืดหยุ่นของลานนม เพื่อแยกหัวนมปกติ หัวนมสั้น บอด หรือบวมหัวนมใหญ่ และหัวนมยาว (รูปที่ 12.1)

ในระยะตั้งครรภ์หัวนมขยายใหญ่ขึ้นมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 9.5-11.5 มม.ขนาดของหัวนมไม่สามารถวัดได้ค่าที่แน่นอนขึ้นอยู่กับการแข็งตัวของหัวนม (erection) แม่ที่ให้นมลูกหัวนมมีขนาดค่อนข้างคงที่ เส้นผ่าศูนย์กลางเฉลี่ยประมาณ 16 มม.<sup>๑๐</sup>

**หัวนมสั้น** หมายถึง หัวนมที่สั้นกว่า 0.7 ซม. แม้ว่าหัวนมสั้นแต่ลานนมมีความยืดหยุ่นดี ทารกสามารถดูดนมแม่ได้ แต่ถ้าลานนมตึงแข็งยืดหยุ่นไม่ดี ทารกจะดูดนมลำบาก

**หัวนมบอด** ส่วนใหญ่จะเป็นมาแต่กำเนิด บางคนมามีหัวนมบอดในภายหลัง สาเหตุอาจเกิดจากมีพื้นที่ฐานหัวนมน้อยเกินไป ท่อนมสั้นกว่าปกติรั้งหรือหดเข้าไป หรือมีพังผืดดึงรั้งหัวนมไว้<sup>๑๐</sup> (รูปที่ 12.2) บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขควรอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีหัวนมผิดปกติ เข้าใจกลไกการดูดนมของทารก ว่าทารกไม่ได้อมคาบเฉพาะหัวนม แต่ต้องอมลานนมด้วย แม่ที่มีหัวนมสั้นหรือหัวนมบอดนั้น เมื่อได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกวิธีในระยะหลังคลอดจากผู้เชี่ยวชาญนมแม่ หรือบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องร่วมกับความพยายามของแม่ หากสามารถทำให้ทารกอมงับลานนมได้ก็จะสามารถดูดนมได้ แม่ที่มีหัวนมใหญ่หรือยาวเกินไปอาจทำให้ทารกแรกคลอดไม่สามารถอมหัวนมได้ลึกถึงลานนม ซึ่งจะทำให้การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้าง

ยาก จึงควรสร้างความมั่นใจแก่แม่ว่าทารกสามารถดูดนมได้ เนื่องจากหัวนมมีความอ่อนนุ่มสามารถยืดปรับให้เข้าปากของทารกเมื่อได้รับการช่วยเหลือ



หัวนมปกติ ยื่นเล็กน้อยขณะอยู่นิ่ง สามารถจับดึงหัวนมและยืดขึ้นเมื่อถูกกระตุ้น  
หัวนมสั้น  
หัวนมแบน (flat nipple) ลานนมกว้าง

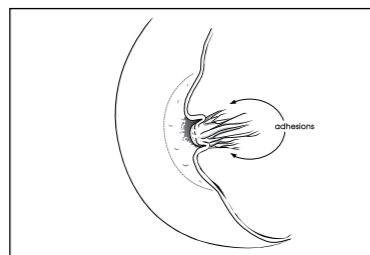


หัวนมปุ่ม (retracted nipple) ส่วนปลายของหัวนมมุดเข้าไปข้างในจนเห็นเป็นรอยปุ่ม  
หัวนมบอดเทียม (pseudo-inverted nipple) หัวนมเรียบหรือยุบตัวเข้าไปบางส่วนแต่สามารถดึงยืดออกมาได้  
หัวนมบอดแท้ (truly inverted nipple) หัวนมยุบตัวเข้าไปทั้งหมดไม่สามารถดึงออกมา



หัวนมใหญ่  
หัวนมยาว

รูปที่ 12.1 แสดงหัวนมแบบต่างๆ



รูปที่ 12.2 หัวนมสั้นหรือบอดเนื่องจากมีพังผืดยึดหัวนมไว้



หัวนมปกติจะยื่นออกมา  
หัวนมสั้น จะเคลื่อนเล็กน้อย  
หัวนมบอดจะจมลงไป

รูปที่ 12.3 แสดงการประเมินหัวนมด้วยวิธี pinch test

### วิธีการตรวจหัวนมและประเมินความยืดหยุ่นของลานนม

การตรวจหัวนม โดยวิธี pinch test วางนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บนลานนมที่บริเวณล่างสุดของลานนม กดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบาๆ ขณะดึงยืดหัวนมขึ้นเบาๆ ถ้าหัวนมปกติจะยื่นออกมา ถ้าหัวนมแบนจะอยู่กับที่หรือเคลื่อนเล็กน้อย ถ้าหัวนมบอดหรือปุ่มจะหดสั้นและจมลงไป (รูปที่ 12.3)

การประเมินความยืดหยุ่นของลานนม โดยใช้นิ้วชี้และหัวแม่มือจับฐานหัวนมดึงยืดขึ้นแล้วปล่อยเป็นจังหวะ ถ้าหัวนมยืดตามแรงดึงได้ดี แสดงว่าลานนมมีความยืดหยุ่นดี ถ้าดึงแล้วยืดออกได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่ยืดตามแรงดึงแสดงว่าลานนมมีความยืดหยุ่นไม่ดี

### การแก้ไขหัวนมและลานนมที่ผิดปกติ

การแก้ไขหัวนมและลานนมที่ผิดปกติมีหลายวิธี บางวิธีทำก่อนคลอด บางวิธีทำหลังคลอด บางวิธีทำได้ทั้งก่อนและหลังคลอด ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่บางคนไม่แนะนำให้แก้ไขหัวนมที่ผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการแก้ไขหัวนมโดยใช้ปั๊มแก้ว (breast shells หรือ breast cups) หรือ Hoffmann's maneuver กับกลุ่มที่ไม่ให้การแก้ไขพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน<sup>11,12</sup> ยิ่งไปกว่านั้นการมุงแก้ไขมากเกินไปทำให้แม่เกิดความเครียดและรู้สึกว่าได้นม

ตนเองมีความบกพร่อง และนำไปสู่การล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

### วิธีการแก้ไข

การแก้ไขความผิดปกติของหัวนมจะช่วยลดปัญหาของการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (initiation of breastfeeding) มีหลายวิธี ได้แก่

1. การดึงและคลึงหัวนม (nipple rolling) โดยใช้ นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับด้านข้างของหัวนมที่ติดกับลานนมยืดขึ้นและค้างไว้หรือนวดคลึงเบาๆ จะช่วยให้หัวนมยืดและยาวขึ้น ทำซ้ำ 10 ครั้งวันละ 2 ครั้ง<sup>10</sup>
2. Hoffmann's maneuver ให้แม่วางหัวแม่มือระหว่างรอยต่อของหัวนมและลานนมทั้งสองข้าง กดนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างพร้อมกับรูดจากฐานของหัวนมในทิศทางตรงกันข้ามทำไปรอบๆ หัวนมตามเข็มนาฬิกา ทำซ้ำประมาณวันละ 5 ครั้ง ช่วยให้พังผืดที่อยู่ใต้ฐานหัวนมยืดออกได้ ทำได้ทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด<sup>10</sup> (รูปที่ 12.4)



รูปที่ 12.4 แสดงการทำ Hoffmann's maneuver



3. การใช้ปั๊มแก้ว (breast shells หรือ breast cups) มักทำด้วยพลาสติกใส ลักษณะเป็นชิ้นส่วน 2 ชิ้นประกบกัน ชิ้นล่างแบนมีรูเปิดตรงกลางซึ่งใช้กดลงบริเวณลานนมและดันให้หัวนมโผล่ออกมาผ่านรูของปั๊มแก้ว ส่วนของปั๊มแก้วที่แนบกับลานนมจะช่วยนวดลานนมและทำให้พังผืดที่ดึงรั้งหัวนมไว้อยู่ตื้น<sup>10</sup> (รูปที่ 12.5) การใส่ปั๊มแก้วจะใส่ไว้ได้ยกทรง ควรเริ่มใส่ปั๊มแก้วในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ในช่วงเริ่มต้นจะใส่วันละ 2-3 ชั่วโมง เมื่อคุ้นเคยแล้วให้ใส่เฉพาะเวลากลางวัน ไม่ควรใส่นอนกลางคืน เมื่อคลอดแล้วก็ใส่ไว้ 30 นาที ก่อนให้ลูกดูดนมเพื่อช่วยให้หัวนมยื่นออกมา ถ้ามีน้ำนมขังอยู่ในปั๊มแก้วควรทิ้งไป

4. การใช้ syringe puller ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 10-20 มล. ตัดปลายด้านที่ใช่ต่อกับเข็มฉีดยาออก แล้วนำลูกสูบของกระบอกฉีดยามาสวมย้อนทางจากด้านที่ตัดปลายออก ก่อนที่จะครอบหัวนมให้ดึงลูกสูบขึ้นมา ประมาณ 1/3 ของกระบอก นำด้านที่มีปีกมาวางครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม ดึงลูกสูบซ้ำๆ และนูนนวลจนเห็นหัวนมยื่นยาวออกมา<sup>11</sup> ในระหว่างดึงให้แม่สังเกตอาการเจ็บหัวนม ถ้าเจ็บให้หยุดดึง ทิ้งไว้ประมาณ 5-10 นาที<sup>14</sup> ก่อนปลดกระบอกออกด้วยการดันลูกสูบกลับ เพื่อป้องกันหัวนมแตก (รูปที่ 12.6 ก, 12.6 ข)

5. การใช้ nipple puller ใช้นิ้วมือบีบที่กระเปาะยาง โดยวางกรวยพลาสติกครอบหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม ปล่อยมือที่บีบกระเปาะยางออกเบาๆ เพื่อให้เกิดแรงดูดและดึงให้หัวนมยื่นยาวออกมา วิธีการเช่นเดียวกับ syringe puller (รูปที่ 12.7) การแก้ไขปัญหาหัวนมและลานนม เช่น การดึงและคลึงหัวนม Hoffmann's maneuver การใช้ syringe puller หรือ nipple puller อาจกระตุ้นให้มดลูกหดตัว จึงต้องทำด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล หากพบมีอาการดังกล่าวต้องหยุดการแก้ไข ไม่แนะนำให้ทำในรายที่แม่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด หรือมีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด เป็นต้น



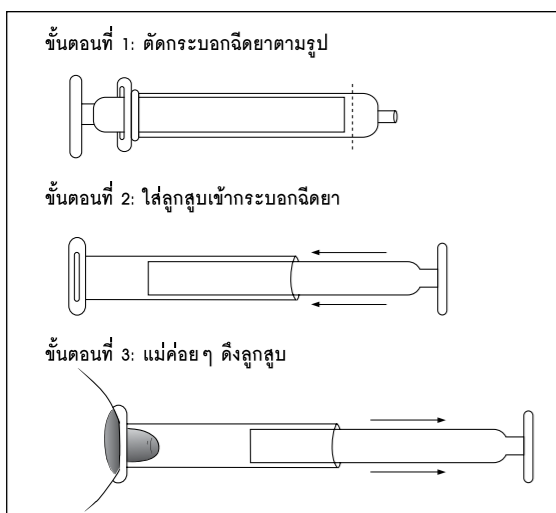
รูปที่ 12.7 แสดงการใช้ nipple puller



รูปที่ 12.5 แสดงการใส่ปั๊มแก้ว



รูปที่ 12.6 ข แสดงการใช้ syringe puller



รูปที่ 12.6 ก แสดงวิธีทำและใช้ syringe puller



### สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จได้นั้นจะต้องเตรียมความพร้อมแม่ในระยะตั้งครรถ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยการให้ความรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับบริบทในชีวิตของแม่ เช่น ความเชื่อและค่านิยม การประเมินและแก้ไขความเข้าใจที่ผิดต่างๆ การส่งเสริมให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วม รวมทั้งการสอนวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แม่ มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีความมั่นใจว่าจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 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; 2009. p. 55-76.
- สุอารีย์ อ้นตระกูล, ยุพียง แห่งเชาวนิช. เตรียมตัวเตรียมใจก่อนคลอด. ใน: สำหรั จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่ปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร; 2546. หน้า 89-93.
- Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Petrina T, Chan YH, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology* 2007;109:73-80.
- Duffy E, Percival P, Kershaw E. Positive effect of antenatal group teaching session on post-partum nipple pain , nipple trauma and breastfeeding rates. *Midwifery* 1998;13(4): 189-96.
- Evidence based practice information sheets for health professionals. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *Best practice* 2003;7(3):1-6.
- Guisse JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, LieuTA. The Effectiveness of Primary Care-Based Interventions to Promote Breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-Analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med.* 2003;1(2) :70-78. doi: 10.1370/afm.56.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Appendix P, American Academy of Breastfeeding Protocol
- Ziemer M. Nipple skin changes and pain during the first week of lactation. *JOGN Nursing* 1993;22:247-56.
- Ramsay DT, Mitoulas LR, Kent JC, Larsson M, Hartman PE. The use of ultrasound to characterized milk ejection in women using an electric breast pump. *J Hum Lact* 2005; 21:421-8
- Walker M. Maternal pathology: Breast and nipple issues. In: Walker M, editor. Breast-feeding management for the clinician, using the evidence. USA:Jones and Bartlette Publishers,Inc; 2006. p. 365-409.
- Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffmann's exercises for inverted and non-protractile nipples. *BMJ* 1992;304: 1030-2.
- MAIN Trial Collaborative group. Preparing for breastfeeding:treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery* 1994;10:200-14.
- Kesaree N, Banapurmath CR, Banapurmath S, Shamanur K. Treatment of inverted nipples using a disposable syringe. *J Hum Lact* 1993;9:27-9.
- มานี ปิยะอนันต์. การจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมแม่ในระยะตั้งครรรภ์. ใน: วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก, มานี ปิยะอนันต์, ยุพียง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสตรี-เวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; 2548. หน้า 63-6.

# บทที่ 13 การจัดบริการการคลอดที่เป็นมิตรกับแม่

เอกชัย โคววิสารัช  
ลูกธัญญ์ ไข่อ่อง

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า การดูแลแม่ขณะคลอดอย่างเอาใจใส่ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ลดอัตราการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ช่วยแม่ให้สามารถเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอด เพื่อส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเพิ่มการดูแลแม่อย่างเป็นมิตร (mother-friendly care) ตามโครงการการฟื้นฟูการดำเนินการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งจะช่วยการดูแลแม่ทั้งทางร่างกายและจิตใจเพื่อให้แม่สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์โดยไม่ต้องให้ยาแก้ปวดหรือใช้การระงับความเจ็บปวดใดๆ ทั้งนี้โดยให้ขึ้นอยู่กับความต้องการของแม่ และคลอดบุตรด้วยวิถีทางธรรมชาติให้มากที่สุด

## เกณฑ์สากลของการดูแลแม่อย่างเป็นมิตร ในระยะคลอด

องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้เพิ่มเติมเกณฑ์สากลของการดูแลแม่อย่างมิตร ในการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนให้แม่มีเพื่อนช่วยให้กำลังใจสนับสนุนด้านอารมณ์ การผ่อนคลายความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่อง
2. การอนุญาตให้แม่รับประทานอาหารอ่อน และเครื่องดื่มได้ตามต้องการ
3. การสนับสนุนให้แม่ลดความเจ็บปวด โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวดหรือการระงับความเจ็บปวดใดๆ ยกเว้นมีความจำเป็นทางการแพทย์ ทั้งนี้

- ให้ขึ้นอยู่กับความต้องการของแม่
4. การส่งเสริมให้แม่เดินหรือเคลื่อนไหวได้ในขณะรอคลอด และแม่สามารถเลือกท่าคลอดที่ต้องการได้ ยกเว้นมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอคลอดหรือการทำหัตถการบางอย่าง ซึ่งต้องอธิบายเหตุผลให้แม่เข้าใจ
  5. การหลีกเลี่ยงหัตถการใดๆ ที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำ การตัดฝีเย็บ การชักนำให้เจ็บครรภ์ หรือการเร่งคลอด การใช้สูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยคลอดทางช่องคลอด เป็นต้น ถ้าจำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลของการกระทำนั้นๆ

## แนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติ

การดูแลแม่อย่างเอาใจใส่เพื่อให้แม่คลอดได้ด้วยตนเอง และให้แม่เป็นศูนย์กลางของการดูแลตามแนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติที่สำคัญ 6 ประการ<sup>2</sup> ดังนี้

1. ส่งเสริมให้แม่ใช้สัญชาตญาณในการคลอดบุตร อย่างเป็นธรรมชาติมากที่สุด ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่แม่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในการคลอดบุตร เช่น การยืดขยายของกระดูกเชิงกรานขณะคลอดบุตร และการทำงานของฮอร์โมนต่างๆ ที่ช่วยการบีบตัวมดลูกเพื่อให้การคลอดเป็นไปอย่างราบรื่น
2. จัดสภาพแวดล้อมในห้องรอคลอด และห้องคลอด ให้เป็นส่วนตัว สงบ ไม่สว่างเกินไป เคลื่อนไหวร่างกายได้ตามต้องการ เพื่อส่งเสริมกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดตามวิถีธรรมชาติ
3. ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการที่เคยทำประจำกับแม่

- ทุกคน เช่น การให้น้ำเกลือ การสวนอุจจาระ การโกนขนหัวหน่าว เป็นต้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่รบกวนการคลอดธรรมชาติ นอกจากนี้มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น
4. สนับสนุนทางอารมณ์ โดยมีผู้ดูแลการคลอดหรือบุคคลใกล้ชิดของแม่ที่ผ่านการฝึกอบรม การดูแลการคลอด ด้วยการให้กำลังใจ การพูดคุย และการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการคลอดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดฮอร์โมนแอดรีนาลีน เพิ่มฮอร์โมนออกซิโทซินและเอนดอร์ฟิน (endorphin) และช่วยให้ส่วนหน้าของทารกเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกรานมดลูก ปากมดลูกและช่องคลอดของแม่
  5. ฝึกผู้ดูแลแม่ให้รู้จักวิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาในระหว่างการคลอด เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การนวด การใช้ความร้อน ประคบ การใช้น้ำอุ่นฝักบัวและอ่างอาบน้ำร้อน
  6. การดูแลแม่โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ทั้งร่างกายและจิตใจ กระบวนการคลอดจึงไม่จำเป็นต้องใช้แบบแผนการคลอดแบบเดียวกันทุกคน

**การดูแลการคลอดที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**

1. การให้ยาบรรเทาปวดในระหว่างเจ็บครรภ์คลอด
  - 1.1 การใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม meperidine มีหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเข้มแข็งที่ชี้ว่า<sup>35</sup> การให้ยาบรรเทาปวดกลุ่ม meperidine ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดอาจทำให้มีการกดระบบประสาทส่วนกลางของทารกในครรภ์และเด็กแรกคลอด และเกิดผลลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยที่ขนาดของยาและระยะเวลาที่ให้ยาก่อนคลอดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับผลกระทบล่าช้า
  - 1.2 การให้ยาบรรเทาปวดแบบ epidural anesthesia ทำให้ทารกมีพฤติกรรมที่เลวลงในด้านต่อไปนี้ คือ

ความตื่นตัว (alert) พฤติกรรมทางการเคลื่อนไหว การปรับตัวกำหนดทิศทาง (orientation) ความสำเร็จในพฤติกรรมการให้นมแม่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับทารกที่ไม่ได้รับยาบรรเทาปวดแบบเดียวกัน<sup>36</sup>

**2. การตัดฝีเย็บ (episiotomy)**

การตัดฝีเย็บเป็นหัตถการทางสูติกรรมที่กระทำบ่อยที่สุดรองลงมาจาก การตัดและผูกสายสะดือในกระบวนการทำคลอด<sup>37</sup> โดยมีความเชื่อว่าการตัดฝีเย็บจะสามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดระดับที่ 3 ของปากช่องคลอดได้ ป้องกันอันตรายต่อพื้นของช่องเชิงกราน (pelvic floor) ป้องกันอันตรายต่อทารกอันเกิดจากระยะที่ 2 ของการคลอดที่เนิ่นนานได้ แต่ความจริงแล้วการตัดฝีเย็บทุกรายก่อให้เกิดการฉีกขาดของปากช่องคลอดระดับที่ 2 หมด เพราะที่ต้องตัดผ่านกล้ามเนื้อของปากช่องคลอด (bulbocavernosus) โดยที่หากไม่ตัดฝีเย็บอาจเกิดการฉีกขาดเพียงระดับที่ 1 หรือ 2 ก็ได้ มีรายงานว่า การตัดฝีเย็บอย่างที่เป็นกิจวัตรสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก (anal sphincter) และทวารหนัก<sup>38</sup> การตัดฝีเย็บแบบมีข้อบ่งชี้เข้มงวด (restricted-use) พบว่ามีอัตราการเกิดการฉีกขาดของปากช่องคลอดด้านล่าง การเย็บซ่อมแซมปากช่องคลอดและภาวะแทรกซ้อนต่อการติดของแผลน้อยกว่า แม้ว่าจะมีอัตราเกิดการฉีกขาดของปากช่องคลอดด้านหน้าจะสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ตัดฝีเย็บอย่างที่เป็นกิจวัตร<sup>10</sup> และปัจจุบันวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ตัดฝีเย็บแบบมีข้อบ่งชี้เข้มงวดดีกว่าการตัดฝีเย็บแบบเป็นกิจวัตร<sup>11</sup> อีกทั้งยังไม่มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์ระหว่าง การตัดฝีเย็บและภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) หรือสติปัญญาอ่อน (mental retardation)<sup>12</sup> แต่กลับพบว่าการตัดฝีเย็บอาจก่อให้เกิดข้อเสียหลายประการ เช่น ความเจ็บปวด ความตึงเครียด และความวิตกกังวลจะมีผลต่อการหลั่งออกซิโทซิน ซึ่งจะมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สุด

นอกจากนี้การเย็บแผลฝีเย็บมีผลต่อความสัมพันธ์ (bonding) ระหว่างแม่และลูก การสัมผัส (skin-to-skin) ระหว่างแม่และลูก และการเริ่มต้นของการให้นมแม่ โดยเด็กมักถูกแยกไว้ในตู้อบอุ่น และในบางโรงพยาบาลมีการแยกเด็กเพื่อไปแต่งสายสะดือ การหยอดตา การวัดความยาว การขังน้ำหนักตัวตลอดจนการอาบน้ำเด็ก<sup>13</sup>

ดังนั้นการตัดฝีเย็บควรจะกระทำเท่าที่จำเป็นจริงๆ โดยไม่กระทำแบบเป็นกิจวัตรและอุบัติการณ์ของการตัดฝีเย็บไม่ควรเกินร้อยละ 20<sup>7</sup>

**3. การดื่มน้ำ รับประทานอาหาร และการให้น้ำเกลือขณะเจ็บครรภ์คลอด**

ผู้คลอดในประเทศไทยส่วนใหญ่ เมื่อการเจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะเร่ง (active phase) ของระยะที่ 1 ของการคลอด มักจะถูกห้ามการดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารใดๆ ทางปาก เนื่องจากมีความเชื่อว่าหากแม่ต้องมีเหตุเข้ารับการผ่าตัดคลอดโดยฉุกเฉินเช่น ภาวะทารกเครียดแล้ว ถ้าเพิ่งรับประทานอาหารหรือน้ำมาเมื่อไม่นาน ขณะดมยาสลบอาจเกิดการสำลักน้ำหรืออาหารเหล่านั้นได้ แล้วเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) หรือที่เรียกว่า Mendelson's syndrome (gastric aspiration syndrome)<sup>14</sup> ทั้งๆ ที่ความจริงแล้วการงดน้ำและอาหารเหล่านี้ไม่อาจเป็นการรับประกันว่าจะไม่มีอะไรอยู่ในกระเพาะอาหารเลย เพราะว่าเป็นขณะที่กระเพาะอาหารว่าง น้ำย่อยในกระเพาะอาหารก็สามารถหลั่งออกมาได้ แม้ว่าอาจจะไม่มากเท่ากับขณะมีอาหารอยู่ในกระเพาะ แต่น้ำย่อยที่คลุกเคล้ากับอาหารย่อยมีความเป็นกรดน้อยกว่าน้ำย่อยเปล่าๆ เพียงอย่างเดียว ในขณะที่งดน้ำและอาหาร<sup>2</sup> แต่การให้งดน้ำและอาหารยังคงเป็นที่นิยมอยู่ทุกๆ ที่ไม่มีข้อมูลรองรับแนวทางการปฏิบัตินี้แต่อย่างใด<sup>15,16</sup> โดยทั่วไปทางการแพทย์จะถือว่าผู้คลอดมีอาหารเต็มกระเพาะ (full stomach) อยู่เสมอ แม้ว่าจะงดน้ำ และอาหารมาอย่างดีก็ตาม เพราะว่ามีมดลูกที่โตขึ้นจะดันกระเพาะอาหารให้สูงขึ้น

จึงต้องใช้วิธีและเทคนิคการดมยาสลบที่เหมาะสม ซึ่งก็จะเป็นการช่วยป้องกันภาวะ Mendelson's syndrome นี้ได้ด้วยเช่นกัน<sup>17</sup> หรืออาจใช้ยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ (regional anesthesia) ก็จะไม่มีปัญหาเรื่องการอาเจียนและสำลักเนื่องจากผู้คลอดรู้สึกตัวดีตลอดเวลา

โดยปกติแล้วในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด แม่ต้องใช้พลังงานสูงมาก อีกทั้งระยะเวลาการคลอดโดยทั่วไปก็กินเวลาหลายชั่วโมง ดังนั้นการงดน้ำและอาหารอาจทำให้เกิดภาวะ ketosis ในแม่ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกเกิดภาวะเครียดได้ อันอาจเป็นเหตุทำให้ต้องผ่าตัดคลอดในที่สุด<sup>2</sup> จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าแม่หลังคลอดที่งดอาหาร น้ำ และได้รับน้ำเกลือจะเกิดความเครียดระดับปานกลางถึงมากที่สุดเท่ากับร้อยละ 27, 57 และ 58 ตามลำดับ<sup>18</sup> การให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดเป็นกระบวนการดูแลที่ผู้ดูแลมักให้ต่อเนื่องจากการงดน้ำและอาหารขณะเจ็บครรภ์ เพราะเกรงว่าแม่จะหิวและขาดสารอาหารที่เป็นผลจากการงดน้ำและอาหาร ลักษณะการกระทำอย่างหนึ่งซึ่งทำให้ต้องมีการกระทำอีกอย่างหนึ่งตามมา เรียกว่า cascade of intervention<sup>2</sup> แต่การให้น้ำเกลือที่มีน้ำตาลเชิงเดี่ยวชนิดกลูโคสอยู่อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกายได้ (volume overload) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการควบคุมการหยดเข้าของน้ำเกลือที่ไม่ดีพอ แม้ว่าจะยังไม่มียารายงานว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผลลัพธ์ทางด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการให้น้ำแก่แม่ขณะคลอดไม่ว่าโดยวิธีใดๆ เช่น การให้ดื่มน้ำหรือน้ำเกลือ (hydration)<sup>13</sup> แต่ก็พบว่าภาวะโซเดียมในเลือดลดต่ำ (hyponatremia) ซึ่งอาจพบได้ในแม่ที่ได้รับน้ำเกลือนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการชัก ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะเลี้ยงยาก (feeding difficulties) และภาวะสูญเสียน้ำหลังคลอด<sup>19,20</sup> นอกจากนี้ยังพบภาวะเหลือง (jaundice) ในลูกที่มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำได้มากกว่าลูกที่มีภาวะโซเดียมในเลือดปกติ (54% และ 21% ตาม



ลำดับ)<sup>19</sup> นอกจากนี้ น้ำเกลือที่แม่ได้รับทำให้น้ำตาลในเลือดของแม่สูงขึ้น น้ำตาลที่สูงเหล่านี้ก็จะเข้าสู่ทารกทางสายสะดือส่งผลให้น้ำตาลในเลือดทารกสูงขึ้นไปด้วย และน้ำตาลในเลือดทารกที่สูงขึ้นนี้ก็จะไปกระตุ้นให้ตับอ่อนของทารกสร้างอินซูลิน (insulin) สูงขึ้นตามไปด้วย แต่หลังคลอดเมื่อมีการตัดสายสะดือแล้ว ทำให้ไม่มีน้ำตาลในเลือดแม่มาให้อีกต่อไป ดังนั้นน้ำตาลในเลือดลูกลดต่ำลงอย่างรวดเร็วกว่าการลดลงของอินซูลินที่เคยสูงอยู่ก่อนหน้านั้น ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้<sup>20,21</sup> บ่อยครั้งที่ทารกเหล่านี้ต้องถูกแยกออกไปจากแม่เพื่อตรวจเลือดเป็นระยะๆ และสังเกตอาการที่ผิดปกติ เช่น ภาวะเซื่องซึม (lethargy) ชัก หรือกระสับกระส่าย (jittery)<sup>22</sup>

#### 4. ทำทางของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

##### 4.1 ระยะที่ 1 ของการเจ็บครรภ์คลอด

แม้ว่าในขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่มโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial) เกี่ยวกับทำทางของผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์ด้านการให้นมแม่ด้วยก็ตามที่<sup>3</sup> แต่ก็มีรายงานว่ามดลูกของผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนหงายราบจะกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดกลุ่มอาการภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงายราบ (supine hypotensive syndrome) โดยจะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้<sup>33</sup>

##### 4.2 ระยะที่ 2 ของการเจ็บครรภ์คลอด

เป็นที่ยอมรับแล้วจากการศึกษาของ Gupta และ Nikodem<sup>24</sup> ว่าการที่แม่เบ่งคลอด ในระยะที่ 2 ของการคลอดขณะอยู่ในท่าลำตัวตั้งขึ้น (upright) นั้น มีผลดีกว่าท่าอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลง แม่มีความเจ็บปวดน้อยลง โอกาสการใช้สูติศาสตร์หัตถการลดลง มีการตัดฝีเย็บน้อยลง แต่มีการฉีกขาดของปากช่องคลอดระดับที่ 2 เพิ่มขึ้น แม้ว่า จะไม่มีการกล่าวถึงผลลัพธ์เกี่ยวกับการ

ให้นมแม่ไว้ก็ตาม โดยที่การเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่นนาน (prolonged labor) การใช้สูติศาสตร์หัตถการ การตัดฝีเย็บ และการใช้ยาบรรเทาปวดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความยากลำบากต่อการให้นมแม่<sup>3</sup>

#### 5. การมีผู้สนับสนุนอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลาในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด

ผู้สนับสนุนตลอดเวลาในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดนั้นมีหน้าที่ช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้คลอด โดยอาจเป็นสามี ญาติพี่น้องที่เป็นผู้หญิง เช่น แม่ หรือพี่สาว หรือเพื่อน โดยความช่วยเหลือต่างๆ เช่น ช่วยให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวตั้งขึ้น ช่วยลดความปวดโดยการนวด ใช้ผ้าชุบน้ำร้อนประคบ การพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้คลอด<sup>2</sup>

มีหลายการศึกษาที่พบว่า การที่มีผู้สนับสนุนการคลอดช่วยลดระยะเวลาการคลอดตลอดจนลดการใช้ยาแก้ปวด<sup>25,26</sup> เพิ่มการให้นมแม่แบบ exclusive breastfeeding (ร้อยละ 12.3-51.4 เทียบกับร้อยละ 7.5-29.3)<sup>26,27</sup> แต่ Gordon และคณะพบว่าผู้สนับสนุนการคลอดไม่ได้มีผลต่อการให้นมแม่<sup>28</sup>

#### 6. การผ่าตัดคลอด

มีหลายการศึกษารายงานตรงกันว่า การผ่าตัดคลอดมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการให้นมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะแรกของหลังคลอด (early postpartum period)<sup>29,30</sup> อาจมีสาเหตุจากที่ลูกถูกแยกจากแม่ในระยะแรกหลังผ่าตัด ซึ่งลูกมักจะได้นมผสมในช่วงนั้น<sup>29</sup> หรือบางรายมีโอกาสได้รับนมผสมในช่วงกลางคืน<sup>30</sup> ทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้ยังอาจมีน้ำเมือกที่ต้องดูดออกจากปากมากกว่าด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสำเร็จของการให้นมแม่หลังคลอด<sup>3</sup> ก่อนที่จะมีหลักการดูแลเกี่ยวกับ ten steps to successful breastfeeding พบว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดส่วนมากมักจะได้รับอาหาร 1 มื้อ ก่อนที่จะเริ่มได้นมแม่เป็นครั้งแรก<sup>3</sup>

แม่ที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดมักจะมีอาการปวดแผลผ่าตัด และมีผลข้างเคียงที่อาจหลงเหลือทางวิสัญญีวิทยา และจากการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ อันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้<sup>3</sup> นอกจากนี้ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราตายของแม่ในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดสูงกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด 2 เท่า<sup>3</sup> ดังนั้นผลสำเร็จของการให้นมแม่ในกลุ่มที่ผ่าตัดคลอดย่อมต่ำกว่ากลุ่มที่คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดมีผลกระทบต่อระยะเวลาของการให้นมแม่อีกด้วย โดยมีรายงานว่ามารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดหยุดให้นมแม่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์-2 เดือน<sup>29,30</sup> อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในมลรัฐอลาสกา สหรัฐอเมริกา รายงานว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอัตราการให้นมแม่ที่ 6 สัปดาห์ หลังคลอดระหว่างแม่ที่คลอดทางช่องคลอดเมื่อเปรียบเทียบกับแม่ที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด<sup>31</sup> สอริโมนที่สำคัญในการคลอดที่มีการเปลี่ยนแปลงในแม่ที่ผ่าตัดคลอด คือออกซิโทซิน โดยแม่กลุ่มนี้จะมีการเพิ่มขึ้นสูงเป็นจังหวะของออกซิโทซิน (oxytocin pulse) น้อย กว่าแม่ที่คลอดทางช่องคลอด และยังมี การเพิ่มขึ้นของโปรแลคตินหลังจากการเริ่มต้นให้นมแม่ 20-30 นาที น้อยกว่าแม่ที่คลอดทางช่องคลอด<sup>32</sup>

สรุปได้ว่า การคลอดทางช่องคลอดส่งเสริมสนับสนุนการหลังอย่างมีประสิทธิภาพของสอริโมนที่สัมพันธ์กับการสร้างและหลั่งน้ำนม คือ โปรแลคตินและออกซิโทซิน สอริโมนที่สำคัญในการคลอดอีกชนิดคือ แอดรีนาลิน หรือ catecholamine โดยพบว่ามีสอริโมนนี้ในการเจาะเลือดจากสายสะดือของทารกที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่าทารกที่คลอดโดยผ่าตัดคลอด และพบว่า ทารกที่คลอดโดยผ่าตัดคลอดมีการตอบสนองทางประสาทวิทยา และตื่นตัวน้อยกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด ทำให้ Otamiri และคณะ<sup>33</sup> ตั้งสมมติฐานว่า การที่มีสอริโมน catecholamine สูงขึ้นทันที (catecholamine surge) ในทารกที่คลอดทางช่องคลอดสูงกว่าในทารกที่

ผ่าตัดคลอด อาจมีความสำคัญในการตอบสนองทางระบบประสาทแต่เนิ่นๆ ในทารกแรกเกิด กลไกการทำคลอดศีรษะทารกในระหว่างผ่าตัดคลอดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อกระดูกท้ายทอยได้ และทารกมักถูกดูดน้ำเมือกออกจากปาก ซึ่งอาจเกิดปัญหาการทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณปาก (oral motor function) ได้<sup>3</sup>

#### 7. การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด

##### ทางช่องคลอด เช่น คีม เครื่องดูดสุญญากาศ

เป็นที่ยอมรับว่าการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด คือ คีม และเครื่องดูดสุญญากาศ สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย โดยแพทย์ผู้ทำเป็นผู้เลือกว่าจะใช้คีม หรือเครื่องดูดสุญญากาศตามสถานการณ์ในขณะนั้น แต่การใช้หัตถการทั้งสองชนิดมีโอกาสก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อทั้งแม่และลูกได้เช่นกัน

##### 7.1 การใช้คีม

เนื่องจากการใช้คีมช่วยคลอด ตัว blade จะจับอยู่บริเวณด้านข้างของใบหน้าแนว occipitomental ทำให้ขนาดของศีรษะทารกกว้างขึ้นอีกประมาณ 1-2 เซนติเมตร เพราะต้องรวมความหนาของ blade ด้วย ดังนั้นอาจเกิดการฉีกขาดของช่องคลอดได้เพิ่มขึ้น ส่วนใบหน้าของทารกตามแนวที่ blade ของคีมจับอยู่ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อใบหน้า<sup>34</sup> และเส้นประสาทสมอง (cranial nerve) คู่ที่ 5 ได้ ซึ่งเส้นประสาทคู่นี้จะมี sensory fiber ไปยังลิ้น เพดาน ฆากรรไกรล่างและจมูก นอกจากนี้ยังมี motor fiber ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อที่ควบคุมการอ้าปาก หุบปาก และการดูด ซึ่งได้แก่ กล้ามเนื้อ masseter, pterygoid, mentalis และ temporalis<sup>3</sup> โดยหลายการศึกษาได้ผลลัพธ์ตรงกันว่า การใช้คีมมีโอกาสทำให้เกิดอันตรายต่อแม่ได้มากกว่าการใช้เครื่องดูดสุญญากาศอย่างมีนัยสำคัญ<sup>34,35</sup>

##### 7.2 การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

การใช้เครื่องดูดสุญญากาศมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงต่อแม่น้อย เนื่องจากการใช้ถ้วยจับสุญญากาศ (cup)

จะจับบริเวณศีรษะของเด็ก หลังจากนั้น จึงดึงเพื่อช่วยคลอดศีรษะของเด็กต่อไป ดังนั้น ผลข้างเคียงต่อทารกจึงมีได้ค่อนข้างบ่อย เนื่องจากก่อนที่จะดึงนั้น จะต้องใช้ความดันที่เป็นลบ (negative pressure) เพื่อทำให้เกิด caput succedaneum เทียม (chignon) ให้เต็มด้วยดุดสุญญากาศ มิฉะนั้น อาจทำให้ถ่วงดุดนี้หลุดขณะที่ออกแรงดึงศีรษะทารก ในขณะที่ศีรษะของเด็กคลอด ดังนั้นเด็กทุกคนที่คลอดโดยวิธีนี้ต้องมี caput succedaneum ทุกคนไม่มากนักน้อย และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้ เช่น subgaleal hematoma, retinal hemorrhage, เหลือง cephalhematoma หรือ intracranial hemorrhage เช่น subarachnoid, intraventricular hemorrhage ได้<sup>35</sup> Hall และคณะ<sup>36</sup> ได้รายงานว่าการใช้เครื่องดูดสุญญากาศเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ (strong predictor) ของการหยุดให้นมแม่แต่เนิ่นๆ

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การใช้คีมอาจมีโอกาสนำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อแม่มากกว่าการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ แต่การใช้เครื่องดูดสุญญากาศอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกมากกว่าการใช้คีม ดังนั้นการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพื่อช่วยคลอดทางช่องคลอดไม่ว่าชนิดใดจึงควรใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมเท่านั้น

## 8. ความกลัวและความเครียด

### ในขณะเจ็บครรภ์คลอด

ความกลัว และความเครียดในขณะคลอดจะทำให้แอดรีนาลีนในเลือดแม่สูงขึ้น ซึ่งก็จะส่งผลให้ออกซิโทซิน และเอนดอร์ฟินลดต่ำลง ก็จะมีผลทำให้กระบวนการคลอดผิดปกติไป เช่น เน้นนานไปก็อาจทำให้ได้รับการดูแลการคลอดอื่นๆ ที่เป็นการแทรกแซง เช่น การให้ยาเร่งคลอด ซึ่งก็จะมีผลทำให้ปวดมากขึ้น ก็อาจได้รับยาแก้ปวด (cascade of intervention) ซึ่งการดูแลหลายอย่างก็มีผลต่อความสำเร็จของการให้นมแม่ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในตอนต้นๆ ของบทนี้ ในปี ค.ศ. 1977 Lederman และคณะ<sup>37</sup> ได้รายงานว่าแม่ที่มีระดับของแอดรีนาลีนที่ต่ำในระยะแรกๆ

ของการคลอดจะทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดรวดเร็วกว่าแม่ที่มีระดับของแอดรีนาลีนที่สูงกว่า นอกจากนี้พวกเขายังได้รายงานอีกในปีค.ศ. 1978<sup>38</sup> ว่าแม่ที่มีระดับแอดรีนาลีนสูงขณะคลอดจะมีการหดตัวของมดลูกที่น้อยกว่า และมีระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานกว่าแม่ที่มีระดับแอดรีนาลีนต่ำกว่า Zardano และคณะ<sup>39</sup> ได้รายงานไว้ว่า เอนดอร์ฟินในหัวน้ำนม (colostrum) และน้ำนมวันที่ 4,10 และ 30 หลังคลอดของแม่ที่คลอดก่อนกำหนดทางช่องคลอดมีปริมาณสูงกว่ากลุ่มที่คลอดครบกำหนดไม่ว่าจะคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอด พวกเขาจึงตั้งสมมติฐานว่า การที่เอนดอร์ฟินสูงขึ้นอาจเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเครียดหลังคลอด Chen และคณะ<sup>40</sup> ตั้งสมมติฐานว่าระยะเวลาการคลอดที่เนิ่นนานจะทำให้ฮอร์โมนแห่งความเครียดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในสายสะดือเพิ่มขึ้น และทำให้กระบวนการการสร้างน้ำนมล่าช้าไป

นอกจากนี้ระยะที่ 2 ของการคลอดที่เนิ่นนานมีความสัมพันธ์กับช่วงเวลาระหว่างที่เด็กคลอดกับการให้นมแม่ครั้งแรก โดยระยะเวลาการคลอดที่เนิ่นนานก็จะทำให้แม่เหนื่อย และเครียดติดตามมาในที่สุด Dewey และคณะ<sup>41</sup> เสนอกลไกเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดดังนี้

1. มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างความเครียดกับการกดการหลั่งออกซิโทซิน และถ้าเกิดซ้ำๆ แล้วจะลดการระบายน้ำนมเกลี้ยงเต้า (emptying of the breast)
2. การระบายน้ำนมออก (milk removal) อาจไม่ได้กระตุ้น (trigger) กระบวนการผลิตน้ำนมระยะ 2 แต่การรบกวนการหลั่งน้ำนม (milk ejection) บ่อยๆ จะลดอัตราการสร้างน้ำนมได้
3. หากการเจ็บครรภ์ และคลอดเนิ่นนาน หรือมีภาวะที่แม่และเด็กเกิดความเครียด เช่น การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน สามารถทำให้เด็กอ่อนแอ, เหนื่อย, หรือทำให้สับสนต่อ latch on หรือดูอย่างมีประสิทธิภาพ

## สรุป

การดูแลการคลอดมีผลต่อการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลการคลอดตามแนวทางการคลอดวิถีธรรมชาติ ซึ่งมีหลักการ คือ สนับสนุนให้ร่างกายแม่ทำงานได้อย่างเต็มที่โดยไม่รบกวนการทำงานของธรรมชาติขณะเจ็บครรภ์คลอด ปกป้องธรรมชาติของการคลอด โดยหลีกเลี่ยงการดูแลที่เป็นกิจวัตรโดยให้ทำเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น ให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอแก่แม่ในระหว่างคลอด ใช้วิธีการบรรเทาอาการปวดจากการหดตัวของมดลูกระหว่างการคลอดที่ไม่ใช่ยา มองเห็นความเป็นปัจเจกกว่า แม่แต่ละคนนั้นไม่เหมือนกันอย่างสิ้นเชิงทั้งร่างกายและจิตใจ

ส่วนการดูแลการคลอดต่อไปนี้มีผลกระทบต่อการใช้ยาบรรเทาปวดในระหว่างเจ็บครรภ์คลอดทั้งกลุ่ม meperidine และ epidural anesthesia การตัดฝีเย็บ การงัดน้ำหรืออาหาร และการให้น้ำเกลือขณะเจ็บครรภ์คลอด การจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้คลอดในท่านอนอย่างเดียวยขณะเจ็บครรภ์คลอด และการคลอดในท่าขบนิ้ว หรือหงายราบ การไม่มีผู้สนับสนุนอยู่กับผู้คลอดตลอดเวลาในขณะเจ็บครรภ์คลอด การผ่าตัดคลอด การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น คีม เครื่องดูดสุญญากาศ ความกลัวและความเครียดในขณะเจ็บครรภ์คลอด

ดังนั้นการดูแลการคลอดจึงควรใช้หลักการคลอดวิถีธรรมชาติโดยหลีกเลี่ยงการดูแลการคลอดที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาบรรเทาปวด เพื่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-friendly Hospitals Initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. ISBN 978 92 4 159496 7 (v. 1). Geneva: WHO Document Production Services; 2009. p. 39.
- เอกชัย โค้วาวิสารัช, ธนิต หัพนานนท์. การคลอดวิถีธรรมชาติ. ใน : เยือน ต้นไม้รันดร, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารก. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย ; 2544. หน้า 187-201.
- Nissen E, Widström AM, Lilja G, Matthiesen AS, Uvnäs-Moberg K, Jacobsson G, et al. Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta Paediatr* 1997;86(2):201-8.
- Bricker L, Lavender T. Parenteral opioids for labor-pain relief : A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S 94-109.
- Kuhnert B, Linn PI, Kenard MJ, Kuhnert PM. Effects of low doses of meperidine on neonatal behavior. *Anesth Analg* 1985;64:335-42.
- Baumgarder DJ, Muehl P, Fischer M, Pribbenow B. Effect of epidural anesthesia on breastfeeding of healthy fullterm newborns delivered vaginally. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:7-13.
- Wagner M. Pursuing the birth machine : a search for appropriate birth technology. New South Wales ; ACE graphics. 1994.
- Angioli R, Gonez-Martin O, Cantuaria G, O' Sullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery : The University of Miami experience. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182: 1083-5.
- Rodríguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for prevention of third-or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:285. E 1-4.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* : CD000081, 2009.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Episiotomy. *Practice Bulletin*. No 71, April 2006.
- Sleep J, Grant A, Garcia J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. *BMJ* 1984;289:587-90.
- Kroger M, Smith LJ, editors. Impact of birthing practices on breastfeeding : protecting the mother and baby continuum. Boston : Jones and Bartlett Publishers ; 2004.
- World Health Organization. Safe motherhood. Care in normal birth : a practical guide. Geneva : WHO; 1996.
- Elkington KW. At the waters edge where obstetrics and anesthesia meet. *Obstet Gynecol* 1991;77:304-8.
- Sleutel M, Golden SS. Fasting in labor : relic or requirement. *JOGNN* 1999;28:507-12.
- Ludka LM, Roberts CC. Eating and drinking in labor : a literature review. *J Nurse Midwifery* 1993;38:199-207.
- Simkin P. Stress, pain, and catecholamines in labor, part 2 : stress associated with childbirth events a pilot survey of new mothers. *Birth* 1986;33:234-40.
- Singh S, Chookang E, Hall J, Kalqhatqi S. Iatrogenic neonatal and maternal hyponatremia following oxytocin and aqueous glucose infusion during labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1985;92:356-63.
- Singh S. Effect of maternal intrapartum glucose therapy on neonatal blood glucose levels and neurobehavioral status of hypoglycemia term newborn infants. *J Perinat Med* 1988;16:217-24.
- Newton N, Newton M, Broach J. Psychologic, physical, nutritional and technologic aspects of intravenous infusion during labour. *Birth* 1998;15:67-72.
- Biancuzzo LM, editor. Breastfeeding the newborn. St.Louis : CV Mosby ; 1999.
- Bieniarz J, Maqueda E, Caldeyro-Borcia R. Compression of aorta by the uterus in late pregnancy I : variations between femoral and brachial artery pressure with changes from hypertension to hypotension. *Am J Obstet Gynecol* 1966;95:795-808.
- Gupta JK, Nikodem VC. Women's position during second stage of labour (Cochrane review). In : The Cochrane Library. Issue 3, 2001. Oxford : Update software.
- Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991; 265:2197-201.
- Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment : effects on progress and perception of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:756-64.
- Langur A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' well being in a Mexican public hospital : a randomized clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 : 105:1056-63.
- Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospital. *Obstet Gynecol* 1999; 93:422-6.
- Procianoy RS, Fernandes - Fillro PH, Lazaro L, Sartori NC. Factors affecting breastfeeding : the influence of caesarean section. *J Trop Pediatr* 1984;30:39-42.
- Samuels SE, Margen S, Schoem EJ. Incidence and duration of breastfeeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr* 1985;42:504-10.
- Janke JR. Breastfeeding duration following cesarean and vaginal births. *J Nurse Midwife* 1988;33:159 -64.
- Nissen E, Uvnäs -Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by cesarean section or by the vaginal route. *Early Hum Dev* 1996;45:103-48.
- Otamiri G, Berg G, Ledin T, Leijon I, Lagercrantz H. Delayed neurological adaptation in infants delivered by elective cesarean section and the relation to catecholamine levels. *Early Hum dev* 1991;26:51-60.
- O' Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No : CD0054585. DOI : 10.1002 / 14651858. CD005455. Pub 2.
- Johanson RB, Menon BKV. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane review) In : The Cochrane Library. Issue 4, 1999. Oxford : Update software.
- Hall RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, et al. A breastfeeding assessment score to evaluate the risk for cessation of breastfeeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatr* 2002;141:659-64.
- Lederman R, McCann D, Work B, Huber MJ. Endogenous plasma epinephrine and norepinephrine in last trimester and labor. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:5-8.
- Lederman R, Lederman E, Work BA Jr. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1978 ;132:495-500.
- Zanardo V, Nicolussi S, Carlo G, Maizari F, Faggian D, Favaro F, et al. Beta-endorphin concentrations in human milk. *J Pediatr*

Gastroenterol Nutr 2001;33:160-4 .

40. Chen DC, Nommsen- Rivers L, Dewey KG, Lonnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. Am J Clin Nutr 1998;68:335-44.

41. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis. J Nutr 2001;131:3012S-5S.

## บทที่ 14 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงโงแรกคลอด

ญพยง ราชบัณฑิตยสถาน

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการตามวิถีธรรมชาติ ที่ต่อเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทารกเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณในการดูดนมแม่ เพื่อให้ได้อาหารซึ่งจำเป็นต่อการมีชีวิตรอดของทารก โดยเร็วที่สุด การคลอดแบบธรรมชาติ มีความสำคัญในการส่งเสริมให้มีการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นโดยเร็ว<sup>1</sup> จากการศึกษาที่แม่และลูกได้มีโอกาสอยู่ด้วยกันทันทีหลังคลอด แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) กระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมแม่ของลูก สร้างความผูกพันระหว่างแม่และลูก (bonding) สูติแพทย์และพยาบาลในห้องคลอดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในช่วงเวลาหลังคลอดทันที ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้แม่ได้เริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนมในระยะต่อมา ถ้าแม่ได้รับการสนับสนุนในระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จและระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มียาวนานขึ้น<sup>2</sup>

**ผลดีของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว** สิ่งสำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วคือการให้แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อเร็วที่สุดหลังคลอดโดยเฉพาะใน 30 นาทีแรก ให้อยู่ด้วยกันอย่างน้อยที่สุดนานหนึ่งชั่วโมงโดยไม่มีกรรบกวน และให้ลูกดูดนมแม่ เป็นการส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมนต่างๆ โดยเฉพาะฮอร์โมนโปรแลคตินที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมทำให้น้ำนมมาเร็ว และฮอร์โมนออกซิโทซินที่กระตุ้นให้แม่และลูกแสดงพฤติกรรมตามสัญชาตญาณ สร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่างแม่และลูก และทำให้การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ รวมทั้งลดความเสี่ยงของแม่จากการตกเลือดหลังคลอด

### ผลดีของการให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ

1. ช่วยรักษาความอบอุ่นของร่างกายทารก ให้อุ่นจากสัมผัสของแม่ช่วยรักษาอุณหภูมิกายให้แก่ลูก ลดโอกาสการเกิดภาวะตัวเย็น (hypothermia) ทารกที่ได้รับการกอดเนื้อแนบเนื้อ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับมีอุณหภูมิที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>3-5</sup>
2. แม่และลูกสงบ ปกติทารกในระยะแรกเกิดมีความเครียดที่เกิดจากการคลอด โดยพบระดับฮอร์โมนความเครียด เช่น catecholamines และ cortisol ในเลือดทารกสูงขึ้น<sup>6</sup> การโอบกอดเนื้อแนบเนื้อเป็นการลด sympathetic tone ทำให้ความเครียดของทารกลดลง ซึ่งช่วยให้ทารกปรับตัวง่ายขึ้นเมื่อออกมานอกครรภ์แม่<sup>7</sup> ผลของการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินและเอนดอร์ฟินขณะโอบกอด ช่วยทำให้แม่มีความสงบและมีพฤติกรรมแสดงความรักและความเอาใจใส่ต่อลูกมากขึ้น<sup>8</sup>
3. ลดการร้องกวนของทารก Christensson และคณะ<sup>4</sup> ได้ศึกษาการร้องกวนของทารกหลังเกิด โดยแบ่งทารกออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่หนึ่ง ทารกได้รับการกอดเนื้อแนบเนื้อจากแม่นาน 90 นาที กลุ่มที่สอง ทารกถูกแยกจากแม่ และกลุ่มที่สาม ทารกถูกแยกจากแม่นาน 45 นาที แล้วนำกลับมาให้แม่โอบกอดเป็นเวลา 45 นาที พบว่าทารกกลุ่มที่หนึ่งจะร้องกวนน้อยกว่ากลุ่มที่สองและกลุ่มที่สาม การร้องกวนของทารกเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงภาวะเครียดของทารกจากการถูกแยกแม่ลูก เป็นการเรียกร้องของทารก (separation distress call) เพื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับแม่ ดังจะเห็นว่าในกลุ่มที่สามทารกจะร้องกวนน้อยลงเมื่อได้กลับมาอยู่กับแม่

4. ช่วยด้านสรีรวิทยาของทารก ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและระดับน้ำตาล การที่

ทารกสงบและอุณหภูมิกายทารกอยู่ในระดับปกติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจสม่ำเสมอ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ และภาวะความเป็นกรดในเลือดกลับมามีค่าได้เร็ว ผลวิจัยจาก meta-analysis แสดงให้เห็นว่าทารกที่ได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อเป็นเวลานาน 90 นาที มีอัตราการหายใจต่ำกว่า และระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าทารกที่ไม่ได้รับการโอบกอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจแม้ว่าจะต่ำกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างกับทารกที่ไม่ได้รับการโอบกอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>2</sup>

5. ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ การให้ทารกได้สัมผัสแม่เป็นคนแรกหลังเกิด ผิวหนังของทารกได้รับจุลินทรีย์ประจำถิ่นชนิดเดียวกับแม่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ไม่ก่อโรค และลดโอกาสการสัมผัสเชื้อโรคจากแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล<sup>3</sup> การให้ลูกได้ดูดนมแม่โดยเร็วหลังเกิดทำให้ลูกได้รับหัวน้ำนมซึ่งมีภูมิคุ้มกันเชื้อโรคสูง ได้รับสาร bifidus ซึ่งเป็นสาร prebiotic ที่ช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ประจำถิ่นในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะช่วยป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อที่ก่อโรค ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

6. ส่งเสริมความผูกพันทางจิตใจระหว่างแม่และลูก (bonding) ในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงสำคัญของการสร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่าง

แม่และลูก เพราะลูกได้รับการกระตุ้นทุกประสาทสัมผัส ที่ช่วยเสริมสร้างการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน หรือที่เรียกว่าฮอร์โมนแห่งความรัก (love hormone) ทำหน้าที่กระตุ้นความเป็นแม่สูงขึ้น ทำให้แม่มีพฤติกรรมที่แสดงความรักความผูกพันต่อลูกมากขึ้น เช่น แม่สัมผัสลูกลูบไล้ลูก กอดจูบลูก คุยกับลูก มากกว่าแม่ที่ไม่ได้กอดสัมผัสลูกในช่วงเวลานี้<sup>4</sup> การให้ลูกดูดนมแม่ต่อไปอย่างสม่ำเสมอ ยิ่งช่วยเพิ่มความรักความผูกพันต่อลูกมากขึ้น กระตุ้นให้แม่เอาใจใส่ดูแลลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสำคัญต่อพื้นฐานอารมณ์ของลูกและพฤติกรรมของแม่ หากความสัมพันธ์ในช่วงนี้เป็นไปด้วยดีจะเป็นจุดเริ่มต้นความสัมพันธ์ที่ดีต่อไปในอนาคต<sup>5</sup>

7. กระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนม ในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรกที่ทารกนอนอยู่บนอกแม่เนื้อแนบเนื้อ ทารกจะอยู่ในภาวะตื่นตัวอย่างสงบ (quiet alert state) ประมาณ 20-30 นาทีหรือนานกว่านั้น<sup>6</sup> หลังจากนั้นจะแสดงสัญญาณหิว (feeding cue) ก่อนเริ่มต้นการดูดนม ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการยกศีรษะและมองไปรอบๆ แลบลิ้น เขามือเข้าปากและดูดนิ้ว น้ำลายไหล พร้อมกับคืบคลานเข้าหาเต้านมของแม่ (breast crawl) จากการมองเห็นสีเข้มของหัวนมและลานนมและกลิ่นของเต้านมแม่<sup>7</sup> และเมื่อพบหัวนมทารกจะอ้าปากกว้างเพื่งับหัวนมและลานนม และดูดนมแม่ (รูปที่ 14.1) โดยทั่วไปทารกจะมีปฏิกิริยา



ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด วางทารกไว้หน้าอกของแม่ ผิวกายทารกสัมผัสกับแม่เนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดหลังคลอด



ทารกอยู่ในระยะตื่นตัวอย่างสงบ สัมผัสและคืบคลานเข้าหาเต้านมแม่ (breast crawl)



เมื่อสัมผัสบริเวณลานนม ทารกอ้าปากกว้างงับหัวนมและดูดนมโดยอัตโนมัติ

รูปที่ 14.1 สัญชาตญาณการดูดนมในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรก

ตอบสนองอัตโนมัติต่อการดูดตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งจะเกิดในช่วงประมาณ 45 นาทีแรก ทารกบางรายอาจใช้เวลาเกินกว่า 1 ชั่วโมง ซึ่งการดูดนมของทารกในช่วงนี้จะแรงมากและมีประสิทธิภาพ<sup>11,13</sup> หลังจากนั้นการดูดจะค่อยๆ ลดลงและหายไปภายใน 2-2.5 ชั่วโมง ทารกจะนอนหลับเป็นส่วนใหญ่และมีการเคลื่อนไหวลดลง หากมีการขัดขวางการดูดนมในระยะนี้อาจต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อฝึกฝนให้ทารกดูดนม<sup>14</sup>

### การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด<sup>15</sup>

1. ควรให้ทารกที่คลอดปกติและมีสุขภาพแข็งแรงทุกรายได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อจากแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยเช็ดตัวทารกหลังเกิดให้แห้งด้วยผ้าแห้งสะอาด อุณหภูมิและปราศจากเชื้อ นำทารกที่เปลือยไม่สวมผ้ามานอนคว่ำลงบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมของแม่ ให้ผิวกายลูกสัมผัสผิวกายแม่ให้มากที่สุด ห่มผ้าให้แม่และลูก และอาจสวมหมวกให้ลูกเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน และควรปรับอุณหภูมิห้องคลอดให้อบอุ่น

ลูกที่เกิดจากแม่ที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อเช่นเดียวกับทารกปกติ เพื่อเสริมสร้างความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูก ในทารกที่มีปัญหาด้านสุขภาพในระยะแรกเกิด ควรนำทารก มาให้แม่กอดเนื้อแนบเนื้อเมื่อพ้นระยะวิกฤติของปัญหาสุขภาพ

2. เลื่อนการปฏิบัติด้านการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรออกไปอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพราะอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อทันทีหลังเกิด หรือทำให้การโอบกอดต้องล่าช้า และมีผลกระทบต่อ การเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว เช่น การชั่งน้ำหนัก การทำความสะอาดร่างกายทารก การฉีดยาวิตามินเค หรือการหยอดตา เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรนี้สามารถทำภายหลังการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์

### บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการส่งเสริมการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว

การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลดีของการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถให้ความช่วยเหลือแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มอัตราการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็วเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก<sup>16</sup>

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาล ควรจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย และใช้เวลาแก่แม่ ช่วยเหลือแม่ให้มีความสุขสบาย ชี้ให้แม่เห็นพฤติกรรมตามสัญชาตญาณของลูก เช่น การตื่นตัวของลูก สัญญาณหิวของลูก (feeding cue) หลีกเลียงการรีบเร่งทารกให้ดูดนม หรือการพยายามใส่หัวนมเข้าไปในปากทารก ให้ทารกได้ค้นหาเต้านมและดูดนมแม่ด้วยตนเอง และสอนแม่ถึงวิธีการจับอมหัวนมและลานนมที่ถูกต้อง นุ่มนวลและไม่รีบเร่ง ไม่ควรเร่งรัดหรือกำหนดระยะเวลาในการดูดนมของลูก เนื่องจากเป็นเพียงการเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรก ลูกเพิ่งจะได้สัมผัสแม่ครั้งแรก ให้ลูกรับรู้กลิ่นแม่ สัมผัสจากอ้อมอกแม่ได้เรียนรู้วิธีที่จะดูดนมมากกว่าการได้น้ำนม และให้ความช่วยเหลือเมื่อมีการดูดนมในครั้งต่อไป เพื่อให้แม่ได้เรียนรู้ทำให้นมลูก การอมงับหัวนมที่ถูกต้อง สัญญาณหิวของทารกและทักษะอื่นๆ ที่จำเป็น รวมทั้งการสร้างเชื่อมั่นให้กับแม่ โดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อทำได้ถูกต้อง<sup>17</sup>

### การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ผ่าตัดคลอด<sup>18</sup>

การผ่าตัดคลอดไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถ้าแม่และลูกไม่มีปัญหาทางด้าน



การแพทย์ แม่สามารถให้ลูกดูนมแม่ได้ทันที เช่นเดียวกับแม่ที่คลอดปกติ เพียงแต่ในวันแรกๆ หลังคลอดจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ รวมทั้งสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจแก่แม่ว่าสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

### อุปสรรคของการผ่าตัดคลอดต่อการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

#### ด้านแม่

1. มีอาการร่วงซึมจากการได้รับยาสงบ หรือยาระงับความเจ็บปวดระหว่างคลอดทำให้ตอบสนองได้ไม่เต็มที่หรือล่าช้าออกไป ส่งผลให้การเริ่มต้นให้ลูกดูนมแม่ล่าช้าออกไปด้วย นอกจากนี้ฤทธิ์ของยาที่แม่ได้รับอาจมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติในทารกแรกเกิด (new-born reflexes) ได้แก่ rooting และ suckling reflex
2. ความอ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์ที่ยาวนาน หรือการงดอาหารและน้ำดื่ม ระหว่างการคลอด ภายหลังคลอด หรือการได้รับสารอาหารทดแทนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ทำให้แม่อ่อนเพลีย
3. การไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือถูกจำกัด ให้นอนอยู่บนเตียงเนื่องจากเจ็บแผลผ่าตัด รวมทั้งการใส่สายสวนปัสสาวะ และการได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือด
4. ภาวะจิตใจของแม่ที่อาจได้รับความกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น

#### ด้านลูก

1. ทารกมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่ได้ดูนมแม่ครั้งแรกตามเวลาที่กำหนด ทำให้ลูกได้รับน้ำมน้อยหรือได้รับช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะได้รับนมผสมตั้งแต่แรกเกิด
2. ทารกอาจมีปัญหาด้านการหายใจ เนื่องจากการผ่าตัดคลอด และกระบวนการนำทารกมาโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ การได้รับบาดเจ็บในช่องปากและคอจากการดูดน้ำเมือกจะรบกวนการดูนมครั้งแรก
3. ทารกมักจะถูกแยกไปดูแลในห้องเด็กอ่อน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

### การช่วยเหลือแม่ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. กระตุ้นให้แม่ได้โอบกอดเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดทันทีที่แม่รู้สึกตัว แม่ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดเข้าไขสันหลัง (spinal anesthesia) จะสามารถตอบสนองต่อลูกได้เช่นเดียวกับแม่ที่คลอดทางช่องคลอด แต่แม่ที่ได้รับการดมยาสลบในการผ่าตัดคลอดอาจรู้สึกตัวช้า และสัมผัสพันธกับลูกได้น้อย อาจจะทำให้แม่โอบกอดลูกในห้องพักฟื้นเมื่อแม่สามารถตอบสนองได้ โดยให้พ่อหรือสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือตลอดเวลา
2. การช่วยจัดท่าให้นมแม่ที่สะดวกสบาย เช่น ทำนอนตะแคง หรือทำนอนหงายโดยวางลูกบนด้านข้างของหน้าอกแม่คล้ายทำอุ้มลูกฟุตบอล เป็นต้น จะช่วยลดการเจ็บแผลในช่วงแรก

#### สรุป

วิธีการที่ดีที่สุดในการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเร็ว คือการช่วยแม่ให้ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดในรายที่คลอดปกติ หรือโดยเร็วที่สุดทันทีที่แม่รู้สึกตัว ในกรณีผ่าตัดคลอด และให้นานอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมง ซึ่งระยะชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงที่ลูกตื่นตัวเต็มที่ จะเป็นการกระตุ้นสัญชาตญาณการดูนมของลูก ทำให้ลูกได้ดูนมแม่เร็ว กระตุ้นให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเร็ว ลูกได้รับภูมิคุ้มกันโรคจากหัวน้ำนมแม่ ปกป้องลูกจากการติดเชื้อ กระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งส่งเสริมสัญชาตญาณความเป็นแม่ สร้างความผูกพันทางจิตใจระหว่างแม่ลูก ช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มต้นและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น การโอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อยังช่วยป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในลูก บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ความสำคัญและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้งในแม่ที่คลอดปกติและแม่ที่ได้รับการผ่าตัดคลอด



เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. WHO/CHD/98.9 Geneva: World Health Organization; 1998. p. 23-30.
2. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (review). Cochrane Database of Syst Rev :CD003519, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD003519. Available from URL: <http://www.thecochranelibrary.com>
3. Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A, De La Fuente P, Lagercrantz H, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. Acta Paediatrica 1992;81:488-93.
4. Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnäs-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. Acta Paediatr 1995; 84: 468-73.
5. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St. Petersburg. Acta Paediatr 2003; 92:320-6.
6. Cooper RL, Goldenberg RL. Catecholamine secretion in fetal adaptation to stress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1990;19:223-6.
7. Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2004;113:858-65.
8. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interactions and emotions. Psychoneuroendocrinology 1998; 23:819-35.
9. 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; 2009. p. 89.
10. Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. Pediatrics 1998;102:1244-6.
11. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990;336:1105-7.
12. Varendi H, Porter RH. Breast odour as the only maternal stimulus elicits crawling towards the odour source. Acta Paediatr 2001;90:372-5.
13. 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.
14. WHO/UNICEF/USAID. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: World Health Organization; 2008.

# บทที่ 15 แนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วย หลังคลอด

เยวากา จงเป็นสุขเสก

หลังการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด แม่หลังคลอดทุกคนควรได้รับความช่วยเหลือและให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้มีความมั่นใจและมีทักษะในการอุ้มลูกให้ถูกท่า และให้ลูกดูดนมได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอและยังคงมีน้ำนมอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าแม่ลูกจะแยกจากกัน ในกรณีที่ลูกป่วยหรืออยู่ในการดูแลเป็นพิเศษ แม่ควรได้รับการช่วยเหลือและแนะนำวิธีการบีบ เต้านม น้ำนมสำหรับลูก รวมทั้งวิธีการป้อนนมด้วยวิธีอื่น เช่นการป้อนด้วยถ้วยแก้ว การช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพจะทำให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และลดปัญหาที่อาจเกิดจากการปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ประสบผลสำเร็จ

## แนวปฏิบัติในการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญในการทำให้แม่มีน้ำนมเพียงพอและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการให้นมไม่ถูกต้อง โดยเริ่มต้นจากการจัดท่าให้นมลูกและลูกดูดนมถูกต้อง ให้ลูกดูดนมบ่อยครั้ง ตามความต้องการของลูก ให้แม่และลูกอยู่ด้วยกัน ตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่น ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ไม่ควรให้ทารกดูด จุกนมยางหรือจุกนมปลอม และมีการประเมินความเพียงพอของการได้รับน้ำนมขณะอยู่ในโรงพยาบาล และขณะนัดมาติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระหว่างความช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ข้อมูลแก่แม่ว่า ในช่วงแรกนี้น้ำนม

แม้อยังมาไม่เต็มที่ ลูกสามารถนำไขมันที่สะสมมาใช้ เป็นพลังงานทดแทนได้ ดังนั้นจึงไม่ควรให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่นแก่ลูกในระยะนี้ เพราะจะทำให้ลูกอ้วน ดูดนมแม่น้อยลง มีผลทำให้การสร้างน้ำนมลดลง จึงควรพิจารณาเสริมน้ำ หรือนมผสม เฉพาะกรณีที่มีข้อ บ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น

## การจัดท่าให้นมลูก (Positioning)

การจัดท่าให้นมลูก หมายถึง การช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำแม่ให้รู้วิธีการอุ้มลูกที่ถูกต้องและช่วยให้ลูก อมหัวนมและลานนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่าอุ้มที่เหมาะสมจะช่วยให้ลูกดูดนมและกลืนนมได้ดี และช่วยผ่อนคลายการเกร็งของกล้ามเนื้อจากการอุ้มลูก ท่าอุ้มที่ไม่ถูกต้องเป็นปัญหาที่พบบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่ที่มีลูกคนแรก

### การช่วยเหลือในการจัดท่าให้นมลูก

ในช่วงแรกหลังคลอด ควรช่วยเหลือแม่ในการอุ้ม ลูกให้ถนัดและสบายทั้งทำนอง ทำนอน หรือทำนองกึ่งนอน (Fowler's position) ซึ่งเป็นท่าที่สบายค่อนข้างมากโดยเฉพาะแม่ที่ผ่าตัดคลอด ท่าที่ให้นมลูกแต่ละท่าอาจเหมาะกับสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ควรฝึกแม่ให้นมลูกได้ในท่าต่างๆ กัน ทั้งในทำนองและทำนอน เพื่อนำมาใช้ในสถานการณ์ที่ต่างกัน ขณะอุ้มลูกควรมีหมอนหลายใบหรืออุปกรณ์อื่นๆ เพื่อช่วยเสริมในการอุ้มลูกให้ถนัดและสบาย หมอนอาจใช้หนุนบริเวณ ศีรษะและด้านหลังของแม่ สอดไว้ใต้แขนหรือวางบนตักเพื่อช่วยให้แม่ยกลูกให้สูงขึ้นมาบริเวณเต้านมได้ง่ายและลูกสามารถเข้าหาเต้านมได้สะดวก ในทำนองบนเก้าอี้ อาจจะมีที่รองเท้าเพื่อวางเท้าให้อยู่ในแนวราบไม่เขย่งหรือลอย

การใช้มือจับประคองเต้านมในระหว่างการเอาลูกเข้าเต้าและให้นมลูกมีความสำคัญในการช่วยให้ทารกอมหัวนมและลานนมและดูดนมได้ดี วิธีที่ใช้กันบ่อยมี 2 วิธี คือ “C hold” และ “V hold” หรือ “scissor hold” ส่วนวิธีอื่นๆ เช่น “U hold”<sup>2</sup> (รูปที่ 15.1)

“C hold” คือการจับประคองเต้านมเป็นรูปตัว C วิธีนี้ช่วยให้คางของลูกไม่ต้องรับน้ำหนักของเต้านมแม่ และยังช่วยจัดรูปของเต้านมให้เหมาะกับการเข้าเต้าได้ดีขึ้น โดยใช้ 4 นิ้วซ้อนเต้านมด้านล่าง หัวนมต้องออกอยู่ในแนวตรงหรือเฉียงต่ำลงเล็กน้อย นิ้วหัวแม่มือไม่ควรกดให้หัวนมกระดกขึ้นอาจทำให้หัวนมแตกได้เมื่อทารกดูดนมแม่ นิ้วของแม่จะต้องอยู่เหนือขอบนอกของลานนม เพื่อให้ลูกอมคาบหัวนมได้ลึกถึงลานนม แม่ที่มีเต้านมใหญ่อาจไม่สะดวกที่จะจับเต้านมวิธีนี้ อาจเอาผ้าขนหนูม้วนเป็นก้อนยาววางใต้ฐานนมเพื่อพยุงเต้านมไว้

“V hold” หรือ “scissor hold” โดยใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางคืบ แม่ส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีนี้ ซึ่งไม่ใช่วิธีที่ผิด แต่ทำให้ไม่สามารถยึดนิ้วห่างจากกันได้มากเท่า C hold

และนิ้วจะขวางบริเวณลานนมทำให้ทารกอมหัวนมได้ไม่ลึกพอ และนิ้วอาจกดบริเวณท่อนนม ทำให้น้ำนมไหลได้ไม่ดี “V hold” ใช้ในกรณีที่แม่มีมือใหญ่และเต้านมเล็ก

ส่วน “U hold” หรือ “dancer hand position” โดยการหมุนมือจากท่า “C hold” 90 องศา หัวแม่มือจะอยู่ที่ด้านข้างของเต้านม อีก 4 นิ้วอยู่ตรงข้ามบริเวณสวนกลางของเต้านม ช่วยในการประคองกรามของทารกให้อยู่กับเต้าแม่ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กดกระพุ้งแก้มของทารกเข้าหากันเบาๆ เพื่อปิดช่องว่างระหว่างกระพุ้งแก้มในปากของทารกและหัวนมแม่ ทำให้ปากของทารกทุกส่วนแนบสนิทกับเต้านมแม่ วิธีนี้มักใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด หรือทารกที่ดูดนมไม่แข็งแรง

ในระหว่างการช่วยเหลือหรือแนะนำแม่ในการจัดท่าให้นมลูก บุคลากรควรสังเกตว่าแม่ทำได้หรือไม่ ถ้าทำไม่ได้หรือไม่ถูกต้องควรอธิบาย และแสดงวิธีการจัดทำโดยใช้ตุ๊กตาสาธิตให้แม่ดูและให้แม่ทำตามไม่ควรจับต้องตัวแม่และลูกโดยไม่จำเป็น (hand off



C hold

V hold

U hold หรือ dancer hold

นิ้วขวางบริเวณลานนม ทำให้ทารกอมได้ไม่ลึกพอ

รูปที่ 15.1 การจับประคองเต้านม วิธีต่างๆ

technique) ถ้าจำเป็นต้องช่วยแม่ ให้สัมผัสแขนและมือของแม่อย่างนุ่มนวล เพื่อให้แม่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและปฏิบัติได้ถูกต้อง และควรให้กำลังใจและสนับสนุนแม่ให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

ท่าของแม่ในการให้นมลูก ที่พบบ่อย<sup>6</sup> ได้แก่

### 1. ท่านั่ง

1.1 ท่าลูกนอนขวางบนตัก (cradle hold) เป็นท่าที่ใช้กันบ่อยที่สุด อุ้มลูกให้อยู่ระดับเดียวกับเต้านมแม่ ใช้แขนโอบด้านหลังของลูก และฝ่ามือรองช้อนก้นลูก แขนที่โอบลูกงอให้ข้อศอกรองรับศีรษะหรือบริเวณลำแขนของแม่ ลำตัวลูกตะแคงเข้าหาตัวแม่ ท้องของแม่และลูกชิดกันโดยให้ศีรษะ ไหล่ และสะโพกของทารกอยู่ในระดับเส้นตรงเดียวกัน ศีรษะอยู่เหนือลำตัวเล็กน้อย อาจใช้หมอนหนุนตักและแขนเพื่อรองรับตัวทารกจะช่วยลดอาการเมื่อยล้าจากการอุ้มลูก (รูปที่ 15.2.1)

1.2 ท่าลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (modified/cross cradle hold) คล้ายท่าที่ 1 แต่เปลี่ยนมือและ

แขนข้างที่ใช้อุ้มลูกมาจับเต้านม ส่วนมืออีกข้างประคองต้นคอ ท้ายทอยและหลังลูก (รูปที่ 15.2.2) ท่านี้จะช่วยลูกอมหัวนมและลานนมได้สะดวก และมองเห็นการเคลื่อนไหว ของศีรษะลูกได้ชัดเจน

1.3 ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (clutch hold หรือ football hold) อุ้มลูกกอดกระชับกับสีข้างแม่ในท่าตะแคง ขาลูกชี้ไปทางด้านหลังของแม่ มือข้างเดียวกับตัวเด็กประคองต้นคอและท้ายทอยลูก ส่วนมืออีกข้างจับเต้านมไว้ (รูปที่ 15.2.3) ท่านี้เหมาะสำหรับแม่ที่ผ่าตัดคลอดลูกแฝด ลูกตัวเล็กหรือลูกเกิดก่อนกำหนด หรือแม่เต้านมใหญ่

### 2. ท่านอน (side lying position)

แม่ลูกนอนตะแคงเข้าหากัน แม่นอนศีรษะสูงเล็กน้อย หลังและสะโพกตรง ใช้มือด้านบนจับเต้านมและหัวนมให้ตรงกับปากลูก แขนอีกข้างหนึ่งโอบหลังลูกให้ชิดลำตัวแม่ อาจใช้ผ้าม้วนหรือหมอนหนุนหลังลูกแทนแขนแม่ก็ได้ (รูปที่ 15.2.4) ท่านี้เหมาะสำหรับแม่ที่ผ่าตัดคลอดต้องการพักผ่อนและให้นมตอนกลางวัน



รูปที่ 15.2.1 ท่าลูกนอนขวางบนตัก (cradle hold)



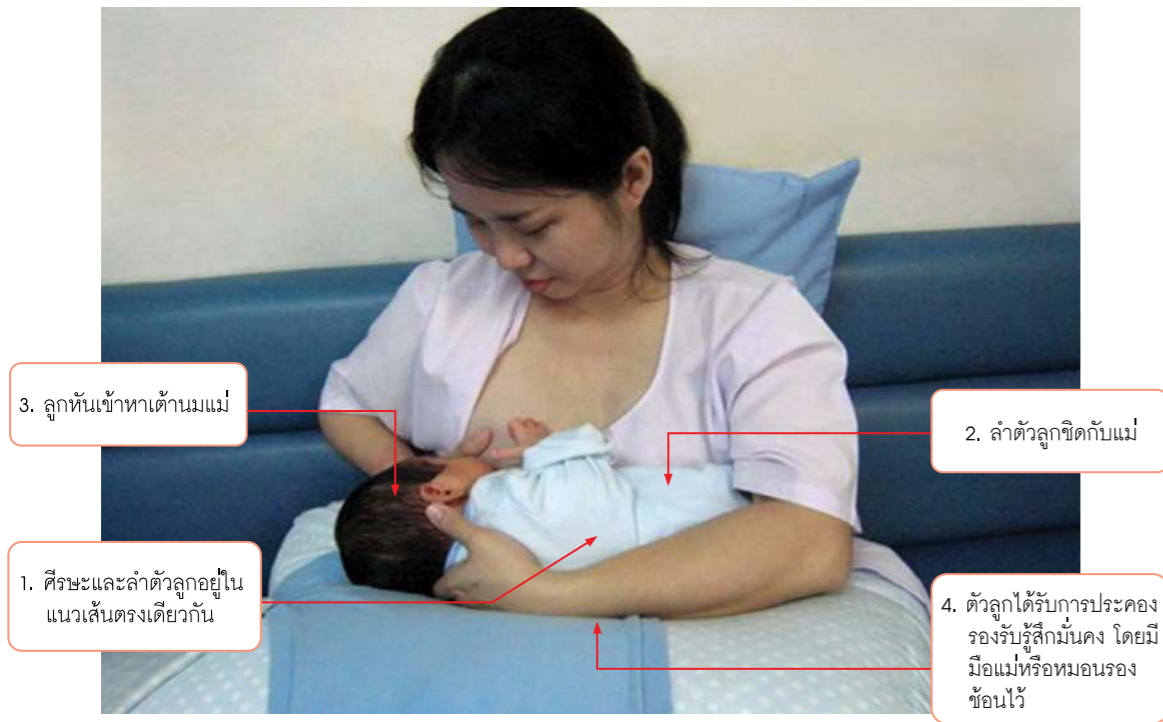
รูปที่ 15.2.3 ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (clutch hold หรือ football hold)



รูปที่ 15.2.2 ท่าลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (modified/cross cradle hold )



รูปที่ 15.2.4 ท่านอน (side lying position)



รูปที่ 15.3 การจัดทำอุ้มให้ทารกที่ช่วยให้ลูกอมหัวนมและลานนมได้ดี

การจัดท่าอุ้มให้ทารกที่ช่วยให้ลูกอมหัวนมและลานนมได้ดี มีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ<sup>1,3-4</sup> (รูปที่ 15.3)

1. ศีรษะ ไหล่ และสะโพกของลูกอยู่ในแนวตรง คอไม่บิด หรือโค้งไปข้างหน้า หรือหงายไปข้างหลัง
2. ลำตัวลูกชิดกับลำตัวแม่ ท้องลูกแนบชิดกับท้องแม่ (ยกเว้นบางรายที่ท้องทารกไม่สามารถแนบชิดกับท้องแม่ได้ เนื่องจากเต้านมแม่มีขนาดใหญ่)
3. หน้าลูกหันเข้าหาเต้านมแม่ ปากของลูกอยู่ตรงกับหัวนมแม่
4. ประคองศีรษะและไหล่ของลูก ถ้าเป็นทารกแรกเกิดจะต้องรองรับทั้งตัวอาจใช้แขนของแม่โอบและมือรองรับข้ออกันลูกหรือหมอนรองลำตัวลูกก็ได้ เพื่อให้ลูกรู้สึกมั่นคง



รูปที่ 15.4 การช่วยให้ลูกอมคาบหัวนมและลานนมได้ดี

### การอมหัวนมและลานนม (Attachment or Latch on)

การอมหัวนมและลานนม เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของการช่วยให้ทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ทำให้แม่เจ็บหัวนมหรือเป็นแผล ซึ่งจะมีผลเสียต่อการกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม

การช่วยให้ลูกอมหัวนมและลานนมได้ดี (รูปที่ 15.4)

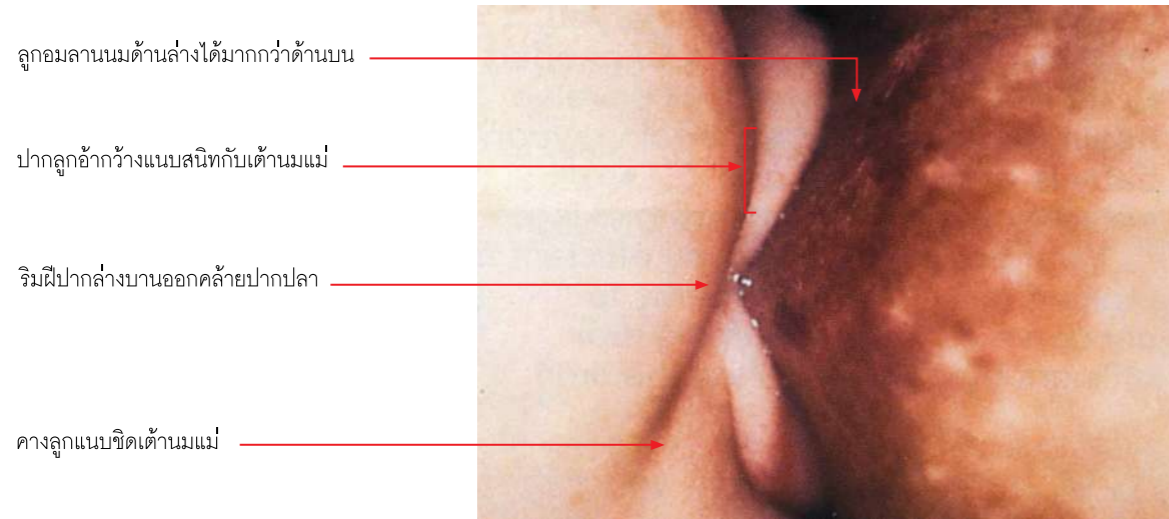
- การอุ้มแบบ cross cradle ช่วยให้ลูกอมคาบลานนมได้ดี โดยแม่ประคองต้นคอและท้ายทอยลูกให้เงยหน้าเล็กน้อย เพื่อให้คางลูกใกล้กับเต้านมส่วนล่าง ริมฝีปากบนอยู่บริเวณหัวนมหรือต่ำกว่าหัวนมเล็กน้อย
- จับเต้านมด้วยท่า “C hold” ใช้นิ้วชี้หัวนมเขี่ยตรงกลางริมฝีปากลูกเบาๆ ในกรณีที่ลูกไม่อ้าปาก เพื่อกระตุ้นให้เกิด rooting reflex ลูกจะอ้าปาก
- เคลื่อนศีรษะลูกเข้าหาหัวนมแม่อย่างรวดเร็วและนุ่มนวล<sup>2</sup> ไม่ใช่วิธีโน้มตัวแม่ลงมาเพื่อเอาหัวนมเข้าปากลูก หรือดันศีรษะลูกเข้าหาเต้านมแม่อย่างแรง เพราะจะทำให้ลูกแอ่นหน้าหนีได้ (arching reflex)

- สอดหัวนมเข้าปากลูกให้มอมคาบลึกถึงลานนมก่อนที่ลูกจะหุบปากลง โดยให้ริมฝีปากล่างอมลานนมด้านล่างได้มากกว่าด้านบน (asymmetrical latch) เพื่อให้ลิ้นรองรับลานนมได้ลึกมากที่สุดเพื่อจะรีดน้ำนมออกจากเต้านมได้ดี

ในระหว่างการช่วยเหลือควรอธิบายให้แม่เข้าใจลักษณะของการอมคาบหัวนมและลานนมที่ถูกต้อง<sup>4</sup> มีหลักสำคัญ 4 ประการคือ (รูปที่ 15.5)

1. ปากของลูกอ้ากว้างแนบสนิทกับเต้านมแม่
2. ริมฝีปากคลี่บานและคลุมมิดลานนม เห็นลานนมเหนือริมฝีปากบนมากกว่าใต้ริมฝีปากล่าง ในกรณีที่ลานนมกว้าง เรียกว่า asymmetrical latch
3. ริมฝีปากล่างปลิ้นออกหรือไม่ม้วนเข้า
4. คางลูกแนบชิดกับเต้านมแม่ จมูกของลูกห่างจากเต้านมแม่เล็กน้อย หากลูกอมจับหัวนมและลานนมได้อย่างถูกต้อง แม่จะต้องรู้สึกสบาย ไม่เจ็บหัวนมหรือเต้านมขณะให้ลูกดูดนม





รูปที่ 15.5 ลักษณะการอมคาบหัวนมและลานนมที่ถูกต้อง 4 ประการ

ลักษณะของการอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง (poor attachment/latch on)<sup>4</sup> (รูปที่ 15.6)

1. ปากของลูกไม่อ้ากว้าง
2. ริมฝีปากล่างม้วนเข้าหรือตรง
3. คางและจมูกอยู่ห่างจากเต้านมแม่
4. แม่อาจรู้สึกเจ็บ
5. หัวนมอาจบีบแบนหลังให้นม
6. หัวนมถลอกหรือแตก



รูปที่ 15.6 ลักษณะการอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง

• ปากลูกไม่อ้ากว้าง • ริมฝีปากล่างม้วนเข้าหรือตรง • คางและจมูกอยู่ห่างจากเต้านมแม่

### วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ควรจัดให้แม่ลูกอยู่ด้วยกันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง กระตุ้นให้แม่คอยสังเกตสัญญาณหิวของลูก ได้แก่ กลอดตา ขณะหลับ ขยับตัว งอแขนงอขา ดูดปาก ทำเสียงดูด เอานิ้วหรือมือเข้าปาก ส่วนอาการร้องเป็นอาการหิวที่รุนแรง และเป็นอันดับสุดท้ายที่ทารกจะแสดง ทารกจะไม่ยอมดูดนม ต้องปลอบให้สงบก่อน เวลาที่จะให้นมแก่ทารกได้ง่ายคือ ทารกตื่นตัวอย่างสงบ (quiet alert) และตื่นตัวเต็มที่ (active alert)

ให้ลูกดูดนมบ่อยตามที่ลูกต้องการ (demand feeding, or baby-led or unrestricted breastfeeding)<sup>1</sup> ประมาณวันละ 8-12 ครั้งขึ้นไป เช่น ทุก 2 ชั่วโมงในตอนกลางวัน และทุก 3 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน

ในช่วงหลังคลอด 1-2 วันแรก ลูกอาจจะยังง่วงอยู่ไม่ค่อยยอมดูด ถ้าลูกนอนนานเกิน 3 ชั่วโมง ควรปลุกลูกให้ดูดนม ถ้ายังหลับให้คลี่ผ้าที่ห่มออก จับนั่งลูบหลังไล่ลม เชียเท้าเบาๆ หรือใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าลูกเบาๆ ในขณะที่ดูดนมลูกอาจหลับเป็นช่วงๆ ควรกระตุ้นให้ลูกดูดนมต่อโดยขยับเต้านมแม่ หรือใช้นิ้วกดที่เต้านมแม่เบาๆ เพื่อให้ลูกดูดนมให้อิ่มในแต่ละมื้อ การดูดนมแต่ละครั้งควรให้ทารกดูดจนอิ่มและทารกจะปล่อยหัวนมออกเอง โดยทั่วไปทารกจะใช้เวลาดูดประมาณ 10-20 นาที หากทารกดูดสั้นและถี่เกินไป หรือดูดนมนานเกิน 30 นาที ควรประเมินท่าอุ้มและการดูดนม

ในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ทารกส่วนมากมักดูดนมแม่ในเวลากลางคืนบ่อยกว่ากลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยอดฮอร์โมนโพรแลคตินหลังสูงสุด การให้นมแม่ในเวลากลางคืนจึงมีความสำคัญ ในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมให้เพียงพอ และควรให้นมแม่ทั้งสองข้างทุกครั้ง เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมในกรณีที่ทารกดูดนมแม่ข้างเดียวยังไม่อิ่ม ให้ลูกดูดนมจากอีกเต้าเพิ่ม เมื่อทารกจะดูดนมครั้งต่อไปควรให้ทารกดูดข้างที่ค้างไว้ เพื่อให้ได้น้ำนมส่วนหลังที่เหลืออยู่ในเต้านม<sup>6</sup> เมื่อน้ำนมมามากควรให้ทารกดูดนมแม่ทีละข้างในแต่ละครั้งจนเกลี้ยงเต้า เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมส่วนหลังที่มีไขมันมากกว่า ทารกจะอิ่มนาน และสลบข้างดูดในมือต่อไป เพื่อกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ

ไม่ให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่นแก่ลูก เพราะจะรบกวนการดูดนมและทำให้ลูกอึดไม่ยอมดูดนมแม่ ไม่ให้ลูกดูดจุกนมยาง จุกนมหลอก เพราะจะทำให้เกิดความสับสนในการดูดนมแม่ (nipple confusion)

### วิธีการให้ลูกหยุดดูดนมจากเต้า

ทารกที่ได้น้ำนมเต็มที่ จะปล่อยปากที่อมจับหัวนมและลานนมออกเอง และหลับไป ในกรณีที่หยุดดูดแล้ว และยังไม่ปล่อยเต้านมออกจากปาก แม่อาจใช้ปลายนิ้วก้อยสอดเข้าที่มุมปากลูกเบาๆ ให้นิ้วอยู่ระหว่างเหงือกของลูก เพื่อลดแรงดูดของลูก จากนั้นจึงค่อยๆ ถอนหัวนมออกมา หรือใช้นิ้วชี้กดที่คางของลูกเบาๆ เพื่อให้ลูกอ้าปากและปล่อยหัวนมออก<sup>7</sup> การดึงหัวนมออกทันทีขณะที่ลูกดูด อาจทำให้หัวนมครูดหรือช้ำ และแม่รู้สึกเจ็บเมื่อให้ลูกดูดนมครั้งต่อไป

ถ้าแม่เอาลูกออกจากเต้าก่อนที่ลูกจะหยุดดูดนม ลูกอาจได้สารอาหารและพลังงานไม่ครบถ้วน หากลูกยังต้องการดูดนมต่อหลังจากดูดนมเต้าแรกหมดควรอุ้มพาดบ่าให้เรอก่อนเพื่อให้มีพื้นที่ในกระเพาะอาหารมากขึ้น และอาจกระตุ้นให้ลูกอยากดูดนมต่อไปโดยอาจต้องเปลี่ยนให้ดูดอีกข้างหนึ่ง

### การบีบน้ำนมจากเต้า

ควรแนะนำและช่วยเหลือให้แม่บีบน้ำนมเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม เพื่อให้ลานนมเต็ม ป้องกันและบรรเทาอาการเต้านมคัดตึง หัวนมแตก ลดการไหลซึมของน้ำนม หรือคงสภาพการสร้างและหลั่งน้ำนมในกรณีที่มารดาและทารกต้องแยกจากกัน เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนดหรือป่วย หรือ เก็บน้ำนมสำหรับทารกในกรณีที่ต้องแยกจากลูกชั่วคราว เช่นไปทำงาน หรือแม่ป่วย

ในกรณีที่ทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าแม่ได้ แม่ควรเริ่มต้นบีบน้ำนมโดยเร็วที่สุดหลังคลอด ถ้าเป็นไปได้ หรือภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด<sup>1</sup> การบีบน้ำนมแม่มีหลายวิธี ดังนี้

#### การบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือ

การบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือเป็นวิธีการที่ดี สะดวก และปลอดภัยที่สุด สามารถเสริมปริมาณน้ำนมในขณะลูกดูดนม และส่งน้ำนมไหลเข้าปากลูกขณะบีบนมมี การสัมผัสผิวของลานนมและเต้านมเป็นการกระตุ้น oxytocin reflex คล้ายการดูดนมของลูก และช่วยให้ลานนมเต็มและลูกดูดนมได้ง่ายขึ้น รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก

#### วิธีการบีบน้ำนมด้วยมือ<sup>1</sup> (รูปที่ 15.7)

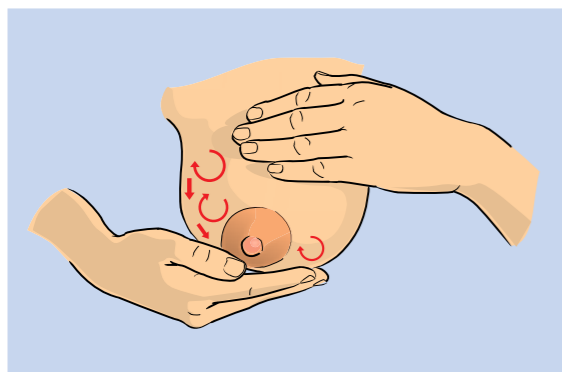
1. เตรียมภาชนะที่สะอาดใส่น้ำนม ควรเป็นขวดปากกว้างหรือถ้วยที่ทำจากแก้ว หรือพลาสติกแข็งก็ได้ ล้างและต้มภาชนะในน้ำเดือดนานประมาณ 10 นาที
2. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาด
3. ควรให้แม่บีบน้ำนมในที่ที่สะดวก สงบ และทำจิตใจให้สบายเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย อาจใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดๆ ประคบเต้านมก่อนประมาณ 1-3 นาทีก่อนบีบนม
4. นวดเต้านมและคลึงเต้านมเบาๆ ในลักษณะเป็นวงกลมจากฐานเต้านมเข้าหาหัวนม และดึงหัวนมและคลึงเบาๆ เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม

5. วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่ขอบนอกของลานนม ในตำแหน่งที่ตรงกันข้ามกัน ถ้าลานนมใหญ่มากให้วางนิ้วห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว
6. กดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอกและบีบเข้าหากันเบาๆ ให้เป็นจังหวะสลับกันไปด้านหลังของลานนม การบีบจะเลียนแบบลักษณะการดูดนมของเด็ก บีบน้ำนมออกใส่ในภาชนะ ห้ามรีดเค้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม
7. เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ที่กดลานนมไปรอบๆ ให้ทั่วในตำแหน่งของเข็มนาฬิกาที่ 6 และ 12, 1 และ 7, 2 และ 8, 3 และ 9 จนกว่าน้ำนมจะมีน้อยลง ซึ่งใช้เวลาข้างละประมาณ 5-10 นาที จากนั้นจึง

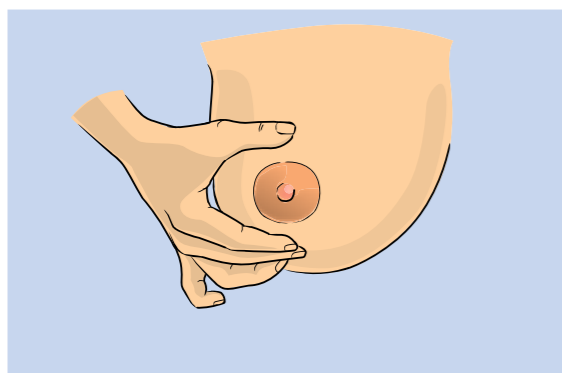
สลับไปวัดคลึงและบีบน้ำนมออกจากเต้าอีกข้าง การบีบน้ำนมจะทำสลับกันไปมาทั้ง 2 ข้าง จนกว่าจะรู้สึกที่เต้านมนิ่มลง ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ปริมาณของน้ำนมที่บีบได้ในแต่ละมืออาจไม่แน่นอน การบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือต้องทำอย่างนุ่มนวล ถูกวิธี แม่จึงจะไม่เจ็บและมีน้ำนมออกมาก ปริมาณของน้ำนมเป็นผลโดยตรงจากการบีบกระตุ้นเต้านม ซึ่งต้องทำอย่างน้อยทุก 3 ชั่วโมง อย่างน้อย 5 ครั้งต่อวัน

**การบีบน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนม**

การบีบน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนม แตกต่างจากการบีบนมด้วยมือ เพราะเครื่องปั๊มนมใช้แรงดึงออกจากเต้า ในกรณีที่ฝาครอบเต้านมแข็งอาจมีแรงกดบนท่อนมหรือบางครั้งอาจทำให้บาดเจ็บผิวหนังบริเวณลานนม



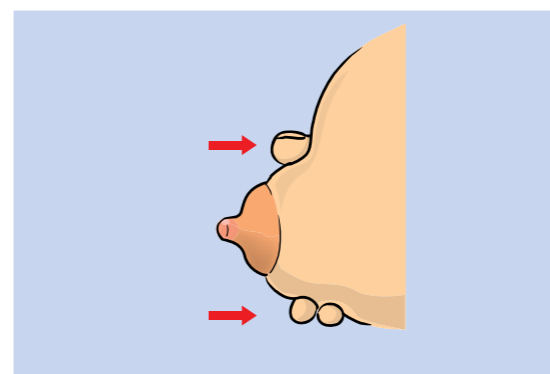
A. วัดเต้านมและคลึงเต้านมเบาๆ



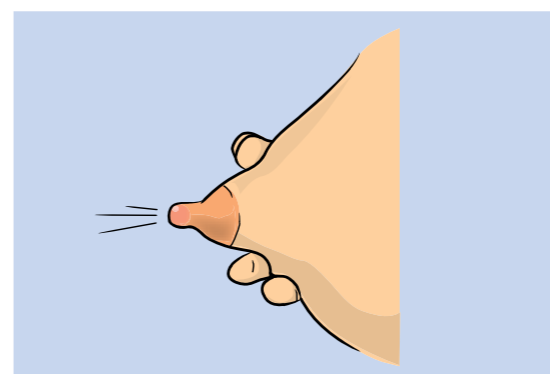
B. วางปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่ขอบนอกของลานนม ในตำแหน่งที่ตรงกันประมาณ 1 นิ้ว



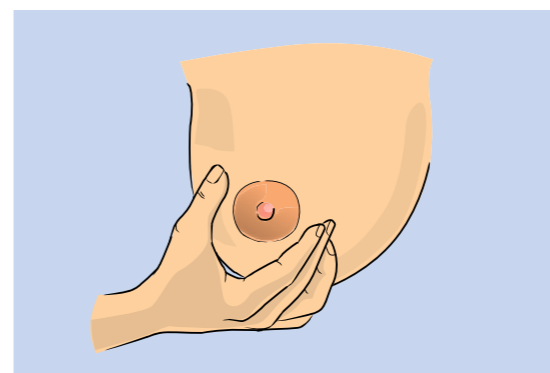
รูปที่ 15.7 การบีบเต้านมด้วยมือ



C. กดหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก



D. บีบน้ำหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหากันเบาๆ จะเห็นน้ำนมพุ่งออกมา ห้ามรีดเค้นเต้านม กดหรือดึงหัวนม



E. เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ที่กดลานนมไปรอบๆ ให้ทั่ว



รูปที่ 15.7 การบีบเต้านมด้วยมือ (ต่อ)

และยุ่งยากในการทำความสะอาด แต่แม่ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการช่วยบีบนมได้เร็วและได้ปริมาณน้ำนมมากเมื่อบีบด้วยมือ แต่มารดาบางคนอาจรู้สึกเจ็บขณะที่ใช้เครื่องปั๊มนมที่มีคุณภาพไม่ดีพอ และหยุดการให้นมแม่ ดังนั้นก่อนซื้อเครื่องปั๊มนมควรพิจารณา

รายละเอียด ดังนี้

1. รู้สึกสบายขณะใช้ หรือมีแรงดูดไม่มากเกินไป ไม่ทำให้หัวนมเจ็บหรือทำให้ผิวหนังลอก
2. ประสิทธิภาพดี บีบน้ำนมออกได้มาก โดยใช้เวลาสั้น

3. ทำความสะอาดง่าย ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก
4. ถ้าจะต้องนำไปที่ทำงานด้วย ควรเลือกชนิดพกพาสะดวก
5. ค่าใช้จ่ายอื่นไม่สูง เช่น ไมกิ้นไฟหรือแบตเตอรี่
6. มีเอกสารแนะนำวิธีใช้ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย
7. มีอะไหล่กรณีชำรุดบางส่วน ไม่ต้องซื้อใหม่ทั้งหมด

### การเก็บน้ำนมแม่

น้ำนมแม่ที่เก็บไว้นานจะสูญเสียสารอาหาร และภูมิคุ้มกันโรคบางส่วนไป และถ้ากระบวนการเก็บไม่ดีจะทำให้ น้ำนมเสียได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามวิธีการเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี เพื่อให้ น้ำนมแม่คงคุณค่าและปลอดภัยสำหรับลูก น้ำนมแม่ที่เก็บไว้ควรมีลักษณะแยกชั้น (คล้ายน้ำกระทิ) ไม่ใช่เนมเสีย จึงควรตรวจสอบให้แน่ใจก่อนให้ทารก

#### วิธีการเก็บน้ำนม

1. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาด
2. เทแบ่งน้ำนมที่บีบได้ใส่ในภาชนะที่ปราศจากเชื้อ เช่น ขวดแก้ว หรือขวดพลาสติกแข็งที่จะใช้เก็บน้ำนมในตู้เย็นทันทีหลังจากแม่บีบน้ำนมเสร็จ ตามปริมาณที่ป้อนให้ลูกในแต่ละมื้อโดยเว้นที่ว่างในขวดไว้ประมาณ 1/4 - 1/2 นิ้ว ปิดฝาขวดให้สนิท แต่ไม่ต้องแน่นมากเกินไป (หากใช้ถุงเก็บน้ำนม ให้บีบเก็บในถุงในปริมาณที่เพียงพอสำหรับ 1 มื้อ รูดซิปปิดโดยเหลือที่เผื่ออากาศในถุง เนื่องจากน้ำนมจะมีการขยายตัวเมื่อนำไปแช่แข็ง)
3. เขียนป้ายชื่อ วัน เวลา และปริมาณน้ำนมติดไว้ที่ขวด เวลามาใช้ให้นำขวดที่บีบเก็บไว้ก่อนมาใช้
4. เลือกวิธีการเก็บน้ำนมตามระยะเวลาที่ต้องการเก็บน้ำนมไว้สำหรับทารกดังนี้

#### ทารกที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล<sup>1</sup>

นมที่บีบใหม่ (นมสด)

- วางในอุณหภูมิห้องที่ 25 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่าได้นาน 4 ชั่วโมง
- ในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิ 2-4 องศาเซลเซียส เก็บได้นาน 48 ชั่วโมง

#### นมแช่แข็ง

- เก็บในตู้เย็นที่มีประตูเดียวได้นาน 2 สัปดาห์
- เก็บในตู้เย็นที่มีสองประตู หรือตู้เย็นที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ได้นาน 3 เดือน
- นมแช่แข็งที่ละลายในตู้เย็น เก็บได้นาน 12 ชั่วโมง และไม่ควรนำมาแช่แข็งอีก

#### ทารกที่สุขภาพสมบูรณ์อยู่ที่บ้าน<sup>1</sup>

นมที่บีบใหม่ (นมสด)

- เก็บในภาชนะที่ปิดฝา อยู่ในอุณหภูมิห้องที่ 25 องศาเซลเซียสหรือน้อยกว่าได้นาน 6-8 ชั่วโมง
- ในตู้เย็นบริเวณช่องใต้ชั้นแช่แข็งที่มีอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียสหรือน้อยกว่าได้นาน 3-5 วัน

#### นมแช่แข็ง

- เก็บในตู้เย็นที่มีประตูเดียวได้นาน 2 สัปดาห์
- เก็บในตู้เย็นที่มีสองประตูได้นาน 3 เดือน
- เก็บในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียส ได้นาน 6 เดือน ถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 12 เดือน
- นมแช่แข็งที่ละลายในตู้เย็น เก็บได้นาน 24 ชั่วโมง และไม่ควรนำมาแช่แข็งอีกหรืออุ่นในน้ำอุ่นเพื่อให้ละลายเร็ว

#### การนำน้ำนมแม่ที่บีบแช่เย็นมาใช้

น้ำนมแม่ที่แช่เย็นจะต้องทำให้ละลายโดยนำออกมาตั้งไว้ในช่องธรรมดาของตู้เย็น จากนั้นอาจนำภาชนะเก็บนมออกจากตู้เย็น เพื่อทิ้งให้หายเย็นหรือนำมาแช่ในน้ำอุ่น ไม่ใช่ไมโครเวฟในการทำให้นมละลายหรืออุ่นนม เพราะจะทำลายสารในน้ำนมและระดับ

ความร้อนไม่แน่นอน ซึ่งเสี่ยงต่อความร้อนลวกปากลูกได้ น้ำนมที่ทำให้ละลายแล้ว เก็บไว้ในตู้เย็นต้องใช้ภายใน 24 ชั่วโมง แต่ถ้านำออกมาอุ่นนอกตู้เย็นจะต้องใช้ภายใน 4 ชั่วโมง และไม่ควรนำกลับไปแช่แข็งอีก น้ำนมที่บีบเก็บไว้ ไนมันอาจจะแยกชั้นลอยอยู่ จึงต้องเขย่าขวดนมให้นมละลายเป็นเนื้อเดียวกับนมก่อนนำไปป้อนให้ลูก น้ำนมที่แช่แข็งในตู้เย็นชนิด

ละลายน้ำแข็งในตัว (self-defrost) อาจมีกลิ่นคล้ายสบู่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของไขมันในน้ำนมที่ผ่านกระบวนการแช่แข็งแล้วละลายสลับไปมาของระบบละลายน้ำแข็งในตัวของตู้เย็น แต่ก็ไม่มีรายงานถึงอันตรายที่เกิดจากน้ำนมที่มีกลิ่นนี้แต่อย่างใด และทารกก็รับได้

#### สรุป

แม่หลังคลอดทุกคนควรได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือในการให้นมลูกอย่างถูกวิธี เริ่มตั้งแต่การอุ้มลูกให้ถูกท่า การอมหัวนมและลานนมอย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้ลูกดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการให้นมแม่รวมไปถึงการบีบเก็บน้ำนมอย่างเหมาะสม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมที่เพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้แม่หลังคลอดมีกำลังใจที่ดีและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้



## เอกสารอ้างอิง

1. 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; 2009;p. 106-9.
2. Walker M. The first 24-48 hours: common challenge. In : Walker M, editor. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. Massachusetts: Jones and Barlett Publishers,Inc; 2006. p. 183-90.
3. Mohrbacher N, Stock J. Positioning, latch-on and the baby's suck. In Mohrbacher N, Stock J, editors. The breastfeeding answer book. 3<sup>rd</sup> revised ed. Schaumburg, Illinois: La Leche League International; 2003. p. 63-79.
4. WHO. Management and support of infant in maternity facilities. In: WHO, Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and health professionals. France: World Health Organization; 2009. p. 29-36.
5. Naylor A, Wester RA. Basics of breastfeeding: getting started. In: Naylor A, Wester RA, editors. Lactation management self-study modules level I. 3<sup>rd</sup> ed. (revised) Shelburne, Vermont: Wellstart International;2009 p. 6-14. Available from <http://www.wellstart.org>
6. Riordan J, Hoover K. Perinatal and intrapartum care. In: Riordan J, Wambach K. editors. Breastfeeding and human lactation 4<sup>th</sup> ed. India: Jones and Bartlett Publishers,Inc.; 2010. p. 220-4.
7. Kent JC, Ramsay D, Doherty D, Larsson M, Hartmann P. Response of breasts to different stimulation patterns of an electric breast pump. J Hum Lact 2003;19:179-86
8. ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร, กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. แม่ทำงานกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใน:วิบูลพรรณ จิตะติลก, มานี ปิยะอนันต์, ยุพยง แห่งเชาวนิช. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; 2548. หน้า 104.
9. Lawrence RA, Lawrence RM. Appendix P, Protocol 8: Human milk storage information for home use for healthy full-term infants. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breast-feeding: A guide for medical professions. 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 1013.

## บทที่ 16 ปัญหาด้านแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปริศนา พาณิชกุล

ปัจจุบันแม่หลังคลอดได้รับการดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน แม่จึงควรได้รับการแนะนำและเตรียมตัวอย่างถูกต้องสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่ทั้งที่ในระยะหลังคลอด เพื่อป้องกันปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด อย่างไรก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นและพบได้บ่อยในการให้นมแม่เป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ รวมทั้งการประเมินและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของการให้นมแม่เพื่อช่วยให้แม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## ปัญหาของหัวนม

**หัวนมสั้น/นูน/บอด (Short/retracted/inverted nipple)**  
การมีหัวนมสั้น หัวนมบวมหรือหัวนมบอด อาจทำให้ทารกดูดนมได้ลำบากหรืออมไม่ลึกถึงลานนม จึงทำให้หัวนมและลานนมไม่ยึดลึกเข้าไปในปากเป็นหัวนมยืด (teat) จึงทำให้อมหัวนมและลานนมไม่ดี หรือดูดไม่ติด ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ และมักเกิดปัญหาหัวนมแตกหรือเต้านมคัดตามมาภายหลัง แต่ระยะครรภ์ในไตรมาสที่สามและในสัปดาห์แรกหลังคลอด หัวนมและลานนมมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ทารกสามารถอมหัวนมและลานนมได้ง่ายขึ้น<sup>3</sup>

แม่ที่มีหัวนมสั้นหรือบอดจึงควรได้รับคำแนะนำสร้างความมั่นใจให้แก่แม่ว่าสามารถให้นมลูกได้ และช่วยเหลือแม่อย่างถูกต้องทันทีหลังคลอดหรือภายในวันแรกหลังคลอดก่อนที่เต้านมจะตึง

## การช่วยเหลือ

1. สร้างความมั่นใจว่าลูกสามารถดูดนมได้ โดยอธิบายเกี่ยวกับกลไกการดูดนมและการสร้าง

น้ำนม และยืนยันกับแม่ว่าแม่สามารถให้นมลูกได้สำเร็จด้วยความตั้งใจและความอดทนของแม่

2. ช่วยจัดท่าอุ้มให้นมที่เหมาะสม เช่น ท่าอุ้มลูกฟุตบอล และวิธีการดูดที่ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก โดยเน้นการอมลึกให้แนวเหงือกถึงลานนม
3. ดึงหัวนมให้ยื่นยาวออกก่อนให้ลูกดูดนม มีหลายวิธี ได้แก่

3.1 *Nipple stimulation* (การกระตุ้นหัวนม)  
หลังคลอดถ้าพอจับหัวนมได้ แนะนำแม่วดคลึงหัวนม หรือประคบหัวนมด้วยผ้าเย็น จะช่วยกระตุ้นหัวนมให้พุ่งขึ้น

3.2 *ใช้อุปกรณ์ช่วยดึงหัวนมก่อนให้ลูกดูดนม*  
เช่น syringe puller หรือ nipple puller (ดูรายละเอียดในบทที่ 12)

- *Syringe puller* เลือกไซริงค์ที่สามารถครอบหัวนมได้พอเหมาะ (ขนาด 10 หรือ 20 มล.) ก่อนที่จะครอบหัวนมให้ดึงลูกสูบขึ้นมาประมาณหนึ่งในสามของกระบอกฉีดยา นำด้านที่มีปีกครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิท ดึงลูกสูบช้า ๆ และนุ่มนวล ให้หยุดค้างไว้ประมาณ 30-60 วินาที จนเห็นหัวนมยื่นยาวออกมา แม่ทำเองได้อย่างสบาย หากจำเป็นให้ทำซ้ำก่อนให้นมลูกในแต่ละมื้อ<sup>4</sup>

- *Nipple puller* วางกรวยพลาสติกครอบหัวนมให้แนบสนิทกับลานนม ปล่อยให้มือที่บีบกระเปาะยางออกเบา ๆ เพื่อให้เกิดแรงดูดและดึงให้หัวนมยื่น

ยาวออกมา

- *Breast shell* (ปทุมแก้ว) ใส่ประมาณ 30 นาทีก่อนเริ่มให้นม หรือระหว่างการให้นม ปทุมแก้วจะช่วยนวดลานนมให้นุ่มขึ้นและช่วยให้หัวนมยาวขึ้นได้บางส่วน ควรหยุดใช้เมื่อลานนมยืดหยุ่นดีแล้ว<sup>5</sup>

- *Breast pump* เพื่อช่วยดึงหัวนมให้ยื่นออกมาและกระตุ้นการสร้างน้ำนม ในขณะที่ลูกดูดนมไม่ได้เต็มที่<sup>5,6</sup>

4. *Nipple shield* ควรเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะใช้ และควรใช้โดยผู้เชี่ยวชาญที่ตัดสินใจใช้ในบางภาวะเท่านั้น เช่น แม่ที่มีหัวนมบอด หัวนมแตก ทารกปฏิเสธดูดนมจากเต้า หรือทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังดูดนมได้ไม่ดี nipple shield ทำจากซิลิโคน บางใส ครอบหัวนมและบางส่วนของลานนมให้แนบสนิท ทารกสามารถอมคาบหัวนมและลานนมได้ดี และช่วยกระตุ้นการดูดนมของทารกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (รูปที่ 16.1)

5. กรณีที่เต้านมคัด ควรบีบน้ำนมออกเพื่อช่วยให้เต้านม ลานนมอ่อนนุ่มและลูกดูดได้ง่ายขึ้น

6. กรณีที่ลูกยังดูดนมแม่จากเต้าไม่ได้เต็มที่ ควรเสริมน้ำนมที่บีบไว้ด้วยการป้อนด้วยถ้วยแก้ว หรือแม่ช่วยบีบนมขณะลูกดูดนม



รูปที่ 16.1 Nipple shield



### หัวนมใหญ่ หัวนมยาว

หัวนมใหญ่หรือยาวกว่าปกติอาจทำให้ลูกไม่สามารถอมได้ลึกถึงลานนม ลูกจึงดูดได้เฉพาะหัวนม ทำให้หัวนมแตกและแม่รู้สึกเจ็บหัวนมมาก แม่ส่วนใหญ่มีน้ำนมมาช้าและมีน้อยเนื่องจากขาดการกระตุ้นฮอร์โมนที่สร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้ลูกได้นมไม่เพียงพอและน้ำหนักไม่ขึ้น (รูปที่ 16.2)

#### การช่วยเหลือ

1. สร้างความมั่นใจว่าลูกสามารถดูดนมได้ โดยอธิบายเกี่ยวกับกลไกการดูดนมและการสร้างน้ำนม และยืนยันกับแม่ว่าหัวนมที่ใหญ่และอ่อนนุ่มสามารถยึดในปากของลูก ถ้าอมได้อย่างถูกต้อง
2. ช่วยจัดท่าลูกดูดนมให้ถนัด เช่น ทำอุ้มลูกฟุตบอล ซึ่งควรเน้นการประคองศีรษะลูกให้มั่นคงและกระตุ้นให้ลูกอ้าปากกว้างเต็มที่ ร่วมกับการสอดหัวนมเข้าปากลูกอย่างนุ่มนวล และการประคองเต้านม ดันเนื้อเต้านมให้เข้าปากลูกให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้ลูกอมหัวนมและลานนมได้ลึกและง่ายขึ้น<sup>7</sup>
3. ในกรณีที่หัวนมใหญ่มาก ควรจัดท่าให้แม่โน้มตัวมาข้างหน้า (leaning over) เหนือปากลูกขณะกระตุ้นให้ลูกอ้าปากกว้างเต็มที่ และสอดหัวนมเข้าปากลูกก่อนประคองศีรษะลูกกลับเข้าสู่ท่าอุ้มปกติ<sup>7</sup>
4. ควรฝึกให้แม่เอากลูกเข้าเต้าช้าๆ ร่วมกับการ

รับความรู้สึกไว เมื่อเกิดเป็นแผลจึงเจ็บมากมักเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่เลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรตรวจหาสาเหตุของหัวนมเจ็บหรือหัวนมแตก และให้การแก้ไขตามสาเหตุที่พบบ่อย<sup>3,5</sup> ดังต่อไปนี้

### การอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง (Poor attachment)

ส่งผลให้การดูดนมไม่ถูกต้อง ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ทำอุ้มให้นมไม่ถูกต้อง การมีเต้านมคัดและลานนมแข็งตึงทำให้การอมไม่ได้ลึกถึงลานนม รวมทั้งภาวะหัวนมผิดปกติ เช่น หัวนมบอด เป็นต้น

#### การป้องกัน

แม่ควรได้รับคำแนะนำและฝึกปฏิบัติท่าอุ้มให้นมลูกที่ถูกต้องตั้งแต่ในระยะตั้งครรถ์ และได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกหลังคลอด โดยบุคลากรควรสาธิตวิธีการอุ้มลูกและฝึกแม่อุ้มลูกให้ถูกต้อง เพื่อให้ลูกอมได้ลึกถึงลานนม เป็นการป้องกันหัวนมเจ็บและแตก

#### การช่วยเหลือ ควรทำดังต่อไปนี้

1. สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจว่าแม่สามารถให้นมลูกได้ อธิบายสาเหตุที่ทำให้หัวนมแตก และกลไกการดูดนมที่ถูกวิธีที่จะทำให้แม่ไม่เจ็บหัวนม
2. ตรวจเต้านม หัวนม ประเมินท่าอุ้มให้นม และการดูดนมของทารก
3. ในกรณีที่แม่เจ็บหัวนมไม่มากหรือไม่มีหัวนมแตกชัดเจน ควรแก้ไขโดยการปรับ



รูปที่ 16.2 หัวนมใหญ่และยาว ลักษณะเหมือนลูกบิด

ให้กำลังใจแก่แม่จนแม่สามารถทำได้ถูกต้องและมั่นใจ หากน้ำนมยังไม่พอให้แม่บีบน้ำนมใส่ถ้วยและป้อนลูกก่อนในช่วงแรก พร้อมกับการฝึกเข้าเต้าก่อน เมื่อลูกโตขึ้นขนาดของปากจะใหญ่ขึ้นทำให้ลูกสามารถอมหัวนมและลานนมได้ลึกได้ง่ายกว่าในช่วงแรกหลังคลอด

5. ก่อนให้ลูกดูดนมแต่ละครั้ง แม่ควรบีบให้น้ำนมไหลออกมาเล็กน้อย เพื่อกระตุ้นให้ลูกอ้าปากกว้างและมีความพยายามอยากดูดนมมากขึ้น

### หัวนมเจ็บและแตก

#### (Sore and cracked nipple)

การที่ลูกดูดนมที่ไม่ถูกต้องในวันแรกๆ หลังคลอด มักจะเกิดปัญหาหัวนมเจ็บ หรือหัวนมแตก (รูปที่ 16.3) เนื่องจากบริเวณหัวนมเป็นเนื้อเยื่อที่บางและประสาท



รูปที่ 16.3 หัวนมสันแตก เป็นแผลมีเลือดออก



รูปที่ 16.3 หัวนมแตก ผิวหนังพอง

ทำอุ้มและการกระตุ้นให้ลูกอมลึกถึงลานนม ถ้าช่วยอย่างถูกต้องจะสังเกตเห็นสีหน้าแม่ที่ผ่อนคลายและไม่รู้สึกเจ็บหัวนมทันทีหลังการแก้ไข

4. ในกรณีนี้แม่เจ็บหัวนมมากหรือหัวนมแตกไม่จำเป็นต้องหยุดให้นมลูกหรือใช้ยาทารักษาหัวนม งดการใช้สบู่ สารเคมีฟอกหรือทาหัวนม ให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen, ibuprofen หรือ codeine ถ้ายาแก้ปวดธรรมดาไม่ได้ผล การช่วยเหลือควรทำดังต่อไปนี้

- ควรให้ลูกเริ่มดูดนมข้างที่เจ็บน้อยกว่า และลองเปลี่ยนท่าอุ้มการให้นมหลายๆ ท่าจนแม่รู้สึกไม่เจ็บ
- ถ้ามีเต้านมตึงคัดมากจนลานนมบวม ควรบีบนมออกเพื่อให้เต้านมและลานนมอ่อนนุ่มลงก่อนให้นม
- ถ้าเจ็บหัวนมมากจนให้นมลูกไม่ได้ให้ทิ้งช่วงข้างที่เจ็บแต่ต้องบีบน้ำนมออกให้บ่อยครั้ง เช่นเดียวกับการดูดนมของลูก อาจใช้ปั๊มแก้วครอบหัวนมป้องกันการระคายเคืองจากการสัมผัสกับเสื้อผ้าระหว่างไม่ได้ให้นมลูก
- ใช้น้ำมันส่วนหลังทาบริเวณหัวนมที่เป็นแผลจะทำให้หัวนมหายเร็วขึ้น

ถ้าได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง แม่ส่วนใหญ่จะสามารถให้นมลูกตามปกติภายใน 2-3 วัน หากไม่ได้รับการแก้ไข หัวนมมีโอกาสติดเชื้อจนเต้านมอักเสบหรือเป็นฝีได้

**การเอาลูกออกจากเต้าผิดวิธี** คือไม่รอให้ลูกหยุดดูดก่อนเอาปากลูกออกจากเต้านม ทำให้หัวนมถลอก การแก้ไขควรปล่อยให้ลูกดูดนมจนกระทั่งอึ้มและเผยปากปล่อยหัวนมและลานนมออกจากปากเอง หากลูก

ไม่ปล่อย แนะนำแม่ให้ใช้ปลายนิ้วก้อยสอดเข้าที่มุมปากลูกเบาๆ ให้นิ้วอยู่ระหว่างเหงือกของลูก เพื่อลดแรงดูดของลูก จากนั้นจึงค่อยๆ ถอนหัวนมออกมา

**หัวนมติดเชื้อรา** หัวนมอาจดูปกติ หรือมีลักษณะแห้งและแดง ลานนมอาจเป็นมันวาว สีชมพู เป็นขุย (รูปที่ 16.4) แม่อาจมีอาการคันและแสบร้อน เจ็บหัวนมแม้ช่วงที่ไม่ได้ให้นม อาการเจ็บลึกและรุนแรงในขณะที่ถูกดูดนม มักเป็นสาเหตุของหัวนมเจ็บหลังให้ลูกดูดนม<sup>6</sup> อาการเจ็บเป็นนานมากกว่า 1 สัปดาห์ การช่วยแก้ไข ให้ดูดนมถูกวิธีก็ไม่ช่วยให้อาการเจ็บหายไป และมักพบว่าลูกมีเชื้อราในปาก<sup>6</sup>

**การแก้ไข**  
ให้การดูแลรักษาความสะอาดเสื้อผ้า หมั่นล้างมือขจัดความชื้น ไม่จำเป็นต้องงดให้นม พิจารณาให้ยารักษาเชื้อรา แม่ที่มีอาการต้องรักษาทั้งแม่และลูก ถ้าเป็นเฉพาะลูกอาจไม่จำเป็นต้องรักษาแม่<sup>6</sup>

**แนวทางการรักษาเชื้อรา**  
ในแม่ ใช้ gentian violet 0.5-1% ป้ายหัวนมและลานนมวันละครั้ง นาน 4-7 วัน การใช้ gentian violet ที่มีความเข้มข้นสูงหรือเป็นเวลานาน อาจเป็นพิษต่อร่างกายได้<sup>6</sup> หรือใช้ mycostatin (nystatin) cream 100,000 unit/มล.ทาหัวนมหลังให้นม 4 ครั้ง/วัน จนแผลหายแล้วอย่างน้อย 7 วัน<sup>6</sup> กรณีที่มีการอักเสบจากเชื้อราเข้าไปที่ท่อน้ำนมร่วมด้วย (ductal candidiasis) ยาที่ได้ผลดีในการรักษาคือ fluconazole 400 มก.ทันทีตามด้วย 100 มก. วันละ 2 ครั้ง อย่างน้อยที่สุด



รูปที่ 16.4 หัวนมติดเชื้อรา

2 สัปดาห์ จนกว่าจะไม่มีอาการปวดนาน 1 สัปดาห์<sup>6</sup> ร่วมกับหยุดใช้หัวนมปลอม จุกนมยาง ถ้าใช้ต้องทำความสะอาด เช่น ต้มในน้ำเดือดนาน 20 นาทีทุกวัน เพราะเป็นแหล่งของเชื้อรา<sup>6</sup> ในลูก ใช้ gentian violet 0.25 % ป้ายในปากวันละ 1-2 ครั้ง นาน 3-7 วัน เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดแผลในปาก<sup>6</sup> หรือใช้ mycostatin (nystatin) suspension 100,000 unit/มล. กินครั้งละ 1 มล.หลังให้นม 4 ครั้ง/วัน นาน 7 วัน หรือนานเท่ากับที่ให้ยารักษาแม่<sup>6</sup>

**ความผิดปกติของลูกในการดูดนม** เช่น ลิ้นติด เพดานสูง ให้การรักษาและแก้ไขตามปัญหาของลูก

**เต้านมคัด (Breast engorgement)**

เต้านมคัด มักเกิดในช่วงวันที่ 3-5 หลังคลอด เป็นสภาวะเกิดจากการที่มีน้ำนมจำนวนมากอยู่ภายใน โดยไม่ได้ถูกระบายออก ร่วมกับการมีน้ำในเนื้อเยื่อ น้ำเหลืองและเลือดมาคั่งอยู่ เนื่องจากเป็นช่วงที่น้ำนมจะผลิตเข้าสู่เต้านมมาก เต้านมมีลักษณะตึง บวม แข็ง เป็นมันวาว ผิวแดงเริ่มจากขอบลานนมและกระจายทั่วเต้านม คล้ำเต้านมแล้วร้อน ลานนมแข็งตึง หัวนมยัดแบนแข็ง ทำให้ยากต่อการอมงับเพื่อดูดนม น้ำนมไหลได้ไม่ดี อาจมีอาการปวด และอาจมีไข้ร่วมด้วย (แต่ไม่นานเกิน 24 ชั่วโมง)<sup>1,3,6,7</sup>(รูปที่ 16.5)

สาเหตุของเต้านมคัด เกิดจากการระบายน้ำนมไหลออกได้ไม่ดี จากการให้ลูกเริ่มดูดนมช้า ดูดไม่ถูกวิธี ให้ดูดนมในระยะเวลาที่จำกัด หรือดูดไม่บ่อยพอ และเสริมน้ำหรือนมผสม ในช่วงที่มีน้ำนม (prelacteal

feed) การแยกแม่ ลูก<sup>1,3,6,7</sup>

**การป้องกัน**

การให้แม่ลูกอยู่ด้วยกันทันทีหลังคลอด (rooming in) ให้ลูกเริ่มดูดนมเร็วทันทีหลังคลอดหรือเร็วที่สุดที่จะทำได้ ดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมงหรือเท่าที่ลูกต้องการ ดูดถูกวิธี ให้ดูดนมให้หมดจากเต้านมทีละข้าง และเปลี่ยนสลับข้างให้ในครั้งต่อไป และไม่มีอาการเสริมน้ำหรือนมผสม

**การช่วยเหลือ**

1. ต้องระบายน้ำนมออกจากเต้านม<sup>1,3,6,7</sup> โดย
  - ถ้าลูกดูดนมไม่ได้ ทำการนวดลานนมอย่างนุ่มนวลทำให้ลานนมนุ่มลง หรือบีบน้ำนมออกด้วยมือบางส่วนก่อน เพื่อให้ลูกสามารถอมหัวนมได้ จัดท่าอุ้มให้นม การอมหัวนมให้ถูกต้องเพื่อการดูดที่มีประสิทธิภาพ และดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมงหรือเท่าที่ลูกต้องการ และควรให้ดูดช่วงกลางคืนด้วย เต้านมจะ得不คัดในเช้าวันรุ่งขึ้น
  - ถ้าลูกดูดนมไม่ได้ เช่น ลูกป่วย หรือแยกกับแม่ หรือแม่เจ็บเต้านมมากจนให้ลูกดูดไม่ได้ ให้บีบน้ำนมออกด้วยมือหรือใช้เครื่อง pump ร่วมกับการปั๊มนมแม่ให้ลูกด้วยถ้วยแก้ว (ควรหลีกเลี่ยงการใช้เครื่อง pump นานเกิน 10 นาที เพราะเครื่องไม่สามารถที่จะระบายนมออกทั้งหมด โดยเฉพาะกรณีเต้านมคัดช่วงแรก และการกระตุ้นยิ่งทำให้เต้านมคัด



เต้านมคัดระยะเริ่มต้น มีลักษณะบวมแดง แข็งทั้ง 2 เต้า



เต้านมคัดมาก



เต้านมคัดและลานนมบวม

รูปที่ 16.5 เต้านมคัด



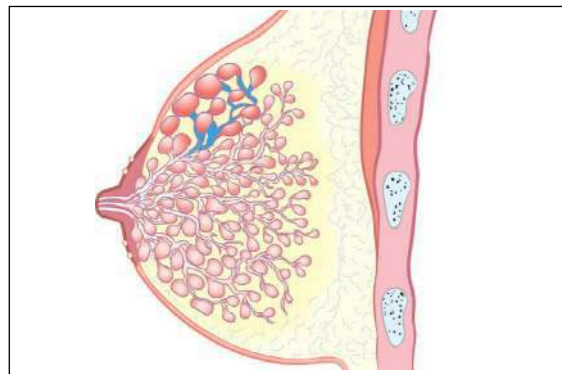
เพิ่มมากขึ้น หากใช้ควรวนเต้านมด้วยมือร่วมด้วย เพื่อให้การระบายนมออกดียิ่งขึ้น)

- การประคบเต้านม การประคบด้วยน้ำอุ่นหรือการให้แม่อาบน้ำอุ่นก่อนบีบน้ำนมหรือให้นม ร่วมกับการช่วยนวดให้แม่ที่บริเวณคอ หลัง อาจช่วยให้แม่ผ่อนคลาย น้ำนมไหลดีขึ้น การประคบเย็นที่เต้านมหลังให้นมหรือบีบน้ำนมเพื่อลดการมีเลือดคั่ง บวม และลดปวด
2. ให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen, ibuprofen หรือ codeine ตามความจำเป็น
  3. ควรให้แม่พักผ่อนเต็มที่

**ท่อนนมอุดตัน (Blocked / plugged duct)**

ท่อน้ำนมอุดตันเกิดจากการระบายน้ำนมออกจากเต้านมบางส่วนได้ไม่ดี ทำให้มีการคั่งของน้ำนม (milk stasis) พบก้อนไตแข็งๆ ที่เต้านมส่วนใดส่วนหนึ่ง กดเจ็บที่ก้อน อาจบวมแดงเฉพาะที่ และไม่มีไข้ (รูปที่ 16.6)

สาเหตุของการเกิดท่อนนมอุดตันยังไม่ทราบแน่ชัด อาจเกิดจากการมีน้ำนมมากหรือน้ำนมข้นมาก ใส่เสื้อชั้นในที่คับทำให้เกิดการกดเฉพาะที่บนเนื้อเต้านม<sup>3,11</sup> หรืออาจเกิดจากเต้านมที่ใหญ่ หย่อนยาน (pendulous breast) ทำให้ส่วนล่างของเต้านมระบายน้ำนมออก



ภาพวาดแสดงการอุดตันในท่อนนม

ไม่ดี<sup>3</sup> แม่ใช้นิ้วจับและกดที่เต้านมแรงและนานขณะให้นมลูกก็อาจทำให้ท่อนนมอุดตันได้ บางครั้งที่น้ำนมแม่ข้นมากอาจเกิดจุดขาว (white dot) ที่หัวนมมักเป็นผลจากเศษไขมันและ/หรือเยื่อไขมันหลุดไม่หมด หรือตุ่มพองขนาดเล็ก (bleb) ไม่เกิน 1 มม. อยู่ที่หัวนม (รูปที่ 16.7) ทำให้อุดตันบริเวณรูเปิดของหัวนม ทำให้แม่มีอาการเจ็บที่หัวนมมากในขณะที่ลูกดูดนม<sup>3,11</sup> การแก้ไขเบื้องต้น ถ้าลูกดูดแรงพอ ท่อที่ตันอาจหายได้ แต่ถ้าไม่หายแก้ไขโดยใช้เข็ม sterile สกิดเยื่อไขมันเบาๆ เพื่อเปิดรูอุดตัน แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจทำให้หัวนมเป็นแผลหรือมีเลือดออกมาก

**การช่วยเหลือ<sup>3,11,12</sup>**

1. ประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นจัดประมาณ 3-5 นาที ก่อนให้นมลูก ให้ลูกดูดเต้านมที่มีปัญหาก่อน เพื่อระบายน้ำนมออกจากท่อนนมได้มากขึ้น
2. จัดทำให้นมโดยให้คางลูกชี้ไปบริเวณที่เป็นก้อนเพื่อให้เส้นของลูกรีดน้ำนมส่วนนั้นออกได้ ให้ลูกดูดนมในท่าต่างกันในแต่ละมือเพื่อระบายน้ำนมจากส่วนต่างๆ ของเต้านมได้ดีขึ้น ขณะลูกดูดนมให้นวดเบาๆ เหนือบริเวณก้อนที่อุดตันไล่ไปถึงหัวนม เพื่อดันก้อนที่อุดตันออก
3. นำลูกมาดูดนมบ่อยๆทุกๆ 2 - 2½ ชั่วโมง



ท่อนนมอุดตัน ลักษณะเป็นก้อนนูนแดง

รูปที่ 16.6 ท่อนนมอุดตัน



จุดขาวเล็กๆ บนหัวนม เกิดจากเศษไขมันและ/หรือเยื่อไขมันหลุดไม่หมดบริเวณหัวนม ทำให้รูเปิดของหัวนมอุดตัน



จุดขาวเล็กๆ บนหัวนม รูปที่ 16.7 รูเปิดของหัวนมอุดตัน



ตุ่มพอง (bleb) ที่หัวนม

หรือเร็วกว่านั้นโดยเฉพาะขณะลูกหิวจัดจะดูดได้แรง ให้ดูดนานอย่างน้อยข้างละ 15 - 20 นาที เมื่อลูกดูดนมเสร็จให้บีบน้ำนมออกเพื่อให้ระบายได้มากขึ้น จะช่วยให้หายเร็วขึ้น

4. ให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen หรือ ibuprofen ถ้าปวดมาก
5. ตรวจสอบเสื้อชั้นในว่ารัดเกินไปหรือไม่ เลือกที่ใส่ได้พอดีและขอบเสื้อชั้นในไม่กดทับเต้า
6. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมง อาจพิจารณาการรักษาด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) โดยใช้ความถี่ 2 วัตต์/ตร.ซม. นาน 5 นาที โดยทั่วไปการรักษาด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพียงครั้งเดียว สามารถรักษาอาการท่อนนมอุดตันได้ บางครั้งอาจให้การรักษาซ้ำในวันรุ่งขึ้น การรักษาที่มากกว่า



รูปที่ 16.8 เต้านมอักเสบระยะเริ่มแรก

2 ครั้งไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยรักษาอาการท่อนนมอุดตันได้อย่างไร<sup>11</sup>

**เต้านมอักเสบ (Mastitis)**

เต้านมอักเสบ เกิดจากการที่ท่อน้ำนมอุดตัน มีการระบายนมออกจากเต้านมได้ไม่ดี มีเต้านมคัดตึงที่ไม่ได้แก้ไข มีการสร้างน้ำนมมาก หรือจากหัวนมที่แตกเป็นแผล ทำให้เกิดการอักเสบเป็นก้อนที่เต้านมเฉพาะส่วน เกิดเพียงด้านเดียว มีบวม แดง ร้อน ปวด (รูปที่ 16.8,16.9) ร่วมกับมีไข้ตั้งแต่ 38.3°C ขึ้นไป อาจมีอาการอ่อนเพลีย หนาวสั่น อาการคล้ายเป็นไข้หวัด (flu-like symptom)<sup>3,6,12</sup> หรือน้ำนมมีรสเค็มเนื่องจากมีเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น ทำให้ทารกปฏิเสธการดูดนมเต้าที่อักเสบ พบบ่อยในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังคลอด การอักเสบระยะแรก เป็นแบบไม่มีการติดเชื้อ



รูปที่ 16.9 เต้านมคัดตึงมักเกิดการอักเสบง่าย เนื่องจากระบายน้ำนมออกจากเต้านมไม่ดี

(noninfective inflammation) ตรงจุดที่มีการคั่งของน้ำนม ต่อมาอาจมีการติดเชื้อซ้ำซ้อนในภายหลัง ถ้ายังไม่มีการระบายน้ำนมออก เชื้อที่พบบ่อยมักเป็นกลุ่ม *Staphylococcus aureus* และ *E.Coli*<sup>3,6,12</sup> ปัจจุบันบางรายงาน เริ่มพบ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) เพิ่มมากขึ้น<sup>3,13</sup>

**การช่วยเหลือ**<sup>3,13</sup>

1. ต้องระบายนมออกจากเต้านม เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในเรื่องท่อน้ำนมอุดตัน
2. แนะนำให้แม่พักผ่อนเต็มที่ ดื่มน้ำ และรับประทานอาหารให้เพียงพอ ยังสามารถให้นมลูกได้ แต่ต้องให้ดูอย่างถูกวิธี ดูบ่อย หลีกเลี่ยงการเว้นระยะระหว่างมือให้มนานเกินไป
3. เริ่มให้นมจากข้างที่ไม่มีปัญหา ก่อน เพื่อกระตุ้น oxytocin reflex ให้มีน้ำนมไหลดีก่อน อาจประคบน้ำอุ่นประมาณ 3-5 นาทีก่อนให้นม
4. ปรับเปลี่ยนท่าของลูกขณะดูดนมในการให้นมแต่ละครั้ง เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในเรื่องท่อน้ำนมอุดตัน
5. ให้อาหารแก้ปวด เช่น acetaminophen หรือ ibuprofen ร่วมกับการประคบเย็นในช่วงที่ไม่ได้ให้นม
6. ถ้ามีอาการรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อยา รักษาตามอาการ หรือมีหัวนมอักเสบติดเชื้อ แดงเป็นแผล หรืออาการไม่ดีขึ้นหลังจากระบายน้ำนมออกได้ดี 24 ชั่วโมงแล้ว ควรให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย เช่น cloxacillin 500 มก. หรือ dicloxacillin 250 มก. หรือ flucloxacillin 500 มก. หรือ cephalexin 500 มก. กิน 4 ครั้ง/วัน ถ้าแพ้ penicillin พิจารณาให้ erythromycin หรือ clindamycin 300 มก. กิน 4 ครั้ง/วัน โดยต้องให้นานอย่างน้อย 10-14 วัน หรืออย่างน้อย

จนถึง 2 วันหลังการติดเชื้อทุเลาลง<sup>12</sup>

7. ถ้าระบายนมออกจากเต้านมได้ดี และให้ยาปฏิชีวนะแล้ว 48-72 ชั่วโมงยังไม่ดีขึ้น อาจต้องพิจารณาส่งตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของเต้านม (ultrasound) เพื่อประเมินว่าเกิดฝีที่เต้านมหรือไม่

**ฝีที่เต้านม (Breast abscess)**

ฝีที่เต้านมมักเกิดหลังจากเต้านมอักเสบที่ไม่ดีขึ้นหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา จะพบก้อนกดเจ็บที่เต้านม สีของผิวหนังที่ก้อนเปลี่ยนไปจากปกติ คลำได้คล้ายถุงน้ำมี fluctuation บวม แดง ร้อน ร่วมกับมีไข้ ตรวจ ultrasound ของเต้านมอาจพบก้อนหนอง<sup>12,13</sup>

**(รูปที่ 16.10) ฝีที่เต้านม**

**การช่วยเหลือ**

1. ต้องระบายหนองออกจากเต้านม อาจด้วยการใช้เข็มเจาะหรือผ่าตัด กรณีที่ผ่าระบายหนองควรกรีดแผลตามแนวรัศมีของเต้านม ไม่ควรผ่าตามแนวขวาง เพราะจะตัดท่อน้ำนมมากกว่าตามแนวรัศมี (radial not circumferential cut)<sup>11</sup>
2. ให้อาหารปฏิชีวนะที่เหมาะสม พิจารณาเช่นเดียวกับเต้านมอักเสบ ในกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรง เช่น ระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ หรือ อาการบวมแดงมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive erythema) อาจให้ vancomycin 30 มก./กก. แบ่งให้ 2 ครั้ง/วัน เข้าทางหลอดเลือดดำ ควรให้ยานานประมาณ 10-14 วันหลังผ่าระบายหนองออกแล้ว
3. แนะนำให้แม่พักผ่อนเต็มที่ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารให้เพียงพอ ยังสามารถให้นมลูกได้ในข้างที่เป็นฝีหลังผ่าระบายหนอง ยกเว้นหากการผ่าเป็นแผลขนาดใหญ่ใกล้ลานนม ซึ่งหากลูกดูดนมปากลูกอาจสัมผัสกับแผลหรือหนอง และหากมีการทำลายท่อ



ไม่ตอบสนองต่อการรักษา



ฝีที่เต้านมที่ตอบสนองต่อการรักษา

**รูปที่ 16.10** ฝีที่เต้านม

น้ำนมมากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทำให้นมก็ควรหลีกเลี่ยงการให้นมจากข้างที่มีปัญหา เปลี่ยนไปดูดนมอีกข้าง แต่เมื่อดีขึ้นก็สามารถกลับมาให้นมข้างนั้นได้ โดยช่วงแรกอาจบีบน้ำนมหรือ pump นมออกก่อนเท่าที่แม่จะทนได้ มักใช้เวลาประมาณ 2-3 วันก็จะดีขึ้น

**น้ำนมไม่เพียงพอ**

แม่ส่วนใหญ่ที่มาขอรับการปรึกษาเรื่องน้ำนมไม่พอมักเกิดจากความเข้าใจผิดของแม่ ส่วนสาเหตุของน้ำนมไม่เพียงพอจากการสร้างน้ำนมได้น้อย พบได้น้อยมาก แม่ที่เข้าใจผิดว่าน้ำนมไม่พอ มักมีลูกที่ร้องกวนมาก ลูกหิวนมบ่อย (ถี่กว่าทุก 2 ชั่วโมง) และแต่ละครั้งดูดนมเป็นเวลานาน (เกิน 30 ชั่วโมง) เต้านมนุ่ม ดูไม่ตึง ไม่ใหญ่ขึ้น และบีบน้ำนมได้น้อยหรือใช้เวลานาน

สาเหตุของน้ำนมไม่พอจริงอาจเกิดได้จาก<sup>3</sup>

- การเริ่มให้ดูดนมครั้งแรกช้า ดูดไม่บ่อย ดูดระยะเวลาสั้น การอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง ไม่ให้ดูดนมช่วงกลางคืน การให้นมผสมร่วมด้วย การป้อนนมด้วยขวด ให้อุณหภูมิ
- ลูกป่วย หรือมีความผิดปกติบางอย่าง/พิการ
- แม่ขาดความมั่นใจในการให้นม ความเครียด

กังวล ไม่ต้องการจะให้นม ไม่ต้องการลูก ล้วนมีผลทำให้น้ำนมลดลง หรือใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ

**การป้องกัน**

1. หลีกเลี่ยงการให้นมผสม การดูดจุกนมหลอก เริ่มต้นให้ลูกดูดนมโดยเร็วและบ่อยครั้งเท่าที่ลูกต้องการ แนะนำการให้นมลูกอย่างถูกวิธี
2. เมื่อแม่กลับไปบ้าน ควรหลีกเลี่ยงความเครียด ความกังวล พักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารครบถ้วน เพื่อให้น้ำนมมาเพิ่มขึ้น
3. เมื่อแม่ไปทำงาน แม่สามารถให้ลูกดูดนมได้ ช่วงกลางวัน และตลอดเวลาที่แม่อยู่กับลูก แนะนำการบีบเก็บน้ำนมทุก 3 ชั่วโมงแม้อยู่ในที่ทำงาน และการเก็บน้ำนมอย่างถูกต้อง

**การช่วยเหลือ**

1. ควรประเมินการมีน้ำนมของแม่และลักษณะที่แสดงว่าลูกได้รับนมแม่เพียงพอ เช่น อัตราการเพิ่มน้ำหนักของลูก จำนวนครั้งต่อวันของปัสสาวะและอุจจาระ
2. ในกรณีที่มีน้ำนมเพียงพอ ควรสร้างความมั่นใจว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอ อธิบายให้แม่เข้าใจสาเหตุที่แม่เข้าใจผิดว่าลูกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ รวมถึงการติดตามแม่เป็นระยะ เพื่อเป็นกำลังใจ ให้คำแนะนำ แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

3. หากประเมนแม่และลูกพบว่ามีปัญหา เช่น ลูกได้นมไม่พอจริงและมีการเจริญเติบโตไม่สมส่วน ควรส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะที่แสดงว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก ได้แก่

1. มีเต้านมตึง ไม่เจ็บก่อนให้นมลูกและนุ่มลงหลังให้ลูกดูด
2. มีปฏิกิริยาน้ำนมไหลจากเต้าที่ไม่ได้ดูด (let down reflex) ขณะลูกดูดนมแม่
3. มีเสียงลูกกลืนนมเป็นจังหวะขณะดูดนม ลูกอยู่ในท่าผ่อนคลาย ไม่มีแขนขาเกร็ง และริมฝีปากของลูกเปียกชื้นหลังหยุดดูดนม
4. มีสัญญาณแสดงการอึดของลูกโดยหยุดดูด และคายหัวนมออกจากปากหรือหลับคาเต้านม

ลักษณะที่บ่งชี้ว่าแม่มีน้ำนมไม่เพียงพอ มีดังนี้ ไม่มีการขยายขนาดของเต้านมในช่วง 3-5 วันหลังคลอด ไม่มีน้ำนมไหลต่อเนื่องขณะบีบนมในวันที่ 4-5 หลังคลอด

ในกรณีที่มีน้ำนมไม่เพียงพอ นอกจากการดูแลดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจพิจารณาใช้ยากระตุ้นการสร้างน้ำนม คือ domperidone และ metoclopramide ซึ่งเป็นยาที่มีการใช้บ่อยที่สุด<sup>14</sup>

Domperidone เป็นยาที่ใช้ควบคุมอาการคลื่นไส้ อาเจียน และ gastroesophageal reflux การนำมาใช้เป็นยากระตุ้นการสร้างน้ำนม เพราะมีฤทธิ์ข้างเคียงในการเพิ่มการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน โดยยาไปออกฤทธิ์ต้านการทำงานของ dopamine (dopamine antagonist) ซึ่ง dopamine มีฤทธิ์ในการลดการหลั่งของฮอร์โมนโปรแลคติน เมื่อระดับ dopamine ลดต่ำ จึงทำให้ระดับโปรแลคตินสูงขึ้น

ยาตัวนี้สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากไม่ผ่าน blood-brain barrier ทำให้ไม่มีผลต่อสมอง

extrapyramidal และผ่านทางน้ำนมแม่น้อยกว่า metoclopramide เป็นยาที่กระตุ้นการสร้างน้ำนมชนิดเดียวที่มีการวิจัยแบบ randomized double blind control trial ที่แสดงให้เห็นว่า มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นการสร้างน้ำนม ผลข้างเคียงพบได้น้อยมาก เช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ (อาการจะหายไปเมื่อลดขนาดยา) และปวดท้อง จากการทดลองให้ยาปริมาณสูงอย่างยาวนานในกระต่ายพบเนื้องอกในเต้านมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีรายงานในคน ห้ามใช้ในคนที่แพ้ยานี้ หรือมีสภาวะร่างกายที่อาจเกิดอันตรายเมื่อมีการกระตุ้นลำไส้ เช่น มีเลือดออก ลำไส้อุดตันหรือลำไส้ทะลุ แม้ว่า domperidone ได้รับการพิสูจน์จากประเทศที่พัฒนาแล้วว่ามีความปลอดภัยสูง องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ออกคำเตือนถึงความปลอดภัยของการใช้ยานี้ทางหลอดเลือด

**วิธีการใช้**

ขนาดยาที่ใช้ในการกระตุ้นการสร้างน้ำนม คือ 10-20 มก. ทางปากวันละ 3- 4 ครั้ง ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในปริมาณที่สูงกว่านี้ เริ่มเห็นผลภายใน 3-4 วันหลังจากเริ่มได้รับยา บางคนอาจมีน้ำนมมาภายในวันแรกหลังกินยา และบางคนอาจนาน 2-3 สัปดาห์<sup>14,15</sup> เมื่อให้ยาต่อเนื่องทุกวันน้ำนมจะมีปริมาณสูงสุดในสัปดาห์ที่ 3-4 แม่ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการให้ยา 3-8 สัปดาห์ เมื่อปริมาณน้ำนมเพิ่มได้ตามที่ต้องการค่อยๆ ลดขนาดยาลง ถ้าปริมาณน้ำนมยังคงเดิม ให้คงระดับยานั้นไว้ประมาณ 4-5 วัน แล้วจึงค่อยๆ ลดขนาดยาลง แต่ถ้าปริมาณน้ำนมลดลง ต้องเพิ่มยาในขนาดเดิมก่อนลดยา ควรมีการประเมินการใช้ยาอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับระดับยาให้เหมาะสม

Metoclopramide เป็นยาที่ใช้ควบคุมอาการ อาเจียน และ gastroesophageal reflux เช่นเดียวกับ domperidone มีฤทธิ์เป็น dopamine antagonist จึงมีผลกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินเพิ่มขึ้น แต่มีผลข้างเคียงสูงกว่า domperidone เนื่องจาก

ผ่าน blood brain-barrier เช่น มีอาการกระวนกระวาย ง่วงนอน อ่อนเพลีย และอุจจาระร่วง ซึ่งไม่จำเป็นต้องหยุดยา หากมีอาการ extrapyramidal tract แม้จะพบได้น้อยมาก เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ สับสน เวียนศีรษะ ชีพจรช้าพบในรายที่ให้นาน (มากกว่า 4 สัปดาห์) กังวล หรือ agitation ต้องหยุดยา ไม่ควรให้ยาในรายที่มีประวัติโรคลมชัก (epilepsy) หรือกำลังรักษา มีประวัติซึมเศร้าหรือกำลังรักษาความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีเลือดออกในลำไส้หรือลำไส้อุดตัน หรือมีประวัติแพ้ยา<sup>14</sup>

**สรุป**

แม่แม่จะมีปัญหาหัวนมหรือเต้านม แม่ก็สามารถให้นมลูกได้ ถ้าได้รับการป้องกันและช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ยิ่งช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้เร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ลูกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ การแก้ไขปัญหามือต้นของการให้นมแม่เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้แม่ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง

**วิธีการใช้**

ขนาดยาที่ใช้กระตุ้นการสร้างน้ำนมที่ได้ผลมากที่สุดคือ 30-45 มก./วัน ทางปาก การให้ 15 มก./วัน ไม่ได้ผล<sup>16</sup> น้ำนมจะเริ่มมีในวันที่ 2-4 เมื่อให้ยาต่อเนื่องครบ 1 สัปดาห์ ให้ค่อยๆ ลดยาลง โดยลดลง 10 มก./สัปดาห์<sup>16</sup> ไม่ควรลดลงทันทีเนื่องจากจะทำให้ น้ำนมแห้ง และไม่ควรให้นานเกิน 4 สัปดาห์เนื่องจากพบอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าสูง



## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and health professionals. Session 7: Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. France: World Health Organization; 2009. p. 65-76.
- สุอารีย์ อันตรการ. Early problems in breastfeeding. ใน: นิพวรรณพร วรมงคล, บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 116-46.
- Naylor AJ, Wester RA. Lactation management self-study modules level I. 3rd ed. (revised) Module Three - Common breastfeeding problems. Shelburne, Vermont: Wellstart International; 2009. p. 3-1, 3-25.
- Kesaree N, Banapurmath CR, Banapurmath S, Shamanur K. Treatment of inverted nipples a using disposable syringe. J Hum Lact 1993; 9; 27-9.
- Mohrbacher N, Stock J. Nipple problems. In: Mohrbacher N, Stock J, editors. The breastfeeding answer book. 3<sup>rd</sup> revised ed. Schaumburg, Illinois; La Leche League International; 2003. p. 455-77.
- Walker M. Maternal pathology: Breast and nipple issues. In: Walker M, editor. Breastfeeding management for the clinician, using the evidence. USA: Jones and Bartlette Publishers, Inc; 2006. p. 365-409.
- Lang S. Breast conditions. [dissertation] Breastfeeding advocacy & practice: Advanced training for doctors; 2009 September 14-18; Bangkok, Thailand.
- สุอารีย์ อันตรการ, ธิติรัตน์ วงศ์วิสุทธิ. ปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใน : วิทยุวรรณรัฐะดิถก, มานี ปิยะอนันต์, ยุกยง แห่งเซาวนิช. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติรีเวชวิทยา ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2548. หน้า 109-16.
- Piatt JP, Bergeson PS. Gentian violet toxicity. Clin Pediatr 1992;31:756-7.
- Utter AR. Gentian violet treatment for thrush: Can its use cause breastfeeding problems? (letter). J Hum Lact 1990;6:178-80.
- Newman J, Pitman T. Sore breasts. In: Newman J, Pitman T, editors. The Ultimate breastfeeding book of answers. 1st ed. USA: Prima publishing; 2000. p. 153-6.
- Riordan J, Wambach K. Breast-related problems. In: Riordan J, Wambach K, editors. Breastfeeding and human lactation 4<sup>th</sup> ed. India: Jones and Barlette Publishing Inc.; 2010. p. 293-9.
- Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis revision, Mary Ann Leibert, Inc. Breastfeed Med 2009;4(2): 177-80. DOI: 10.1089/bfm.2008.9993
- Walker M. Physical, medical, emotional and environmental challenges to the breastfeeding mother. In: Walker M, editor. Breastfeeding management for the clinician, using the evidence. USA: Jones and Bartlette Publishers, Inc; 2006. p. 418.
- Newman J, Pitman T. Not enough milk. In: Newman J, Pitman T, editors. The Ultimate breastfeeding book of answers, 1<sup>st</sup> ed. USA: Prima publishing; 2000. p. 89.
- Hale TW, editor. Medications and mother's milk. 12<sup>th</sup> ed. Texas: Hale Publishing, L.P; 2006. p. 591-3.

## บทที่ 17 การให้ยาแก่แม่ระยะให้นมลูก

ธิตินันท์ ตันสภิตย  
ศุภวิทย์ มุตตามระ

ยาส่วนใหญ่สามารถผ่านน้ำนมแม่ได้ โดยมีผลกระทบต่อทารกน้อยมาก แพทย์ควรศึกษารายละเอียดของยาและให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยไม่จำเป็น

## ปัจจัยที่มีผลต่อการรับยาเข้าสู่น้ำนม

ปริมาณยาที่เข้าสู่น้ำนมแม่ได้มากน้อยเพียงใด มีปัจจัยหลายประการ ดังนี้<sup>1,2</sup>

## 1. ระดับของยาในเลือดของแม่

เมื่อระดับยาในเลือดของแม่สูงจะทำให้ความเข้มข้นของยาในน้ำนมแม่สูงตาม เมื่อระดับของยาในเลือดแม่ต่ำลง จะทำให้ยาในน้ำนมแม่ถูกผลักกลับเข้าสู่กระแสเลือด

## 2. น้ำหนักโมเลกุลของยา

ยาที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ คือ น้อยกว่า 500 จะผ่านสู่น้ำนมได้ดี ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ยาส่วนใหญ่รวมทั้งสารภูมิคุ้มกัน (immunoglobulin) และโปรตีนจากแม่เข้าสู่สู่น้ำนมได้ง่าย เนื่องจากเซลล์สร้างน้ำนมในเต้านมแม่มีช่องว่างระหว่างเซลล์กว้าง และจากการสร้างน้ำนมยังไม่เต็มที่ ประมาณ 1 สัปดาห์ไปแล้ว เซลล์สร้างน้ำนมจะบวมขึ้น เป็นผลจากฮอร์โมนโปรแลคติน ปิดช่องว่างระหว่างเซลล์ ทำให้ยาที่ส่งผ่านช่องว่างนี้ลดลง

## 3. Oral bioavailability

การถูกทำลายและการดูดซึมของยาในทางเดินอาหารของมารดาและทารก ยาบางอย่างแม้จะผ่านออกมาได้ แต่ฤทธิ์ยาจะไม่คงทนจากผลของ proteolytic enzymes ในทางเดินอาหาร และความเป็นกรดในกระเพาะ เช่น amino-

glycoside, heparin, insulin นอกจากนั้นยาที่ดูดซึมในทางเดินอาหารได้น้อยก็ผ่านเข้าไม่ได้ เช่น 3<sup>rd</sup> generation cephalosporins, vancomycin, morphine, magnesium salt เป็นต้น

## 4. การจับกับโปรตีนของยาในกระแสเลือดแม่

ยาที่จับกับโปรตีนได้มาก จะเข้าสู่สู่น้ำมน้อย

คำแนะนำการให้ยาแก่แม่ระยะให้นมลูก<sup>2</sup>

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาถ้าเป็นไปได้
- ใช้ยาที่มี relative infant dose (RID) น้อยกว่าร้อยละ 10 มีความปลอดภัยสำหรับทารกและเปรียบเทียบขนาดยาที่ใช้รักษาทารก
- ใช้ยาที่มีระยะเวลาครึ่งชีวิต (half life) สั้น จับกับโปรตีนสูง oral bioavailability สั้น และโมเลกุลใหญ่
- ใช้ยาที่มีการรองรับแล้วว่ามีความปลอดภัยในทารก
- ถ้าใช้ยาที่มีระยะเวลาครึ่งชีวิตสั้น ควรให้ยาล้างเต้านมใหม่ ๆ
- ควรระมัดระวังการใช้ยาในทารกเกิดก่อนกำหนด
- อธิบายข้อดีข้อเสียของการให้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้ง

## ยาที่มีผลต่อสู่น้ำนม

ยาที่กระตุ้นการสร้างน้ำนม<sup>2</sup> ยาทุกชนิดที่ยับยั้งการหลั่งของ dopamine (dopamine antagonist) จาก hypothalamus ทำให้เพิ่มการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินจากต่อม pituitary ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างน้ำนม ยากลุ่มนี้ เช่น domperidone, metoclopramide, risperidone, phenothiazine, neuroleptics แต่ยา

ที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ metoclopramide และ domperidone

Metoclopramide ยานี้มีผลข้างเคียงสูงกว่า domperidone เนื่องจากผ่าน blood-brain barrier อาจมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและทำให้เกิด extrapyramidal reactions ได้

Domperidone มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางน้อย เนื่องจากไม่ผ่าน blood-brain barrier อย่างไรก็ตาม องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่แนะนำให้ยานี้เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนม เนื่องจากมีรายงานว่า การให้ยาทางเส้นเลือดในขนาดสูงอาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ แม้ว่าจะไม่เคยพบภาวะผิดปกติของหัวใจทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก เมื่อให้ยาโดยการรับประทานก็ตาม

### ยาที่กีดการสร้งน้ำนม<sup>2</sup>

ยาที่กีดการสร้งน้ำนม เช่น bromocriptine, cabergoline, ยาคุมกำเนิด ยาอื่นๆ เช่น ยาขับปัสสาวะ, antihistamines (ในขนาดสูง), pseudoephedrine, และ vasoconstrictors เป็นต้น

### ยาที่ไม่ควรให้ในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>2</sup>

- ยากลุ่มที่กดภูมิคุ้มกันของทารก (immunosuppressive และ cytotoxic agents) เช่น cyclophosphamide, cyclosporine, doxorubicin, methotrexate
- ยาที่มี relative infant dose สูงหรือมีระยะครึ่งชีวิตยาว
- Radiopharmaceuticals
- Amiodarone ระยะครึ่งชีวิตยาวและอาจเกิด antithyroid effects ในทารก
- Gold salts เช่น aurothioglucose และ auranofin ระยะครึ่งชีวิตยาว
- Lithium มี relative infant dose  $\leq$  ร้อยละ 56 ควรตรวจติดตามทารกอย่างใกล้ชิดและตรวจหาระดับของยาด้วย

- Chloramphenicol มีความสัมพันธ์กับการกดการทำงานของไขกระดูก และขับออกทางน้ำนมได้
- Ergotamine ทารกที่ดูดนมอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนและถ่ายเหลว ยาอาจมีผลลดปริมาณน้ำนม
- Retinoids เป็นยาที่ละลายในไขมันได้ดี น่าจะออกมากับน้ำนม ในสัตว์พบว่ายามีผล mutagenic และ carcinogenic
- Tetracycline ไม่แนะนำให้ใช้ระยะยาว เพราะอาจเกิดการ staining ของ immature teeth
- Doxorubicin ถูกขับออกในน้ำนมได้และอาจกดภูมิคุ้มกัน
- ยาอื่นๆ เช่น acebutolol, 5-aminosalicylic acid, bromocriptine, aspirin, clemastine, phenindione, primidone และ sulfasalazine

### ยาที่ใช้บ่อย

#### ยาปฏิชีวนะ

ยาที่ใช้ได้ คือ ยากลุ่ม penicillins, cephalosporins, macrolides, และ aminoglycosides ยาที่ยังมีข้อถกเถียงอยู่ได้แก่ ofloxacin การให้ในระยะสั้นสามารถให้ได้ แต่เนื่องจากยาสามารถขับออกทางน้ำนม และมีความสัมพันธ์กับ arthropathy ในทารกของสัตว์ จึงมีบางคนไม่แนะนำให้ใช้ ยาบางตัวอาจผ่านออกทางน้ำนม และเปลี่ยนแปลงเชื้อแบคทีเรียที่ปกติในลำไส้ จึงควรสังเกตอาการท้องเสียของทารก ถ้าเกิดขึ้นควรหยุดยาและพิจารณาเปลี่ยนยาเป็นยากลุ่มอื่น

*ยาต้านวัณโรค* INH, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide สามารถใช้ได้ เพียงแต่ต้องติดตามอาการตัวเหลืองในทารก

Streptomycin ให้ติดตามการเกิดเชื้อราในปาก และอาการท้องเสีย

Oseltamivir และ zanamivir ผ่านออกทางน้ำมน้อยมาก ระดับยาและการดูดซึมในทารกยิ่งต่ำมากจึงสามารถใช้ได้

### ยาแก้ปวด

ส่วนใหญ่สามารถใช้ได้ในแม่ที่ให้นมลูก

Acetaminophen ผ่านออกทางน้ำนม เป็นยาที่ปลอดภัยสำหรับให้นมลูก

Ibuprofen และ ketorolac มี relative infant dose น้อยกว่าร้อยละ 1 อยู่ในกลุ่มที่ปลอดภัยสำหรับให้นมลูก

ยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น naproxen ออกฤทธิ์ยาวระดับยาอาจสะสมในเลือดของทารกได้สามารถใช้ได้ดีในระยะสั้น

Aspirin ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากตามทฤษฎีอาจทำให้เกิด Reye syndrome ได้ และมีรายงานการเกิด metabolic acidosis ในทารกที่มารดาได้รับยา aspirin ในขนาดสูงได้<sup>3</sup>

Opiates มีความปลอดภัยในการใช้ แต่ meperidine มีระยะครึ่งชีวิตยาวและระดับยาอาจสะสมได้มากกว่า morphine

Codeine จะถูกเปลี่ยนแปลงเป็นมอร์ฟีน ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในมารดาให้นมลูก และหากจำเป็นต้องใช้มารดาควรได้รับทราบและเฝ้าระวังการเกิด narcotic overdose<sup>4</sup>

### ยาละลายลิ่มเลือด

Unfractionated heparin และ low molecular weight heparins (เช่น enoxaparin, dalteparin) สามารถให้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมลูกได้ เนื่องจากมีน้ำหนักโมเลกุลสูง จึงไม่ค่อยขับออกทางน้ำนม

Warfarin สามารถให้ยาขณะให้นมลูกได้ เนื่องจากร้อยละ 99 ของยาจับกับโปรตีน ยาจึงถูกขับออกทางน้ำนมได้น้อยมาก

ยาในกลุ่มนี้ที่ยังไม่มีความแน่ชัดว่ามีความปลอดภัยในการให้นมลูกได้แก่ clopidogrel และ ticlopidine ซึ่งจะยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือด pentasaccharides (fondaparinux) ยังไม่มีข้อมูลในการใช้

### ยากันชัก

ยากันชักหลายๆ ชนิดสามารถใช้ในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ อย่างไรก็ตามมีบางตัวที่ขับออกทางน้ำนมมาก เช่น phenobarbital ซึ่งสามารถทำให้เกิดง่วงซึม methemoglobinemia และ withdrawal symptoms ในทารกที่มารดาหยุดยาโดยทันที American Academy of Pediatrics (AAP) แนะนำให้ตรวจระดับยาในกระแสเลือดของทารก หากแม่ได้รับยาขณะให้นมลูก

Carbamazepine, ethosuximide, phenytoin และ valproic acid สามารถใช้ในหญิงให้นมลูกได้ แม้ว่ามีรายงานถึงผลข้างเคียงบางอย่าง เช่น ethosuximide ขับออกทางน้ำนม และสัมพันธ์กับ hyperexcitability ง่วงซึม และดูดนมได้น้อยลงควรตรวจระดับยาในทารก

Gabapentin ข้อมูลยังไม่เพียงพอ Lamotrigine ออกทางน้ำนมได้มาก จึงไม่แนะนำให้ใช้ในมารดาที่ให้นมลูก

### ยาลดความดันโลหิต

Beta-blockers ได้แก่ propranolol, metoprolol, labetalol มีการผ่านออกทางน้ำมน้อยมาก ไม่พบว่ามีผลข้างเคียงกับทารก ในขณะที่ acebutolol และ atenolol มีรายงานว่าทารกมีหัวใจเต้นช้า และความดันโลหิตต่ำได้ จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง<sup>5,6</sup>

Calcium channel blockers ได้แก่ diltiazem, nifedipine, และ verapamil ผ่านออกน้ำนมในปริมาณต่ำ relative infant dose น้อยกว่าร้อยละ 2 สามารถใช้ขณะให้นมลูกได้

Angiotensin converting enzyme inhibitors ได้แก่ captopril, enalapril เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะขับออกทางน้ำมน้อย แต่เนื่องจากไตของทารกแรกเกิดจะมีความไวต่อยา จึงควรระมัดระวังการให้ใน 2-3 สัปดาห์แรกหลังคลอด

### ยาแก้หวัด

Antihistamines แนะนำการใช้ยา loratadine มีรายงานว่าปริมาณยาที่ถูกขับทางน้ำนมในมารดาที่ได้รับยา 40 มก./วันมีเพียงร้อยละ 0.01 เท่านั้น<sup>7</sup> ยา

กลุ่ม first generation เช่น diphenhydramine และ chlorpheniramine ขับออกทางน้ำนมแต่ไม่สัมพันธ์กับผลข้างเคียงร้ายแรง

*Clemastine* มีรายงานการเกิดผลข้างเคียงกับทารก เช่น กระจกตาขุ่น ง่วงซึม และคอแข็ง<sup>9</sup> หลังหยุดยาหนึ่งวันจึงหายเป็นปกติ จากผลข้างเคียงดังกล่าว จึงให้ใช้ด้วยความระมัดระวัง

*Pseudoephedrine* เป็นยา nasal decongestants มีการใช้อย่างแพร่หลาย การขับยาทางน้ำนมมีเพียงร้อยละ 0.4-0.6 ของการให้ยา 60 มก.<sup>9</sup> สามารถใช้ได้ในระยะสั้น แต่ยามีผลลดปริมาณน้ำนมร้อยละ 24 ของการให้ยา 24 ชั่วโมง<sup>10</sup> การให้ยาในระยะยาวจึงไม่แนะนำ

**ยาลดเบาหวาน**

*Insulin* ไม่ผ่านออกทางน้ำนม จึงสามารถให้นมลูกได้ปกติ

*Metformin* ผ่านออกทางน้ำนมได้แต่ไม่พบผลข้างเคียงต่อทารก<sup>11</sup>

*Tolbutamide* เป็นยาในกลุ่มที่มีความปลอดภัยในแม่ที่ให้นมลูก แต่ควรสังเกตอาการตัวเหลืองและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกอย่างใกล้ชิด

*Chlorpropamide* ผ่านออกทางน้ำนม แต่ไม่น่าจะทำให้ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

*Glyburide* และ *glipizide* ไม่พบในน้ำนมแม่ที่รับประทาน

**Thyroid hormones และ antithyroid drugs**

*Thyroxine* สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย ปริมาณในน้ำนมแม่น้อยมาก

*Potassium iodide* ควรหลีกเลี่ยง แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ติดตามอาการข้างเคียงของ hypothyroidism

*Propylthiouracil (PTU)* และ *methimazole* สามารถใช้ได้ แนะนำว่าควรติดตามการทำงานของไทรอยด์ในทารก

ยาที่ใช้ในภาวะผิดปกติในแม่ที่ให้นมลูก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ยาที่ใช้ในภาวะผิดปกติในแม่ที่ให้นมลูก

ภาวะผิดปกติ	ยาที่แนะนำให้ใช้	ยาทางเลือกอื่น	ยาที่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง
Allergic rhinitis	Beclomethasone Fluticasone Cromolyn	Cetirizine Loratadine Sedating Antihistamines Decongestants	
Cardiovascular	Hydrochlorothiazide Metoprolol tartrate (Lopressor) Propranolol(Inderal) Labetalol(Normodyne)	Nifedipine Verapamil Hydralazine Captopril Enalapril	Atenolol Nalolol Sotalol Diltiazem
Depression	Sertraline Paroxetine	Nortryptaline Desipramine	Fluoxetine
Diabetes	Insulin Glyburide Glipizide Tolbutamide	Acarbose	Metformin Thiazolidinediones
Epilepsy	Phenytoin Carbamazepine	Ethosuximide Valproic sodium	Phenobarbital
Pain	Ibuprofen Morphine Acetaminophen		Naproxen Meperidine
Asthma	Cromolyn Nedocromil	Fluticasone Beclomethasone	

**สรุป**

จะเห็นได้ว่า ยาเกือบทุกกลุ่มสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในแม่ที่ให้นมลูก มีจำนวนน้อยเท่านั้นที่ไม่สามารถให้ได้ เมื่อมีความจำเป็นที่แม่ต้องได้รับยา แพทย์จึงควรเลือกยาที่เหมาะสม และพิจารณาวิธีการให้ยาในแม่เพื่อให้ผ่านสู่ลูกที่กินนมแม่ให้น้อยที่สุด เพื่อที่แม่จะได้ไม่ต้องหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยไม่จำเป็น

เอกสารอ้างอิง

- Hale TW. Drug therapy and breastfeeding. In: Riordan J, Wambach K, eds. Breastfeeding and human lactation, 4<sup>th</sup> ed. Boston: Jones and Barlett Publishers, Inc; 2010. p.163-96.
- Hale TW, editor. Medications and mothers' milk 12<sup>th</sup> ed. Amarillo, Texas: Hale Publishing; 2006. p. 5-12.
- Clark JH, Wilson WG. A 16-day-old breast-fed infant with metabolic acidosis caused by salicylate. Clin Pediatr (Phila) 1981;20(1): 53-4.
- Koren G, Cairns J, Chitayat D, Gaedigk A, Leeder SJ. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. Lancet 2006; 19;368: 704.
- Boutroy MJ, Bianchetti G, Dubruc C, Vert P, Morselli PL. To nurse when receiving acebutolol: is it dangerous for the neonate? Eur J Clin Pharmacol 1986;30(6):737-9.
- Chimmel MS, Eidelman AI, Wilschanski MA, Shaw D, Jr., Ogilvie RJ, Koren G. Toxic effects of atenolol consumed during breast feeding. J Pediatr 1989;114(3):476-8.
- Hilbert J, Radwanski E, Afrime MB, Perentesis G, Symchowicz S, Zampaglione N. Excretion of loratadine in human breast milk. J Clin Pharmacol 1988;28(3):234-9.
- Kok TH, Taitz LS, Bennett MJ, Holt DW. Drowsiness due to clemastine transmitted in breast milk. Lancet 1982;1:914-5.
- Findlay JW, Butz RF, Sailstad JM, Warren JT, Welch RM. Pseudoephedrine and triprolidine in plasma and breast milk of nursing mothers. Br J Clin Pharmacol 1984;18(6):901-6.
- Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, Hartmann PE, Mitoulas LR, Kristensen JH, et al. Pseudoephedrine: effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breast-milk. Br J Clin Pharmacol 2003;56(1):18-24.
- Briggs GG, Ambrose PJ, Nageotte MP, Padilla G, Wan S. Excretion of metformin into breast milk and the effect on nursing infants. Obstet Gynecol 2005;105(6):1437-41.

# บทที่ 18 การวางแผนคุมกำเนิดระยะให้หันมลูก

อรวรรณ ศิริวัฒน์  
สุวชัย อินทรประเสริฐ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นอกจากจะช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัย ช่วยพัฒนาด้านร่างกายและจิตใจของแม่และลูกแล้ว เมื่อลูกดูดนมแม่จะมีการกระตุ้นต่อมใต้สมองของแม่ให้ระงับการตกไข่และไม่มีประจำเดือน จึงสามารถช่วยคุมกำเนิดได้ช่วงหนึ่ง เรียกวิธีคุมกำเนิดนี้ว่า lactational amenorrhea method ในอดีตคนไทยสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลานาน ทำให้ได้ผลในด้านการคุมกำเนิดไปด้วย ในปัจจุบันเมื่อแม่ต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยลงและเลี้ยงในระยะสั้นๆ เช่น ให้นมลูกเฉพาะเวลากลางคืน เป็นต้น ถ้าไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น จะทำให้ช่วงห่างการตั้งครรภ์สั้นเกินไป มีผลกระทบต่อการใช้คู่นอนก่อนและต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ แม่จึงจำเป็นต้องมีการคุมกำเนิดด้วย แต่วิธีคุมกำเนิดบางวิธีก็มีผลทำให้น้ำนมแม่ลดลง ซึ่งก็จะกระทบต่อสุขภาพของลูกด้วยเช่นเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขจึงควรให้ความสนใจเรื่องการคุมกำเนิดในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มากขึ้น

### หลักการคุมกำเนิดในแม่หลังคลอด

- ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ไม่ควรให้ทารกหย่านมเพื่อแม่จะได้คุมกำเนิด
- เลือกวิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีผลต่อการให้นมแม่ และไม่มีผลเสียต่อสุขภาพของทารก

### วิธีคุมกำเนิดในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีวิธีคุมกำเนิดต่างๆ กัน ดังนี้

- Lactational amenorrhea method (LAM)** เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยธรรมชาติ ในแม่ที่มีการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ฮอร์โมนโปรแลคตินหลั่งออกมามาก ซึ่งจะปกปิดการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและยับยั้งการตกไข่

### แนวปฏิบัติ

- ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 24 ชั่วโมง หรือให้ลูกดูดนมบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน อย่างน้อยร้อยละ 85 ของอาหารทารกต้องเป็นน้ำนมแม่
- แม่อังไม่มีประจำเดือนมา (เลือดกะปริดกะปรอย ภายใน 6-8 สัปดาห์หลังคลอดไม่นับเป็นประจำเดือน)
- ใช้วิธีนี้ไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอด ถ้ามีประจำเดือนมาแล้วต้องใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย

แม่ต้องปฏิบัติให้ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติทั้ง 3 ข้อนี้ ถ้าขาดเพียงข้อใดข้อหนึ่ง ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดวิธีนี้จะไม่แน่นอน ถ้าปฏิบัติอย่างถูกต้องมีโอกาสตั้งครรภ์เพียงประมาณร้อยละ 1-2<sup>1</sup>

### อุปสรรค

แม่ที่ทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถให้ลูกดูดนมหรือบีบน้ำนมให้ลูกได้บ่อยครั้งเมื่อกลับไปทำงาน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องเวลาและสถานที่เพื่อเก็บน้ำนม สถานประกอบการที่มี "มุมนมแม่" จะช่วยให้แม่บีบเก็บน้ำนมได้สะดวกขึ้น

### 2. วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ใช้ฮอร์โมน

- 2.1 ถุงยางอนามัย** แม่หลังคลอด 3-4 สัปดาห์สามารถคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีการร่วมเพศ นอกจากช่วยป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังช่วยป้องกันการรับและแพร่กระจายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกด้วย<sup>2</sup>

## 2.2 ใส่ห่วงอนามัย ห่วงอนามัยมีสองชนิด ได้แก่

ห่วงอนามัยชนิดที่มีทองแดง

เป็นวิธีคุมกำเนิดระยะยาวที่มีประสิทธิภาพสูงมากวิธีหนึ่ง เช่น Multiload 250 ใช้ได้ 3 ปี Multiload 375 ใช้ได้ 5 ปี และ Copper T380 ใช้ได้ 10 ปี เป็นต้น สามารถใส่ได้ภายใน 20 นาทีหลังคลอด แต่โอกาสหลุดสูงกว่าการใส่ในระยะอื่น เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่สามารถมารับบริการตรวจหลังคลอดระยะอื่นได้ โดยทั่วไปควรใส่ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อให้สามารถคุมกำเนิดต่อได้นาน แม้จะไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้ว

ห่วงอนามัยชนิดที่มีฮอร์โมน levonorgestrel เช่น Mirena<sup>®</sup> สามารถใส่ได้เมื่อมาตรวจหลังคลอด 4 สัปดาห์ขึ้นไป<sup>2</sup> สามารถยับยั้งการตกไข่ และคุมกำเนิดได้นานถึง 5 ปี ข้อเสียคือมีราคาแพงและอาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้

## 2.3 การทำหมันหญิง

เป็นวิธีการคุมกำเนิดถาวรที่มีประสิทธิภาพสูงมาก เหมาะสำหรับผู้ที่มิบุตรเพียงพอแล้ว ไม่มีผลต่อการหลังให้นมแม่ สามารถทำร่วมกับการผ่าตัดคลอด (cesarean section with tubal sterilization) หรือทำหลังคลอดใหม่ๆ ภายใน 48 ชั่วโมง

## 3. วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเป็นส่วนประกอบ

ควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว เพราะไม่มีผลต่อการหลังโปรแลคติน

### 3.1 ยาคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว<sup>2</sup>

ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว (progestogen only pills : POP) หรือ minipills แนะนำให้แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เริ่มใช้เมื่อกลับมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์เป็นต้นไป และสามารถใช้ได้

เนื่องได้นานเกิน 6 เดือน

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีโปรเจสตินเจนในขนาดสูง เช่น levonorgestrel 750 ไมโครกรัม สามารถใช้ได้ในผู้ที่กำลังให้นมลูกที่มีความกังวลว่าจะตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นมาก่อน

ยาฉีดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว ได้แก่ depo medroxy progesterone acetate หรือ DMPA มีข้อแนะนำเช่นเดียวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียวคือ เริ่มฉีดเมื่อคลอดบุตร 6 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่แนะนำให้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดมีเอสโตรเจนเป็นส่วนประกอบในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ยาฝังคุมกำเนิด ประกอบด้วยฮอร์โมน levonorgestrel เช่น Norplant<sup>®</sup>, Jadelle<sup>®</sup> และฮอร์โมน estonogestrel เช่น Implanon<sup>®</sup> หรือ Etoplan<sup>®</sup> แนะนำให้ฝังได้ตั้งแต่ 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นต้นไป

### 3.2 ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนรวม<sup>2</sup> ได้แก่ ยา

เม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เช่น Cyclofem<sup>®</sup> ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด (patch) เช่น Evra<sup>®</sup> และวงแหวนใส่ช่องคลอดคุมกำเนิด (vaginal ring) เช่น NuvaRing<sup>®</sup> เป็นต้น ไม่แนะนำให้ใช้ในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 6 เดือนหลังคลอด แต่หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว และยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจจะใช้ได้ถ้าไม่มีวิธีอื่นที่เหมาะสมกว่าสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิด ถ้าจะใช้ก็ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนต่ำ<sup>2</sup> ซึ่งจะมีผลต่อปริมาณน้ำนมแม่น้อยมาก

## สรุป

การคุมกำเนิดในแม่ที่ให้นมลูก ควรให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้มีผลเสียต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะเดียวกันก็ต้องไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการคุมกำเนิด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งแม่และลูก

## เอกสารอ้างอิง

1. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PFA. Consensus statement on the lactational amenorrhea method for family planning. Int J Gyn Obs 1996;54:55-7.
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3<sup>rd</sup> ed. Geneva: World Health Organization; 2004. (2008 update.)

## บทที่ 19 การมีเพศสัมพันธ์ระยะให้นมลูก

สภากาชาด สหประชาชาติ

หลังคลอดขณะแม่ให้นมลูก การปฏิบัติตัวอย่างหนึ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนตั้งครรรภ์หรือก่อนคลอดคือการมีเพศสัมพันธ์ ในระยะให้นมแม่ แม่ส่วนใหญ่จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้นมแม่และดูแลลูก จะมีเวลาว่างและเวลาพักผ่อนน้อย โอกาสมีเพศสัมพันธ์จึงน้อยลง รวมทั้งความเจ็บปวดจากผลการคลอดและน้ำคาวปลา ทำให้แม่รู้สึกไม่พร้อมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามการมีเพศสัมพันธ์ในระยะที่แม่ยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็ยังมีได้ และไม่ใช่ว่าห้ามแต่ประการใด ขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจของแม่และพ่อ

การศึกษาทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศและการตอบสนองทางเพศพบว่า การให้นมแม่ไม่ได้ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง แต่ตรงกันข้ามในระยะให้นมแม่ แม่จะถูกกระตุ้นทางเพศได้ง่ายและบ่อยขึ้นจากการให้นมแม่

การมีเพศสัมพันธ์และการถึงจุดสุดยอด (orgasm) มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง คล้ายคลึงกับเหตุการณ์อื่นๆ ในช่วงชีวิตของสตรีวัยเจริญพันธุ์ คือการมีประจำเดือน การตั้งครรรภ์ การคลอด และหลังคลอด ตัวอย่างเช่น เต้านมจะขยายใหญ่ขึ้นขณะก่อนมีประจำเดือน ขณะตั้งครรรภ์ ขณะให้นมแม่ และขณะก่อนถึงจุดสุดยอด (orgasm) หัวนมจะไวต่อการสัมผัส และชูชันขึ้นในระยะต่างๆ เหล่านี้ เช่นเดียวกับมดลูกจะมีการหดตัว ปฏิกริยาต่างๆ เป็นผลของฮอร์โมนทางเพศหลายตัว ทั้งเอสโตรเจน โพรเจสเทอโรน เทสโทสเตอโรน (testosterone), follicular stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) รวมทั้งออกซิโทซิน และโปรแลคติน

## ความรู้สึกถูกกระตุ้นและความพึงพอใจทางเพศขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลง ความไวต่อการสัมผัสทางเพศกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของสตรี สรุปความคล้ายคลึงกันในด้านจิตสรีรวิทยา (psychophysiology) ระหว่างการร่วมเพศกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังนี้

1. มดลูกมีการหดตัว
2. หัวนมตั้งชันขึ้น
3. เกิดการกระตุ้นที่เต้านมและหัวนม
4. อารมณ์ทำให้ผิวหนังเปลี่ยนแปลง ได้แก่ตัวร้อนขึ้น และผิวแดงขึ้น จากเส้นเลือดขยายตัว
5. ปฏิกริยาการหลั่งน้ำนม (milk letdown reflex) ถูกกระตุ้นให้ทำงาน
6. อารมณ์การเปลี่ยนแปลงในทั้งสองเหตุการณ์ คล้ายคลึงกัน
7. ทักษะการยอมรับการมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อการยอมรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (และในทางกลับกันด้วย)

ความคล้ายคลึงกันนี้เองทำให้พบว่าแม่ที่รู้สึกถึงจุดสุดยอดหรือรู้สึกพึงพอใจทางเพศขณะให้นมแม่ได้ แต่พบได้ในบางครั้ง ไม่เสมอไป และไม่บ่อยนัก แม่จะรู้สึกพึงพอใจ แต่มีแม่บางคนอาจจะรู้สึกผิด หรือเสียใจกับความรู้สึกนั้น โดยเฉพาะแม่ที่ถูกอบรมให้ยึดมั่นเคร่งครัดในประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แม่เลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วกว่าที่ควรจะเป็น

ตรงกันข้าม ความรู้สึกพึงพอใจทางเพศระหว่างให้นมแม่ ไม่ใช่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่ให้นมแม่ประสบความสำเร็จ ทั้งหมดเป็นเพราะความรู้สึกผูกพันและเห็นความสำคัญของนมแม่เป็นหลัก



ในประเทศไทย ยังไม่ค่อยมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพราะเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ยังไม่เปิดเผยกันนักในสังคมไทย และการเปิดเผยตัวว่าเกี่ยวข้องกับเรื่องเช่นนี้ก็ไม่ใช่เป็นสิ่งที่น่าภูมิใจ การสอบถามแม่ที่ให้นมลูกอยู่ก็อาจจะถูกมองว่าไม่สุภาพและละลาบละล้วง

การศึกษาในต่างประเทศ พบว่าแม่ที่หยุดให้นมลูก เพราะความรู้สึกผิด อาย รังเกียจ ขยะแขยง กับความต้องการทางเพศและความพอใจทางเพศที่เกิดขึ้นในขณะให้นมแม่ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มแม่ที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำ<sup>2</sup> ส่วนแม่ที่มีความรู้ที่ดี ได้อ่านได้ฟังเรื่องเหล่านี้ ที่มีมักจะเป็นเรื่องราวในนิตยสารสำหรับสตรีและสตรีตั้งครรภ์ในต่างประเทศ ก็จะเข้าใจและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์เหล่านี้

ถึงแม้ว่าความรู้สึกผิด รังเกียจ หรือ ขยะแขยง ความรู้สึกพอใจทางเพศที่เกิดขึ้นเพียงบางครั้ง ทำให้แม่จำนวนไม่มากนักยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะแพทย์หรือพยาบาล ที่มีหน้าที่ให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรใส่ใจค้นหาปัญหาและหาทางแก้ไขในแม่ที่ยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เร็วกว่าที่ควร หรือปฏิเสธการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คำปรึกษาเบื้องต้นที่ได้ก็คือ ความรู้สึกพอใจทางเพศขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ ไม่ใช่ความผิดปกติที่ร้ายแรง หรือมีผลกระทบต่อจริยธรรมและประเพณีอันดีงามแต่อย่างใด

### การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด

มีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับเรื่องนี้ เนื่องจากความยากลำบากในการศึกษา เหตุผลทางจริยธรรม ความเป็นส่วนตัว ซึ่งยังมีผลกระทบต่อความเชื่อถือได้ของผลการศึกษา โดยเฉพาะความแตกต่างทางด้านศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ทำให้การสรุปผลในแต่ละสังคมอาจจะไม่เหมือนกัน

### ผลบวก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดดีขึ้น

การศึกษาในต่างประเทศที่ใช้อ้างอิงกันมากกว่า 20 ปี ของ Masters และ Johnson<sup>3</sup> พอสรุปได้ดังนี้

1. แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะกลับมามีเพศสัมพันธ์ในระยะหลังคลอดเร็วกว่าแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยไม่ได้เกี่ยวข้องกับผลการคุมกำเนิดของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาพบว่าความสนใจที่จะมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นชัดเจนในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์หลังคลอด
2. ร้อยละ 30 ของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตอบว่าการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดดีขึ้นกว่าแต่ก่อน มีเพียงร้อยละ 2.5 ที่บอกว่าการมีเพศสัมพันธ์แย่ลง
3. แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนหนึ่งบอกว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้รู้สึกภาพลักษณ์ของตนเองดีขึ้น เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และกับสามีดีขึ้นด้วย

### ผลลบ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดแย่ลง

1. หลักฐานทางสรีรวิทยาพบว่า ภายหลังจากคลอดและขณะให้นมลูก เยื่อช่องคลอดจะบางลงมาก เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ซึ่งมีการลดลงของฮอร์โมนที่กระตุ้นรังไข่ และฮอร์โมนจากรังไข่ แต่มีฮอร์โมน โปรแลคติน และออกซิโทซินสูง เยื่อโพรงมดลูกที่บางทำให้ช่องคลอดแห้ง ขาดมูกที่จะทำหน้าที่หล่อลื่นในการร่วมเพศ ทำให้เกิดความยากลำบากในการร่วมเพศจนถึงขั้นเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia)
2. มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ไม่มีประจำเดือน และระยะเวลาที่แม่รู้สึกเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บขณะร่วมเพศ (dyspareunia) พบว่าทั้งหมดเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนโปรแลคตินในระดับสูง และ

มีผลทำให้ความรู้สึกอยากร่วมเพศ (libido) ลดลง<sup>4</sup>

3. จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย และฟิลิปปินส์ พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่าในสตรีทั่วไปที่แต่งงานแล้ว แต่อาจจะมีปัจจัยด้านอายุของแม่เข้ามาเกี่ยวข้อง
4. จากการศึกษาของ Masters และ Johnson<sup>3</sup> พบแม่บางคนที่ไม่สนใจเรื่องเพศเลย ตลอดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน มีเหตุผลหลายอย่างที่อาจจะอธิบายการเปลี่ยนแปลงนี้ เช่น ความพึงพอใจทางเพศที่เพียงพอแล้วขณะให้ลูกดูดนมแม่ ความพึงพอใจที่ได้เลี้ยงลูก ความเหนื่อยอ่อนล้าจากการเลี้ยงบุตร หรือความกลัวที่จะตั้งครรภ์อีก

### ผลของน้ำนมที่ไหลจากเต้านมของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการมีเพศสัมพันธ์

การกระตุ้นทางเพศมีผลกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนม

### สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการมีเพศสัมพันธ์ มีส่วนคล้ายคลึงกันในด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตสรีรวิทยาและฮอร์โมน แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจจะรู้สึกถูกกระตุ้นทางเพศจนถึงจุดสุดยอดได้ ทำให้แม่บางคนรู้สึกพึงพอใจทางเพศได้ แต่ไม่ใช่เหตุผลสำคัญที่แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรงกันข้ามแม่บางคนก็เคร่งครัดในขนบธรรมเนียมประเพณี ศีลธรรมและวัฒนธรรม อาจจะรู้สึกผิด รังเกียจและขยะแขยงกับความรู้สึกทางเพศที่เกิดขึ้นขณะลูกดูดนมแม่ จนเป็นสาเหตุให้แม่หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนเวลาอันควร

การเปลี่ยนแปลงทางจิตสรีรวิทยาหลายประการมีส่วนทั้งส่งเสริมให้มมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น ได้แก่ การถูกกระตุ้นทางเพศได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ยากลำบาก จนกระทั่งเกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น ผนังช่องคลอดแห้ง ขาดมูกหล่อลื่น ความเจ็บปวดจากแผลจากการคลอด รวมทั้งความรู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนเพลียจากการเลี้ยงลูก ความกังวลเกี่ยวกับลูก และบางครั้งขณะร่วมเพศยังมีน้ำนมหลังออกมาเป็นเอะอะเอะเอะ ทำให้ขัดขวางความรู้สึกพอใจในขณะร่วมเพศ โดยเฉพาะสามีอาจจะรังเกียจและหมดอารมณ์ร่วมเพศได้

การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาทั้งหมด บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้คำปรึกษาและช่วยเหลือให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จตามที่ต้องการ

การหลั่งน้ำนมในขณะร่วมเพศของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่อาจจะทำให้เอะอะเอะเอะ และทำลายความรู้สึกของสามีในขณะร่วมเพศได้

สามีบางคนอาจจะรังเกียจหรือไม่กล้าที่จะแตะต้องเต้านมของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจจะเป็นเพราะความรู้สึกผิด เพราะขาดความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม ว่าเต้านมที่ให้ลูกดูดควรสะอาด บริสุทธิ์ หรือกลัวว่าจะทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อ ความเชื่อที่ผิดเช่นนี้ทำให้แพทย์พยาบาลบางคน แนะนำแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่า ห้ามแตะต้องเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือกระทั่งห้ามมีเพศสัมพันธ์ขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า การดูดหรือการกระตุ้นเต้านมขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่ทำให้เกิดการอักเสบของเต้านมเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ตรงกันข้ามมีผู้แนะนำว่า การกระทำดังกล่าวอาจจะช่วยลดอาการตึงคัดและเจ็บเต้านมลงได้ สำหรับการเอะอะเอะเอะเอะเอะ ก็แนะนำให้ลูกดูด หรือบีบน้ำนมออกให้หมดเสียก่อน<sup>5</sup>

#### เอกสารอ้างอิง

1. Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. N Engl J Med 1967;277:1179-88.
2. Bentovin A. Shame and other anxieties associated with breastfeeding: a systems theory and psychodynamic approach. In: Ciba Foundation, editors. Ciba Foundation Symposium No. 45: Breastfeeding and the mother. Amsterdam: Elsevier; 1976.
3. Masters WH, Johnson VE, editors. Human sexual response. Boston: Little Brown and Company; 1996.
4. Abraham S, Child A, Ferry J, Vizzard J, Mira M. Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. Med J Aust 1990;152:9-12.
5. Visness CM, Kennedy KI. The frequency of coitus during breastfeeding. Birth 1997;24: 253-7.
6. Bradley RA, editor. Husband-coached childbirth. New York: Harper & Row; 1965.

# หมวดที่ 5

## กระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกและเด็กเล็ก

## บทที่ 20 การประเมินการก่ที่เลี้ยงด้วยนมแม่

กุสุมา บูศิสกุล

การได้รับนมแม่อย่างเพียงพอเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้นมแม่แก่ทารกแต่ละครั้ง การดูนมที่หัวนมและลานนมของทารกขึ้นกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างทารกและแม่ ทารกที่มีสัญญาณหัวที่ไม่รุนแรงจะตอบสนองต่อการกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติในการดูดนมได้เร็วขึ้น เช่น การหันหน้าอ้าปากเมื่อเขี่ยรอบปาก จะอมลึกถึงลานนมและอมดูดส่วนเนื้อเยื่อของหัวนมและลานนมเข้าไปในปาก จนได้รับน้ำนมอย่างมีประสิทธิภาพ ทารกที่มีความผิดปกติของช่องปาก จะมีปัญหาการดูดนมและได้รับนมแม่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องประเมินลักษณะการดูดนมของทารก และรีบแก้ไขปัญหา ก่อนที่ทารกจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ เช่น ภาวะน้ำหนักแรกเกิดลดเกินปกติ ภาวะตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟ ภาวะไซเตียมในเลือดสูงร่วมกับภาวะขาดน้ำ และน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้นช้ากว่าเกณฑ์อายุ การประเมินการดูดนมของทารกอย่างเป็นระบบช่วยลดปัญหาการให้นม เช่น หัวนมแตก และช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่แม่ว่าทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ การดูแลการให้นมของแม่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเกณฑ์การให้อาหารทารกและเด็กขององค์การอนามัยโลก

### ลำดับพัฒนาการของการดูด การกลืน และการหายใจ

การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและช่องปากของทารก ช่วยประสานการดูดนม การกลืน และการหายใจ พัฒนาการด้านการรับอาหารหรือการดูดนมแตกต่างกันตามอายุครรภ์ของทารกแรกเกิด ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์การให้นมใน

ทารกเกิดก่อนกำหนด? ช่วงอายุครรภ์ 8-24 สัปดาห์ ทารกเริ่มตอบสนองการสัมผัสที่ปาก กลืนและลำไส้เริ่มบีบตัว มีการเคลื่อนไหวการหายใจ รับรู้อารมณ์ กลืน และเสียงตามลำดับ อายุครรภ์ 26-27 สัปดาห์ มีปฏิกิริยาย่นอน ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เลียบบริเวณหัวนมเป็นจังหวะ อายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ เริ่มอ้าปากและหันหน้าเข้าหาหัวนมเมื่อเขี่ยกระตุ้นบริเวณรอบปาก จนอายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ที่เกิดครบกำหนด ทารกเริ่มประสานจังหวะการดูด การกลืน และการหายใจ และเริ่มอมดูดลึกถึงลานนมได้ แต่อาจใช้เวลาในการกระตุ้นสำหรับทารกบางราย

### กลไกการดูดนมแม่ของทารก (Infant suckling mechanics)

การดูดนมแม่ (suckling) เป็นการดึงส่วนเนื้อเยื่อของเต้านมบริเวณหัวนมและลานนมให้กลายเป็นหัวนมยัด (teat) เข้าไปอยู่ระหว่างลิ้นกับเพดาน เพื่อให้ลิ้นกดรีดน้ำนมออกจากท่อนมบริเวณลานนมและหัวนม ในขณะที่ริมฝีปากแนบสนิทกับลานนม แก้มที่มีแผ่นไขมันในกระพุ้งแก้มจะพองออกคล้ายลูกโป่ง เพื่อสร้างแรงดันลบในช่องปาก ส่วนของสันเพดานช่วยพยุงหัวนมยัดไว้ในระหว่างลิ้นและเพดาน ลิ้นจะดันหัวนมที่ยัดให้สัมผัสรอยต่อระหว่างเพดานอ่อนและเพดานแข็ง การปิดของขากรรไกรช่วยให้แนวเหงือกกดบีบที่ท่อนมใหญ่ใต้ลานนมและกระตุ้นหลังออกซิโทซิน ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม (milk ejection reflex) การเคลื่อนไหวของลิ้นเป็นลูกคลื่นจากหน้าไปหลังเพื่อรองรับน้ำนมให้ไหลไปกดโคนลิ้นและกระตุ้นการกลืน ทารกหยุดหายใจขณะกลืน ขากรรไกรคลายการกดบนท่อนมใหญ่และปล่อยให้นมจากต่อมสร้าง

น้ำนมและท่อนนมเล็กไหลลงท่อนนมใหญ่ การดูดกลืนเกิดขึ้นซ้ำๆ ทุก 1 วินาที แต่ครั้งได้นมประมาณ 0.2 มล. ทารกที่เกิดครบกำหนดมักดูดนมและกลืนด้วยสัดส่วน 1:1 ช่วงเริ่มต้นดูดนมทารกจะดูดแรงและเร่งประมาณ 10-30 ครั้ง ทารกที่เกิดก่อนกำหนดอาจมีช่วงการเร่งดูดนมเพียง 5 ครั้งก่อนหยุดดูดนมเป็นพักๆ ปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับขึ้นกับจำนวนรอบของปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม แต่ไม่ขึ้นกับระยะเวลาของการดูดนม

### สาเหตุของการดูดนมที่ผิดปกติ

ความพิการของช่องปากและความผิดปกติระบบประสาท และกล้ามเนื้อระบบประสาทจะลดประสิทธิภาพการอมดูดหัวนมและลานนม การสร้างและหลังของนมแม่ลดลง การดูดการกลืนและการหายใจไม่สัมพันธ์กัน ทารกจึงเหนื่อย ลำคอกม และได้รับน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องประเมิน และแก้ไขกลุ่มความผิดปกติ<sup>4</sup> ดังนี้

#### กลุ่มทารกดูดนมได้ยาก (Suckling difficulties)

ทารกแรกเกิดที่ดูดนมได้ยากหมายถึงทารกที่ไม่สามารถอมหัวนมได้ลึกถึงลานนม หรือมีลักษณะการดูดนมไม่ถูกต้อง เนื่องจากมีแรงดูดนมน้อย ใช้เวลานานในการกระตุ้นการดูดและการกลืน พบบ่อยในทารกดังต่อไปนี้

- ทารกที่เกิดก่อนกำหนดหรือมีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์
- ทารกที่กังวลจากฤทธิ์ยาที่แม่ได้รับในระยะคลอด เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิตสูง
- ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงระหว่างการคลอด ภาวะสำลักน้ำคร่ำที่ปนเปื้อนน้ำเทา การใช้เครื่องดูดเสมหะ หรือการใส่อุปกรณ์เพื่อช่วยการหายใจในระยะช่วยกู้ชีพ
- ทารกที่คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด หรือได้

รับบาดเจ็บการคลอดท่าก้น

- ทารกที่อัมจากการเสริมนมผสม น้ำเกลือหรือน้ำเปล่า ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือแม้กังวลว่ามีน้ำนมไม่พอ

### กลุ่มทารกที่ปฏิเสธการดูดนมแม่

#### (Refusal of the breast)

การปฏิเสธหรือไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นการดูดนมมักเกิดขึ้นในทารกไม่ได้ดูดนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดหรือแม่ต้องหยุดให้นมช่วงใดช่วงหนึ่งในระยะหลังคลอด เนื่องจากแม่หรือทารกมีปัญหาที่หลากหลาย เช่น

- ทารกต้องได้รับนมผสมชั่วคราวโดยการดูดจุกนมยาง หรือดูดจุกนมหลอก เมื่อต้องกลับมาดูดนมแม่จะเกิดอาการสับสนการดูดนมแม่ ร้องดิ้นระหว่างการดูดนม อมจับเฉพาะหัวนม แม่มักทรมานจากการบาดเจ็บที่หัวนม จนไม่ยอมยกให้นมและลูกไม่ยอมอมดูดนม ยิ่งแม่มีปัญหา เต้านมตึงคัด เต้านมอักเสบ มะเร็งเต้านม ทารกยิ่งปฏิเสธการดูดนมแม่มากขึ้น
- ทารกเริ่มได้นมขวด ดูดจุกนมหลอกหรือป้อนอาหารอื่นช่วงอายุ 7-9 เดือน
- ทารกมีลิ้นติด เริ่มมีฟัน คัดจุกมูก ติดเชื้อในช่องหู หรือติดเชื้อราในปาก
- ทารกอยู่ในท่าอุ้มที่ไม่สะดวกต่อการอมดูดนมหรือแม่มีขนาดเต้านมใหญ่เกินไป
- แม่มีน้ำนมน้อยลงจากภาวะเครียดของแม่ ใช้น้ำหอม รับประทานอาหารรสเผ็ด หรือรสจัด หรือสูบบุหรี่รุนแรง

### กลุ่มทารกที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท

ทารกที่มีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น สมองพิการ (cerebral palsy) มักมีปัญหาคารสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกทารกตอบสนองปฏิกิริยา

อัตโนมัติในการอมดูดให้ลึกถึงลานนมได้น้อยหรือมากเกินไป เช่น สิ้นกระตุกเมื่อเย็บกระตุ้นให้อ้าปากกว้างหรือกัดฟันขณะกลืน มีปัญหาการประสานการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการกลืนและการหายใจ ทารกที่มีกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (hypotonic infant) หรือมีการเกร็งของแขนขา (hypertonic infant) มักมีลำตัวอ่อนหรือโค้งซึ่งทำให้จัดท่าทารกขณะให้นมได้ยาก การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าและรอบช่องปาก ทำให้การดูดนมไม่เป็นจังหวะ ลำคอกมได้ง่าย ลิ้นมักตกไปด้านหลังและไม่เคลื่อนมากดรีดหัวนมและลานนม จึงดูดนมได้ไม่มีประสิทธิภาพ

### กลุ่มทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

ทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น Down syndrome มักมีปัญหาโรคหัวใจและหายใจลำบาก มีแขนขาอ่อนแรงและการดูดนมอย่างอ่อนแรง และเหนื่อยง่ายขณะดูดนม ทารกไม่สามารถใช้แนวเหงือกกดท่อนนมบริเวณลานนมเพื่อกระตุ้นปฏิกิริยาน้ำนมพุ่งลิ้นของทารกที่ใหญ่และยื่นออกมาออกปากไม่ค่อยกดรีดนมจากหัวนมและไม่รองรับน้ำนมเพื่อไปกลืนอย่างเต็มที่ จึงทำให้นมไหลย้อนลงข้างปาก การดูดนมแม่จึงเกิดขึ้นได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ

### กลุ่มทารกที่มีความผิดปกติของช่องปาก

ความผิดปกติของช่องปากที่รบกวนกลไกการดูดนม การกลืน และการหายใจ จนทารกมีลักษณะของการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ หรือภาวะเลี้ยงไม่โต ได้แก่

- ความผิดปกติที่เห็นไม่ชัดเจน เช่น ภาวะเพดานโค้งสูงเกินปกติ ซึ่งพบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานๆ เพดานที่โค้งสูงจะมีปัญหาการยึดของหัวนมให้ถึงรอยต่อระหว่างเพดานแข็งและเพดานอ่อน จึงเริ่มดูดนมได้ช้าและไม่ต่อเนื่อง หัวนมอาจบาดเจ็บจากการเสียด-

สี หรือติดในร่องของเพดานสูงขณะดูดนม แม่อาจเจ็บหัวนมมากจนปฏิเสธการให้นมลูก

- ความพิการที่มองเห็นชัดเจนและรุนแรง เช่น ภาวะ Pierre Robin Sequence ที่มีคางเล็กและลิ้นร่วมกับการหดของลิ้นไปด้านหลังยิ่งทารกมีภาวะหายใจลำบากยิ่งมีปัญหาคารอมดูดนมและการกลืน ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ที่มีแรงดันลบในช่องปากลดลงขณะดูดนม น้ำนมไหลย้อนขึ้นช่องหลังจุกมูก อมดูดหัวนมและลานนมไม่กระชับและเพดานไม่มีแรงต้านการกดของลิ้น ลิ้นจึงกดรีดนมจากท่อนนมบริเวณหัวนมได้ไม่เต็มที่ ทารกต้องใช้เวลานานและเหนื่อยง่ายในการดูดนม ลำคอกมได้ง่าย ได้รับน้ำนมไม่พอกับความต้องการ และน้ำหนักเพิ่มช้ากว่าเกณฑ์มาก การช่วยเหลือและการแก้ปัญหา การให้นมแม่จากเต้าจึงต้องใช้ผู้ที่มีความชำนาญในการใช้เทคนิคที่พิเศษ

### วิธีประเมินปัญหาการดูดนม

การประเมินการดูดนมของทารกประกอบด้วย การซักประวัติและการตรวจร่างกายทารกเพื่อค้นหาปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหาการดูดนม ในขณะที่การสังเกตพฤติกรรมของทารกในขณะที่ให้นมช่วยประเมินประสิทธิภาพการดูดนม โดยมีวิธีต่างๆ ดังนี้

#### 1. การซักประวัติความเสี่ยงหรือสาเหตุของปัญหาการให้นม

การดูดนมของทารกที่ผิดปกติอาจมีผลจากกระบวนการคลอดของแม่และการเกิดของทารก<sup>5</sup> เช่น การเร่งคลอดและการให้ยาระงับการปวดของแม่ แม่ได้ยาสลบในการผ่าตัดคลอด ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงและได้รับการช่วยกู้ชีพ การมีภาวะแทรกซ้อนในระยะปริกำเนิดอาจทำให้การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล่าช้า ทารกไม่ได้รับการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ หรือดูดนมครั้งแรก

ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด ทารกจำเป็นต้องได้รับการเสริมน้ำเกลือตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือจากการแยกกระหว่างแม่และทารก ทารกจึงมีโอกาสน้อยที่จะได้รับนมแม่อย่างเดียวยังหลังจากออกจากโรงพยาบาล การเสริมนมผสมหรือเครื่องดื่มอื่นใดในระยะแรกเกิดหรือในเดือนแรกหลังเกิดมีผลเชิงลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึง 3 เดือนลดลงถึง 7 เท่าของทารกที่ดูแลเฉพาะนมแม่

## 2. การตรวจหาความผิดปกติของช่องปากที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม

ทารกที่มีปัญหาการดูดนมมักมีลักษณะการดูดนมที่อ่อนแรง จึงควรประเมินความแรงและการทำงานของอวัยวะในการดูดนม โดยใช้นิ้วชี้ใส่ปากทารกและกระตุ้นการอมดูดนิ้วแทนการดูดหัวนมและแยกลักษณะการดูดนม ดังนี้

- ถ้าการดูดนมที่ถูกต้อง ริมฝีปากทารกแนบสนิทรอบนิ้วมือ ลิ้นต้องอยู่ใต้นิ้วมือ ปลายลิ้นยื่นถึงขอบแนวสันเหงือก และห่อรอบนิ้ว ริมฝีปากที่ปิดสนิทกดบนนิ้ว การดูดนมเป็นจังหวะ โดยลิ้นเคลื่อนจากส่วนปลายที่อยู่ด้านหน้าไปด้านหลังของลิ้น
- ถ้าการดูดนมไม่ถูกต้อง ริมฝีปากปิดไม่สนิท มีแรงดูดนมอ่อนและไม่เป็นจังหวะ ลิ้นยกแตะเพดานหรืออยู่เหนือนิ้วมือ ลิ้นสันด้านนิ้วมือหรือด้านนิ้วมือออกจากปาก ด้านหลังของลิ้นยกสูงและขย้อน ลิ้นไม่แลบถึงแนวเหงือก ริมฝีปากปิดไม่สนิท และดูดเบาๆ อวัยวะที่ควรตรวจเมื่อการดูดนมไม่ถูกต้อง<sup>7</sup> ได้แก่

1. การอ่อนแรงของระบบประสาทและกล้ามเนื้อช่องปาก ซึ่งทำให้ทารกอ้าปากน้อยกว่า 160 องศา มุมปากตก ริมฝีปากไม่กระชับกับลานนม กรามเคลื่อนขึ้นลงได้น้อย

2. ความผิดปกติของลิ้น เช่น ลิ้นดันออกมาข้างหน้าหรือม้วนปลาย (tongue thrust) ลิ้นติด (tongue tie) หรือดึงตกไปข้างหลังในกลุ่ม Pierre Robin Sequence
3. ริมฝีปากแหงและหรือเพดานโหว่ และเพดานผิดปกติ<sup>4</sup> เช่น เพดานสูง (arched palate) เพดานเป็นหลุม (bubble palate)

## 3. การสังเกตพฤติกรรมทารกให้นมอย่างเป็นระบบ

การประเมินประสิทธิภาพการดูดนมต้องใช้หลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ พฤติกรรมทารก พฤติกรรมแม่ ท่าทารกดูดนม การอมหัวนมและลานนม การได้นม และการรับรู้การให้นมของแม่ ถ้ามีผลดีจากการประเมิน จะช่วยให้มั่นใจว่ามีปัญหาน้อยในการให้นม เกณฑ์การเลือกเครื่องมือต้องคำนึงถึงหลายปัจจัย เช่น ทำได้ง่าย แม่รู้สึกสะดวก คุ้มกับเวลาที่ใช้ประเมิน วัดได้ตรง คิดเป็นคะแนนได้ มีความเชื่อมั่น เทียงตรง และวัดแยกปัญหาเจาะจง ปัจจุบันมีเครื่องมือที่นิยมใช้และยกเป็นตัวอย่างดังนี้

**การประเมินการดูดนมจากเต้า** (Systematic assessment of the infant at the breast, SAIB) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินทารกในระยะเริ่มต้นการให้นมแต่ละครั้ง ซึ่งแม่ควรปฏิบัติได้เองอย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>8</sup> โดยการสังเกตรายละเอียดดังต่อไปนี้

- **แนวลำตัวของทารก (Alignment)** จัดลำตัวทารกให้อยู่ในท่างอตัว ฝ่ามือคลายโดยไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ศีรษะและลำตัวอยู่ระดับเดียวกับเต้านม ศีรษะอยู่แนวตรงกับลำตัวและไม่หันออกด้านข้าง ไม่ควรให้ศีรษะแหงหรืองอพับมากเกินไป แนวลำตัวที่ถูกต้องมี หู หัวไหล่ และกระดูกบนของสะโพกเป็นเส้นตรงเดียวกัน เต้านมถูกประคองด้วยฝ่ามือที่รองรับคล้ายถ้วยในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิด

- **การอมคาบลานนม (Areola grasp)** ให้ทารกอ้าปากกว้างเต็มที่ มองเห็นริมฝีปากที่เคลือบด้านนอกและแนบสนิทกับลานนมจนเกิดแรงดันลบในช่องปาก ลิ้นคลุมแนวเหงือกด้านล่างและโอบใต้ลานนม ไม่ได้ยินเสียงดูดและแก้มไม่บวมขณะดูดนม
- **การกดบีบลานนม (Areola compression)** ขากรรไกรล่างเคลื่อนขึ้นลงเป็นจังหวะ เมื่อใช้นิ้ว ตรวจสอบต้องได้ลิ้นยื่นด้านหน้าและเคลื่อนเป็นรอนคลื่นจากปลายลิ้นไปที่โคนลิ้นเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ
- **การได้ยินเสียงกลืน (Audible swallowing)** ควรได้ยินเสียงกลืนเบาๆ หรือมองเห็นการกลืนที่ดี

## เครื่องมือสังเกตพฤติกรรมทารกขณะให้นม

(Infant Breastfeeding Assessment Tool, IBFAT) เป็นเครื่องมือที่ใช้สังเกตพฤติกรรมทารกขณะให้นม และเผยแพร่ตั้งแต่ พ.ศ. 2536<sup>10</sup> เพื่อใช้สร้างความมั่นใจให้แม่ในการให้นม โดยการสังเกตพฤติกรรมหลัก 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความพร้อมในการรับนม (readiness to feed) 2) การเข้าให้ปากกว้าง (rooting) 3) การอมคาบหัวนม (fixing or latch on) และ 4) รูปแบบการดูดนม (suckling pattern) แต่ละพฤติกรรมมีรายละเอียดการให้คะแนนระดับ 0-3 (ตารางที่ 1) แต่ละพฤติกรรม มีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 3 รวมคะแนนทั้ง 4 พฤติกรรมได้สูงสุด เท่ากับ 12 ถ้าประเมินได้คะแนน 10-12 แปลว่าการให้นมมีประสิทธิภาพดี คะแนน 7-9 แปลว่าการให้นมมีประสิทธิภาพปานกลาง คะแนน 0-6 แปลว่าการให้นมไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1 การให้คะแนนการประเมินพฤติกรรมทารกขณะให้นม (IBFAT)

พฤติกรรมหลัก	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
ความพร้อมในการรับนม	เริ่มให้นมโดยไม่ต้องใช้ความพยายาม	กระตุ้นเล็กน้อยเมื่อเริ่มให้นม	ต้องการกระตุ้นอย่างแรงในการให้นม	ไม่สามารถกระตุ้นให้ตื่นตัว
การเข้าให้ปากกว้าง	ตอบสนองทันทีที่เข้าปาก	ต้องเขี่ยซ้ำๆ จึงอ้าปาก	เขี่ยแล้วอ้าปากน้อยมาก	ไม่อ้าปากกว้างหลังพยายามเขี่ย
การอมคาบหัวนมและลานนม	อมคาบทันทีที่ให้ดูดนม	ใช้เวลา 3-10 นาทีในการเริ่มอมคาบ	ใช้เวลา >10 นาทีในการเริ่มอมคาบ	ไม่อมคาบหัวนมและลานนม
รูปแบบการดูดนม	ดูดนมได้ดีข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง	ดูดนมแล้วปล่อยบ่อยและคอยกระตุ้น	ดูดนมช่วงสั้น 2-3 ครั้งแล้วหยุด	ไม่ยอมดูดนม



**การให้คะแนนการอมหัวนมถึงลานนม (The LATCH scoring)**

เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้แม่มีความมั่นใจในการให้นมลูก และบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินถูกต้องของการให้นม เพื่อช่วยแก้ปัญหาเข้าใจปัญหาการดูดนม ของทารกอย่างเหมาะสมและทันที่<sup>11</sup> รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือการติดตามการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยใช้เกณฑ์ 5 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-2 มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** การให้คะแนนการอมหัวนมถึงลานนม (The LATCH scoring)

หัวข้อประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
L=Latch การอมหัวนมและลานนม	ง่วงหรือลึกลับ จนอมดูดหัวนมไม่ได้	ใช้ความพยายามหลายครั้ง หรือกระตุ้นจนอมหัวนมและ ลานนม	คาบหัวนมและลานนม ลึกลับแต่ เหงือกกลาง ริมฝีปากบานออก ดูดนมเป็นจังหวะ
A= Audible swallowing การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม	ไม่ได้ยิน	ได้ยิน 2-3 ครั้งหลังกระตุ้นให้ ดูดนม	อายุ < 24 ชม. ได้ยินเป็นช่วงๆ อายุ > 24 ชม. ได้ยินบ่อยครั้ง
T= Type of nipple ลักษณะหัวนมของแม่	หัวนมบอดนูน (inverted)	หัวนมแบน (flat nipple)	หัวนมชี้พุ่งปกติหรือหลังถูก กระตุ้น (everted nipple)
C= Comfort breast and nipple รู้สึกสบายเต้านมและหัวนม	เต้านมคัดมาก หัวนมแตกเป็นแผล เลือดออก และเจ็บรุนแรงมาก	มีรอยแดงบริเวณเต้านม หัวนมมีรอยฟองเล็กน้อย และเจ็บรุนแรงปานกลาง	เต้านมและหัวนมนุ่ม อาจรู้สึก เจ็บเล็กน้อยขณะลูกดูดนม
H= Hold or positioning ท่าอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม	ต้องการความช่วยเหลือของ เจ้าหน้าที่อย่างเต็มที่	ต้องการความช่วยเหลือของเจ้า หน้าที่บ้าง เช่น ยกหัวเตียง จัดหมอนรอง	ไม่ต้องการความช่วยเหลือของ เจ้าหน้าที่ แม่สามารถอุ้มและ จัดท่าลูกด้วยตนเอง

เครื่องมือ LATCH และ IBFAT ช่วยบ่งชี้ความพึงพอใจของแม่แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และชี้แนวโน้มปัญหาการให้นม<sup>13</sup> แม่ที่มีค่าคะแนนเครื่องมือ LATCH สูงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น ส่วนแม่ที่มีค่าคะแนนเครื่องมือ LATCH น้อยและมีการเจ็บหัวนมจะหย่านมเร็วขึ้น<sup>14</sup> เมื่อนำมาใช้กับแม่หลังคลอด โดยใช้เครื่องมือ LATCH ประเมินการให้นมทุก 8 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และประเมินต่อเนื่องวันละครั้ง จนจำหน่ายคู่แม่ออกจากโรงพยาบาล เมื่อติดตามการให้นมแม่เมื่อทารกอายุ 4 วัน และ 6 สัปดาห์ แม่ที่เคยมีคะแนนสูงตั้งแต่ 9 ขึ้นไประหว่าง 16-24 ชั่วโมงยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 6 สัปดาห์ ซึ่งคิดเป็น 1.7 เท่าของแม่ที่มีคะแนนน้อยกว่า 9<sup>15</sup> ระยะเวลากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเพิ่มขึ้นตามประสิทธิภาพ

ของการอมหัวนมและลานนม การได้รับนมแม่ และความรู้สึกสบายของแม่ในการให้นม

**การประเมินความเพียงพอของการได้รับนมแม่<sup>16</sup>**

ปริมาณนมแม่ที่ทารกได้รับขึ้นกับหลายปัจจัยได้แก่ การเริ่มต้นดูดนมเร็ว การอมหัวนมและลานนมอย่างถูกวิธี การดูดนมแม่บ่อยครั้งตามความต้องการ และดูดนมเรื่อยไป 8-12 ครั้งต่อวัน ใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิด การดูดนมที่มีประสิทธิภาพขึ้นกับการอุ้มและการจัดท่าทารกขณะให้นม จึงควรประเมินลักษณะการได้รับน้ำนมดังนี้

**ลักษณะบ่งชี้การได้รับน้ำนมเพียงพอ**

- ทารกอยู่ในท่าอุ้มที่ดี ได้แก่ หน้าอกทารกต้องชนหน้าอกแม่ หรือท้องของทารกต้องแนบชิดกับท้องของแม่ ใบหน้าของทารกอยู่ชิดกับเต้านม หัวไหล่และสะโพกของทารกต้องอยู่ในแนวเส้นตรงเดียวกัน แม่สามารถใช้นิ้วที่วางรอบลานนมยกคางของทารก ใช้หัวนมเขี่ยริมฝีปากล่าง ทารกอ้าปากกว้างได้เต็มที่ (กว้าง 2.0-3.0 ซม.)
- ทารกอมหัวนมและลานนมอย่างดี ได้แก่ มุมปากของทารกไม่มีช่องว่าง ริมฝีปากปิดแนบสนิทกับลานนมเพื่อให้เกิดแรงดันลบในขณะดูดนม ริมฝีปากด้านล่างคลีบานออกด้านนอก ส่วนของลานนมใต้ริมฝีปากทารกเหลือน้อยกว่าลานนมที่อยู่เหนือริมฝีปาก
- ทารกดูดนมได้ดี ได้แก่ แม่รู้สึกได้ถึงแรงหนักๆ ของการดูดและรู้สึกเจ็บเสียวเหมือนเข็มแทงที่หัวนมเล็กน้อยจากปฏิกิริยาน้ำนมพุ่ง ควรได้ยินเสียงกลืนของน้ำนมที่ไหลเข้าปาก การกลืนควรลึกและช้าๆ เป็นจังหวะ 1:1 หรือ 2:1 หยุด ดูดทุก 1-2 วินาทีเพื่อคลายเหงือกที่กดบนลานนมและมีนมไหลลงมาที่ท่อนมในหัวนม และดูดมนานอย่างน้อย 10 นาที หลังการดูดนม เต้านมอ่อนนุ่ม น้ำนมไหลรอบปากทารก ทารกแสดงความอึดหลังการให้นม เช่น ปลอ่ยปากจากเต้านมด้วยตนเองอย่างผ่อนคลาย อยู่ในความสงบและมีความสุข
- ทารกมีการขับถ่ายอุจจาระอย่างเพียงพอ อุจจาระวันแรกหลังเกิด ควรเป็นขี้เทาสีดำและเหนียวอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อทารกอายุ 2-3 วันอุจจาระควรเปลี่ยนเป็นสีเขียวปนดำค่อนข้างเหลว 1-2 ครั้งต่อวัน เมื่อทารกอายุ 3-4 วัน ถ่ายอุจจาระสีเขียวเหลือง 3-4 ครั้งต่อวัน และอุจจาระกลายเป็นสีเหลืองขาว-

โปกดหลังอายุ 4 วันเป็นต้นไป ถ่ายอุจจาระประมาณ 4 ครั้งต่อวัน ถ้าถ่ายปริมาณมากอาจบ่อยถึง 10 ครั้งต่อวันถ้าถ่ายปริมาณน้อยๆ ปกติทารกจะถ่ายอุจจาระอย่างน้อย 15 กรัมต่อวัน<sup>17</sup>

- ทารกถ่ายปัสสาวะตามปกติ โดยมีผ้าอ้อมเปียกอย่างน้อย 1 ครั้งในวันแรกหลังเกิด และเพิ่มเป็น 2-3 ครั้งต่อวัน และ 3-4 ครั้งต่อวันในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ตั้งแต่ อายุ 4 วันเป็นต้นไปปัสสาวะไม่ขุ่น และไม่ควรรพบผลึกยูเรตที่ทำให้ผ้าอ้อมเป็นอ สีแดง เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือผ้าอ้อมเปียกประมาณ 4-6 ครั้งต่อวัน หรือ 6-8 ครั้งต่อวัน สีปัสสาวะควรขาวใสทุกครั้ง
- ทารกปกติควรมีน้ำหนักแรกเกิดลดไม่เกินร้อยละ 5 ใน 1-2 วันแรกหลังเกิด ทารกที่ได้รับนมแม่อาจมีน้ำหนักแรกเกิดลดได้ร้อยละ 8-10 เมื่ออายุ 3 วัน หลังอายุ 4 วัน น้ำหนักควรเพิ่ม 15-30 กรัมต่อวัน จนมีน้ำหนักเท่าแรกเกิดภายใน 10 วันถึง 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นน้ำหนักเพิ่ม 30-40 กรัมต่อวัน หรือเพิ่ม 120-210 กรัมต่อสัปดาห์<sup>18</sup>

**ลักษณะบ่งชี้การได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ**

- ทารกอยู่ในท่าอุ้มที่ไม่ดี ได้แก่ ศีรษะ ลำตัว และสะโพกไม่อยู่ในแนวตรง ลำตัวของทารกหันหนีจากลำตัวของแม่ หรือนอนหงายหันเฉพาะปากเข้าหาเต้านม สะโพกเหยียด หลังโค้งงอ คอพับ จมูกและคางไม่ชิดเต้านม หรือจมูกดกับเนื้อเยื่อเต้านมขณะศีรษะอยู่สูงกว่าเต้านม (รูปที่ 20.1)
- ทารกอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง เช่น มุมปากเปิดค่อนข้างแคบ ริมฝีปากด้านล่างเม้มเข้าด้านใน มองเห็นลานนมใต้ริมฝีปากล่างมากเกินไป ลึกลับไม่วางบนด้านล่างของ



ท่านอนทารกไม่ถูกต้อง ศีรษะตกไปด้านหลัง



แก้ไขโดยประคองศีรษะด้วยส่วนบนแขน ฝ่ามือประคองกันให้ลำตัวตะแคงชิดกับแม่

รูปที่ 20.1 ท่าอุ้มทารกที่ไม่ดี



มุมปากแคบกว่า 180 องศา ปากไม่แนบสนิทกับเต้านม



ริมฝีปากเม้มเข้าด้านใน และมุมปากแคบ



อมหัวนมและลานนมไม่ลึกเต็มที่

รูปที่ 20.2 การอมหัวนมและลานนมไม่ถูกต้อง

- ปากม้วนเป็นรูปถ้วย หรือยื่นออกมาด้านเหงือก ด้านหน้ามากเกินไป (รูปที่ 20.2)
- ทารกดูดดีเร็วโดยเฉพาะรอบบริเวณปาก และกลืนเพียงเล็กน้อย ระยะเริ่มต้นดูด 2-3 ครั้ง ก่อนการกลืน 1 ครั้ง แก้มบวม หัวนมผลุบเข้าออกขณะดูดนม การกลืนและการหายใจไม่เข้าจังหวะกัน แม่รู้สึกเจ็บหัวนมขณะดูด ไม่มีน้ำนมไหลผ่านชัดเจน หรือได้ยินเสียงกลืนสั้นๆ หรือน้อยมาก
- หลังหยุดให้นม หัวนมมีลักษณะแบน ซีด หดสั้น มีรอยงับของเหงือก หรือมีรอยฟอง ลานนมอาจบวม และเต้านมตึงคัด
- ทารกร้องกวนมากและปฏิเสธการดูดนมเพราะได้นมไม่พอ

- น้ำหนักแรกเกิดลดลงเกินกว่าร้อยละ 10 โดยเฉพาะในวันที่ 3-4 หลังเกิด ในกรณีที่มีน้ำหนักแรกเกิดลดมาก ๆ อาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ทารกที่ได้รับน้ำเกลือเสริม<sup>20</sup> แม่ได้รับยาชาทางไขสันหลัง<sup>21</sup> น้ำหนักยังไม่เพิ่มเท่าน้ำหนักแรกเกิดเมื่ออายุ 10-14 วัน หรือน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่า 28 กรัมต่อวันหลังอายุ 4-5 วัน
- ทารกมีภาวะตัวเหลืองที่มีระดับบิลิรูบินสูงเกินภาวะตัวเหลืองธรรมชาติใน 3 วันแรกหลังเกิดและระดับบิลิรูบินที่วัดทางผิวหนังอาจสูงเกิน 23 มก./ดล. ในวันที่ 6 หลังเกิดเนื่องจากทารกดูดนมไม่บ่อยครั้ง หรือน้อยกว่า 7 ครั้งใน 24 ชั่วโมง<sup>22</sup> ยิ่งทารกได้รับ

การเสริมน้ำมากเท่าใดยังมีระดับบิลิรูบินสูงขึ้นมากเท่านั้น จึงต้องรีบแก้ไขโดยการให้ได้รับนมแม่อย่างเพียงพอเพื่อป้องกัน kernicterus

- ทารกอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกรณีที่มีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำ น้ำหนักแรกเกิดเกิน 4,000 กรัม แม่เป็นเบาหวาน เกิดก่อนกำหนดหรือซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอยู่แล้ว<sup>23</sup>

- ทารกขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกช้า ยังถ่ายอุจจาระเป็นขี้เทาปริมาณน้อยและไม่บ่อยครั้ง ใน 2-3 วันแรกหลังเกิด อุจจาระยังไม่เป็นสีเหลืองหลังอายุ 4 วัน ทารกบางรายถ่ายอุจจาระยังไม่เป็นสีเหลืองขาวโพล หรือไม่มีลักษณะคล้ายนมเมื่ออายุ 1 สัปดาห์
- ทารกถ่ายปัสสาวะน้อยกว่าปกติ ปัสสาวะค่อนข้างขุ่นและมีสีเหลืองเข้ม ทารกบางรายอาจมีผลึกยูเรตทำให้มีผ้าอ้อมเปียกมีสีแดงหลังอายุ 4 วัน โดยเฉพาะทารกที่มีภาวะขาดน้ำร่วมกับโซเดียมในเลือดสูงเกินปกติ<sup>19</sup>

### สรุป

การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องครอบคลุมความพร้อมของทารกในการดูดนม สาเหตุของการดูดนมที่ผิดปกติทั้งในทารกที่เกิดก่อนกำหนดและเกิดครบกำหนด การประเมินการดูดนมและความเพียงพอของการได้รับน้ำนม ต้องเริ่มต้นภายในวันแรกหลังเกิด และประเมินอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทารกควรได้รับการติดตามการได้รับนมแม่ภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังเกิด ทั้งที่บ้าน ในคลินิกนมแม่ หรือคลินิกสุขภาพเด็กดี วิธีประเมินทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายทารก เพื่อหาสาเหตุของปัญหาการดูดนม และใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการดูดนมและบ่งชี้ความเพียงพอของการได้รับนม รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาวตามสภาพของแม่และทารก บางเครื่องมือที่ใช้ประเมินสามารถทำนายระยะเวลาของการได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ จึงมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในระบบการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยให้แม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเพียงพอในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด และเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารเสริมวัย จนทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. Cadwell K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: breastfeeding assessment. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(6):638-42.
2. Thoyre SM, Shaker CS, Pridham KF. The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Netw* 2005;24(3):7-16.
3. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Tongue movement and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev* 2008;84(7):471-7.
4. McRoberts R, Black RF, Simpson RA, Hamilton B. Infant health issue. In: Black RF, Jarman L, Simpson JB, editors. *The Module 4: the management of breastfeeding*. Boston ; Jones and Bartlett Publishers Inc. 1997. p.139-212.
5. Walker M. Influence of peripartum factors, birthing practices, and early caretaking behaviors. In: Walker M, editor. *Breastfeeding management for the clinician; using the evidence*. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 2011. p.191-253.
6. Rogers B, Arvedson J. Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2005;11(1):74-82.
7. Walker M. Influence of the infant's anatomy and phyology. In: Walker M, editor. *Breastfeeding management for the clinician; using the evidence*. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 2011. p. 133-190.
8. da Costa SP, van der Schans CP. The reliability of the Neonatal Oral-Motor Assessment Scale. *Acta Paediatr* 2008;97(1):21-6.
9. Shrago L, Bocar D. The infant's contribution to breastfeeding. *JOGNN* 1990;19:209-215.
10. Matthews MK. Assessment and suggested interventions to assist newborn breastfeeding behavior. *J Hum Lact* 1993;9:243-8.
11. Hamelin K, McLennan J. Examination the use of an in-hospital breastfeeding assessment tool. *Mother baby J* 2000;5:29-37.
12. Jensen D, Walker S, Kelsay P. LACTH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN* 1994;23:27-32.
13. Schlomer JA, Kemmerer J, Twiss JJ. Evaluating the association of two breastfeeding assessment tools with breastfeeding problems and breastfeeding satisfaction. *J Hum Lact* 1999; 15(1):35-9.
14. Riordan J, Bibb D, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. *J Hum Lact* 2001;17(1):20-3.
15. Kumar SP, Mooney R, Wieser LJ, Havstad S. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. *J Hum Lact* 2006; 22(4):391-7.
16. Black RF, Calhoun D. Breastfeeding assessment. In: Black RF, Jarman L, Simpson JB, editors. *Module2: the process of breastfeeding*. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc.; 1997. p. 53-88.
17. Black LS. Incorporating breastfeeding care in daily newborn routine and pediatric office practices. *Ped Clin N Am* 2001;48:299-319.
18. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Ped Clin N Am* 2001;48:273-97.
19. Caglar MK, Ozer I, Altugan FS. Risk factors for excess weight loss and hypernatremia in exclusively breast-fed infants. *Braz J Med Biol Res* 2006;39:539-44.
20. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors of suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112(3):607-19.
21. Marten PJ, Romphf LJ. Factors associated with newborn in-hospital weight loss: comparisons by feeding method, demographics, and birthing procedures. *J Hum Lact* 2007; 23(3):233-41.
22. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990; 86(2):171-5.
23. Hewitt V, Watts R, Robertson J, Haddow G. Nursing and midwifery management of hypoglycemia in healthy term neonates. *Int J Evid Based Healthc* 2005;3(7):169-205. doi: 10.1111/j.1479-6988.2005.00025.x.

## บทที่ 21 การป้องกันและการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในการก ที่เลี้ยงด้วยนมแม่

วารสารฉบับ แสงทวิสัย

แม้ทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ แต่ปัจจัยบางอย่างด้านลูกอาจทำให้เกิดปัญหา การให้นมแม่ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 50 ของแม่ที่หยุดให้นมเกิดขึ้นในช่วง 14 วันแรกหลังคลอด<sup>1</sup> ดังนั้นบุคคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขจึงควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ ในการให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะปัจจัยด้านทารกได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันการณ์

### ปัญหาสุขภาพของทารกที่พบร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

#### 1. ภาวะนมแม่ไม่เพียงพอ

ใน 2-3 วันแรกหลังคลอดแม่จะมีน้ำนมเพียงพอ ถ้าแม่ให้ลูกดูดเร็ว ดูดถูกวิธี ดูดบ่อย ดูดทุกครั้งที่ต้องการ โดยทั่วไปน้ำหนักแรกเกิดของทารกเกิดครบกำหนดควรลดลงไม่เกิน ร้อยละ 3 ต่อวัน ใน 3 วันแรกหลังคลอด แต่ไม่ควรเกินร้อยละ 7-10 ของน้ำหนักแรกเกิดในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นแล้วจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นเท่าน้ำหนักแรกเกิดเมื่ออายุ 7-14 วัน<sup>2</sup> การถ่ายปัสสาวะบ่อยอย่างเดียวย่อมไม่ใช่สัญญาณว่าลูกได้พลังงานพอ เพราะถ้าลูกได้แต่น้ำนมส่วนหน้า (foremilk) ไม่ได้ส่วนท้าย (hindmilk) ซึ่งมีส่วนประกอบของไขมันมากกว่าส่วนหน้า หลังจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มประมาณ 120-240 กรัมต่อสัปดาห์ น้ำหนักของทารกปกติจะเป็น 2 เท่าของน้ำหนักเมื่อแรกเกิด เมื่ออายุประมาณ 5 เดือน 3 ทารกช่วงอายุ 6-12 เดือนน้ำหนักจะขึ้นช้ากว่าช่วง 6 เดือนแรก อาจขึ้น 53-113 กรัมต่อสัปดาห์ ทารกที่กินนมแม่จะมีน้ำหนัก เป็นสองเท่าครึ่ง

ของน้ำหนักแรกเกิด ความยาวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 และเส้นรอบวงของศีรษะ เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของแรกเกิด<sup>4</sup> หนึ่งการใช้ growth chart เพื่อติดตามการเจริญเติบโตของทารกเป็นระยะอย่างต่อเนื่องจะเป็นประโยชน์อย่างมาก

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอในทารกปกติ มักเกิดจากการให้นมลูกไม่ถูกต้อง การแยกแม่ลูก หรือการให้นมผสมเสริม และการทำให้ทารกดูดโดยใช้จุกนมยาง ทารกมีความเจ็บป่วยหรือความพิการในระยะแรกเกิด เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด หรือลื่นติด การประเมินว่าทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ สามารถทำได้โดยการชั่งประวัติ การสังเกต และการตรวจสอบสุขภาพทั้งของแม่และทารก และเพื่อให้การช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ตรงประเด็นดังนี้

**สัญญาณที่บอกว่าทารกได้รับนมแม่พอ เพื่อให้ความมั่นใจกับแม่ ได้แก่**

1. เต้านมแม่ตึงก่อนให้นมและนุ่มลงหลังให้ลูกดูด
2. ขณะดูดนมแม่ จะมีน้ำนมไหลจากอีกเต้าหนึ่ง (let down reflex)
3. ลูกได้รับนมแม่ (milk transfer) โดยดูจากการดูดและการกลืนเป็นจังหวะของทารก ทารกจะอยู่ในท่าผ่อนคลาย พอใจไม่เกร็ง และริมฝีปากทารกจะเปียกชื้นแสดงว่าลูกได้รับนมแม่
4. เมื่ออึมทารกจะหยุดดูด และคลายหัวนมออกจากปากหรือหลับ

**สัญญาณจากแม่ที่บ่งบอกว่าทารกอาจได้รับนมแม่ไม่พอ ได้แก่**

1. ขนาดของเต้านมแม่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เห็นหลังคลอดแล้ว 3-5 วัน
2. วันที่ 4-5 หลังคลอด ยังไม่มีสัญญาณว่าน้ำนม

แม่ไหลดี

3. แม่มีอาการเจ็บหัวนมตลอดเวลา
  4. หลังให้ลูกดูดนมแล้วเต้านมแม่ยังคงคัดตึง
- สัญญาณของทารกที่บ่งบอกว่าทารกอาจได้รับนมแม่ไม่พอ ได้แก่**

1. ทารกแสดงอาการกระสับกระส่าย หรือหลับมากกว่าปกติ ไม่ยอมดูดนม ดูดนมน้อยกว่า 8 ครั้งใน 24 ชั่วโมง ปากของทารกไม่เปียกชื้น หลังให้นมแม่
2. ถ่ายปัสสาวะน้อยกว่า 6 ครั้ง อุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวันหลังอายุ 3 วัน หรืออุจจาระยังเป็นขี้เทาหลังอายุ 4-5 วัน
3. น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดลดเกินร้อยละ 7 ใน 3-5 วันแรก น้ำหนักทารกยังไม่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นหลังอายุ 5 วัน น้ำหนักทารกเพิ่มน้อยกว่า 20-30 กรัมต่อวัน หรือน้อยกว่า 120-240 กรัมต่อสัปดาห์หลังอายุ 14 วัน

**การป้องกันและการแก้ไขปัญหาภาวะนมแม่ไม่เพียงพอ**

การป้องกันภาวะนมแม่ไม่เพียงพอ การให้ดูดเร็ว ดูดถูกวิธี ดูดบ่อย ดูดทุกครั้งที่ถูกต้องการ โดยการเริ่มดูดนมแม่ทันทีหลังคลอดภายใน 1 ชั่วโมงแรก เพราะในระยะเวลา 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาที่ยังดี การฉีด vitamin K หรือการหยอดตาให้ลูกหลังคลอดสามารถรอได้ใน 1 ชั่วโมงแรก เพื่อให้แม่ได้สร้างความสัมพันธ์กับลูกก่อน<sup>5</sup> หลีกเลี่ยงการแยกแม่ลูกโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เพื่อให้แม่ได้ให้นมลูกได้บ่อยครั้งตามความต้องการ หรือเมื่อลูกแสดงสัญญาณหิว ประมาณ 8-12 ครั้งต่อวัน<sup>6</sup> การดูดนมแต่ละครั้ง ให้ดูดทั้ง 2 เต้า และดูดประมาณ 10-15 นาทีต่อเต้า ในระหว่างการช่วยเหลือนมแม่และลูกเพื่อให้ได้ปริมาณเพียงพอ ต้องคอยระมัดระวังอัตราการเพิ่มน้ำหนักของลูก หรือน้ำหนักที่ขึ้นน้อยมาก (poor weight gain) และจำนวนครั้งของปัสสาวะ

และปริมาณปัสสาวะที่ลดลง

การแก้ไขปัญหาภาวะนมแม่ไม่เพียงพอ ควรเริ่มต้นด้วยการประเมินสาเหตุทั้งตัวแม่และตัวลูก เช่น ปัญหาเต้านม หัวนม ภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเครียดของแม่หลังคลอด การดูดนมที่ไม่ถูกวิธี ภาวะทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังเกิด หรือภาวะผิปกติในช่องปาก เช่น ลิ้นติด ควรช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของแม่และลูก หากแก้ไขเองไม่ได้ต้องส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ หรือแพทย์เฉพาะทางโดยด่วน

**การช่วยเหลือแม่ให้นมเพียงพอสำหรับทารกปกติ<sup>4</sup>**

**1. การช่วยเหลือด้านจิตใจของแม่ (Psychological support)**

ควรย้ำแม่ให้มั่นใจว่าสามารถมีน้ำนมเพียงพอให้แก่ลูกได้ จัดสภาพแวดล้อมให้แม่ได้ผ่อนคลาย เช่น อยู่ในห้องที่สงบ มีเสียงดนตรีเบาๆ นวดบริเวณต้นคอและหลังเพื่อผ่อนคลาย ต้มเครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนม เช่น น้ำอุ่น น้ำขิง หรือน้ำสมุนไพร

**2. การช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม**

ควรเพิ่มความถี่การดูดนมแม่จากเต้าหลังการแก้ไขการดูดนมให้ถูกวิธี และควรให้ในช่วงกลางคืนมากขึ้น หลีกเลี่ยงหรือหยุดการให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่นๆ แก่ทารก เพื่อกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน และออกซิโทซิน ที่ช่วยในการสร้างและหลั่งน้ำนม

**4. การใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมการให้นม**

ในกรณีที่ลูกได้น้ำนมจากเต้าไม่เพียงพอ ควรกระตุ้นให้แม่บีบน้ำนมด้วยมือหรือใช้เครื่องบีบน้ำนม (breast pump) จนมีน้ำนมไหลอย่างเพียงพอ หรือน้ำนมพุ่งขณะบีบหรือไหลอย่างต่อเนื่องขณะบีบนมแล้วนำน้ำนมที่บีบไว้มาให้ทารกหลังการฝึกดูดนมแม่จากเต้า เช่น การป้อนด้วยถ้วยแก้ว หรือเสริมปริมาณน้ำนมแม่ขณะให้ลูกดูดนมโดยให้แม่บีบนมขณะลูกดูดนมหรือให้นมแม่ที่บีบไว้ทางหลอดอาหารที่ติดไว้บริเวณ

หัวนมและลานนม (lact-aid)

**5. การทดสอบการได้รับปริมาณน้ำนมแต่ละครั้งของการให้นม**

เพื่อให้แม่มั่นใจว่าทารกได้รับน้ำนมในแต่ละครั้ง โดยการทดสอบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักของทารกก่อนและหลังการให้นมอย่างเต็มที่ (test weighing) ควรบันทึกปริมาณ สี กลิ่นของอุจจาระ ปัสสาวะ อุจจาระของทารกที่ได้รับนมเพียงพอควรมีลักษณะสีเหลือง และอ่อนนุ่มและมีปริมาณใกล้เคียงกับน้ำนมที่ได้ในแต่ละครั้ง มีปัสสาวะหรือผ้าอ้อมเปียก 6 ครั้งต่อวันขึ้นไป มีสีเหลืองอ่อนจาง และกลิ่นไม่ฉุน

**2. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด**

ทารกปกติจะมีอาการตัวเหลืองเล็กน้อยได้เนื่องจากเม็ดเลือดแดงของทารกมีอายุสั้นกว่าปกติและการกำจัดบิลิรูบิน โดยอาศัยการทำงานของตับยังไม่สมบูรณ์ ที่เรียกว่า physiologic jaundice อาการเหลืองหลังเกิดในวันที่ 2 และอาการตัวเหลืองนี้จะหายไปภายใน 7-10 วันในทารกครบกำหนด ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดอาการเหลืองอาจนาน 10-14 วัน ระดับบิลิรูบิน สูงสุดของทารกครบกำหนด ไม่เกิน 12 มก./ดล. และทารกเกิดก่อนกำหนดไม่เกิน 15 มก./ดล. ปัจจุบันการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นไปอย่างกว้างขวางและมากขึ้นเรื่อยๆ และพบอุบัติการณ์ทารกตัวเหลืองเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มที่กินนมแม่มากกว่าทารกที่กินนมผสม<sup>7,8</sup> ภาวะตัวเหลืองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกต้องกลับมานอนในโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือเป็นเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แนะนำให้แม่หยุดให้นมลูกชั่วคราว และลดโอกาสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะยาว ทารกที่กินนมแม่และมีอาการตัวเหลืองก่อนที่จะสรุปว่าทารกตัวเหลืองสัมพันธ์กับการกินนมแม่จะต้องหาสาเหตุก่อนว่าไม่ใช่เป็น pathologic jaundice เช่น ปัญหาหมู่เลือดของแม่และของลูกไม่เข้ากัน (isoimmune hemolytic jaundice)

ภาวะ G6PD deficiency การติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งจะต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาให้ถูกต้อง ภาวะตัวเหลืองที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้แก่

**2.1. ภาวะตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่พอ**

(not-enough breastfeeding jaundice, breast-non feeding jaundice)

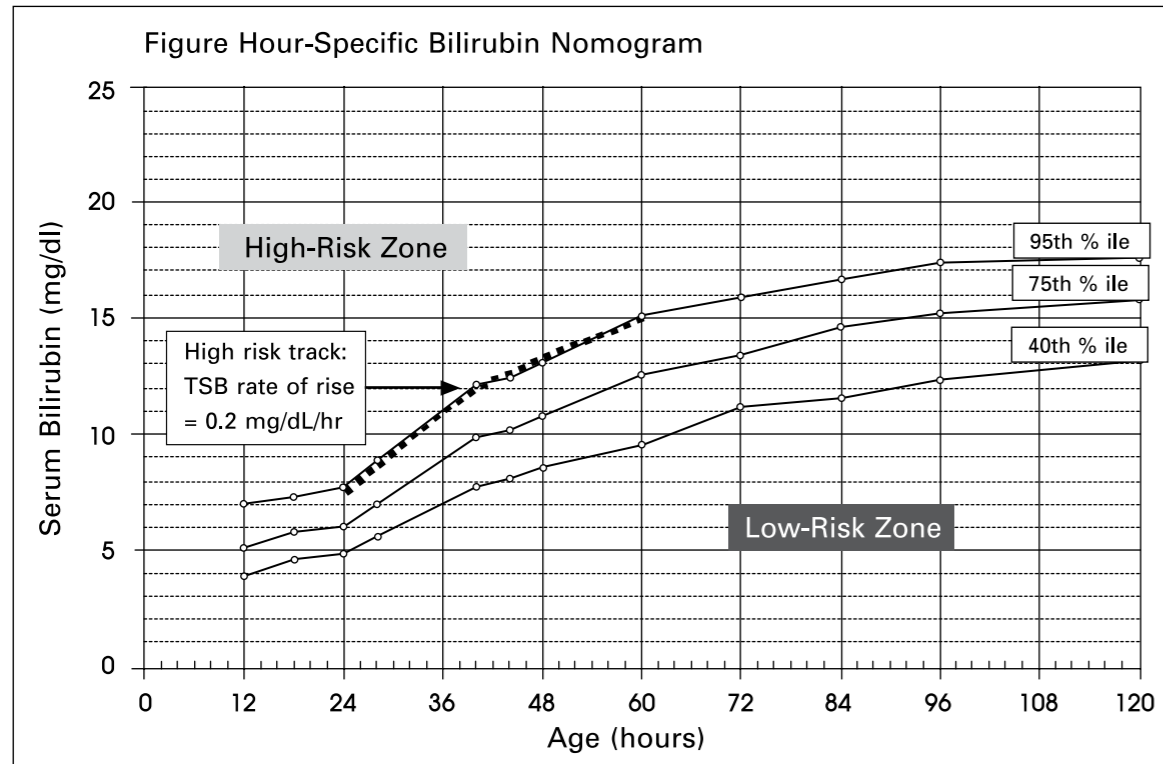
ภาวะตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่พอ เป็นภาวะตัวเหลืองที่เกิดใน 2-5 วันแรกหลังเกิด (early neonatal jaundice) อาการตัวเหลืองจะเป็นไม่นานประมาณ 10 วัน ระดับบิลิรูบินมักไม่สูงมาก (< 15 มก./ดล.) เพราะลูกได้รับนมไม่พอ เนื่องจากการเริ่มต้นให้ลูกดูดนมช้า ลูกดูดนมไม่บ่อยพอใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ลูกขับถ่ายขี้เทา (meconium) น้อยลง ทำให้การดูดซึมกลับของบิลิรูบินจากลำไส้เข้าสู่ตับมากขึ้น (enterohepatic circulation) มักมีสาเหตุอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะขาดออกซิเจนระยะปริกำเนิด (perinatal asphyxia / low Apgar score) ทารกเกิดก่อนกำหนด (late preterm) ทารกที่ได้รับบาดเจ็บระยะคลอดและ/หรือมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มกระโหลกศีรษะ (cephal-hematoma) ทารกที่ได้รับการป้อนน้ำหรือน้ำกลูโคสเสริมขณะเริ่มให้ทารกดูดนม โดยเฉพาะในทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ทารกตัวโตกว่าเกณฑ์หรือทารกที่มีแม่เป็นเบาหวาน รวมทั้งทารกที่มีปัญหาาระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น Down syndrome

**การป้องกันและการแก้ไขปัญหาภาวะตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่พอ**

การป้องกันภาวะตัวเหลืองจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ทำได้โดยการเริ่มต้นให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วและถูกวิธี ดูดนมแม่บ่อยครั้งอย่างน้อย 8-12 ครั้งทั้งกลางวันและกลางคืนใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ช่วยให้ลูกได้รับหัวน้ำนม (colostrum) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนของกระเพาะและลำไส้ ทำให้แรงการระบายขี้เทาออกจากลำไส้ และลดการดูดซึมสารบิลิรูบินจากลำไส้สู่ตับ เป็นการป้องกันภาวะตัวเหลืองที่มีประสิทธิภาพสูง



การรักษาโดยการให้กินนมให้ได้แคลอรีเพียงพอกับความต้องการ แก้ไขปัญหาที่ทำให้ลูกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ เช่น การกระตุ้นให้ดูดนมแม่บ่อยๆ ดูดให้ถูกวิธี แก้ไขทารกที่มี tongue tie ทารกที่ดูดไม่เก่ง ให้บีบนมแม่ป้อน แต่หากน่านมแม่ไม่พอ อาจให้นมผสมชั่วคราวเพื่อให้ได้พลังงานให้พอกับความต้องการโดยป้อนด้วยช้อนหรือแก้ว การกระตุ้นถ่ายอุจจาระ พิจารณาให้ phototherapy ร่วมด้วย ถ้าระดับบิลิรูบินสูงถึง 15 มก./ดล. หรือสูงถึงระดับที่อาจทำให้เกิดภาวะ hyperbilirubinemia โดยเทียบระดับ total bilirubin กับอายุของทารกเป็นชั่วโมง โดยใช้ Bhutani guideline<sup>79</sup> (รูปที่ 21.1) การเสริมน้ำ น้ำกลูโคส ไม่ช่วยแก้ปัญหาและสร้างปัญหาของการดูดนมมากขึ้น และต้องนัดมาตรวจติดตามเรื่องภาวะตัวเหลืองและน้ำหนักของทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



รูปที่ 21.1 Bhutani guideline

**2.2. ภาวะตัวเหลืองจากสารในน้ำนมแม่ (Breast milk jaundice)**

ทารกที่มีภาวะตัวเหลืองจากสารในน้ำนมแม่ มักมีสารบิลิรูบินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปลายสัปดาห์แรก หรือเมื่อทารกมีอายุ 5-10 วัน และอาการเหลืองนี้มักอยู่นานเป็นสัปดาห์ และมีระดับบิลิรูบินสูงสุดระหว่างสัปดาห์ที่ 2-3 บางรายเหลืองนานถึง 6-12 สัปดาห์<sup>10</sup> ทารกบางรายอาจมีระดับบิลิรูบินสูงกว่า 20 มก./ดล. อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะตัวเหลือง

จากสารในน้ำนมแม่ มีประมาณร้อยละ 0.5-2.4<sup>11</sup> ในกรณีที่ทารกมีภาวะตัวเหลืองนาน ควรวินิจฉัยแยกโรค เช่น ท่อน้ำดีอุดตัน ภาวะตับอักเสบ หรือภาวะพร่องไทโรยด์ซอร์โโมน เป็นต้น

กลไกที่น้ำนมแม่ที่ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองนานยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีสารบางอย่างในน้ำนมแม่ที่ไปยับยั้งการทำงานของ enzyme glucuronyl transferase ในตับไม่ให้มี conjugation ของ bilirubin เช่น สอร์โโมน pregnane-3- $\alpha$ ,20 $\beta$ -diol หรือ nonesterified

long-chain fatty acid สารในน้ำนมแม่ เช่น beta-glucuronidase ที่สลาย conjugated bilirubin เป็น unconjugated bilirubin จึงทำให้มีการดูดซึมกลับของบิลิรูบินจากลำไส้สู่ตับมากขึ้น ในทารกบางรายตับยังทำงานไม่ได้เต็มที่จึงไม่สามารถดึงบิลิรูบินจากเลือดไปเปลี่ยนเป็น conjugated bilirubin ได้ ยังมีสารหลายตัวในน้ำนมแม่ที่เชื่อว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตัวเหลือง เช่น กลุ่มสารต้านการอักเสบ epidermal growth factor และ serum alpha-fetoprotein

ทารกกลุ่มนี้ส่วนมากมาหลังอายุ 10-14 วัน และระดับบิลิรูบินจะสูงมากถึง 23-25 มก./ดล. ซึ่งต้องตรวจค้นหาสาเหตุของตัวเหลืองในทารกทุกรายก่อนที่จะสรุปว่า เป็น breast milk jaundice เช่น ไม่มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง ไม่มีการอุดตันของท่อน้ำดี โรค congenital hypothyroidism ไม่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แนวทางการรักษาภาวะตัวเหลืองที่เป็น breast milk jaundice ขึ้นกับความรุนแรงของภาวะตัวเหลืองและสภาวะของทารก ในทารกครบกำหนดปกติแข็งแรงดี การรักษาให้พิจารณาดังนี้<sup>21-24</sup>

ถ้าระดับ บิลิรูบิน มากกว่า 17 มก./ดล. ควรรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล และยังคงให้นมแม่ต่อไป และควรตรวจระดับบิลิรูบินทุก 4-6 ชั่วโมง ถ้าระดับบิลิรูบินเริ่มลดลงให้ตรวจซ้ำทุก 8 ชั่วโมง จนกว่าระดับบิลิรูบินจะน้อยกว่า 13 มก./ดล.

ถ้าระดับบิลิรูบิน  $\geq$  20 มก./ดล. แต่ไม่ถึง 25 มก./ดล. ให้ส่องไฟรักษา (phototherapy) และยังคงให้นมแม่ต่อไป ติดตามระดับบิลิรูบินซ้ำทุก 3-4 ชั่วโมง จนระดับบิลิรูบินเริ่มลดลงน้อยกว่า 13 มก./ดล. ถ้าไม่ลดลงหรือยังสูงขึ้นเรื่อยๆ ให้งดนมแม่ชั่วคราว 24-48 ชั่วโมง และให้นมผสมแทนชั่วคราวเมื่อระดับบิลิรูบินลดลงแล้วสามารถให้นมแม่ต่อไป

ถ้าระดับบิลิรูบินตั้งแต่ 25 มก./ดล.ขึ้นไป หรือมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 0.5 มก./ดล.ต่อชั่วโมง ควรงด

นมแม่ชั่วคราว 24-48 ชั่วโมง และให้นมผสมร่วมกับการส่องไฟรักษา ควรติดตามระดับบิลิรูบิน ทุก 4-6 ชั่วโมง จนกว่าระดับบิลิรูบินน้อยกว่า 13 มก./ดล.

การให้นมผสมชั่วคราว ไม่ให้ใช้ขวดนม แต่ให้ป้อนด้วยถ้วยแก้วหรือช้อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด nipple confusion ต้องอธิบายแม่ถึงความจำเป็นในการให้นมผสมชั่วคราวและเน้นย้ำว่าทารกสามารถกลับมากินนมแม่เหมือนเดิมได้ ระหว่างที่งดนมแม่ชั่วคราว ให้บีบน้ำนมออกเพื่อคงสภาพของน้ำนมแม่ไว้ น้อยรายที่ต้องการถ่ายเปลี่ยนเลือดเพื่อรักษาอาการตัวเหลือง และเมื่อกลับมากินนมแม่ใหม่ บางรายระดับบิลิรูบินกลับสูงขึ้นใหม่แต่จะไม่ถึงระดับที่เคยสูงสุด

กรณีทารกที่กินได้น้อย พิจารณาให้นมทางสายยาง (orogastric tube) ถ้าไม่มีข้อห้าม และหรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชั่วคราว ถ้าจำเป็นติดตามดูจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ และระวังผลข้างเคียงอื่นๆ จากการให้การส่องไฟรักษา หลังจำหน่ายจะต้องนัดมาตรวจติดตามอาการซ้ำ ในทารกที่มีระดับ total serum bilirubin 20 มก./ดล.ควรได้รับการตรวจการได้ยินทุกรายด้วย

**3. ภาวะทารกแรกเกิดมีน้ำตาลในเลือดต่ำ (Neonatal hypoglycemia)<sup>12</sup>**

ทารกในครรภ์เคยได้รับสารอาหารและน้ำตาลต่อเนื่องและคงที่ผ่านรก ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงอย่างชัดเจนใน 2-3 ชั่วโมงแรกหลังเกิด แต่ทารกสามารถปรับตัวให้ระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นมากปกติได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงมักเป็นชั่วคราวและไม่มีอาการ ในทารกบางรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ (small for gestational age) น้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ (large for gestational age) ทารกแฝด ทารกที่แม่เป็นเบาหวาน ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง อุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะเลือดขุ่น หรือมีภาวะ

เมื่อดูเลือดแดง จากสาเหตุต่างๆ ทารกที่มีความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องคัดกรองน้ำตาลในเลือดเมื่ออายุ 1-2 ชั่วโมง ไม่ควรรอให้ทารกมีอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ร้องกวน jitteriness มี Moro reflex ที่เกิดขึ้นบ่อยและนานกว่าปกติ ร้องเสียงแหลมซิม ตัวอ่อนปวกเปียก หายใจเร็ว อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือไม่คงที่ ถ้ารุนแรงมากขึ้น อาจ๊ก เขียว หยุดหายใจ และหมดสติ ทารกบางรายที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ จึงจำเป็นต้องคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดของทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

#### แนวทางการป้องกันและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

1. กลุ่มทารกที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและไม่มีอาการเจ็บป่วย เช่นทารกเกิดครบกำหนดปกติ

ให้แม่โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังเกิด เพื่อให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วเพื่อลดการใช้พลังงานในตัวทารก และกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมให้น้ำนมมาเร็วขึ้น ควรให้ลูกดูดนมแม่บ่อยประมาณวันละ 8-12 ครั้ง หรือทุกครั้งที่แสดงอาการหิว ในกรณีที่ทารกหลับนานเกิน 2-3 ชั่วโมง ควรปลุกทารกมาดูดนมแม่ในวันแรกๆ หลังคลอด ไม่มีความจำเป็นต้องเสริมด้วยน้ำตาลกลูโคสหรือนมผสม ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2. กลุ่มทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมีอาการที่สงสัยว่าจะมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของทารก เช่น ทารกที่แม่เป็นเบาหวาน ทารกที่มีน้ำหนักมากกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ (large for gestational age) หรือน้ำหนักน้อยกว่าที่ควรจะเป็นตามอายุครรภ์ (small for gestational age) ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกภายใน 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังเกิดค่าที่ยอมรับได้คือมากกว่า 45 มก./ดล. หากตรวจด้วย dextrostrix / glucometer

แล้วพบค่าผิดปกติ ควรยืนยันการวินิจฉัยด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และควรติดตามระดับน้ำตาลจนกว่าจะปกติ 48 ชั่วโมง โดยเฉพาะก่อนให้นมมือต่อไป

#### การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ก. กลุ่มทารกที่ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (asymptomatic hypoglycemia) ควรช่วยเหลือดังนี้

1. ให้กินนมแม่ต่อทุก 1-2 ชั่วโมง หรือให้นมแม่บีบหรือนมผสม 3-10 มล./กก.ต่อมื้อในทารกที่ยังดูดนมแม่ไม่ได้ และไม่มีข้อห้ามในการให้นม เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่ควรเสริมน้ำกลูโคสหรือนมผสมมากเกินไป ความต้องการของทารก (force feeding) ทางสายให้อาหารที่ใส่ถึงกระเพาะ พิจารณาให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือดเพื่อให้ได้สารน้ำและอาหารพอเพียงกับความต้องการในแต่ละวัน ในกรณีที่ให้น้ำกลูโคสทางปากควรใช้ความเข้มข้น 5% ขนาด 12 มล./กก. โดยป้อนด้วยถ้วยแก้วอย่างช้าๆ หรือใช้ lact-aid
2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกินนมมื่อถัดไปจนกว่าค่าน้ำตาลจะปกติและคงที่
3. เริ่มสารละลายกลูโคสทางหลอดเลือด ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดยังคงต่ำ หลังทารกได้รับนม น้ำกลูโคสทางปากตามปริมาณที่กำหนดแล้ว
4. ในกรณีที่ให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือดได้ สามารถให้ดูดนมแม่ร่วมด้วย
5. ประเมินทารกเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา

ข. กลุ่มทารกที่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือมีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 20-25 มก./ดล.

1. เริ่มให้สารละลายกลูโคสที่มีความเข้มข้น 10 % ปริมาณ 2-4 มล./กก.ทางหลอดเลือด

ทันที โดยไม่ต้องรอให้นมหรือหรือน้ำตาลทางปากก่อน เพราะจะทำให้แก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำไม่ทัน ทารกอาจมีอาการทางสมองตามมาได้

2. ควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4-6 ชั่วโมง ในขณะที่ปรับระดับการไหลของสารละลายกลูโคสประมาณ 6-8 มก./กก.ต่อนาที ยกเว้นทารกที่มีแม่เป็นเบาหวาน ให้ 8-10 มก./กก.ต่อนาที เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด 70-100 มก./ดล.ไม่ให้ต่ำกว่า 50 มก./ดล.
3. ควรกระตุ้นให้ลูกดูดนมแม่บ่อยครั้ง หรือให้นมที่บีบไว้เพิ่มเติมขณะให้สารละลายกลูโคสทางหลอดเลือด ค่อยๆ เพิ่มปริมาณนมแม่จนทารกได้รับนมแม่เต็มที่ และค่อยๆ ปรับสารละลายน้ำตาลลงจนหยุดได้ โดยดูตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกินนมมื่อถัดไป
4. ควรสร้างความมั่นใจของแม่ว่าลูกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องการการเสริมนมผสมหรือน้ำกลูโคสเพียงชั่วคราว หลังการรักษาจนอาการปกติ ลูกสามารถกลับมารับนมแม่อย่างเดียวได้เช่นเดียวกับทารกปกติ ระหว่างการรักษาควรกระตุ้นให้แม่อยู่กับลูกมากที่สุด ได้รับการฝึกการบีบนมด้วยมือหรือใช้เครื่องบีบนมและการดูดนมจากเต้า เพื่อคงสภาพการสร้างและการหลั่งน้ำนม

#### 4. ภาวะการปฏิเสธการดูดนมแม่จากเต้า (Refusal to breastfeed)

ทารกที่ปฏิเสธการดูดนมแม่จากเต้า จะแสดงอาการร้อง เกร็งตัว หลังแอ่น ส่ายหน้าหนีจากเต้านม แม้ว่าแม่จะพยายามอุ้มลูกจนชิดเต้า มักพบได้ตั้งระยะแรกหลังคลอด และหลังให้นมลูกเป็นเวลานานขึ้นกับสาเหตุที่มีหลายประการ ดังนี้

1. ทารกมีปัญหาสุขภาพจากระยะแรกเกิด หรือ

ภายใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากการบาดเจ็บจากการคลอด เช่น กระดูกโพลาร้าหัก การขั้วบวมบริเวณไบหน้าและกล้ามเนื้อคอ การระคายเคืองของเยื่อเมือปากเนื่องจากการดูดนมหะค่อนข้างรุนแรงในระหว่างการช่วยกัชีพจากภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง ส่วนประกอบของช่องปากที่ผิดปกติ เช่น เพดานสูง (high-arch palate) การได้รับยาของแม่ในระยะคลอด แม่ได้ยาระงับปวดในระยะก่อนคลอด หรือระยะให้นมลูก การแยกแม่และลูกหลังคลอด

2. ระหว่างการฝึกดูดนม ทารกที่ปฏิเสธการดูดนมอาจมีปัญหาจากการได้รับนมผสม และการใช้จุกนมยางหรือจุกนมหลอก (pacifier) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด เทคนิคการเอาทารกเข้าเต้าไม่ถูกวิธี โดยการใช้แรงบังคับทารกเข้าเต้าทำให้ทารกแสดงอาการต่อต้าน นอกจากนั้นอาจมีสาเหตุการเจ็บในช่องปาก ทารกบางรายอาจต้องการดูดนมในเวลาที่เหมาะสม เช่น ในเวลากลางคืน และปฏิเสธการดูดนมในช่วงเวลากลางวัน

3. หลังจากที่ทารกดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ทารกสามารถปฏิเสธการดูดนมแม่ได้ เนื่องจากหลายสาเหตุ ภาวะนมพุ่งหรือน้ำนมน้อยขณะเริ่มต้นดูดนม ความเจ็บป่วยของทารก เช่น เป็นหวัด คัดจมูก เจ็บคอ แผลในปาก หูอักเสบ ฟันขึ้น ติดเชื้อราในช่องปาก หรือภาวะกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux) จำเป็นต้องให้การรักษาจำเพาะ<sup>13</sup>

การเปลี่ยนแปลงในตัวแม่อาจทำให้ลูกปฏิเสธการดูดนม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของทารก การเปลี่ยนพี่เลี้ยงบ่อยๆ หรือการที่แม่ไปทำงาน การใช้น้ำหอม แม่มีภาวะภูมิแพ้ หรือการรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำนมเปลี่ยนรสชาติ อาหารที่มีกลิ่นฉุน เช่น หัวหอม กระเทียมและลูกกวาดรสมินท์ ซึ่งจะสังเกตได้ว่าทารกปฏิเสธนมแม่ หลังแม่รับประทานอาหาร 8-12 ชั่วโมง ทารกส่วนใหญ่จะกลับมากินนมแม่หลังการรับประทานอาหาร 24 ชั่วโมงใหม่<sup>13</sup>

การเจ็บป่วยของแม่ เช่น แม่ที่มีเม็ดนมอักเสบ

(mastitis) พบว่าน้ำนมแม่ที่มาจากเต้าที่อักเสบ จะมี ส่วนประกอบของเกล็ดเลือดและคลอไรด์มากกว่า น้ำนมแม่จากเต้าข้างที่ปกติ ทำให้ทารกปฏิเสธการ ดูดนมแม่ข้างที่มีเต้านมอักเสบ นอกจากนี้มีรายงาน ทารกปฏิเสธนมแม่ข้างเดียวทั้งที่เคยกินดีมาก่อน 5 ราย หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนต่อมาพบว่าแม่เป็น มะเร็งเต้านมข้างที่ทารกปฏิเสธ ดังนั้นหากสงสัยควร ส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาได้รวดเร็ว<sup>14</sup>

### การแก้ไขปัญหาภาวะการปฏิเสธการดูดนมแม่ จากเต้า

การแก้ไขปัญหาทารกปฏิเสธดูดนมแม่จากเต้า ต้องเริ่มต้นค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นๆ เสียก่อน หยุดการให้นมผสมหรือการใช้จุกนมหลอก สอบถาม ความรู้สึกของแม่ ปล่อยให้กำลังใจให้แม่มีความมั่นใจ เพื่อลดความวิตกกังวลของแม่ซึ่งมีสูงมาก รวมทั้งลด ความรู้สึกผิดของแม่ ยิ่งทารกร้องกวนมาก ปฏิเสธ การดูดจากเต้ายิ่งทำให้แม่มีความเครียดสูงมากขึ้น และอาจเกิดอาการซึมเศร้า ทำให้การสร้างและหลั่ง น้ำนมลดลง สร้างความมั่นใจให้แม่และครอบครัว ว่าแม้อย่างไรก็ตามต่อไปได้ และยังมีวิธีการฝึกให้ลูก ดูดนมอย่างถูกต้องด้วยเทคนิคดังต่อไปนี้

1. ควรให้แม่ลูกอยู่ด้วยกันตลอดเวลา และให้ แม่โอบกอดเนื้อแนบเนื้อจนลูกสงบก่อนฝึกการดูด นมแต่ละครั้ง ระหว่างการโอบกอดให้ปากลูกสัมผัส หัวนมและเต้านมบ่อยครั้งเพื่อกระตุ้นให้ลูกกลับมา คู้เคยมากขึ้น และช่วยกระตุ้น oxytocin reflex ซึ่ง ช่วยให้แม่และทารกสงบ เอาทารกเข้าเต้าให้ถูกวิธี ไม่ใช้วิธีออกแรงบังคับ

2. ในกรณีที่ทารกเกิดก่อนกำหนด (<37 สัปดาห์) หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย (<2,500 กรัม) ทารกจะมี แรงดูดนมอ่อนร่วมกับปฏิเสธการดูดนมจากเต้า หรือดูดนมช่วงสั้นแล้วหลับ จึงได้รับนมไม่พอหรือใช้ เวลาในการให้นมแต่ละครั้งนานเกินปกติ จึงควรแนะนำให้แม่บีบน้ำนมขณะดูดนมแม่ ถ้าลูกมีลักษณะได้รับ

น้ำนมไม่เพียงพอ ควรบีบน้ำนมแล้วนำมาป้อนด้วย ถ้วยแก้วจนกว่าลูกจะดูดนมจากเต้าได้เต็มที่ บางครั้ง ที่น้ำนมแม่น้อยจริงๆ จากความเครียดหรือหยุด ให้นมแม่นาน ควรให้แม่ใช้เครื่องบีบน้ำนมเพื่อ กระตุ้นการสร้างน้ำนมให้มาเร็วขึ้น ถ้าได้น้ำนมจาก การบีบนม ให้นำน้ำนมมาให้ลูกด้วยอุปกรณ์เสริมการ ให้นม (lact-aid) ต้องยอมให้นมผสมเสริมชั่วคราว ถ้าไม่ได้ให้นมอาจให้นมผสมและป้อนด้วยช้อน แก้ว กระบอกฉีดยา หรือหลอดหยด ไม่ควรให้ลูกดูดนม จากขวดเพราะจะทำให้การแก้ไขยากขึ้น ถ้าเต้านม คัดตึงมาก ควรแก้ไขปัญหาคัดตึงก่อนที่จะเริ่มฝึก การดูดนม

3. อาหารที่แม่กินและออกมาทางน้ำนมแม่ ซึ่ง มักเกิดกับทารกวัย 2-3 เดือนเริ่มปฏิเสธกินนมแม่ทั้ง 2 ข้าง เช่น อาหารที่มีกลิ่นฉุน เช่น หัวหอม กระเทียม และลูกกวาดรสฉุนที่มีรายงาน จะสังเกตได้จากหลัง การกินอาหารของแม่ 8-12 ชั่วโมงลูกจะปฏิเสธนมแม่ หลัง 24 ชั่วโมงทารกจะกลับมากินนมแม่ใหม่ ซึ่งแม่ จะต้องคอยสังเกตอาการของทารกกับประเภทของ อาหารที่แม่กินเป็นรายๆ<sup>15</sup>

4. แก้ไขสาเหตุอื่นๆ ถ้ามี เช่น การติดเชื้อในหู เชื้อราในช่องปากต้องให้ยารักษา

### 5. ทารกถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง

ทารกปกติที่ดูดนมแม่ขับถ่ายอุจจาระมากกว่า 6 ครั้งหลังอายุ 3 วันเนื่องจากหัวนมมีฤทธิ์ระบาย ชี้เทาและช่วยให้อุจจาระอ่อนนิ่มและขับถ่ายง่ายขึ้น น้ำนมแม่มีโปรตีนเวย์ที่ย่อยง่าย และทำปฏิกิริยากับ กรดในกระเพาะอาหารจะได้เป็นตะกอนนมที่นิ่มและ เคลื่อนผ่านกระเพาะได้เร็วขึ้น หัวนมที่มีโปรตีน เวย์สูงถึงร้อยละ 90 ใน 2-3 วันแรกหลังเกิดจะช่วย ให้ทารกถ่ายบ่อยและระบายชี้เทาได้เร็วขึ้น จึงช่วย ลดภาวะตัวเหลืองตามธรรมชาติได้เร็วขึ้น แลคโตส และโอลิโกแซคคาไรด์ที่มีสูงในน้ำนมส่วนหน้าช่วย สลายน้ำตาลและไขมันในลำไส้ ช่วยการเจริญเติบโต

ของจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ในลำไส้ และช่วยดึงน้ำ เข้ามาในลำไส้ใหญ่ ทารกจึงขับถ่ายอุจจาระได้มาก ขึ้น นอกจากนี้ น้ำนมแม่ยังมีฮอร์โมนบางชนิด เช่น พลาสมาแลนตินที่ช่วยการบีบรัดของลำไส้ (peristalsis) การขับถ่ายอุจจาระบ่อยของทารกแรกเกิดจึง เป็นกลไกปกติของธรรมชาติ แต่บุคลากรทางการแพทย์จำนวนไม่น้อยที่ยังกังวลว่าการถ่ายอุจจาระ บ่อยของทารกเป็นโรคอุจจาระร่วงและพยายามหา สาเหตุ อุจจาระทารกปกติมีสีเหลืองทอง นิ่ม เหลว คล้ายยาสีฟัน อาจมีน้ำปนเล็กน้อย หรือมีก้อนละเอียด คล้ายเม็ดมะเขือเทศ ในช่วงที่เปลี่ยนจากชี้เทามา เป็นอุจจาระปกติ อุจจาระของทารกที่ได้รับนมแม่ อาจมีกลิ่นเปรี้ยวเล็กน้อยเนื่องจากภาวะกรด และทารก อาจถ่ายทุกครั้งหลังกินนมแม่เนื่องจากการดูดนม กระตุ้นการเคลื่อนไหวในกระเพาะและลำไส้ใหญ่

การวินิจฉัยแยกภาวะถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งจากโรค อุจจาระร่วง ทำโดยการตรวจลักษณะอุจจาระ และ การประเมินภาวะขาดน้ำ ทารกที่ดูดนมแม่จะถ่ายบ่อย โดยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ทารกดูสบายดี มีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ ในทารกที่ถ่ายบ่อยจนมีกัน แดง หรือแม่กังวลค่อนข้างมาก ควรแนะนำให้ดูนม แม่จนเกลี้ยงเต้า และได้รับน้ำนมส่วนหลังที่มีไขมันสูง มากขึ้น เพราะทารกที่ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งมากเกินไป เกิดจากการได้รับน้ำนมส่วนหน้าที่มีน้ำตาลแลคโตส มากเกินไป ทำให้ทารกถ่ายบ่อยเป็นน้ำปริมาณ มากได้<sup>15</sup> หรือในรายที่น้ำนมแม่มีมากให้บีบน้ำนม ส่วนหน้าออก 1-2 ซ่อนโต๊ะก่อนให้ลูกดูดนม เพื่อลด ปริมาณน้ำตาลแลคโตสในน้ำนม อนึ่งการใช้สาลีซูป น้ำเช็ดทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระจะไม่เพียงพอ ควรล้างคราบออกด้วยน้ำจะช่วยลดอาการกันแดง ของทารกให้ดีขึ้นด้วย

### 6. ทารกท้องผูก

ภาวะท้องผูก มีความหมายแตกต่างกันได้ หลายอย่าง แต่ส่วนใหญ่ หมายถึง ลักษณะอุจจาระ ที่แข็ง ถ่ายลำบาก หรือถ่ายน้อยครั้งกว่าปกติ<sup>16</sup> ทารก ที่ดูดนมแม่ไม่ค่อยมีภาวะท้องผูกใน 1-2 เดือนแรก ทารกบางรายไม่ถ่ายอุจจาระทุกวัน แต่อุจจาระยังคง มีลักษณะปกติ แม่จึงกังวลว่าลูกมีปัญหาท้องผูก ด้วยความเข้าใจว่าทารกแรกเกิดต้อง ถ่ายอุจจาระ ทุกวัน และถ่ายบ่อยครั้งซึ่งแตกต่างจากทารกที่ได้รับ นมผสมที่มีโอกาสท้องผูกมากกว่า<sup>17-19</sup> ทารกบางราย อาจถ่ายวันเว้นวันหรือ 1-2 สัปดาห์ถ่ายครั้ง โดยที่ ทารกยังคงสบายดี ไม่อึดอัด ท้องไม่อืด กินนมได้ดี ไม่มีอาเจียน และลักษณะอุจจาระนิ่ม ถ่ายไม่ลำบาก จึงไม่เรียกว่าท้องผูก<sup>16,19</sup> ทารกแรกเกิดมีท้องผูกจริง น้อยมากและเกือบทุกรายถ่ายชี้เทาภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังเกิดไม่ว่าเลี้ยงด้วยนมแม่ หรือนมผสม ยกเว้น ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยที่อาจถ่ายชี้เทาช้ากว่า 24 ชั่วโมงแรกได้ถึงร้อยละ 20<sup>19</sup> ทารกที่ไม่ถ่ายชี้เทาใน 24-36 ชั่วโมงแรกต้องนึกถึง ภาวะผิดปกติต่างๆ<sup>16</sup> เช่น ภาวะอุดตันของลำไส้ (intestinal obstruction) จาก anal stenosis, imperforate anus, anteriorly displaced anus กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง จาก Prune-belly syndrome, Gastroschisis, Down syndrome ระบบประสาทของลำไส้ผิดปกติ จาก Hirschsprung disease รวมทั้งความผิดปกติของ ประสาทไขสันหลัง การได้รับยาบางชนิดผ่านทางแม่ ขณะคลอด และความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม (hypokalemia, hypercalcemia, hypothyroidism) การดูแลทารกที่มีภาวะท้องผูก จำเป็นต้องวินิจฉัย แยกโรค ก่อนสรุปว่าทารกที่ได้รับนมแม่มีภาวะท้องผูก เนื่องจากนมแม่

## สรุป

การดูแลแม่และทารกหลังคลอด แพทย์จะต้องให้ความสำคัญในการตรวจและประเมินการให้นมแม่ในทารก แต่ละรายมากขึ้นนอกเหนือจากการดูแลทารกตามปกติ สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งด้านปัจจัยเสี่ยงของแม่และของลูก เพื่อให้การช่วยเหลือให้ทารกได้รับนมแม่ในเชิงปฏิบัติมากขึ้น สามารถแก้ไขได้ถูกวิธี ลงมือปฏิบัติได้ถูกต้อง ตรงประเด็นของปัญหา การแก้ไขเร็ว การให้เวลาเพียงพอในการช่วยแก้ไขปัญหา มีความต่อเนื่อง ติดตามและให้กำลังใจแก่แม่ เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่ที่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นผลดีต่อการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สมอง จิตใจและการสร้างภูมิคุ้มกันโรค

## เอกสารอ้างอิง

1. International lactation Consultation Association. Evidencebased guidelines for breastfeeding management During the first fourteen days. April 1999.
2. Klaus MH, Jerauld R, Kerger N, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment: Importance of the first post-partum days. *New Eng J Med* 1972;286:460-3.
3. Powers NG. How to assess slow growth in the breastfed infant. *Breastfeeding* 2001, Part II: The management for breastfeeding. *The Pediatric Clinics of North America* 2001; 48:345-63.
4. Mohrbacher N, Stock J. Weight gain. In: Mohrbacher N, Stock J, editors. *The breast feeding answer book*. 3<sup>rd</sup>. revised editor. Illinois: La Leche League International Inc.; 2002. p. 148-50.
5. American Academy of Pediatrics. Prevention of neonatal ophthalmia. In: Pickering LK, ed. *Red Book: 2009. Report of the Committee on Infectious Disease*. 28<sup>th</sup> ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 827-9.
6. Neifert MR. Clinical Aspect of lactation: promoting breastfeeding success. *Clinics in Perinatology* 1999;26; 281-306.
7. Ambalavanan N, Carlo WA. Jaundice and hyperbilirubinemia in the newborn. In: Kliegman RM, Stanton BF, St.Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; p. 603-7.
8. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the healthy term newborn. *Pediatrics* 2004;114:257-316.
9. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding infants with problems. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A guide for the medical profession* 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 534-41.
10. Schanler RJ. Breastfeeding the newborn : In: McInerney TK, Adam HM, Campbell DE, Kamat DK, Kelleher KJ, editors. *Textbook of pediatric care*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009. p. 821-2.
11. Moerschel SK, Cianciaruso LB, Tracy LR. A practical approach to neonatal jaundice. *Am Fam Physician* 2008;77:1255-62.
12. Wight N, Marinelli KA. ABM clinical protocol #1: guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfeed Med* 2006;1(3):178-84.
13. Mohrbacher N, Stock J. Positioning, latch on and the baby's suck. In: Mohrbacher N, Stock J, editors. *The breastfeeding answer book*. 3<sup>rd</sup> revised ed. Illinois: La Leche League International; 2002. p. 63-72.
14. Goldsmith HS. Milk-rejection sign of breast cancer. *Am J Surg* 1974;127:280.
15. Woolridge M, Fisher C. Colic "overfeeding" and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management? *Lancet* 1988;2(8605): 382-4.
16. Sreedharan R, Liacouras CA. Major symptoms and signs of digestive tract disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, St.Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. editors. *Nelson textbook of pediatrics*. 19<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p.1240-8.
17. Hyam JS, Treem WR, Etienne NL, Weinerman H, MacGilpin D, Hine P, et al. Effect of infant formula on stool characteristics of young infants. *Pediatrics* 1995;95:50-4.
18. Fontana M, Bianchi C, Cataldo S, Conti Nibali S, Cucchiara S, Gobio Casali L, et al. Bowel frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand* 1989;78:682-4.
19. Maheshwari A, Cario WA. Digestive system

disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. editors. Nelson textbook of pediatrics. 19<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011: p.600.

## บทที่ 22 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการรกเกิดก่อนกำหนด

จรรยา จิระประดิษฐา

ในทารกเกิดก่อนกำหนดมีระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันโรคและการเจริญของอวัยวะอื่น ๆ ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ รวมทั้งมีปัญหาจากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวจากภาวะทารกในครรภ์มาเป็นทารกแรกเกิด นมแม่ให้ทั้งสารอาหาร ภูมิคุ้มกัน และสารชีวภาพที่ช่วยปกป้องทารกเกิดก่อนกำหนดจากการติดเชื้อที่รุนแรงตั้งแต่เริ่มต้นของชีวิต และช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของระบบทางเดินอาหารและสมอง ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีความจำเป็นต้องได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดเช่นเดียวกับทารกปกติ ผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะได้ผลดียิ่งกว่าทารกปกติที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาการทางสมองและเข้าวัยปัญญา

### พัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร

ทารกเกิดก่อนกำหนดยังคงมีการทำงานของทางเดินอาหารเช่นเดียวกับทารกในครรภ์ ขนาดของลำไส้ของทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 27 สัปดาห์ยาวเป็นครึ่งหนึ่งของทารกครบกำหนด<sup>1</sup> พัฒนาการของระบบทางเดินอาหารของทารกในครรภ์ เริ่มจากการพัฒนาของเยื่อลำไส้ในไตรมาสที่สอง เริ่มมีการสร้างน้ำย่อยในกระเพาะอาหารใน 13 สัปดาห์ น้ำย่อยไขมันในกระเพาะ (gastric lipase) เมื่ออายุครรภ์ 26-35 สัปดาห์จนทำงานได้เต็มที่เมื่อครบกำหนด และมีน้ำย่อยน้ำตาลแลคโตสในไตรมาสที่สามประมาณร้อยละ 5 ของระดับในผู้ใหญ่ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม เกิดภาวะ feeding intolerance ได้บ่อยจากน้ำย่อยน้ำตาลแลคโตสต่ำ การดูดซึมสารอาหารของลำไส้ในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 17-30 สัปดาห์ ส่วนการย่อยไขมัน

ต้องอาศัยน้ำย่อยไขมันจากปาก กระเพาะอาหาร และตับอ่อนร่วมกับกรดน้ำดี การบีบตัวของลำไส้ถูกกระตุ้นด้วยน้ำคร่ำที่ทารกกลืนในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ และถูกกระตุ้นด้วยนมแม่มากขึ้นในระยะเวลาหลังเกิด ความสามารถของทารกในการดูดกลืนเริ่มต้นตั้งแต่ทารกอายุครรภ์ประมาณ 18-24 สัปดาห์ และมีความสามารถประสานการกลืนและการหายใจได้หลังอายุครรภ์ 34 สัปดาห์<sup>2,3</sup>

### พัฒนาการของระบบภูมิคุ้มกัน

ทางเดินอาหารเป็นอวัยวะแรกที่มีการสร้างเชื้อประจำถิ่น (normal flora) ที่ได้จากตัวแม่ และหรือสิ่งแวดล้อม นมแม่ช่วยการเจริญเติบโตของเชื้อประจำถิ่นที่ไม่ก่อโรค เช่น *Bifidobacterium* และ *Lactobacillus* และต่อสู้กับเชื้อโรคอื่นที่อาจเป็นอันตรายกับทารก มีสารยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรค เช่น lactoferrin และ sIgA ในหัวน้ำนม เนื่องจากนมแม่มีสารช่วยป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียที่มาสัมผัสโดยตรง สารต้านอักเสบ เม็ดเลือดขาว และ immunomodulators นอกจากนี้ นมแม่ยังมีสารช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อลำไส้ (trophic factors) เช่น ฮอรโมนและ growth-promoting peptides, insulin, cortisol, epidermal growth factor (EGF) และ insulin-like growth factor I (IGF-I)<sup>2,4,5</sup>

การเปิดโอกาสให้แม่ของลูกที่เกิดก่อนกำหนดได้โอบกอดสัมผัสลูกเป็นการสนับสนุนให้เกิด "entero-mammary system" ทำให้แม่สร้าง specific IgA antibodies ในน้ำนมต่อเชื้อก่อโรคที่มีอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ทารกอยู่ ทารกที่ได้รับนมแม่ที่มี antibodies เหล่านี้จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค<sup>2,4,6</sup>



## พัฒนาการของอวัยวะและระบบอื่นๆ

การเพิ่มขึ้นทันทีของระดับออกซิเจนในเลือดเมื่อแรกเกิดยับยั้งการทำงานของ erythropoietin ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงในทารกแรกเกิดลดลง ทารกเกิดก่อนกำหนดสร้าง erythropoietin ได้ช้ากว่าทารกเกิดครบกำหนด ทำให้เกิด anemia of prematurity การได้รับ erythropoietin ในน้ำนมแม่ช่วยลดภาวะโลหิตจางในทารกเกิดก่อนกำหนด<sup>2,7,8</sup>

## การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมอง<sup>9,10</sup>

สมองของทารกมีกรดไขมัน docosahexaenoic acid (DHA) และ arachidonic acid (AA) ปริมาณสูงเพื่อช่วยพัฒนาการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทจอประสาทตา และเนื้อเยื่อประสาทสมอง ในทารกเกิดก่อนกำหนดมีความบกพร่องในการย่อยและดูดซึมไขมันเนื่องจากมีน้ำย่อยไขมันและเกลือน้ำดีน้อย รวมทั้งมีความจำกัดในการสังเคราะห์กรดไขมัน DHA, AA และต้องการใช้ในปริมาณมาก สารอาหารเหล่านี้มีมากในนมแม่แต่ไม่มีในนมวัวหรือมีน้อยในนมผสมบางชนิด น้ำนมแม่ช่วยเพิ่มการสร้างจอประสาทตาทำให้สายตาคมชัด ส่งเสริมการมองเห็นและการเคลื่อนไหว ป้องกันการเสื่อมของจอประสาทตาจากการได้ออกซิเจนเกินปกติ ส่งเสริมพัฒนาการทางสมอง

การสร้างเนื้อสมองได้จากแลคโตสที่มีสูงที่สุดในน้ำนมแม่ โดยเป็นสารตั้งต้นของ galactose ในการสังเคราะห์ ganglioside, cerebroside และ sialic acid ที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนา-

การของระบบประสาทส่วนกลางและการเชื่อมโยงปลายเส้นใยประสาท

การสัมผัสโอบกอดกระตุ้นจากแม่ทั้งในขณะที่ให้นมและไม่ให้นมแก่ลูก ช่วยเพิ่มการสื่อสารการเรียนรู้ระหว่างสมองของแม่และลูก (brain to brain interaction) จากการศึกษา Lucas และคณะ ในปี พ.ศ. 2535 และ 2537<sup>11,12</sup> พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่มีค่าคะแนนเชาว์ปัญญาที่อายุ 7-8 ปีสูงกว่าทารกที่ได้รับนมผสมอย่างเดียว 8.3 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่กับทารกที่ได้รับนมผสมแบบ infant formula และ premature formula พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่จะมีพัฒนาการทางสมองและพัฒนาการทางด้านกล้ามเนื้อที่อายุ 18 เดือนดีกว่าทารกที่ได้รับนม infant formula แต่ไม่แตกต่างกับทารกที่ได้รับนม premature formula ในปีพ.ศ. 2547 และ 2548 Vohr และคณะ<sup>13,14</sup> พบว่าปริมาณน้ำนมแม่ที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับตลอดการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดสัมพันธ์กับพัฒนาการทางสมองของทารกที่อายุ 18 และ 30 เดือน และลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (rehospitalization) ได้ร้อยละ 6 Anderson และคณะ<sup>15</sup> ทำการศึกษาแบบ meta-analysis จาก 20 การศึกษาพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมพันธ์กับค่าคะแนนจากการตรวจประเมินพัฒนาการทางสมองที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับทารกเลี้ยงด้วยนมผสม โดยพบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนมากขึ้นในกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย

## สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดมีผลดีต่อการพัฒนาระบบภูมิคุ้มกัน การเจริญของเยื่อลำไส้ รวมทั้งการย่อยและดูดซึมสารอาหารที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำกัดและจำเป็นต้องใช้ในการเจริญเติบโตและการพัฒนาของสมอง สายตา และการเพิ่มเชาว์ปัญญาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. Touloukian RJ, Smith GJ. Normal intestinal length in preterm infants. *J Pediatr Surg* 1983;18:720-3.
2. Wight NE, Morton JA, Kim JH. Preterm developmental physiology. In: Wight NE, Morton JA, Kim JH, editors. *Best medicine: Human milk in the NICU*. 1<sup>st</sup> ed. Amarillo: Hale Publishing; 2008. p. 9-20.
3. Commare CE, Tappenden KA. Development of the infant intestine: Implication for nutrition support. *Nutr Clin Pract* 2007;22:159-73.
4. Walker WA. The dynamic effects of breastfeeding on intestinal development and host defense. *Adv Exp Med Biol* 2004;554:155-70.
5. Xu RJ. Development of newborn GI tract and its relation to colostrum/milk intake: a review. *Reprod Fertil Dev* 1996;8:35-48.
6. Goldman AS. The immune system in human milk and the developing infant. *Breastfeed Med* 2007;2:195-204.
7. Kling PJ. Roles of erythropoietin in human milk. *Acta Paediatr Suppl* 2002;91:31-5.
8. Semba RD, Juul SE. Erythropoietin in human milk: physiology and role in infant health. *J Hum Lact* 2002;18:252-61.
9. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:159-71.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Normal growth, failure to thrive, and obesity in the breastfed infant. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 5<sup>th</sup> ed. St.Louis: Elsevier Mosby; 1999. p. 395-424.
11. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence in children born preterm. *Lancet* 1992;339:261-4.
12. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM. A randomised multicenter study of human milk versus formula and later development in preterm infants. *Arch Dis Child* 1994;70:F141-6.
13. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:e115-23.
14. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Higgins RD, Langer JC, et al. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics* 2007;120:e953-9.
15. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.

## บทที่ 23 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการกักตัวหรือป่วย

กุสุมา บุคิลป์  
จรรยา จิระประดิษฐา  
วิไลพร เตะสาริต

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการที่แม่และลูกสามารถแบ่งปันความรัก ความสุข และความสบายให้กันและกันได้ โดยเฉพาะในทารกที่ป่วยหรือมีความพิการแต่กำเนิด ซึ่งมักมีความยากลำบากในการให้อาหารอยู่แล้ว นอกจากนี้ประโยชน์ด้านโภชนาการ การให้นมลูกจะช่วยรักษาด้านจิตใจและกระตุ้นให้เด็กตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้น แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย จึงควรสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในทารกที่ไม่เคยเริ่มต้น กำลังให้นมแม่ และเคยหยุดนมแม่ในขณะที่ป่วย ผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาวิชา เช่น โภชนาการ กายภาพบำบัด ประสาทวิทยา พัฒนาการเด็ก การพูดและภาษา การดูแลฟันและช่องปาก งานสังคมสงเคราะห์ จิตวิทยา หรือ ศัลยกรรม ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับอาหารทางปากและลำไส้ หรือความเจ็บป่วย ควรเน้นให้แม่และครอบครัวมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการให้นมแม่ร่วมกับการรักษาอื่นๆ และมีส่วนร่วมในการทำหัตถการด้านโภชนาบำบัดขณะเด็กอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้เด็กได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ และหรือแม่ยังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังเด็กหายป่วยแล้ว

### หอผู้ป่วยเด็กที่เป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเกณฑ์โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ควรจัดหอผู้ป่วยเด็กให้เป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้บันได 10 ขั้นเพื่อให้เด็กได้รับนมแม่เหมาะสม<sup>1</sup> นอกจากนี้มี

นโยบายและการฝึกอบรมบุคลากร หอผู้ป่วยเด็กควรกระตุ้นให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติในระยะเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อเยี่ยมตรวจเด็ก ควรแจ้งแนวปฏิบัติการให้อาหารทารก พร้อมเอกสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีกำหนดเวลาในการให้นมลูกหรือการบีบนมเพื่อให้เด็กด้วยวิธีอื่น ควรให้นำเครื่องดื่มนม หรืออาหารอื่นตามวัย หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ สนับสนุนให้แม่อยู่เฝ้าเด็กตลอด 24 ชั่วโมง จัดตารางการให้ยาหรือการรักษาที่รบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้น้อยที่สุด มีอุปกรณ์เก็บตุนน้ำนมแม่ไว้ใช้ระยะยาว จัดเครือข่ายจากชุมชนเพื่อช่วยเหลือแม่ หรือให้แม่และครอบครัวสามารถติดต่อได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พัฒนาแบบบันทึกข้อมูลการดูแลรักษาและความกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อติดตามและนำเสนอต่อทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อสะท้อนกลับแนวทางการดูแล รวมทั้งนัดหมายการติดตามการรักษาและการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

### กลุ่มทารกที่มีปัญหาคุณนมระยะแรกเกิด

ทารกที่ปกติสามารถเริ่มต้นดูดนมแม่ทันทีหลังเกิดตามวิถีทางธรรมชาติ โดยการนำทารกมาให้แม่โอบกอดแนบเนื้อภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด แต่ทารกบางคนอาจมีปัญหาการเริ่มต้นการดูดนม จากปัญหาที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของแม่หรือทารกในระหว่างการผลิตและระยะหลังคลอด ปัญหาด้านทารกที่อาจเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นการดูดนมแม่ได้บ่อย<sup>2</sup> มีดังนี้

**ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงระยะปริกำเนิด (Perinatal asphyxia)**

ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงมักเกิดในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย เกิดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดเกินเกณฑ์ คลอดท่าก้น หรือสัปดาห์ที่ปนเปื้อนในน้ำคร่ำ ทารกมีค่า APGAR น้อยกว่า 7 และผ่านการช่วยกู้ชีพ เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะหรือขี้เทา ด้วยเครื่องดูดที่มีแรงดัน หรือการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจรบกวนการดูดนมของทารก และทำให้ทารกพลาดโอกาสการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อหรือการดูดนมแม่ครั้งแรกภายในชั่วโมงแรกหลังเกิด ถ้าสมองทารกขาดเลือดและออกซิเจน ทารกจะมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ตัวอ่อน ชยับแขนขา น้อยหรือเกร็ง และมีแรงดูดนมอ่อน อวัยวะอื่นๆ รวมทั้งทางเดินอาหารมักมีภาวะขาดออกซิเจน ลำไส้บีบรัดลดลง มี gut hormones ลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่าในทารกที่เกิดก่อนกำหนด ได้รับนมผสมทางสายให้อาหาร และหรือมีการติดเชื้อทั่วร่างกาย

ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง และมีการหายใจผิดปกติ โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดหรือขี้เทาอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนปลายเล็กสุด ต้องการการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตและมักงดการให้อาหารทางลำไส้ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ทารกบางรายอาจต้องรับเฉพาะอาหารทางหลอดเลือดดำและงดอาหารทางปากนานถึง 96 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม

หัวนมที่แม่บีบได้ตั้งแต่วันแรกหลังคลอด สามารถนำไปหยอดทางปากที่ละหยดสองหยดในขณะที่งดอาหารทางลำไส้ เพื่อช่วยให้ทารกสามารถรับอาหารทางลำไส้ได้เร็วขึ้น

แม่ควรได้รับการช่วยเหลือการเริ่มผลิตและคงสภาพการหลั่งน้ำนม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรครวมทั้งปัญหาการดูดและการกลืนที่อ่อนแรงและไม่สัมพันธ์กัน ทารกมักมีปัญหาการดูดนมทั้งจากเต้าและขวดนม และมีโอกาสเกิดความสับสนการดูดนมแม่ได้ง่ายถ้าเริ่มให้ดูดจุกนมยางก่อนดูดนมแม่ ในรายที่ยังดูดนมแม่ไม่ได้ควรเลือกการปั๊มนมแม่ที่บีบไว้ด้วยแก้ว ซึ่งมีกลไกการใช้ริมฝีปากและลิ้นดูดนมจากแก้วคล้ายการดูดนมแม่จากเต้า

การช่วยเหลือทารกให้ดูดนมแม่จากเต้า ปฏิบัติเช่นเดียวกับทารกอื่นๆ ที่มีปัญหาทางระบบประสาท ควรให้แม่อุ้มลูกด้านข้างลำตัวได้ท้องแขนหรือท่าอุ้มลูกฟุตบอล มือข้างเดียวกับเต้านมประคองบริเวณท้ายทอยของลูก ให้ทารกหันหน้าและปากเข้าหาหัวนม ส่งคางให้ชิดด้านล่างของลานนม มือที่ประคองเต้านมอยู่ในท่ามือคล้ายรำ (dancer hold) โดยมีรองรับด้านล่างเต้านมคล้ายถ้วยและสามารถยื่นนิ้วชี้ไปช่วยรองรับคางของทารก เพื่อให้ทารกอมลานนมได้กระชับและปากไม่ถอยหลุดจากลานนมและหัวนมได้ง่าย (รูปที่ 23.1) ควรจับทารกที่มี hypertonia หรือมีอาการเกร็งให้หงอแขนขาคล้ายท่าทารกในครรภ์ ถ้ามีผ้าช่วยแขวนลำตัวทารก (sling) หรือที่นั่งแขวนทารก



แม่ใช้โดยมีมือรองรับด้านล่างเต้านมคล้ายถ้วย ยื่นนิ้วชี้ไปช่วยรองรับคางของทารก เพื่อให้ทารกอมลานนมได้กระชับและปากไม่ถอยหลุดจากลานนมและหัวนมได้ง่าย

รูปที่ 23.1 แสดงวิธีอุ้มลูกท่า Dancer's hold



แม่อุ้มลูกเนื้อแนบเนื้อบริเวณหน้าอกระหว่างเต้านมแม่ภายใต้เสื้อผ้าของแม่ (Kangaroo mother care)

รูปที่ 23.2 Kangaroo mother care

(pleat-seat) อาจใช้ประคองลำตัวทารกแนบลำตัวของแม่ เพื่อใช้มือทั้งสองข้างประคองทั้งศีรษะและเต้านมได้ง่ายขึ้น

ในขณะที่ทารกมี non-nutritive sucking ควรให้แม่อุ้มลูกดูดนมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม และช่วยให้แม่เรียนรู้วิธีการอุ้มทารก ทารกที่มีแรงดูดน้อยไม่สามารถดูดได้เกลี้ยงเต้า แม่ควรบีบน้ำนมหลังจากลูกดูดเพื่อการสร้างน้ำนมของแม่ การให้ลูกดูดนมแม่และการบีบนมบ่อยครั้งช่วยให้แม่มีน้ำนมเพียงพอ การให้นมแม่ที่บีบไว้ด้วยอุปกรณ์เสริมในขณะที่ทารกยังดูดนมไม่เก่ง ช่วยให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น การให้ดูดนมจากขวดหรือการดูดจุกนมหลอกอาจทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเครียดและต้องการออกซิเจนมากขึ้น

การให้แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อครั้งแรกโดยเร็วที่สุด ช่วยให้ลูกเริ่มต้นการดูดนมแม่ได้เร็วขึ้น และแม่มีความพึงพอใจในการให้นมลูกมากขึ้น ส่งเสริมให้แม่ทำ kangaroo mother care (KMC) โดยให้แม่อุ้มลูกเนื้อแนบเนื้อบริเวณหน้าอกระหว่างเต้านมภายใต้เสื้อผ้าของแม่ (รูปที่ 23.2) โดยทั่วไปสามารถทำ KMC ได้นานราบเท่าที่ทารกและแม่ต้องการซึ่งจะส่งผลต่อสรีรวิทยา อารมณ์ พัฒนาการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก ผลพัฒนาการระยะยาว และช่วยเพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



**ทารกแฝดคู่และแฝดสาม (Twins and triplets)**

แม่สามารถประสบความสำเร็จในการให้นมทั้งแฝดคู่และแฝดสาม ถ้าได้รับการช่วยเหลือให้มีน้ำนมเพียงพอและมีเวลาในการเลี้ยงดูทารก จากการศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทารกแฝดคู่ของประเทศสวีเดน<sup>9</sup> ทารกที่เกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่ได้ร้อยละ 79 ที่อายุ 2 เดือน ร้อยละ 58 ที่อายุ 4 เดือน ร้อยละ 39 ที่อายุ 6 เดือน ร้อยละ 14 ที่อายุ 9 เดือน และร้อยละ 6 ที่อายุ 12 เดือน ซึ่งไม่แตกต่างมากนักจากทารกที่เกิดครบกำหนดที่ได้รับนมแม่ที่อายุเดียวกัน ร้อยละ 84 ร้อยละ 63 ร้อยละ 45 ร้อยละ 18 และร้อยละ 6 ตามลำดับ แม่ที่มีการศึกษาน้อยเคยสูบบุหรี่เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก อายุน้อยกว่า 23 ปี มีความเสี่ยงในการหยุดให้นมเร็วขึ้น แต่ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียวในทารกแฝดสั้นกว่าทารกที่เกิดคนเดียว<sup>9</sup> เนื่องจากแม่นิยมให้นมทางขวดซึ่งสัมพันธ์กับการไม่ได้รับความช่วยเหลือจากสามี และมีความกังวลสูงในการเลี้ยงดูบุตร ยิ่งทารกได้รับนมแม่ร่วมกับนมผสมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยิ่งมีโอกาสได้รับนมแม่อย่างเดียวได้น้อยมาก แม้แต่แม่ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มักหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนอายุ 6 เดือน เนื่องจากหลายปัจจัย เช่น การไปทำงานของแม่ การมีบุตรหลายคน การแยกจำหน่ายแม่และลูก รวมทั้งการขาดการเยี่ยม



หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>10</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแฝดจึงเป็นสิ่งท้าทายความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข การตัดสินใจของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้ขึ้นกับการเกิดก่อนกำหนดหรือเกิดครบกำหนด แต่ขึ้นกับความสามารถของแม่ในการปรับตัว การสนับสนุนของครอบครัว และการช่วยเหลือของผู้เชี่ยวชาญตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

- สร้างความมั่นใจว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก โดยอธิบายกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมที่เน้นน้ำนมจะสร้างมากตามการดูดของลูก ถ้าลูกดูดนมทั้งสองคน น้ำนมจะสร้างเป็น 2 เท่า แม่แต่แม่บางรายที่มีแฝดสามก็ยังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้ง 3 คนอย่างเดียวยังได้
- การช่วยฝึกแม่ให้บีบนมอย่างถูกต้องและบ่อยครั้งซึ่งช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมแม่และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 3 เดือน<sup>11</sup>
- การฝึกทารกแฝดคู่ให้ดูดนมแม่จากเต้าพร้อมกันตั้งแต่แรกเกิด โดยให้ทารกแต่ละคนอยู่ในท่าอุ้มมือเดียวได้ และมีบุคคลในครอบครัวคอยช่วยเหลือขณะเริ่มอุ้มทารก
- การให้ทารกดูดนมจากเต้าบ่อยครั้งเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนม เมื่อ 6 เดือนหลังคลอด แม่ที่ให้ทารกแฝดดูดนมแม่อย่างเดียวยังประมาณ 15 ครั้งต่อวัน เต้านมแต่ละข้างสามารถผลิตน้ำนม (0.84-2.16 กิโลกรัมตลอด 24 ชั่วโมง) ได้สูงกว่าแม่ที่ให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่น (0.42-1.39 กิโลกรัมตลอด 24 ชั่วโมง)<sup>12</sup>
- ในกรณีที่ทารกแฝดแยกจากแม่ในระยะแรกเกิดเนื่องจากเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่หัดดูดนมแม่ไม่ได้ ควรฝึกแม่บีบน้ำนมทันทีหลังคลอดและบีบอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 8 ครั้งต่อวัน เพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็ว และเก็บน้ำนม ควรช่วยเหลือแม่ให้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้ออย่างสม่ำเสมอ

เพื่อกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่จากเต้าให้เร็วขึ้นและป้องกันการทอดทิ้งลูก

- ช่วยฝึกแม่ในการจัดทำลูกในการดูดนมแม่จากเต้าโดยเน้นความสะดวกและความสบายของแม่เป็นหลักและความพร้อมของทารกในการดูดนม เนื่องจากทารกต้องดูดนมแม่แต่ละครั้งนานอย่างน้อย 10 นาที และไม่บ่อยกว่า 8 ครั้งต่อวัน
- การแนะนำแม่ให้จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพทารกอย่างเป็นระบบ โดยให้สามีและผู้ช่วยเลี้ยงดูเด็กช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจของแม่<sup>13</sup> เพื่อให้แม่ได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ ดื่มน้ำ/เครื่องดื่ม และได้รับอาหารที่เหมาะสมตามความต้องการของหญิงที่ให้นมบุตร สามีหรือผู้ช่วยเลี้ยงดูเด็กควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การช่วยบีบน้ำนม หรือให้ทารกดูดนมแม่จากเต้า
- การอุ้มและจัดทำทารกแฝดให้ดูดนมอย่างเหมาะสม ถ้าให้นมแม่ทีละคน ให้แม่อุ้มทารกเช่นเดียวกับการเลี้ยงลูกคนเดียว

ในกรณีที่แม่สามารถให้นมลูกทั้งสองคนพร้อมกันเพื่อประหยัดเวลาในการให้นมและแม่ได้พักผ่อนมากขึ้น ควรฝึกแม่ให้อุ้มลูกดูดนมในหลายท่าสลับกัน เพื่อลดการอ่อนล้าขณะให้นมและเลือกท่าอุ้มที่เหมาะสมกับทารกแฝด (รูปที่ 23.3) ดังนี้

**ท่าอุ้มลูกฟุตบอลพร้อมกันทั้งสองคน (double football hold)** โดยให้ทารกทั้งสองคนหันศีรษะอยู่ด้านหน้าของแม่ หน้าอกและลำตัวอยู่ใต้แขนของแม่ ซึ่งเหมาะสมกับทารกแฝดที่ตัวเล็กหรือช่วงแรกเกิดที่แม่สามารถอยู่ในท่ากึ่งนั่งกึ่งนอนหรือมีที่เอนพียงหลัง และสามารถวางหมอนรองตัวทารกได้อย่างเต็มที่

**ท่าอุ้มประคองศีรษะด้วยวงแขนทั้งสองข้างพร้อมกัน (double cradle hold)** โดยให้ทารกทั้งสองคนหันศีรษะไปวางบนส่วนต้นของท่อนแขนล่าง ทารก



ก. ท่าอุ้มลูกฟุตบอลพร้อมกันทั้งสองคน ข. ท่าอุ้มประคองศีรษะด้วยวงแขนทั้งสองข้างพร้อมกัน ค. ท่าอุ้มลำตัวขนานกันพร้อมกัน

รูปที่ 23.3 ทำอุ้มลูกแฝด

ทั้งสองคนจะมีปลายเท้าชนกันหรือขาช่วยพยุงลำตัวซึ่งกันและกัน ซึ่งเหมาะสำหรับทารกแฝดที่เกิดครบกำหนดหรือโตขึ้นจนควบคุมการดูดนมแม่ได้อย่างกระชับและมีแรงดูดนมดี

**ท่าอุ้มลำตัวขนานกัน (parallel hold)** อุ้มให้ลำตัวทารกอยู่ขนานกันโดยการอุ้มคนหนึ่งท่าอุ้มลูกฟุตบอลและอีกคนหนึ่งอุ้มประคองศีรษะด้วยวงแขน ซึ่งแม่สามารถใช้ลำตัวของทารกที่อุ้มโดยใช้วงแขนประคองศีรษะ ไปรองรับลำตัวทารกที่อุ้มท่าฟุตบอล ซึ่งอาจตัวเล็กกว่าหรือยังดูดนมได้ไม่เต็มที่

**ภาวะลิ้นติด (Tongue-tie หรือ ankyloglossia)**

ภาวะลิ้นติดเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดของลิ้น (lingual frenulum) กับพื้นปากด้านล่าง ซึ่งทำให้ลิ้นเคลื่อนไหวได้จำกัด หรือทารกไม่สามารถแลบลิ้นถึง

แนวเหงือกด้านล่างเช่นเดียวกับทารกปกติ ถ้ามีภาวะลิ้นติดรุนแรง ฟังผิดจะหนาและแข็งจนดิ่งลิ้นเป็นรูปหัวใจหรือรูปหัวใจ (heart shaped tongue) (รูปที่ 23.4) การมีลิ้นติดไม่ได้มีผลต่อการดูดนม แต่มีผลต่อการพูด ตำแหน่งที่พันขึ้น เนื้อเยื่อรอบฟัน (มีของเหลวและเศษอาหารค้าง) และการเจริญของกรามล่าง อาจพบภาวะลิ้นติดร่วมกับการเอียงลิ้นปี่และกล่องเสียง ซึ่งทำให้ทารกมีปัญหาการหายใจ<sup>14</sup>

อัตราการเกิดภาวะลิ้นติดพบได้ประมาณร้อยละ 4.2-4.8 ของทารกแรกเกิด<sup>15</sup> ซึ่งมีความเสี่ยงที่ได้รับนมจากขวดได้เป็น 3 เท่าของทารกปกติภายในสัปดาห์แรกหลังเกิด (RR= 3.11, 95% CI, 1.21, 8.03) ทั้งที่ทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติดเพียงร้อยละ 44.8 มีการทำงานของฟังผิดที่ยึดได้ลิ้นผิดปกติ<sup>16</sup> มักพบภาวะลิ้นติดในทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิง (2.6:1.0)



ฟังผิดยึดลิ้น ทำให้ลิ้นเคลื่อนไหวได้จำกัด



ภาวะลิ้นติดรุนแรง ฟังผิดหนาและแข็ง ดิ่งลิ้นเป็นรูปหัวใจ

รูปที่ 23.4 ภาวะลิ้นติด

และแม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 25 มีแม่ร้อยละ 83.0 ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานอย่างน้อย 2 เดือน<sup>17</sup>

ภาวะลิ้นติดที่มีปัญหาการให้นมแม่ มักพบในทารกที่พึงผืดได้ลิ้นหนาหรือสั้นมากๆ มักพบว่าทารกอมหัวนมและลานนมได้ยาก แม่รู้สึกเจ็บหัวนมมากขณะทารกดูดนม หัวนมอาจมีลักษณะบวม ข้ำ หรือเป็นแผลเนื่องจากการรับของแนวเหงือก แม่บางรายที่ยังคงให้ทารกดูดนมซ้ำๆ อาจมีเลือดออกที่หัวนม<sup>18</sup> หัวนมที่ถูกอมตื้นไม่สามารถกลายเป็นหัวนมยัด เนื่องจากปลายลิ้นไม่สามารถกระดกไปสัมผัสกับเพดานปาก ไม่มีการกระตุ้นการดูดอย่างต่อเนื่องทำให้น้ำนมแม่นาน้อย ทารกที่มีลิ้นติดร่วมกับปัญหาการดูดนมจะมีน้ำหนักแรกเกิดลดผิดปกติและน้ำหนักไม่เพิ่มเท่าแรกเกิดหลังสัปดาห์ที่หนึ่ง

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ผลน้อยมากในทารกที่มีภาวะลิ้นติดและมีปัญหาการให้นม วิธีการรักษาที่แก้ปัญหาคือการผ่าตัดตัดพังผืด (frenotomy) ซึ่งทำได้ง่าย ไม่เสียเลือด ไม่รู้สึกเจ็บ เพราะที่พึงผืดลิ้นมีประสาทสัมผัสน้อยมาก<sup>19</sup> การศึกษาแบบสุ่มทดลองและและควบคุมผลการประเมินที่ปกปิดสองด้านยืนยันว่า แม่ที่ให้ลูกตัดพังผืดได้ลิ้นร้อยละ 78.0 (21/27) มีการให้นมลูกที่ดีขึ้นและดีขึ้นทันทีประมาณร้อยละ 93 ขณะที่กลุ่มควบคุมดีขึ้นเพียงร้อยละ 47 (14/30)<sup>20</sup> อย่างไรก็ตามการผ่าตัดโดยผู้ที่ไม่มีความชำนาญทางการแพทย์อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในเนื้อเยื่อของลิ้น จนมีภาวะโลหิตจางและ shock จากการสูญเสียเลือดได้<sup>21</sup>

การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มีภาวะลิ้นติด ต้องอยู่ในความดูแลของผู้มีความชำนาญ โดยเริ่มต้นจากการบีบนมแม่ทันทีที่เริ่มหัดให้ทารกดูดนมแม่ ช่วยนวดพังผืดได้ลิ้นให้นิ่มโดยใช้นิ้วชี้หรือหัวนมของแม่เฉี่ยเบาๆ บริเวณใต้ลิ้น ฝึกการดูดนมของทารกโดยนิ้วชี้ของแม่ที่เฉี่ยริมฝีปาก แล้วยื่นไปแตะแนวเหงือกบนและข้างๆ เพื่อฝึกการเคลื่อนไหว

ของลิ้น และการใช้ริมฝีปากให้่องไวขึ้น เมื่อเริ่มให้ทารกดูดนมจากเต้าควรใช้หัวนมแตะที่ริมฝีปากล่างเบาๆ เพื่อกระตุ้นให้ลูกอ้าปากกว้างขณะที่ค้างชิดลานนมด้านล่างให้มากที่สุด เพื่อให้แม่สามารถวางหัวนมบนลิ้นของลูกได้ง่ายขึ้น ถ้าทารกยังไม่อมหัวนมและลานนม ให้ใช้ปลายหัวนมแตะเบาๆ ที่บริเวณเหงือกบนหรือลึกเข้าไปส่วนหน้าของเพดานเพื่อกระตุ้นให้ทารกเริ่มต้นดูดนม การช่วยบีบนมให้หยดบนลิ้นของลูกจะช่วยอมดูดหัวนมและลานนมได้ลึกและเร็วมากขึ้น ควรใช้ท่าอุ้มที่ทำให้ปากของลูกสามารถแนบชิดกับเต้านม เช่น ท่าอุ้มลูกฟุตบอล หรือท่าอื่นๆ ที่ใช้มือประคองศีรษะลูก ขณะให้ลูกดูดนม ในช่วงแรกที่ทารกยังดูดนมได้ไม่เต็มทีควรบีบนมแม่ด้วยแก้วหรือเสริมน้ำนมแม่ทางสายที่ติดไว้ที่ลานหัวนม ไม่ควรให้ทารกดูดนมจากขวดเพราะจะสับสนการดูดนมแม่ได้ และฝึกการอมหัวนมและลานนมได้ยากขึ้น อย่างไรก็ตามต้องสร้างความมั่นใจของแม่โดยเข้าใจกลไกของการดูดนมและภาวะลิ้นติดไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดไป โดยทั่วไปทารกสามารถได้รับนมแม่อย่างเต็มที่หลัง 48-96 ชั่วโมง<sup>19</sup>

### ทารกกลุ่มระบบประสาทผิดปกติ

ทารกที่มีระบบประสาทผิดปกติ ได้แก่ ทารกที่สมองพิการ เช่น hydrocephalus, neural tube defect หรือกลุ่มความพิการแต่กำเนิด เช่น Down syndrome โดยแสดงอาการได้ทั้ง hypotonia และ hypertonia ดังนี้

ทารกที่มี hypotonia หรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีปัญหาการดูดนม เช่น แรงดูดนมอ่อน ลิ้นเคลื่อนตัวไม่ดี ริมฝีปากปิดไม่สนิท ไม่สามารถเพิ่มแรงดูดในช่องปาก และไม่สามารถอมเนื้อเยื่อหัวนม และลานนมไว้ในปากได้นานพอ การจัดท่าทารก การประคองศีรษะ ประคองเต้านม และการช่วยให้นมไหลได้ง่ายขึ้น จะช่วยให้ทารกดูดนมได้ง่ายขึ้น ถ้าการดูดนมไม่สำเร็จอาจจำเป็นต้องใช้ nipple shield เพื่อกระตุ้น

การดูดนมและนมแม่ไหลเข้าปากทารกได้ง่ายขึ้นโดยเฉพาะในทารกที่เกิดก่อนกำหนด

ทารกที่มี hypertonia อาจไวต่อการอมหัวนมและรัดแน่น ขย่อนได้ง่าย โค้งงอตัวมากเกินไป ศีรษะแหงน และขบคันทัน หรือหดลิ้นไปด้านในช่องปาก ทารกต้องการท่าอุ้มตัวงออย่างสบายหรือจับนอนในผ้าขาวน เพื่อให้หัวไหล่อ้อมมาทางด้านหน้า แขนบนอยู่กลางลำตัว และพยายามกระตุ้นลิ้นให้แลบออกมาก่อนดูดนม ถ้าทำไม่ได้ต้องใช้ nipple shield

### ทารกกลุ่ม Down syndrome

ทารกกลุ่ม Down syndrome มีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ที่เพิ่มขึ้น พบได้ประมาณ 1:800 ของทารกเกิดมีชีวิต ใบหน้าแบนกลมและมีลักษณะเฉพาะ เช่น หางตาขี้เขียงขึ้น ตาเรียวเล็กคล้ายเม็ดอัลมอนจากการมี epicanthal folds คางเล็ก ลิ้นโตและยื่นออกมาหน้าปาก รูปร่างเตี้ย แขนขาสั้นและอ่อนแรง มีเส้นขวางฝ่ามือเพียงเส้นเดียว มีช่องกว้างระหว่างหัวแม่เท้าและนิ้วเท้าที่ 2 มักมีความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจพิการ ภาวะกรดไหลย้อน ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะนอนหลับ (obstructive sleep apnea) ภาวะพร่องฮอร์โมนไธรอยด์ มีภาวะพร่องภูมิคุ้มกันโรค และมักป่วยจากโรคติดเชื้อได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในช่องหู

ทารกกลุ่ม Down syndrome ส่วนใหญ่เริ่มต้นการดูดนมแม่ได้ดี แต่มีการรับอาหารอื่นช้ากว่าวัย เนื่องจากพัฒนาการของกล้ามเนื้อช่องปากช้า<sup>22</sup> ทารกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเกินครึ่งได้รับนมผสม เนื่องจากแม่กังวลเกี่ยวกับนมแม่มีน้อย และทารกกลุ่มนี้มีปัญหาการดูดนม ทารกเพียงร้อยละ 30 ที่ได้รับนมแม่<sup>23</sup> แม่ชาวซาอุดีอาราเบียที่มีลูกเป็น Down syndrome ส่วนใหญ่หย่านมแม่ในช่วงทารกอายุ 3-6 เดือน<sup>24</sup> ทั้งๆ ที่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดโอกาสเป็นโรคติดเชื้อ และ acute lymphoblastic leukemia<sup>25</sup> ซึ่งมีภาวะ Down syndrome เป็นสาเหตุที่สำคัญอันหนึ่ง

ปัญหาการดูดนมของทารกกลุ่ม Down syndrome มักเกิดจากกล้ามเนื้อช่องปากอ่อนแรง เหนืออย่างยเวลาดูดนมและเกร็งตัวหนีออกจากเต้านมขณะช่วยการดูดนม การดูดและการกลืนนมไม่ค่อยสัมพันธ์กัน และกลืนนมได้ง่ายโดยเฉพาะในทารกที่มีความผิดปกติของหัวใจร่วมด้วย นอกจากนี้การดูดนมแม่ที่ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากลิ้นไม่เคลื่อนเป็นลูกคลื่นเพื่อรีดนมจากท่อนมบริเวณหัวนม<sup>26</sup>

การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่ม Down syndrome ที่มีปัญหา ไม่ควรแยกแม่และทารก ควรสร้างความมั่นใจแม่เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านสมอง การพัฒนากล้ามเนื้อปาก ลิ้น และการกลืนให้ดียิ่งขึ้น และการลดความเจ็บป่วย และปัญหาท้องผูก

ควรฝึกทารกกลุ่ม Down syndrome ให้ตื่นตัวก่อนดูดนมแม่ด้วยการนวดสัมผัสกล้ามเนื้อของแขนขา ฝึกการอ้าปากและแลบลิ้นและการนวดรอบปากเพื่อกระตุ้นการดูดนมอย่างถูกต้อง แม่ควรอุ้มทารกด้วยท่าฟุตบอล แต่ทารกอยู่ท่านั่งตรงขณะดูดนม ประคองเต้านมด้วยมือรูปตัวยู หรือใช้นิ้วชี้ช่วยประคองคางของลูกในลักษณะท่ารำละคร (dancer hand) ถ้าลูกมีอาการสำคัญควรจัดท่าให้ลำคอของลูกอยู่สูงกว่าหัวนมของแม่เล็กน้อย และจับเต้านมขูให้สูงขึ้นเล็กน้อยเพื่อให้คอยืดตรงและช่วยกลืนนมง่ายขึ้น แม่ควรบีบนมด้วยมือทั้งก่อนและขณะให้ลูกดูดนมจากเต้าเพื่อกระตุ้นให้น้ำนมมามากและเพียงพอกับความต้องการของทารก

### ภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ (Cleft lip and/or cleft palate)

ภาวะปากแหว่ง (cleft lip) เพดานโหว่ (cleft palate) เป็นความพิการของใบหน้าและช่องปากแต่กำเนิด วิธีการให้อาหารทารกในระยะแรกเกิดขึ้นกับชนิดของภาวะแหว่งของริมฝีปาก หรือภาวะโหว่ของเพดาน ทารกที่มีริมฝีปากแหว่ง หรือรอยแหว่งลึกถึงพื้นของ



โพรงจมูก แต่ไม่ลึกถึงเพดาน เฉพาะข้างเดียวหรือทั้งสองข้างสามารถดูดนมแม่ได้คล้ายทารกปกติเนื่องจากมีแรงดันลบในช่องปากเพียงพอ<sup>27</sup> แต่ต้องช่วยให้ริมฝีปากทารกอมกระชับกับลานนม ทารกที่มีเฉพาะเพดานโหว่ หรือมีทั้งปากแหว่งและเพดานโหว่ มักมีปัญหาการดูดนมเพราะมีแรงดูดนมน้อย<sup>28</sup> ปัญหาการดูดนมมีทั้งในทารกที่มีและไม่มีกลุ่มความพิการอื่นๆ ของร่างกาย ทารกใช้เวลาดูดนมนานกว่าปกติอย่างมาก กลืนลมเข้าท้องมาก นานนมไหลมักย้อนขึ้นจมูกและสำลักนมได้ง่าย ทารกจึงมีปัญหาทางเดินหายใจเรื้อรังจากการสำลัก เช่น ปอดอักเสบ<sup>29</sup> จึงควรได้รับการช่วยเหลือทั้งการให้นมแม่และการให้นมขวดอย่างถูกต้อง เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์มีการพัฒนาของช่องปากและการพูดหลังการผ่าตัดแก้ไขให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

น้ำนมแม่มีความสำคัญต่อทารกที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่เพราะช่วยลดความเสี่ยงของหูชั้นกลางอักเสบในช่วง 18 เดือนแรกหลังเกิด ทารกที่มีเพดานโหว่ และหย่านมแม่เร็วมักมีหูชั้นกลางอักเสบทั้งเฉียบพลันและมีน้ำขังในช่องหู เนื่องจากมี eustachian tube dysfunction<sup>30</sup> ในกรณีที่ทารกเริ่มดูดนมแม่ไม่ได้ควรให้แม่บีบนม และนำน้ำนมที่บีบได้มาให้ทารกด้วยอุปกรณ์พิเศษ เช่น การให้นมแม่ทางสายให้อาหารที่ติดไว้บริเวณลานนมขณะให้ทารกอมดูดหัวนมและลานนม การใช้หลอดป้อนนมชนิดพิเศษ ขวดนมที่สามารถบีบได้ (squeezing bottle) ที่มีหัวนมพิเศษที่มีรูตัดเป็นรูปกากบาทเพื่อควบคุมการไหลของนมและการสำลักนม รวมทั้งการป้อนนมด้วยแก้วขนาดเล็กหรือข้อ<sup>31</sup>

ควรหลีกเลี่ยงการใส่สายให้อาหารหรือการเสริมนมผสมก่อนการฝึกดูดนมแม่ เพราะทารกจะขาดการกระตุ้นการดูดและการกลืน และจะปฏิเสธการดูดนมแม่มากขึ้น การใส่แผ่นอุดเพดาน (obturator) หรือแผ่นดัดแนวสันเหงือก (orthodontic plate) จะช่วยให้ทารกดูดนมดีขึ้น ลดเวลาการให้นม และเพิ่ม

ปริมาณน้ำนมที่ไหลขณะทารกดูดนม<sup>32</sup>

ทารกที่มีภาวะปากแหว่งและ/หรือภาวะเพดานโหว่ทุกคนสามารถดูดนมแม่จากเต้าภายในวันแรกหลังเกิด ถ้าได้รับการช่วยเหลือจากทีมผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะผู้ให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทารกบางรายที่มีภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่อย่างรุนแรงสามารถดูดนมแม่จากเต้าและได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเต็ม<sup>33</sup> การดูดนมแม่จากเต้ามีความสำคัญต่อการพัฒนาการด้านภาษา ลดปัญหาการพูดที่ผิดปกติ ลดการติดเชื้อทางเดินหายใจ และหูชั้นกลางอักเสบ<sup>34</sup> ความสำเร็จของการรักษาภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ ขึ้นกับความมุ่งมั่นของแม่และครอบครัว รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญในขณะเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในหอผู้ป่วยที่มีความเป็นส่วนตัวมากที่สุด

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มีภาวะปากแหว่งและ/หรือภาวะเพดานโหว่ ต้องเริ่มต้นทันทีหลังเกิด เช่นเดียวกับทารกปกติ การให้แม่สัมผัสทารกและได้โอบกอดทารกเนื้อแนบเนื้อช่วยให้แม่ยอมรับความพิการของทารก และผ่อนคลายความตึงเครียด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน การให้คำปรึกษาช่วงวิกฤติทั้งแม่และสมาชิกในครอบครัว จะช่วยลดการปฏิเสธความพิการ ความรู้สึกผิดของพ่อแม่และยอมรับแนวปฏิบัติการรักษาได้ง่ายขึ้น

ควรฝึกแม่ให้จัดทำทารกในท่านั่ง ในขณะที่อุ้มทารกท่าอุ้มลูกฟุตบอล แม่ประคองเต้านมด้วยมือตรงข้ามกับเต้านมที่ทารกดูด ใช้การประคองเต้านมรูปตัวซี ด้วยมือหรือเท้าตามลักษณะการดูดนมของทารก แต่สิ่งสำคัญที่แม่ต้องทำ คือการบีบนมให้น้ำนมไหลพรูสู่ปากของลูกตลอดเวลาที่ลูกดูดนมในช่วงแรกๆ ขณะให้ลูกเข้าอมหัวนมและลานนม แม่ควรบีบเต้านมให้ลานนมแคบลงคล้ายท่าจับขนมปังแซนด์วิช (sandwich hold) เพื่อให้ลูกอมได้ง่ายขึ้น (รูปที่ 23.5)



รูปที่ 23.5 การช่วยทารกที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ให้ดูดนมจากเต้า

ในกรณีที่มียรอยแหว่งของริมฝีปากหรือริมฝีปากไม่แนบชิดกับเต้านม ให้แม่ดึงผิวของเต้านมด้วยท่าคล้ายถือถ้วยชา (tea cup hold) มาปิดริมฝีปากของลูก ในทารกที่เพดานโหว่ค่อนข้างมาก ควรให้หัวนมของแม่ขี้เข้าหาส่วนเพดานที่เหลือนมากที่สุดเพื่อประกบหัวนมไม่ให้ออกจากปากของลูก และกระตุ้นการดูดกลืนอย่างต่อเนื่อง การบีบนมทั้งก่อนและหลังการให้นมจะช่วยคงสภาพการสร้างน้ำนมให้เพียงพอกับความต้องการของทารก และช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตอย่างสมวัย

ทารก Pierre Robin sequence ซึ่งมีความพิการของโบรินาร่วมกับคางเล็กและลิ้นตกไปด้านหลัง มักมีอาการหายใจลำบาก รวมทั้งการดูดการกลืนและการกลืนไม่สัมพันธ์กัน ในขณะที่เริ่มฝึกดูดนมแม่ควรระวังภาวะขาดออกซิเจน ควรจับทารกนั่งดูดนมเท่านั้น เพื่อวางหัวนมให้ถึงบริเวณลิ้น ควรพิจารณาให้นมแม่ทางสายให้อาหารที่ใส่จากปากสู่กระเพาะในเด็กที่ไม่สามารถดูดนมได้สำเร็จ

### ทารกที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิด

หัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความพิการที่มักพบร่วมกับกลุ่มความพิการอื่นๆ เช่น club feet ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ สมอและไขสันหลังผิดปกติ และ Down syndrome ทารกที่มีหัวใจพิการมักมีภาวะพร่องโภชนา-

การชนิดรุนแรงเกือบ 5 เท่าของทารกปกติ ทารกที่มีหัวใจพิการชนิดไม่เขียว (acyanotic congenital heart disease) มักผอม ทารกที่มีหัวใจพิการชนิดเขียว (cyanotic congenital heart disease) มักแกร็น และมักหย่านมแม่เร็วเนื่องจากมีปัญหาหัวใจล้มเหลวและดูดนมยาก<sup>35</sup> เมื่ออายุ 6 เดือนทารกที่มีอาการทางหัวใจรุนแรงเพียงร้อยละ 9.9 ที่ยังคงได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น และร้อยละ 26.0 ไม่ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น และร้อยละ 26.0 ให้น้อยง่าย ตัวเขียว และหอบจากหัวใจล้มเหลว หรือ hypoxic spell ทารกอาจดูดนมแม่แรงมาก ในช่วงเริ่มดูด และปล่อยหัวนมหลังดูดนม 2-3 นาทีเพื่อหยุดพัก และอมหัวนมและลานนมอีกครั้งหลังหายเหนื่อย วนเวียนเช่นนี้หลาย ๆ รอบ

อย่างไรก็ตามทารกที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและการส่งเสริมพัฒนาการของสมอง จึงควรจัดการระบบช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อเพิ่มอัตราการเริ่มต้นและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้<sup>37</sup> โดยช่วยเหลือแมดังนี้

- ให้แม่เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังเกิด เช่นเดียวกับทารกปกติ
- ฝึกแม่บีบนมตั้งแต่ 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด ควรบีบนมทุก 2-3 ชั่วโมงในสัปดาห์แรกหลังคลอด เมื่อมีน้ำนมเต็มที่อาจบีบทุก 4-5 ชั่วโมง หรือยังคงบีบนมหลังฝึกทารกดูดนมทุกครั้งในช่วงที่ทารกยังไม่สามารถดูดนมแม่ได้เต็มที่
- แม่ควรอุ้มทารกในท่าที่ฝ่ามือประคองศีรษะ เพื่อควบคุมให้ทารกอมหัวนมและลานนมให้กระชับ และควรใช้มือที่ประคองเต้านมบีบนมเพื่อเพิ่มการไหลของนมและลดแรงดูดนมของทารก เพื่อให้ทารกใช้เวลาดูดนมลดลงและไม่เหนื่อยง่าย
- ควรเพิ่มความถี่ของการให้นม ถ้าทารกยังดูดนมได้ช่วงสั้นๆ ควรเสริมปริมาณน้ำนมโดยให้นมแม่ที่บีบไว้ทางสายให้อาหารที่ติดไว้ที่ลานนมขณะ

คุณนมในทารกที่เสี่ยงกับการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

### กลุ่มทารกที่มี metabolic disorder

ทารกแรกเกิดมีโอกาสมิ metabolic disorder มากกว่า 100 ชนิด แต่ทารกทุกคนควรได้รับการคัดกรองโรคที่จำเป็น 2 โรคในระยะแรกเกิด ได้แก่ ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด (congenital hypothyroidism) และ phenylketonuria (PKU) แต่หลายประเทศทางตะวันตกได้คัดกรอง metabolic dysfunction อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น galactosemia, amino และ organic acidemia รวมทั้ง cystic fibrosis

#### ทารกที่มีภาวะ phenylketonuria (PKU)

Phenylketonuria เป็นความผิดปกติของ phenylalanine metabolism ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมชนิด autosomal recessive ร่างกายของทารกซึ่งขาด phenylalanine hydroxylase ไม่สามารถเปลี่ยน phenylalanine เป็น tyrosine จึงมีสาร metabolites ที่ผิดปกติสะสมในเลือด และเกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ โดยเฉพาะสมอง ทารกจึงจำเป็นต้องได้รับอาหารที่จำกัดปริมาณของ phenylalanine ไปตลอดชีวิต

การเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางสมองของทารกที่เป็น PKU ต้องการอาหารที่มีกรดไขมันสายโมเลกุลยาวที่ไม่อิ่มตัว (LCPUFA) เช่น DHA ซึ่งมีอุดมสมบูรณ์ในนมแม่ ต้องการสารทดแทนโปรตีน เช่น neutral amino acids ปัจจุบันสูตรอาหารที่เป็นที่ยอมรับของทารกและเด็กที่เป็น PKU มี sapropterin glycomacropeptide เป็นแหล่งอาหารโปรตีนชนิดใหม่<sup>38</sup>

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารอื่นตามวัยอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญใน 2 ขวบปีแรก เพื่อป้องกันภาวะเจริญเติบโตช้าในระยะแรกและโรคอ้วนในระยะหลัง<sup>39</sup> แม่ที่เป็น PKU และมีลูกเป็น PKU ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสมที่มี

phenylalanine ต่ำ และควรเข้มงวดการรับประทานอาหารด้วย เพื่อไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อทารก<sup>40</sup>

นมแม่มีส่วนประกอบของ phenylalanine ค่อนข้างน้อยกว่านมผสมที่ใช้เลี้ยงทารกปกติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทารกที่เป็น PKU ช่วยเพิ่มคะแนนเชาว์ปัญญา 12.9 จุดหลังควบคุมปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางแม่ ระดับเชาว์ปัญญาที่ดีขึ้นไม่สัมพันธ์กับอายุที่เริ่มรักษา<sup>41</sup> ทารกเหล่านี้ควรได้รับนมแม่วันละ 362 มล. และ 464 มล. เมื่ออายุ 1 เดือน และ 4 เดือนตามลำดับร่วมกับนมสูตรพิเศษ ระหว่างการเสริมนมแม่ควรประเมินปริมาณนมแม่ที่ทารกได้รับ โดยการชั่งน้ำหนักทารกก่อนและหลังการให้นมแม่แต่ละครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าทารกได้รับนมแม่ตามปริมาณที่ต้องการ

#### ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิด

ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิดเป็นภาวะที่ต่อมไทรอยด์ของทารกแรกเกิด ยังสร้างฮอร์โมนไม่ได้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุจากตัวแม่ในระยะตั้งครรภ์ เช่น ขาดสารไอโอดีน เป็นโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และหรือได้รับยารักษา ทารกแรกเกิดอาจไม่มีต่อมไทรอยด์หรือขาดเอนไซม์ที่สังเคราะห์ฮอร์โมนไทรอยด์ ทารกมักไม่มีอาการที่ช่วยการวินิจฉัยในระยะแรกเกิด จึงต้องคัดกรองทารกแรกเกิดทุกคนโดยการตรวจเลือดเมื่อทารกอายุ 48 ชั่วโมงขึ้นไป หรือตรวจเลือดประเมินการทำงานของต่อมไทรอยด์เมื่ออายุ 1-2 สัปดาห์ในทารกที่มีปัจจัยเสี่ยง

การรักษาอย่างถูกต้องด้วยการทดแทนฮอร์โมนไทรอยด์ภายใน 1-2 เดือนแรกหลังเกิดช่วยเพิ่มโอกาสให้ทารกมีพัฒนาการด้านเชาว์ปัญญาที่ปกติ ทารกที่ไม่ได้รับการรักษาอาจแสดงอาการ เช่น มีตัวเหลืองนานเกิน 2-3 สัปดาห์ น้ำหนักไม่เพิ่มตามเกณฑ์ ลิ้นโตคับปาก กระทบอมน้ำกว้าง และกระดูกเจริญเติบโตช้ากว่าอายุ

แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ทารกที่มีภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์แต่กำเนิดทั้งที่มีและไม่มีอาการ แม่สามารถให้นมแม่เช่นเดียวกับทารกที่ปกติ

ยกเว้นทารกที่มีลักษณะผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ตัวอ่อน แรงแคตุนน้อย หรือ ลิ้นคับปากให้ช่วยเลือกการให้นมแม่เช่นเดียวกับเด็กกลุ่ม Down syndrome

แม่ที่จำเป็นต้องได้รับต้านฤทธิ์ฮอร์โมนไทรอยด์ขณะให้นมลูกควรเลือกใช้ยา propylthiouracil (PTU) ซึ่งผ่านออกมาในน้ำนมน้อยกว่า methimazole<sup>42</sup> แต่ต้องติดตามการรักษาด้วยการตรวจระดับฮอร์โมนไทรอยด์และระดับ thyroid stimulating hormone เป็นระยะและต่อเนื่อง เพราะนมแม่ไม่ได้ปกป้องทารกจากความผิดปกติของการขาดฮอร์โมน<sup>43</sup>

ทารกที่มีภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ที่เลี้ยงด้วยนมแม่หรือผสมมีการเจริญเติบโตของกระดูกและระดับฮอร์โมนในเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ทารกที่ได้รับนมแม่ได้รับประโยชน์อื่นๆ ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการตอบสนองของแม่ต่อความต้องการของทารก เช่น สัญญาณหิวอย่างฉับไว

ทารกที่ได้รับนมผสมจะขาดการปฏิสัมพันธ์กับแม่และลดโอกาสที่จะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่จำเป็นสำหรับทารกที่มี metabolic disorder เนื่องจากแม่มีความกังวลสูงและเครียดมากในการเลี้ยงดูทารกที่มีความผิดปกติเรื้อรัง<sup>44</sup>

#### ทารกที่มี celiac disease

ทารกที่มี celiac disease (CD) เป็น autoimmune ของสาร gluten ซึ่งทำให้เยื่อลำไส้ดูดซึมอาหารลดลง (malabsorption) โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมัน ทำให้เด็กมีอาการอุจจาระร่วง อุจจาระมีไขมันปน (steatorrhea) และมีภาวะขาดสารอาหาร อุจจาระของเด็กมีลักษณะเหลวเป็นฟอง มีกลิ่นคาวและปริมาณมากเกินปกติ เด็กมีท้องอืด ผอม และแสดงอาการขาดวิตามินที่ละลายไขมันทั้ง วิตามินเอ อี ดี และเค แม้ว่าความผิดปกติเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวช่วยลดความรุนแรงและอาการของโรคได้ ทารกได้รับนมแม่มักไม่มีอาการเมื่อได้รับสาร gluten จากอาหารอื่นนอกเหนือจาก

นมแม่ บิดาของทารกที่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัวควรได้รับความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว<sup>45</sup>

ทารกที่มีอาการเมื่อได้รับสาร gluten ต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสาร gluten เช่น ข้าวสาลี ข้าวไรน์หรือแม้แต่ข้าวเหนียวตลอดชีวิต แต่ปัจจุบันพบว่าการเริ่มให้สาร gluten ที่ละน้อยๆ ร่วมกับนมแม่อย่างเดียว ในช่วงทารกอายุ 4-6 เดือน ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ อาจใช้ยาที่เป็นน้ำย่อยไปเพิ่มความแข็งแรงของเยื่อลำไส้ หรือใช้ human leukocyte antigen blockers และ tissue transglutaminase inhibitors ไปอุดกั้นสาร gliadin<sup>45</sup>

#### ทารกที่มีภาวะหรือโรคกรดไหลย้อน

ภาวะกรดไหลย้อน (gastro-esophageal reflux, GER) หมายถึงการสำรอกหรือการขย้อนสิ่งที่มีในกระเพาะออกมาในปากโดยไม่ต้องใช้แรง เนื่องจากหูรูดระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะหย่อนการบีบรัดตัว ถ้ามีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนของกรดไหลย้อนร่วมด้วย หรือพบร่วมกับทางเดินอาหารที่เคลื่อนไหวผิดปกติ เรียกว่าโรคกรดไหลย้อน (gastro-esophageal reflux disease, GERD) ทารกที่มี GERD จะมีอาการ เช่น เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้ลำบากและเจ็บปวดมาก มักปฏิเสธการดูดนม มีการอักเสบของทางเดินหายใจเรื้อรัง และเลี้ยงไม่โต

ประมาณครึ่งหนึ่งของทารกที่มี GERD มีอาการสำรอกอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวันในช่วง 3 เดือนแรกหลังเกิด อาการสำรอกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5.0 เมื่ออายุ 10-12 เดือน มีการสำรอกสูงสุดเมื่ออายุ 4 เดือน และอาการลดลงอย่างรวดเร็วช่วงอายุ 6-7 เดือน ส่วนทารกที่มี GERD มักมีปัญหาคาการให้อาหารช่วงอายุ 5-7 เดือน และสำรอกบ่อยที่สุดเมื่ออายุ 6 เดือน และน้อยลงเมื่ออายุ 7 เดือน ทารกที่มีปัญหาท้องอืดหรือดิ้นไวยาวขณะให้อาหาร รับประทานอาหารได้ช่วงสั้นๆ

รู้สึกไม่สบายหลังสำรอก ขอบแอนหลังบ่อยครั้ง ทารกมีอาการดีขึ้นจากการรักษา เช่น การเปลี่ยนนมผสม ร้อยละ 8.1 อาหารขึ้นเหนียว ร้อยละ 2.2 หยุดให้นมแม่ ร้อยละ 1.1 และให้ยา ร้อยละ 0.2<sup>47</sup> อาการร้องดินไวยวายมักเกิดขึ้นเมื่อทารกได้นมครั้งละมากๆ โดยเฉพาะนมแม่ส่วนแรกที่เริ่มดูดนม ซึ่งมีแลคโตสสูง และไขมันต่ำ

การรักษาทารกที่มี GERD จำเป็นต้องใช้ยาที่ช่วยเพิ่มการบีบรัดของกระเพาะและลดความเป็นกรดในกระเพาะ ยาที่ใช้ได้ผลดี เช่น cisapride หรือ erythromycin ควรจัดทำเตียงพิเศษสำหรับนอนหงาย และยกศีรษะสูง 40 องศา เพื่อช่วยลดภาวะกรดไหลย้อน ทารกที่เป็น GERD ร้อยละ 73 (22/30) ที่สามารถนอนนานเฉลี่ย 3.2 เดือน มีอาการดีขึ้น<sup>48</sup>

ทารกที่ได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ยังคงมีการสำรอกนมได้ประมาณ 1 ครั้งต่อวัน<sup>49</sup> และยังมีอัตราการเจริญเติบโตตามปกติ จึงควรให้นมแม่ต่อไปเพื่อให้ทารกได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มที่ และลดโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจากการได้รับนมผสม เช่น การแพ้โปรตีนจากนมวัว<sup>50</sup> ทารกที่ได้รับนมแม่จะมี GERD ที่สั้นกว่าทารกที่ได้รับนมผสม และมี gastric pH ต่ำกว่า<sup>51</sup>

ถ้าทารกที่ได้รับนมแม่มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ ควรเพิ่มเสริมสารอาหารในนมแม่และให้ทางสายให้อาหาร ในกรณีที่ต้องการลดความถี่ของการแหงนมหรืออาหาร ควรทำให้อาหารขึ้นเหนียวมากขึ้น โดยการผสมอาหารธัญพืชในนมแม่ เพื่อให้ลำไส้ย่อยอาหารได้ง่ายขึ้น แม้จะให้อาหารที่ขึ้นเหนียวแล้ว อาจมีกรดไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหารได้และกระตุ้นให้เด็กโอมมากขึ้นขณะให้อาหาร

### กลุ่มทารกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

แม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดโรคติดเชื้อได้หลายโรค ทารกที่กำลังได้รับนมแม่อาจป่วยด้วยโรคติดเชื้อได้ แต่โอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

น้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ ในทารกที่เจ็บป่วยรุนแรงและดูดนมแม่ไม่ได้ ควรให้แม่บีบนมรอจนทารกสามารถกลับมารับการให้นมได้ใหม่ ไม่มีความจำเป็นต้องหยุดการให้นมตลอดไป

### ทารกป่วยโรคติดเชื้อในกระเพาะและลำไส้ (Gastroenteritis)

ทารกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในกระเพาะและลำไส้ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย มีอาการ เช่น อาเจียน อุจจาระร่วง ไข้ เบื่ออาหารและซึมได้ ร่วมกับมีอาการขาดน้ำและเกลือแร่ ถ้าทารกป่วยเรื้อรังอาจมีภาวะขาดสารอาหารได้

ทารกที่ได้รับนมแม่มักป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่ไม่รุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่<sup>52</sup> เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ปกป้องทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน จากการติดเชื้อ Rotaviruses ยกเว้นทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย หรือเด็กที่ถูกเลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน<sup>53</sup> ทารกที่มีอุจจาระร่วงไม่รุนแรงไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นมแม่บ่อยครั้งมากขึ้น และคอยสังเกตอาการของภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่โดยเฉพาะโซเดียม ถ้ามีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย ควรให้สารน้ำเกลือแร่ทางปากร่วมกับการให้นมแม่<sup>54</sup>

### ทารกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory tract infection)

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นโรคที่ทารกและเด็กเจ็บป่วยมากที่สุด โดยเฉพาะเด็กที่เลี้ยงไว้ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ทารกที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน มักมีอาการ เช่น ไข้ น้ำมูกไหล ไอ จาม เสียงแหบ เจ็บคอ และกลืนอาหารลำบาก ส่วนการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมักมีอาการ เช่น ไข้ หายใจเร็ว หายใจเสียงวี๊ด จมูกบาน หอบ หายใจถื้น และตัวเขียว เนื่องจากการขาดออกซิเจน

ขณะมีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและ

ส่วนล่าง ทารกอาจดูดนมแม่ได้ยากขึ้น การไออาจทำให้เด็กสำลักและอาเจียนได้ ทารกจึงไม่สนใจการให้นมหรือดูดนม ผู้ดูแลรักษาจำเป็นต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติของทารกขณะดูดนมแม่ ในเด็กที่เจ็บป่วยรุนแรงและกระสับกระส่ายหรือเขียว ควรหยุดการดูดนมแม่ชั่วคราว และสามารถให้นมแม่ที่บีบไว้ด้วยวิธีอื่นตามสภาพการเจ็บป่วยของเด็ก

ควรสร้างความมั่นใจให้กับแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กในการให้ทารกที่มีปัญหาการหายใจดูดนมแม่ ซึ่งง่ายกว่าการดูดนมขวด ทารกที่มีท่อลมส่วนปลายอักเสบ (bronchiolitis) มักดูดนมช่วงสั้นๆ มากกว่าทารกปกติ และได้ปริมาณน้ำนมในแต่ละครั้งของการดูดน้อยกว่า เนื่องจากควบคุมการดูด การกลืนและการหายใจได้น้อยลง<sup>55</sup> การช่วยบีบนมเสริมในขณะที่ให้ทารกดูดนมแม่ จะช่วยให้ทารกได้รับนมแม่เพิ่มมากขึ้นและมีอาการเหนื่อยน้อยลง ในทารกที่มีการขาดออกซิเจนค่อนข้างรุนแรง การให้ออกซิเจนขณะดูดนมจะช่วยให้เด็กทนต่อการให้นมมากขึ้น

การช่วยเหลือเด็กป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจให้หายใจสะดวกขึ้น อาจทำโดยใช้น้ำเกลือหยดใส่จมูกก่อนดูดนมด้วยลูกยางแดง หรือใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำอุ่นเช็ดภายในช่องจมูกก่อนให้นม จัดท่าทารกในท่านั่งขณะดูดนมแม่ ถ้าจำเป็นต้องให้ออกซิเจน ควรใส่ nasal canula ที่ให้ออกซิเจนไหลปริมาณน้อยๆ เพื่อไม่ให้รบกวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกรณีที่ทารกเป็นปอดอักเสบ ออกซิเจนต้องผ่านน้ำเพื่อเพิ่มความชื้น ทารกที่มีท่อลมส่วนปลายสุดอักเสบ ควรได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดที่มีออกซิเจนปนกับละอองน้ำเกลือ (nebulization) เมื่อทารกมีอาการดีขึ้นความอยากอาหารจะกลับคืนมาเอง

### ทารกป่วยด้วยหูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media)

หูชั้นกลางอักเสบเกิดจากการติดเชื้อในช่องหูส่วนกลาง ซึ่งพบบ่อยในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 3 ปี เชื้อโรคมักมีหลายตัวรวมกัน เช่น *S. pneumoniae*, *H. influenzae*,

และ *Moraxella catarrhalis* การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดการเกิดโรคหูชั้นกลางอักเสบ เนื่องจากการลดเชื้อประจำถิ่นโดยเฉพาะ *H. influenzae* เด็กที่ป่วยจากหูชั้นกลางอักเสบ จะดูดนมแม่น้อยลง ไข้สูง และแสดงอาการเจ็บหูอย่างรุนแรง โดยการร้องและปฏิเสธการดูดนม เด็กบางคนจะร้องมากขึ้นเมื่อจับบนอนหงาย การรักษาต้องให้ทั้งยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ<sup>56</sup>

เด็กที่มีหูชั้นกลางอักเสบ มักดูดนมแม่ช่วงสั้นๆ ในช่วงที่ยังเจ็บในหู หรือการดูดนมทำให้แรงดันในช่องหูเพิ่มขึ้น ควรให้ยาแก้ปวด เช่น acetaminophen ก่อนเริ่มให้ดูดนมแม่ ถ้าทารกยังแสดงอาการปวดหูมาก อาจใช้ยาชาหยอดใส่หูก่อนเริ่มดูดนม เพื่อให้เด็กสงบและสบายขึ้น ถ้าเป็นไปได้ควรจัดท่าทารกให้อยู่ในท่านั่งดูดนมเพื่อลดแรงดันในช่องหูและอาการเจ็บปวดหรือบ่นนมแม่ที่บีบไว้ด้วยวิธีอื่น เช่น การบ้วนด้วยถ้วยแก้ว จนกว่าอาการปวดดีขึ้นและทารกดูดนมแม่ได้เองมากขึ้น

### ทารกกลุ่มเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัส HIV และโรคเอดส์

ทารกติดเชื้อไวรัส HIV จากแม่ขณะอยู่ในครรภ์ ระยะเวลาและทางน้ำนมแม่ในระยะหลังเกิด การติดต่อระยะปริกำเนิดตามธรรมชาติเกิดขึ้นร้อยละ 20-45 ในแต่ละปีทั่วโลกมีทารกที่ติดเชื้อไวรัส HIV สูงถึง 200,000 คน จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่<sup>57</sup> ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดี๋ยวจเฉลี่ย 159 วันเริ่มติดเชื้อ HIV-1 เมื่ออายุ 6 สัปดาห์ ร้อยละ 14.1 และเมื่อ 6 เดือน ร้อยละ 19.5 โดยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น แม่มีค่า CD4-cell counts น้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร และทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เมื่อทารกอายุ 12 สัปดาห์ ทารกที่ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่นมีโอกาสติดเชื้อเป็น 10.87 เท่า (95% CI 1.51-78; P=0.018) ของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว<sup>58</sup> ปัจจุบันการให้ยาด้านไวรัส HIV-1 (antiretroviral therapy, ART) แก่แม่ร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นวิธีที่

ปลอดภัยสำหรับทารกที่มีโอกาสติดเชื้อในทวีปแอฟริกา เพราะสามารถลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกระยะหลังเกิดได้สูงถึงร้อยละ 12<sup>59</sup>

จากการทบทวนหลายการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศที่ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง เช่น โรคอุจจาระร่วง ทารกที่มีแม่ติดเชื้อ ควรจะได้รับประโยชน์ของนมแม่มากกว่าการเลี้ยงต่อการติดเชื้อหลังเกิด<sup>60</sup> การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในแอฟริกาใต้ มีทารกที่ได้รับนมผสมเพียงร้อยละ 38.7 ตามเกณฑ์ AFASS (affordable, feasible, accessible, sustainable and safe) ทารกที่ได้รับนมแม่และนมผสมมีผลการตรวจเลือด ขนาดร่างกาย และภาวะภูมิคุ้มกันไม่แตกต่างกัน แต่แม่ที่ให้นมลูกมีความซึมเศร้าน้อยกว่าเมื่ออายุ 3 เดือนทารกที่ได้รับนมแม่มีความเสี่ยงของโรคอุจจาระร่วงลดลง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า และมีคะแนนพัฒนาการสูงกว่าเมื่อเทียบกับทารกที่ได้นมผสม<sup>61</sup>

ในประเทศไทยยังคงงดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ติดเชื้อ HIV/AIDS แม้ว่าจะมีแนวทางการลดการ

แพร่กระจายเชื้อตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก<sup>62</sup> (WHO guidelines 2010) โดยแม่ควรใช้ยาต้านไวรัสที่เคยใช้ในระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องไปถึงระยะหลังคลอดนาน 2-4 สัปดาห์ ซึ่งจะลดการติดเชื้อในทารก<sup>63</sup>

ถ้าแม่ต้องการให้นมแม่ควรปฏิบัติตามการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนอย่างเคร่งครัด อัตราการติดเชื้อ HIV ที่สูงขึ้นในทารกที่ได้รับอาหารอื่นร่วมกับนมแม่ จึงควรหยุดการให้นมแม่หลังทารกอายุ 6 เดือน ตลอดเวลาที่ทารกได้รับนมแม่ใน 6 สัปดาห์แรกหลังเกิด ทารกต้องได้ยาด้านไวรัส (nevirapine) ซึ่งมีผลการลดการติดเชื้อ HIV ได้ดีกว่ายาหลอกที่ใช้ในการทดลองแบบสุ่มเลือก เมื่อติดตามทารกถึงอายุ 6 เดือน (ต่างกันร้อยละ 1.3, 95% CI 0-2.6)<sup>63</sup> การให้ยาด้านไวรัส HIV-1 ในทารกตั้งแต่แรกเกิดพร้อมกับการรักษาแม่ จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการลดการแพร่เชื้อ HIV และโรคเอดส์ ในขณะที่ทารกสามารถได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นเดียวกับทารกปกติ

## สรุป

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นมาตรการที่สำคัญในการป้องกันความเจ็บป่วยในทารก จึงไม่ควรให้ความผิดปกติ ด้านสุขภาพของทารกแรกเกิดเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรทำความเข้าใจกลไกที่ทำให้ทารกเหล่านั้นไม่สามารถดูดนมแม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับกายวิภาคของอวัยวะในช่องปากที่ผิดปกติ หรือความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในช่องปาก ซึ่งต้องการความชำนาญและเทคนิคพิเศษในการช่วยเหลือทารกให้ดูดนมอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพเพียงพอในการขับนมออกจากเต้า ในทารกที่มีปัญหาการดูดซึมหรือการนำสารอาหารไปใช้ในร่างกาย การเข้าใจส่วนประกอบของน้ำนมแม่และการให้นมแม่อย่างถูกต้องก็สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือบรรเทาอาการของโรคได้ ยิ่งในทารกที่กำลังได้รับนมแม่แล้ว เจ็บป่วยต้องมั่นใจว่าช่วยให้ทารกยังคงได้รับนมแม่ด้วยการดูดนมแม่ การให้นมแม่ที่บีบไว้ หรือทั้งสองวิธีด้วยเทคนิคที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของเด็ก แม้ว่าทารกมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากแม่ผ่านทางกระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็ต้องเลือกแนวปฏิบัติที่เสริมการยับยั้งการติดเชื้อ โดยระลึกไว้เสมอว่าคลินิกหรือหอผู้ป่วยเด็กมีแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตลอดเวลาและอย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

1. Donohue L, Minchin M, Minogue C. 11 steps approach to optimal breastfeeding in the Pediatric unit. *Breastfeeding Review* 1996;4(2):87-91.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding infants with problems. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 474-514.
3. Buch NA, Ahmad SM, Ali SW, Hassan HM. An epidemiological study of neonatal necrotizing enterocolitis. *Saudi Med J* 2001;22(3):231-7.
4. McBride MC, Danner SC. Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding. *Clin Perinatol* 1987;14(1):109-30.
5. Mathew OP. Breathing patterns of preterm infants during bottle feeding: role of milk flow. *J Pediatr* 1991;119(6):960-5.
6. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011;21(10):601-5.
7. Flacking R, Ewald U, Wallin L. Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40(2):190-7.
8. Ostlund A, Nordström M, Dykes F, Flacking R. Breastfeeding in preterm and term twins--maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact* 2010;26(3):235-41.
9. Yokoyama Y, Ooki S. Breast-feeding and bottle-feeding of twins, triplets and higher order multiple births. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2004;51(11):969-74.
10. Butler S, Williams M, Tukuitonga C, Paterson J. Factors associated with not breastfeeding exclusively among mothers of a cohort of

11. Hattori R, Hattori H. Breastfeeding twins: guidelines for success. *Birth* 1999;26(1):37-42.
12. Saint L, Maggiore P, Hartmann PE. Yield and nutrient content of milk in eight women breast-feeding twins and one woman breast-feeding triplets. *Br J Nutr* 1986;56(1):49-58.
13. Robin M, Corroyer D, Casati I. Childcare patterns of mothers of twins during the first year. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(4):453-60.
14. Mukai S, Mukai C, Asaoka K. Ankyloglossia with deviation of the epiglottis and larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1991;153:3-20.
15. 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):1-7.
16. Madlon-Kay DJ, Ricke LA, Baker NJ, DeFor TA. Case series of 148 tongue-tied newborn babies evaluated with the assessment tool for lingual frenulum function. *Midwifery* 2008;24(3):353-7.
17. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;126(1):36-9
18. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 2011;19(1):19-26.
19. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Paediatr Child Health* 2005;41(5-6):246-50.
20. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breast-feed Med* 2011 Oct 14. [Epub ahead of print]
21. Opara PI, Gabriel-Job N, Opara KO. Neonates



- presenting with severe complications of frenotomy: a case series. *J Med Case Reports* 2012; 6(1):77.
22. Hopman E, Csizmadia CG, Bastiani WF, Engels QM, de Graaf EA, le Cessie S, et al. Eating habits of young children with Down syndrome in the Netherlands: adequate nutrient intakes but delayed introduction of solid food. *J Am Diet Assoc* 1998; 98(7):790-4.
  23. Pisacane A, Toscano E, Pirri I, Continisio P, Andria G, Zoli B, et al. Down syndrome and breastfeeding. *Acta Paediatr* 2003;92(12): 1479-81.
  24. Al-Sarheed M. Feeding habits of children with Down's syndrome living in Riyadh, Saudi Arabia. *J Trop Pediatr* 2006;52(2):83-6. Epub 2005 Jun 15.
  25. Flores-Lujano J, Perez-Saldivar ML, Fuentes-Pananá EM, Gorodezky C, Bernaldez-Rios R, Del Campo-Martinez MA, et al. Breastfeeding and early infection in the aetiology of childhood leukaemia in Down syndrome. *Br J Cancer* 2009;101(5):860-4.
  26. Mizuno K, Ueda A. Development of sucking behavior in infants with Down's syndrome. *Acta Paediatr* 2001;90(12):1384-8.
  27. Reid J, Reilly S, Kilpatrick N. Sucking performance of babies with cleft conditions. *Cleft Palate Craniofac J* 2007;44:312-320.
  28. Mizuno K, Ueda A, Kani K, Kawamura H. Feeding behaviour of infants with cleft lip and palate. *Acta Paediatr* 2002;91:1227-1232.
  29. Miller CK. Feeding issues and interventions in infants and children with clefts and craniofacial syndromes. *Semin Speech Lang* 2011;32(2):115-26.
  30. Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breast milk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(1):9-15.
  31. ABM Clinical Protocol #17: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Breastfeed Med* 2007; 2(4):243-50.
  32. Turner L, Jacobsen C, Humenczuk M, Singhal VK, Moore D, Bell H. The effects of lactation education and a prosthetic obturator appliance on feeding efficiency in infants with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2001;38 (5):519-24.
  33. Pathumwivatana P, Tongasukho S, Naratippakorn T, Pradubwong S, Chusilp K. The promotion of exclusive breastfeeding in infants with complete cleft lip and palate during the first 6 months after childbirth at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2010;93 Suppl 4:S71-7.
  34. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs* 1992; 3(4):634-9.
  35. Christy A N Okoromah, Ekanem N Ekure, Foluso E A Lesi, Wahab O Okunowo, Bolande O Tijani, Jonathan C Okeiyi. Prevalence, profile and predictors of malnutrition in children with congenital heart defects: a case control observational study. *Arch Dis Child* 2011; 96(4):354-360.
  36. Tandberg BS, Ystrom E, Vollrath ME, Holmstrøm H. Feeding infants with CHD with breast milk: Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Acta Paediatr* 2010;99(3):373-8.
  37. Barbas KH, Kelleher DK. Breastfeeding success among infants with congenital heart disease. *Pediatr Nurs* 2004;30(4):285-9.
  38. Giovannini M, Verduci E, Salvatici E, Paci S, Riva E. Phenylketonuria: nutritional advances and challenges. *Nutr Metab (Lond)* 2012;9(1):7.
  39. Demirkol M, Giżewska M, Giovannini M, Walter J. Follow up of phenylketonuria patients. *Mol Genet Metab* 2011;104 Suppl: S31-9.
  40. Purnell H. Phenylketonuria and maternal phenylketonuria. *Breastfeed Rev* 2001;9(2): 19-21.
  41. Riva E, Agostoni C, Biasucci G, Trojan S, Luotti D, Fiori L, et al. Early breastfeeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. *Acta Paediatr* 1996;85(1):56-8.
  42. Karras S, Tzotzas T, Kaltsas T, Krassas GE. Pharmacological treatment of hyperthyroidism during lactation: review of the literature and novel data. *Pediatr Endocrinol Rev* 2010;8(1): 25-33.
  43. Letarte J, Guyda H, Dussault JH, Glorieux J. Lack of protective effect of breast-feeding in congenital hypothyroidism: report of 12 cases. *Pediatrics* 1980;65(4):703-5.
  44. Tluczek A, Clark R, McKechnie AC, Orland KM, Brown RL. Task-oriented and bottle feeding adversely affect the quality of mother-infant interactions after abnormal newborn screens. *J Dev Behav Pediatr* 2010;31(5): 414-26.
  45. Chertok IR. The importance of exclusive breastfeeding in infants at risk for celiac disease. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32(1):50-4;quiz 55-6.
  46. Selimoğlu MA, Karabiber H. Celiac disease: prevention and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2010; 44(1):4-8.
  47. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. *Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151(6):569-72.
  48. Vandenplas Y, De Schepper J, Verheyden S, Devreker T, Franckx J, Peelman M, et al. A preliminary report on the efficacy of the Multicare AR-Bed in 3-week-3-month-old infants on regurgitation, associated symptoms and acid reflux. *Arch Dis Child* 2010;95(1): 26-30.
  49. Barak M, Lahav S, Mimouni FB, Dollberg S. The prevalence of regurgitations in the first 2 days of life in human milk- and formula-fed term infants. *Breastfeed Med* 2006;1(3):168-71.
  50. Yimyaem P, Chongsrisawat V, Vivatvakin B, Wisedopas N. Gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy during the first year of life. *J Med Assoc Thai* 2003;86(2): 116-23.
  51. Heacock HJ, Jeffery HE, Baker JL, Page M. Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy, newborn infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992;14(1):41-6.
  52. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics* 2007;119(4):e837-42.
  53. Dennehy PH, Cortese MM, Bégué RE, Jaeger JL, Roberts NE, Zhang R, et al. A case-control study to determine risk factors for hospitalization for rotavirus gastroenteritis in U.S. children. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25(12): 1123-31.
  54. Mediratta RP, Feleke A, Moulton LH, Yifru S, Sack RB. Risk factors and case management of acute diarrhoea in North Gondar Zone, Ethiopia. *J Health Popul Nutr* 2010;28(3): 253-63.
  55. Pinnington LL, Smith CM, Ellis RE, Morton RE. Feeding efficiency and respiratory integration in infants with acute viral bronchiolitis. *J Pediatr* 2000;137(4):523-6.
  56. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of acute otitis media. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113(5):1451-65.
  57. World Health Organization. HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence. update 2007. Available from: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241596596/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596596/en/index.html)
  58. Coovadia HM, Rollins NC, Bland RM, Little



K, Coutsoudis A, Bennish ML, et al. Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study. *Lancet* 2007;369(9567):1107-16.

59. Taha TE. Mother-to-child transmission of HIV-1 in sub-Saharan Africa: past, present and future challenges. *Life Sci* 2011;88(21-22):917-21.

60. Kuhn L, Aldrovandi G. Survival and health benefits of breastfeeding versus artificial feeding in infants of HIV-infected women: developing versus developed world. *Clin Perinatol* 2010;37(4):843-62.

61. Kindra G, Coutsoudis A, Esposito F, Esterhuizen T. Breastfeeding in HIV exposed infants significantly improves child health: A prospective study. *Matern Child Health J* 2012; 16(3):632-40.

62. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants; Recommendations for a public health approach (2010 version). Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral/en/index.html>

63. Coovadia HM, Brown ER, Fowler MG, Chipato T, Moodley D, Manji K, et al. HPTN 046 protocol team. Efficacy and safety of an extended nevirapine regimen in infant children of breastfeeding mothers with HIV-1 infection for prevention of postnatal HIV-1 transmission (HPTN 046): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2012;379 (9812):221-8.

## บทที่ 24 เทคนิคพิเศษในการให้นมแม่แก่ทารกที่มีปัญหาสุขภาพ

วิไลพร เฑาะสาริต

ทารกที่มีปัญหาสุขภาพทุกคนควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับนมแม่อย่างเต็มใจอย่างเต็มที่เช่นเดียวกับทารกปกติ ทารกที่ป่วยบางรายอาจยังเริ่มต้นดูดนมแม่ไม่ได้ ดูดนมได้ช้า หรือต้องแยกจากแม่เนื่องจากมีปัญหาช่องปาก หรือมีความผิดปกติบางอย่างที่จำเป็นต้องไปทำหัตถการหรือให้การรักษา เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงระยะประสูติ (perinatal asphyxia) ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และทารกที่มีภาวะตัวเหลือง (neonatal jaundice) เป็นต้น จึงควรมีเทคนิคพิเศษในการช่วยให้ทารกได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ทารกที่มีปัญหาสุขภาพยังจำเป็นต้องได้รับสารอาหาร สารชีวภาพ และภูมิคุ้มกันในน้ำนมแม่ ซึ่งช่วยรักษาและฟื้นฟูความเจ็บป่วยให้หายเร็วขึ้น นอกจากนี้การได้รับนมแม่อย่างเดียวยังช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อ เช่น sepsis และโรคลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis) ในทารกเกิดก่อนกำหนด' แต่ปัจจุบันยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องว่าการสร้างและหลั่งน้ำนมสามารถรอได้จนกว่าทารกจะอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรช่วยเหลือแม่ให้เริ่มต้นการสร้างและหลั่งน้ำนมโดยเร็วที่สุดหลังคลอด

### การคงสภาพปริมาณน้ำนมแม่สำหรับทารก (Establishing milk supply for infants)

ในระยะแรกหลังคลอดการดูด หรือการบีบนมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยกระตุ้นฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซิน เพื่อให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่องโดยปฏิบัติดังนี้<sup>2</sup>

1. อธิบายพร้อมแจกเอกสารความสำคัญและ

- ประโยชน์ของการที่ทารกได้รับหัวนม และน้ำนมแม่อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรายละเอียดวิธีการบีบเก็บน้ำนมที่เข้าใจง่ายและสามารถปฏิบัติได้ ควรเน้นว่าการสร้างน้ำนมไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ของทารกขณะคลอด ยกเว้นทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 28-34 สัปดาห์ร่วมกับภาวะเครียดของแม่อาจทำให้น้ำนมมาช้าได้
2. ให้แม่ตัดสินใจเลือกวิธีการให้นมแม่ตามสภาพความเจ็บป่วยของทารก
3. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้แม่ได้อยู่ใกล้ชิดทารกให้มากที่สุด และแนะนำให้แม่นอนพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน การนอนหลับได้เต็มที่ จะช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน
4. ควรให้แม่ได้โอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อและกระตุ้นการดูดนมของลูก ถ้าลูกสามารถดูดนมได้แต่มีแรงดูดน้อย ควรบีบน้ำนมใส่ปากลูกเพื่อเพิ่มการตอบสนองการดูดและการกลืนนมของลูก
5. ก่อนบีบนมแม่อาจนวดหรือประคบเต้านมเพื่อลดการคัดตึงของเต้านมและช่วยให้ น้ำนมที่บีบออกมา มีปริมาณไขมันมากขึ้น
6. ฝึกแม่ให้บีบนมด้วยมืออย่างถูกต้องเร็วที่สุดหรือภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ควรให้แม่บีบนมบ่อยครั้งหรือมากกว่า 5 ครั้ง/วัน บีบนมครั้งละประมาณ 5-10 นาที และค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาการบีบนมต่อครั้งให้นานขึ้น หรือจน น้ำนมเกลี้ยงทั้งสองเต้าเพื่อกระตุ้นเต้านมให้สร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง<sup>3</sup>
7. แนะนำวิธีการเก็บน้ำนม การขนย้ายน้ำนมระหว่างหอผู้ป่วยและบ้านมาที่โรงพยาบาล และการนำน้ำนมที่บีบเก็บมาให้ทารกอย่างถูกต้อง

- ถ้าแม่ตัดสินใจจะใช้เครื่องปั๊มนมชนิดใช้ไฟฟ้าที่สามารถปรับระดับแรงดันได้ 3 ระดับ ควรเริ่มใช้หลังจากแม่มีน้ำนมมากพอหรือหลัง 6 สัปดาห์ที่มีการสร้างน้ำนมที่สมบูรณ์เต็มที่ และคงที่

### เทคนิคการเก็บหัวน้ำนมแม่

หัวน้ำนมแม่ที่อุดมไปด้วยสารต้านการติดเชื้อ โดยเฉพาะ secretory immunoglobulin A (sIgA) ช่วยปกป้องทารกจากการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัสในสภาพแวดล้อมหลังเกิด แม่สามารถปั๊มเก็บหัวน้ำนมแม่ประมาณ 5-7 มล./ครั้งภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิด ซึ่งมีปริมาณที่พอเหมาะกับความจุของทารกแรกเกิด จึงควรเริ่มเก็บหัวน้ำนมตั้งแต่ 2-3 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเช่นเดียวกับการเริ่มต้นดูดนมของทารกปกติ

#### วิธีการเก็บหัวน้ำนม

การเก็บหัวน้ำนมควรใช้การบีบด้วยมือ ซึ่งดีกว่าการใช้เครื่องปั๊มนมโดยเฉพาะในช่วง 3 วันแรกหลังคลอด ให้แม่ฝึกบีบน้ำนมออกจากเต้า และเก็บหัวน้ำนมที่หยดออกมาจากหัวนมโดยใช้กระบอกฉีดยาขนาด 1 มล.ดูดที่ละหยด และดึงลูกสูบกะบอกฉีดยาอย่างช้าๆ เพื่อเก็บหัวน้ำนมให้ได้มากที่สุด ปิดปลายกระบอกฉีดยาโดยใช้ฝาครอบเข็มฉีดยา ใส่ในถุงพลาสติกพร้อมทั้งเขียนวันที่ เวลาที่เก็บ และควรนำไปหยอดปากทารกทันที (รูปที่ 24.1) ถ้าต้องการใช้ใน 4 ชั่วโมง



ใช้กระบอกฉีดยาขนาด 1 มล.ดูดที่ละหยด



ปิดปลายกระบอกฉีดยาโดยใช้ฝาครอบเข็มฉีดยาใส่ในถุงพลาสติกพร้อมทั้งเขียนวันที่ เวลาที่เก็บ

รูปที่ 24.1 วิธีการเก็บหัวน้ำนม

ควรเก็บในตู้เย็นใต้ช่องแช่แข็ง ในบางรายที่ยังไม่นำมาใช้เก็บไว้ในช่องแช่แข็ง ควรแนะนำให้แม่บีบนมสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมงเช่นเดียวกับการดูดนมแม่ของทารกปกติ

ภาชนะที่ใช้เก็บน้ำนมที่บีบเก็บใหม่ๆ ควรทำด้วยพลาสติก เช่น กระบอกฉีดยาที่ใช้ครั้งเดียว (disposable syringe) เพื่อให้คงสภาพของเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกันต้านทานในน้ำนมแม่<sup>24</sup> อย่างไรก็ตามน้ำนมที่แช่แข็งจะสูญเสียเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกันต้านทานไปบางส่วน<sup>5</sup> จึงควรใช้น้ำนมที่บีบเก็บใหม่ในทารกที่ป่วยหรือเกิดก่อนกำหนด

### เทคนิคการเก็บน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่

ส่วนประกอบของน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ (mature milk) จะมีปริมาณไขมันสูงขึ้นในน้ำนมส่วนหลัง (hindmilk) ในแต่ละครั้งของการดูดนมหรือบีบนม ทารกเกิดก่อนกำหนดควรได้รับนมแม่ส่วนหลังของการเริ่มต้นให้นมแม่ ในการเก็บนมแม่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ควรแยกน้ำนมส่วนหน้า (foremilk) ออกจากน้ำนมส่วนหลัง น้ำนมส่วนหลังจะมีไขมันสูง ประมาณร้อยละ 5-6 น้ำนมส่วนหน้าจะมีไขมันน้อย ประมาณร้อยละ 1.5-2<sup>6</sup>

วิธีการบีบและเก็บน้ำนม สามารถทำเช่นเดียวกับการบีบเก็บน้ำนมสำหรับทารกปกติ แต่ควรเพิ่มความระมัดระวังการปนเปื้อนเชื้อโรค โดยบีบนมในสถานที่



ปริมาณหัวน้ำนมที่เพิ่มขึ้นแต่ละวัน

สะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการบีบนมหรือก่อนหยิบภาชนะที่มีนมแม่ที่บีบไว้ไปเก็บหรือไปใช้

ควรระมัดระวังการสูญเสียสารชีวภาพและภูมิคุ้มกันโรคในน้ำนมแม่ ซึ่งจำเป็นสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดหรือป่วย โดยบีบใส่ในภาชนะที่ต้องการเก็บหรือแช่เป็นพลาสติก ไม่ควรใช้แก้ว ภาชนะเก็บน้ำนมควรเป็นถุงเก็บน้ำนมที่ได้มาตรฐานและสามารถแช่แข็งที่อุณหภูมิต่ำ-20 องศาเซลเซียสได้ ในกรณีที่ใช้ถุงพลาสติกใส่อาหารเก็บน้ำนมควรใช้ภายใน 72 ชั่วโมงเท่านั้น เนื่องจากการเก็บระยะยาวอาจแตก ฉีกขาดรั่ว หรือสารอาหารในนมแม่อาจติดที่พลาสติกได้<sup>7</sup>

### วิธีการเก็บแยกน้ำนมส่วนหน้าและส่วนหลัง

ยังไม่มีวิธีมาตรฐานในการแยกน้ำนมส่วนหน้าและน้ำนมส่วนหลัง แต่สามารถทำได้ 3 วิธี ดังนี้

- วิธีจับเวลา น้ำนมที่บีบได้ใน 2-3 นาทีแรกหลังมี let-down reflex หรือน้ำนมไหลพริ้ว จะเป็นน้ำนมส่วนหน้าที่มีปริมาณไขมันน้อย น้ำนมที่เหลือหลังจากนี้จะมีไขมันเพิ่ม 1.7 เท่า<sup>8</sup>
- วิธีวัดปริมาตรน้ำนม เริ่มจากการประเมินปริมาตรน้ำนมที่ทารกได้รับต่อวัน แล้วหาค่าเฉลี่ยปริมาตรต่อครั้ง น้ำนมส่วนหน้ามีปริมาณ 1/3 ของปริมาณที่เก็บต่อครั้ง ตัวอย่างเช่น ทารกได้รับน้ำนมแม่ประมาณ 300 มล.ต่อวัน เมื่อให้นมแม่ 8 ครั้งต่อวัน เฉลี่ยนมแม่ประมาณ 30-40 มล.ต่อมื้อ 10-12 มล.แรกของน้ำนมที่บีบได้จะเป็นน้ำนมส่วนหน้า ที่เหลือจะเป็นน้ำนมส่วนหลัง<sup>9</sup>
- สังเกตสีของน้ำนม ถ้าเป็นน้ำนมส่วนหน้าจะค่อนข้างใสและสีขาว เวลาบีบจะพุ่งแรง ถ้าเป็นน้ำนมส่วนหลังจะข้นขึ้นและมีสีเหลืองนวล เวลาบีบจะไหลช้ากว่าน้ำนมส่วนแรก และแม่จะรู้สึกว่าเต้านมอ่อนยุบลง ในกรณีที่ไม่น่าจะสามารถใช้ creatocrit วัดปริมาณไขมันในน้ำนมที่เก็บแยกส่วนไว้<sup>10,11</sup>

### การผสม human milk fortifier ในนมแม่

การเติมสารอาหารบางชนิดด้วย human milk fortifier (HMF) มักใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยมากๆ การใช้ HMF ชนิดผง อาจทำให้เกิด hyperosmolarity ถ้า HMF ชนิดน้ำ อาจทำให้นมแม่เจือจางมากขึ้น การเติม HMF จึงต้องกำหนดปริมาณการให้อย่างถูกต้อง

การเตรียมนมแม่ที่ใส่ HMF ควรอยู่ในบริเวณที่จัดไว้โดยเฉพาะเพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค ทำที่อุณหภูมิห้อง ผู้เตรียมควรใส่ถุงมือที่ปราศจากเชื้อขณะผสม ไม่ควรกวาดหรือเชย้านมแม่ที่ผสมแล้วแรงๆ เก็บนมที่ผสมแล้วในตู้เย็นช่องธรรมดา และใช้ให้หมดภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีทารกเกิดก่อนกำหนดให้อุ่นนมให้มีอุณหภูมิใกล้เคียงกับอุณหภูมิห้องประมาณ 27 องศาเซลเซียสก่อนให้ทารก<sup>2</sup>

### วิธีการให้นมแม่ที่บีบไว้

#### วิธีการให้นมแม่ทางสายให้อาหารสู่กระเพาะ

กรณีที่ให้หยดนมแม่ต่อเนื่องด้วยเครื่องปรับการไหลของนม ไม่ควรให้นานเกิน 4 ชั่วโมงต่อมื้อ ควรใช้สายให้อาหาร (nasogastric tube) ที่สั้นที่สุด เพื่อป้องกันไขมันในนมแม่ติดสาย ขณะให้นมต้องตั้งกระบอกฉีดยาที่ใส่น้ำนมขึ้นเพื่อให้ชั้นไขมันลอยขึ้น<sup>12</sup> (รูปที่ 24.2)



รูปที่ 24.2 วิธีการให้นมแม่ที่บีบไว้ผ่านเครื่องปรับการไหลของนม ให้ตั้งกระบอกฉีดยาที่ใส่น้ำนมขึ้นเพื่อให้ชั้นไขมันลอยขึ้น

ถ้าทารกสามารถรับปริมาณน้ำนมต่อมือน้อยมากขึ้น ควรให้น้ำนมไหลออกจากกระบอกฉีดยาที่ยกสูงกว่า ตัวเด็กและให้น้ำนมไหลเองทั้งหมด (gavage feeding) จะดีกว่าการใช้เครื่องปั๊มหยดน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ขณะให้นมทางสายควรหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกแสงของเครื่องส่องไฟรักษาตัวเหลือง (phototherapy)

**วิธีการป้อนนมด้วยถ้วย (Cup feeding)<sup>13</sup>**

เตรียมแก้วที่สะอาดปราศจากเชื้อหรือฆ่าเชื้อด้วยความร้อน มีขนาดบรรจุนม 30-60 มล. ใส่นมไม่เกินครึ่งแก้ว ก่อนป้อนด้วยถ้วยควรประคองทารกให้อยู่ในท่าหนึ่ง ตัวเอนด้านหลังเล็กน้อย มือของผู้ป้อนประคองที่ศีรษะและลำตัวทารก จับให้อยู่ในระวางอย่าให้ดิ้น และปิดถูกถ้วยป้อน วางปากถ้วยบริเวณริมฝีปากล่างของทารก เอียงถ้วยให้ระดับน้ำนมปริมาณอยู่ที่ขอบถ้วย ซึ่งทารกสามารถใช้ลิ้นดูดน้ำนมเข้าปากพร้อมกับเคลื่อนไหวริมฝีปากบนมากกระชับกับขอบแก้วคล้ายการดูดนมจากเต้า ไม่เทหรือกรอกนมเข้าปากทารก เพราะทารกจะมีอาการสำลักได้ ควรให้ขอบถ้วยอยู่กลางระหว่างริมฝีปากล่างและบนตลอดเวลาของการป้อนนม (รูปที่ 24.3)

ควรฝึกพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูให้ชำนาญในการป้อนนมด้วยถ้วยก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ใน

ขณะฝึกควรแนะนำให้สังเกตปริมาณนมที่หกออกจากถ้วย และเพิ่มนมตามปริมาณน้ำนมที่หก เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมตามปริมาณที่กำหนด และควรแนะนำให้ผู้ป้อนนมด้วยถ้วยระวังการสำลักนม และสังเกตอาการตัวเขียวจากการสำลัก เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักนม (aspiration pneumonia)

**วิธีการป้อนนมด้วยช้อน (Spoon feeding)<sup>14</sup>**

การป้อนนมด้วยช้อนควรใช้ในการป้อนหัวน้ำนมหรือการให้นมแม่ที่บีบไว้ปริมาณน้อยๆ เพื่อกระตุ้นการดูดและการกลืนในทารกที่ยังไม่สามารถดูดนมแม่จากเต้าได้ (รูปที่ 24.4)

**วิธีการให้นมทางสายที่ติดไว้บริเวณลานนมขณะทารกดูดนมแม่จากเต้า (Supplemental nursing device, Lact-Aid)<sup>2</sup>**

ในทารกที่ยังมีปัญหาคาดนมหรือเริ่มเรียนรู้การดูดนมแม่จากเต้าควรใช้ส่วนปลายที่มีรูเปิดของสายให้อาหารไปติดไว้บริเวณลานนม ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งติดกับกระบอกฉีดยาที่บรรจุนม หรือแก้วที่ใส่นมเพื่อฉีดนมปริมาณน้อยเสริมการดูดนมของทารก โดยใช้ น้ำนมแม่ที่บีบไว้หรือน้ำนมที่ต้องการเสริมในกรณีที่ น้ำนมแม่ไม่พอ (รูปที่ 24.5)



รูปที่ 24.3 ป้อนนมด้วยถ้วย



รูปที่ 24.4 ป้อนด้วยช้อน



รูปที่ 24.5 การให้นมทางสายที่ติดไว้บริเวณลานนมขณะทารกดูดนมแม่จากเต้า

**การฝึกลูกให้ดูดนมแม่จากเต้า**

เมื่อทารกไม่มีอาการหยุดหายใจหรือหัวใจเต้นช้า มีเสมหะออกน้อยสามารถไอออกเองได้ และเริ่มแสดงสัญญาณหิวนม ควรเริ่มนำทารกมาวางบริเวณเต้านมแม่โดยการโอบกอดเนื้อแนบเนื้อ ไม่ควรให้ทารกดูดนมจากขวดก่อนจะดูดนมแม่ ในทารกที่เพิ่งถอดเครื่องช่วยหายใจ ควรกระตุ้นการดูดนม

โดยใช้หัวนมแม่เขี่ย ริมฝีปากลูกเบาๆ ฝึกให้ทารก อ้าปากกว้างและให้ดูดที่เต้านม ควรแนะนำแม่ในการอุ้มทารกตัวเล็กที่มีความตึงตัว กล้ามเนื้อน้อยและการประคองเต้านมเป็นรูปตัวยูเพื่อช่วยยกคาง และกระตุ้นทารกให้รู้จักการอมหัวนมให้ลึกถึงลานนม (dancer hold) ก่อนที่จะมีการดูดและการกลืนสัมพันธ์กัน (รูปที่ 24.6)



รูปที่ 24.6 Dancer hold

**สรุป**

แม่ที่มีลูกที่มีปัญหาสุขภาพ สามารถเริ่มต้นการให้นมลูกเช่นเดียวกับลูกปกติ เพื่อให้ทารกที่ป่วยได้รับนมแม่อย่างเต็มที่เพื่อลดการติดเชื้อ การเจริญเติบโตได้เต็มที่ แม่ควรได้รับข้อมูลที่สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการคงสภาพปริมาณน้ำนมให้มากพอตามที่ลูกต้องการ ทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกป่วยจำเป็นต้องได้หัวน้ำนมที่แม่เริ่มเก็บภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การแยกเก็บน้ำนมที่บีบไว้เป็นน้ำนมส่วนหน้าและส่วนหลัง เพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมที่มีคุณค่าสารอาหารโดยเฉพาะไขมัน และมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องมีความเข้าใจและใช้เทคนิคพิเศษต่างๆ ในการให้นมแม่อย่างถูกต้อง และควรเริ่มต้นการดูดนมแม่จากเต้าให้เร็วที่สุด



## เอกสารอ้างอิง

- Buescher ES. Host defence mechanisms of human milk and their relations to enteric infection and necrotizing enterocolitis. Clin Perinato 1994;21(2):247-62.
- Wight NE, Morton JA, Kim JH. Managing breastfeeding in the NICU. In: Wight NE, Morton JA, Kim JH, editors. Best medicine: Human milk in the NICU. 1<sup>st</sup> ed. Amarillo: Hale Publishing; 2008. p. 97-135.
- Spicer K. What every nurse needs to know about breast pumping instructing and supporting mothers of premature infants in the nicu. Neonatal Network 2001;20:35-41.
- Manohar AA, Williamson M, Koppikar GV. Effect of storage of colostrum in various containers. Indian Pediatrics 1997;34:293-5.
- Williamson MT, Murti PK. Effects of storage, time, temperature and composition of containers on biologic components of human milk. J Hum Lact 1996;12:21-5.
- Naylor AJ, Wester RA, editors. Module I : A basic health promotion strategy in primary care. Lactation Management Self-Study Modules, Level I, 3<sup>rd</sup> ed. (revised), Shelburne, Vermont: Wellstart International; 2009. p.1-3.
- Garza C, Johnson CA, Harrist R, Nichol BL. Effects of methods of collection and storage on nutrients in human milk. Early Hum Dev 1982;6:295-303.
- Valentine CJ, Hurst NM, Schanler RJ. Hindmilk improves weight gain in low-birth-weight infants fed human milk. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;18:474-7.
- Lang S, editor. Breastfeeding special care babies. London: Balliere Tindal;1997.
- Lucus A, Gibbs JAH, Lyster RL, Baum JD. Creamatocrit: Simple clinical technique for estimating fat concentration and energy value of human milk. Br Med J 1978;22: 1018-20.
- Wang CD, Chu PS, Meller BG, Shenai PJ. Creamatocrit and the nutrient composition of human milk. Journal of Perinatology 1999; 19:343-6.
- Wight NE, Morton JA, Kim JH. Policy and procedures: Collection, storage and handling of breastmilk for hospitalized infants. In: Wight NE, Morton JA, Kim JH, editors. Best medicine: Human milk in the NICU. 1<sup>st</sup> ed. Amarillo: Hale Publishing; 2008. p. 97-135.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การช่วยให้แม่มีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก. ใน: สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. Neonatology 2008. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2008. หน้า 80-92.
- Wilson-Clay B, Hoover K. Alternative feeding methods. In: Wilson-Clay B, Hoover K. editors. The breast-feeding atlas. 4<sup>th</sup> ed. Manchaca: LactNews press; 2008. p.107-16.

## บทที่ 25 การจัดบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี

กรรณิการ์ บางสายน้อย

บุษมา วิวัฒน์เวคิน

เชยวิวัฒน์ งามปิยะสกุล

คลินิกเด็กสุขภาพดีที่มีคุณภาพ มีแนวคิดในการสร้างอนาคตของทารกและเด็กให้สดใส ด้วยการจัดรูปแบบบริการ ที่เน้นพ่อแม่เป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพ นอกเหนือจากการให้วัคซีนตามเกณฑ์อายุและการประเมินการเจริญเติบโต คลินิกเด็กสุขภาพดีที่มีคุณภาพต้องส่งเสริมประเด็นหลักได้แก่ การสนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กในบริบทวัฒนธรรมของครอบครัว พัฒนาการทางสมองของเด็ก สุขภาพจิต ความแข็งแรงของร่างกาย สุขภาวะช่องปาก พัฒนาการทางเพศ โภชนาการเพื่อสุขภาพ ความปลอดภัย และการป้องกันอุบัติเหตุ รวมทั้งการมีความสัมพันธ์กับชุมชน และการใช้ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้<sup>1</sup>

การนัดตรวจสุขภาพเริ่มต้นเมื่อทารกอายุ 1 สัปดาห์ จนถึงวัยรุ่น แต่ครั้งที่ตรวจสุขภาพใน 2 ปีแรกหลังเกิด ต้องมีการสังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือที่เชื่อถือได้ การคัดกรองพิเศษตามวัย การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารตามวัย การให้คำแนะนำล่วงหน้า และการให้สุศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่ คลินิกเด็กสุขภาพดีจึงเป็นจุดการให้บริการที่เชื่อมต่อกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของกลวิธีการดำเนินการของบันไดขั้นที่ 10 ในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก (BFHI)<sup>2</sup> ใช้ผลการประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเจ็บป่วย มาเสนอแนะประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรประเมินความเพียงพอการได้รับนมแม่และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบปัญหาอย่างทันท่วงที เพื่อให้แม่มั่นใจว่าสามารถ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและตามเป้าหมายของการให้อาหารทารกขององค์การอนามัยโลก

### การเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การให้สุศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้คำแนะนำและการช่วยเหลือให้แม่มีน้ำนมตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายแม่และทารกก่อนออกจากโรงพยาบาล การให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลทั้งที่บ้านและในคลินิกเด็กสุขภาพดีช่วยเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>3</sup>

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งระยะสั้นและระยะยาว การสื่อสารระหว่างบุคคลแม่แต่ทางโทรศัพท์ที่ได้ผลดีว่าการแจกแผ่นพับ ที่มีองค์ความรู้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเดียว<sup>4</sup> การทำงานนอกบ้านเป็นอุปสรรคสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ การให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือแม่ต่อเนื่อง เดือนละครั้ง ช่วยเพิ่มสัดส่วนของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนได้เกือบ 9 เท่า (53% V.S 6%) และมีสัดส่วนแม่ที่บีบนมเพิ่มขึ้น (66% V.S 23%) รวมทั้งมีการบอกต่อให้เพื่อนทำงานร่วมกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน<sup>5</sup>

## แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกสุขภาพเด็กดี

เป้าหมายสำคัญในการให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี ได้แก่ การป้องกันการหย่านมเร็วเกินไปในแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่หลังคลอด การเพิ่มสัดส่วนแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และยังคงให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนถึงขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่รับผิดชอบการให้บริการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดีจึงควรได้รับการฝึกอบรมเป็นอย่างดีเพื่อย้ำเตือนแม่ให้มีความมั่นใจในข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้ทารกได้รับนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ

มีการจัดคลินิกที่สามารถให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหาการให้นมลูกเป็นรายบุคคล การเสริมความรู้ในโรงเรียนพ่อแม่ เป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ไขความเชื่อหรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเน้นย้ำให้เกิดความกระจ่างของคุณค่าที่เหนือกว่าของนมแม่เมื่อเทียบกับนมผสมต่อการส่งเสริมสุขภาพของลูก และการป้องกันความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง

โรงพยาบาลต้องพัฒนานโยบายและระบบบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีให้สอดคล้องกับบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการพัฒนาคลินิกเด็กสุขภาพดีที่มีสภาพแวดล้อมเป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding friendly well child clinic) โดยมีหลักการ เช่นเดียวกับบันได 10 ขั้นสู่สถานเลี้ยงเด็กที่เป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเน้นวัฒนธรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแจ้งนโยบายการเป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้บิดามารดาและผู้ให้บริการ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้สุศึกษาเกี่ยวกับสิทธิของเด็กและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดมุม

สะดวกสบายที่แม่สามารถให้นมลูกและบีบนมเป็นส่วนตัว

## กลวิธีการบูรณาการให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีต้องจัดกิจกรรมบริการให้เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย คณะกรรมการวิชาการกุมารเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะการติดตาม เมื่อเด็กอายุ 1 สัปดาห์ 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 เดือน, 2, 2.5, 3, 4, 5, 7-8, 9-10, 11-14, 15-17, และ 18-21 ปี แต่ประเทศไทยให้บริการถึงอายุ 5 ปี การนัดตรวจสุขภาพทุกครั้ง ต้องมีการลงทะเบียน การให้สุศึกษาในโรงเรียนพ่อแม่ การซักประวัติการให้อาหารทารก การประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์อายุ การคัดกรองความผิดปกติและโรคที่พบบ่อย การตรวจร่างกายทั่วไปและความเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาแก่แม่และหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแต่ละช่วงอายุ อาจมีรายละเอียดเพิ่มเติมในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

### ทารกอายุ 1 สัปดาห์

ช่วงอายุ 1-2 สัปดาห์เป็นช่วงที่แม่ยังไม่มั่นใจว่าทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ การนัดมาตรวจในคลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกนมแม่ หรือการเยี่ยมที่บ้าน จะช่วยประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แม่ฝึกบีบนมแม่ด้วยมือและแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่อาจเกิดขึ้น คัดกรองปัญหาสุขภาพและแก้ปัญหาเบื้องต้น สังเกตการณ์หลังคลอดปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และทารก รวมทั้งการประเมินการเพิ่มของน้ำหนัก การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

### ช่วงทารกอายุ 2-6 เดือน

ลงทะเบียนและแจกเอกสาร

ควรแยกกลุ่มแม่และครอบครัวที่กำลังเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่หรืออยากกลับมาให้นมแม่ เพื่อแจกเอกสารที่เกี่ยวกับการให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี รวมทั้งแบบบันทึกการคัดกรองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้แม่ประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเองทุกครั้ง ที่มารับบริการ ในเอกสารควรมีข้อมูลที่เน้นความสำคัญ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด

การให้คำแนะนำและให้สุศึกษาในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็กควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณหิว การตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม การเฝ้าระวัง พัฒนาการของทารก เช่น การชันคอ การหันหาเสียง การแสดงความพึงพอใจหรือไม่พอใจ การขับแขนขา การเข้าหาวัตถุ และการนั่งที่ปรากฏตามเกณฑ์อายุ รวมทั้งการเรียนรู้พื้นฐานอารมณ์ของเด็ก

ควรแนะนำเกี่ยวกับการจัดที่นอนและเวลานอนของทารก การให้นมแม่อย่างเพียงพอ วันละ 8-12 ครั้ง ถ้าจำเป็นต้องให้นมผสมควรเลือกสูตรที่เสริมธาตุเหล็ก ต้องมั่นใจว่ามีค่าใช้จ่ายเพียงพอ และสามารถเตรียมนมผสมอย่างถูกต้องและปลอดภัยจากการติดเชื้อ บิดามารดาควรคำนึงถึงความปลอดภัยของทารก เช่น จัดให้ทารกอยู่ในอุณหภูมิแวดล้อมที่เหมาะสม ประคองเด็กเสมอขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า การอุ้มทารกนั่งในเก้าอี้ที่เบาหลังของรถยนต์ วางของขึ้นเล็กให้พ้นมือเด็ก หรือระมัดระวังการถูกน้ำร้อนลวก

### การซักประวัติ

ควรซักประวัติเกี่ยวกับ การให้อาหารทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การวางแผนการเลี้ยงลูกขณะออกนอกบ้านหรือไปทำงาน ความถี่ของการให้ลูกดูดนมจากเต้า การได้รับน้ำนมแม่ที่บีบไว้ การใช้จุกนมหลอก การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของลูก รวมทั้งการแสดงความหิวและความอิมของลูกก่อน

การให้นม อายุที่เริ่มให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ ในช่วงอายุ 0-6 เดือน และเหตุผลที่ต้องเสริมน้ำ น้ำผลไม้ หรือนมผสม รวมทั้งความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการให้นม นมผสม หรืออาหารอื่น เพื่อให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

การประเมินและการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แม่ทุกคนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรแสดงการให้นมลูกในขณะให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะแม่ที่กังวลหรือเคยมีปัญหากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนหน้านี้ ควรช่วยแก้ไขการให้นมที่ไม่ถูกต้อง และสอนการบีบนม ควรแจ้งผลการประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก พร้อมทั้งอธิบายลักษณะของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ ผลดีด้านสุขภาพที่ได้จากการได้รับนมแม่ และผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากการได้รับน้ำหรืออาหารอื่นก่อนวัย

เมื่อแม่นำลูกมาคลินิกครั้งแรกเมื่ออายุ 1-2 เดือน ควรมีการวางแผนร่วมกับแม่ในการให้นมลูก กรณีแม่ทำงานนอกบ้าน วิธีบีบเก็บตุนน้ำนมไว้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้คำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของแม่ระหว่างการให้นมลูก เพื่อให้แม่มั่นใจว่านมแม่มีสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ กับความต้องการของทารกในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด ในกรณีที่ทารกมีการเจริญเติบโตผิดปกติหรือเจ็บป่วย ควรส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยและแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนแต่เนิ่นๆ

### ช่วงทารกอายุ 9-24 เดือน

การให้คำแนะนำและให้สุศึกษาในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่

การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้อาหารทารกอย่างเหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของทารกและเด็ก โดยเน้นการให้อาหารอื่นตามวัยร่วมกับนมแม่จนถึงขวบปีที่สองหรือนานกว่านั้น การ-



เจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมแม่ ซึ่งอาจแตกต่างจากทารกที่ได้รับนมผสม รวมทั้งผลดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะยาว ต่อเขาวิปัญญา สายตา สุขภาพของช่องปากและฟัน และการลดโอกาสเป็นโรคติดเชื้อและความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กโตและผู้ใหญ่

ควรให้บิดามารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กที่เริ่มมีการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม มีการสร้างวินัยเชิงบวก ทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ฝึกการเล่นของเล่นตามวัย การมีส่วนร่วมในการเล่นนิทาน และกิจกรรมที่มีดนตรีหรือเข้าจังหวะ หลีกเลี่ยงการดูโทรทัศน์และวีดิทัศน์ เฝ้าระวังการมีพัฒนาการทางด้านสังคมและการใช้ภาษาพูด การฝึกให้เด็กแสดงออกทางด้านอารมณ์และความต้องการ การฝึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การฝึกรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การตรวจช่องปากและฟัน รวมทั้งการคำนึงถึงความปลอดภัยภายในบ้าน ในรถ และการขับขีรถ

#### การประเมินและการให้คำปรึกษา

ให้คำปรึกษาและแสดงตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกแต่ละวัยในทารกที่ยังคงได้รับนมแม่หลังอายุ 6 เดือน เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูสามารถให้อาหารตามวัยที่มีคุณภาพ ในปริมาณและจำนวนมือที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกและเด็กเล็ก

ประเมินความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการให้อาหารหรือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง ภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์ได้แก่ พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ปัญหาการได้ยิน โดยเฉพาะ ในทารกกลุ่มเสี่ยง ลูกปฏิเสธการดูดนมแม่จากเต้า ไม่ยอมรับประทานอาหารอื่น แมมีน้ำนมน้อย แม่ได้รับยาที่ผ่านน้ำนมหรือยาที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม เช่น ยาคุมกำเนิดบางชนิด ควรยืนยันเกี่ยวกับส่วนประกอบของน้ำนมแม่ที่ยังเปลี่ยนแปลงไม่มากนักและ

การให้อาหารอื่นเป็นไปตามความต้องการของทารกที่เพิ่มขึ้น แต่แม่จำเป็นต้องได้รับอาหารอย่างครบถ้วน และเพียงพอความต้องการของแม่ระยะให้นมบุตร โดยเฉพาะ ธาตุเหล็ก แคลเซียม สังกะสี วิตามินบี และกรดไขมันไม่อิ่มตัวสายโมเลกุลยาว ถ้ามีปัญหาสุขภาพ การเจริญเติบโตผิดปกติ หรือพัฒนาการล่าช้า ต้องส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเสมอ

### การประเมินการเจริญเติบโตของทารกและเด็ก

ทารกปกติทุกคนที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจะเจริญเติบโตเร็วและไม่แตกต่างกับทารกปกติที่ไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิด โดยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 20-30 กรัมต่อวันหลังสัปดาห์ที่ 1-2 หลังเกิด หลังอายุ 6 เดือน ทารกปกติมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 12-18 กรัมต่อวัน ทารกที่ได้รับนมผสมมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเมื่ออายุ 12 เดือนค่อนข้างสูงกว่าทารกที่ได้รับนมแม่จึงมีโอกาสอ้วนมากกว่าทารกที่ได้รับนมแม่

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องซักประวัติเกี่ยวกับการให้อาหารทารก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการประเมินการเจริญเติบโตทุกครั้ง การวัดขนาดร่างกายเด็กต้องใช้เทคนิคที่ถูกต้อง เลือกใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตที่เหมาะสม บันทึกขนาดร่างกายลงในสมุดประจำตัวของเด็ก แปลผลและแจ้งผลการประเมินการเจริญเติบโตแก่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กทุกครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้บิดาแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถช่วยบันทึกผลการวัดและการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กในสมุดคู่มือบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยเฉพาะของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มีเส้นมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทยตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 6 ปี ซึ่งแบ่งระดับโภชนาการให้เข้าใจได้ง่าย

#### การวัดขนาดร่างกายอย่างถูกต้อง

น้ำหนักของเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ควรชั่งน้ำหนักมีหน่วยเป็นกรัม หลังอายุ 1 ปีควรชั่งน้ำหนักมีหน่วยเป็นกิโลกรัม ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง เครื่องชั่งควรตั้งค่ามาตรฐานได้ หรือมีตุ้มน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องชั่ง

ความยาวหรือความสูง มีหน่วยเป็นเซนติเมตร ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ควรวัดความยาว โดยให้เด็กนอนหงายเหยียดตรงที่สุด ให้ศีรษะและข้อเท้าบนแผ่นรองวัดลำตัวของเด็ก ส่วนสูงสุดของศีรษะชิดกับขอบด้านบน โดยใช้มือดันคางไม่ให้ศีรษะเคลื่อนออกจากขอบ ขณะที่มืออีกข้างของผู้วัด กดข้อเข่าให้เหยียดตรง แล้วเลื่อนมือที่จับเข้ามาดันฝ่าเท้าให้ตั้งฉากและมือที่ดันคางเลื่อนมากดบริเวณหน้าอก ช่วงที่วัดความยาวจากสันเท้าไปหาขอบบนที่ศีรษะชิดอยู่ ส่วนความสูงวัดโดยให้เด็กยืนตัวตรง ระดับคางขนานกับพื้น ด้านหลังสุดของศีรษะและก้นแนบกับระนาบของเครื่องวัด หัวเข่าเหยียดตรง ทั้งเข่าและสันเท้าชิดกัน ขณะด้านบนของเครื่องวัดสัมผัสกับส่วนสูงสุดของศีรษะอ่านค่าความสูงทันที

ควรวัดเส้นรอบศีรษะและเส้นรอบอกของเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปีทุกคน มีหน่วยเป็นเซนติเมตร ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง เส้นรอบศีรษะที่ถูกต้อง ต้องวัดผ่านกะโหลกท้ายทอยที่โหนกมากที่สุดไปผ่านบริเวณราวคิ้วทั้งสองข้าง ส่วนเส้นรอบอกต้องผ่านบริเวณหัวนมอ้อมกระดูกสันหลังในแนวตั้งฉากกับราวนม

#### การบันทึกขนาดร่างกาย

นำค่าน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูงมาจุดหรือทำเครื่องหมายบนแผ่นกราฟการเจริญเติบโต ทั้งน้ำหนักเทียบอายุ ส่วนสูงเทียบอายุ และน้ำหนักเทียบส่วนสูงอ่านค่าเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์

การคำนวณดัชนีชี้วัดการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ใช้ค่ามาตรฐานเปอร์เซ็นต์ที่ 50 หรือค่าจุดกึ่งกลาง ค่าของ เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักเทียบ

อายุ ส่วนสูงเทียบอายุ และน้ำหนักเทียบส่วนสูง ถ้าใช้โปรแกรมที่มีค่าจุดศูนย์กลาง และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะได้เป็นค่าคะแนน Z-score ของน้ำหนักเทียบอายุ ส่วนสูงเทียบอายุ และน้ำหนักเทียบส่วนสูง

#### การแปลผล

ถ้าน้ำหนักเทียบอายุ และน้ำหนักเทียบส่วนสูงอยู่ระหว่าง เปอร์เซ็นต์ที่ 3 หรือ 5 และ 95 หรือ 97 แปลว่าน้ำหนักปกติ

ถ้าน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 3 หรือ 5 แปลว่ามีน้ำหนักน้อย

ถ้ามากกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 95 หรือ 97 แปลว่ามีน้ำหนักเกินเกณฑ์

ถ้าส่วนสูงเทียบอายุน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 3 หรือ 5 แปลว่า ตัวเตี้ย

สำหรับเด็กไทย ถ้าใช้เส้นกราฟการเจริญเติบโตของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะแยกผลการประเมินตามแถบสีที่หนดไว้ เมื่อใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ อายุ สีส้ม = ผอม สีเขียว = สมส่วน สีเขียวเข้ม = ท้วม สีชมพู = เริ่มอ้วน และสีม่วง = อ้วน

เนื่องจากทารกที่ได้รับนมแม่มีการเจริญเติบโตที่แตกต่างจากทารกที่ได้รับนมผสม ถ้าใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตของสากล ควรเลือกใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2549 (WHO 2006) สำหรับอายุ 0-36 เดือน ซึ่งได้ค่ามาตรฐานขนาดร่างกาย โดยควบคุมตัวแปร เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ และวิธีการให้อาหาร และครอบคลุมประชากรที่เคยได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มาตรฐานการเจริญเติบโต WHO 2006 มีช่วงการวัดค่ามาตรฐานที่แคบจึงเหมาะสมสำหรับการติดตามการเจริญเติบโตที่เปลี่ยนแปลงเร็วในช่วงขวบปีแรกและการประเมินความเพียงพอของการได้รับอาหาร

เมื่อเปรียบเทียบมาตรฐานการเจริญเติบโต พ.ศ. 2549 กับมาตรฐานของ The Centers for Disease Control and Prevention พ.ศ. 2543 (CDC 2000)

ที่พัฒนาขึ้นมาจากมาตรฐานการเจริญเติบโตของ National Center for Health Statistics พ.ศ. 2521 (NCHS 1978) เพื่อใช้กับเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา และในประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลก เด็กอายุ 3 เดือน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ไม่แตกต่างกันในช่วง 3-9 เดือน และ 9-15 เดือน และสัดส่วนของภาวะแกร็น (stunting) เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุเมื่อใช้ WHO 2006<sup>10</sup> ซึ่งช่วยการประเมินปัญหาโภชนาการได้เร็วขึ้น การติดตามทารกแรกเกิดถึงอายุ 2 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่า Z-score น้ำหนักเทียบอายุของค่ามาตรฐาน CDC 2000 และ WHO 2006 ลดลงในช่วงอายุ 4-6 เดือน แม้ว่าอัตราของน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเมื่อใช้ค่ามาตรฐาน WHO 2006<sup>11</sup> ประเทศออสเตรเลียยืนยันว่าค่ามาตรฐาน WHO 2006 มีความไวในการค้นหาเด็กอ้วนได้ไวกว่าค่ามาตรฐาน CDC 2000<sup>12</sup>

### เทคนิคการสื่อสารและการให้คำปรึกษา การให้อาหารทารกตามวัย

หลังการชักประวัติการให้อาหารทารกและได้ผลการประเมินการเจริญเติบโต ควรให้คำปรึกษาโดยเริ่มจากการอธิบายผลของการให้อาหารทารกต่อการเจริญเติบโต แล้วร่วมวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้น ถ้าเป็นไปได้ควรใช้แนวปฏิบัติการให้อาหารที่พัฒนาขึ้นสำหรับเด็กไทย หรือองค์การอนามัยโลก

หลักการสำคัญในการให้คำปรึกษาต้องประกอบด้วย การฟังและทำความเข้าใจกับปัญหาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ขณะฟังควรใช้ภาษาที่เหมาะสม ใช้คำถามปลายเปิดที่ผู้ตอบสามารถตอบได้อย่างอิสระ และทบทวนกลับข้อมูลที่แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กพูดเพื่อแสดงความสนใจข้อมูลและแสดงการรับรู้ในสิ่งเดียวกัน เปิดใจที่จะรับรู้ความรู้สึกของแม่ และเสริมสร้างความมั่นใจ หลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่ตัดสิน เช่น ใช่ หรือไม่ใช่ ถูกหรือไม่ถูก สร้างความมั่นใจให้

แม่ โดยการแสดงความยอมรับในสิ่งที่แม่คิด และรู้สึก ให้ความสำคัญและให้คำชมเชยในสิ่งที่แม่ได้ปฏิบัติดีแล้ว ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อนำไปปฏิบัติได้ง่าย และควรเลือกคำแนะนำที่จำเป็นเพียง 1-2 อย่าง เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ควรช่วยเหลือปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### การเฝ้าระวังและการประเมินพัฒนาการ ของทารกและเด็กเล็ก

ขณะชักประวัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก ควรสอบถามการสังเกตและความกังวลเกี่ยวกับการเริ่มมีพฤติกรรมของพัฒนาการตามเกณฑ์อายุทุกครั้งที่มีรับการตรวจสุขภาพในคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติด้านพัฒนาการและพฤติกรรมในช่วงอายุ 0-3 ปี คณะกรรมการวิชาการกุมารเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาเครื่องมือค้นหาเด็กที่ต้องการการดูแลพิเศษหรือมีความผิดปกติด้านพัฒนาการในพ.ศ. 2549<sup>13</sup> เพื่อใช้เฝ้าระวังและหรือคัดกรองเด็กทุกคนที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกเด็กสุขภาพดี อย่างน้อยที่สุดเมื่อเด็กอายุ 9, 18, 24, และ 30 เดือน เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการที่มีประสิทธิภาพและยอมรับในระดับสากล ได้แก่

1. Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) ที่ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การใช้มือ การใช้ภาษา และเชาว์ปัญญา
2. Brigance Screens-II ซึ่งใช้คัดกรองพัฒนาการเด็ก อายุ 0-90 เดือน ด้วยใบประเมินทุก 12 เดือน แต่ละครั้งที่ทดสอบใช้เวลา 10-15 นาที เพื่อให้คะแนน การพูดและภาษา ทักษะการเคลื่อนไหว ความรู้ทั่วไปของเด็กเล็ก รวมทั้ง การอ่านและคณิตศาสตร์ของเด็กโต จึงช่วยการค้นหาเด็กที่เป็นอัจฉริยะและเด็กที่มีปัญหาการเรียน
3. Denver Developmental Screening Test-II

(DDST-II) ซึ่งออกแบบเพื่อประเมินด้านการใช้ภาษาทั้ง expressive and receptive language, การเคลื่อนไหว การใช้มือ และทักษะการเข้าสังคม ผลการประเมินสามารถแยกเด็กเป็นปกติสงสัยผิดปกติ และผิดปกติ

แม้ว่าทารกที่ได้รับนมแม่ในช่วง 4-6 เดือนแรก-หลังเกิด มีพัฒนาการทางสมองที่ประเมินโดยใช้ BINS ดีกว่าทารกที่ได้รับนมผสม<sup>14</sup> บางการศึกษาพบว่าเด็กอายุ 5 ปีครั้งที่เคยได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 2 เดือน หรือนานเกิน 8 เดือนโดยไม่ได้รับอาหารอื่น มีพัฒนาการทางภาษาและเชาว์ปัญญาแย่ง<sup>15</sup> จึงควรระมัดระวังในการให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนานเกินไป ในทารกที่ไม่ได้อาหารตามวัยควรได้รับการเฝ้าระวังพัฒนาการทางสมองอย่างใกล้ชิด การศึกษาติดตามทารกแรกเกิดถึงอายุ 18 เดือนในระดับประเทศของประเทศไต้หวัน พบว่าระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานขึ้นช่วยลดโอกาสเกิดพัฒนาการที่ล่าช้าได้<sup>16</sup> ผลการคัดกรองเด็กทั้งหมดด้วย DDST-II ช่วงอายุ 15-18 เดือน กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่นานที่สุด (ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป) มีพัฒนาการล่าช้าเพียง 0.69 เท่า ของทารกที่ไม่เคยได้รับนมแม่

### สรุป

คลินิกเด็กสุขภาพดีเป็นหน่วยบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและการให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนจบปีที่สองหรือนานกว่านั้น คลินิกเด็กสุขภาพดีที่มีคุณภาพต้องไม่บริการเฉพาะการให้วัคซีน และการประเมินการเจริญเติบโตของทารกและเด็ก แต่ควรบูรณาการ การให้บริการที่เน้นครอบครัวของเด็กเป็นศูนย์กลาง ทั้งด้านโภชนาการของเด็กและแม่ การสังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก การให้ความรู้และพัฒนาทักษะ ทั้งด้านโภชนาการของเด็กและแม่ การสังเกตการณ์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กในโรงเรียนพ่อแม่โดยเฉพาะความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเฝ้าระวังปัญหาการให้อาหารทารกที่ไม่ถูกต้อง การล่าช้าของพัฒนาการ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก ควรใช้โอกาสในการชักประวัติ การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รวมทั้งขณะแจ้งผล การตรวจสุขภาพ การประเมินการเจริญเติบโตและการคัดกรองพัฒนาการของเด็กในการ

ในการคัดกรองพัฒนาการของเด็กต้องชักประวัติปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กมีความผิดปกติด้านพัฒนาการการศึกษาในประเทศอินเดียได้สรุปว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้านเกิดจากสาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงระยะปริกำเนิด การติดเชื้อทั่วร่างกาย อากาซัค มีความผิดปกติทางระบบประสาท และความพิการที่เกิดจากความผิดปกติด้านพันธุกรรม<sup>17</sup> ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมและเกิดก่อนกำหนด หรือมีแม่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสของพัฒนาการล่าช้าเมื่ออายุ 2 ปีที่รุนแรงมากขึ้น<sup>18</sup> ทารกปกติที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่ถูกต้องหรือเลี้ยงดูอย่างรุนแรงจากแม่ที่ดื่มสุราก็มีพัฒนาการที่ล่าช้าได้<sup>19</sup> การเฝ้าระวังและการคัดกรองพัฒนาการในเด็กโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญมากต่อการส่งต่อทารกไปกระตุ้นพัฒนาการกับผู้เชี่ยวชาญได้เร็วยิ่งขึ้น ถ้าทารกเหล่านี้ยังคงได้รับนมแม่ การช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและต่อเนื่องให้นานที่สุดเช่นเดียวกับทารกที่ปกติ จะช่วยทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ปกติมากขึ้น

สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่นานที่สุดและได้รับประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างดีที่สุด

### เอกสารอ้างอิง

- Hagan JF, Shaw JS, Duncan P, editors. Bright future; Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3<sup>rd</sup> ed. Pocket guide, 2008. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for Integrated care. Section 1, Background and implementation. ISBN: 978 92 4 159498 1 (v. 3), ISBN: 978 92 4 159495 0 (set). Geneva: WHO Document Production Services; 2009.
- de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17(4):326-43.
- Guisse JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA; U.S. Preventive Services Task Force. The effectiveness of primary carebased interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and metaanalysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1(2):70-8.
- Valdés V, Pugin E, Schooley J, Catalán S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J Trop Pediatr* 2000; 46(3):149-54.
- Ekström A, Widström AM, Nissen E. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth* 2006;33(2):123-30.
- Philipp BL, Radford A. Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006;91(2):F145-9.
- Department of Health Services, Division of Public Health, Nutrition, Physical Activity and Obesity Program, Wisconsin Partnership for Activity and Nutrition Breastfeeding Committee. Ten Steps to Breastfeeding Friendly Child Care Centers. December 2008. Available at <http://dhs.wisconsin.gov/health/physicalactivity>
- de Onis M, Garza C, Onyango AW, Borghi E. Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 growth charts. *J Nutr* 2007;137(1):144-8.
- Issifou S, Kreamsner PG, Klipstein-Grobusch K. WHO 2006 child growth standards: implications for the prevalence of stunting and underweight-for-age in a birth cohort of Gabonese children in comparison to the Centers for Disease Control and Prevention 2000 growth charts and the National Center for Health Statistics 1978 growth references. *Public Health Nutr* 2008 1;11(7):714-9. Epub 2008 Jan 2.
- Ross ES, Krebs NF, Shroyer AL, Dickinson LM, Barrett PH, Johnson SL. Early growth faltering in healthy term infants predicts longitudinal growth. *Early Hum Dev* 2009; 85(9):583-8. Epub 2009 Jul 15.
- Rao S, Simmer K. World Health Organization growth charts for monitoring the growth of Australian children: Time to begin the debate. *J Paediatr Child Health* 2012;48(2):E84-90.
- Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118:405.
- Nassar MF, Younis NT, El-Arab SE, Fawzi FA. Neuro-developmental outcome and brain-derived neurotrophic factor level in relation to feeding practice in early infancy. *Matern Child Nutr* 2011;7(2):188-97.
- Clark KM, Castillo M, Calatroni A, Walter T, Cayazzo M, Pino P, et al. Breast feeding

and mental and motor development at 5½ years. *Ambul Pediatr* 2006;6(2):65-71.

16. Chiu WC, Liao HF, Chang PJ, Chen PC, Chen YC. Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2011;25(6):519-27.
17. Tikaria A, Kabra M, Gupta N, Sapra S, Balakrishnan P, Gulati S, et al. Aetiology of global developmental delay in young children: experience from a tertiary care centre in India. *Natl Med*

*J India* 2010;23(6):324-9.

18. de Moura DR, Costa JC, Santos IS, Barros AJ, Matijasevich A, Halpern R, et al. Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2010;24(3):211-21.
19. Kim HK, Pears KC, Fisher PA, Connelly CD, Landsverk JA. Trajectories of maternal harsh parenting in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl* 2010;34(12): 897-906. Epub 2010 Oct 27.

# หมวดที่ 6

ความต่อเนื่องและยั่งยืนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## บทที่ 26 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานที่ทำงาน

ศิริพัตนา ศิริสุนทรกุล

ปิยาภรณ์ บวรศิริขจร

สภาพของชุมชนเมืองในปัจจุบันมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ทำงาน ทำให้แม่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนครบ 6 เดือน จากการสำรวจเด็กอายุ 1 เดือนที่คลินิกทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าร้อยละ 43 ในกลุ่มแม่ที่ทำงานนอกบ้าน เริ่มให้นมผสมตั้งแต่เดือนแรกหลังคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนไปทำงาน<sup>1</sup> ส่งผลให้ลูกดูนมแม่ลดลง น้ามนจึงน้อยลงไปด้วยและเป็นสาเหตุสำคัญของการหย่านมแม่เร็วกว่าที่ควร

หากแม่ได้รับการแนะนำและช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ตั้งแต่ช่วงระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอดเรื่องการเตรียมตัวเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะไปทำงาน โดยมีครอบครัวสนับสนุนแม่ก็จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จแม้ต้องกลับไปทำงาน

### การเตรียมความพร้อมในขณะตั้งครรภ์

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำเป็นต้องให้แม่ที่มาฝากครรภ์ ได้รับข้อมูล เพื่อสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการให้อาหารทารกและเตรียมตัวก่อนระยะคลอด ความรู้ที่แม่ได้รับควรเน้นหัวข้อต่อไปนี้<sup>2</sup>

1. ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อสุขภาพของลูกและแม่
2. ผลดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการทำงาน of แม่
3. การเตรียมตัวคลอดในโรงพยาบาลที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. การเตรียมลาคลอด และการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากผู้บริหารของหน่วยงาน

5. การเตรียมผู้ดูแลลูกหรือสถานที่ที่จะนำลูกไปฝากเลี้ยงในขณะทำงาน
6. การวางแผนการให้นมลูกเมื่อต้องไปทำงาน
7. วิธีการบีบเก็บตุนน้ำนม วิธีการน้ามนที่เก็บไว้มาป้อนให้ลูกกิน
8. การจัดสรรเวลาให้ลูกดูนมจากเต้า และการบีบเก็บตุนน้ำนมทั้งที่ทำงานและที่บ้าน
9. การวางแผนร่วมกับคนเลี้ยงในเรื่องการจัดระเบียบเวลาของการให้นม
10. การรู้แหล่งให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### การปฏิบัติขณะลาคลอด

เมื่อแม่ออกจากโรงพยาบาล ควรแนะนำให้กลับมาใช้บริการในคลินิกนมแม่ หรือคลินิกเด็กสุขภาพดี ในโรงพยาบาล หรือชี้แจงแหล่งที่สามารถขอรับคำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชุมชน

การปฏิบัติของแม่ที่สำคัญมากในช่วง 3 เดือนแรกของการลาคลอด คือคงสภาพการสร้างน้ำนมให้เพียงพอต่อความต้องการของลูก แม่จึงควรให้ลูกดูนมจากเต้าบ่อยครั้งตามความต้องการของลูก และไม่ควรรี้น้ำนมผสม หรืออาหารอื่นใด

- เริ่มฝึกหัดบีบหรือปั้มนมจำนวนเล็กน้อยทุกวัน ในระหว่างสัปดาห์ที่ 4 เมื่อมีน้ำนมมากพอ หลังให้นมลูกแต่ละครั้ง ให้เริ่มบีบเก็บนมไว้ในตู้แช่แข็ง<sup>3</sup>

- หากผู้ดูแลในระหว่างที่แม่ไปทำงาน ผู้ที่จะมาดูแลทารกไม่ว่าจะที่บ้าน หรือที่สถานรับเลี้ยงเด็กในเวลากลางวัน ควรเป็นผู้ที่คุ้นเคยและเข้าใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่า ทารกที่เคยดูนมจากอกแม่ต้องการเวลาสักกระยะหนึ่งกว่าจะรับนมแม่จากแก้ว



หรือขวดได้ และทารกที่คุ้นเคยกับการอยู่ในอ้อมอกแม่ต้องการการอุ้มกอดที่ใกล้ชิดในขณะที่ให้นม

ถ้ามีสถานรับเลี้ยงเด็กใกล้ที่ทำงาน หรือในที่ทำงาน แม่อาจใช้เวลาพักกลางวันแวะไปให้นมแม่ได้ ถ้าที่ทำงานอยู่ใกล้ๆ บ้าน อาจจะให้ผู้ดูแลเด็ก พาทารกไปให้ดูนมแม่ในที่ทำงานก็ได้

• เตรียมความพร้อมของผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยการฝึกวิธีการอุ้ม และการป้อนนมแม่ด้วยถ้วยแก้ว

ในกรณีที่ต้องป้อนนมด้วยขวด ควรเริ่มหลังสัปดาห์ที่ 4 หลังคลอด เพื่อป้องกันการติดจุกนมยาง และการสับสนหัวนม (nipple confusion)<sup>4</sup>

#### การเริ่มให้นมแม่จากขวด

ไม่ควรให้แม่เป็นคนป้อนนมจากขวด ไม่ให้ลูกเห็นหรือได้ยินเสียง หรือแม่แต่ได้กลิ่นนม มิฉะนั้นลูกจะไม่ยอมกินเพราะจะรอแม่ ในกรณีที่ทารกที่ไม่ยอมดูดนมแม่จากขวดควรมีวิธีการปฏิบัติ โดยให้คนที่ไม่ใช่แม่เป็นผู้ป้อน โดยให้ป้อนในบริเวณที่ห่างจากตัวแม่ ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ให้อุ้มลูกในท่าที่แม่เคยอุ้มดูดนมแม่ ใช้จุกนมที่ค่อนข้างนิ่มทำด้วยซิลิโคนใส และไม่มีกลิ่น ขนาดจุกหัวนมยางให้ใช้ขนาดเล็กที่สุด หรือจุกที่มีรูเล็ก ๆ หลายรู เพื่อให้คล้ายหัวนมแม่มากที่สุด<sup>5</sup> และเลือกจุกยางที่มีฐานกว้างเพื่อทารกจะได้อ้าปากกว้างเช่นเดียวกับการดูดนมแม่ มือแรกที่ให้นมจากขวด ควรใช้นมแม่ที่อุ่นพอดีเท่ากับอุณหภูมิร่างกายของแม่เพื่อให้ลูกคุ้นเคย และควรป้อนในขณะที่ลูกยังหิวนมไม่มาก หรือให้ในขณะที่ลูกง่วง<sup>6</sup>

เมื่อใดก็ตามที่ลูกอยู่กับแม่ เช่น ช่วงกลางวัน หรือระหว่างวันหยุด ให้ลูกดูดจากเต้าโดยตรงจะช่วยให้ น้ำนมสร้างมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีทารกจำนวนไม่น้อยสามารถกินนมแม่จากขวดในตอนกลางวันและกลับมาดูดจากเต้าแม่ได้ในตอนเย็น จากการศึกษาของ Cronenwett และคณะ<sup>7</sup> ศึกษาในหญิง 121 คนที่ตั้งใจจะให้นมแม่อย่างน้อย 6 สัปดาห์ ผู้ศึกษาไม่พบหลักฐานว่า การให้นมขวดเพียงวันละ 1 ขวดใน

สัปดาห์แรกๆ จะมีผลต่อการให้นมแม่เป็นระยะเวลา นานๆ ในแม่ที่ตั้งใจจริงๆ สิ่งสำคัญที่สุดที่จะมีผลต่อระยะเวลาที่ให้นมแม่ คือ ความมุ่งมั่นของแม่จึงไม่มีหลักฐานสนับสนุนสมมุติฐาน "nipple confusion" เพราะทารกที่ศึกษากันสลับกันไปมาได้ระหว่างนมแม่จากเต้าและจากขวด แต่อย่างไรก็ตามยังบอกไม่ได้ว่าทารกคนใดจะสับสน หรือคนใดจะกลับมากินเต้าแม่ได้อีก จึงควรระมัดระวังในการเริ่มให้นมแม่จากขวดทางที่ดีที่สุดคือรอเริ่มหลังจาก 4 สัปดาห์ไปแล้ว<sup>8</sup>

#### แนวปฏิบัติกรให้นมแม่เมื่อแม่ไปทำงาน

แม่ควรได้รับคำแนะนำการวางแผนการให้นมลูกเมื่อแม่ไปทำงาน เพื่อให้ลูกได้รับทั้งนมแม่จากเต้าและนมแม่ที่บีบไว้ และมีน้ำนมเพียงพอสำหรับลูก โดยให้ลูกดูดนมแม่ช่วงเช้าก่อนออกไปทำงาน และบีบนมเก็บอย่างน้อยทุก 3 ชั่วโมง ในช่วงเวลาสายช่วงหลังอาหารเที่ยง และช่วงบ่าย ระหว่างทำงาน โดยบีบเก็บให้เกลี้ยงเต้า นมที่บีบเก็บได้ หากที่ทำงานมีตู้เย็น ควรนำเก็บไว้ในตู้เย็น แต่ถ้าไม่มีตู้เย็นให้เก็บในกระติกน้ำแข็งซึ่งมีน้ำแข็งอยู่ตลอดเวลา ในระหว่างเดินทางกลับบ้าน ให้แช่ถุงน้ำนมแม่ในกระติกน้ำแข็ง หรือในกระเป๋าสีมีแผ่นให้ความเย็น (ice pack) และนำเข้าแช่ในตู้เย็นที่บ้านต่อ เพื่อให้ลูกกินในวันถัดไป หรือแช่แข็งเพื่อให้เก็บได้นานขึ้น ควรแจ้งผู้ดูแลลูกว่าไม่ต้องป้อนนมในช่วง 1-2 ชั่วโมงก่อนแม่กลับถึงบ้าน หรือมารับที่สถานรับเลี้ยงเด็ก เพื่อให้ลูกได้ดูดนมแม่จากเต้าได้ตั้งแต่ตอนที่พบกัน และให้ดูดเต้าตลอดช่วงเย็นจนถึงเช้าวันรุ่งขึ้น ลูกจะเรียนรู้เวลากลับของแม่ได้เร็ว และปรับตัวโดยนอนนานขึ้นในช่วงที่แม่ไม่อยู่ และกลับมาดูดนมแม่บ่อยในตอนกลางวันแทนในวันช่วงวันหยุดที่แม่มีเวลาอยู่กับลูก ควรให้ลูกดูดนมจากเต้าเท่านั้น<sup>9</sup>

#### ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาของการให้นมลูก

แม่ควรได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงลาคลอด และในช่วงทำงาน ดังต่อไปนี้<sup>2</sup>

1. การให้ลูกดูคนนมจากเต้าไม่เต็มทีหรือการบีบน้ำนมไม่สม่ำเสมอ
2. การให้นมผสมร่วมกับนมแม่ ก่อนลูกอายุ 4 สัปดาห์ ซึ่งจะมีผลให้เกิดการสับสนการดูดนมแม่จากเต้า และทำให้น้ำนมสร้างน้อยลง
3. การให้ลูกดูจุกนมหลอกเพื่อป้องกันการร้อง ทำให้ลูกติดจุกนมยาง และไม่สนใจดูดนมแม่จากเต้า
4. การทำงานหนัก และการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้มีเวลาให้นมลูกน้อยลง
5. การลาคลอดน้อยกว่า 2 เดือน ทำให้มีเวลาน้อยปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และไม่ได้เตรียมตัวบีบเก็บน้ำนมเมื่อไปทำงาน

#### สรุป

ถึงแม้ว่าการกลับไปทำงานพร้อมๆ กับให้นมแม่ต่อจะเป็นเรื่องที่ไม่ง่าย แต่ไม่พันวิสัยที่จะทำได้หากแม่มีความมุ่งมั่น วางแผนการของตนตั้งแต่ช่วงก่อนคลอด และหาคนช่วยสนับสนุนหลังคลอด บุคลากรแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้ที่สามารถช่วยให้แม่ทำงานประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้โดยการให้คำแนะนำที่ถูกต้องตั้งแต่ช่วงหลังคลอด ไปจนถึงช่วงที่แม่กลับไปทำงานแล้ว

6. การขาดการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว เช่น มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บีบไว้ และรู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นภาระทำให้ทำงานไม่ได้เต็มที่

7. ขาดการสนับสนุนจากสถานที่ทำงาน เช่น การขาดสถานที่สำหรับการบีบเก็บน้ำนมทัศนคติเชิงลบของเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับการทำงานของแม่ รวมทั้งการไม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับบริหาร

เหนืออื่นใดแม่ที่ทำงานและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ เกิดจากการขาดความมั่นใจเกี่ยวกับประโยชน์ที่ลูกจะได้รับจากการได้รับนมแม่เมื่อเทียบกับนมผสม การได้รับอิทธิพลของการโฆษณาและการแจกตัวอย่างนมผสม และการไม่ได้รับสิทธิการลาคลอดหรือการใช้สิทธิการลาคลอดอย่างไม่ถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. ปิยภัทร์ ตรีงคะพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ทำงานนอกบ้านที่นำบุตรมาตรวจในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. พ.ศ. 2544.
2. ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร, กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. แม่ทำงานกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน: วิทยุวรรณฐิตะติติก, มานี ปิยะอนันต์, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาสูติรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่; 2548. หน้า 95-108.
3. Mohrbacher N, Stock J. Employment and breastfeeding. In: Mohrbacher N, Stock J, editors. The breastfeeding answer book. 3<sup>rd</sup> revised ed. Illinois: La Leche League International; 2003. p. 237-56.
4. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? Birth 1998;25(1):40-44
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Employment and away from home activities while breastfeeding. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7<sup>th</sup>ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 637-8.
6. Cronenwett L, Stukel T, Kearney M, Barlett J, Covington C, Monte KD, et al: Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. Pediatrics 1992;90:760.

## บทที่ 27 การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครอบครัวและชุมชน

กรรณิการ์ บางสายน้อย

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน แม่ควรตัดสินใจเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์และทันทีหลังคลอดในโรงพยาบาล แต่แม่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึงขวบปีที่สองหรือนานกว่านั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนตลอดเวลา และต้องการกลยุทธ์การทำงานแบบบูรณาการต่อเนื่องจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะวิกฤติสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด และระยะที่แม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ครอบครัว ได้แก่ สามีและญาติผู้ใหญ่ในบ้านมีบทบาทในการร่วมวางแผนและช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการมีส่วนร่วมรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลและข่าวสาร สร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้แม่และครอบครัว มีกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชนให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแม่หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างทันการณ์ และติดตามพฤติกรรมการให้อาหารทารกของแม่แต่ละคนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนทางอ้อมจากชุมชน เช่น การสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการสร้างรายได้ของครอบครัวนมแม่ ซึ่งการดำเนินการร่วมกันทั้งจากภาคสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนจะเป็นพลังขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เพิ่มขึ้นจนเห็นเป็นพฤติกรรมปกติของชุมชน

### บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการสนับสนุนครอบครัวและชุมชน

แม้ว่าครอบครัวและชุมชนสามารถเรียนรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการสืบทอดมาทางวัฒนธรรม แต่สภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แม่ออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ขาดญาติผู้หนึ่งที่มีความรู้ หรือบุคคลตัวอย่างในครอบครัว ในการให้คำแนะนำและสอนทักษะต่างๆ เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นมผสมจึงกลายเป็นอาหารทารกที่แม่ต้องเลือกมากขึ้น การให้บริการสุขศึกษาแก่สตรีตั้งครรรภ์และแม่หลังคลอดจึงควรให้บริการทั้งแม่และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนให้แมยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องที่บ้าน<sup>1</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สามีมียุทธิพลต่อการตัดสินใจของภรรยา การช่วยเหลือการเริ่มต้นการให้นมแม่ครั้งแรก ระยะเวลากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลือกนมผสม<sup>2</sup> กลุ่มภรรยาที่วางแผนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมักมีสามีที่มีความเชื่อเกี่ยวกับผลดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อตัวลูก เช่น ความผูกพันของลูก การปกป้องการเป็นโรค และต้องการให้ภรรยาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพราะนับถือหญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนกลุ่มภรรยาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมมักมีสามีที่มีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลเสียต่อเต้านม เต้านมน่าเกลียด และรบกวนการมีเพศสัมพันธ์<sup>3</sup> การตัดสินใจของแม่ที่เลือกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือนมผสมเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ โดยเหตุผลที่แม่เลือกให้นมผสมได้แก่ทัศนคติของพ่อ ปริมาณนมแม่ไม่แน่นอน และต้องกลับไปทำงาน ถ้าจะให้แม่เปลี่ยนใจ

จากให้นมผสมเป็นนมแม่ต้องให้ข้อมูลมากขึ้นในห้องสอนสุศึกษา จากสื่อโทรทัศน์ นิตยสาร หนังสือ และต้องมีการสนับสนุนจากครอบครัว การศึกษาแบบสุ่มทดลองพบว่า การให้สุศึกษาแม่และพ่อในระยะหลังคลอดช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนและเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 12 เดือน กลุ่มแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมส่วนใหญ่รายงานว่ามีนมแม่ไม่พอ และหย่านมแม่เพราะมีปัญหาการให้นม กลุ่มแม่ที่มีปัญหาการให้นมแต่ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพราะมีสามีช่วยแก้ปัญหาด้วยประสบการณ์จากการฝึกอบรม<sup>7</sup>

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเน้นการพัฒนาทักษะของแม่โดยให้สามีและญาติมีส่วนร่วมเทคนิคที่สำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม สามารถทำได้โดยการนำผู้มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เป็นสื่อบุคคลตัวอย่างและมีส่วนร่วมในการสอนภาคปฏิบัติให้กับแม่และญาติ และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้กำกับการถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างถูกต้อง

### ระยะก่อนคลอด

เป็นระยะที่สามี ภรรยา หรือสมาชิกครอบครัว เช่น ย่า ยาย ต้องเตรียมตัวการเลี้ยงดูเด็ก เช่น การเข้าฟังสุศึกษาก่อนคลอด (prenatal education) เพื่อซักถาม ข้อสงสัยต่างๆ ลดความกลัวหรือความกังวลเกี่ยวกับการคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเปิดโอกาสให้สามีเข้าร่วมในการเตรียมตัวคลอดของภรรยา (child birth education) เพื่อเข้าใจกระบวนการคลอด ลดความกลัวและวางแผนการคลอด และการลดความเจ็บปวดระหว่างการคลอด ซึ่งมีผลต่อการเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นโอกาสในการให้ความรู้สามีเกี่ยวกับความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเสี่ยงจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม และประโยชน์ที่ภรรยา

จะได้รับจากการเลี้ยงลูกด้วยนม รวมทั้งการช่วยภรรยาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรให้การปรึกษาคู่สามีภรรยาในการจัดการด้านอารมณ์เมื่อมีลูกคนใหม่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลกระทบเชิงลบต่อความสัมพันธ์ของครอบครัว และชี้ให้เห็นคุณค่าในการมีส่วนร่วมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็งจากพื้นฐานของสายสัมพันธ์พ่อแม่ลูก

### ระยะคลอดและหลังคลอด

ควรเปิดโอกาสให้พ่อและสมาชิกในครอบครัวเฝ้าคลอดให้กำลังใจแม่ และอยู่ใกล้ชิดลูกตั้งแต่แรกเกิด เพื่อให้แม่เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหรือในช่วงไม่กี่วันแรกหลังเกิด ควรให้สามีหรือยายที่มีทัศนคติที่ดีอยู่กับแม่หลังคลอดนานขึ้นเพราะจะช่วยเพิ่มความมั่นใจของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแม่ท้องแรก ยิ่งย่า ยายมีประสบการณ์ที่ถูกต้องยิ่งช่วยเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวให้สูงขึ้น<sup>8</sup> ควรให้พ่อบริการสัมพันธ์กับลูก เช่น ช่วยแม่อาบน้ำลูก สังเกตสัญญาณหิวของลูก เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะที่จำเป็น ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ เพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาค่าๆ ที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ รวมทั้งการเน้นย้ำความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน อย่างไรก็ตามการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติของแม่และญาติควรให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและการนับถือศาสนาของครอบครัว<sup>7</sup>

### ระยะลูกมารับบริการในคลินิกเด็กสุภาพดี

ควรติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารทารกทุกครั้งที่มาใช้บริการ ให้พ่อแม่หรือญาติในครอบครัวได้รับฟังการให้สุศึกษาพร้อมๆ กัน นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพอื่นๆ ควรเน้นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวในหกเดือนแรก

และการให้นมแม่ต่อไปพร้อมกับอาหารตามวัย รวมทั้งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมทั้งสภาวะสุภาพของลูก เพื่อเน้นย้ำประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อสุภาพของลูก และการยังคงให้นมแม่จนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น กรณีแม่ไปทำงานนอกบ้านควรร่วมวางแผนกับแม่และครอบครัวเพื่อสร้างความมั่นใจว่าแม่ยังคงให้นมแม่ได้ขณะแม่ไปทำงาน

### การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับชุมชน

คำว่าชุมชนมิได้หลายความหมาย แต่ทั่วไปชุมชนหมายถึงกลุ่มคนที่มีลักษณะคล้ายกันเช่น ภาษา ศาสนา และพิธีกรรม ค่านิยม บรรทัดฐานเดียวกัน มีความสนใจ ความผูกพัน อารมณ์ความรู้สึก ความเป็นเจ้าของ การช่วยเหลือแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีประสบการณ์ และพันธะสัญญาร่วมกัน อาจจะเป็นชุมชนที่มีขอบเขตชัดเจนทางภูมิศาสตร์หรือไม่มีขอบเขตทางภูมิศาสตร์ก็ได้ แต่เป็นกลุ่มตามความสนใจ<sup>9</sup>

ในเรื่องการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ชุมชนหมายถึงทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ เช่น ตำบลหรือหมู่บ้านซึ่งเป็นหน่วยเล็กสุดของการปกครองประเทศไทย หรือชุมชนที่เป็นกลุ่มทำกิจกรรมส่งเสริม สนับสนุน ปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งรวมไปถึงชุมชนในสังคมออนไลน์ ที่ไม่ผูกติดกับภูมิศาสตร์และรวมตัวกันเป็นเครือข่ายอย่างกว้างไกลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ ในรูปแบบของอินเทอร์เน็ต การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับชุมชนจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชุมชน มีการขยายผลและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องยั่งยืน ทั้งนี้ต้องอาศัยกลยุทธ์หลายอย่างประสมประสานกันในการดำเนินงานระดับชุมชนดังนี้

1. การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรม (Behavior change communication) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนา

พฤติกรรม หมายถึงกระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่จะส่งผลต่อเป้าหมายของโครงการ ซึ่งได้แก่พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้ข้อมูล ชักจูง โน้มน้าว และสร้างแรงกระตุ้นผ่านช่องทางที่เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมาย เช่น การสื่อสารระหว่างบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น และกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน<sup>9</sup>

การปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมระดับบุคคลมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนรับรู้ เริ่มรับรู้ ตริตรอง ตั้งใจ จะปฏิบัติ ลองปฏิบัติ ยอมรับปฏิบัติ และการรักษาพฤติกรรมใหม่ จนถึงขั้นชักชวนบอกต่อผู้อื่นได้ เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้ขึ้นกับการตัดสินใจของแม่เพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติและการรักษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้คงอยู่จึงต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้บูรณาการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้ากับงานอนามัยเจริญพันธุ์ และงานแม่และเด็กในงานสาธารณสุขมูลฐาน และใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน<sup>10</sup>

ในการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องมีการสื่อสารระดับบุคคลอย่างเหมาะสมในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนในระยะก่อนรับรู้การปฏิบัติ แม่ควรได้รับข้อมูล ข่าวสาร เช่น ประโยชน์ ความเป็นไปได้ และการยอมรับทางสังคมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสร้างแรงจูงใจ เมื่อแม่มีความตระหนักรู้ในผลดี ควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเชิญชวนให้แม่ลองปฏิบัติ เมื่อแม่เริ่มตริตรองการปฏิบัติ ควรกระตุ้นให้ลองปฏิบัติโดยการแสดงบทบาทสมมุติ หรือทำตามบุคคลตัวอย่าง ในขณะที่แม่ตั้งใจปฏิบัติจริงต้องชี้ชวนให้เห็นประโยชน์ที่ได้รับ ให้ความพยายามในการเอาชนะอุปสรรค ควรเสริมแรงการ

ปฏิบัติด้วยการชื่นชมหรือช่วยเหลือจนปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ถ้ามีการขัดแย้งจากบุคคลอื่นควรช่วยเหลือแม่ด้วยการเยี่ยมบ้านพร้อมกับกลุ่มสนับสนุนนมแม่และใช้วิธีการเจรจาต่อรอง เมื่อแม่มีความเชื่อและยอมรับในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้รับรู้ใหม่ ควรเปิดโอกาสให้มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ บอกต่อกับผู้อื่นอย่างกว้างขวางด้วยวิธีการต่างๆ รวมถึงการรวมกลุ่มสนับสนุนนมแม่ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีพลังในการชักชวนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดมีระบบการทำงานที่เข้มแข็ง มีผู้นำใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม ใช้ความสามารถของกลุ่มกระตุ้นทักษะทั้งส่วนบุคคลและกลุ่ม สร้างภาคีเครือข่ายกับกลุ่มอื่นๆ ที่มีอยู่เดิม

ในระดับชุมชน ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาพฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องได้แพร่เข้าสู่ชุมชนอย่างทั่วถึง จนมีการปฏิบัติเป็นบรรทัดฐานของชุมชนได้อย่างยั่งยืน ตามแนวทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (diffusion of innovation theory) มี 4 ประการคือ<sup>11</sup>

1. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องตามข้อแนะนำใหม่ต้องเห็นได้ชัดเจนว่าดีกว่าการปฏิบัติเดิม หรือดีกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม เห็นผลดีต่อแม่ลูกและครอบครัวชัดเจน รวมทั้งต้องเป็นการปฏิบัติที่ไม่ยาก ไม่ซับซ้อน บุคคลหรือชุมชนถึงจะยอมรับไปปฏิบัติ
2. ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมจะช่วยเร่งให้มีการพัฒนาได้เร็วขึ้น ควรผสมผสานเทคนิคการสื่อสารหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์ต่างๆ ทางสื่อมวลชน สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การชี้ชวนชุมชนโดยการจัดกิจกรรมพิเศษต่างๆ ในชุมชนเพื่อการสื่อสาร เช่น การให้คำปรึกษา การให้แม่ช่วยแม่ การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร โดยเป้าหมายการสื่อสาร

ได้แก่ แม่ สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชนหรือบุคคลที่มีอิทธิพลทางความคิดในชุมชน

3. เวลาในการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรม เนื่องจากพัฒนาของทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มไม่สามารถเกิดขึ้นได้รวดเร็ว แต่ส่วนใหญ่จะค่อยๆ เป็นไปทีละขั้น ขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ถูกหล่อหลอมขึ้นมา ผู้ที่เริ่มต้นปฏิบัติได้ดีจะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เริ่มจากระดับบุคคลตัวอย่างในในชุมชน ที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดี ทำได้ง่าย จะมีอิทธิพลให้ผู้อื่นทำตาม เกิดการเผยแพร่สู่บุคคลอื่นๆ และขยายเป็นกลุ่มใหญ่ขึ้นมากขึ้น จนได้รับการยอมรับปฏิบัติอย่างทั่วถึงและยั่งยืนในชุมชน

ความสอดคล้องกับระบบสังคม หรือบริบททางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งรวมถึงระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน การมีส่วนร่วมขององค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน และกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ดังนั้น การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรม จึงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่ต้องใช้ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และในทุกภาคส่วนของชุมชน เพื่อให้เกิดพลังร่วมในการขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่สามารถนำไปสู่การยอมรับและขยายผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องในชุมชนอย่างมากเพียงพอที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนในชุมชนได้

**2. การฝึกอบรมและสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชน**

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในชุมชนต้องปรับบทบาท วิธีการทำงาน และกระบวนการทำงาน ให้มีศักยภาพในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุน (supporter) รวมทั้งเป็นผู้ร่วมทำงานที่ดี (partnership) ของชุมชน สามารถค้นหาแกนนำสำคัญในชุมชนที่จะ

ช่วยในการเข้าถึงชุมชนและปลูกกระแสการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นอย่างดี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงต้องได้รับการฝึกอบรมทั้งด้านความรู้และปฏิบัติ และได้รับการนิเทศติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชุมชน และมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนชุมชนดังนี้

1. เป็นผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ในการส่งเสริมสนับสนุน และปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารตามวัยแก่ทารกและเด็กเล็ก เช่นการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครอบครัว เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง
2. ฝึกอบรมด้านความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้อาหารตามวัยที่เหมาะสมรวมทั้งสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครนมแม่ในชุมชน เพื่อติดตามช่วยเหลือแม่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. จัดระบบบริการการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาในคู่แม่ลูกที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ส่งต่อมาจากอาสาสมัครนมแม่ในชุมชน
4. จัดระบบการนิเทศติดตามและประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับชุมชน สะท้อนกลับวิธีการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาให้แก่อาสาสมัครนมแม่
5. สนับสนุนและมีส่วนร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการให้อาหารทารกตามวัยอย่างเหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ ที่มีในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพต่างๆ กลุ่มผู้นำสตรี กลุ่มศาสนา กลุ่มวัฒนธรรม รณรงค์เผยแพร่ โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตาม

สายวิทยุชุมชน หรือในโอกาสพิเศษ เช่น กิจกรรมวันแม่ กิจกรรมวันเด็ก

**3. การฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษานมแม่หรืออาสาสมัครนมแม่ในชุมชน**

เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีความจำกัดด้านเวลาในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแม่และครอบครัวในชุมชน จึงควรจัดระบบให้มีผู้ให้คำปรึกษาหรืออาสาสมัครจากแม่ที่มีประสบการณ์และสามารถให้คำปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer counsellor) หรืออาสาสมัครทั่วไปที่ไม่ใช่แม่ หรือไม่มีประสบการณ์ตรงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่มีความสนใจ (lay counsellor) เช่นอาสาสมัครสาธารณสุข ถ้าผู้ให้คำปรึกษานมแม่หรืออาสาสมัครนมแม่ทั้งสองแบบได้รับการฝึกอบรมจะสามารถช่วยเหลือเยี่ยมบ้าน ให้การปรึกษาแม่ที่บ้านตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ จนถึงหลังคลอด แม่ที่มีลูกคนใหม่หรือมีปัญหาการเลี้ยงลูกมักปรึกษาแม่ที่เป็นเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์มากกว่า นอกจากนี้อาสาสมัครนมแมียังสามารถทำงานช่วยบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขของชุมชนได้ การทำงานของแม่หรืออาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างมีคุณภาพและมีความมุ่งมั่นในการให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือแม่และลดความเสี่ยงของการไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยหรือเพิ่มระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานขึ้น<sup>12</sup>

ในหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษานมแม่หรืออาสาสมัครนมแม่ควรเน้นการสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว การให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัย ผลเสียของการเริ่มให้นมผสม หรืออาหารอื่นก่อนอายุ 6 เดือน การช่วยประเมินปัญหาเกี่ยวกับการให้นมลูก การส่งต่อแม่ที่มีปัญหา การอธิบายกลไกที่ช่วยให้แม่มีน้ำนมเพียงพอรวมทั้งวิธีบีบเก็บน้ำนม เทนืออื่นใดการฝึกอบรม ต้องช่วยเพิ่มความมั่นใจในการให้คำปรึกษาและสามารถช่วยเหลือแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การทำงานของผู้นำให้คำปรึกษาหรืออาสาสมัครนมแม่ อาจทำเป็นกลุ่ม หรือให้คำปรึกษาตัวต่อตัว การติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน<sup>3</sup> จากการศึกษาแบบสุ่มทดลองใช้การสนับสนุนทางโทรศัพท์ภายใน 48 ชั่วโมงหลังแม่คลอดบุตร และติดตามความต้องการแม่ภายใน 12 สัปดาห์จนลูกอายุ 3 เดือน พบว่ากลุ่มแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางโทรศัพท์เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 81.1 เทียบกับร้อยละ 66.9,  $P = 0.01$ ) และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสูงกว่า (ร้อยละ 56.8 เทียบกับร้อยละ 40.3,  $P = 0.01$ ) และกลุ่มแม่ที่ได้รับการสนับสนุนมีแนวโน้มที่จะยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุน 2.5 เท่า<sup>4</sup> และจากการศึกษาในแม่กลุ่มแม่ที่มีรายได้น้อยของประเทศอเมริกา โดยเฉพาะแม่ที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่จะไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสูงขึ้นและนานขึ้นจากการสนับสนุนด้วยวิธีการสนับสนุนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในช่วง 6-9 สัปดาห์หลังคลอด<sup>5</sup>

#### 4. การสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชน

กลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถ่ายทอดความรู้ และทักษะให้แก่แม่ตามบริบทวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อสร้างค่านิยมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยั่งยืน ลดการพึ่งพาการให้บริการในโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิในชุมชนจนถึงระดับตติยภูมิ อาจเป็นผู้ริเริ่มจัดตั้งโดยสนับสนุนแม่ที่มีประสบการณ์ในโรงพยาบาล หรือร่วมกับชุมชนในการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครในชุมชน เช่น กลุ่มแม่ช่วยแม่ (mother-to-mother support group หรือ peer

support group) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพกลุ่มให้มีความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือสนับสนุนแม่ รวมถึงศักยภาพกลุ่มในการสื่อสารข้อมูลความรู้ให้กับชุมชน เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและขยายสมาชิกให้มากขึ้น เกิดกลุ่มที่มีพลังในการชี้ชวนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีระบบและเข้มแข็ง เกิดผู้นำใหม่ๆ เกิดขึ้นในกลุ่ม ทักษะส่วนบุคคลได้รับการกระตุ้นจากทักษะและความสามารถของกลุ่ม ทำให้เพิ่มความสามารถในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถสร้างภาคีเครือข่ายกับกลุ่มที่มีอยู่เดิม อื่นๆ การเกิดกลุ่ม มีแกนนำในกลุ่ม การมีส่วนร่วมในกลุ่มเป็นรูปแบบที่เสริมสร้างพลังอำนาจทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มได้อย่างเป็นรูปธรรมสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในระดับสูง

ตัวอย่างกลุ่มสนับสนุนแม่ในประเทศไทย ได้แก่ ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานหนึ่งของโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวกระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup> สมาชิกชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ แม่หลังคลอด พ่อแม่ สมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาให้กำลังใจ ช่วยเหลือแม่และครอบครัวในชุมชนเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เยี่ยมบ้านสตรีตั้งครรภ์ กระตุ้นให้ฝากครรภ์เร็วตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เยี่ยมบ้านแม่ลูกที่เป็นสมาชิกหลังคลอด หรือติดตาม สื่อสารระหว่างเพื่อนสมาชิกชมรมโดยจดหมาย โทรศัพท์ อีเมลล์ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาหรือส่งต่อแม่ที่มีปัญหาซับซ้อนให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เฝ้าระวังเรื่องการละเมิดหลักเกณฑ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในชุมชน เป็นแกนนำหรือเข้าร่วมกิจกรรมพิเศษต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนในระดับนานาชาติ องค์กร La Leche League

International ที่เริ่มต้นจากการรวมตัวของกลุ่มแม่ 7 คนในประเทศสหรัฐอเมริกา<sup>7</sup> เพื่อช่วยแม่ที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถขยายตัวเป็นองค์กรเอกชนนานาชาติที่ไม่แสวงหากำไรที่ใหญ่ที่สุดซึ่งประสบความสำเร็จสูงในปัจจุบัน ในด้านการให้บริการข้อมูลทางเว็บไซต์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ใหญ่ที่สุดในโลก ให้การปรึกษาแม่โดยใช้ระบบแม่ช่วยแม่ ผ่านทางเว็บไซต์ โทรศัพท์ และการประชุมกลุ่มสนับสนุนแม่

#### 5. การสนับสนุนอย่างมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน

ในแต่ละชุมชนประกอบภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน รวมถึงกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่มีอิทธิพล และสามารถถ่ายทอดความรู้ ความคิด ทักษะและการปฏิบัติในชุมชน เช่น ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแกนนำสตรี ครู กลุ่มผู้สูงอายุ พระภิกษุ รวมถึงผู้นำตามธรรมชาติอื่นๆ ของชุมชน ทุกภาคส่วนสามารถมีส่วนร่วมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยสร้างกระแส สร้างค่านิยม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนเพิ่มศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบครัวในชุมชนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น จนเกิดเป็นชุมชนนมแม่ (breastfeeding-friendly community) ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการวิสัยทัศน์ของผู้บริหารระดับชุมชนท้องถิ่น ภาวะผู้นำ และทักษะด้านการบริหารจัดการในชุมชน

##### ตัวอย่างที่ 1. ชุมชนนมแม่ ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่<sup>8</sup>

ชุมชนนมแม่ตำบลป่าแดดอยู่ในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทที่เคยมีแม่ส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมหลังการขับเคลื่อนชุมชนด้วยการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานองค์กรภาครัฐ เอกชน และ

แกนนำประชาชนกลุ่มต่างๆ ชุมชนนมแม่ตำบลป่าแดดสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนจากร้อยละ 19 (พ.ศ. 2548) เป็นร้อยละ 82 (พ.ศ. 2552) ภายในระยะเวลา 4 ปี โดยมีจุดเริ่มต้นจากพ่อที่อาศัยอยู่ในชุมชนป่าแดด ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแกนนำอาสาสมัครริเริ่มจัดตั้งชมรมนมแม่และได้รับการคัดเลือกให้เป็นประธานชมรมนมแม่เชียงใหม่คนแรกในปี พ.ศ. 2546 และเข้ารับการพัฒนาด้านความรู้และทักษะจากหน่วยงานสาธารณสุขจนเชี่ยวชาญ ได้ชี้ชวนให้แกนนำชุมชนตำบลป่าแดด จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน มีการฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เริ่มต้นจาก 1 หมู่บ้าน และขยายจนครบ 13 หมู่บ้านแกนหลักในการบริหารจัดการคือ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลป่าแดดเป็นที่ปรึกษาในชุมชน เทศบาลตำบลป่าแดดช่วยสนับสนุนงบประมาณการจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลสตรีตั้งครรภ์ เยี่ยมบ้านแม่ลูกหลังคลอด การให้ของขวัญแม่ลูกหลังคลอด การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ การจัดกิจกรรมวันแม่ ประกาศเกียรติคุณครอบครัวนมแม่ในเดือนสิงหาคมทุกปี จัดชมรมนมแม่ในโรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้แก่กลุ่มเด็กและเยาวชนสถานเลี้ยงเด็กในตำบลเข้าร่วมเป็นศูนย์เด็กเล็กนำอยู่คู่นมแม่ โรงพยาบาลเอกชนในตำบลให้การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีศูนย์เรียนรู้นมแม่ในตำบลเป็นแหล่งฝึกอบรมและศึกษาดูงานแก่หน่วยงานต่างๆ

##### ตัวอย่างที่ 2. ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ตำบลลิมปิง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน<sup>9</sup>

ตำบลนมแม่ริมปิงเป็น 1 ใน 5 ตำบลแรกของประเทศไทยที่สมัครใจเข้าโครงการตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ของกรมอนามัย สนองต่อพระดำริของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างการมี



ส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน ในการปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างเครือข่ายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสถานบริการสาธารณสุขสู่ครัวเรือนชุมชนและสถานประกอบการในชุมชน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว และมีเกณฑ์การเป็นตำบลนมแม่ 6 ข้อ ได้แก่

1. มีคณะกรรมการดำเนินงาน
2. มีแผนชุมชนนมแม่
3. มีข้อมูลและการเฝ้าระวังให้ลูกกินนมแม่
4. มีประกาศตึกาสังคม "เลี้ยงลูกด้วยนมแม่"
5. มีกองทุนสนับสนุนการดำเนินงาน
6. มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย้อยละ 60 ขึ้นไป

ตำบลนมแม่ริมปิงได้เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบลที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายในท้องถิ่นทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วยแกนนำชุมชนกลุ่มต่างๆ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู ผู้แทนหน่วยงานเกษตร หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พระภิกษุ มีเทศบาลตำบลริมปิงเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนตำบลนมแม่ จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ของตำบลและแผนปฏิบัติ

## สรุป

ครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญในการสนับสนุนให้แม่ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก หลังเกิด และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยหลังจากนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงต้องพัฒนากลุ่มอาสาสมัครในชุมชนให้มีความรู้ ทักษะในการสื่อสารแก่แม่ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้แม่พัฒนาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง การให้ความรู้และเน้นการพัฒนาทักษะของแม่โดยให้สามีและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม จะช่วยเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ดีขึ้น ความสำเร็จของกลุ่มอาสาสมัครและชุมชนต้องการการสร้างเสริมพลังอำนาจทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่ม และการมีส่วนร่วมทั้งทางตรงและทางอ้อมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนทั้งภาครัฐ และเอกชน ในการส่งเสริม สนับสนุน ปกป้อง รวมถึงการเฝ้าระวังและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ อย่างทันที่ เพื่อให้แม่ยังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามเป้าหมายของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

การในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริม สนับสนุนและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กิจกรรมที่เกิดขึ้น เช่น จัดทำเวทีประชาคมเรื่องตำบลนมแม่ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล และทีมบุคลากรเทศบาลในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การจัดตั้งชมรมตำบลนมแม่ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของครอบครัวนมแม่ในตำบล การเยี่ยมบ้านแม่ลูกหลังคลอด การอบรมปู่ ย่า ตา ยายที่มีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็ก การอบรมเยาวชนเพื่อการประชาสัมพันธ์นมแม่ การจัด "มุมนมแม่" ในสำนักงานเทศบาล การทำอาชีพเสริมเพิ่มรายได้ ช่วยเหลือแม่รายได้น้อย กิจกรรมเชิญชวนร้านค้าในชุมชนเป็นร้านค้าปลอดนมผสม ฯลฯ ซึ่งงบประมาณการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลริมปิงและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานสนับสนุนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มจากร้อยละ 52.38 (พ.ศ.2553) เป็นร้อยละ 86.70 (พ.ศ. 2554) ชุมชนมีการตื่นตัวสูง เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีมติให้บรรจุเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในธรรมนูญตำบลริมปิง และประกาศใช้เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2554

## เอกสารอ้างอิง

1. Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomized controlled trial of support from volunteer counselors for mothers considering breastfeeding. *BMJ* 2004;328(7430):26-31.
2. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997;13 (1):45-50.
3. Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitudes of Expectant Fathers Regarding Breastfeeding. *Pediatrics* 1992;90:224-7.
4. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000;106:e 67.
5. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005;116: e494-e 7.
6. Ekström A, Widström AM, Nissen E. Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth*. 2003; 30(4):261-6.
7. Ingram J, Johnson D, Hamid N. South Asian grandmothers' influence on breast feeding in Bristol. *Midwifery* 2003;19(4):318-27.
8. Smith, M. K. 'Community' in the encyclopedia of informal education, 2001. Available from: URL: <http://www.infed.org/community/community.htm>
9. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย และคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมและสังคม. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. หน้า 16.
10. World Health Organization. Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. Geneva: WHO; 2003. p. 7-13. ISBN 92 4 159121 8: 7-12.
11. Murphy EM. Promoting healthy behavior. *health Bulletin* 2 Washington, DC. Population Reference Bureau 2005:9-10.
12. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858. CD001141. pub 3.
13. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn LM. The CDC guide to Breastfeeding Intervention. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2005 :13-7.
14. Dennis CL., Hodnett E., Gallop R., Chalmers B. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002;166(1): 21-8.
15. Arlotti JP, Cottrell BH, Lee SH, Curtin JJ. Breastfeeding among Low Income Women with and without Peer Support. *J Community Health Nurs* 1998,15(3),163- 78.
16. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
17. A brief history of La Leche League International. Available from: URL:<http://www.llli.org/lllihistory.html>
18. ทวีศักดิ์ นพเกสร, รัตนาพร ทองเขียว, พัชรินทร์ ปิงเมืองแก้ว. รายงานการศึกษาปัจจัยความสำเร็จการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในพื้นที่ตำบลป่าแดด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่; 2552.
19. คณะกรรมการดำเนินงานโครงการตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ตำบลริมปิง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. "ตำบลริมปิง" ตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

# หมวดที่ 7

โภชนาการของแม่และการรกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

---

## บทที่ 28 อาหารและโภชนาการสตรีตั้งครรภ์ และแม่ระยะให้นมลูก

อุไรศนา พาณิชกุล

โภชนาการสตรีตั้งครรภ์และแม่ระยะให้นมลูกมีความสำคัญต่อสุขภาพของแม่และลูก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แม่ในระยะตั้งครรภ์ต้องการสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สุขภาพของแม่ และเตรียมความพร้อมในการสร้างน้ำนม ปริมาณของสารอาหารหลายอย่างในน้ำนมแม่ขึ้นอยู่กับอาหารที่แม่รับประทาน ดังนั้น อาหารสำหรับแม่ควรมีคุณค่าทางโภชนาการ สะอาด ปลอดภัย มีปริมาณพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้นอย่างสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์และระยะให้นมลูก นอกจากนี้ ควรเสริมสารอาหารบางชนิดที่ไม่เพียงพอในอาหารที่แม่รับประทานประจำวันในรูปยา เช่น ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก เป็นต้น

### โภชนาการของแม่ในระยะตั้งครรภ์

ในระยะตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่มีผลต่อเมตาบอลิซึมของสารอาหารต่างๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของแม่ เพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รักษาภาวะธำรงดุล (homeostasis) ของแม่ และเตรียมความพร้อมสำหรับการให้นมลูก<sup>1</sup> แม่ต้องการพลังงาน โปรตีน วิตามินและแร่ธาตุหลายชนิดเพิ่มขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการเติบโตและพัฒนาของทารกในครรภ์ การพัฒนาของรก การเพิ่มขนาดของมดลูกและเต้านมของแม่ ปริมาณน้ำคร่ำ พลาสมา เม็ดเลือดแดง และเนื้อเยื่อต่างๆ<sup>2</sup> น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของแม่ส่วนใหญ่เกิดจากการขยายขนาดของมดลูก สิ่งที่อยู่ในมดลูก และเต้านมของแม่ รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดและสารน้ำภายนอกเส้นเลือดและนอกเซลล์ (extravascular

fluid) ส่วนน้อยของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมของสารน้ำภายในเซลล์ การสะสมของไขมันและโปรตีนส่วนสำรองของแม่ (maternal reserves)<sup>3</sup> (ตารางที่ 1)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีโภชนาการดีจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับน้ำหนักของทารก ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ก่อนตั้งครรภ์ของแม่มีผลต่อน้ำหนักทารกโดยไม่ขึ้นกับน้ำหนักของแม่ที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์<sup>4</sup> น้ำหนักของแม่ที่ควรเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยขณะตั้งครรภ์ตามข้อแนะนำของ Institute of Medicine (IOM) ของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2009<sup>2</sup> และได้รับการยอมรับจาก American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ในปี ค.ศ. 2010<sup>5</sup> คือพิจารณาตามดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ในกรณีที่แม่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยประมาณ 11.5-16 กก. (ตารางที่ 2)

ในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักแม่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของแม่ โดยมากเกิดจากการเพิ่มของสารน้ำในร่างกาย ส่วนการเจริญเติบโตของทารกกว่าร้อยละ 90 จะเกิดอย่างรวดเร็วในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์<sup>4,6</sup> ดังนั้น ใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ แม่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นค่อนข้างน้อยหรืออาจไม่เพิ่มเลย ประมาณ 1/3 และ 2/3 ของปริมาณน้ำหนักตัวแม่ที่เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ตามลำดับ<sup>6</sup>

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์น้ำหนักที่เพิ่มของแม่ตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์

เนื้อเยื่อ สารน้ำ และสารอาหาร	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น (กรัม) ตามอายุครรภ์			
	10 สัปดาห์	20 สัปดาห์	30 สัปดาห์	40 สัปดาห์
ทารก	5	300	1,500	3,400
รก	20	170	430	650
น้ำคร่ำ	30	250	750	800
มดลูก	140	320	600	970
เต้านม	45	180	360	405
พลาสมา (มล.)	50	800	1,200	1,500
สารอาหารที่สะสมเพิ่มขึ้น (แม่และลูก)				
โปรตีน	36	165	498	925
ไขมัน	328	2,064	3,594	3,825
แคลเซียม				30
เหล็ก (มก.)				565
สังกะสี (มก.)				100

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 1 และ 3

**ตารางที่ 2** ข้อแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นของแม่ขณะตั้งครรภ์ในการตั้งครรภ์เดี่ยว

เกณฑ์ดัชนีมวลกาย * (กก./เมตร <sup>2</sup> )	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นทั้งหมด (กก.)	ค่าเฉลี่ยอัตราการเพิ่มของน้ำหนักในไตรมาสที่สองและสาม** (กก./สัปดาห์)
น้อย (< 18.5)	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
ปกติ (18.5-24.9)	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
มาก (25.0-29.9)	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
อ้วน (≥ 30)	5-9	0.22 (0.17-0.27)

ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 2

\*ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup>

\*\*ในกรณีตั้งครรภ์วัยรุ่น (<20 ปี) แนะนำให้เพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่ค่าด้านมากของเกณฑ์แนะนำ ในกรณีตั้งครรภ์ที่ความสูงต่ำกว่า 157 เซนติเมตร แนะนำให้เพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่ค่าด้านน้อยของเกณฑ์แนะนำ

**ปัญหาโภชนาการที่พบบ่อยในขณะตั้งครรภ์**

**ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition)**

แม่ที่มีภาวะโภชนาการเกินระดับมาก (BMI 25.0-29.9) หรือมีน้ำหนักขึ้นมากกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ (ตารางที่ 2) เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักเกินปกติ หากมีภาวะอ้วน (BMI 30) จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยง

ต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ครรภ์เป็นพิษ เสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด และการติดเชื้อ<sup>3,7,8</sup> และยิ่งส่งผลต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ความพิการแต่กำเนิด เช่น ระบบประสาทระบบหัวใจ และความผิดปกติของรูปร่าง เป็นต้น และเพิ่มการเกิดภาวะตายคลอด (stillbirth)<sup>3,7</sup> แม่ที่มี

น้ำหนักขึ้นมากกว่าเกณฑ์มีโอกาสที่จะเหลือน้ำหนักในระยะหลังคลอดมากกว่า และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน<sup>9</sup>

**ภาวะพร่องโภชนาการ (Undernutrition)**

แม่ที่มีภาวะพร่องโภชนาการ โดยเฉพาะที่มีน้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์มากในช่วงหลังของการตั้งครรภ์ จะส่งผลต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย<sup>10</sup> ทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ในวัยผู้ใหญ่ได้<sup>11</sup> การขาดสารอาหารบางชนิดอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติของทารก เช่น การขาดธาตุไอโอดีน มีผลต่อการพัฒนาของสมองทารกในครรภ์ โดยเฉพาะถ้าขาดอย่างรุนแรงในช่วงที่สมองกำลังเติบโตอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดผลเสียอย่างถาวรและทำให้ทารกที่เกิดมามีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติได้<sup>12</sup> การขาดกรดโฟลิกในแม่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของระบบประสาทของทารกในครรภ์ที่เรียกว่า neural tube defect ซึ่งปัจจุบัน Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้แนะนำการให้กรดโฟลิกวันละ 400 ไมโครกรัมเสริมแก่สตรีที่วางแผนว่าจะตั้งครรภ์ และให้ไปตลอดในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ในทางตรงกันข้าม ถ้าแม่ที่ตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารบางชนิดมากเกินไป เช่น วิตามินเอในขนาดสูง (10,000-50,000 ยูนิต/วัน) อาจทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดของทารกได้เช่นกัน<sup>3,8</sup> วิตามินและแร่ธาตุสำคัญที่ควรได้รับเสริมในสตรีตั้งครรภ์คือ กรดโฟลิก ธาตุเหล็ก และไอโอดีน เนื่องจากมีความต้องการเพิ่มขึ้นโดยแนะนำให้เสริมตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

**แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์**

สตรีตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนในปริมาณเพียงพอ ความต้องการพลังงานในแม่ที่ตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 12<sup>13</sup> ใน 3

เดือนแรกของการตั้งครรภ์ยังไม่จำเป็นต้องเพิ่มพลังงานในอาหาร แต่ควรรับประทานอาหารให้พอเพียงเท่ากับก่อนตั้งครรภ์ ในไตรมาสที่สองและสามควรได้รับพลังงานเพิ่มจากอาหารในขณะตั้งครรภ์ประมาณวันละ 300 กิโลแคลอรี<sup>3,10</sup> อาหารที่รับประทานควรมีสัดส่วนของพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน ประมาณร้อยละ 45-65, 20-35 และ 14 -25 ตามลำดับของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน และควรเป็นอาหารที่มีใยอาหาร (fiber) พอเพียง<sup>14</sup> ควรแนะนำปริมาณสารอาหารและพลังงานตามข้อกำหนดปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (Dietary Reference Intake, DRI) (ตารางที่ 3)

เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้รับอาหารที่เหมาะสมที่สุด แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสตรีกลุ่มนี้จึงควรปฏิบัติตามแนวทางต่อไปนี้

- แนะนำสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย โดยทั่วไปแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารในปริมาณและรสชาติที่ต้องการ ยกเว้นในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือมีความเสี่ยง และควรหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัดหรือเค็มจัด ควบคุมแหล่งความสะอาดของอาหาร เน้นการระวังการปนเปื้อน การปรุงอาหารที่อุณหภูมิเหมาะสม
- มีการติดตามการเพิ่มของน้ำหนักในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ให้ขึ้นตามเกณฑ์
- ตรวจสอบชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานประจำให้เหมาะสมกับการตั้งครรภ์
- ควรให้ธาตุเหล็กเสริมอย่างน้อย 27-30 มก./วัน สำหรับประเทศไทย การขาดธาตุเหล็กและไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สตรีตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการเสริมธาตุเหล็ก 60 มก./วัน กรดโฟลิก 400 ไมโครกรัม/วัน และธาตุไอโอดีน

150 ไมโครกรัม/วัน ในรูปยาเม็ดฟรีตั้งแต่ไตรมาสแรกตลอดการตั้งครรภ์จนถึงระยะให้นมลูก ถึง 6 เดือน ข้อยกเว้นของการให้ธาตุเหล็กเสริมคือ สตรีที่เป็นโรคธาลัสซีเมียอย่างรุนแรง ซึ่งมีภาวะเหล็กมากเกิน

- ก่อนตั้งครรภ์ควรให้กรดโฟลิกเสริมวันละ 400 ไมโครกรัม
- ตรวจเลือดเพื่อประเมินภาวะโลหิตจางช่วงอายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์

### โภชนาการของแม่ในระยะให้นมลูก

ความต้องการสารอาหารของแม่ที่ให้นมลูกมีมากกว่าในช่วงตั้งครรภ์ ทารกจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วง 4-6 เดือนแรกหลังคลอด พลังงาน โปรตีน และสารอาหารในน้ำนมแม่ได้มาจากอาหารที่แม่รับประทานร่วมกับพลังงานและสารอาหารส่วนสำรองของแม่<sup>11</sup> การขาดสารอาหารของแม่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อตัวแม่ในการที่จะไม่มีสารอาหารเข้าไปทดแทนส่วนสำรองที่ถูกใช้ไป แม่ที่ให้นมลูกแม้จะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ แต่ถ้ายังมีสารอาหารสำรองในตัวแม่ ก็ยังสามารถที่จะสร้างน้ำนมทั้งในปริมาณและคุณภาพที่สามารถสนับสนุนการเจริญเติบโตและสุขภาพที่ดีของทารกได้<sup>12</sup> แต่ถ้าแม่ขาดอาหารมากจะทำให้สารอาหารบางชนิดในน้ำนมแม่มีปริมาณน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือวิตามินชนิดละลายในน้ำ ซึ่งร่างกายสะสมได้น้อย เช่นวิตามินบี 1 เป็นต้น ดังนั้นจึงควรแนะนำให้แม่ที่ให้นมลูกกินอาหารครบ 5 หมู่อย่างพอเพียง

ถ้าแม่ได้รับสารอาหารเพียงพอและมีภาวะโภชนาการที่ดี นมแม่จะเป็นแหล่งอาหารที่มีสารอาหารเพียงพอสำหรับทารก สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้จนถึงอายุครบ 6 เดือน แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ได้ให้นมผสมควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณวันละ 500 กิโลแคลอรี และควรได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับช่วงตั้งครรภ์<sup>10-12</sup> (ตารางที่ 3)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยให้แม่มีน้ำหนักตัวหลังคลอดลดลงเนื่องจากมีการสลายของไขมันในร่างกายเพื่อนำมาใช้เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญส่วนหนึ่งในน้ำนม<sup>6,13</sup> ดังแสดงในแนวทางกำหนดปริมาณพลังงานที่แม่ซึ่งให้นมลูกควรบริโภคเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4)<sup>13</sup>

### ผลกระทบของอาหารแม่ต่อการสร้างน้ำนม

- ปริมาณน้ำนม ปริมาณน้ำนมจะลดลงก็ต่อเมื่อแม่มีภาวะขาดน้ำ (dehydration) อย่างมากถึงร้อยละ 10 ซึ่งจะพบว่าแม่มีปัสสาวะออกน้อยลงอย่างชัดเจน
- ส่วนประกอบของน้ำนม แม้ว่าแม่ได้รับสารอาหารกลุ่ม macronutrient คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำ พบว่าคุณภาพของน้ำนมยังมีส่วนประกอบของแร่ธาตุสำคัญ เช่น แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียม โซเดียม และโปแตสเซียมตามปกติ แต่ถ้าแม่ไม่ได้รับสารอาหารหรือแร่ธาตุบางชนิดอย่างเพียงพออาจส่งผลให้น้ำนมแม่ขาดสารอาหารบางชนิดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตามินที่ละลายในน้ำ เช่น วิตามินซี หรือ วิตามินบี 1 แม่ที่ขาดจะเป็นโรคเหน็บชา และมีปริมาณวิตามินบี 1 ในน้ำนมแม่ต่ำ อาจทำให้ทารกเกิดภาวะหัวใจวายหรือชกจากการขาดวิตามินบี 1 (infantile beriberi)
- ไขมัน เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในน้ำนม ส่วนประกอบของไขมันในนมแม่ขึ้นอยู่กับไขมันที่แม่บริโภค แหล่งอาหารสำคัญของกรดไขมันชนิดดีเอชเอ (docosahexaenoic acid, DHA) มาจากปลาทะเล ปลาน้ำจืดบางชนิด และไข่ เป็นต้น ซึ่งกรดไขมันชนิดนี้มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของสมองและจอประสาทตาของทารก<sup>12,13</sup> ดังนั้นจึงแนะนำให้แม่ที่ให้นมลูกรับประทานอาหารที่มี ดีเอชเอ สูง เช่น ปลาทะเล เป็นต้น อย่างน้อย 2 มื้อ/สัปดาห์<sup>14</sup>

ตารางที่ 3 ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน (Dietary Reference Intake, DRI)

กลุ่มตามอายุ	สตรีตั้งครรภ์		แม่ให้นมลูก	
	14-18 ปี	19-50 ปี	14-18 ปี	19-50 ปี
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	ไตรมาสที่ 1	0*	476-500*	
	ไตรมาสที่ 2	333*		
	ไตรมาสที่ 3	452*		
โปรตีน (กรัม)	71	71	71	71
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	175	175	210	210
ใยอาหาร (fiber)** (กรัม)	28	28	29	29
<b>วิตามินที่ละลายในไขมัน</b>				
วิตามินเอ** (ไมโครกรัม)	750	770	1,200	1,300
วิตามินดี (ไมโครกรัม)	5	5	5	5
วิตามินอี (มก.)	15	15	19	19
วิตามินเค** (ไมโครกรัม)	75	90	75	90
<b>วิตามินที่ละลายในน้ำ</b>				
วิตามินซี (มก.)	80	85	115	120
ไรโบฟลาวิน (มก.)	1.4	1.4	1.4	1.4
ไนอะซิน (มก.)	18	18	17	17
วิตามินบี 6 (มก.)	1.9	1.9	2	2
โฟเลต (ไมโครกรัม)	600	600	500	500
วิตามินบี 12 (ไมโครกรัม)	2.6	2.6	2.8	2.8
<b>แร่ธาตุ</b>				
แคลเซียม** (มก.)	1,300	1,000	1,300	1,000
โซเดียม** (กรัม)	1.5	1.5	1.5	1.5
โปแตสเซียม** (กรัม)	4.7	4.7	5.1	5.1
เหล็ก (มก.)	27	27	10	9
สังกะสี (มก.)	12	11	13	12
ไอโอดีน (ไมโครกรัม)	220	220	290	290
ซีลีเนียม (ไมโครกรัม)	60	60	70	70

\* ดัดแปลง จากเอกสารอ้างอิงหมายเลข 6, 15

\*\* แนะนำตามปริมาณสารอาหารที่พอเพียงในแต่ละวัน (Adequate Intake, AI) ปริมาณแคลเซียมที่แนะนำของ Thai DRI 2003 คือวันละ 1,000 มก. ในกลุ่มอายุ 14-18 ปี และ 800 มก. ในกลุ่มอายุ 19-50 ปี



#### ตารางที่ 4 แนวทางการกำหนดปริมาณพลังงานที่แม่ให้นมลูกควรบริโภคเพิ่มขึ้น<sup>13</sup>

พลังงานในนมแม่	700 กิโลแคลอรี/ลิตร
ปริมาณนมแม่: 6 เดือนแรก	750 มล./วัน
6 เดือนหลัง	600 มล./วัน
พลังงานสำรอง (ไขมันที่สะสมช่วงตั้งครรภ์ที่คงเหลือหลังคลอด)	2 - 3 กก.
ไขมันในร่างกายที่นำมาใช้สร้างนมแม่ (6 เดือนแรก)	0.5 กก./เดือน
	150 กิโลแคลอรี/วัน
ประสิทธิภาพของการแปลงพลังงานจากอาหารเป็นพลังงานในนมแม่	80 %
ปริมาณพลังงานที่ควรเพิ่ม: 6 เดือนแรก	500 กิโลแคลอรี
6 เดือนหลัง	500 กิโลแคลอรี

- แคลเซียม ในแต่ละวันน้านมแม่จะมีแคลเซียมประมาณ 200 มก. แม่ที่ให้นมลูกมีระดับแคลเซียมในซีรัมสูงกว่าแม่ที่ไม่ให้นม เพราะการให้นมลูกมีผลกระตุ้นการดูดซึมของแคลเซียมและเพิ่มระดับ วิตามินดี 3 (calcitriol) ซึ่งกระตุ้นการดูดซึมของแคลเซียม และกระตุ้นการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก พบว่า การสูญเสียแคลเซียมไปในปัสสาวะลดลง<sup>12,13</sup> ดังนั้น แม่จะมีมวลกระดูกลดลงบ้างชั่วคราวในช่วงให้นมลูก และจะกลับสู่ภาวะปกติภายหลัง แม่ที่ให้นมลูกมีความต้องการแคลเซียมไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนตั้งครรภ์ คือ ประมาณวันละ 800 มก. ถ้าแม่สามารถดื่มนมได้วันละ 2 แก้ว (250 มล./แก้ว) จะได้รับแคลเซียมประมาณร้อยละ 75 ของความต้องการ ส่วนที่เหลือจะได้รับจากอาหารอื่นๆ ถ้าแม่ไม่สามารถดื่มนมได้ ควรรับประทานอาหารอื่นๆ ที่มีแคลเซียมสูงทดแทน

#### แนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการของแม่ที่ให้นมลูก

1. หลีกเลี่ยงอาหารหรือยาที่ทำให้น้ำหนักตัวของแม่ลดลงอย่างรวดเร็ว
2. ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย

3. ดื่มนมวันละ 2 แก้ว
4. ดื่มน้ำให้เพียงพอ เนื่องจากความต้องการน้ำจะเพิ่มขึ้นในแม่ที่ให้นมลูก
5. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลังและน้ำอัดลม เป็นต้น ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรดื่มไม่เกินวันละ 2 แก้ว เนื่องจากคาเฟอีนสามารถผ่านน้านมและไปออกฤทธิ์ในลูกได้

#### ข้อแนะนำอื่นๆ

- อาหารที่ควรบริโภคอย่างระมัดระวัง ปลาเป็นแหล่งของสารอาหารประเภทโปรตีน ที่สำคัญ เนื่องจากมีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวต่ำและมีกรดไขมันจำเป็นกลุ่มโอเมกา 3 สูง อย่างไรก็ตาม ปลาและสัตว์น้ำที่มีเปลือก (shellfish) บางส่วนมีสารปรอทปนเปื้อนอยู่ ดังนั้นในสตรีตั้งครรภ์และให้นมลูกควรหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาบางประเภทที่ตัวใหญ่ และมีอายุค่อนข้างยืนยาว ได้แก่ ปลาฉลาม ปลาฉนาก (sword fish) ปลา king mackerel และ tile fish ซึ่งพบว่า มีสารปรอทอยู่ในปริมาณสูง มีคำแนะนำว่าหากไม่ทราบระดับของสารตะกั่วในปลาที่จับได้ในพื้นที่ การบริโภคปลาของสตรีตั้งครรภ์ไม่ควรเกิน 340 กรัมต่อสัปดาห์ หรือเลือกบริโภคอา-

หารทะเลที่มีการปนเปื้อนสารปรอทน้อย เช่น กุ้ง ปลาทูน่า (light tuna) ปลาแซลมอน, pollock และ catfish เป็นต้น<sup>3, 5, 8, 14</sup>

- สตรีที่บริโภคอาหารมังสวิรัตินั้นเรื่องการขาดโปรตีน ธาตุเหล็ก และวิตามินโดยเฉพาะ บี 12 ที่พบในอาหารที่มาจากสัตว์เท่านั้น ดังนั้นจึงควรเพิ่มอาหารจากถั่วเหลือง และถั่วต่างๆ ร่วมกับการให้อาหารที่ผสมโปรตีน อาจต้องให้ธาตุเหล็กและวิตามินเสริม ได้แก่ วิตามิน บี 12 วันละ 2 ไมโครกรัม และ วิตามิน ดี วันละ 10 ไมโครกรัม (400 IU)<sup>3, 5, 8, 12</sup>
- ในกรณีที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ เนื่องจากมีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ยังไม่มีหลักฐานมากพอที่จะแนะนำให้แม่ที่ตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อภูมิแพ้ได้บ่อย เช่น นมวัว ไข่ อาหารทะเล ถั่วเหลือง ถั่วลิสง และข้าวสาลี (wheat) เป็นต้น แนะนำให้แม่ของทารกกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวให้นมแม่แก่ลูกอย่างเดียวต่อเนื่องนาน 6 เดือน และหลังจากนั้นให้นมแม่

#### สรุป

การดูแลอาหารและโภชนาการของแม่ในระยะตั้งครรภ์และให้นมลูก เป็นสิ่งที่แม่ควรได้รับคำแนะนำและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพ ภาวะทุพโภชนาการของแม่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การคลอด สุขภาพของแม่รวมทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่ได้รับนมแม่ นอกจากการรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ แม่ควรได้รับยาบำรุงที่มีวิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตที่ปกติของทารกในครรภ์ และน้านมมีคุณภาพ

ร่วมกับอาหารตามวัย ซึ่งพบว่าช่วยลดความเสี่ยงของทารกต่อการเกิดภูมิแพ้ต่างๆ เช่น หอบหืด และ atopic dermatitis เป็นต้น โดยผลของการช่วยลดความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นถ้าทารกได้รับนมแม่อย่างน้อยจนถึงอายุ 4 เดือนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับนมแม่ในช่วงสั้น<sup>12,13</sup>

#### ตัวอย่างอาหารที่ควรเพิ่มในแต่ละวันสำหรับแม่ที่ให้นมลูก<sup>13</sup>

**ตัวอย่างที่ 1** เพิ่มนม 1 แก้ว ข้าวสวย 2 ทัพพี (ทัพพีละ 1/2 ถ้วยตวง) เนื้อสัตว์สุก 4 ช้อนโต๊ะ (หรือเนื้อสัตว์สุก 2 ช้อนโต๊ะและไข่ 1 ฟอง) ผัก 1 ทัพพี และผลไม้ 1 ส่วน (เช่น ส้ม 1 ผล หรือ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือฝรั่ง 1/2 ผล หรือมะละกอ ประมาณ 6-8 คำ เป็นต้น)

**ตัวอย่างที่ 2** เพิ่มนม 1 แก้ว และกล้วยเดี่ยว 1 ขาม ผลไม้ 1 ส่วน

## เอกสารอ้างอิง

1. King JC. Physiology of pregnancy and nutrient metabolism. Am J Clin Nutr 2000;71(suppl): 1218 S-25 S.
2. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Washington DC: National Academies Press; 2009. p.1-13, 26-71.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, editors. Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. USA: The McGraw-Hill Company; 2010. p. 112, 200-8.
4. Katz VL. Chapter 1: Prenatal care. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, editors. Danforth's obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 13- 6.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Education Pamphlet AP001: Nutrition during pregnancy. 2010 [cited 2011 Mar 25]. Available from: [http://www.acog.org/publications/patient\\_education/bp001.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/bp001.cfm).
6. New Zealand Ministry of Health. 2006. Food and nutrition guidelines for healthy pregnant and breastfeeding Women: A background paper. Wellington: Ministry of Health. Revised November 2008. [cited 2011 Mar 25]. Available from: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4676/\\$File/food-and-nutrition-guidelines-preg-and-bfeed.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4676/$File/food-and-nutrition-guidelines-preg-and-bfeed.pdf).
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practical Bulletin No.105: Bariatric surgery and pregnancy. Obstet Gynecol 2009;113:1405-13.
8. Stotland NE. Maternal nutrition. In: Creasy RK, Resnik R, Iams JD, editors. Creasy and Resnik's Maternal-fetal medicine: principles and practice. 6th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p. 143-50.
9. Stotland NE, Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain and adverse neonatal outcome among term infants. Obstetrics & Gynecology 2006 ;108: 635-643.
10. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for perinatal care, 6<sup>th</sup> ed. 2007. p.89-169.
11. Picciano MF. Pregnancy and Lactation: Physiological Adjustments, Nutritional requirements and the role of dietary supplements. J Nutr 2003;133: 1997S-2002S.
12. Lawrence RA, Lawrence RM. Maternal nutrition and supplements for mother and infants. Human milk as a prophylaxis. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. Breastfeeding: A guide for medical profession. 7th ed. Missouri: Elsevier Mosby; 2011. p. 283-318, 615-29.
13. อุมภาพร สุทัศน์วรวิฑูริ. อาหารแม่ในระยะตั้งครรภ์และให้นมลูก. ใน: วิบูลพรรณ ฐิตะดิถก, มานี ปิยะอนันต์, ยุพยง แห่งเชาวนิช, บรรณาธิการ. คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแพทย์ประจำบ้านสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา. พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2548. หน้า 81-93.
14. Oken E, Radesky JS, Wright RO, Bellinger DC, Amarasiwardena CJ, Kleinman KP, et al. Maternal fish intake during pregnancy, blood mercury, and child cognition at age 3 years in a US cohort. Am J Epidemiol 2008;167(10): 1171- 81.
15. Food and Nutrition Board of the Institute of Medicine: Dietary reference intakes. National Academy of Sciences, 2004. [cited 2011 Mar 25]. Available at: [http://iom.edu/Activities/Nutrition/Summary DRIs/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRIs/RDA%20and%20AIs\\_Vitamin%20and%20Elements.pdf](http://iom.edu/Activities/Nutrition/Summary DRIs/~media/Files/Activity%20Files/Nutrition/DRIs/RDA%20and%20AIs_Vitamin%20and%20Elements.pdf).

## บทที่ 29 การให้อาหารตามวัยในการกและเด็กเล็ก

อุมาพร สุทัศน์วรวิฑูริ  
ภาพรรณ ต้นตราไชยรส

การให้อาหารที่เหมาะสมแก่ทารกและเด็กเล็กเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพและเขาว์ปัญญาในอนาคต เพราะเป็นวัยที่ร่างกายและสมองเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 ขวบปีแรก ซึ่งสมองมีการเพิ่มทั้งจำนวนและขนาดของเซลล์ รวมทั้งมีการเชื่อมโยงของเซลล์ประสาทอย่างมาก สมองมีน้ำหนักมากถึงร้อยละ 75 ของผู้ใหญ่ เมื่ออายุเพียง 2 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90-100 ของผู้ใหญ่เมื่ออายุ 6 ปี ทารกที่ได้รับนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของชีวิตและต่อมาได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัย จะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดียิ่งขึ้นได้ชัด

ทารกและเด็กเล็กในประเทศไทยยังมีปัญหาโภชนาการทั้งขาดและเกิน รวมทั้งพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เด็กเหล่านี้ไม่สามารถเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางสมองได้ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้เด็กที่ขาดอาหารยังมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เกิดวงจรรวมของโรคขาดอาหารและโรคติดเชื้อซึ่งทำให้การขาดอาหารเป็นมากขึ้น การขาดอาหารอย่างรุนแรงในวัยทารกอาจมีผลร้ายต่อสมองอย่างถาวรและทำให้เขาว์ปัญญาต่ำไปตลอดชีวิต เปรียบเสมือนเป็น "แผลเป็น" ของโรคขาดอาหาร ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กได้รับอาหารมากเกินไปจะทำให้เกิดโรคอ้วนซึ่งนำไปสู่โรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะอ้วนและข้อเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และมะเร็ง เป็นต้น

การศึกษาแบบติดตามประชากรในระยะยาว (prospective cohort study) ใน 5 ประเทศซึ่งมีรายได้ต่ำถึงปานกลาง คือ บราซิล กัวเตมาลา อินเดีย ฟิลิปปินส์ และแอฟริกาใต้ พบว่าทารกในครรภ์มารดาที่เติบโตช้า หรือเด็กอายุ 2 ปี ที่ต่ำกว่าปกติ

(stunting) มีแนวโน้มที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เตี้ย มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และมีลูกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย แสดงว่าการขาดอาหารในช่วงแรกของชีวิตมีผลเสียอย่างถาวรต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่และยังต่อไปถึงรุ่นลูกได้อีกด้วย?

## แนวทางการให้อาหารทารกและเด็กเล็ก

ในระยะแรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน อาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก คือ นมแม่ ซึ่งมีคุณสมบัติพร้อมทุกอย่างสำหรับทารกที่กำลังเจริญเติบโต ทั้งในด้านคุณค่าทางโภชนาการ ภูมิคุ้มกันโรค การพัฒนาสมองและเขาว์ปัญญา ความผูกพันของแม่ลูก (bonding) ความสะอาดสะดวกและประหยัด รวมทั้งการป้องกันโรคในระยะยาว เช่นโรคภูมิแพ้ เป็นต้น นมแม่อย่างเดียวจะเพียงพอสำหรับลูกจนถึงอายุ 6 เดือน ระยะต่อมาเป็นระยะปรับเปลี่ยน ทารกต้องได้รับอาหารตามวัยเพิ่มเติมจากนมแม่ ซึ่งจะค่อยๆ เพิ่มปริมาณและจำนวนมื้อจนในที่สุดเมื่อทารกอายุประมาณ 1 ปี อาหารตามวัยจะกลายเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ หลังจากนั้นควรให้นมแม่ต่อไปจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น ร่วมกับอาหารมื้อหลัก

ในระยะปรับเปลี่ยนช่วงอายุ 6-12 เดือน ทารกมีความเสี่ยงต่อปัญหาโภชนาการมากขึ้น เนื่องจากพฤติกรรมการให้อาหารทารกไม่ถูกต้อง ทั้งปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งทารกมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้นมากกว่าปริมาณที่ได้รับจากนมแม่อย่างเดียว ดังนั้นอาหารตามวัยที่ให้กับทารกจึงต้องมีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม จึงจะทำให้ทารกเจริญเติบโตได้เป็นปกติเต็มตามศักยภาพ

## ข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดี (Food-Based Dietary Guidelines, FBDG) ของทารกและเด็กเล็ก

ในปัจจุบัน ทารกและเด็กไทยยังมีปัญหาด้านโภชนาการทั้งโรคขาดสารอาหาร โรคอ้วน พิษภัยในอาหาร และพฤติกรรมกินไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงได้มีการจัดทำ "ข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของทารกและเด็กเล็ก" (ตารางที่ 1) เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการให้อาหารทารกและเด็กเล็กสำหรับแพทย์ พยาบาล นักวิชาการโภชนาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลทารกและเด็กเล็ก การจัดทำข้อปฏิบัติฯ นี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนัก

งานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และแผนงานโภชนาการเชิงรุก ปี พ.ศ. 2550-2551 การร่วมมือกันของคณะทำงานในโครงการนี้ เป็นการสร้างภาคีเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการเด็ก จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ องค์ความรู้และข้อมูลจากงานวิจัยที่มีคุณภาพ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ ได้รับการทบทวนและวิเคราะห์จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำและพัฒนาข้อปฏิบัติการให้อาหารที่เหมาะสมกับประเทศไทย การนำข้อปฏิบัติการให้อาหารฯ ไปสื่อสารและถ่ายทอดให้มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถปฏิบัติได้จริงในชุมชนต่างๆ ทั่ว

ตารางที่ 1. ข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของทารกและเด็กเล็ก<sup>4</sup>

ทารก (อายุ 0-12 เดือน)	เด็กเล็ก (อายุ 1- 5 ปี)
1. ให้นมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ไม่ต้องให้อาหารอื่น แม่แต่น้ำ	1. ให้อาหารมือหลัก 3 มื้อ และอาหารว่างไม่เกิน 2 มื้อต่อวัน
2. เริ่มให้อาหารตามวัยเมื่ออายุ 6 เดือน ควบคู่ไปกับนมแม่*	2. ให้อาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายเป็นประจำทุกวัน
3. เพิ่มจำนวนมื้ออาหารตามวัยเมื่ออายุลูกเพิ่มขึ้นจนครบ 3 มื้อ เมื่อลูกอายุ 10-12 เดือน	3. ให้นมแม่ต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปี เสริมนมรสจืดวันละ 2-3 แก้ว
4. ให้อาหารตามวัยที่มีคุณภาพและครบ 5 หมู่ ทุกวัน	4. ฝึกให้กินผักผลไม้จนเป็นนิสัย
5. ค่อย ๆ เพิ่มปริมาณ และความหนาของอาหารขึ้นตามอายุ	5. ให้อาหารว่างที่มีคุณภาพ
6. ให้อาหารรสธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการปรุงแต่งรส	6. ฝึกให้กินอาหารรสธรรมชาติ ไม่หวานจัด มันจัด และเค็มจัด
7. ให้อาหารสะอาดและปลอดภัย	7. ให้อาหารสะอาดและปลอดภัย
8. ให้ดื่มน้ำสะอาด งดเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลม	8. ให้ดื่มน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มปรุงแต่งรสหวานและน้ำอัดลม
9. ฝึกวิธีดื่มน้ำให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย	9. ฝึกวินัยการกินอย่างเหมาะสมตามวัยจนเป็นนิสัย
10. เล่นกับลูก สร้างความผูกพัน หมั่นติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการ	10. เล่นกับลูก สร้างความผูกพัน หมั่นติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการ

\* ถ้าการเจริญเติบโตมีแนวโน้มลดลง หรือไม่สามารถให้นมแม่ได้อย่างเต็มที่ อาจเริ่มให้ก่อนได้แต่ไม่ก่อนอายุครบ 4 เดือน

ประเทศ เป็นงานสำคัญที่ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายและการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

### การให้อาหารตามวัยสำหรับทารก

อาหารตามวัยสำหรับทารก หรืออาหารเสริมสำหรับทารก (complementary food) หมายถึง อาหารอื่นที่ทารกได้รับเป็นมือนอกเหนือจากนมแม่หรือนมผสม เพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารครบถ้วนและพอเพียงสำหรับการเจริญเติบโต ช่วยให้ทารกปรับตัวจากการกินอาหารเหลวเป็นอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว (semisolid food) และอาหารแบบผู้ใหญ่ เพื่อให้มีพัฒนาการในการกินที่เหมาะสมต่อไป<sup>5</sup>

### ความสำคัญและประโยชน์ของการให้อาหารตามวัย

1. ให้พลังงานและสารอาหารแก่ทารกเพิ่มเติมจากนมแม่
2. ช่วยพัฒนาหน้าที่เกี่ยวกับการเคี้ยวและกลืนอาหารซึ่งไม่ใช่ของเหลว การเริ่มให้อาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว (semisolid food) ซ้ำกันไปอาจทำให้ทารกปฏิเสธอาหารเหล่านี้
3. เสริมสร้างนิสัยและพฤติกรรมกินที่ดีของเด็ก ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากการกินทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ช่วงเวลาที่ให้อาหารแก่ทารกเป็นโอกาสที่พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจะได้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาการด้านสังคมของทารก

### แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารตามวัย

หลักการคือ เริ่มให้เมื่ออายุเหมาะสม ปริมาณเพียงพอ มีคุณค่าทางโภชนาการ ปลอดภัย เหมาะสมกับความ

หิวและอิ่มและพัฒนาการของทารก<sup>4,6</sup>

### อายุที่ควรเริ่มให้อาหารตามวัย

ทารกพร้อมที่จะรับอาหารตามวัยได้ เมื่ออายุ 4-6 เดือน ตามความพร้อมของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบทางเดินอาหารและไต ถ้าแม่และทารกมีสุขภาพดี และแม่สามารถให้นมแม่แก่ลูกได้อย่างพอเพียงก็สามารถเริ่มให้อาหารตามวัยเมื่อทารกอายุครบ 6 เดือน<sup>7</sup>

#### ความพร้อมของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

ก่อนอายุ 3-4 เดือน ถ้าป้อนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว เช่น กล้วยสุกครูดหรือข้าวบด เป็นต้น ทารกจะห่อปากและเอาลิ้นดันออกมา ซึ่งเรียกว่า "extrusion reflex" เมื่อทารกอายุ 4-6 เดือน reflex นี้จะหายไป จึงสามารถรับอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวได้ดี ในการให้อาหารควรสังเกตกิริยาอมรับอาหารเมื่อหิวหรือปฏิเสธอาหารเมื่ออิ่ม ซึ่งสามารถแสดงออกเมื่อทารกขึ้นคอกหรือนั่งโดยมีผู้พยุง เมื่อทารกอายุ 7-9 เดือน จะเริ่มมีการกัดและการเคี้ยวได้ ควรให้อาหารที่มีความหนากเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

#### ความพร้อมของระบบทางเดินอาหาร

ก่อนทารกอายุ 6 เดือน ตรวจไม่พบเอนไซม์อะมิเลส ( $\alpha$ -amylase) จากตับอ่อนในลำไส้ ซึ่งมีความสำคัญในการย่อยแป้ง<sup>8</sup> ดังนั้นถ้าไม่จำเป็นไม่ควรให้คาร์โบไฮเดรตประเภทแป้ง เช่น ข้าวหรือกล้วย อย่างไรก็ตามพบว่าทารกที่เกิดครบกำหนดมีการทำงานของเอนไซม์อะมิเลสในลำไส้เล็กประมาณร้อยละ 10 ของระดับผู้ใหญ่ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการทำงานของเอนไซม์จากโคอะมิเลสจากลำไส้เล็ก จึงทำให้ทารกอายุน้อยกว่า 3 เดือน สามารถย่อยแป้งได้เล็กน้อย ส่วนน้ำย่อยอะมิเลสจากต่อมน้ำลาย ตรวจพบในน้ำลายของทารก แต่ไม่มีบทบาทสำคัญในการย่อยแป้ง<sup>8,9</sup>

ปัญหาอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับโปรตีนในอาหารทารกคือ ทารกอายุน้อยกว่า 4-6 เดือน มีการดูดซึมโปรตีนโมเลกุลใหญ่จากลำไส้เล็กเข้าสู่กระแสเลือดซึ่งเป็นแอนติเจนกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี

ต่อโปรตีนชนิดนั้นได้ ปรากฏการณ์นี้เป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคแพ้โปรตีนนมวัวหรืออาหารอื่น ๆ<sup>10</sup>

**ความพร้อมของไต**

ไตของทารกแรกเกิดยังทำหน้าที่ได้น้อยกว่าผู้ใหญ่ อัตราการกรองที่ไต (glomerular filtration rate, GFR) เมื่ออายุ 6 เดือน มีค่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ใหญ่ ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น เมื่ออายุ 2-3 เดือนได้ 1,000 มิลลิออสโมล/ลิตร และได้เท่าผู้ใหญ่คือ 1,400 มิลลิออสโมล/ลิตร เมื่ออายุประมาณ 2 ปี ไตของทารกแรกเกิดมีความสามารถไม่เต็มที่ในการขับถ่ายไอออนของไฮโดรเจนและ ฟอสเฟต ดังนั้นถ้าทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนได้รับอาหารที่มีโปรตีนสูงมากเกินไปจะเกิดภาวะเป็นกรดในเลือดและมีสารยูเรียในเลือดสูงได้<sup>11</sup> ถ้าทารกได้รับนมที่มีฟอสฟอรัสสูงเกินความสามารถในการขับถ่ายฟอสเฟตของไตก็จะเกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

ซึ่งมีผลทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ และทำให้ทารกชักได้

**ความต้องการพลังงานและสารอาหารจากอาหารตามวัย**

ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ทารกกลุ่มอายุต่างๆ ต้องการ และปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับจากอาหารตามวัย ดังแสดงในตารางที่ 2-4 จะเห็นได้ว่าในช่วงอายุ 6-8 เดือน 9-11 เดือน และ 18-23 เดือน สัดส่วนของพลังงานที่ได้รับจากอาหารตามวัย เท่ากับประมาณ 1/3, 1/2 และ 2/3 ของความต้องการตามลำดับ<sup>4,6,11</sup>

เมื่อทารกอายุมากกว่า 6 เดือน อาหารตามวัยจะเป็นแหล่งสำคัญมากของสารอาหารที่สำคัญหลายชนิด เช่น ธาตุเหล็กและสังกะสี ซึ่งทารกได้รับจากอาหารตามวัยมากถึงร้อยละ 98 และร้อยละ 77 ของความต้องการตามลำดับ เป็นต้น<sup>4,6,11</sup>

**ตารางที่ 2** ความต้องการพลังงานต่อวันจากอาหารตามวัยในทารกกลุ่มอายุต่างๆ เมื่อได้รับนมแม่ปริมาณปานกลาง

อายุ (เดือน)	ความต้องการพลังงานของทารก <sup>12,13</sup> (กิโลแคลอรี/วัน)	พลังงานจากนมแม่ <sup>11</sup> (กิโลแคลอรี/วัน)	พลังงานจากอาหารตามวัย / อาหารสำหรับเด็กเล็ก (กิโลแคลอรี/วัน)
0-2	512	595*	0
3-5	575	634*	0
6-8	632	413	219
9-11	702	379	323
12-17	797	346	451
18-23	902	346	556

\* นมแม่ปริมาณมาก (high breast milk intake)

**ตารางที่ 3** ปริมาณโปรตีน และสัดส่วนของพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันที่ควรได้รับจากอาหารตามวัยสำหรับทารกตามกลุ่มอายุ

อายุ (เดือน)	โปรตีน (กรัม/วัน)			ไขมัน (ร้อยละของพลังงานทั้งหมด) <sup>14</sup>	คาร์โบไฮเดรต (ร้อยละของพลังงานทั้งหมด) <sup>15</sup>
	ความต้องการของทารก*	โปรตีนในนมแม่**	โปรตีนจากอาหารตามวัย		
6-8	12.5	7.1	5.4	30-45	45
9-11	14.4	6.5	7.9	30-45	45
12-17	14.0	5.8	8.2	30-45	45-55
18-23	14.3	5.8	8.5	30-45	45-55

\* ความต้องการโปรตีนต่อวันของทารก คำนวณจากค่าความต้องการโปรตีนต่อน้ำหนักตัว 1 กก./วัน ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2007<sup>16</sup> โดยใช้น้ำหนักตัวทารกตามเกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2006<sup>12</sup>

\*\* คำนวณโดยใช้ปริมาณนมแม่ในประเทศที่กำลังพัฒนาจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก คือ อายุ 6-8 เดือน 674 กรัม/วัน อายุ 9-11 เดือน 616 กรัม/วัน อายุ 12-23 เดือน 549 กรัม/วัน ปริมาณเฉลี่ยของโปรตีน คาร์โบไฮเดรต (แลคโตส) และไขมันในนมแม่ เท่ากับ 10.5±2.0, 72±2.5 และ 39±4.0 กรัม/ลิตร ตามลำดับ<sup>11</sup>

**ตารางที่ 4** ปริมาณวิตามินและแร่ธาตุที่ทารกต้องการต่อวันจากอาหารตามวัยสำหรับทารก ตามกลุ่มอายุ\*

สารอาหาร	ปริมาณที่ได้จากอาหารตามวัยต่อวัน		ความต้องการต่อวัน อายุ 6-11 เดือน
	อายุ 6-8 เดือน	อายุ 9-11 เดือน	
วิตามินเอ (มคก.)	63.0	92.0	400
วิตามินดี (มคก.)	4.6	4.7	5
วิตามินอี (มก.)	3.4	3.6	5
วิตามินเค (มคก.)	1.1	1.2	2.5
วิตามินซี (มก.)	8.0	10.4	35
วิตามินบี 1 (มก.)	0.2	0.2	0.3
วิตามินบี 2 (มก.)	0.2	0.2	0.4
ไนอะซิน (มก.)	3.0	3.1	4
วิตามินบี 6 (มก.)	0.2	0.2	0.3
โฟเลท (มคก.)	22.7	27.6	80
วิตามินบี 12 (มคก.)	0	0	0.5
กรดแพนโทเทนิค (มก.)	0.6	0.7	1.8
แคลเซียม (มก.)	81.3	97.5	270
ฟอสฟอรัส (มก.)	180.6	188.8	275
แมกนีเซียม (มก.)	6.4	8.4	30
ฟลูออไรด์ (มก.)	0.4	0.4	0.4
ไอโอดีน (มคก.)	15.9	22.2	90
เหล็ก (มก.)	9.1	9.1	9.3
ทองแดง (มคก.)	51.5	66.0	220
สังกะสี (มก.)	2.2	2.3	3
ซีลีเนียม (มคก.)	6.5	7.7	20
แมงกานีส (มก.)	0.6	0.6	0.6

\* คำนวณโดยใช้ความเข้มข้นของวิตามินและแร่ธาตุในนมแม่ และปริมาณนมแม่ในประเทศที่กำลังพัฒนาจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก<sup>11</sup> ความต้องการสารอาหารของทารกตามเอกสารอ้างอิง<sup>17</sup>

## ปริมาณ คุณค่าทางโภชนาการ และความปลอดภัยของอาหารตามวัย

ปริมาณอาหารที่ทารกได้รับขึ้นอยู่กับจำนวนมื้ออาหาร ความเข้มข้นของพลังงานในอาหารและปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ

โดยทั่วไป ทารกที่กินนมแม่ควรได้รับอาหารตามวัยวันละ 1-2 มื้อเมื่ออายุ 6-8 เดือน และเพิ่มจำนวนมื้อเป็น 2-3 มื้อเมื่ออายุ 9-11 เดือน และ 3 มื้อเมื่ออายุ 12 เดือนขึ้นไป ถ้าทารกได้รับอาหารตามวัยที่มีความเข้มข้นของพลังงานต่ำ เช่น ข้าวบดที่ใสเกินไป เป็นต้น หรือทารกกินอาหารแต่ละมื้อได้น้อยไป ผู้ดูแลควรเพิ่มจำนวนมื้ออาหารแก่ทารก

ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อควรเพิ่มขึ้นตามความพร้อมในการรับอาหารของทารก เมื่ออายุครบ 6 เดือน ควรเริ่มให้อาหารมื้อละ 2-3 ช้อนโต๊ะ แล้วเพิ่มปริมาณขึ้น จนได้มื้อละประมาณ 1/2 ถ้วยตวง

อาหารตามวัยควรให้พลังงานพอเพียง และมีสารอาหารครบถ้วน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน แร่ธาตุ และวิตามิน อาหารต้องสะอาด เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง

## ข้อแนะนำเพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วน และเพียงพอ<sup>4</sup>

1. ให้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและหลากหลาย ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ปลา ตับ ไข่ ผัก และผลไม้
2. ให้กินผักและผลไม้ทุกวันและกินให้หลากหลายชนิด โดยเฉพาะผักใบเขียวและผักสีส้ม เช่น ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาดขาว ฟักทอง แครอท เป็นต้น ผลไม้ที่ไม่หวานจัด เช่น กล้วยน้ำว้า มะละกอสุก ส้ม เป็นต้น ผักและผลไม้เป็นแหล่งของแร่ธาตุ วิตามิน และใยอาหาร
3. ให้กินเนื้อสัตว์ทุกวัน เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู ไก่ ปลา และตับ เป็นอาหารที่มีโปรตีน และธาตุเหล็กสูง

4. ให้นมแม่ต่อเนื่องถึงอายุ 2 ปี สำหรับเด็กอายุ 1-2 ปีขึ้นไปควรเสริมนมรสจืด เช่น นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องหรือนมวัว วันละ 2 แก้ว
5. ใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เพื่อเป็นแหล่งพลังงานและกรดไขมันจำเป็น ควรใช้น้ำมันพืชที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น น้ำมันรำข้าว และน้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น
6. ให้กินอาหารธรรมชาติ ไม่ปรุงแต่งรสอาหารด้วยน้ำตาล น้ำผึ้ง ผงชูรสและผงปรุงรส ไม่ควรให้อาหารรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด เนื่องจากอาหารที่มีรสหวานและมันเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วน ฟันผุ และไขมันในเลือดสูง อาหารที่มีรสเค็มจัดหรือมีโซเดียมสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง
7. ดื่มน้ำสะอาด ไม่ให้เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลและคาเฟอีน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ชา กาแฟ และน้ำผลไม้ที่เติมน้ำตาล เป็นต้น
8. เลือกอาหารว่างที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วยอาหารหลายหมู่ หรือผลไม้ตามฤดูกาล หลีกเลียงขนมที่มีรสหวานจัด มันจัด เค็มจัด และขนมที่เหนียวติดฟัน

สารอาหารที่ทารกมักได้รับจากอาหารตามวัยไม่เพียงพอ ได้แก่ เหล็ก สังกะสี และแคลเซียม รวมทั้งวิตามินเอ จึงแนะนำให้กินอาหารที่เป็นแหล่งของสารอาหารดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารเหล่านี้ อาหารที่มีเหล็กสูงคือเนื้อสัตว์และตับ อาหารที่มีสังกะสีสูงคือเนื้อสัตว์ ตับและอาหารทะเล อาหารที่มีแคลเซียมสูงคือนม ผลิตภัณฑ์จากนม เต้าหู้และผักใบเขียว อาหารที่เป็นแหล่งที่ดีของวิตามินเอคือตับ ไข่แดง นม ผักใบเขียว ผักและผลไม้สีเหลืองส้ม เช่น ฟักทอง แครอท มะละกอสุก เป็นต้น

การเตรียมและเก็บอาหารอย่างถูกหลักอนามัย ใช้อุปกรณ์ที่สะอาด ล้างผักและผลไม้ให้สะอาดเพื่อไม่ให้มีเชื้อโรคและสารเคมีตกค้าง ทำให้เนื้อสัตว์และผักสุกก่อนให้ทารกกิน ล้างมือก่อนเตรียมและป้อนอาหาร

## ตัวอย่างการเตรียมอาหารตามวัย 1 มื้อ<sup>4</sup>

ใช้ข้าวสวย 4 ช้อนกินข้าว (ช้อนโต๊ะ) หรือประมาณ 2 ช้อนพูน ต้มกับน้ำแกงจืดหรือน้ำซุปรประมาณครึ่งถ้วยตวง หรือใช้ข้าวตุ๋นชั้นปานกลาง 4 ช้อนกินข้าว ผสมกับน้ำแกงจืดหรือน้ำซूप 8 ช้อนกินข้าว หรือใช้ปลายข้าว 1 ช้อนกินข้าว ต้มกับน้ำแกงจืดหรือน้ำซूपประมาณ 10 เท่า จะเหลือปริมาณ 4 ใน 5 ส่วน เมื่อแล้วเสร็จ

ใส่ผักใบเขียวหรือเหลืองสั้มที่อ่อนนุ่มกลืนไม่แรง 1-2 ช้อนกินข้าว และอาหารที่มีโปรตีน และ/หรือสารอาหารเข้มข้น แต่อ่อนนุ่มบดได้ง่าย เช่น ไข่แดง ตับไก่ เต้าหู้อ่อน ปลา 1-2 ช้อนกินข้าว หมุนเวียนสลับกันไป และเหยาะน้ำมันพืชประมาณครึ่งช้อนชาเมื่อเตรียมเสร็จ เพื่อช่วยการดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมันและเพิ่มความเข้มข้นของพลังงาน

## การให้อาหารที่เหมาะสมกับความหิวและอิ่มและ พัฒนาการของทารก (responsive feeding)<sup>4,6</sup>

เวลาอาหารเป็นโอกาสที่พ่อแม่และผู้เลี้ยงดูจะได้ใกล้ชิดและพูดคุยกับเด็ก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการและความผูกพัน ควรป้อนอาหารทารกด้วยความนุ่มนวล ควรสบตาและพูดคุยกับทารกตลอดเวลาที่ป้อนอาหาร และคอยช่วยเหลือทารกที่โตพอจะกินได้เองแล้วให้กินอาหารได้อย่างปลอดภัยจากการสำลัก ควรไวต่อการรับรู้สัญญาณที่แสดงถึงความหิวและความอิ่มของทารก แต่ละมื้อควรใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และไม่ควรรานเกิน 30 นาที ขณะที่ทารกกินอาหาร ควรลดสิ่งล่อใจที่ทำให้ทารกหันไปสนใจมากกว่าอาหารที่กำลังกินอยู่ เช่น ไม่ควรให้ดูโทรทัศน์หรือเดินป้อนอาหาร เป็นต้น ควรฝึกให้นั่งกินอาหารที่โต๊ะอาหาร พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวควรเป็นตัวอย่างที่ดีของทารกและเด็กในการกินอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขอนามัย เพื่อป้องกันการปฏิเสธอาหารบางชนิด เช่น ผักใบเขียว เป็นต้น

ควรสร้างความคุ้นเคยในการรับอาหาร โดยค่อยๆ

เพิ่มความหยาบของอาหารให้เหมาะสมกับพัฒนาการเมื่ออายุ 6 เดือน อาหารที่ให้ควรมีเนื้อค่อนข้างละเอียดเพื่อให้กลืนได้ง่าย เมื่อทารกสามารถเคี้ยวและกลืนอาหารได้ดี จึงค่อยเพิ่มความหยาบของอาหาร ควรเพิ่มอาหารเป็นชิ้นเพื่อให้ทารกมีความคุ้นเคยกับอาหารที่เป็นชิ้นเล็กๆ และสามารถยอมรับอาหารชิ้นได้มากขึ้น หลังอายุ 8-9 เดือน ควรให้ทารกหยิบอาหารที่ไม่แข็งกินเองได้ เช่น ฟักทองนึ่ง มันต้มนึ่งเป็นชิ้น เป็นต้น แต่ไม่ควรให้อาหารที่มีลักษณะแข็ง เป็นเม็ดเล็ก เช่น ถั่วลิสง เมล็ดข้าวโพด เป็นต้น เพราะจะทำให้สำลักเข้าปอดได้ ทารกอายุ 12 เดือนสามารถกินอาหารเหมือนผู้ใหญ่ได้แล้ว

ควรสร้างวินัยในการกินและให้เด็กหัดช่วยเหลือตนเองในการกินอาหารอย่างเหมาะสมตามวัย เช่น กินอาหารเป็นมื้อๆ อย่างเป็นเวลา เป็นที่ที่เป็นทาง ไม่ควรกินไปเล่นไปหรือดูโทรทัศน์ไป ไม่ตามป้อนเมื่อเด็กอายุ 1-1/2 ปี ควรฝึกให้เด็กหัดกินอาหารเองโดยใช้ช้อน ฝึกให้เลิกดูนมจากขวดเมื่ออายุ 1-1/2 ปี หรืออย่างช้าไม่เกินอายุ 2 ปี

## อาหารตามวัยที่จำหน่ายในท้องตลาด

นอกจากอาหารตามวัยที่เตรียมเองในครอบครัว ดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอาหารตามวัยที่ผลิตเพื่อจำหน่าย ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า "อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก" มีทั้งประเภทกึ่งสำเร็จรูป หมายถึงก่อนนำมากินจะต้องผสมน้ำและต้มให้สุกก่อน และประเภทสำเร็จรูป ซึ่งพร้อมที่จะให้ทารกกินได้ทันที ประเภทหลังมีราคาค่อนข้างแพง อาหารที่ผลิตเพื่อจำหน่ายเหล่านี้ หากจะซื้อต้องอ่านฉลากก่อน เพราะอาหารแต่ละชื่อการค้ามีคุณค่าทางโภชนาการแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุดิบบางชนิดมีสารอาหารครบถ้วนตามที่ทารกต้องการ แต่บางชนิดมีสารอาหารไม่ครบถ้วน เช่น มีข้าวและแบ่งเป็นส่วนใหญ่ เป็นต้น ชนิดหลังนี้ถ้าจะใช้จะต้องเพิ่มสารอาหารที่ขาดไปให้ครบถ้วน เช่น ถ้าเป็น



อาหารเสริมธัญพืชจำพวกข้าวต่างๆ ก็ให้เสริมด้วยไข่หรือเนื้อสัตว์ เป็นต้น

โดยทั่วไปแล้ว ควรแนะนำให้แม่ หรือผู้ดูแลเด็กเตรียมอาหารตามวัยเองที่บ้าน โดยใช้อาหารที่มีในท้องถิ่นนั้นๆ เพื่อให้ได้อาหารที่สดใหม่ มีคุณค่าทางโภชนาการ และประหยัด แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องให้อาหารตามวัยที่จำหน่ายในท้องตลาด ต้องเลือกอาหารที่มีเลขทะเบียน อย. ไม่มีสารปรุงแต่ง และเลือกซื้อให้เหมาะสมกับอายุของทารก ควรอ่านฉลากอาหารเพื่อให้ทราบส่วนประกอบ คุณค่าทางโภชนาการ วันหมดอายุ และวิธีการเตรียม

### อาหารของเด็กอายุ 1-5 ปี

เมื่ออายุเกิน 1 ปี เด็กควรกินอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ และนมวันละ 2-3 มื้อ ถ้านมแม่ยังมีปริมาณมากพอ ควรให้นมแม่ต่อไปจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น

### สรุป

ปัจจุบัน ยังมีทารกและเด็กไทยจำนวนไม่น้อยที่ได้รับอาหารตามวัยไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ แพทย์และบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ และควรแนะนำมารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กตาม "ข้อปฏิบัติการให้อาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของทารกและเด็กเล็ก" รวมทั้งติดตามการเจริญเติบโตเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านอาหารมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของอาหารตามวัย เช่น ข้าวเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น

โดยให้นมแม่ประมาณ 3-4 ครั้งต่อวัน เด็กที่อายุ 1-3 ปีควรให้นมรสจืด เช่น นมสูตรต่อเนื่อง (follow-up formula) หรือนมวัวครบส่วน เมื่อเด็กมีอายุประมาณ 1 ปี ควรหัดให้เด็กดื่มนมจากถ้วยแทนการดูดจากขวดเพื่อป้องกันฟันผุ หลังจากนั้นควรให้นมวัวครบส่วนวันละประมาณ 2-3 แก้ว

อาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ควรมีสารอาหารครบถ้วน และดัดแปลงจากอาหารของผู้ใหญ่โดยทำให้สุก อ่อนนุ่ม ชิ้นเล็กเคี้ยวง่ายและรสไม่จัด แต่ละมื้อประกอบด้วยข้าวหรืออาหารแป้ง 1 ถ้วย เนื้อสัตว์ 1-2 ช้อนโต๊ะ ใช้น้ำมันพืชที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลืองและน้ำมันรำข้าว ปรุงอาหาร มีผักใบเขียวหรือสีเหลืองส้ม เช่น ตำลึง ผักบุ้ง และฟักทอง หรือแครอทสลับกันเป็นประจำ ไข่วันละ 1 ฟอง และให้อาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น ผลไม้วันละ 1-2 มื้อ

### เอกสารอ้างอิง

- Dekaban AS. Changes in brain weights during the span of human life: relation of brain weights to body heights and body weights. *Ann Neurol* 1978;4:345-56.
- Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008;371: 340-57.
- World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
- อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, สุภาพรณ ตันตราชีวิต, สมโชค คุณสนอง บรรณาธิการ. คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก. โครงการ การจัดทำข้อปฏิบัติการให้อาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของทารก และเด็กวัยก่อนเรียน. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552.
- Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110.
- World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: WHO; 2009.
- Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization; March 28-30, 2001. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_\\_duration\\_\\_of\\_\\_exc\\_\\_bfeeding\\_\\_report\\_\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/optimal__duration__of__exc__bfeeding__report__eng.pdf).
- Lebenthal E. Impact of digestion and absorption in weaning period on infant feeding practices. *Pediatrics* 1985;75(suppl):207-13.
- Lebenthal E, Lee PC. Development of functional response in human exocrine pancreas. *Pediatrics* 1980;66:556-60.
- Prescott SL, Smith P, Tang M, Palmer DJ, Sinn J, Huntley SJ, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19: 375-80.
- World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. WHO/NUT/98.1. Geneva: World Health Organization; 1998.
- World Health Organization. The WHO Child Growth Standards. Available at: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en>.
- Food and Agriculture Organization. Food and nutrition technical report series. Human energy requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 17-24 October 2001. Rome: FAO; 2004.
- Pan American Health Organization, World Health Organization. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: World Health Organization; 2003. Available at: [http://www.who.int/child\\_\\_adolescent\\_\\_health/documents/a85622/en/index.html](http://www.who.int/child__adolescent__health/documents/a85622/en/index.html).
- Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington DC: National Academy Press, 2002.
- World Health Organization. Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations University. Protein and amino acid requirements in human nutrition : report of a Joint. FAO/WHO/UNU Expert Consultation. WHO technical report series; no. 935. Geneva: World Health Organization; 2007.
- คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. ปริมาณสารอาหาร

อ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์ (รสพ); 2546.

## ก

**การแก้ไขหัวนมและลานนมที่ผิดปกติ** 103

การปั๊มหัวนมแก้ว 103-104, 136

การดึงและคลึงหัวนม 103, 105

การดึงหัวนมด้วยกระบอกฉีดยาที่ดัดแปลง (syringe puller) 104-105, 135

การดึงหัวนมด้วย nipple puller 105,135

การยึดพังผืดที่ยึดหัวนม Hoffmann,s maneuver 130, 105

**การคุมกำเนิดระยะให้นมลูก** 153

ทำหมันหญิง 154

ยาคุมกำเนิด 54, 143

วิธีการโดยธรรมชาติ 153

วิธีใช้ฮอร์โมน 154

ใส่ห่วงอนามัย 154

หลักการในแม่หลังคลอด 153

**การจัดท่าให้นมลูก** 123

ท่าลูกนอนขวางบนตัก (cradle hold) 125

ท่าลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (modified cross cradle hold) 125, 127

ท่าอุ้มลูกฟุตบอล (clutch hold/ foot ball hold) 125, 194-195, 198

ท่านอน (side lying hold) 125

หลักการจัดท่าที่ดี 126

**การจัดบริการการคลอด** 107

การเข้ายาระเบิด 108

การใช้สูติศาสตร์หัตถการ 111-112

การดูแลแม่อย่างเป็นมิตร 107

การดื่มน้ำและการรับประทานอาหารของแม่ 109

การตัดฝีเย็บ 108-109

การผ่าตัดคลอด 110-111, 119-120

การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 109, 117, 119-120

การให้น้ำเกลือ 108-109

ความกลัวและความเครียดของแม่ 112

แนวคิดวิถีธรรมชาติ 107, 113

**การประเมินทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่** 163

การชักประวัติหรือความเสี่ยง 165

การตรวจหาความผิดปกติของช่องปาก 165-166

การสังเกตพฤติกรรมกรรมการให้นม 166

การประเมินการดูดนมจากเต้า 166

ความเพียงพอของการได้รับน้ำนม 168, 171

เครื่องมือสังเกตพฤติกรรม 167

ลักษณะบ่งชี้ให้นมเพียงพอ 169, 175

ลักษณะบ่งชี้ให้นมไม่เพียงพอ 159, 175-176

**การมีเพศสัมพันธ์ระยะให้นมลูก** 157

การกระตุ้นและความพึงพอใจ 157

ผลบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 158

ผลลบกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 158

ผลของน้ำนมไหล 159

**การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงไตรมาสแรกหลังคลอด** 117

การปฏิบัติเพื่อให้ทารกได้ดูดนมแม่ 119

บทบาทบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 119

ในแม่ที่ผ่าตัดคลอด 110-111,119

ผลดีการเริ่มต้นโดยเร็ว 117

ผลดีการโอบกอดลูกเนื้อแนบเนื้อ 8, 57, 117-119

อุปสรรคและการช่วยเหลือ 120

**การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** 231

การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน 236

การฝึกอบรมบุคลากร 234

การฝึกอบรมอาสาสมัครนมแม่ 235

การสนับสนุนภาคีเครือข่ายในชุมชน 233-234

บทบาทบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 231-232

ระดับครอบครัว 231-232

ระดับชุมชน 233-234

ระยะก่อนคลอด 232

ระยะคลอด 110,232

ระยะบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี 232-233

## การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะตั้งครรรภ์ 99

การแก้ไขหัวนมและลานนม 103-105

การตรวจเต้านมและหัวนม 99, 101

การเตรียมแม่ 99

การให้ความรู้ 57, 99-100

แนวทางการให้สุศึกษา 100-101

## การสร้างน้ำนม 5

กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม 7-9

การควบคุมภายในเต้านม (autocrine) 6

ระยะที่ 1/ระยะตั้งครรรภ์ 5

ระยะที่ 2/ระยะหลังคลอด 5

ระยะที่ 3/การคงสภาพน้ำนม 5

การสร้างน้ำนมล่าช้า 5

โปรตีนยับยั้ง 6

น้ำนมไหลในทารกแรกเกิด (Witch's milk) 4

น้ำนมไหล (galactorrhea) 6

## ค

### ควบคุมการหลั่งน้ำนม 7

ระบบประสาทและฮอร์โมน 7

ปฏิกิริยาน้ำนมพุ่ง 8

สัญญาณกระตุ้นสมองไฮโปธาลามัส และต่อมใต้สมอง 7

## จ

### จุกนม

กลไกการดูดนมขวด 11

ไม่ให้ลูกดูด/บ้นได้ชั้นที่ 9 58-59

จุกนมยาง/จุกนมหลอก 11, 58-59, 76, 143, 164

## ข

### ชี้แจงหญิงตั้งครรรภ์/บ้นได้ชั้นที่ 2 57

ความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 29-50

วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 57, 128

## ด

### ดูนมแม่ 9

กลไกของทารก 9, 163-164

การกลืนน้ำนม 9-10

การอมหัวนมและลานนม (latch on) 127-128, 137

กระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติ 9, 118-119

ข้อแตกต่างกับการดูดนมขวด 11

ปฏิกิริยาน้ำนมพุ่ง (milk ejection reflex) 8

สับสนหัวนม (nipple confusion) 11, 129, 179, 228

สื่อสัญญาณทิว 58, 119, 128

วงจรการดูดนม 10

อย่างมีประสิทธิภาพ 11, 127

อย่างไม่มีประสิทธิภาพ 11

## ต

### ต่อมน้ำนม 3

เซลล์สร้างน้ำนม (lactocyte) 3-5

เซลล์กล้ามเนื้อเล็ก ๆ (myoepithelial cells) 3, 8

### เต้านม 1

กายวิภาคของเต้านม 1-3

การเจริญเติบโตของเต้านม (mammogenesis) 4

การตรวจระยะตั้งครรรภ์ 135

การประคองขณะให้นมลูก 124, 127, 197-198 213

ตัวเต้านม 1-2

เต้านมส่วนเกิน (accessory breast) 3-4

แนวเต้านม (mammary line) 3

## ท

ท่อนม 2-3, 10-11,

กระเปาะน้ำนม (lactiferous sinus) 2-3

ท่อนมใหญ่ (main duct) 1-2

ท่อนมฝอย (ductules) 1-3

ภาวะอุดตัน 140-141

### ทารกกลุ่มระบบประสาทผิดปกติ 196

กลุ่ม Down syndrome 197

กล้ามเนื้ออ่อนแรง (hypotonia) 196

ภาวะพร่องฮอร์โมนธัยรอยด์ 200-201

สมองพิการ (cerebral palsy) 196

### ทารกเกิดก่อนกำหนด 187

การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสมอง 188

ระบบทางเดินอาหาร 187

ระบบภูมิคุ้มกันโรค 187

### ทารกป่วยด้วยโรคติดเชื้อ 202

กระเพาะและลำไส้ 202

ทางเดินหายใจ 202

ไวรัสเอชไอวี/โรคเอดส์ 203

หูชั้นกลางอักเสบ 35, 37, 198, 203

### ทารกป่วยเรื้อรัง 201

ภาวะ/โรคกรดไหลย้อน 197, 201-202

หัวใจพิการแต่กำเนิด 199

Celiac disease 201

Metabolic disorder 200

### ทารกมีปัญหาดูดนมระยะแรกเกิด 191

ทารกแฝดคู่และแฝดสาม 193-195

ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ 197-199

ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง (asphyxia) 192

ภาวะลื่นติด 195-196

### เทคนิคพิเศษการให้นมทารกที่มีปัญหา 209

การเก็บหัวน้ำนม 210

การเก็บน้ำนมสมบูรณ์เต็มที่ 210

การคงสภาพน้ำนมแม่ 209

การป้อนด้วยถ้วย/ช้อน 176, 212

การแยกน้ำนมส่วนหน้าและส่วนหลัง 212

การให้นมที่บีบเก็บไว้ 211

ทางสายติดหัวนม 179, 198, 212

ฝึกดูดนมจากเต้า 213

## น

### แนวปฏิบัติหลังคลอด 123

การเก็บน้ำนมแม่ 132

การจัดท่าให้นมลูก (Positioning) 123-126

การดูดนมบ่อยครั้งตามต้องการ 58, 128

การนำนมที่บีบแช่เย็นมาใช้ 132-133

การบีบนมจากเต้าด้วยมือ 129-130

การบีบนมด้วยเครื่อง 130-131

การอมหัวนมและลานนม 127-128, 137

### นม 92

นมผงดัดแปลงสำหรับทารก 25, 76-77

นมวัว 15-24

### น้ำนมแม่ 19

ช่วงเปลี่ยน (transitional milk) 15-16

ไม่เพียงพอ 143, 175-178

สมบูรณ์เต็มที่ (mature milk) 15-17, 19-24, 210

ส่วนหน้า (fore milk) 15, 175, 210-211

ส่วนหลัง (hind mlilk) 15, 175, 210-211

น้ำนมไหล (galactorrhea) 6

## บ

### บริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี 215

กลวิธีการบูรณาการ 216-217

การซักประวัติ 217

การประเมินการเจริญเติบโต 216-218, 221

การเฝ้าระวังพัฒนาการ 217

การให้คำแนะนำ/สุศึกษา 217

เทคนิคการสื่อสาร 220

แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 216

อัตราการใช้ยาลูกด้วยนมแม่ 55, 99

**บีบเก็บน้ำนม** 129

ด้วยมือ 57, 129-132, 209

ด้วยเครื่องปั้มนม 130-131

นำนมแช่เย็นมาใช้ 132-133

วิธีการเก็บ 132, 210-211

สำหรับทารกป่วย 132

สำหรับทารกปกติ 132

## ป

**ประโยชน์การใช้ยาลูกด้วยนมแม่**

ต่อแม่ 29-31

ต่อลูก 33-40

ต่อจิตใจ เขาวนปัญญา 44-49

**ปัญหาเต้านม**

เต้านมคัด 139

เต้านมอักเสบ 141-143, 181

ฝีที่เต้านม 142-143

ลักษณะผิดปกติ 3-4

**ปัญหาทารกที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาลูกด้วยนมแม่**

175

ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง 182-183

ท้องผูก 19, 183

ตัวเหลืองจากสารในน้ำนมแม่ 178-179

ตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่พอ 177-178

นมแม่ไม่เพียงพอ 143-145, 175-176

น้ำตาลในเลือดต่ำ 150, 179-181

ปฏิเสธการดูดนม 181-182

**ปัญหาหัวนม** 135

เจ็บและแตก 99, 137

ติดเชื้อรา 138

สั้น/นูน/บอด 101-102, 135-136

ใหญ่/ยาว 102, 106-107

## พ

**พัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก** 45

การดูด การกลืน และการหายใจ 9-10, 163,

192, 197-199, 203

การเจริญของสมองและเนื้อเยื่อประสาท 46-47

การจัดการการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นพื้นฐาน

48-49

แก่นความรู้ด้านสมอง 46

ผลของการใช้ยาลูกด้วยนมแม่ 47-48

วิทยาการการเรียนรู้ 48

หน้าต่างการเรียนรู้ 48

อาหารกาย 45, 49-50

อาหารใจ 45-46, 49-50

## ม

**แม่ทำงานกับการใช้ยาลูกด้วยนมแม่** 227

การเตรียมความพร้อมระยะตั้งครรภ์ 227

การปฏิบัติขณะลาคลอด 227

ให้นมแม่เมื่อไปทำงาน 228

อุปสรรคขณะไปทำงาน 153, 229

## ย

**ยุทธศาสตร์การให้อาหารทารกและเด็กเล็ก** 63

กลวิธีการดำเนินการ 66

การดำเนินการในสถานบริการ 64

การบริหารจัดการ 64

การประกาศกฎระเบียบ 66

การรณรงค์และการบริหารจัดการ 65-66

ทิศทางและความยั่งยืน 66-67

ในประเทศไทย 63

ระดับโลก 63

**ยาระยะให้นมลูก** 147

คำแนะนำ 147

ปัจจัยการเคลื่อนยาจากแม่สู่น้ำนม 147

ยากดการสร้างน้ำนม 148

ยากกระตุ้นการสร้างน้ำนม 147

ยาแก้ปวด 149

ยาแก้หวัด 149

ยากันชัก 149

ยาที่ไม่ควรให้แม่ 148

ยาลดไขมันเลือด 149

ยาลดความดันโลหิต 149

ยาลดเบาหวาน 150

ยาปฏิชีวนะ 148

ยารักษาต่อมไทรอยด์ 150-151

## ร

**โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก** 55

กลวิธีและการดำเนินงาน 56

เกณฑ์ระดับสากล 55-59

การจัดหาผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็ก

55-56

การเพิ่มอัตราการใช้ยาลูกด้วยนมแม่ 55, 59,

61, 83

การให้อาหารทารกที่ติดเชื้อโรคเอดส์ 56

บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จ 56-59

ปัญญา อินโนเซนต์ 55, 82-83

ผลการสุ่มทดลองดำเนินการ 85

หลักการประเมินระดับโลก 56

**โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว** 69

คลินิกนมแม่ 71-72

ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว 72-73

ตัวชี้วัดการประเมินการใช้ยาลูกด้วยนมแม่ 71

เป้าหมายโครงการ 69

มาตรฐานการประเมิน 70

โรงเรียนพ่อแม่ 71

## ล

**ลานนม (areola)**

ลักษณะผิวหนัง 2

ตุ่มรูเปิดไขมัน (Montgomery's tubercle) 2

## ส

**สถานการณ์การใช้ยาลูกด้วยนมแม่** 81

การใช้ยาลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย 86

การส่งเสริมระดับโลก 82

คำจำกัดความการใช้ยาลูกด้วยนมแม่ 83

ความรู้และค่านิยมการให้อาหารทารก 81

แนวโน้มลดลง 81

**สาเหตุการดูดนมผิดปกติ** 164

ความผิดปกติทางช่องปาก 165-166

ความผิดปกติทางพันธุกรรม 165, 197

ความผิดปกติทางระบบประสาท 164-165,

196-197

ปฏิเสธการดูดนม 164, 181-182

**ส่วนประกอบของนมแม่** 15

กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว 17-18

ไขมัน 17-20, 35, 210

คาร์โบไฮเดรต 19-20

เคซีน (casein) 20, 35

ทอรีน 20

น้ำย่อยไขมัน (bile salt stimulated lipase) 19

นิวคลีโอไทด์ 20, 25, 35

ไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีน 20-21

โปรตีน 5, 19-20

โปรตีนจับกับธาตุเหล็ก (lactoferrin) 15-16, 20,

34-35

ภูมิต้านโรค 24

แร่ธาตุ 23

แลคโตส 5, 15-16, 19

สารชีวภาพ 25

สารอาหาร 24

เวย์โปรตีน 20

วิตามินละลายในไขมัน 21

วิตามินละลายในน้ำ 22

โอลิโกแซคคาไรด์ 19, 35

### สุขภาพทารก 33

กลไกสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานเฉพาะโรคผ่านระบบลำไส้และเต้านมแม่ 34

การเจริญเติบโต 38

การยับยั้งและสลายเชื้อโรคที่สัมผัสบนเยื่อผิวหนัง 34

การสร้างจุลินทรีย์ประจำถิ่น (microbial colonization) 33

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 33

การสร้างสารต้านมะเร็ง 35

ความคมชัดของสายตา 38

ตอบสนองการให้วัคซีน 35

เบาหวาน 39, 221

ผิวหนังอักเสบภูมิแพ้ (atopic dermatitis) 37

พัฒนาการทางสมอง 38

ฟันผิรูปร่าง 39

ภูมิคุ้มกันบนเยื่อผิวหนัง (mucosal immunity) 33

ภาวะภูมิแพ้ 37

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) 37

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 36

โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร 36

โรคเนื้อเยื่ออักเสบจากภูมิคุ้มกันต้านทานตนเอง 40

โรคมะเร็ง 35, 40

โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ 37

โรคหัวใจและหลอดเลือด 40

โรคหืด 37

โรคอ้วน 39

หูชั้นกลางอักเสบ 37, 203

### สุขภาพแม่ 29

กระดูกพรุน 30

ไขมันในเลือดสูง 30

ความดันโลหิตสูง 29

เบาหวานชนิดที่ 2 29

มะเร็งเต้านม 30

มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก 31

มะเร็งรังไข่ 30

ลดน้ำหนักระยะหลังคลอด 29

## ท

### ทอผู้ป่วย

ที่เป็นมิตรกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 107

แม่และลูกอยู่ด้วยกัน/บ้านได้ชั้นที่ 7 58

### ท้วนม 1-2, 101

ลักษณะปกติ 1-2

ลักษณะผิดปกติ 101

ท้วนมและเต้านมส่วนเกิน 3-4

### หัวนม

ปริมาณ/สี 15-16

เม็ดเลือดขาว 24

สารภูมิคุ้มกัน 24-25

ส่วนประกอบ 15-16

### หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารก

#### และเด็กเล็ก 75

การนำไปปฏิบัติ/ตรวจติดตาม 78

การให้ข้อมูลข่าวสาร 76

ความเป็นมา 75

ความมุ่งหมาย 75

ฉลาก 77-78

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 75-77

พนักงานบริษัท/ผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย 77

ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง 75-76

แม่และประชาชน 76-77

## อ

### อาหารและโภชนาการของแม่ 243

ตัวอย่างอาหารที่เพิ่มในแต่ละวัน 249

แนวทางกำหนดปริมาณพลังงาน 248

แนวปฏิบัติของสตรีตั้งครรภ์ 245

แนวปฏิบัติของแม่ให้นมลูก 248-249

ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับ 247

ปัญหาที่พบบ่อยขณะตั้งครรภ์ 244-245

ผลกระทบต่อการสร้างน้ำนม 246

โภชนาการระยะให้นมลูก 246-247

### อาหารตามวัยในทารกและเด็กเล็ก 251

ข้อเสนอแนะให้ได้สารอาหารครบถ้วนและเพียงพอ 256-257

ความต้องการพลังงานและสารอาหาร 254

ความพร้อมของไต 254

ความพร้อมของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ 253

ความสำคัญและประโยชน์ 253

ตัวอย่างการเตรียม 257

ที่จำหน่ายในท้องตลาด 257

แนวทาง/ข้อปฏิบัติการให้อาหาร 251-253

เหมาะสมกับความหิว/อิ่ม/พัฒนาการ 257

### อุปสรรคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 91

การตัดสินใจของแม่ 92, 231

การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข 93

แรงสนับสนุนของครอบครัว 91

เหตุผลการหยุดให้นมแม่ 92

อิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรม 91

### อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในประเทศกำลังพัฒนา 84

ในประเทศพัฒนาแล้ว 84-85

ในประเทศไทย 86

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก 59-61, 85

ผลงานวิจัยระดับประเทศ 85

### อัตราการตายของทารกและเด็ก

ผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 35

## ฮ

### ฮอริโมน

ไทรอยด์ 25, 200-201

โปรแลคติน 3, 5, 7-8, 25, 129, 153, 209

โพรเจสเทอโรน 5-6

เลปติน (leptin) 25

ออกซิโทซิน 3, 5, 8-9, 118, 176, 209

เอสโตรเจน 4, 5



## รายชื่อคณะกรรมการจัดการเรียนการสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### ที่ปรึกษา

1. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วิระพงษ์ จัตรานนท์
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณหญิงสำหรี จิตตินันท์
3. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณสาคร ธนमितต์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุอารีย์ อันตระการ
5. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย (ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา)
6. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม)
7. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (นายแพทย์ขจิต ชูปัญญา)
8. อธิบดีกรมอนามัย (นพ.สมยศ ศิริฉิม)
9. Mr. Andrew Morris องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย (UNICEF)
10. ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม องค์กรอนามัยโลก ประเทศไทย
11. ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (พญ.ศิริพร กัญชนะ)

### คณะกรรมการดำเนินงาน

- |   |   |           |
|---|---|-----------|
| 1. ศ.คลินิกเกียรติคุณพ.สุวชัย อินทรประเสริฐ | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | ประธาน    |
| 2. ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์              | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | รองประธาน |
| 3. รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์                     | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย                            | รองประธาน |
| 4. รศ.พญ.อรพรรณ ศิริวัฒน์                   | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | กรรมการ   |
| 5. พลโท.นพ.ศุภวิทย์ มุตตามระ                | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | กรรมการ   |
| 6. รศ.นพ.สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ               | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | กรรมการ   |
| 7. นพ.สันติต บุญยะส่ง                       | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | กรรมการ   |
| 8. นพ.อภิธาน พวงศรีเจริญ                    | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ                                  | กรรมการ   |
| 9. รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิ                 | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | กรรมการ   |
| 10. รศ.พญ.บุษบา วิวัฒน์เวคิน                | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | กรรมการ   |
| 11. นพ.ไพบุลย์ เอกแสงศรี                    | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | กรรมการ   |
| 12. พญ.วราภรณ์ แสงทิวสิน                    | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | กรรมการ   |
| 13. พญ.นิยะดา วิทยาศัย                      | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ฯ                                    | กรรมการ   |
| 14. พญ.นิพรพรรณ วรมงคล                      | กรมอนามัย   | กรรมการ   |
| 15. พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร                   | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย                            | กรรมการ   |
| 16. พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย                 | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย                            | กรรมการ   |
| 17. พญ.ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร               | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย                            | กรรมการ   |
| 18. พญ.ยุพียง แห่งเขาวนิช                   | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย กรรมการและเลขานุการ        |           |
| 19. นางสาวนงนุช บุญยเกียรติ                 | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |           |
| 20. รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุนันท์              | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |           |

