



Breastfeeding 162
Breaking Breastfeeding Barrier
Code Monitor

รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน
Sustaining Breastfeeding Together

SUSTAINING BREASTFEEDING TOGETHER

รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน



การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 6 • รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน • Sustaining Breastfeeding Together



การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 6
วันที่ 8 - 10 พฤศจิกายน 2560
โรงแรมมณเทียร ริเวอร์ไซด์ กรุงเทพมหานคร
www.thaibf.com
www.facebook.com/ThaiBF

#6

การประชุมวิชาการ
นมแม่แห่งชาติ

ครั้งที่ 6

การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 6

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์ คลินิก พญ. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร
เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

จัดทำโดย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ชั้น 11 ถ. ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 081 831 2264 081 831 2202
พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2560 จำนวน 1,000 เล่ม

ออกแบบและพิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอส ครีเอชัน
เลขที่ 108/18-19 หมู่ 3 ถ. รัตนธิเบศร์
ต. ไทรมา อ. เมืองนนทบุรี จ. นนทบุรี 11000
โทร. 02-921-8104 แฟกซ์ 02-921-8103





สารจากประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

ในฐานะประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ขอเป็นตัวแทนคณะกรรมการผู้จัดการประชุมและ หน่วยงานที่ร่วมกันจัดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 6 นี้ ต้อนรับ พันธมิตร เครือข่าย ชาวนมแม่ทุกท่าน ที่ได้มาเข้าร่วมประชุม ด้วยความยินดียิ่ง ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความสนใจมาร่วมประชุม เพราะท่าน เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การประชุมวิชาการครั้งนี้ ให้ชื่อการประชุมว่า **“รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน”** (Sustaining Breastfeeding Together) ประสบความสำเร็จ

การจัดการประชุมวิชาการเป็นพันธกิจสำคัญของมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ที่ได้ร่วมกับหน่วยงานพันธมิตรนมแม่ จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุก 2 ปี การประชุมแต่ละครั้งได้มีการกำหนดชื่อการประชุมเป็นประเด็นหลักที่ต้องการสื่อสารให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ตระหนักความสำคัญ โดยมีเนื้อหาวิชาการและกิจกรรมการประชุมที่สอดคล้องกับประเด็นหลักตามชื่อการประชุมนั้นๆ

ครั้งนี้ ก็เช่นกัน วัตถุประสงค์สำคัญ ของการประชุมเป็นไปตามชื่อ **“รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน”** กล่าวคือ เพื่อให้เป็นเวทีของการรวมพลังของภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานต่างๆ ในด้านวิชาการ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ก้าวทันความรู้ใหม่ๆ และแนวทางต่างๆ ที่จะนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน รวมทั้งมีโอกาสมารวมพลังแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เปิดเวทีให้ได้นำเสนอผลงานศึกษาวิจัย นวัตกรรมต่างๆ ที่แสดงถึงความคิดสร้างสรรค์ หาดหนทางวิธีการใหม่ๆ ที่เหมาะสมในการตอบโจทย์ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบริบทพื้นที่ตนเอง

ในการประชุมวิชาการครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมยังจะได้ร่วมปฏิบัติใน 3 workshop ที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) งานวิจัย 2) การขับเคลื่อนนมแม่สู่ชุมชนเพื่อความยั่งยืน 3) From Kangaroo Mother Care to Safe Baby Wearing

ท่านที่มาร่วมประชุมวันนี้ มาจากหลายภาคส่วนของสังคม จากหลายพื้นที่ตั้งแต่ในเมืองใหญ่จนถึงชุมชนเล็กๆ และจากหลากหลายวิชาชีพ ตั้งแต่เป็นบุคลากรวิชาชีพแพทย์หรือพยาบาลจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งคงเป็นส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ นอกนั้น เป็นบุคลากรวิชาชีพจากหน่วยงานหรือ องค์กรต่างๆ ที่สนับสนุนนมแม่จากสถานประกอบการ หรือ เป็นอาสาสมัครจากกลุ่มสนับสนุนนมแม่ แต่ไม่ว่าท่านจะมาจากส่วนไหนของสังคม มาจากพื้นที่ใด ล้วนแต่มีบทบาทสำคัญ ในการปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ตามบริบทของตนเอง และเมื่อได้มาร่วมประชุมกัน มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน จะช่วยเสริมสร้างพลังทางวิชาการ ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตัวเอง ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากขึ้น ที่สำคัญนอกเหนือจากนี้ คือ เวทีวิชาการแห่งนี้เปิดโอกาสให้ได้เชื่อมสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายนมแม่ที่ขยายกว้างขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมพลังกันและกันในการทำงานนมแม่เป็นหลายเท่าทวีคูณ

ในระดับประเทศ งานการปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลัก ช่วงเวลาที่ผ่านมามีมูลนิธิศูนย์นมแม่ได้สนับสนุนนโยบายภาครัฐอย่างเต็มที่ ร่วมผนึกกำลังกันกับกรมอนามัยและภาคีเครือข่ายนมแม่ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในโรงพยาบาล ในครอบครัว ที่บ้าน สถานที่

ทำงาน และในชุมชน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง เต็มที่ และนานพอ ซึ่งหมายถึงการให้เริ่มดื่มนมแม่ตั้งแต่บนเตียงคลอด ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด การให้ได้รับนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรก และการให้ได้รับนมแม่ควบคู่ไปกับอาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น **ตั้งสัญลักษณ์ตัวเลข 1 6 2** ซึ่งท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ไว้สำหรับการรณรงค์ในโอกาสสัปดาห์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปีนี้ รวมทั้งร่วมกับภาครัฐ ผลิตต้นมาตรการต่างๆ ในการปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนกระทั่งในที่สุด เราได้พระราชบัญญัติคุ้มครองการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 หรือ พ.ร.บ. นมผง เป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทย ที่ช่วยปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พิทักษ์สิทธิในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของเด็ก

ในระดับโลก มีมุมมองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมิติที่กว้างขึ้น ครอบคลุมทุกมิติ ไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพต่อแม่และเด็กเท่านั้น แต่ดูถึงผลลัพธ์ในระยะยาวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเพิ่มขึ้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยในการพัฒนาทั้งด้านการศึกษา สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ดังนั้นในระดับโลก จึงถือว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ที่มีการพัฒนาเชื่อมโยงกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เป็นเป้าหมายการพัฒนาระดับโลกซึ่งจัดทำขึ้นโดยองค์การสหประชาชาติ ประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยต้องใช้ SDGs เป็นทิศทางในการพัฒนาในช่วง 15 ปี (ค.ศ. 2015-2030) รัฐบาลทั่วโลกได้มีการตกลงกัน ในการตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติใน 6 เดือนแรกให้เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568

ปัจจุบัน สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ ยังห่างไกลจากเป้าหมาย กล่าวคือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือนของทั่วโลกโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 37 ส่วนในประเทศไทย จาก ข้อมูล การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยองค์การยูนิเซฟ ล่าสุด พ.ศ. 2558-2559 (MICS5) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน อยู่ที่ร้อยละ 23.1 การเริ่มต้นนมแม่ในช่วงแรกหลังเกิดเท่ากับร้อยละ 39.9 ได้รับนมแม่ที่ อายุ 2 ปี ร้อยละ 15.8 ซึ่งจะเห็นว่า หนทางในการจะเดินสู่เป้า 1 6 2 ยังคงมีปัญหาอุปสรรค มีช่องว่างของความรู้ หรือการปฏิบัติที่ต้องช่วยกันเติมให้เต็ม หรืออีกนัยยะ คือ เป็นโอกาสให้พวกเราได้ร่วมรวมพลังในการพัฒนาได้อีกมากมาย

คาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ความรู้และแนวการปฏิบัติต่างๆ ที่ท่านได้รับการประชุมวิชาการครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์สามารถนำไปช่วยเติมช่องว่างที่ยังขาดให้เต็ม ขอให้พวกเราไปช่วยกันประกาศเจตนารมณ์ ในเป้าหมาย 1 6 2 เพื่อให้เด็กในพื้นที่ของท่านได้กินนมแม่อย่างถูกต้อง เต็มที่ และนานพอ ประกาศเสียงดังให้เข้มแข็งเป็นหนึ่งเดียวกันทั่วประเทศ (Unified Voice) เมื่อไรที่เสียงดังพร้อมๆ กัน เป็นหนึ่งเดียวกัน เสียงนั้นจะทรงพลัง จะมีคนได้ยินแม่และครอบครัวจะได้ยิน สังคมโดยรวมจะได้ยินจะมีคนอยากสนับสนุนจะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้

ร่วมกัน ผนึกพลังความคิด พลังกาย พลังใจ กับผู้ร่วมงานและเครือข่ายในพื้นที่ในการพัฒนานมแม่สู่เป้าหมาย 1 6 2 ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหน หรือในหน่วยงานใดก็ตาม ทำให้เต็มความสามารถที่มีเพื่อการสร้างเด็กไทยที่มีคุณภาพ สร้างคนไทยคุณภาพ ให้กับประเทศ เมื่อมีการรวมพลังกันจากทุกส่วนของประเทศ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน เปรียบเหมือนการต่อจิ๊กซอว์ ต่อเป็นภาพเต็มสำเร็จ พวกเราทุกคนในห้องประชุมนี้ มีส่วนช่วยกันต่อจิ๊กซอว์ ภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย ให้ได้ภาพสมบูรณ์สวยงาม คือ **ภาพของสังคมนมแม่ที่ยั่งยืน**

หวังว่า นอกจากประโยชน์เรื่องความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมแล้ว ทุกท่านจะได้รับความสุขจากการได้พบปะสนทนากับคนในแวดวงสังคมนมแม่ด้วยกัน ตลอดระยะเวลาสามวันของการประชุม และที่คาดหวังยิ่งไปกว่านั้น คือ ทุกท่านจะได้มีโอกาสเชื่อมความสัมพันธ์ทั้งระดับบุคคล ระดับหน่วยงาน ระดับองค์กร เพื่อรวมพลังกันในการสร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืนต่อไป

ขอถือโอกาสนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการจัดประชุมทุกท่านและขอบคุณทุกองค์กรที่สนับสนุน วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลามาร่วมให้ความรู้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมที่ช่วยเสริมพลังให้เวทีประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ **“รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน”** ครั้งนี้ ประสบความสำเร็จ ด้วยความรัก เชื่อมั่น และศรัทธาในพลังของคนนมแม่

(แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ)

ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย



สารจากอธิบดีกรมอนามัย

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์
อธิบดีกรมอนามัย

กรมอนามัย เป็นองค์กรหลักในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประชาชนให้มีสุขภาพดี มีนโยบายในการปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาสังคม หลากหลายหน่วยงาน อาทิ เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สภากาชาด และมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย โดยเฉพาะการจัดประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติอย่างสม่ำเสมอทุก 2 ปี ปีนี้ หัวข้อการจัดประชุมคือ “รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน” ซึ่งสอดคล้องกับคำขวัญสัปดาห์นมแม่โลกปี 2560 “Sustaining Breastfeeding Together” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการรวมพลังของหน่วยงานต่างๆ ในด้านวิชาการ ในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม ก้าวทันความรู้ใหม่ๆ ตอบข้อสงสัยในประเด็นที่ไม่ชัดเจน เข้าใจธรรมชาติของปัญหาอุปสรรคต่างๆ และแนวทางการแก้ไข ทั้งในบริบทด้านสาธารณสุข และด้านสังคม การนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม เทคนิคการสื่อสารคุณภาพ เป็นต้น

กรมอนามัยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีแนวทางการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้เด็กไทยได้กินนมแม่เพิ่มมากขึ้น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาตามเส้นทางชีวิต (Life course approach) ซึ่งในประเด็นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเห็นภาพชัดเจนว่า การลงทุนด้านสุขภาพเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นช่วงแรกของชีวิต จะส่งผลถึงช่วงชีวิตจนถึงเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในระยยะต่อๆ มา เป็นต้นทุนชีวิตทั้งด้านกายใจที่สำคัญ ให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพไปตลอดชีวิต กรมอนามัยมีนโยบายและกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน มหัศจรรย์ 1,000 วัน (270 วัน ในครรภ์ 180 วัน 0-6 เดือน 255 วันต่อจาก 6 เดือนถึง 2 ปี) โดยต้องมีการพัฒนาอย่างบูรณาการ ตั้งแต่การสร้างพ่อแม่คุณภาพ การตั้งครรภ์คุณภาพของแม่ โภชนาการในแม่ สร้างเด็กฉลาด ด้วยน้ำนมแม่

จากข้อมูลสถานการณ์และการขับเคลื่อนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมา ยังมีช่องว่างเพื่อการพัฒนา มีปัญหาอุปสรรคทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม รวมถึงปัญหาในระบบบริการสุขภาพ ปัญหาด้านความรู้ ทักษะ ทศนคติ ของบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ แม่และครอบครัว ปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฯลฯ ที่ยังต้องการแก้ไข ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลง ให้เข้ากับยุคสมัย

“ประเทศไทย 4.0” หรือยุค “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ได้ถูกบรรจุอยู่ในการประชุมวิชาการครั้งนี้ รวมถึงข้อมูลความรู้ใหม่ๆ หรือประเด็นที่ยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ตลอดจนแนวทางในการบังคับใช้ พ.ร.บ นมผงซึ่งเพิ่งมีการประกาศใช้

ตามสัญลักษณ์ 1 6 2 (นมแม่ 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และนมแม่ต่อเนื่องหลังหกเดือนร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี) ที่ท่านรัฐมนตรีสาธารณสุข ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นพ. ปิยะสกล สกลสัตยาทร ได้ให้ไว้ การให้อาหารตามวัยที่เหมาะสมเพียงพอ การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก นอกจากนี้ จากผลงานการผลักดันของกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่าย ทำให้ได้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ 2560 หรือ พ.ร.บ นมผง เป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศที่คุ้มครองทารกและเด็กเล็ก เพื่อให้เด็กไทยได้กินนมแม่อย่างเต็มที่

กรมอนามัย ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการจัดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งนี้ทุกท่าน ขอขอบคุณทุกองค์กรที่สนับสนุน ขอขอบคุณวิทยากรทุกท่านที่มาให้ความรู้และแนวคิดที่หลากหลาย และขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการประชุมวิชาการครั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้จะได้รับประโยชน์สูงสุด ได้รับทั้งความรู้ทางวิชาการและแนวทางในการพัฒนางานในส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำความรู้และทักษะจากการประชุมวิชาการครั้งนี้ ไปปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับบริบท ขยายถ่ายทอดต่อเครือข่ายในพื้นที่ รวมถึงได้มีโอกาสเชื่อมความสัมพันธ์กัน เพื่อร่วมมือกัน “รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน”

กรมอนามัย จะยังคงมุ่งมั่นต่อไป ในการผลักดันนโยบายภาครัฐ พร้อมๆ กับร่วมรวมพลังกับทุกภาคส่วนในสังคมอย่างจริงจัง ในการปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้แม่ไทยสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และนำสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย “รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน” ในสังคมไทย

(นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์)
อธิบดีกรมอนามัย

กำหนดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 6

“รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ให้ยั่งยืน”

The 6th National Breastfeeding Conference: “Sustaining Breastfeeding Together”

ระหว่างวันที่ 8-10 พฤศจิกายน 2560
ณ โรงแรมเกียร์ ริเวอร์ไซด์กรุงเทพมหานคร

วันพุธที่ 8 พฤศจิกายน 2560

พิธีกรในพิธีเปิด/ ประจำวัน: พศ.ดร.ธัญลักษณ์ บสรลิขิตกุล

		สถานที่
08.00 - 08.45 น.	ลงทะเบียน และ course overview	
08.45 - 10.00 น.	Special talk “After the Code act, What’s next?” วิทยากร <ul style="list-style-type: none"> นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์ ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย รศ.ดร.พญ.ศิรินุช ชมโท ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ผศ.ดร.จรียา วิริยะศุกร สภาการพยาบาล ผู้ดำเนินการอภิปราย : พญ.ศิริพร กัญชนะ ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประธาน : รศ.พญ.อรวรรณ ศิริวัฒน์ ประธานคณะกรรมการด้านวิชาการ ประธานร่วม : นพ.เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เลขานุการ : นางจินตนา พัฒนพงศ์ธร รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	Grand Ballroom ชั้น 4
10:00 - 10:15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10:15 - 10:30 น.	พิธีเปิดการประชุม <ul style="list-style-type: none"> กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม พญ.ศิริพร กัญชนะ ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย กล่าวรายงานต่อประธานในพิธีเปิด รศ. พญ.อรวรรณ ศิริวัฒน์ ประธานคณะกรรมการด้านวิชาการ ประธาน ในพิธีกล่าวเปิดการประชุม ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 	Grand Ballroom ชั้น 4
10:30 - 11:00 น.	ปาฐกถา “Sustaining Breastfeeding Together” ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	Grand Ballroom ชั้น 4

วันพุธที่ 8 พฤศจิกายน 2560

พิธีกรในพิธีเปิด/ ประจำวัน: พศ.ดร.ธัญลักษณ์ บสรลิขิตกุล

		สถานที่
11:00 - 11:15 น.	พิธีมอบโล่ โดย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข <ul style="list-style-type: none"> โล่เกียรติยศ ผู้ทุ่มเทและวางรากฐานการทำงานด้านนมแม่ระดับชาติ ผู้รับมอบ ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วีระพงษ์ นัตรานนท์ ผู้กล่าวสดุดี นายสง่า ดามาพงษ์ <ul style="list-style-type: none"> โล่ประกาศเกียรติคุณ ผู้เชี่ยวชาญการบริหารจัดการ “ศูนย์เรียนรู้สร้างงานดี ซีวีมีสุข ด้วยนมแม่” ผู้รับมอบ จำนวน 5 คน 1. นางนันท์นภัส เสรีรัฐดิวิโรชิตี บริษัท เอลต้า อีเลคโทรนิคส์ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 2. นายพยัพ แจ่มสวัสดิ์ บริษัท ไทยซัมมิท ฮาร์เนส จำกัด (มหาชน) 3. นางสาวกรรณิกา เข้มมุกดา บริษัท แมริกอท จิวเวลรี่ (ประเทศไทย) จำกัด 4. นายพรณรงค์ ว่องสุนทร บริษัท เวสเทิร์นดิเจ็ดคอล (ประเทศไทย) จำกัด 5. นายสิทธิพร ชลาายน บริษัท สยามเดินโซ้ แมนูแฟคเจอร์ริง จำกัด และ บริษัท สยามเคียวชัน เดินโซ้ จำกัด ผู้กล่าวรายงาน รศ.พญ.อรวรรณ ศิริวัฒน์ ประธานคณะกรรมการด้านวิชาการ	Grand Ballroom ชั้น 4
11.15 -12.00 น.	Plenary 1 : Breastfeeding Benefits : Claim or Over Claim <ul style="list-style-type: none"> BF and IQ BF and Stem Cells BF and Lifelong Health Outcomes BF and Maternal Health วิทยากร <ul style="list-style-type: none"> รศ.ดร.พญ.ศิรินุช ชมโท คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.อ.หญิง ผศ.พญ.ปริศนา พานิชกุล วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ผู้ดำเนินรายการ: <ul style="list-style-type: none"> พญ.ศิริพัฒนา ศิริรัตนกุล มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประธาน: <ul style="list-style-type: none"> รศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ ที่ปรึกษา คณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย 	Grand Ballroom ชั้น 4

วันพุธที่ 8 พฤศจิกายน 2560
พิธีกรในพิธีเปิด/ ประจำวัน: พศ.ดร.ธัญลักษณ์ USS ลิขิตกุล

		สถานที่
	เลขานุการ: • รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	ผู้เข้าประชุม ชั้น 4 1.ห้อง Harbour View 2.ห้อง Emperor 3.ห้องธารทอง ชั้น 6 แยกรับเชิญ วิทยากร 1.ห้องวิมานทอง ชั้น 4
13.00-14.30 น.	Symposium 1: Clearing the Gray Zone in BF • Micronutrients Deficiency: Zinc and Vitamin D วิทยากร: รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น • “Breastfeeding and Stunting” วิทยากร: ผศ.พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล • “Substance Use” วิทยากร: พญ.ริชาพรรณ ชูแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา • “Maternal Infection : CMV, varicella and Breastfeeding” วิทยากร : ผศ.พญ.มิรา โครานา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้ดำเนินรายการ: พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประธาน: ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: นางสาววิระวัลย์ กรมงคลลักษณ์ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	Grand Ballroom ชั้น 4
14.30-15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
15.00-16.00 น.	Plenary 2: Breaking the Barriers : Breastfeeding at the Beginning วิทยากร: ผศ.ดร.พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พญ.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ โรงพยาบาล BNH พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้ดำเนินรายการ: ศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีรสัติน เลขานุการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประธาน: คุณนงนุช บุญเกียรติ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: พญ.ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	Grand Ballroom ชั้น 4

วันพฤหัสบดีที่ 9 พฤศจิกายน 2560
พิธีกรประจำวัน: นางจิวรรณ ดันพุดชา

		สถานที่
08.10- 08.30 น.	กิจกรรม Q & A (พร้อมมอบของรางวัล) ดำเนินรายการโดย: พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย	Grand Ballroom ชั้น 4
08.30-08.45 น.	Debrief ประจำวัน วิทยากร: ผศ.ดร.สุดประนอม สมันตเวคิน วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	Grand Ballroom ชั้น 4
08.45 -10.00 น.	Symposium 2: Road to Breastfeeding Sustainability • Maternal, Social and Workplace Factors วิทยากร: ผศ.ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล • Maternity Leave วิทยากร: นายมโนชญ์ แสงแก้ว กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน • BF in Workplace วิทยากร: นายพยัพ แจ่มสวัสดิ์ บริษัท ไทยซัมมิทฮาร์เนส จำกัด (มหาชน) • “BF DRG...Is it possible? “ วิทยากร: นพ.กฤษ ลีทองอิน ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ดำเนินรายการ: พญ.ยุพียง แห่งเขาวินิช รองประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ประธาน: นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ที่ปรึกษาคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: นางมีนะ สพสมัย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	Grand Ballroom ชั้น 4
10.00 -10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง / Poster Round and Boot visit	
10.30 -11.30 น.	Plenary 3: “Tongue-tie” วิทยากร: ผศ.นพ.มงคล เลหาเพื่อชาติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พว.ชญาดา สามารถ โรงพยาบาลศิริราช วิทยากร และผู้ดำเนินรายการ : รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์ ประธาน ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ. สุวัชย์ อินทรประเสริฐ ที่ปรึกษาคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ ผศ.ดร. จริญญา วิริยะสุภกร รองเลขาธิการ คณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	Grand Ballroom ชั้น 4
11.30 -12.00 น.	“Highlight BF Resources” วิทยากร: ศาสตราจารย์คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีรสัติน เลขานุการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	Grand Ballroom ชั้น 4

วันพฤหัสบดีที่ 9 พฤศจิกายน 2560
พิธีกรประจำวัน: นางฉวีวรรณ ต้นพุดชา

สถานที่		
12.00 -13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	ผู้เข้าประชุม ชั้น 4 1.ห้อง Harbour View 2.ห้อง Emperor 3.ห้องธารทอง ชั้น G แขกรับเชิญ วิทยากร 1.ห้องวิมานทอง ชั้น 4
13.00 -14.30 น.	นำเสนอผลงานวิจัยห้องที่ 1	Grand Ballroom ชั้น 4
	นำเสนอผลงานวิจัยห้องที่ 2	ห้องเจ้าพระยา 1-4 ชั้น 3
13.00 -14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45 -16.00 น.	Workshop1: “Breastfeeding research” วิทยากร: ศ.ดร.สุสันทา ยิ้มแย้ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประธาน: พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: นางสาวนิศาชล เศรษฐไกรกุล สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	Grand Ballroom ชั้น 4
	Workshop2 : “From Hospital to Community” “การขับเคลื่อนนมแม่สู่ชุมชน เพื่อความยั่งยืน” วิทยากร: พว.วาสนา งามการ และคณะ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ประธาน: รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: นางนริลักษณ์ กุลฤกษ์ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	ห้องเจ้าพระยา 1-4 ชั้น 3
	Workshop 3: “From KMC to Safe Baby wearing” วิทยากร: พว.หทัยทิพย์ ไสมคำ คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดร.ณัฐวิณี บุนนาค คุณแม่อาสา คุณฐิตาภา บุญศิริ คุณแม่อาสา คุณพีณภัทร์ รุจิเกียรติขจร ผู้ดำเนินรายการ พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประธาน: ผศ.ดร.ธัญญลักษณ์ บรรลือชิตกุล ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง แบบตรงวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลขานุการ: นางชนัญชิตา สมสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย	ห้องวิมานทิพย์ ชั้น 5

วันศุกร์ที่ 10 พฤศจิกายน 2560
พิธีกรประจำวัน : ภาคเช้า นางมีน: สพลมัย ภาคบ่าย พญ.ชมพูนุก โตโพธิ์ไทย

สถานที่		
08.10- 08.30 น.	กิจกรรม Q & A (พร้อมมอบของรางวัล) ดำเนินรายการโดย : พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย	Grand Ballroom ชั้น 4
08.30-08.45 น.	Debrief ประจำวัน วิทยากร: ผศ.ดร.สุดประนอม สมันตเวคิน วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	Grand Ballroom ชั้น 4
08.45-09.30 น.	Plenary 4 Social behavior change (Alive & thrive) “No water project : Vietnam experience” วิทยากร: Ms. Phan Hong Linh องค์กร Alive & Thrive ประธาน: นางศศิธร (ลอรา) วัฒนกุล มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: พญ.รัชดา เกษมทรัพย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	Grand Ballroom ชั้น 4
09.30-10.30 น.	Plenary 5 “Breastfeeding: the starting of CF” วิทยากร: อาจารย์พรพิไล เลิศวิชา นักวิชาการอิสระ ประธาน: นพ.ธีรชัย บุญยยะสิทธิ์ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขานุการ: ผศ.ดร.พญ.อดิสรุสดา เฟื่องฟู สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	Grand Ballroom ชั้น 4
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10.45-12.00 น.	“มีลูกเพื่อชาติ & Interactive Q and A session” วิทยากร: รศ.นพ.สมศักดิ์ สุทัศนวรวิฑู นายกสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ รศ.พญ.อุมาพร สุทัศนวรวิฑู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี นพ.บุญฤทธิ์ สุรัตน์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ผู้ดำเนินรายการ : รศ.พญ.อรพรรณ ศิริวัฒน์ ประธานคณะกรรมการด้านวิชาการ ประธาน: พลโท นพ.ศุภวิทย์ มุตตามระ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เลขานุการ: รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	Grand Ballroom ชั้น 4
12.00 -13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	ผู้เข้าประชุม ชั้น 4 1.ห้อง Harbour View 2.ห้อง Emperor 3.ห้องธารทอง ชั้น G แขกรับเชิญ วิทยากร 1.ห้องวิมานทอง ชั้น 4

วันศุกร์ที่ 10 พฤศจิกายน 2560

พิธีกรประจำวัน : ภาคเช้า นางมีนะ สพลมัย ภาคบ่าย พญ.ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย

สถานที่

13.00 -14.30 น.	Breastfeeding Talk “The Power of Social Media in Sustaining Breastfeeding” วิทยากร : คุณช่อผกา วิริยานนท์ นักสื่อสารมวลชน พญ.จิราภรณ์ อรุณากูร คุณหม่อโฮ้ เพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์สง่า ดามาพงษ์ ประธาน: นางสาวนงนุช บุญเกียรติ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เลขานุการ: ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทยด้านโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	Grand Ballroom ชั้น 4
14.30 -14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45 -15.30 น.	มอบรางวัลผลงานวิจัย และรางวัลชิงโชคสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม พิธีปิดการประชุม • Brief report ศ.คลินิกพญ.ศิริภรณ์ สุวัศศิริ เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย • Closing Remark พญ.ศิริพร กัญชนะ ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	Grand Ballroom ชั้น 4

สารบัญ

กำหนดการ	8
----------	---

พิธีมอบโล่รางวัลเกียรติคุณ	20
----------------------------	----

• ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วีระพงษ์ ฉัตรานนท์	21
• ศูนย์เรียนรู้สร้างงานดี ซีวีมีสุข ด้วยนมแม่	23

บทความประกอบการบรรยายวิชาการ	30
------------------------------	----

Plenary 1: Breastfeeding Benefits: Claim or Over Claim	31
--	----

Breastfeeding and IQ	
• พ.อ.หญิง ผศ.พญ.ปริศนา พานิชกุล วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า	

Symposium 1: Clearing the Gray Zone in Breastfeeding	
--	--

Breastfeeding and Stunting	33
• ผศ.พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	

Substance Use and Breastfeeding	36
• พญ.ริชาพรรณ ชูแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	

Micronutrients Deficiency: Zinc and Vitamin D	37
• รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	

Cytomegalovirus Infection and Breastfeeding	40
• ผศ.พญ.มิรา โครานา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	

Plenary 2: the Barriers: Breastfeeding at the Beginning	
---	--

Breaking the Barriers: Breastfeeding at the beginning	46
• ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัลย์ ตีลิ่งจิตร คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	

Breaking the Barriers: Breastfeeding at the beginning	50
• พญ.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ โรงพยาบาล BNH	

Breaking the Barriers : Breastfeeding at the Beginning	59
• พว. ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	

Breaking Breastfeeding Barriers	64
• ศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร เลขานุการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	

Symposium 2: Road to Breastfeeding Sustainability	
---	--

Maternal, Social and Workplace Factors	76
• ผศ.ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	

Maternity Leave	81
-----------------	----

• นายมโนชญ์ แสงแก้ว กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน	
---	--

BF in Workplace	84
-----------------	----

• นายพยัพ แจ่มสวัสดิ์ บริษัทไทยซัมมิทฮาร์เนส จำกัด (มหาชน)	
--	--

BF DRG...Is it possible	87
-------------------------	----

• นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
--	--

Plenary 3: Tongue-tie	
-----------------------	--

Tongue-tie	
------------	--

• พว.ชญาดา สามารถ โรงพยาบาลศิริราช	88
------------------------------------	----

• รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์	93
-------------------------	----

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์	
---	--

• ผศ.นพ.มงคล เลหาเพ็ญชาติ ภาควิชากุมารศาสตร์	100
--	-----

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	
--	--

HighLight BF Resources	106
------------------------	-----

• ศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร เลขานุการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย	
---	--

Workshop	
----------	--

Workshop 1 : Breastfeeding research	111
-------------------------------------	-----

• ศ.ดร.สุสันหา ยิ้มแย้ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
--	--

Workshop 2 : From Hospital to Community	120
---	-----

• พว.วาสนา งามการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	
--	--

Workshop 3 : From KMC to Safe Baby wearing	126
--	-----

ประสบการณ์ตรงของคุณแม่ : การใช้เบบี้แบ็ก	
--	--

• พว.ททัยทิพย์ โสมดำ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	127
--	-----

• นางพินภัทร์ รุจิเกียรติขจร	
------------------------------	--

Plenary 4 Social behavior change (Alive & thrive)	132
---	-----

No water project : Vietnam experience	
---------------------------------------	--

• Ms. Phan Hong Linh องค์กร Alive & Thrive	
--	--

Plenary 5 Breastfeeding : the starting of EF	136
--	-----

• อาจารย์พรพิไล เลิศวิชา นักวิชาการอิสระ	
--	--

การนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรม แบบ oral	142
---	-----

บทคัดย่อผลงานวิจัยและนวัตกรรม นำเสนอแบบปากเปล่า	
---	--

ห้องเจ้าพระยา 2-4	
-------------------	--

O-001 กระเพาะน้อง กะ ซ้อนดวง	145
------------------------------	-----

• ธีรศนา เจริญใจ	
------------------	--

O-002	สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาในระยะการให้นมบุตร	146
	• สุวรรณภา อัจฉรญาญ	
O-003	ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	147
	• ดวงพร ไมตรีจิตต์	
O-004	การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้น กับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	148
	• ลมัย แสงเพ็ญ	
O-005	การศึกษาผลของการให้น้ำนมเหลืองในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (น้ำหนัก 1,000 กรัมถึง 1,500 กรัม) ต่อภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย	149
	• นลินี ยมศรีเคน	
O-006	โครงการบริการวิชาการการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการให้นมบุตรและการปั๊มน้ำนมในทันตสถานเขตภาคเหนือตอนล่าง	150
	• ประทุมมา ฤทธิโพธิ์	
O-007	ผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ออัตรา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในหกเดือนหลังคลอดของสตรีที่ทำงานนอกบ้าน	151
	• พิกุล ทรัพย์พันแสน	
O-008	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อปริมาณน้ำนมที่พอเพียงและพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดาเพื่อการคงอยู่ของนมแม่สำหรับทารกหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง	152
	• นพรัตน์ ละครเขต	
O-009	ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาคลอดก่อนกำหนด	153
	• จันทรีสมิ์ สมศรี	
O-010	การจัดรูปแบบการดูแลมารดาที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ซับซ้อนตามกรอบแนวคิด Iceberg model	154
	• จตุพร เพิ่มพรสกุล	

การนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรม IIUB poster 156

บทคัดย่อผลงานวิจัยและนวัตกรรม นำเสนอประเภทโปสเตอร์

P-001	ผลของการฟังเพลงต่อการหลั่งน้ำนมในช่วงทันทีหลังคลอดในมารดาที่คลอดครบกำหนด การศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่ม	158
	• ยยาวเรศ กิตติธเนศวร	
P-002	การพัฒนากระบวนการวินิจฉัยและรักษาภาวะพังผืดได้ลิ้น	159
	• ยยาวเรศ กิตติธเนศวร	
P-003	นวัตกรรมสื่อการสอน เต้านมแม่มีทัศนคติ	160
	• สุวิดา โชติสุวรรณ	
P-004	นวัตกรรม สเกลนมแม่	161
	• อภาณี แยมอิม	
P-005	ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด	162
	• อติพร ศิริวิชัย	

P-006	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนด	163
	• พัชรพร แก้ววิมล	
P-007	ต้นทุนพอเพียง ฝากได้ไม่จำกัด	164
	• รติกาล เลิศศิริ	
P-008	การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	165
	• ประทุมมา ฤทธิโพธิ์	
P-009	ผลการใช้สื่อ 3 มิติคัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์	166
	• วริญญา คงพิจิตร	
P-010	ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงผู้ต้องขัง ณ ทันตสถานหญิงแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง	167
	• ประทุมมา ฤทธิโพธิ์	

ภาคผนวก

โครงการ การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ ๖ ปี ๒๕๖๐	169
คำสั่งมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย แต่งตั้งคณะกรรมการ “การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ ๖”	174
รายนามวิทยากร และผู้อภิปราย	183
วิทยากรรับเชิญ	184
แผนผังห้องประชุม	185

พิธีมอบโล่เกียรติยศ



ขอมอบโล่เกียรติยศสูงสุดแก่

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วิระพงษ์ จัตรานนท์

เพื่อเชิดชูเกียรติ ในฐานะผู้อุทิศตน รุ่มเท บุคาบึก
และวางรากฐานการทำงานด้านนมแม่ระดับชาติ

ให้ไว้ ณ การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 6
วันที่ 8 - 10 พฤศจิกายน 2560

นพ. วชิระ เพ็งจันทร์
อธิบดี
กรมอนามัย

พญ. ศิริพร กัญชนะ
ประธาน
มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

ดร. สุปรีดา อุดยานนท์
ผู้จัดการ
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



พิธีมอบโล่เกียรติยศ

พิธีมอบโล่เกียรติยศ
เพื่อเชิดชูเกียรติ ในฐานะผู้อุทิศตน ทุ่มเท บุกเบิก
และวางรากฐานการทำงานด้านนมแม่ระดับชาติ
ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วีระพงษ์ ฉัตรานนท์
การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 6

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2560 ณ โรงแรมณเทยริเวอร์ไซด์ เวลา 11.00 น.

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ คือ ผู้ทรงคุณค่าในการบุกเบิกและจุดประกายนำพาสังคมไทยและสังคมโลก เคลื่อนเข้าสู่สังคมนมแม่ ช่วยเด็กไทยให้รอดพ้นจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันเกิดจากการไม่ได้กินนมแม่ได้อย่างมหาศาล

ตลอดระยะเวลาเกือบครึ่งศตวรรษ ท่านได้ทุ่มเทความรู้ ความมุ่งมั่น และความเพียร ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในระดับชาติและสากล โดยเริ่มเป็นแกนนำร่วมมือกับกองโภชนาการ กรมอนามัย ในการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วประเทศให้มีศักยภาพการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อมาได้เป็นแกนนำร่างหลักเกณฑ์ว่าด้วยการโฆษณาและจำหน่ายอาหารทดแทนนมแม่ และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องเป็นฉบับแรกของประเทศไทย จนพัฒนามาเป็น พรบ. นมผง ในปัจจุบันนี้

ท่านเป็นคนไทยคนแรกที่เข้ารับการอบรมหลักสูตร Certification in Lactation Education Management จาก WellStart USA ต่อจากนั้นได้รับทุนฝึกอบรม และจัดทำหลักสูตร Training of the Trainers เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และที่สำคัญคือได้ขอทุนจาก WellStart ให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ทั้งในระดับปฏิบัติและระดับบริหารเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าวรวม 7 รุ่น จนบุคคลกลุ่มนี้กลับกลายเป็นแกนนำระดับชาติกลุ่มแรกของประเทศที่ร่วมขับเคลื่อนนมแม่ จนส่งผลให้ประเทศไทยมีอัตราการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สูงขึ้น

ผลงานเชิงประจักษ์ที่โดดเด่นมาก คือ เป็นแกนนำสำคัญการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก หรือ Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) โดยดำเนินงานตาม “บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” โดยเป็นผู้นำและที่ปรึกษา UNICEF และกระทรวงสาธารณสุข ยกให้ประเทศไทยเป็นประเทศต้นแบบ 1 ใน 11 ประเทศแรกของโลกในการนำ BFHI มาทดลองใช้ จนแพร่หลายไปทั่วโลกในระยะต่อมา

จากผลงานที่ล้ำค่าดังกล่าว คงไม่ผิดไปจากความจริงมากนักที่จะกล่าวว่า ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ เป็นบิดาแห่งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย

คุณนันทน์ภัส เสรีจิตวิโรจน์

ผู้จัดการฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

บริษัท เดลต้า อีเลคโทรนิคส์ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

นิคมอุตสาหกรรมบางปู



“มุมมองแม่ เป็นการสร้างโอกาส
ให้พนักงานได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
สร้างคนดี มีคุณภาพ เป็นความหวัง
และอนาคตของประเทศไทย”

จุดเริ่มต้น เกิดจากแรงผลักดันภายใน เพราะตนเองไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งๆ ที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ แต่มีปัญหาต้องผ่าตัดคลอดและลูกอยู่ในตู้อบ ออกจากโรงพยาบาลไม่มีน้ำนมให้ลูกเสียดายมาก และไม่มีความรู้ในการบีบเก็บน้ำนม จึงตั้งใจว่าถ้ามีโอกาสบอกหรือแนะนำผู้อื่นจะแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะเมื่อก่อนไม่มีการสอนการอบรมเตรียมตัวช่วงตั้งครรภ์ทำให้พลาดโอกาสดีๆ นี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โครงการนี้ และเห็นการป่วยของลูกที่ไม่ได้ดื่มนมแม่ไม่แข็งแรง เป็นภูมิแพ้ หอบหืด ตอนเด็กๆ หยุดงานบ่อย ต้องไปหาหมอตอนดึกๆ ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองและเสียเวลา บริษัท เดลต้าฯ จึงได้เข้าร่วมโครงการเมื่อ วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ.2550 เป็นต้นมา โดยความเห็นชอบของฝ่ายบริหารที่ได้เล็งเห็นความสำคัญและมอบนโยบายในการส่งเสริมให้พนักงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แนวทาง Happy work place ตามนโยบายแห่งความสุข โดยมีแผนกิจกรรมและงบประมาณสนับสนุน รวมถึงมีการลงทุนในการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ซึ่งรวมไว้ในสวัสดิการสำหรับพนักงานหญิง

การดำเนินงานมุมมองแม่โดยเน้นการสื่อสาร

ในฐานะที่เป็นผู้จัดการฝ่ายทรัพยากรบุคคล รับผิดชอบโครงการนี้ตามเจตนารมณ์ของบริษัท โดยได้รับคำแนะนำจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย สำนักงานสวัสดิการคุ้มครองแรงงานจังหวัดสมุทรปราการและสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้มาให้คำแนะนำในการจัดตั้งห้องนมแม่ จึงได้นำมาถ่ายทอดให้คณะทำงานให้เข้าใจ และเมื่อมีนมแม่เปิดอย่างเป็นทางการจึงได้มีการประชาสัมพันธ์ให้พนักงานในองค์กรทราบถึงโครงการนมแม่ ผ่านช่องทางทางการฝึกอบรมพนักงานใหม่ การฝึกอบรมพนักงานตั้งครรภ์ อินทราเน็ต และการเปิดเผยข้อมูลบน website www.setsocialimpact.com บอร์ดประชาสัมพันธ์ ผ่านหัวหน้างาน จึงทำให้พนักงานเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นซึ่งก่อนหน้านี้จะมีนมแม่ก็มีพนักงานหลายท่านที่ได้ตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของน้ำนมแม่ได้บีบเก็บไว้ให้ลูกดื่มเองโดยไม่ไปบีบในท้องน้ำ

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน

บุตรของพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีสุขภาพแข็งแรง ลดการเจ็บป่วย ลดการ ขาด ลา มาสายและลดการลาออกจากงาน ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลูก คลายความวิตกกังวล พนักงานมีความรักผูกพันกับองค์กรเป็นองค์กรแห่งความสุข Happy Family นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแมียังส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ลดการใช้กระป๋องนม ขวดนม แปรงล้างขวดนม น้ำยาล้างขวดนม ภาชนะอื่นๆ ลดการใช้ น้ำ ใช้ไฟฟ้า จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแต่ประโยชน์มหาศาล ซึ่งบริษัทฯ ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้โดยรณรงค์ลดการใช้ขวดพลาสติก เป็นการช่วยกันลดภาวะโลกร้อน การดำเนินโครงการนี้ สำเร็จได้ โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร คณะทำงานที่เข้มแข็งช่วยกันดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน พนักงานที่มาใช้บริการให้ความร่วมมือช่วยกันดูแลเรื่องความสะอาด รักษาอุปกรณ์ของใช้ ทุกฝ่ายรู้จักหน้าที่ของตนเองจึงทำให้นมแม่เกิดความยั่งยืน



นายพิพ แจ่งสวัสดิ์

ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไปสำนักพัฒนาองค์กร
บริษัท ไทยซัมมิท ฮาร์เนส จำกัด (มหาชน)
นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง



“การมีนมแม่ในสถานประกอบการ คือ โอกาสของพนักงาน ในการสร้างทุนสมอง และทุนชีวิตกับลูก”

เริ่มรับผิดชอบการบริหารห้องนมแม่ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 โดยทางบริษัทฯ ได้สมัครเข้าร่วมโครงการจัดตั้งนมแม่ในสถานประกอบการ กับสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดชลบุรี และได้ดำเนินการบริหารจัดการห้องนมแม่เต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2554 บริษัทฯ ให้ความสนใจ เพราะ “การดูแลพนักงานหญิงเป็นสิ่งที่มีบริษัทฯ ให้ความสำคัญ และเรามองว่าลูกพนักงานก็คือลูกของเรา เราจึงคาดหวังว่าลูกของเราจะต้องได้รับสิ่งที่ดีที่สุดตั้งแต่แรกเกิด นั่นคือ นมแม่”

หลักการบริหารงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ด้วยองค์กรของเราเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace) ซึ่งงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องในทุกมิติของการดำเนินกิจกรรม Happy Workplace ขององค์กร หลักการบริหารเพื่อให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดผลสัมฤทธิ์ สรุปโดยย่อดังนี้

1. การกำหนดนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร
2. การไม่อนุญาตให้ตัวแทนจำหน่ายนมผงเข้ามาประชาสัมพันธ์ หรือแจกผลิตภัณฑ์ในองค์กร
3. การสนับสนุนและสร้างทีมรับผิดชอบให้มีความรู้ในการดำเนินการ
4. การสร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปั๊มนม รวมทั้งมีทีมให้การดูแลพนักงานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ แรกคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. การอนุญาตให้พนักงานที่เป็นคุณแม่มาปั๊มนมได้โดยไม่จำกัดเวลา และจำนวนครั้ง



อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังต้องอาศัยการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง การแสวงหาความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทีมงาน มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในองค์กร รูปแบบการใช้ชีวิตที่หลากหลาย (Lifestyle) ของพนักงาน การสังเคราะห์องค์ความรู้ให้เข้าใจง่ายเพื่อใช้ในการสื่อสารให้กับพนักงาน พนักงานที่เป็นคุณแม่ เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหาร และองค์กร ต้องสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งต่อเป้าหมายองค์กร และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยในความสำเร็จที่มีความท้าทายต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์กร

นายพรณรงค์ ว่องสุนทร

ผู้จัดการอาวุโส ฝ่ายพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรและฝึกอบรม
บริษัท เวสเทิร์น ดิจิตอล (ประเทศไทย) จำกัด



“การสร้างแรงบันดาลใจให้คุณแม่ ตระหนักถึงคุณค่าของน้ำนม
มีผลดีต่อลูกน้อยอย่างไร การสนับสนุนให้มีห้องนมแม่
เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความสุข
และพัฒนาคุณภาพชีวิตของพนักงาน อย่างยั่งยืน”

จุดเริ่มต้นเปิดห้องนมแม่ห้องแรกเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 ที่โรงงานบางปะอิน โดยเริ่มจัดการให้มีห้องนมแม่แยกออกจากห้องพยาบาล และถือเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “WD Happy Workplace ในมิติของ Happy Family มุ่งเน้นการให้ความสำคัญคุณภาพชีวิตกับคุณแม่ในสถานประกอบการได้ตระหนักถึงการเลี้ยงลูกนมแม่

“มีคณะกรรมการ Happy workplace ร่วมกำหนดนโยบายและมีแผนการดำเนินงาน ใช้ Happinometer วัดระดับความสุข 8 มิติ มีมุนนมแม่ปฏิบัติการเกณฑ์มาตรฐาน 5 ห้อง พร้อมทั้งกำหนดผู้ดูแลให้คำปรึกษาโดยแม่อาสาประจำตึก มีกิจกรรมฝึกอบรมให้พนักงานตั้งครรภ์ทุกเดือน และให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการแก่พนักงานทุกระดับ มีพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มจากเดิม”

หลักการบริหาร ใช้การส่งเสริมในทุกมิติผ่านกิจกรรม Happy Workplace ภายใต้คำว่า ขบวนการ (PROCESS)

- P : People/Passion
- R : Role Model
- O : Operation
- C : Control/Communication
- E : Enjoy/Environment
- S : Satisfaction
- S : Sustainable



การสร้างค่านิยมขององค์กร คือ คิดให้ไกล ไปให้ถึง ก้าวไปด้วยกัน สนับสนุนการจัดบรรยากาศในการทำงาน ให้สอดคล้องกับพนักงานตลอดเวลา และส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และอาชีวอนามัยในการทำงาน มีการจัดระบบการทำงานในมาตรฐาน 6S ไม่ใช่เฉพาะในส่วนของ Happy Family เท่านั้น และเพิ่มเติมให้เกิดความรักความผูกพัน มาถึงพนักงานที่มีต่อองค์กร เริ่มจากมุนนมแม่ ถ่ายทอดออกไปสู่ความยั่งยืนจากเด็กวันนี้ อีกไม่กี่ปี เขาอาจจะกลับมาเป็นบุคลากรที่ดีมีคุณภาพของ บริษัท เวสเทิร์น ดิจิตอล (ประเทศไทย) ต่อไป

เรามีความภูมิใจที่จะบอกว่าขณะนี้เรามี “คุณแม่ลูก” ที่มาทำงานในบริษัทเรา 47 คน และเหตุผลนี้คงบอกกับทุกคนได้ว่า เวสเทิร์น ดิจิตอล เป็นที่ทำงานที่ทำให้คนมีความสุขแห่งหนึ่งในประเทศไทยเพื่อคนไทย และเพื่อสังคมไทย เราจะมุ่งมั่นทำให้คุณภาพชีวิตของพนักงาน ของเราดีขึ้นเท่าที่จะสามารถทำได้

นายสิกรีพร ชลายน

ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไป
บริษัท สยามเดินโซ่ แมนูแฟคเจอร์ส จำกัด และ
บริษัท สยามเคียวชันเดินโซ่ จำกัด



“บริษัทมุ่งมั่นพัฒนาคุณแม่แม่
และการดูแลบุตรของพนักงานให้มีสุขภาพแข็งแรง
เพื่อให้พนักงานทำงานอย่างมีความสุข”



ได้จัดตั้งโครงการ “มุนนมแม่सानสายใยรักแห่งครอบครัว” ตั้งแต่ พ.ศ.2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พนักงานในองค์กรได้มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเพื่อให้ทราบถึงความมุ่งมั่นของบริษัทฯ ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มคุณแม่ที่ทำงานปีบนานใน “มุนนมแม่ สานสายใยรักแห่งครอบครัว” โดยจัดพื้นที่ข้างห้องพยาบาล “มุนนมแม่” ของบริษัทฯ คือ หนึ่งในกิจกรรม Happy Family ภายใต้โครงการ Happy work place ที่บูรณาการกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องร่วมกับโครงการอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเพื่อเป็นสวัสดิการแก่พนักงานทุกคนในบริษัท โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิศุภนิยมนแม่ฯ และสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดชลบุรี และเนื่องจากบริษัทฯ เป็นบริษัทญี่ปุ่น ที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารทุก 2-4 ปี ดังนั้นเราจะต้องมีการปรับกลยุทธ์ ในการนำเสนอผู้บริหารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ รวมถึงให้การสนับสนุนมุนนมแม่ของเราอย่างต่อเนื่อง เพราะมุนนมแม่ของเรามีพนักงานมาใช้มากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องของงบประมาณเพิ่มเติมในการขยายหรือปรับปรุงมุนนมแม่อย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้บริหารยอมรับความคิดเห็นหรือให้การสนับสนุนการของงบประมาณนั้นเป็นเรื่องที่ง่าย ดังนั้น ทีมงานต้องมีการปรับกลยุทธ์เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งปัจจัยภายในองค์กรและภายนอกองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานราบรื่นและมุนนมแม่ของเรายังคงอยู่ต่อไป

แผนพัฒนาคุณแม่แม่

Vision

เป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริหารกิจกรรมมุนนมแม่สานสายใยรักแห่งครอบครัวในจังหวัดชลบุรี

Mission

- พัฒนาระบบบริการเรื่องกิจกรรมมุนนมแม่ให้พนักงานเกิดความพึงพอใจ
- ให้ความรู้ด้านวิชาการในกิจกรรมมุนนมแม่และการดูแลบุตรให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อให้พนักงานทำงานภายในบริษัทฯ อย่างมีความสุข
- สนับสนุนการเรียนรู้การเลี้ยงดูด้วยนมแม่สู่ชุมชน และพัฒนาไปพร้อมกับบริษัทฯ

Strategy 1 พัฒนาระบบบริการและสร้างมาตรฐานห้องมุนนมแม่และส่งเสริมให้พนักงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 100%

Strategy 2 พัฒนาเรื่องสุขภาพของทารก และสุขภาพของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

Strategy 3 พัฒนาทำกิจกรรมและสร้างมาตรฐานมุนนมแม่สู่ครอบครัวพนักงาน

Strategy 4 พัฒนาอย่างต่อเนื่องกิจกรรมมุนนมแม่โดยให้เข้าถึงพนักงานครอบครัว และสู่ชุมชน

นางสาวกรรณิกา เชินมุกดา

รองผู้อำนวยการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
บริษัท แมริกอท จิวเวลรี่ (ประเทศไทย) จำกัด
นิคมอุตสาหกรรมบางปู



“มุมมองแม่เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับครอบครัว พนักงานหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ส่งผลให้พนักงานในองค์กร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บริหารเพราะได้สวัสดิการที่ดี”

เริ่มทำโครงการนมแม่ในปี พ.ศ. 2550 เนื่องจากผู้บริหารเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดสายใยรัก แม่กับลูกได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น จึงจัดทำโครงการนี้ ให้กับพนักงาน การดำเนินกิจกรรมในช่วงแรกๆ ใช้วิธีการลงมือและแก้ปัญหาไป โดยใช้วงจรพัฒนางานแบบง่าย คือ Plan-Do-Check-Act ได้เกิดรูปแบบการดำเนินงานในการแก้ปัญหาหลายอย่าง ได้แก่ การจัดทำโมเดล เต้านมต่างๆ สำหรับการฝึกอบรม การให้โรงพยาบาลมีเมนูอาหารสำหรับพนักงานตั้งครรภ์และให้นมบุตร รวมถึงการไปเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลพนักงานหลังคลอดและลูก

จากการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลายาวนาน ทางบริษัทฯ ได้มีแผนการพัฒนางานนมแม่ดังนี้

- มีนโยบายสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยแม่ อนุญาตให้พนักงานมาบีบเก็บน้ำนมได้โดยไม่จำกัดเวลา รวมถึงนโยบายดูแลสุขภาพพนักงาน เช่น การส่งเสริมการดูแลเรื่องอาหารสะอาด กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ และสุขอนามัยที่ดี มีนมแม่ที่ได้รับมาตรฐาน
- ประสานฝ่ายบุคคลหาข้อมูลพนักงานตั้งครรภ์ แยกพนักงานที่ตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังออก
- อบรมให้ความรู้ และมีสื่อการสอนเรื่องเต้านม มีกระเป๋ายูนิแมทหลังคลอดสำหรับพนักงาน แจกถุงนมเดือนละ 2 กลุ่ม คือ พนักงานตั้งครรภ์และแม่ให้นม โดยมีพยาบาลประจำมีการรวมกลุ่ม เพื่อแชร์ประสบการณ์นมแม่ แก้ไขปัญหาหัวนม ทุกวันเสาร์ (สอนบีบนมด้วยมือ)
- กิจกรรมพี่สอนน้อง กิจกรรมเยี่ยมบ้านหลังคลอด จัดประกวดคำขวัญวันแม่ในเดือนสิงหาคม มีโมเดลอาหารสมุนไพรชีสผักสำหรับสอนพนักงาน
- ทำ work shop ลงพื้นที่คุณแม่ที่กำลังบีบนม
- หาคุณแม่จิตอาสาหลังคลอดร่วมทีมงาน
- Moral คุณแม่ดีเด่น

โดยสรุป โครงการนมแม่ เป็นแหล่งเรียนรู้และดูงานของรัฐและเอกชน และขยายเรื่องนมแม่ไปสู่การลงพื้นที่เยี่ยมบ้านและชุมชน

จากผลการประเมินพนักงานมีความพึงพอใจร้อยละ 87.50 ปัจจุบัน มีพนักงานใช้บริการ 26 คน รวมตั้งแต่ตั้งโครงการมีพนักงาน 172 คน ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้พนักงานลาภิจ ลาป่วยในกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงถึง 4.21 % มีแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 8-14 เดือน (N = 172) พนักงานประหยัดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 5,000 บาท



บทความ ประกอบการบรรยายวิชาการ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับสุขภาพสมองของแม่

พ.อ.หญิง ผศ. พญ. ปรีศนา พาณิชกุล

กองสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มต้นมาตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ และ ต่อเนื่องจนกระทั่งถึงระยะคลอดและหลังคลอดที่เรียกรวมว่า peripartum period ทั้งนี้ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีนั้น ในการเป็นแม่ในอนาคต เป็นช่วงเวลาที่ยิ่งว่าสตรีมีความอ่อนไหวมากที่สุด ช่วงเวลาหนึ่งของชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและสรีรวิทยา

การเปลี่ยนแปลงของสมองแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็เช่นเดียวกัน ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมของการเป็นแม่ที่จะช่วย เพื่อให้แน่ใจว่า แม่สามารถจะดูแลลูกที่เกิดมาให้อยู่รอดต่อไปได้ และยังมีการเปลี่ยนแปลงที่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและทางสุขภาพจิตของแม่ที่ต้องปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสมในระยะหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในช่วง peripartum period พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองของแม่ในบางส่วนของพิเศษที่อาจเรียกว่าเป็น “วงจรไฟฟ้าของการเป็นแม่ (maternal circuitry)” ที่มีความจำเป็นต่อการเริ่มต้นต่อการคงไว้ และการควบคุมพฤติกรรมของการเป็นแม่ เช่น การสร้างรัง การปกป้องลูก เป็นต้น นอกจากนี้ บางส่วนควบคุมความจำ การเรียนรู้ และการตอบสนองต่อความกลัวและความเครียด¹ โดยส่วนหนึ่งของ maternal circuitry นี้ คือ ระบบที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจของแม่ (maternal motivational system) ที่พบในการศึกษาในหนูทดลองของ Numan M.² ที่พบส่วนของสมองที่เรียกว่า medial preoptic area (MPOA) ที่เป็นส่วนวิฤติที่จะเป็นส่วนที่รวมสัญญาณจากฮอร์โมนต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงและการรับรู้ความรู้สึกที่เข้ามาในแม่นำไปสู่ maternal circuitry และยังมีส่วนของสมองที่เรียกว่า nucleus supraopticus (SON) ที่มีบทบาทสำคัญ^{1,3}

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองของแม่ พบว่า ขนาดของสมองส่วน pituitary จะขยายใหญ่ขึ้น ขณะตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยอาจเป็นผลจากการเพิ่มจำนวนเซลล์ รวมถึงที่บริเวณ MPOA และ SON และส่วนอื่นๆ และยังพบมีการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ (neurogenesis) ในสมองของแม่ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่เป็นที่เข้าใจชัดเจน แต่คาดว่าเซลล์ประสาทใหม่เหล่านี้ทำงานประสานกับวงจรไฟฟ้าของการเป็นแม่เดิมที่มีอยู่ก่อนแล้ว และน่าจะช่วยส่งเสริมความอ่อนตัวและการตอบสนองของแม่ต่อสิ่งกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงในสภาวะแวดล้อมใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงความต้องการอย่างมากในช่วงเวลาที่สำคัญนี้¹

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสมองของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในช่วง peripartum period โดยเฉพาะช่วงที่มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของสมองของแม่ที่พบเป็นผลมาจากฮอร์โมนหลัก² ฮอร์โมน คือ โพรแลกติน (prolactin) และ ออกซิโทซิน (oxytocin) โดยพบว่าระบบของโพรแลกตินและออกซิโทซินจะถูกกระตุ้นอย่างมากในช่วงนี้ พบว่ามี oxytocin- และ prolactin-mRNA expression และ oxytocin-receptor, prolactin-receptor

expression สูงในเนื้อสมอง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด การมีการสร้างน้ำนมแม่ (lactogenesis) และการหลั่งของน้ำนมแม่ (milk ejection) รวมทั้งการเกิดพฤติกรรม หรือ สัญชาตญาณ การเป็นแม่¹

1. ฮอร์โมนโปรแลคติน รวมทั้งฮอร์โมนที่มีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน คือ closely-related placental lactogen ที่สร้างจากรกพบว่า ฮอร์โมนโปรแลคติน นอกจากจะมีบทบาทที่สำคัญในการเจริญของต่อมน้ำนมและในการสร้างน้ำนมแล้ว ยังพบว่ายังมีผลต่อสมองของแม่ในการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมการเป็นแม่ในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ โปรแลคตินที่สูงยังมีผลให้เกิดการตกไข่ไม่ให้เกิดการตกไข่ ในขณะที่ตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อีกทั้งยังพบว่ามียีนที่เฉพาะที่เกี่ยวกับการกระตุ้นการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ในสมองของแม่ที่อาจช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมในด้านอารมณ์และพฤติกรรมการเป็นแม่⁴ โดยมีผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าส่วนของสมองที่ตอบสนองต่อโปรแลคตินอยู่ที่ MPOA หากส่วนของ prolactin-receptor ที่ MPOA นี้หายไปจะมีผลให้เกิดการไม่สนใจที่จะดูแลเลี้ยงลูกในหนูทดลอง³
2. ฮอร์โมนออกซิโทซิน เป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อ (myoepithelial) ให้ต่อมน้ำนมและท่อหน้านมบีบน้ำนมออกจากเต้านม และยังมีผลกระตุ้นการหดตัวของมดลูกลดการตกเลือดในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ออกซิโทซิน ยังมีบทบาทที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเป็นแม่ในระยะหลังคลอด รวมถึงการก่อเกิดสายสัมพันธ์แม่-ลูก หรือ เพิ่มพฤติกรรมความเป็นแม่ โดยทำงานร่วมกับโดปามีน (dopamine)^{1,5} โดยส่วนของสมองที่มีเซลล์ประสาทที่มีออกซิโทซินสูงจะอยู่ที่ส่วน SON นอกจากนี้ ยังพบว่า oxytocin-receptor expression ที่สูงในเนื้อสมอง ส่งผลเพิ่มพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น และยังมีส่วนสำคัญในการช่วยลดความเครียดของแม่ขณะให้นม (lactation-associated anxiolysis) ทำให้แม่สงบได้มากกว่า

จะเห็นได้ว่าการทำงานของทั้ง² ฮอร์โมน คือ โปรแลคตินและออกซิโทซิน โดยทำงานร่วมกัน ถือเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมเปลี่ยนแปลงบทบาทของแม่ในระยะหลังคลอด การจัดการกับความเครียดและความกังวล ช่วยส่งเสริมให้แม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดในช่วงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม และอาจส่งผลให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Hiller KM, Jacobs VR, Fischer T, Aigner L. The Maternal Brain: An Organ with Peripartal Plasticity. *Neural Plasticity* 2014, Article ID 574159, 20 pages. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/574159>
2. Numan M. Motivational systems and the neural circuitry of maternal behavior in the rat. *Developmental Psychobiology* 2007; 49 (1):12–21.
3. Brown RSE, Aoki M, Ladyman SR, Phillipps HL, Wyatt A, Boehm U, et. al. Prolactin action in the medial preoptic area is necessary for postpartum maternal nursing behavior. *PNAS* 2017; 114(40): 10779-84. Available from: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1708025114
4. Grattan D. A Mother's Brain Knows. In: *Neuro-endocrinology, briefing. J Neuroendocrinol.* 2011;23(11):1188-9. doi: 10.1111/j.1365-2826.2011.02175.x.
5. Cox EQ, Stuebe A, Pearson B, Grewen K, Rubinow D, Meltzer-Brody S. Oxytocin and HPA stress axis reactivity in postpartum women. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 55: 164–172. doi:10.1016/j.psyneuen.2015.02.009.

Breastfeeding and Stunting

พศ.พญ.อสรวิศา ดำรงวงศ์ศิริ

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

นมแม่นับเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหารและสารชีวภาพซึ่งส่งเสริมให้ทารกที่กินนมแม่มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัย ทารกที่มีสุขภาพดีและได้รับนมแม่จากมารดาที่มีภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์จะมีการเจริญเติบโตที่ดี และ พัฒนาการที่เหมาะสมกับช่วงอายุ แม้ว่าโดยธรรมชาติ ต่อมน้ำนมจะมีการสร้างให้นมแม่มีสารอาหารครบถ้วนสมบูรณ์ผ่านกลไกการขนส่งสารอาหารต่างๆ จากเลือดของมารดาสู่ต่อมน้ำนม แต่มีสารอาหารในนมแม่หลายชนิดแปรผันตามภาวะโภชนาการ และการได้รับอาหารของมารดา

ดังนั้น การที่ทารกได้กินนมแม่อย่างเดียวนั้น อาจมีปัญหาด้านการเจริญเติบโตได้ หากทารกได้รับนมแม่ไม่เต็มที่ หรือมารดามีปัญหาทุโภชนาการ และ การขาดสารอาหาร

ผลจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเตี้ย (stunting) ในเด็กเล็ก บางการศึกษาพบว่า หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเตี้ยในทารกและเด็กเล็กคือ ระยะเวลาที่ทารกได้กินนมแม่ การศึกษาในประเทศเนปาลและไนจีเรีย พบว่า การที่ทารกได้รับนมแม้นานมากกว่า 12 เดือน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกมีภาวะเตี้ยประมาณ 2-3 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 12 เดือน การศึกษาในประเทศแทนซาเนียพบว่าทารกที่กินนมแม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับทารกที่ไม่ได้กินนมแม่ แต่ไม่มีความแตกต่างของความยาว การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ทำการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำอย่างใกล้ชิด (peer counseling) กับพื้นที่ที่ไม่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศอุกันดา พบว่า ทารกจากพื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีภาวะเตี้ยและน้ำหนักน้อยมากกว่าทารกจากพื้นที่ที่ไม่ได้รับการส่งเสริม

แม้ว่าผลการศึกษาต่างๆ เหล่านี้ บ่งชี้ว่า การกินนมแม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการในทารกและเด็กเล็ก แต่หากพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้ จะพบว่าเป็นข้อมูลจากการศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนา ในพื้นที่ที่มีความยากจน ซึ่งหญิงให้นมบุตรอาจมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี รวมทั้งการกินอาหารของทารกและเด็กเล็กในช่วงหลัง 6 เดือนเป็นต้นไป อาจไม่มีความเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการได้

สังเกตว่า ผลการศึกษาในลักษณะนี้ ไม่พบในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจช่วยลดดัชนีมวลกายของทารกและเป็นปัจจัยช่วยป้องกันการเกิดโรคอ้วนในเด็กเล็ก นอกจากนั้น อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยกวน เช่น ผู้เลี้ยงดูหลัก (พ่อ แม่ หรือญาติคนอื่นๆ) สุขภาพของทารก การขาดสารอาหารบางชนิด เป็นต้น

การศึกษาในประเทศเปรู พบว่า ระยะเวลาของการให้กินนมแม่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความยาวของเด็กเล็กเมื่ออายุ 15 เดือน แต่เมื่อมีการวิเคราะห์ทางสถิติอย่างละเอียด กลับพบว่า ทารกที่มีปัญหาสุขภาพและการเจริญเติบโตมักเป็นกลุ่มมารดาที่มีความพยายามให้ทารกได้กินนมแม่มากกว่าที่จะเลือกกินนมผงทดแทนสำหรับทารก

อย่างไรก็ตาม ในทางคลินิก กุมารแพทย์มักได้รับคำปรึกษาเรื่องทารกและเด็กเล็กที่มีภาวะตัวเตี้ยหรือน้ำหนักน้อย โดยส่วนหนึ่งเป็นทารกและเด็กเล็กที่กินนมแม้นาน เมื่อซักประวัติจะพบว่า ทารกมีการเจริญเติบโตในช่วง 6 เดือนแรก หลังจากนั้น มีการลดลงของอัตราการเจริญเติบโตในช่วงอายุ 6-8 เดือน

เป็นต้นไป ทารกจะกินนมแม่ได้ดีและบ่อยครั้ง แต่มีประวัติการกินอาหารตามวัยน้อย ไม่เหมาะสม และอาจมีภาวะกินยาก (feeding difficulty) ร่วมด้วย เนื่องจากในช่วงอายุตั้งแต่ 6 เดือนเป็นต้นไป ทารกจำเป็นต้องได้รับพลังงานจากอาหารตามวัยควบคู่ไปกับนมแม่ และเมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไป เด็กเล็กจำเป็นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารจากอาหารเป็นหลัก

ดังนั้น ทารกและเด็กเล็กที่กินนมแม่และมีปัญหาการกินอาหาร จึงไม่ได้รับพลังงานเพียงพอในการเจริญเติบโต และ เกิดภาวะตัวเตี้ย หรือ น้ำหนักน้อยตามมา

โดยสรุป สาเหตุที่ทำให้ทารกที่กินนมแม่มีภาวะเตี้ย ได้แก่ มารดาที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ มีภาวะทุพโภชนาการ หรือ ไม่สามารถให้กินนมแม่ได้อย่างเต็มที่ ทารกและเด็กเล็กที่กินนมแม่นานกว่า 6 เดือนเป็นต้นไป แต่ได้รับอาหารตามวัยที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพของอาหารตามวัย ทารกและเด็กเล็กที่มีปัญหาในการกินอาหาร เช่น ปัญหากินยาก เลือกกิน เป็นต้น

ดังนั้น การป้องกันปัญหาภาวะตัวเตี้ยในทารกและเด็กเล็กที่กินนมแม่ ควรให้ความสำคัญต่อการดูแลภาวะโภชนาการและการได้รับอาหารของมารดาที่ให้นมบุตร รวมทั้งการให้อาหารตามวัยแก่ทารกและเด็กเล็กที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Wali N, Renzaho AMN, Merom D. Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017;14(8). pii: E863. doi: 10.3390/ijerph14080863.
2. Caulfield LE, Bentley ME, Ahmed S. Is prolonged breastfeeding associated with malnutrition? Evidence from nineteen demographic and health surveys. *Int J Epidemiol*. 1996;25(4):693-703.
3. Akombi BJ, Agho KE, Hall JJ, Merom D, Astell-Burt T, Renzaho AM. Stunting and severe stunting among children under-5 years in Nigeria: A multilevel analysis. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):15. doi: 10.1186/s12887-016-0770-z.
4. Tiwari R, Ausman LM, Agho KE. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives: evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC Pediatr*. 2014;14:239. doi: 10.1186/1471-2431-14-239.

5. Chirande L, Charwe D, Mbwana H, Victor R, Kimboka S, Issaka AI, et al. Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania: evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatr*. 2015;15:165. doi: 10.1186/s12887-015-0482-9.

6. Fadnes LT, Nankabirwa V, Engebretsen IM, Sommerfelt H, Birungi N, Lombard C, et al. Effects of an exclusive breastfeeding intervention for six months on growth patterns of 4-5 yearold children in Uganda: the cluster-randomised PROMISE EBF trial. *BMC Public Health*. 2016;16:555. doi: 10.1186/s12889-016-3234-3.

7. Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, Lisboa BO, Victora CG. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):20-9. doi: 10.1111/apa.13160.

8. Wallby T, Lagerberg D, Magnusson M. Relationship between breastfeeding and early childhood obesity: Results of a prospective longitudinal study from birth to 4 years. *Breastfeed Med*. 2017;12:48-53. doi: 10.1089/bfm.2016.0124. Epub 2016 Dec 19.

9. Marquis GS, Habicht JP, Lanata CF, Black RE, Rasmussen KM. Association of breastfeeding and stunting in Peruvian toddlers: an example of reverse causality. *Int J Epidemiol*. 1997 ;26(2):349-56.

10. Lawrence RA, Lawrence RM. Normal growth, failure to thrive, and obesity in breastfed infants. In: Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*. 7th edition. USA: Elsevier Mosby; 2011. p.336-63.

Substance Use and Breastfeeding

พญ. ริชาพรรณ ชูแก้ว

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ปัญหาการใช้สารเสพติด เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในช่วงหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่น อนุพันธ์ฝิ่น สารกระตุ้น และ กัญชา เป็นต้น ทำให้สามารถพบปัญหาแม่ที่ตั้งครรภ์ใช้สารเสพติดร่วมด้วยได้ ซึ่งแม่กลุ่มนี้มักจะได้รับคำแนะนำให้หยุดใช้สารตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ แต่ถ้าหากยังมีการใช้ต่อไป มักจะได้รับคำแนะนำให้งดการให้นมลูก เนื่องจากเชื่อว่าสารเสพติดนั้นจะผ่านน้ำนม และเป็นอันตรายต่อทารก

ในความเป็นจริงแล้ว ข้อมูลเรื่องผลของการใช้สารเสพติดต่อการให้นมบุตรยังมีไม่มากพอที่จะสรุปได้เป็นที่แน่นอน เนื่องจากในการศึกษา แม่ส่วนใหญ่จะใช้สารเสพติดต่อเนื่องมาตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงให้นมบุตร จึงไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจนว่าผลการศึกษา นั้น เป็นผลจากการที่แม่ใช้สารเสพติดช่วงให้นมบุตรด้วยหรือไม่ อีกทั้งแม่ที่ใช้สารเสพติดมักจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคมอื่นๆ เช่น โรคทางกายอันเกิดจากการใช้สารเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรังทางจิตเวช ปัญหาด้านสถานะการเงินและความเป็นอยู่ การศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญต่อพัฒนาการของทารก ซึ่งในการศึกษาวิจัย เชื่อว่า ปัญหาพัฒนาการของเด็ก ที่แม่ใช้สารเสพติดมักเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เหล่านี้ มากกว่าจากผลกระทบจากสารที่ผ่านน้ำนม

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลและการศึกษาทั้งหมด มีหลักการในการพิจารณาให้นมลูกในแม่ที่ใช้สารเสพติดดังนี้ คือ มุ่งเน้นให้แม่เข้าสู่การบำบัดรักษาเรื่องการใช้สารเสพติดตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะช่วง 3 เดือน ก่อนครบกำหนดคลอด ควรหยุดสารทุกชนิด นอกจากมีเหตุผลทางการแพทย์ที่จำเป็น และเน้นให้เข้าสู่การบำบัดรักษาต่อเนื่องไปจนกระทั่งช่วงหลังคลอด เนื่องจากแม่ที่หยุดใช้สารเสพติดช่วงตั้งครรภ์ ประมาณครึ่งหนึ่งจะกลับไปใช้สารเสพติดทันทีหลังคลอด ส่วนการให้นม ควรพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ของการให้นมแม่กับความเสี่ยงจากสารเสพติดที่จะผ่านน้ำนม รวมทั้งความเสี่ยงของการรับนมแม่บริจาคหรือการใช้นมผง และการไม่ได้รับนมแม่ด้วย ซึ่งจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

โดยทั่วไป หากแม่ใช้สารเสพติดจำพวกอนุพันธ์ฝิ่น เช่น เฮโรอีน เป็นต้น จะแนะนำให้แม่ได้รับการรักษาด้วยเมธาโดน (Methadone Maintenance Therapy : MMT) ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีหลักฐานถึงความปลอดภัยและคุ้มค่าในการให้นมเมื่อเทียบกับสารอื่นๆ

สำหรับแอลกอฮอล์ สามารถดื่มได้ไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐานโดยประมาณ (เบียร์ 2 กระป๋อง) และแนะนำให้เว้นระยะเวลาให้นม 2 ชั่วโมง หลังจากดื่มครั้งสุดท้าย อย่างไรก็ตาม หากแม่มีน้ำหนักตัวมากหรือดื่มในปริมาณที่เกินกว่านี้ อาจต้องพิจารณาเว้นระยะนานกว่านั้น

สำหรับกัญชา มีหลักฐานว่ามีผลต่อการพัฒนาของระบบประสาทชัดเจน หากได้รับในช่วงที่ระบบประสาทกำลังมีการพัฒนา แต่ในแม่ให้นมนั้น เชื่อว่า ผลกระทบจากภาวะง่วงซึม และ ความสามารถในการดูแลลูกที่ลดลงของแม่ มีผลมากกว่าผลกระทบจากสารโดยตรง

สำหรับแม่ที่สูบบุหรี่ แนวทางส่วนใหญ่ แนะนำให้ส่งเสริมให้แม่ให้นมบุตร ร่วมไปกับการกระตุ้นให้หยุดสูบบุหรี่ ยาที่ใช้รักษาการติดยาหรือสามารถช่วยร่วมกับการให้นมบุตรได้ ทั้งยา Bupropion รวมถึง Nicotine Replacement ส่วนแม่ที่ใช้สารเสพติดจำพวกสารกระตุ้น แนะนำให้เว้นระยะการให้นมอย่างน้อย 24 ชั่วโมงจากการใช้ครั้งสุดท้าย แต่อย่างไรก็ตาม ขึ้นอยู่กับปริมาณสารที่แม่ใช้ด้วย

ภาวะขาดสารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อย: ธาตุสังกะสีและวิตามินดี Micronutrient Deficiency: Zinc and Vitamin D

ศ. พญ. กุสุมา ชูศิลป์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อย (Micronutrients) หมายถึง สารอาหาร ที่ร่างกายต้องการน้อยกว่า 100 มิลลิกรัม ต่อวัน เพื่อช่วยการทำงานด้านสรีรวิทยาของร่างกาย ในการสร้างสารเร่งปฏิกิริยา (Enzyme) ในกระบวนการเมตาบอลิซึม สร้างฮอร์โมน และสารชีวภาพต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมทั้งการเสริมสร้าง และ คงสภาพสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

สารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อย ประกอบด้วย

1) กลุ่มแร่ธาตุ ได้แก่ เหล็ก โคบอลท์ โครเมียม ทองแดง ไอโอดีน แมงกานีส ซีลีเนียม สังกะสี และ โมลิบดีนัม

2) กลุ่มวิตามิน ได้แก่ วิตามินที่ละลายน้ำ และ วิตามินที่ละลายในไขมัน แม้ร่างกายต้องการสารอาหารนี้ในปริมาณน้อย แต่ภาวะขาดสารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อย มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในเด็กและหญิงตั้งครรภ์ การได้รับในปริมาณที่มากเกินไป ก็มีผลเสียกับสุขภาพเช่นเดียวกัน

ภาวะขาดสารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อยที่พบบ่อยในทารก ได้แก่ วิตามินดี วิตามินเค ธาตุเหล็ก วิตามินเอ แคลเซียม และธาตุสังกะสี สาเหตุการขาดสารอาหารที่ต้องการปริมาณน้อย ได้แก่ การได้รับจากอาหารไม่เพียงพอ การดูดซึมลดลงจากภาวะติดเชื้อ หรือ โรคอื่นๆ อาจพบได้บ้างในมารดาและทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

ภาวะขาดธาตุสังกะสีในการก

สังกะสี เป็นแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับทารกและเด็ก ร่างกายต้องการอย่างเพียงพอ ในระยะเริ่มต้นของชีวิต ธาตุสังกะสีอยู่ในเซลล์ทั่วร่างกาย เพื่อกระตุ้นการทำงานของเอ็นไซม์ ประมาณ 100 ชนิด จำเป็นในการสร้าง DNA ที่ใช้ในการแบ่งตัวของเซลล์ สร้างภูมิคุ้มกันในร่างกาย และจำเป็นในการรักษาแผล สังกะสีเป็นสารอาหารที่จำเป็น สำหรับการเจริญเติบโตของทารก ตั้งแต่ในครรภ์มารดาจนถึงวัยรุ่น แม้ว่าร่างกายต้องการไม่มากนัก แต่ภาวะขาดสังกะสีมีผลกระทบต่อร่างกาย

ร่างกายควรได้รับปริมาณสังกะสีเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทารกอายุ 0-6 เดือนต้องการสังกะสี 2 มิลลิกรัมต่อวัน ทารกอายุ 7-12 เดือน และ เด็กอายุ 1-3 ปี ต้องการเท่ากัน เพียง 3 มิลลิกรัมต่อวัน ปริมาณสังกะสี ที่ได้รับจากอาหารจำกัดสูงสุด ที่ 4 มิลลิกรัมต่อวัน 5 มิลลิกรัมต่อวัน และ 7 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่ออายุ 0-6 เดือน 7-12 เดือน และ 1-3 ปีตามลำดับ

ธาตุสังกะสี (Zn) อยู่ในอาหารที่รับประทานเป็นประจำ แต่มีปริมาณแตกต่างกันในอาหารแต่ละชนิด อาหารที่มีสังกะสีสูงมากๆ เช่น ข้าวสาลี ดิบ เนื้อวัว เนื้อหมู หอยนางรม ไข่ ถั่วลิสง เม็ดมะม่วงหิมพานต์ และเต้าหู้ ในนมผสมสูตรทารกมีสังกะสี 3.98±0.25 มิลลิกรัม ต่อลิตร

ระดับสังกะสีในน้ำนมแม่ ลดลงตามระยะการสร้างน้ำนมที่นานขึ้น หัวนมวันแรกมีสังกะสีสูงสุด 11.0± 2.79 ไมโครกรัมต่อลิตร และลดลงเหลือ ประมาณ 6.78± 1.64 มิลลิกรัมต่อลิตร และ 2.95±0.77 มิลลิกรัมต่อลิตร เมื่อทารกอายุ 1 เดือน และ 2 เดือนตามลำดับ เมื่อทารกอายุ 6 เดือน ได้รับสังกะสีจาก

นมแม่ 1.0- 1.5 มิลลิกรัมต่อวัน ในช่วงอายุน้อยกว่า 6 เดือน ปริมาณสังกะสีในนมแม่ ยังเพียงพอกับความ ต้องการของทารก แต่ไม่เพียงพอกับความ ต้องการตั้งแต่อายุ 7 เดือนขึ้นไป ทารกจึงจำเป็นต้องได้รับอาหารตามวัยที่มีสังกะสีอย่างเพียงพอ

ทารกที่มีภาวะขาดสังกะสีส่วนใหญ่ เกิดจากการได้รับประทานไม่เพียงพอ โดยเฉพาะทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ในประเทศที่กำลังพัฒนา ตั้งแต่อายุ 4-6 เดือน ทารกที่ขาดสังกะสีอาจมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันโรคก่อนมีระดับสังกะสีในพลาสมาต่ำกว่าปกติ (66-83 ไมโครกรัม/ เดซิลิตร) ควรสงสัยภาวะขาดสังกะสีในทารกที่มี 1) การเจริญเติบโตช้า โดยเฉพาะทารกที่มีความยาวเทียบอายุต่ำกว่าเกณฑ์ 2) การดูดซึมสารอาหารผิดปกติในลำไส้ เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นไขมัน ท้องเสียเรื้อรัง 3) มีผื่นแพ้ผิวหนัง 4) เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อรุนแรงและ/ หรือ เรื้อรัง 5) โรคตับเรื้อรัง 6) โรคไต 7) โรคเลือดและ 8) ทารกที่มาด้วย acrodermatitis enterohepatica ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับความผิดปกติทางด้านพันธุกรรม หรือ ความพิการแต่กำเนิด ทารกที่เกิดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วหลังเกิด จะต้องการสังกะสีเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะขาดสังกะสีที่รุนแรงได้

ทารกไทยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสังกะสี การศึกษาในทารกอายุ 4-6 เดือน ของ ผศ. พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริและคณะ (ปี ค.ศ. 2015) พบว่า กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่ กลุ่มทารกที่ได้นมผสม และได้ทั้งนมแม่และนมผสม มีภาวะขาดสังกะสี (ระดับสังกะสีในเลือดน้อยกว่า 10.7 ไมโครโมลต่อลิตร) คิดเป็นร้อยละ 14.3 ร้อยละ 53 และ ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของสังกะสีในพลาสมา เท่ากับ (18.4±7.6, 20.0±6.3, 18.2±4.9 ไมโครโมลต่อลิตร ในกลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่ กลุ่มทารกที่ได้นมผสมและได้ทั้งนมแม่ และนมผสมตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเดียวกันนี้ สรุปว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดสังกะสีของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับสังกะสีในเลือดของมารดา (10.0 :13.29 ไมโครโมลต่อลิตร, p=0.043) ภาวะขาดธาตุสังกะสีของมารดา(OR= 2.54, 95%CI 0.81-7.86, p=0.02) และระดับสังกะสีในนมแม่ (r=0.56, p=0.0)

แม้ว่าจะพบน้อยมาก ในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว อาจมาด้วยความผิดปกติของผิวหนังจาก acrodermatitis อย่างรุนแรง และตอบสนองอย่างรวดเร็วจากการเสริมยาที่มีสังกะสี ทารกเหล่านี้มีภาวะขาดสังกะสี เนื่องจากเต้านมมารดาที่มีความผิดปกติจากการส่งสังกะสีจากเลือดออกมาในน้ำนม

Dumrongwongsiri O, Suthutvoravut U, Chatvutinin S, Phoonlabdacha P, Sangcakul A, Siripinyanond A, Thiengmanee U, Chongviriyaphan N. Maternal zinc status is associated with breast milk zinc concentration and zinc status in breastfed infants aged 4-6 months. Asia Pac J Clin Nutr. 2015;24(2):273-80. doi: 10.6133/apjcn.2015.24.2.06

ภาวะขาดวิตามินดีในการก

วิตามินดี เป็นสารอาหารที่มีในอาหารเพียง 2-3 ชนิด ร่างกายได้รับวิตามินจาก 3 แหล่ง ได้แก่

- 1) การสังเคราะห์ที่ผิวหนังสัมผัสกับรังสีอัลตราไวโอเล็ตจากแสงแดด
- 2) จากการรับประทานอาหาร
- 3) การเสริมในรูปของสารอาหารโดยตรง

วิตามินดีจะออกฤทธิ์ โดย ถูกเปลี่ยนในตับเป็น 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D], หรือเรียกว่า calcidiol. และถูกเปลี่ยนในไต เป็น 1,25-dihydroxyvitamin D [1,25(OH)2D], หรือเรียกว่า calcitriol

วิตามินดีส่งเสริมการดูดซึมแคลเซียมจากทางเดินอาหาร และคงสภาพความสมดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือด ช่วยสร้างเนื้อกระดูก และป้องกัน hypocalcemic tetany รวมทั้งโรคกระดูกอ่อน (rickets) ในเด็ก โรคกระดูกบาง (osteomalacia) และโรคกระดูกพรุน (osteoporosis.)

ในผู้ใหญ่ วิตามินดีทำหน้าที่อื่นๆ ได้แก่ การดัดแปลงการเจริญของเซลล์เพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ช่วยการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค และการลดการอักเสบ เซลล์บางตัวสามารถเปลี่ยน 25(OH)D เป็น 1,25(OH)2D

Serum concentration of 25(OH) D เป็นตัวชี้วัดที่ดีที่สุดสำหรับสภาวะวิตามินดีในร่างกาย โดยเฉพาะวิตามินดี ที่สังเคราะห์จากแสงแดดและจากอาหาร ซึ่งสามารถหมุนเวียนในร่างกายนาน 15 วัน แต่ไม่สะท้อนระดับวิตามินดีที่สะสมไว้ในร่างกาย

ส่วน 1,25(OH)2D ไม่ช่วยชี้วัดสภาวะวิตามินดีในร่างกาย เพราะมีอายุสั้นเพียง 15 ชั่วโมง ระดับของ 1,25(OH)2D ในซีรัมถูกควบคุมโดย parathyroid hormone, calcium, และ phosphate และลดต่ำลงเมื่อร่างกายขาดวิตามินดีอย่างรุนแรงเท่านั้น

ทารกอายุ 0-6 เดือนทั้งเพศชายและเพศหญิงต้องการวิตามินดี 400 IU/10 mcg เมื่ออายุเพิ่มขึ้นเป็น 7-12 เดือนต้องการวิตามินดี 600 IU/15 mcg จนถึงวัยรุ่นและเริ่มเป็นผู้ใหญ่ เด็กที่ไม่ได้รับแสงแดดและได้รับวิตามินดีจากอาหารไม่เพียงพอ จะทำให้กระดูกเจริญผิดปกติและเป็นโรคกระดูกอ่อน เด็กที่ขาดวิตามินดีจะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคมะเร็งและโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่

ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว และไม่ได้รับวิตามินดีอย่างเพียงพอ จะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะขาดวิตามินดีและโรคกระดูกอ่อน ทารกมีความผิดปกติได้ตั้งแต่แรกเกิด ถ้ามารดามีภาวะขาดวิตามินดีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และมีระดับวิตามินดีในน้ำมน้อยกว่าความต้องการของทารก ระดับวิตามินดีในนมแม่ จะเพิ่มขึ้นจากการเสริมวิตามินดีให้มารดา แต่ต้องระมัดระวังไม่ให้ปริมาณวิตามินดีในนมแม่สูงถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อลูกได้ การให้มารดาได้สัมผัสแสงแดด หรือ รับประทานอาหารที่มีวิตามินดีอย่างเพียงพอ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร จะช่วยให้ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ได้รับวิตามินดีจากนมแม่อย่างเพียงพอ

อย่างไรก็ตามทั้งมารดาและทารกที่มีผิวดำมากๆ ผิวหนังอาจสังเคราะห์วิตามินดีไม่ได้เต็มที่ การได้รับอาหารที่มีวิตามินดีอย่างเพียงพอจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า โอกาสเกิดภาวะขาดวิตามินดีอย่างรุนแรงมีน้อยมาก แต่ทารกที่ได้รับนมแม่โดยไม่เสริมวิตามินดี มีภาวะขาดวิตามินดีในฤดูหนาว สูงถึงร้อยละ 78 โดยเฉพาะในชนเผ่าเชื้อชาติแอฟริกา จึงมีข้อเสนอแนะให้เสริมวิตามินดีในทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว

Cytomegalovirus Infection and Breastfeeding

Meera Khorana MBBS.

Queen Sirikit National Institution of Child Health

The American Academy of Pediatrics (AAP) stated in its policy statement “Breastfeeding should be considered a public health issue and not only a lifestyle choice”. Current evidence shows both short and long term, dose dependent benefits of BF in the term and preterm infant. Not only does BF play a major role in decreasing the under - 5 mortality, it also significantly decreases otitis media (OM), respiratory and gastrointestinal tract infections, allergic diseases like asthma, atopic dermatitis and eczema when compared to formula fed infants. In premature babies, human milk feeding has been clearly shown to decrease mortality rate and morbidity rates of sepsis, necrotizing enterocolitis (NEC) and retinopathy of prematurity (ROP). In addition, neurodevelopmental outcomes have consistently been better in breastfed infants in comparison to formula fed infants. Long-term benefits of BF include reductions in obesity, irritable bowel and celiac diseases, as well as reductions in type 1 and 2 diabetes mellitus, childhood leukemia, and lymphomas. Based on all these evidences, the AAP recommends BF exclusively for about 6 months, and then continued by BF supplemented with appropriate complimentary feeding for 1 year and longer. The World Health Organization (WHO) also made similar recommendations but extends the total duration of breastfeeding to 2 years of age or more.

BF is contraindicated in certain maternal illnesses including infections, maternal drug use and some inborn errors of metabolism in the infants. During BF, the infant can be infected by maternal pathogens via different routes such as;

1. Airborne (Measles, Varicella, disseminated Zoster and Tuberculosis)
2. Respiratory droplets (Adenovirus, RSV, Diphtheria, Influenza, Haemophilus spp, Mumps, Mycoplasma, Neisseria spp, Pertussis, Rubella and Streptococcus spp.),
3. Contact (Varicella, multidrug resistant organisms) or
4. Via breast milk (HIV, HTLV I, CMV).

Frequently, multiple routes of transmission can be simultaneously implicated in causing infection in the child. Maternal HIV and HTLV infections are considered as definite contraindication for breastfeeding. However, there is still uncertainty regarding breastfeeding infants born to cytomegalovirus (CMV) seropositive mothers.

Cytomegalovirus infection and breastfeeding

Human CMV (human herpes virus 5) is a double-stranded DNA virus belonging to the herpesvirus family (Herpesviridae). It is highly species-specific and only human CMV has been shown to infect humans. Transmission occurs horizontally (direct person-person contact with the virus containing secretions), vertically (mother to infant), or via transfusion of blood products from infected donors or with organ or hematopoietic stem cell transplantation. CMV persists for a lifetime in the hematopoietic CD34+ precursor cells. It is usually reactivated by stress, transient loss of CD4+ and CD8+ T cell immunity, cell cycle arrest, DNA damage and, most importantly, in healthy immunocompetent seropositive women during lactation.

In neonates, CMV transmission can occur in utero, perinatal or postnatal periods. In utero, transmission is due to primary infection or recurrent infection. Between 0.5 to 1% of all live birth infants are infected in utero and excrete CMV in their urine at or soon after birth (< 3 weeks of age), making this the most common congenital infection in the United States. About 5% of neonates congenitally infected with CMV will have disease manifestation at birth, causing significant mortality and morbidity in the neonatal period. However, 15% will manifest congenital infection later in infancy, presenting with progressive late onset hearing loss and learning disability. Perinatal CMV transmission occurs via exposure to infected maternal genital secretions during delivery, while postnatal CMV is transmitted via blood transfusion, infected BM or contact with infected body fluids esp. in children in day care centers.

Breastfeeding is a common route for CMV transmission esp. in population with high seroprevalence and high breastfeeding rates. CMV seroprevalence in Western Europe, USA and Australia is ~ 40-60%, whereas in South Africa, Brazil, India, Japan, Turkey it is > 90%. In Thailand, a study (Tantivanich S et al.) conducted in pregnant women showed the seroprevalence of > 90% as well. Several reports have shown that infectious virus and CMV DNA have been isolated from BM of 40-100% CMV seropositive lactating mothers, whereas CMV seronegative women never had CMV detected in their breast milk either by culture or CMV DNA. CMV reactivation at any stage of breastfeeding during the first three months is > 95%. In lactating women, reactivation is a local process without dissemination or compartmentalized infection in the plasma, throat or cervical swab.

Shedding of CMV viral DNA and virolactia in seropositive lactating women can be detected early, usually within the first week postpartum, peaking at 4-8 weeks and declining steadily thereafter, ending at about 10-12 weeks or longer after birth. The onset of viral shedding may begin as a low load (< 1000 copies /ml) and low infectivity. Although this pattern may be similar in most lactating women, the onset, dynamics and end of viral shedding varies from woman to woman. However, peak values of virolactia and viral DNA lactia coincide. The main risks for CMV transmission and symptomatic disease are related to extremely low birth weight (ELBW < 1000g), low gestation age (GA) < 30-32 weeks, early onset of CMV DNA lactia and virolactia, prolonged viral excretion in BM, higher milk whey viral loads and low infantile IgG titers.

Clinical presentation

Congenital CMV is acquired in utero and is defined as positive viral culture, shell vial assay or CMV DNA test in cord blood or CMV-DNA test in cord blood or urine within the first 3 weeks of life. Infants with congenital CMV may present with intrauterine growth restriction, hepatosplenomegaly, hepatitis, purpura, thrombocytopenia, intracranial calcification, microcephaly and chorioretinitis, hearing loss and psychomotor retardation.

Postnatal CMV is defined as positive viral culture, shell vial assay or CMV DNA test in urine not earlier than after 2 weeks of life where previous results were negative. Infants with postnatal CMV may be

- 1) Clinically asymptomatic
- 2) Display CMV related symptoms which include hepatopathy, thrombocytopenia, neutropenia and elevated liver enzymes, hyperbilirubinemia, pneumonia and atypical necrotizing enterocolitis.
- 3) Unfortunately, some present with a sepsis-like symptoms (SLS), which is a term used to describe sepsis like symptoms associated with postnatal CMV infection in VLBW preterm infants, comprising of apnea, bradycardia, mottling, gray pallor, respiratory deterioration hepatosplenomegaly, distending bowels, thrombocytopenia, neutropenia and elevated liver enzymes in the absence of bacterial infection coincident with CMV viruria. Some infants in this group may ultimately succumb to the infection resulting in death.

Apart from the very rare cases that result in death, all parameters of postnatal CMV are self-limiting with no impact on neonatal outcomes such as IVH, NEC, PVL, ROP and NEC.

Postnatal CMV disease is uncommon in the full-term infant. This is due to protection from the passive transfer of maternal antibodies during the third trimester and the infants own more mature immune system. Furthermore, transmission in term infants fed raw milk is considered as natural immunization because there is no or minimal morbidity.

On the other hand, postnatal CMV exposures to susceptible infants like babies < 32 weeks gestational age (GA) or birth weight (BW) <1500 grams or immunodeficient infants results in higher risk for developing symptomatic postnatal disease. CMV transmission to the preterm infant varies from 5.6-58.6% (Kurath et al). In a systematic review and meta-analysis to estimate the pooled proportions of very low birth weight (VLBW) and premature infants born to CMV-seropositive women with breast milk-acquired CMV infection, CMV related symptoms and CMV-SLS, Lanieri M et al. included 17 studies from 2001-2011. From a total of 695 VLBW and premature infants born to and fed breast milk from CMV seropositive mothers, BM acquired CMV infection occurred in 2-37 %, CMV-related symptoms occurred from 0-18% and CMV-SLS occurred in 0-14%. Based on these proportions and US population-based data, they estimated BM acquired CMV infection and disease in the United States for 2008 as follows for infants fed untreated milk

- A. BM acquired CMV infection 6.5% (95% CI 3.7-10.9%),
- B. CMV-related symptoms 3.4% (95 % CI 1.7-5.8%),
- C. CMV-SLS 1.4% (95% CI 0.7-2.4 %),

The median time of onset or first detection of CMV was 50 day (27-120 days), with the onset of CMV-viruria occurring between 28 - < 37 weeks GA in 75% of the cases. In the infants who developed CMV-SLS, 32% had viruria at < 32 weeks postmenstrual age (PMA) and 21% between 33-36 weeks PMA. In infants with CMV infection, the duration of CMV shedding in biological fluid was about 2 years.

Nonetheless, there have been studies (Capretti et al, Neuberger et al.) that suggest that CMV transmission via BM may be a co-actor that aggravated the clinical course of existing conditions in the sick premature baby, and that itself, it is unlikely to cause symptoms in an otherwise healthy preterm.

There is little data available on the effectiveness of antiviral treatment with postnatal CMV infection. Ganciclovir has been used in cases of SLS and multiple organ involvement, effectively shortening the course of illness without adverse effect or relapse. However, postnatal CMV infection in the neonate is usually self-limiting, resolving spontaneously without antiviral therapy.

Long-term outcomes

While 15% of infants with congenital CMV infection will manifest congenital infection later in life in the form of progressive late onset hearing loss and learning disability, there is only limited data available on long term outcomes in premature infants with postnatally acquired CMV infection. So far, most of the studies on premature infants have been limited by the small number of cases per study. One study found no increase in sensorineural hearing loss or neuromotor developmental delay in infected premature infants at 6 months corrected age. Another study, comparing the outcomes between 22 postnatally infected CMV with 22 non CMV infected premature infants at 2 to 4.5 years, found no difference between the 2 groups in terms of sensorineural hearing loss, growth, neurologic and neurodevelopmental outcomes. On the other hand, Rangmar et al found that infants with postnatal CMV had significantly lower results in the simultaneously processing scales using Kaufman Assessment Battery for Children when tested > 4 years suggesting some negative influence on the cognitive development.

CMV inactivation in breast milk

Since there is clear evidence of CMV excretion in breast milk of seropositive lactating women resulting in CMV infection preterm infants, it is imperative to find ways to eradicate this infectious agent from the BM. This should be done without impacting on the nutritious or immunologic properties of BM, which have been shown to be essential for protecting this vulnerable group of infants.

Pasteurization and freezing have been shown to eliminate microorganisms from BM. Heating milk to 62.5°C for 30 minutes (Holder pasteurization) has been shown to eliminate the CMV virus effectively but it also decreases the immunologic components. Another method, the rapid high temperature treatment of human milk (72°C for 5 or 15 seconds) can inactivate the CMV virus without impacting on the immune components.

Freeze storage of breast milk at -20°C for variable time periods may not eliminate the CMV but it has been shown to decrease the infectivity. Studies (with small sample sizes) have shown mixed results. While some showed that freezing at -20°C for 3 days decreased infectivity by 99%, others showed incomplete elimination after 4 to 10 days of storage in samples with high viral load. A comparison between the groups showed that the frozen milk group had lower acquired CMV infection and CMV-related symptoms compared with the untreated group but the CMV-SLS did not differ (Lanieri et al.).

Weighing the potential benefits of human milk and risk of CMV transmission in the preterm infant, The American Academy of Pediatrics states that, “the value of routinely feeding [fresh] human milk from [CMV] seropositive mothers to preterm infants outweighs the risks of clinical disease, especially because no long-term neurodevelopmental abnormalities have been reported.”

Conclusion

Breastfeeding from a seropositive mother can result in postnatal transmission of CMV. CMV reactivation can occur in > 95% seropositive mothers at any stage of breastfeeding during the first three months after birth of the baby. Virolactia or CMV DNA lactia usually occurs within the first week, peaks by 4-8 weeks and gradually diminishes by 3 months after birth. CMV infection does not cause any significant illness or long-term sequelae in a full term infant. In premature infants, it can result in asymptomatic infection (>50%); CMV related symptoms or significant SLS disease in a small number of babies especially ELBW < 1000g who have coexisting infections. No hearing loss or major neurodevelopmental delays have been reported from long-term follow ups of premature infants with postnatal CMV infection. Since formula feeding increases the mortality and morbidity in premature infants and there are no major sequelae in infants with postnatal CMV, fresh BM feeding premature babies esp. the extremely small ones should be encouraged after informed consent of the parents. However, pasteurized or frozen/thawed BM till about 35-37 weeks GA followed by fresh BM is a safe alternative. In view of the high CMV seroprevalence and recent increase of premature births in Thailand, more prospective studies on the impact of CMV in this group of vulnerable infants are needed.

References

1. AAP Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129: e827-41.
2. Lombardi G, Garofoli F, Manzoni P, Stronati M. Breast milk-acquired CMV infection in very low birth weight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25: 57-62.
3. Lanzieri TM, Dollard SC, Josephson CD, Schmid DS, Breast milk-acquired cytomegalovirus infection and disease in VLBW and premature infants. *Pediatrics.* 2013; 131: e1937-45.
4. Hayashi S, Kimura H, Oshiro M, Kato Y, et al. Transmission of cytomegalovirus via breastmilk in extremely premature infants. *J Perinatol.* 2011; 31: 440-5.
5. Schanler RJ. CMV acquisition in premature infants fed human milk: reason to worry? *J Perinatol.* 2005; 25: 297-8.
6. Omarsdottir S, Casper C, Navér L, Legnevall L, Gustafsson F, et al. Cytomegalovirus infection and neonatal outcome in extremely preterm infants after freezing of maternal milk. *Pediatr Infect Dis J.* 2015; 34: 482-9
7. Kurath S, Halwachs-Baumann G, Muller W et al. transmission of cytomegalovirus via breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16: 1172-8.
8. Lawrence RM. Cytomegalovirus in Human Breast Milk: Risk to the Premature Infant. *Breastfeeding Medicine* 2006; 1: 99-107.
9. American Academy of Pediatrics. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds *Red Book: 2015 report of the Committee on Infectious Diseases.* 30th ed. Cytomegalovirus infection: 317-22
10. Vollmer B, Seibold-Weiger K, Schmitz-Salue C, et al. Postnatally acquired cytomegalovirus infection via breast milk: effect on hearing and development in preterm infants. *Pediatr Infect Dis J,* 2004; 23: 322-27.
11. Yoo. HS, Sung SI, Jung YJ et al. Prevention of Cytomegalovirus Transmission via Breast Milk in Extremely Low Birth Weight Infant. *Yonsei Med J* 2015; 56: 998-1006.
12. Capretti MG, Lanari M, Lazzarotto T et al. Very Low birth Weight Infants Born to Cytomegalovirus -Seropositive Mothers Fed with Their Mother's Milk: A prospective Study. *J Pediatr* 2009; 154: 842-8.
13. Tantivanich S., Amarapal P, Suphadtanaphongds W et al. Prevalence of Congenital Cytomegalovirus and Toxoplasma Antibodies in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2001; 32: 466-69.
14. Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. *Clin Perinatol* 2004; 31: 501-28.
15. Lanari M, Valin PS, Natalie F et al. Human milk, a concrete risk for infection? *The Journal of Maternal-Fetal Medicine,* 2012; 25: 75-7.

Breaking the Barriers: Breastfeeding at the beginning

พศ.ดร.พญ.ภัทรวลัย ตลิ่งจิตต

ภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เป็นที่ยอมรับว่าการเริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดเป็น เวชปฏิบัติที่ควรได้รับการสนับสนุน เนื่องจากการเริ่มนมแม่ช้าจะเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตของทารกในช่วงเดือนแรกถึงสองเท่า และ เพิ่มโอกาสเจ็บป่วยจากโรคท้องร่วงและการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาทั่วโลกยังพบว่า การเริ่มให้นมแม่ยังมีความล่าช้าในหลายพื้นที่ โดยค่าเฉลี่ยทั่วโลกมีอัตราการเริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดมีเพียง 39% และแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค⁽²⁾

ปัจจัยขัดขวางการเริ่มต้นให้นมแม่ (Barriers to Early Initiation of Breastfeeding)

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ผลการศึกษาย่างเป็นระบบในหลากหลายภูมิภาคของโลก พบว่า มีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อการเริ่มต้นให้นมแม่ ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่พบร่วมกัน และปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงต่อภูมิภาคหรือ วัฒนธรรมประจำถิ่น โดยสามารถแบ่งออกได้ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยด้านภูมิประเทศ (Geographic factors)

ความเป็นชุมชนเมือง หรือ พื้นที่ชนบทมีผลต่อการเริ่มต้นให้นมแม่ ที่แตกต่างกันไป จากการเข้าถึง บริการทางการแพทย์สำหรับแม่และเด็กแตกต่างกัน และ วัฒนธรรมพื้นถิ่น เช่น แถบเอเชียใต้ ยังคงมีอัตราการคลอดที่บ้านค่อนข้างสูง การเริ่มต้นนมแม่ จึงเป็นภารกิจของผู้ทำคลอด หรือ คนในครอบครัว ซึ่งต่างกับการคลอดในสถานบริการทางการแพทย์ที่มีบุคลากรเป็นผู้ดูแล ในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งแอฟริกา การคลอดในสถานบริการช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ตรงข้ามกับละตินอเมริกาและยุโรปตอนกลาง ซึ่งการคลอดที่บ้าน โดยผู้มีความชำนาญกลับมีอัตราการเริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่า⁽²⁾

ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors)

ระดับความรู้และการศึกษาของคนในสังคมเป็นปัจจัยสำคัญ แม้ในประเทศที่เจริญแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา ซึ่งประชาชนมีความรู้ถึงประโยชน์ของการให้นมแม่ แต่ก็ยังไม่ทราบถึงความเฉพาะ และความเสียหายของทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ เช่น การเจ็บป่วยบ่อย ด้านทักษะการให้นมแม่ แม้จะเป็นเรื่องธรรมชาติ ก็ยังต้องมีการเรียนรู้ร่วมกันทั้งแม่และทารก การที่แม่รู้สึกว่าการให้นมลูก เป็นเรื่องยากเกินไปก็เป็นอุปสรรคหนึ่งในการเริ่มต้นนมแม่⁽⁴⁾

การศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจของแม่ในเอเชียใต้ ก็มีผลต่อการเริ่มให้นมแม่ แม่และพ่อที่มีการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับการเริ่มต้นให้นมแม่ช้า เช่นเดียวกับ การเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่มีจำนวนบุตรน้อยในประเทศเนปาล

ในขณะที่สถานการณ์ทำงานของแม่ และ ฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลแย้งกันในแต่ละประเทศในภูมิภาคนี้ นอกจากนี้ วัฒนธรรม และ ความเชื่อทางศาสนา ตลอดจนความไม่เท่าเทียมทางเพศ ยังมีส่วนสำคัญ

มากต่อการเริ่มต้นให้นมแม่ในประเทศเอเชียใต้ ซึ่งอิทธิพลของครอบครัวและความเชื่อที่สืบทอดกันมา ยังเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต⁽³⁾

ในประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา พบว่า บทบาทของพ่อ มีความสำคัญต่อการเริ่มต้นให้นมแม่ โดยบางการศึกษา พบว่า พ่อจะรู้สึกมีบทบาทน้อยในการดูแล หากทารกได้นมแม่เพียงอย่างเดียว การศึกษาในชาวแอฟริกันในอเมริกา พบว่า การให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่พ่อจะช่วยเพิ่มอัตราการให้นมแม่ถึง 20% และหากสอนให้พ่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนการให้นมแม่ อัตราการการเริ่มต้นนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และ ให้นมแม่อย่างเดียวก่อนเดือนแรกจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน⁽⁴⁾

นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้นมด้วยขวด กลายเป็นสิ่งปกติในสหรัฐอเมริกา แม้ผู้ที่อพยพมาจากประเทศอื่น ก็ยอมรับการให้นมด้วยขวด ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการโฆษณาประชาสัมพันธ์ของบริษัทขายอาหารเสริมแทนนม ซึ่งแผ่อิทธิพลไปทั่วโลก จนองค์การอนามัยโลก ต้องออกหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes) โดยอาหารเสริมดังกล่าว ตอบโจทย์ความเชื่อผิดๆ ที่ว่าเด็กอ้วนหรือตัวโต คือ เด็กแข็งแรง ทำให้แม่และครอบครัวข้างส่งเสริมให้เด็กกินอาหารเสริมหรือนมผสมแทนนมแม่ เช่นเดียวกับความเชื่อที่ว่าอาหารเสริมพวกนี้จะทำให้เด็กหลับนานขึ้น⁽⁴⁾

ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง พบว่า อัตราการเริ่มให้นมแม่ค่อนข้างสูงความท้าทายอยู่ที่อัตราการเริ่มให้ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนในประเทศรายได้สูงการเริ่มต้นให้นมแม่มีความแตกต่างกันหลากหลาย และ พบมากในแม่ที่มีการศึกษาและฐานะดี⁽⁵⁾

ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual factors)

ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศเอเชียใต้ พบว่า คุณลักษณะของทารก ได้แก่ ลำดับการเกิด เพศ มีผลต่อการเริ่มต้นนมแม่ โดยลูกคนแรกและลูกลำดับที่ห้าเป็นต้นไป มักได้รับนมแม่ช้า นอกจากนี้ทารกเพศชาย ซึ่งมักจะมีการจัดพิธีเฉลิมฉลองหลังคลอดตามความเชื่อ และทารกที่มีแม่อยู่ในวัยรุ่นมักได้รับนมแม่ล่าช้าเช่นเดียวกัน⁽³⁾

ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health related factors)

สุขภาพแม่หลังคลอดและทารก มีผลโดยตรงต่อการเริ่มให้นมแม่ แม่ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรหรือไม่รู้สึกรู้ตัว อ่อนเพลีย มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง ตกเลือดหลังคลอด มีข้อจำกัดในการเริ่มต้นให้นมแม่ เช่นเดียวกับทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อย คลอดก่อนกำหนด มีความพิการ หรือขาดออกซิเจน เนื่องจากแม่และทารกดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาตามภาวะแทรกซ้อน^(3,4)

แนวทางในการแก้ปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับมาตรการในการเริ่มให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดส่วนใหญ่มีคุณภาพที่ยังไม่ดีพอ และไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจนเนื่องจากมีความหลากหลายของมาตรการ และจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยไม่มากพอ การศึกษาเรื่องนี้ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางยังมีความจำเป็น⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลความรู้และการช่วยเหลือสนับสนุนแก่แม่หลังคลอด เรื่องการให้นมแม่โดยพยาบาล หรือ บุคลากรนอกวงการสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกฝนและมีประสบการณ์เรื่องนมแม่ช่วยเพิ่มอัตราการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดในหลายประเทศ

การศึกษาพบว่า การคลอดในสถานพยาบาลและการได้รับการส่งเสริมเรื่องการให้นมแม่จากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญในการเริ่มต้นการให้นมแม่ของแม่หลังคลอด จึงจำเป็นต้องมีบริการทางการแพทย์ ต้องมีความตระหนักถึงความสำคัญของการเริ่มต้นให้นมแม่อย่างรวดเร็ว และต้องมีความรู้ในเรื่องเทคนิคในการให้นมแม่

แม่หลังคลอดที่ประสบปัญหาการให้นม หัวนมแตก เจ็บ คัดตึงเต้านม น้ำนมออกน้อย ไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก จะเกิดภาวะเครียดและหันไปใช้นมผสมหรืออาหารเสริม หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ แนะนำอย่างเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ การให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นกลุ่มเล็กในช่วงฝากครรภ์ยังช่วยเพิ่มอัตราการเริ่มนมแม่หลังคลอดในกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลายรวมทั้งกลุ่มผิวสีต่างๆ เช่น เดียวกับการให้ข้อมูลแบบหนึ่งต่อหนึ่งสำหรับแม่ในประเทศรายได้ต่ำ โดยการให้ความรู้ดังกล่าวต้องขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการและให้ซ้ำๆ อย่างไม่เป็นทางการมากนัก⁽⁴⁾ การขาดกำลังคนของผู้ให้บริการ การที่ผู้ให้บริการต้องทำหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกันยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการส่งเสริมการเริ่มต้นนมแม่อย่างรวดเร็ว⁽⁶⁾ นอกจากนี้การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการทางการแพทย์ยังเป็นอุปสรรคต่อการเริ่มนมแม่ เช่น การแยกแม่ลูกหลังคลอด การแจกตัวอย่างนมผงหรืออาหารเสริมแก่แม่หลังคลอด การผ่าคลอดโดยไม่มีข้อชี้⁽⁴⁾ ในแต่ละสถานบริการจึงควรมีมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการปัจจัยเหล่านี้

ในหลายประเทศ หมอตำแย หรือ หมอพื้นบ้านรวมทั้งคนในครอบครัว เช่น แม่ของผู้คลอด แม่สามี มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูทารก ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจากคนรอบข้าง รวมทั้งผู้นำทางจิตวิญญาณในสังคม ล้วนมีผลต่อเวลาในการเริ่มต้นให้นมแม่ เช่น ในเอเชียใต้มีความเชื่อในการให้รับประทานอาหารมือพิเศษ ก่อนนมแม่ รวมทั้งความเชื่อเรื่องการทิ้งน้ำนมเหลือง (Colostrum) ตลอดจนพิธีกรรมต่างๆ ที่ต้องทำก่อนให้นมแม่⁽³⁾ มาตรการในการแก้ปัญหาการเริ่มต้นให้นมแม่ล่าช้าจึงควรดึงคนเหล่านี้รวมทั้งชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม⁽⁷⁾

2. การให้ข้อมูลผ่านมัลติมีเดีย การใช้สื่อที่เหมาะสม รวมทั้งโซเชียลมีเดียในการให้ความรู้ และรณรงค์เรื่องการให้นมแม่

พบว่ามีส่วนในการสนับสนุนการให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างไรก็ตามในประเทศที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เช่น ประเทศยากจนหรือแม่ที่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลจากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ มาตรการรณรงค์นมแม่ในระดับชุมชนเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการปัญหานี้⁽⁵⁾ ในทางกลับกันการออกกฎหมายป้องกันการโฆษณาชวนเชื่อจากผู้ขายอาหารเสริมแทนนมแม่อาจเป็นมาตรการที่จำเป็น เพื่อไม่ให้ประชาชนมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน⁽⁴⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Khan J, Vesel L, Bahl R, Martines JC. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: Effects on neonatal mortality and morbidity—a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr.* 2015; 19:3.
2. Oakley L, Benova L, Macleod D, Lynch CA, Campbell OMR. Early breastfeeding practices: Descriptive analysis of recent Demographic and Health Surveys. *Matern Child Nutr.* 2017 Oct 16. [Epub ahead of print]
3. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J.* 2016 Jun 18;11:17.
4. The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Editors Office of the Surgeon General (US); Centers for Disease Control and Prevention (US); Office on Women’s Health (US). Source Rockville (MD): Office of the Surgeon General (US); 2011.
5. Balogun OO, O’Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub3.
6. Majra JP, Silan VK. Barriers to Early Initiation and Continuation of Breastfeeding in a Tertiary care Institute of Haryana: A Qualitative Study in Nursing Care Providers. *J Clin Diagn Res.* 2016 Sep; 10(9): LC16–LC20. Published online 2016 Sep 1.
7. Tawiah-Agyemang C, Kirkwood BR, Edmond K, Bazzano A, Hill Z. Early initiation of breast-feeding in Ghana: barriers and facilitators. *J Perinatol.* 2008 Dec;28 Suppl 2:S46-52.

Breaking the Barriers: Breastfeeding at the beginning

พญ.สุริรา เอื้อโพธิ์โรจน์กิจ

กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด โรงพยาบาล BNH

ถึงแม้จะมีหลักฐานว่าการให้นมแม่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมามากมาย ทั้งในแม่และลูก อุปสรรคในการให้นมแม่ก็ยังมีอยู่ จึงควรจะได้เรียนรู้ว่า อุปสรรคเหล่านั้นมีอะไรบ้าง เพื่อที่จะได้มีมาตรการในการกำจัดอุปสรรคเหล่านั้นได้อย่างถูกต้อง

อุปสรรคในการให้นมแม่ ได้แก่

1. การขาดความรู้

คุณแม่ส่วนใหญ่ทราบดีว่า นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก แต่ยังไม่ทราบอย่างละเอียดว่าดีกว่าอย่างไร และไม่ทราบว่า ผลเสียของการไม่ให้นมแม่มีอะไรบ้าง (risks associated with not breastfeeding)⁽¹⁻³⁾ ยกตัวอย่าง เช่น มีงานวิจัยทำแบบสอบถาม พบว่ามีคุณแม่เพียงร้อยละ 36 เท่านั้นที่ทราบว่า การให้นมแม่ช่วยป้องกันโรคท้องเสีย⁽¹⁾ อีกงานวิจัยหนึ่งพบว่า มีคุณแม่เพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ทราบว่า การทานนมผงเพิ่มโอกาสที่ลูกจะป่วยบ่อย⁽²⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยยังพบว่า สูติแพทย์พูดให้ความรู้เรื่องนมแม่และนมผงขณะฝากครรภ์น้อยมาก⁽⁴⁾ ยิ่งไปกว่านั้น คุณแม่และคุณหมอจำนวนมากเชื่อว่า นมผงมีคุณสมบัติมากมายตามที่โฆษณาเทียบเท่ากับนมแม่ ซึ่งไม่เป็นความจริง^(2,3)

เมื่อสังคมขาดการให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่หญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการขาดผู้มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นสู่รุ่น ทำให้ว่าที่คุณแม่มือใหม่ไม่ทราบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชีวิตจริงนั้น ต้องเผชิญกับปัญหาอะไรบ้าง และต้องการการแก้ไขอย่างไร⁽⁵⁾ ถึงแม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเป็นเรื่อง “ธรรมชาติ” แต่ยังคงอาศัย “ศิลปะ” ที่แม่และลูกต้องเรียนรู้ไปด้วยกัน เช่น วิธีการอุ้มลูกเข้าเต้าอย่างถูกต้อง วิธีอมลานนม และเทคนิคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการบีมนม การบีบน้ำนมด้วยมือ การรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

ไม่น่าประหลาดใจที่คุณแม่บางคน จะคิดว่าการให้นมแม่จะเป็นเรื่องง่าย ๆ แต่เมื่ออยู่ในสถานการณ์จริงแล้ว กลับพบอุปสรรคมากมาย ความไม่ตรงกันระหว่างสิ่งที่คิด กับ ชีวิตจริง จึงเป็นสาเหตุสำคัญ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้คุณแม่หลายคนหยุดให้นมแม่ภายใน 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด⁽⁶⁾ ในทางตรงกันข้าม คุณแม่บางคนอาจเกิดความเข้าใจผิด คิดว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความยากลำบากมากมาย ทำให้ว่าที่คุณแม่มือใหม่ เกิดความกังวลและลังเลที่จะตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽⁷⁻¹⁰⁾

ความไม่สะดวกในการให้นมแม่ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ งานวิจัยพบว่าประชาชนร้อยละ 45 เชื่อว่า แม่ที่ให้นมลูกต้องงัด หรือ หลีกเลี้ยงการใช้ชีวิตแบบเดิมของตัวเอง ทำให้เกิดความยุ่งยาก และคุณภาพชีวิตของคุณแม่เป็นอย่างมาก⁽¹¹⁻¹⁶⁾

โชคไม่ดีที่ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่แพร่หลายและบางครั้งก็เป็นเรื่องยากที่จะเข้าใจ แม่บางคนหาอ่านจากหนังสือ แผ่นพับ นิตยสาร โซเชียลเน็ตเวิร์ค^(4,5,17) แต่ข้อมูลเหล่านี้ก็อาจไม่ได้ผลสำหรับคุณแม่ทุกท่าน โดยเฉพาะคุณแม่ที่ฐานะยากจน ซึ่งวิธีที่ได้ผล สำหรับคุณแม่กลุ่มนี้ คือ การทำให้ดูเป็น

ตัวอย่าง⁽¹⁸⁾ เป้าหมายของการแนะนำคุณแม่มือใหม่ คือ การให้ความรู้ ฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ และสร้างทัศนคติด้านบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. มาตรฐานของสังคม

ปัจจุบัน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติ งานวิจัยพบว่า อัตราการให้นมแม่ลดลงผกผันกับอัตราการโฆษณานมผงที่เพิ่มขึ้นทุกปี จึงเป็นที่มาของหลักเกณฑ์ควบคุมการตลาดอาหารทดแทนนมแม่ที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก (the Code)⁽¹⁹⁾ โดยหลายประเทศได้นำไปเป็นแม่บทในการออกกฎหมายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพื้นฐานสุขภาพที่ดีตั้งแต่แรกเกิด ด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงประเทศไทยก็มีการประกาศใช้เป็นกฎหมายแล้วเช่นกัน

ความเข้าใจผิดๆ ที่เชื่อว่า เด็กอ้วน คือ เด็กแข็งแรง ทำให้มีการเสริมนมผงและให้อาหารอื่นที่ไม่ใช่นมแม่เร็วเกินไป ยิ่งในโลกโซเชียลที่มีความเชื่อว่าเด็กอ้วน คือ เด็กที่สมบูรณ์ ยิ่งทำให้คุณแม่ที่มีลูกหุ่นผอมบางเสริมนมผงโดยไม่จำเป็น⁽²¹⁾

คุณแม่บางคนใช้นมแม่ร่วมกับนมผง เพราะคิดว่า จะได้รับประโยชน์ 2 ด้าน คือ ด้านนมแม่ให้ภูมิคุ้มกัน แต่ด้านนมผงให้วิตามินบางตัวที่นมแม่ไม่มี ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดอย่างสิ้นเชิง ขณะที่คุณแม่บางคนผสมข้าวหรือธัญพืชลงไปในช่วงนม เพื่อให้ลูกอยู่ท้องหลับได้นานขึ้น ตั้งแต่ลูกอายุไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้อง⁽²⁰⁾

3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมแวดล้อม

คุณแม่ที่มีเพื่อนให้นมแม่ มักจะเลือกให้นมแม่เช่นกัน ในทางตรงกันข้าม ทัศนคติที่ไม่ดีของครอบครัวและเพื่อนๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเป็นอุปสรรคต่อการให้นมแม่ แต่คุณแม่บางคนบอกว่าจะไม่เคยขอคำปรึกษาเรื่องนมแม่จากครอบครัวหรือเพื่อนๆ เลย เพราะทราบดีว่า จะไม่ได้รับคำตอบที่ถูกต้อง⁽¹⁴⁾

ในหลายครอบครัว คุณพ่อมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่^(22,23) คุณพ่อบางคนไม่ยอมให้นมแม่ เพราะกังวลว่า ตัวคุณพ่อจะไม่มีส่วนร่วมในการให้นมลูก กลัวว่าลูกจะไม่ผูกพันกับพ่อ บางคนกลัวว่าถ้าคุณแม่ให้นมแม่ จะไม่มีเวลาทำงานบ้าน^(4,12,24,25) งานวิจัยพบว่า ถ้ามีการให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่คุณพ่อ จะเพิ่มคุณแม่ที่ให้นมแม่สำเร็จได้อีกร้อยละ 20 จึงเป็นการยืนยันว่า คุณพ่อเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการตัดสินใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่^(22,26)

คุณพ่อก็มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมาก งานวิจัย พบว่า ถ้าคุณพ่อได้ฟังความรู้เรื่องนมแม่ก่อนคลอด จะช่วยสนับสนุนให้คุณแม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 74⁽²³⁾ อีกงานวิจัยหนึ่งพบว่าอัตราการให้นมแม่นานถึง 6 เดือนจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 25 และหากช่วงเวลาก่อนคลอด คุณพ่อได้ฟังความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาคือพบข้อบ่งชี้ในการให้นมแม่ เพิ่มเติมนอกจากการฟังเพียงความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่เท่านั้น เช่น ปัญหาเจ็บหัวนม หรือ ความกังวลว่าน้ำนมไม่พอ เนื่องจากหากได้ทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่พบได้บ่อย จะทำให้สามารถตั้งรับสถานการณ์ได้ดีขึ้น⁽²⁷⁾

4. ความรู้สึกอึดอัดใจในการให้นมแม่

ปี พ.ศ.2544 งานวิจัยสอบถามความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับความคิดเห็นเรื่องการให้นมแม่ในสถานที่สาธารณะ พบว่าเห็นด้วยเพียงร้อยละ 43⁽²⁸⁾ ถ้าคุณแม่ให้นมในที่สาธารณะ ก็จะมีคนเดินเข้าไปบอกรายละเอียดมาให้ตรงนี้⁽²⁹⁾ ทำให้คุณแม่รู้สึกอึดอัดเวลาที่ให้นมลูก^(8,25,30-31) ความรู้สึกอึดอัดต่อการให้นมลูกไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับสถานที่สาธารณะเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการรู้สึกถูกแบ่งแยกในสถานการณ์ที่ผู้คนบางคนแสดงท่าทีรังเกียจที่จะต้องอยู่ใกล้ๆ กับคุณแม่ที่ให้นมลูก⁽⁵⁾ คุณแม่หลายคนรู้สึกว่าการให้นมลูกทำให้คุณแม่ไม่ได้ทำกิจกรรมหลายอย่างเพราะถูกแบ่งแยกจากสังคม จึงตัดสินใจที่จะเลิกให้นมลูกเร็วขึ้น⁽³²⁻³³⁾

5. ปัญหาการผลิตและการให้นมแม่

หากคุณแม่มีปัญหาเหล่านี้ ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการให้นมแม่ เช่น หัวนมแตก เต้านมปวดคัดตึง เต้านมอักเสบ น้ำนมไหลซึมเลอะเสื้อผ้า ลูกดูดเต้านมไม่ได้^(4,34) แล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ จะมีผลต่อความสำเร็จในการให้นมแม่ เพราะปัญหาเหล่านี้ อาจทำให้คุณแม่ตัดสินใจไม่ให้นมต่อ^(4,20) ความวิตกกังวลกลัวว่า ปริมาณน้ำนมแม่อาจไม่เพียงพอ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณแม่ตัดสินใจหยุดให้นมแม่ งานวิจัยหนึ่งพบว่า ความกังวลว่าน้ำนมแม่มีไม่พอ เป็นสาเหตุที่ทำให้คุณแม่หยุดให้นมแม่ถึงร้อยละ 50^(20,34-38) จริงอยู่ที่ว่าปริมาณน้ำนมที่มีน้อยจริงๆ อาจเกิดจากการไม่ได้ดูดกระตุ้นเต้านมบ่อยๆ และเทคนิคการให้นมไม่ถูกต้อง เช่น การจับเต้านมไม่ถูกต้อง หรือมีพังผืดใต้ลิ้นแล้วไม่ได้รับการแก้ไข^(37,39-41)

แต่จากประสบการณ์ที่พบ คือ คุณแม่จำนวนมาก ความจริงแล้วมีปริมาณน้ำนมเพียงพอ แต่ทว่าขาดความมั่นใจ คิดว่าน้ำนมไม่พอ เพราะเห็นลูกร้องไห้เก่ง และ ขอดูดนมตลอดเวลา ทั้งๆ ที่ลูกมีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์⁽⁴²⁻⁴³⁾

นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็ให้คำแนะนำวิธีการแก้ปัญหาอย่างไม่ถูกต้องแก่คุณแม่^(24,44-45) ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่เหล่านี้ หากได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้คุณแม่สามารถให้นมแม่ต่อไปได้⁽⁴⁶⁻⁵⁰⁾

6. สถานที่ทำงานและศูนย์รับเลี้ยงเด็กเล็ก

การกลับไปทำงานเป็นอุปสรรคสำคัญ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะไม่สามารถปั๊มนมได้ตามเวลา ไม่มีพื้นที่สำหรับการปั๊มนม ไม่มีศูนย์เลี้ยงเด็กเล็กรับดูแลลูกในบริเวณใกล้ที่ทำงาน ที่คุณแม่สามารถเดินไปให้นมตามเวลา คุณแม่กลัวว่าถ้าลาคลอดนานเกินไป จะทำให้สูญเสียตำแหน่งงาน ครอบครัวจะขาดรายได้^(51,30,38,52-54) คุณแม่จำนวนมากได้รับแรงกดดันจากผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชาทำให้ไม่กล้าที่จะปั๊มนมที่ทำงาน⁽⁵⁵⁾ ถ้าที่ทำงานไม่มีพื้นที่ที่เหมาะสมในการปั๊มนม ทำให้คุณแม่ต้องไปปั๊มนมในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ห้องสุขาหรือห้องเก็บของซึ่งไม่สะอาด จึงทำให้คุณแม่ตัดสินใจเลิกให้นมแม่เร็วเกินไป⁽⁵⁶⁻⁵⁹⁾

ลาหลังคลอดได้ไม่นาน ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณแม่เลิกให้นมแม่ งานวิจัยพบว่า คุณแม่ที่มีสิทธิลาหลังคลอดได้น้อย ตัดสินใจให้นมลูกตั้งแต่แรกเกิดมากกว่าคุณแม่ที่ลาหลังคลอดได้นานกว่า คุณแม่ที่ทำงานนอกบ้านเต็มเวลาจะให้นมแม่ได้ไม่นานเท่ากับคุณแม่ที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลา หรือคุณแม่ที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านเลย^(52,60) คุณแม่ที่ได้รับค่าจ้างแบบรายชั่วโมง จะมีความยากลำบากมากกว่าคุณแม่ที่รับเงินเดือน เนื่องจากลักษณะการทำงานทำให้ปั๊มนมได้ยากกว่า และถ้าเอาเวลาไปปั๊มนม ก็จะได้รับค่าจ้างลดลง⁽⁶¹⁾

7. อุปสรรคที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาหลัก คือ นโยบายของโรงพยาบาล และทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งก็คือแพทย์และพยาบาลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการไม่ให้ความสำคัญในการให้ความรู้เรื่องนมแม่ และไม่ให้ความช่วยเหลือให้ลูกดูดเต้านมได้สำเร็จ นอกจากนี้ ยังมีขั้นตอนการดูแลคุณแม่และทารกหลังคลอดที่เป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นให้นมแม่ การไม่มีคลินิกนมแม่ เพื่อให้คำแนะนำคุณแม่ที่มีปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง⁽⁶²⁻⁶³⁾

งานวิจัยพบว่า การให้คำปรึกษาเรื่องนมแม่จากบุคลากรของโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,687 แห่ง พบบ่อยๆ ว่า คำแนะนำที่คุณแม่ได้รับมักเป็นข้อมูลที่ไม่ตรงกับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ และหลายครั้งพบว่า เป็นคำแนะนำที่ทำให้การให้นมแม่เป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น งานวิจัยพบว่า โรงพยาบาล ที่ได้รับการสำรวจจากร้อยละ 24 มีการเสริมนมผงให้แก่ทารกครบกำหนดที่สุขภาพแข็งแรงปกติดีเป็นจำนวนเคสที่มากกว่าทารกที่ไม่ได้รับการเสริมนมผง⁽⁷⁸⁾ ซึ่งการทำเช่นนี้ ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล้มเหลว⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า มีโรงพยาบาลที่แจกตัวอย่างนมผงกลับบ้านถึงร้อยละ 70 ซึ่งการทำเช่นนี้ทำให้คุณแม่มีน้ำมน้อย และส่งผลให้นมแม่ไม่ได้นาน⁽⁶⁶⁻⁶⁹⁾ การแยกแม่ลูกในโรงพยาบาล ก็ส่งผลเสียต่อการส่งดูนมแม่ทันทีหลังคลอด ทำให้น้ำนมมีน้อย และส่งผลให้นมแม่ไม่ได้นานเช่นกัน⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾

มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 57 ที่มีนโยบายให้แม่กับลูกได้อยู่ในห้องเดียวกัน⁽⁷²⁾ วิธีการคลอดที่ไม่ใช่การคลอดแบบธรรมชาติ ก็ส่งผลเสียทำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง⁽⁷³⁾ เช่น การผ่าตัดคลอดทำให้คุณแม่และลูกได้รับการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ และได้ดูนมแม่น้อยลง (skin-to-skin contact) ทำให้มีการเสริมนมผงมากขึ้น⁽⁷³⁻⁷⁷⁾

ไม่ว่าจะเป็นสูติแพทย์ กุมารแพทย์ หรือ ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลคุณแม่และทารก ล้วนมีโอกาสที่จะได้ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถึงแม้ว่าการตัดสินใจว่าต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมอะไรจะเป็นสิทธิของคุณแม่ แต่ความเป็นจริงแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของคุณแม่ด้วยเช่นกัน ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ มักไม่ทราบบทบาทความสำคัญของตัวเองในเรื่องนี้⁽⁷⁹⁻⁸⁰⁾ แพทย์บางท่านรู้สึกว่าคุณแม่เองไม่มีความชำนาญด้านนี้ จึงไม่มั่นใจในการให้คำแนะนำ⁽⁶³⁾

งานวิจัยพบว่ากุมารแพทย์จำนวนมากเชื่อว่า ประโยชน์ของนมแม่ที่มากกว่านมผงนั้น ยังไม่มีน้ำหนักเพียงพอ ที่แพทย์และคุณแม่จะทุ่มเทแรงกายแรงใจฝ่าฟันความท้าทายและอุปสรรค เพื่อบรรลุเป้าหมายที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และยังมีข้ออ้างอีกหลายข้อต่อหลายข้อที่ทำให้แพทย์บอกให้คุณแม่เลิกให้นมแม่⁽⁸¹⁾

ในอดีตนั้น การฝึกหัดแพทย์ ไม่ได้เน้นองค์ความรู้และฝึกฝนภาคปฏิบัติการ (workshop) เพื่อช่วยคุณแม่ให้นมแม่ได้สำเร็จ จึงเป็นเหตุให้แพทย์รู้สึกไม่มั่นใจว่าจะช่วยแม่ได้อย่างไร และหากเจอปัญหาที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการให้นมแม่ ก็จะไปต่อไม่ถูก ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยยังพบว่า การแนะนำคุณแม่ ส่วนใหญ่แพทย์จะใช้ประสบการณ์ส่วนตัวมากกว่าการใช้ข้อมูลที่ต้องการจากแหล่งความรู้ที่เป็นมาตรฐานสากล^(20,30,63,79-80,82-85)

เอกสารอ้างอิง

- McCann MF, Baydar N, Williams RL. Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. *J Hum Lact* 2007;23:314–324.
- Li R, Rock VJ, Grummer-Strawn L. Changes in public attitudes toward breastfeeding in the United States, 1999–2003. *J Am Diet Assoc* 2007;107:122–127.
- Gibson ME. Getting back to basics: the curious history of breastfeeding in the United States. *Am J Nursing* 2005; 105:72c–73c.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3):CD003519.
- McFadden A, Toole G. Exploring women’s views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Matern Child Nutr* 2006;2(3):156–168.
- Mozingo JN, Davis MW, Droppelman PG, Meredith 84. A. “It wasn’t working.” Women’s experiences with short-term breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2000;25:120–126.
- Bunik M, Clark L, Zimmer LM, Jimenez LM, O’Connor ME, Crane LA, et al. Early infant feeding decisions in 85. low-income Latinas. *Breastfeed Med* 2006;1:225–235.
- Gill SL, Reifsnider E, Mann AR, Villarreal P, Tinkle MB. Assessing infant breastfeeding beliefs among low-income 86. Mexican Americans. *J Perinat Educ* 2004;13:39–50.
- Gill SL. Breastfeeding by Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:244–252. 87.
- Rivera AF, Dávila Torres RR, Parrilla Rodríguez AM, de Longo IM, Gorrín Peralta JJ. Exploratory study: 11. knowledge about the benefits of breastfeeding and barriers for initiation in mothers of children with spina bifida. *Matern Child Health J* 2008;12(6):734–738.

12. Li R, Fridinger F, Grummer-Strawn L. Public perceptions on breastfeeding constraints. *J Hum Lact* 2002;18:227–235.
13. Dodgson JE, Duckett L, Garwick A, Graham BL. An ecological perspective of breastfeeding in an indigenous community. *J Nurs Scholarsh* 2002;34:235–241.
14. McIntyre E, Hiller JE, Turnbull D. Community attitudes to infant feeding. *Breastfeed Rev* 2001;9(3):27–33.
15. Anderson AK, Damio G, Himmelgreen DA, Peng YK, Segura-Pérez S, Pérez-Escamilla R. Social capital, acculturation, and breastfeeding initiation among Puerto Rican women in the United States. *J Hum Lact* 2004;20:39–45.
16. Rassin DK, Markides KS, Baranowski T, Richardson CJ, Mikrut WD, Bee DE. Acculturation and the initiation of breastfeeding. *J Clin Epidemiol* 1994;47:739–746.
17. Romero-Gwynn E. Breast-feeding pattern among Indochinese immigrants in northern California. *Am J Dis Child* 1989;143:804–808.
18. U.S. Government Accountability Office. Report to Congressional addressees: breastfeeding: some strategies used to market infant formula may discourage breastfeeding; state contracts should better protect against misuse of WIC name. Washington, DC: U.S. Government Accountability Office; 2006. Available at: <http://www.gao.gov/new.items/d06282.pdf>. Accessed July 26, 2010.
19. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. 1981. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. Accessed July 27, 2010.
20. Heinig MJ, Follett JR, Ishii KD, Kavanagh-Prochaska K, Cohen R, Panchula J. Barriers to compliance with infant-feeding recommendations among low-income women. *J Hum Lact* 2006;22:27–38.
21. Higgins B. Puerto Rican cultural beliefs: influence on infant feeding practices in western New York. *J Transcult Nurs* 2000;11:19–30.
22. 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;106:667.
23. Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J. Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:708–712.
24. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990–2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31:12–32.
25. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Rev* 1999;7:5–16.
26. Bar-Yam NB, Darby L. Fathers and breastfeeding: a review of the literature. *J Hum Lact* 1997;13:45–50. among Hispanic women. *Birth* 2007;34:308–315.

27. 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–e498.
28. Li R, Hsia J, Fridinger F, Hussain A, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. Public beliefs about breastfeeding policies in various settings. *J Am Diet Assoc* 2004; 104:1162–1168.
29. Vance MR. Breastfeeding legislation in the United States: a general overview and implications for helping mothers. *Leaven* 2005;41:51–54. Available at <http://www.llli.org/llleaderweb/LV/LVJunJul05p51.html>. Accessed March 10, 2010.
30. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues* 2005;15:64–72.
31. Raisler J. Against the odds: Breastfeeding experiences of low income mothers. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45:253–263.
32. Brownell K, Hutton L, Hartman J, Dabrow S. Barriers to breastfeeding among African American adolescent mothers. *Clin Pediatr. (Phila)* 2002;41:669–673.
33. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J* 2004;8:65–70.
34. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008 Oct;122 (Suppl 2):S69–S76.
35. Gaiva MAM, Medeiros LS. Insufficient lactation: a proposal for action by nurses. *Ciencia* 2006;5:255–262.
36. Stuff JE, Nichols BL. Nutrient intake and growth performance of older infants fed human milk. *J Pediatr* 1989;115:959–968.
37. Dewey KG, Heinig J, Nommsen LA, Lonnerdal B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. *J Pediatr* 1991;119:538–547.
38. ArLotti JP, Cottrell BH, Lee SH, Curtin JJ. Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *J Community Health Nurs* 1998;15:163–178.
39. Amir LH. Breastfeeding—managing “supply” difficulties. *Aust Fam Physician* 2006;35:686–689.
40. Butte NF, Garza C, Smith EO, Nichols BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. *J Pediatr* 1984;104:187–195.
41. Neville MC, Keller R, Seacat J, Lutes V, Neifert M, Casey C, et al. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *Am J Clin Nutr* 1988;48:1375–1386.
42. Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. *Clin Perinatol* 1999;26:399–430.

43. Dykes F, Williams C. Falling by the wayside: a phenomenological exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery* 1999;15: 232–246.
44. Hailes JF, Wellard SJ. Support for breastfeeding in the first postpartum month: perceptions of breastfeeding women. *Breastfeed Rev* 2000;8:5–9.
45. Hong TM, Callister LC, Schwartz R. First time mothers' views of breastfeeding support from nurses. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2003;28:10–15.
46. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
47. Pletta KH, Eglash A, Choby K. Benefits of breastfeeding: a review for physicians. *WMJ* 2000;99:55–58.
48. Isabella PH, Isabella RA. Correlates of successful breastfeeding: a study of social and personal factors. *J Hum Lact* 1994;10:257–264.
49. Williams EL, Pan E. Breastfeeding initiation among a low income multiethnic population in northern California: an exploratory study. *J Hum Lact* 1994;10:245–251.
50. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs* 1995;22: 841–849.
51. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mothers' views on breastfeeding. *Soc Sci Med* 2000;50:1457–1473.
52. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:9–20.
53. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C; Millennium Cohort Study Child Health Group. Maternal employment and breast-feeding initiation: findings from the Millennium Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:242–247.
54. Kimbro RT. On-the-job moms: work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low-income women. *Matern Child Health J* 2006;10:19–26.
55. Rojjanasrirat W. Working women's breastfeeding experiences. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004; 29:222–227.
56. Miller NH, Miller DJ, Chism M. Breastfeeding practices among resident physicians. *Pediatrics* 1996;98:434–437.
57. Stevens KV, Janke J. Breastfeeding experiences of active duty military women. *Mil Med* 2003;168:380–384.
58. Thompson PE, Bell P. Breast-feeding in the workplace: how to succeed. *Issues Comp Pediatr Nurs*.1997;20:1–9.
59. Witters-Green R. Increasing breastfeeding rates in working mothers. *Families System Health* 2003;21:415–434.

60. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health* 1998;88: 1042–1046.
61. Brown CA, Poag S, Kasprzycki C. Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace. *J Hum Lact* 2001;17:39–46.
62. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. *J Hum Lact* 2001;17:24–30.
63. Renfrew MJ, McFadden A, Dykes F, Wallace LM, Abbott S, Burt S, et al. Addressing the learning deficit in breastfeeding: strategies for change. *Matern Child Nutr* 2006;2:239–244.
64. 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;112:607–619.
65. Swenne I, Ewald U, Gustafsson J, Sandberg E, Ostenson CG. Inter-relationship between serum concentrations of glucose, glucagon and insulin during the first two days of life in healthy newborns. *Acta Paediatr* 1994;83:915–919.
66. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS. Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet* 1983;1:1148–1151.
67. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28:94–100.
68. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* 2007;34:202–211.
69. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290–295.
70. Dabrowski GA. Skin-to-skin contact: giving birth back to mothers and babies. *Nurs Womens Health* 2007;11:64–71.
71. Riordan J, Gill-Hopple K, Angeron J. Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk intake. *J Hum Lact* 2005;21:406–412.
72. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008 Oct;122(Suppl 2):S43–S49.
73. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby-friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:124–131.
74. Pérez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG. The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *Am J Public Health* 1996;86:832–836.
75. Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/ anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery* 1994;10:87–103.

76. Leung GM, Lam TH, Ho LM. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99:785–794.

77. Pechlivani F, Vassilakou T, Sarafidou J, Zachou T, Anastasiou CA, Sidossis LS. Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatr* 2005;94:928–934.

78. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding-related maternity practices at hospitals and birth centers—United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:621–625.

79. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009;4:31–42.

80. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.

81. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:1142–1149.

82. Wallace LM, Kosmala-Anderson J. A training needs survey of doctors' breastfeeding support skills in England. *Matern Child Nutr* 2006;2:217–231.

83. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273:472–476.

84. Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999;103:635.

85. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2011. This publication is available at <http://www.surgeongeneral.gov>.

Breaking the Barriers: Breastfeeding at the Beginning การทลายอุปสรรค ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ศิริลักษณ์ กาวรัตน์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเด็ก

ศูนย์เชี่ยวชาญพิเศษนมแม่ในเด็กป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดและมีประโยชน์ที่สุดสำหรับลูก นมแม่เป็นโภชนาการพื้นฐาน นอกจากจะมีวิตามินและสารอาหารครบถ้วนแล้ว นมแม่ยังเต็มไปด้วยสารต่อสู้กับโรคที่ช่วยป้องกันลูกน้อยจากการเจ็บป่วย นั่นเป็นเหตุผลที่ WHO, UNICEF และ American Academy of Pediatrics แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนแรกและให้นมแม่ต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนถึง 2 ปีหรือมากกว่าการศึกษาทางวิทยาศาสตร์แสดงให้เห็นว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพของแม่อีกด้วย อย่างไรก็ตามพบว่า เมื่อสังคมมีความเจริญก้าวหน้า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็พบกับอุปสรรค ที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงจนน่าเป็นห่วง อุปสรรคพบได้ทุกระยะ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดระหว่างอยู่โรงพยาบาล หลังคลอดระยะแรก ระยะหลัง การสนับสนุนจากสามีและครอบครัว สังคม สิทธิประโยชน์ทางสังคมและบังคับใช้กฎหมาย ความเชื่อ การสื่อสารในโลกสังคมออนไลน์ ธุรกิจที่เฟื่องฟูตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้น การโฆษณาของนมผสมและเทคนิควิธีการส่งเสริมการขายของบริษัทนมผสม ดังนั้นคำตอบของการทลายอุปสรรค ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่สำคัญคือ การปฏิบัติตามบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บันไดขั้นที่ 1 นโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บันไดขั้นที่ 2 ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดำเนินการตามนโยบาย

บันไดขั้นที่ 3 สอนหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บันไดขั้นที่ 4 ช่วยแม่หลังคลอดให้ริเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด

บันไดขั้นที่ 5 แสดงวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีการทำให้นมแม่มีพอเพียงแม่มีเหตุจำเป็นต้องแยกจากกัน

บันไดขั้นที่ 6 ไม่ให้ลูกกินอย่างอื่นนอกจากนมแม่ ยกเว้นในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

บันไดขั้นที่ 7 ให้ลูกและแม่อยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง

บันไดขั้นที่ 8 ให้ลูกกินนมแม่ บ่อยเท่าที่ลูกต้องการ

บันไดขั้นที่ 9 ไม่ใช้จุกนมหลอก หัวนมยาง ในทารกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บันไดขั้นที่ 10 จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งต่อแม่ในรายที่มีปัญหา

นอกจากบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้ว การทลายอุปสรรค ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบัน พบได้ดังนี้

ระยะตั้งครรรภ์

- ความรู้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับความรู้เรื่องนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ การสร้างและการหลั่งน้ำนม

เข้าใจว่านมแม่มีเพียงพอสำหรับลูกแน่นอน ผู้ให้คำแนะนำไม่ว่าจะเป็นแพทย์และ/หรือพยาบาล ควรมีความรู้และประสบการณ์ด้านนมแม่อย่างแท้จริง กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาชีพในการตอบแทนผู้ที่ทำงานด้านนมแม่ ควรได้รับความรู้ที่ใหม่ทันสมัยอยู่เสมอ

- **เสวนานมแม่** ควรจัดให้มีเสวนานมแม่เป็นประจำ เพื่อให้แม่และบุคลากรและหญิงตั้งครรภ์มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ การเสวนา เป็นเวทีที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ ไม่ใช่การให้ความรู้เพียงอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เพื่อให้แม่มีความมั่นใจ
- **การสื่อสารในโลกสังคมออนไลน์** แม่ควรพิจารณาว่า ควรหาความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ที่เชื่อถือได้ สื่อที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มุ่งผลประโยชน์ทางธุรกิจ ไม่ชักชวนให้เสียเงิน ไม่ชวนเข้า Workshops เช่น เพจแพทย์หญิงสุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ เพจเลี้ยงลูกตามใจหมอ เพจมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย LINE@ คลินิกนมแม่ร.พ. เด็ก ฯลฯ เนื่องจากการสนับสนุนของรัฐและเอกชนที่มีความน่าเชื่อถือ ด้านความรู้และประสบการณ์มีการอำนวยความสะดวกให้แม่ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทางโทรศัพท์อยู่แล้ว ด้านการให้บริการทางคลินิกนมแม่ ให้มีการจ่ายค่าบริการเป็นไปตามมาตรฐาน ให้บริการโดยแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญและชำนาญเรื่องนมแม่ ไม่ชักชวนแม่ออกไปนอกสถานที่ เพื่อจ่ายค่าบริการ

ระยะคลอด ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ควรเลือกโรงพยาบาลที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแท้จริง

- **สนับสนุนให้ลูกได้ดูดนมแม่แบบเต็มคลออด**
- **ไม่แยกแม่แยกลูก** หรือนำลูกมาให้แม่ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด หลังคลอดให้แม่ลูกได้อยู่ร่วมกัน เพื่อลูกได้ดูดนมแม่ตามต้องการ ไม่ใช้นมผสมโดยไม่จำเป็น ไม่ใช่ขวดนม แม่และครอบครัว ควรเป็นปากเป็นเสียง ร้องขอให้โรงพยาบาลสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแท้จริง
- **สนับสนุนการช่วยให้ออกได้ดูดนมแม่ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลทุกมือ** เพื่อแม่ได้เรียนรู้การให้นมแม่ ลูกได้ดูดกระตุ้นการสร้างน้ำนมแม่ แม่หิวนมไม่เจ็บ หัวนมไม่แตกตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน โรงพยาบาลเห็นความสำคัญในการจัดอัตรากำลัง เพื่อช่วยเหลือแม่ในการให้นม ลดอัตราการเจ็บป่วยและการนอนโรงพยาบาลของลูก จัดลำดับความสำคัญของอัตรากำลังพยาบาลในการช่วยแม่ ไม่เพียงแค่มืออัตรากำลังเพียง 1-2 คน ต่อเวร หรือ 1-3 คน ต่อเวร อัตรากำลังเพียงแค่นี้ไม่เพียงพอต่อการช่วยแม่ในการให้นมลูกได้สำเร็จ หากผู้บริหารยอมรับข้อมูลก็จะทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศสูงขึ้นอย่างมีคุณภาพ
- **การช่วยเหลือเมื่อแม่มีเต้านมคัด (Engorgement)** ที่ถูกต้อง บุคลากรต้องมีความรู้ว่าการป้องกันไม่ให้เกิดเต้านมคัด (engorgement) เป็นวิธีที่ดีที่สุด อธิบายให้แม่เข้าใจ แม่จะได้ไม่ตกใจกลัวภาวะเต้านมคัด (engorgement) การช่วยเหลือมี ดังนี้
 การช่วยเหลือแม่ ลูกในการให้นมแม่ ให้ลูกดูดนมแม่เร็วตั้งแต่คลอด ดูดนมแม่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่ลูกต้องการ ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี
 สอนการประคบร้อน การประคบเย็น
 สอนการทำ self lymph drainage massage
 สอนการทำ reverse pressure softening การบีบน้ำนมด้วยมือ สอนการใช้เครื่องปั๊มนมที่ถูกต้องวิธีไม่มุ่งที่การนวด การเค้นเต้านม หรือการทำ ultrasound (deep heat) เต้านมในระยะนี้จะดี น้ำนมระยะนี้จะข้น เหนียว (colostrum) ไม่ต้องรีด เพื่อให้เต้านมนิ่มหรือรีดให้เพียงพอต่อความต้องการของลูก จนทำให้แม่เต้านมแข็ง เขียว เจ็บ ทำให้แม่ทุกข์ทรมาน ควรนำลูกมาช่วยดูดระบายน้ำนม การใช้ thermal ultrasound อาจช่วยแก้ไขได้ไม่มากนัก หรือการบีบเค้นหัวนม เพื่อเปิดท่อน้ำนม โดยใช้เข็มเจาะ สอดใส่ลงไปท่อน้ำนม จนทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ ทำให้แม่ท้อไม่ยอมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่หลงไปกับคำว่านวดเปิดท่อน้ำนม นวดเพิ่มน้ำนม นวดกระตุ้นน้ำนม

- การประเมินความเพียงพอของน้ำนม เพื่อให้แม่มั่นใจ ประเมินน้ำหนักลูก ประเมิน Tongue-tie ลูก
- ประเมินความอ่อนล้า ภาวะทางจิตใจของแม่และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของครอบครัว
- ช่วยเหลือแม่ไม่ให้แม่หัวนมแตก
- ไม่มีการแจกตัวอย่างนมผสม หรือชุดเย็บมคลออดที่ส่งเสริมการตลาดนมผสม เช่น ถุงเก็บน้ำนม กระจเป่าเก็บความเย็น กระจเป่าใส่ของใช้เด็ก ผ้าคลุมให้นม ฯลฯ

ระยะหลังคลอด เมื่อกลับบ้าน เมื่อแม่พบปัญหาควรมี

- **สายด่วนให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** โดยบุคลากรทางการแพทย์หรือแม่อาสาที่มีความรู้เรื่องนมแม่ที่ถูกต้อง ได้รับการสอนและฝึกอย่างถูกต้อง โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ การให้คำปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ เป็นภาระงานที่ต้องใช้เวลา เพื่อให้การให้คำปรึกษาเรื่องนมแม่ทางโทรศัพท์มีประสิทธิภาพ ควรจัดเวลาให้แม่ปรึกษาได้สะดวก 24 ชั่วโมง แม่จะได้มีที่พึ่งจากบุคลากรที่มีความรู้ มีประสบการณ์ ไม่ปรึกษาทางสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการเรียกเก็บเงิน หรือให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง เป็นช่องทางให้แม่สะดวกต่อการขอคำปรึกษา การให้บริการการให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทางโทรศัพท์ ควรได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานระบบ Call center เพื่อให้การให้บริการเป็นที่ประทับใจ
- **คลินิกนมแม่** หากแม่พบปัญหา แม่สามารถกลับเข้ามาให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยเหลือ แก้ไข ไม่ไปพึ่งพึ่งผู้หวังผลประโยชน์ทางการค้าในการสอนจากการทำ Workshop ที่ไม่ถูกต้อง ไม่มีความรู้ ควรเปิดให้บริการเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ควรสนับสนุนอัตรากำลังและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ เพื่อหลายอุปสรรค ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับแม่หลังคลอด
- **ปลูกฝังวัฒนธรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** การใช้ขวดเป็นวัฒนธรรมนมผสมที่มีการใช้ขวดจนเคยชิน หากจำเป็นแม่และครอบครัวควรรู้สึกว่าการป้อนนมด้วยถ้วย ซ้อน lactation aid และ finger feeding เป็นการให้นมที่เป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่ขวดนมก่อนลูกอายุ 45 วัน สนับสนุนการดูดนมแม่จากเต้า
- **ไม่งดอาหารกลุ่มเสี่ยง หรือไม่เสี่ยงโดยไม่มีข้อมูลทางการแพทย์** ควรให้แพทย์เป็นผู้ลงความเห็น ไม่งดตามสื่อสังคมออนไลน์ หรือไม่ใช้ยาเพิ่มน้ำนมเอง หรือขายตามสื่อสังคมออนไลน์เพราะยานั้นอาจเป็นยาปลอม หรือไม่ปลอดภัยต่อแม่และลูก
- **ควรใช้สิทธิลาคลอดให้ครบและไม่จำเป็นไม่ควรใช้สิทธิก่อนคลอด** เพื่อหลังคลอดจะได้มีเวลาในการให้นมลูกและเลี้ยงลูก
- **การเลือกใช้เครื่องปั๊มนม** ควรมีการสอนการใช้เครื่องปั๊มนมที่ถูกต้อง เนื่องจากยุคปัจจุบัน ต้องยอมรับว่ามีเครื่องปั๊มนมอย่างแพร่หลาย บุคลากรจึงควรมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้เครื่องปั๊มนม

อุปสรรคจากสื่อสังคมออนไลน์และบุคลากร ปัจจุบันการสื่อสารในบาง social media มีความสับสนสร้างความกังวลให้กับแม่ ในเรื่อง ท่อน้ำนมอุดตัน จุดขาวที่หัวนม (white dot) การนวดเปิดท่อน้ำนม การทำ ultrasound จึงควรเข้าใจเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจน

เต้านมเต็ม (full breasts)

อาการ : full breasts จะเกิดหลังวันที่ 3-5 หลังคลอด เมื่อน้ำนมมา แม่จะรู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกเต้านม เต้านมแข็ง และแข็ง บางครั้งอาจรู้สึกเต้านมเป็นก้อน อาจพบน้ำนมไหล หยดออกจากเต้านม

สาเหตุ : เต้านมเต็มถือว่าเป็นภาวะปกติหลังคลอด

Management: จำเป็นต้องให้ทารกดูดนมได้ถูกต้อง อมลึก ทำอุ้มของแม่กระชับ ให้ลูกดูดนมแม่บ่อยตามต้องการ อาการเต้านมเต็มจะดีขึ้น หลังลูกดูดนมแม่จากเต้า หลังจากนั้น 2-3 วันน้ำนมจะมาเพียงพอกับความต้องการของทารก

เต้านมคัด (breast engorgement)

อาการ: เต้านมบวม (swollen) และมีน้ำนมตึง (oedematous) เต้านมดูตึง เงามักเป็นทั้ง 2 เต้า เจ็บ มีไข้ต่ำๆ เมื่อเต้านมคัด หัวนมจะดูตึง จนทำให้หัวนมดูสั้น หัวนม ลานนม เต้านมตึงทำให้ทารกดูดนมแม่ยาก เป็นเหตุให้น้ำนมระบายออกไม่ดี

สาเหตุ: Failure to remove breast milk, especially in the first few days after delivery สาเหตุที่ทำให้ระบายน้ำนมได้ไม่ดี เกิดจาก delayed initiation of breastfeeding ลูกดูดไม่บ่อยตามต้องการ poor attachment และ ineffective suckling.

Management:

- แม่จำเป็นที่จะต้องระบายน้ำนม โดยให้ลูกช่วยดูดนมแม่ ให้ลูกดูดนมแม่บ่อยตามต้องการ ถ้าลูกไม่สามารถ attach และดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม่ต้องบีบน้ำนม เพื่อระบายน้ำนม หรือใช้เครื่องปั๊มออกจนเต้านมเบาลง ทารกสามารถ attach ดีขึ้น
- ใช้การประคบร้อนก่อนบีบน้ำนม เพื่อช่วยให้น้ำนมออกดี
- Lymphatic breast drainage therapy
- combination of hang technique (Balman,2013) และ reverse pressure softening ร่วมกับการนวดแบบ TBML
- ประคบเย็น หรือโบกกระท่อมหลังบีบน้ำนมหรือหลังปั๊บน้ำนมจะช่วยลดอาการเต้านมบวม (oedema) ได้
- เต้านมคัดพบน้อยใน baby-friendly hospitals ซึ่งปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ก้อนน้ำนมอุดตัน (blocked duct or plugged duct)

อาการ: มีอาการเต้านมคัดตึงที่เต้านมข้างใดข้างหนึ่ง คลำได้ขอบของก้อน อาจพบรอยแดงที่บริเวณท่อน้ำนม น้ำนมไหลออกไม่ดี หัวนมอาจมีแผล หรือ bleb ที่หัวนมจากการหายใจของแผลที่หัวนมบวมเจ็บ (Dr. Newman แนะนำให้ใช้ mupirocin ร่วมกับ topical antifungal และ steroid cream 7-10 อาจช่วยได้) อาจพบไข้ 38.5°C ได้

สาเหตุ: failure to remove milk from part of the breast อาจเกิดจากดูดไม่บ่อยพอ poor attachment ใส่เสื้อรัดแน่นเกินไป หรือเต้านมได้รับบาดเจ็บ (trauma) หรือบางครั้งเกิดจากน้ำนมที่ข้นมาก blocked duct อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด infectious และ noninfectious mastitis

Management: ระบายน้ำนมและแก้ไขสาเหตุ

- ให้ลูกดูดนมเต้าที่มี blocked duct หรือนวดเบาๆ เหนือท่อน้ำนมขณะที่ลูกดูดนม ไม่ควรกดหรือนวดคลึงแรงๆ ที่ก้อน
- อาจประคบร้อน หรือจัดทำการดูดนมของลูก

การรักษาและการพยาบาล

- ประคบร้อน
- ประคบเย็น
- Ultrasound
- Lymphatic breast drainage therapy
- combination of hang technique (Balman,2013) และ reverse pressure softening ร่วมกับการนวดแบบ TBML
- การดูดนมของลูกจะช่วยในการระบายน้ำนม
- การดูดนมของลูกร่วมกับการนวดที่นุ่มนวล

เต้านมอักเสบ (mastitis)

อาการ: เต้านมเป็นก้อนแข็ง ผิวเต้านมแดง เจ็บมาก มักพบที่เต้านมบริเวณใดบริเวณหนึ่ง แตกต่างจากอาการเต้านมคัด แม่จะมีไข้ รู้สึกว่าตัวเองป่วย

สาเหตุ: failure to remove milk จากทั้งช่วงระยะมือการให้นม ลูกนอนยาว แม่ติดภารกิจ รวมถึง poor attachment ของลูก หรือเกิดจากแรงกดที่เต้านม การบาดเจ็บที่เต้านม การนวดที่รุนแรง เต้านมอักเสบที่มี Infection มักมีสาเหตุจากหัวนมแตก

Management: improve the removal of milk และแก้ไขที่สาเหตุ

- แนะนำให้แม่นอนพัก ให้ลูกดูดนมแม่บ่อยตามต้องการ หรือมีวินัยในการระบายน้ำนม ไม่ต้องหยุดให้นมแม่
- อาจให้ลูกดูดนมเต้าที่ไม่อักเสบก่อน เพื่อกระตุ้น oxytocin reflex ให้น้ำนมไหลออกดี โดยจัดท่าให้นมให้เอื้อต่อการแก้ไข
- ถ้าปวดให้ ibuprofen หรือ paracetamol
- ถ้าอาการเต้านมอักเสบรุนแรง หรือหัวนมแตกมีการติดเชื้อ หรืออาการไม่ดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ควรพบแพทย์ เพื่อได้รับยาปฏิชีวนะ penicillinase-resistant เช่น flucloxacillin อย่างไรก็ตามการระบายน้ำนมเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไข

ฝีที่เต้านม (breast abscess)

อาการ: เต้านมบวม ปวด เจ็บมาก เพราะเต้านมเต็มไปด้วยน้ำนม

สาเหตุ: มักเกิดตามจากเต้านมอักเสบ (mastitis) ที่บริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ

Management: หากเป็นฝี จำเป็นที่ต้องมีการระบายหนองและรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ penicillinase-resistant อาจระบายด้วยการดูดออก (needle aspiration) อาจต้องดูดซ้ำหลายการดูดหนองออกโดย needle aspiration ควร guided by ultrasound. แม่สามารถให้นมลูกได้ เต้านมที่มีการติดเชื้อไม่มีผลต่อทารก

เอกสารอ้างอิง

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). Breastfeeding: A guide for the medical profession (8th ed.). Missouri: Elsevier Mosby.

Nikki Lee. (2011). Complementary and alternative medicine in breastfeeding therapy. Canada: Hale publishing.

Riordan, J., & Wambach, K. (2016). Breastfeeding and human lactation. (5thed.). Massachusetts: Jones & Bartlett.

Walker, M. (2017). Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence (4th ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett.

World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding; Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. French.

ข้อมูลงานวิจัยวิชาการสนับสนุนการขับเคลื่อน Breaking Breastfeeding Barriers

ศ. คลินิก. พญ. ศีราภรณ์ สวัสดิ์ว

เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

เนื่องจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย มีแผนงานในการผลักดันการแก้ไขปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคในการให้นมแม่ในระยะเริ่มต้นชีวิต จนถึงระยะประมาณ 1 เดือนแรก โดยเน้นในเรื่องการเตรียมตัวของแม่ที่จะมีผลต่อสุขภาพและการตัดสินใจของแม่ การให้ความช่วยเหลือการคลอด การทำหัตถการในระยะคลอดที่จะมีผลต่อการให้นมแม่ การช่วยเหลือระยะหลังคลอด เพื่อให้ผ่านอุปสรรคที่มักพบบ่อย รวมทั้งการให้แม่สามารถให้นมแม่ได้เป็น รู้วิธีให้นมแม่ ก่อนออกจากโรงพยาบาล จึงได้คัดเลือกบทความวิจัยที่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ และมีการสรุปประเด็นดังกล่าว 4 เรื่อง

1. Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography: #19 Breastfeeding promotion in the prenatal setting
2. Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography: Protocol on Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother
3. Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography (five year update): Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term
4. Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography "Going Home Protocol"

ทุกเรื่องเป็นเรื่องที่อยู่ในกลุ่ม Annotated Bibliography

Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography: #19 Breastfeeding promotion in the prenatal setting

Reference	Content	Level of Evidence*
Prenatal counseling/education		
Lumbiganon,P.; Martis,R.; Laopaiboon,M.; Festin,M.R.; Ho,J.J.; Hakimi,M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration Cochrane Database Syst.Rev., 2012, 9, CD006425, England	Cochrane review of RCTs of formal antenatal BF education, excluding intrapartum or postpartum intervention pieces. 19 studies with 8506 women were included in the review, no metaanalysis was possible. Findings: 1) Peer counselling significantly increased BF initiation. 2) No intervention was significantly more effective than another intervention in increasing initiation or duration of BF. 3) Combined BF educational interventions were not significantly better than a single intervention in initiating or increasing BF duration. However, in one trial a combined BF education significantly reduced nipple pain and trauma. 4) There was a marginally significant increase in exclusive BF at six months in women receiving a booklet plus video plus lactation consultation (LC) compared with the booklet plus video only. In another group, the combination of BF booklet plus video plus LC was significantly better than routine care for exclusive BF at three months. 5) Significant methodological limitations and observed effect sizes were small, it is not appropriate to recommend any specific antenatal BF education. There is an urgent need to conduct RCTs with adequate power to evaluate the effectiveness of antenatal BF education.	I
Guise J, Palda V, Westhoff C, Chan B, Helfand M, Lieu T. 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.	Meta-analysis of thirty randomized and nonrandomized controlled trials and 5 systematic review of breastfeeding counseling. Educational programs had the greatest effect on both initiation and short-term duration. Support programs increased both shortterm and long-term duration. Written materials did not significantly increase breastfeeding.	I

Reference	Content	Level of Evidence*
Community-based interventions		
Lassi,Z.S.; Das,J.K.; Salam,R.A.; Bhutta,Z.A. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findingsReprod.Health., 2014, 11 Suppl 2, S2-4755-11-S2-S2. Epub 2014 Sep 4, England	POSTNATAL Home visits by CHW to improve neonatal health was associated with improved breast feeding initiation within 1 hour (RR: 3.35, 95% CI: 1.31-8.59). PRENATAL Cochrane:Community based packages with an emphasis on provision of care through trained CHW via home visitation significantly improved early breast feeding initiation (RR: 1.94, 95% CI: 1.56-2.42). PRENATAL Cochrane: Care provided by midwives was found to be associated with significant improvements in initiation of breast feeding (RR: 1.35, 95% CI: 1.03-1.76). Cochrane, mixed PRE AND POSTNATAL: Another review evaluating the effects of CHW interventions reported significant impacts on breast feeding initiation (RR: 1.36, 95% CI: 1.14-1.61).	I
Self-efficacy background		
Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, Jimba M. The relationship between breastfeeding selfefficacy and perceived insufficient milk among japanese mothers. J ObstetGynecol Neonatal Nurs. 2008;37(5):546-555.	Two hundred and sixty-two in-hospital breastfeeding mothers in Japan. MAIN OUTCOME MEASURE: Breastfeeding self-efficacy was measured in-hospital and perception of insufficient milk was measured at 4 weeks postpartum. RESULTS: Although most mothers intended to exclusively breastfeed, less than 40% were doing so at 4 weeks postpartum. Among the mothers using formula, 73% cited perceived insufficient milk as the primary reason for supplementation or completely discontinuing breastfeeding. Mothers' perception of insufficient milk at 4 weeks postpartum were significantly related to breastfeeding self-efficacy in hospital in the immediate postpartum period (r=.45, p<.001). Hierarchical multiple regression revealed that breastfeeding selfefficacy explained 21% of the variance in maternal perceptions of insufficient milk, and the contribution was independent of sociodemographic variables	II-2
Position papers		

Reference	Content	Level of Evidence*
Eidelman, A and Schanler, R AAP Executive Summary: Breastfeeding and the Use of Human Milk Pediatrics, 2012, 129, 3, 600-603	Executive report on BF epidemiology, infant outcomes, BF and the premature baby, maternal outcomes, economic benefits, duration, contraindications, maternal diet, maternal medications, hospital routines/10 steps, pacifier use, vitamin D use, management of BF, role of the pediatrician in BF support and management, business case for BF. Part of the role of the pediatrician is to "Collaborate with the obstetric community to develop optimal breastfeeding support programs."	III
Labor & Delivery		
Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breastfeeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. Neonatology 2012;102:114-119.	Term infants born by normal delivery were randomized at birth to either early skin-to-skin contact (SSC) (n = 20) or conventional care (controls; n = 21). SSC was continued for at least 2 h after birth. Subsequently, one BF session of the infants was video recorded at about 48 h of life. The primary outcome, infants' BF behavior at 48 h of life, was assessed using the modified infant Breast-Feeding Assessment Tool (BAT; a score consisting of infant's readiness to feed, sucking, rooting and latching, each item scored from 0 to 3) by three independent masked observers. The secondary outcomes were EBF rates at 48 h and 6 weeks of age and salivary cortisol level of infants at 6 h of age. Baseline characteristics including birth weight and gestation were comparable between the two groups. There was no significant difference in the BAT scores between the groups [median: 8, interquartile range (IQR) 5-10 vs. median 9, IQR 5-10; p = 0.6]. EBF rates at 48 h and at 6 weeks were, however, significantly higher in the early-SSC group than in the control group [95.0 vs. 38.1%; relative risk (RR): 2.5, 95% confidence interval (95% CI): 1.4-4.3 and 90 vs. 28.6%; RR: 3.2, 95% CI: 1.6-6.3].	I

Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography: Protocol on Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother

Reference	Content	Level of Evidence*
Studies Looking at Breastfeeding Outcomes and Anesthesia/Analgesia		
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. <i>Pediatrics</i> (2003) 112:3,607-618.	Prospective study of 280 mothers in Davis, California, to determine incidence of and risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss in a highly educated, highly motivated population. Regional labor anesthesia was associated with SIBB on day 0, delayed milk onset, and excess weight loss by day3 compared to no anesthesia. Combined analgesia with IV/IM narcotics and regional anesthesia led to the highest incidence of excess weight loss. These results were confounded by other variables such as length of labor. The subgroup of infants delivered vaginally with IV/IM narcotics had significantly higher risk of SIBB on day 3. The infants delivered vaginally with regional anesthesia had more risk of excess weight loss. The authors suggest that this may have been affected by IV fluids in labor. Longer labor and cesarean section were associated with higher risk for SIBB and excess weight loss.	II-2
Nissen E, Lilja G, Matthiesen A-S, et al. Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. <i>Acta Paediatr</i> (1995) 84:140-5.	44 infants, 18 of whose mothers received pethidine, were observed skin-to-skin with their mothers for 2 hours immediately after birth. The observer was blind to analgesia status. Infants exposed to pethidine had delayed and depressed sucking and rooting behavior and fewer suckled spontaneously. The authors recommend that pethidine-exposed mother/infant couples stay together long enough after birth to enable the infant to make the choice to attach "without the forceful helping hand of the health staff."	III

Reference	Content	Level of Evidence*
Rajan L. The impact of obstetric procedures and analgesia/anesthesia during labour and delivery on breastfeeding. <i>Midwifery</i> (1994)10, 87-103.	Re-analysis of data from a study of pain relief in labour done via phone survey 6 weeks post delivery. Better breastfeeding outcomes were found when a woman received "extra help" with breastfeeding if she received pethidine during the first stage and if she had adequate control of perineal pain postpartum.	III
Studies looking at postpartum analgesia and breastfeeding		
Wittels F, Glostien G, Faure E, et al. Postcesarean Analgesia with Both Epidural Morphine and Intravenous Patient-Controlled Analgesia: Neurobehavioral Outcomes Among Nursing Neonates. <i>Anesth Analg</i> (1997) 85(3):600-606.	RCT of intravenous PCA with morphine vs. meperidine after cesarean delivery. All patients received a single dose of epidural morphine 4 mg initially. Intravenous PCA with meperidine was associated with more neonatal neurobehavioral depression and less alertness and orientation to human cues than IV PCA with morphine.	I
Studies looking at labor related to anesthesia/analgesia that may have secondary effects on breastfeeding		
Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S, et.al. The influence of perinatal factors on breast feeding. <i>Acta Paediatr Scand</i> (1983) 72:9-12.	1701 mothers studied by questionnaire 6-8 months after delivery. Infants born by cesarean section or assisted delivery, those of low birth weight or asphyxiated at birth were less likely to breastfeed. Among those who initiated breastfeeding, breastfeeding duration was not affected by any of these factors.	III
Reviews of alternative methods of pain management in labor		
Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2003, Issue 3.	Women who received continuous support during labor and birth were less likely to have intrapartum analgesia or operative delivery. They reported more satisfaction with birth and were more likely to be breastfeeding at 1-2 months postpartum.	I: Metaanalysis of RCTs
Studies looking at choice of drug for analgesia in labor		
Poole JH. Analgesia and anesthesia during labor and birth: Implications for mother and fetus. <i>JOGNN</i> 32(6): 780-793	Excellent review of analgesia and anesthesia during labor and delivery. Has numerous tables on the implications of the various drugs on maternal and neonatal outcome.	III: Review

Academy of Breastfeeding Medicine
Annotated Bibliography (five year update):
Peripartum breastfeeding management for the
healthy mother and infant at term July 2007

Reference	Content	Level of Evidence*
Background/Hospital policies		
The Baby-Friendly way: the best breastfeeding start. Philipp BL - Paediatr Clin North Am, 01-JUN-2004; 51(3): 761-83	This article reviews the development of the BFHI, describes the components of the initiative, and evaluates current data that favor the universal implementation of the BFHI.	II-2
Prenatal Education		
Interventions to promote breastfeeding: applying the evidence in clinical practice. Palda VA-CMAJ-16-MAR-2004; 170(6): 976-8	In this document, the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) updates its earlier breast-feeding recommendations [by presenting evidence on interventions that improve the initiation or duration of breast-feeding (or both). They found good evidence to recommend provision of structured antepartum educational programs as well as peer counseling.	I
Labor and Delivery		
Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. Beilin Y - Anesthesiology - 01-DEC-2005; 103(6): 1211-7	Randomized double-blinded study of the impact of epidural fentanyl on breast-feeding. Women who previously breast-fed a child and who requested labor epidural analgesia were randomly assigned in a double-blinded manner to one of three groups: (1) no fentanyl group n=60, (2) intermediate-dose fentanyl group n=59 (intent to administer between 1 and 150 microg epidural fentanyl), or (3) high-dose epidural fentanyl group n=58 (intent to administer > 150 microg epidural fentanyl). CONCLUSIONS: Among women who breast-fed previously, those who were randomly assigned to receive high-dose labor epidural fentanyl were more likely to have stopped breast-feeding 6 weeks postpartum than woman who were randomly assigned to receive less fentanyl or no fentanyl.	I
Immediate postpartum period		

Reference	Content	Level of Evidence*
Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. Mikiel-Kostyra K - Acta Paediatr - 01-JAN-2002; 91(12): 1301-6	N=1250 A prospective cohort study of Polish children to study the influence on breastfeeding of skin-to-skin contact after birth. 3 year follow-up RESULTS: The implementation of the practice significantly increased mean duration of exclusive breastfeeding by 0.39 mo and overall breastfeeding duration by 1.43 mo. The infants kept with the mothers for at least 20 min were exclusively breastfed for 1.35 mo longer and weaned 2.10 mo later than those who had no skin-to-skin contact after delivery. The skin-to-skin contact after birth significantly coexisted with the other hospital practices supportive to breastfeeding, especially rooming-in without separation longer than 1 h per 24 h [relative risk (RR) = 3.18, 95% confidence interval (95% CI): 2.34-4.31] and first breastfeeding within 2 h after birth (RR = 2.94, 95% CI: 2.36-3.67. CONCLUSION: The results indicate that extensive mother-infant skin-to-skin contact lasting for longer than 20 min after birth increases the duration of exclusive breastfeeding.	II-2
Clinical Practice Guideline Subcommittee on Hyperbilirubinemia Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation Pediatrics Vol. 114 No. 1 July 2004, 297-316	The AAP in this clinical practice guideline recommends the following as it relates to breastfeeding: 1. -In numerous policy statements, the AAP recommends breastfeeding for all healthy term and near-term newborns. This guideline strongly supports this general recommendation. 2. -Clinicians should advise mothers to nurse their infants at least 8 to 12 times per day for the first several days (evidence quality C: benefits exceed harms). 3. -The AAP recommends against routine supplementation of non-dehydrated breastfed infants with water or dextrose water (evidence quality B and C: harms exceed benefits). 4. -In breastfed infants who require phototherapy, the AAP recommends that, if possible, breastfeeding should be continued (evidence quality C: benefits exceed harms). It is also an option to interrupt temporarily breastfeeding and substitute formula. This can reduce bilirubin levels and/or enhance the efficacy of phototherapy (evidence quality B: benefits exceed harms). In breastfed infants receiving phototherapy, supplementation with expressed breast milk or formula is appropriate if the infant's intake seems inadequate, weight loss is excessive, or the infant seems dehydrated.	III
Discharge policies		

Reference	Content	Level of Evidence*
Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Labaree J - Pediatrics - 01-FEB-2005; 115(2): e139-46	N=226 Randomized open trial studying the effect of an early preventive visit within 2 weeks after birth with trained primary care physicians (5-hour training program on breastfeeding. This study provides preliminary evidence of the efficacy of breastfeeding support through an early, routine, preventive visit in the offices of trained primary care physicians.	I
Expressing Breastmilk		
Electric breast pump use increases maternal milk volume in African nurseries. Slusher T - J Trop Pediatr-01-APR-2007; 53(2): 125-30	N=65 Randomized trial in Africa where mothers of sick or preterm infants were assigned to one of three milk expression groups at birth (electric pump, pedal pump or hand pump.) Findings revealed greater MMV (maternal milk volume) with electric breast pumps than hand-expression for mothers of infants in African nurseries. This data has important implications for international policy if exclusive OMM (own mothers' milk) feeding is to be achieved for the vulnerable infant	I

Academy of Breastfeeding Medicine Annotated Bibliography "Going Home Protocol"

Reference	Content	Level of Evidence*
1. Studies that assess breastfeeding effectiveness and the perceived need to supplement:		
Chapman, DJ and Perez-Escamilla, R. Does Delayed Perception of the Onset of Lactation Shorten Breastfeeding Duration? J Hum Lact, 1999; 15(2): 107-111.	A study of 146 postpartum mothers enrolled at postpartum day 2 and followed longitudinally which suggested that the maternal perceived delay in the onset of lactation was associated with a shorter breastfeeding duration and thus the perceived need to supplement early in life.	II-3
Cernadas, J.M.,Noceda, G., Barrera, L., et al. Maternal and Perinatal Factors Influencing the Duration of Exclusive Breastfeeding During the First 6 Months of Life. J Hum Lact, 2003; 19(2): 136-144.	A longitudinal study following 539 mothers over a 6 month duration which showed a longer duration of exclusive breastfeeding associated with a positive maternal attitude about breastfeeding, adequate family support, good mother-infant bonding, appropriate suckling technique, and no nipple problems. The median duration of exclusive breastfeeding in this study was 4 months. The study suggested early recognition of these potential peripartum issues that may arise and prompt intervention and maternal education will promote longer breastfeeding duration.	II-3
Dewey, KG, Nommsen-Rivers,L.A., Heinig, M.J., et al. Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss. Pediatrics, 2003; 112(3): 607-619.	A longitudinal study which followed 280 mothers which showed that parity, delivery mode, duration of labor, labor medications, use of breastmilk substitutes and/or pacifiers, and maternal obesity had negative impact on their infants' breastfeeding behavior scores and their overall breastfeeding success. These results suggested close peripartum observation while in the hospital and the need for close follow up when discharged from the hospital.	II-3
4. Studies which review the negative impact of commercial hospital discharge packs and/or the use of pacifiers on breastfeeding exclusiv-		

Reference	Content	Level of Evidence*
ity, breastfeeding behaviors and duration.		
Howard, C.R., Howard, F.M., Lanphear, B., et al. Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. Pediatrics, 2003; 111(3): 511-518.	A study comprised of 700 breastfed infants to 1 of 4 intervention groups: bottle/early (2-5 days) pacifier, bottle/late (> 4 weeks) pacifier, cup/early pacifier or cup/late pacifier. The cup or bottle infants received these types of supplementation when medically necessary. Any supplemental feeds regardless of method had a negative effect on breastfeeding duration but the method of supplementation (cup vs. bottle) showed no difference in duration. However when the infants required >2 supplements, the cup fed group had more prolonged exclusive and full breastfeeding rates. In C-section infants, cup feeding significantly prolonged exclusive, full and overall breastfeeding duration. Exclusive breastfeeding at 4 weeks was seen less in the early pacifier group of infants as was overall duration of breastfeeding but did not affect exclusive or full duration. The authors concluded that cup feeding may not necessarily have an advantage for providing supplements to the general population but may benefit dyads delivered by C-section or those who require multiple supplemental feeds. Early pacifier use was detrimental to exclusive and overall breastfeeding and thus should be avoided in the neonatal period.	I
7. Studies which address the role and efficacy of prenatal, postnatal and peer counseling in efforts to support the breastfeeding dyad.		
Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayral, A.S., 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): e139-146.	226 dyads were followed at monthly intervals and randomized to either the intervention group or the control group. The intervention group consisted of dyads who were being followed by a primary care physician who had received a 5 hour training program in breastfeeding prior to the study. The invention group attended routine preventive visits in addition to pre-discharge and post-discharge support and were also invited to attend a an individual routine preventive outpatient visit within 2 weeks after birth from one of the trained physicians. The control group received routine maternity ward care and was provided a phone number for peer support once discharged from the hospital. They did not attend the preventive support visit within 2 weeks of discharge. Mothers in the intervention group were more likely to report exclusive breastfeeding at 4 weeks (83.9% vs. 71.9%), and had a longer breast-	I

Reference	Content	Level of Evidence*
	feeding duration (18 weeks vs. 13 weeks). Breastfeeding difficulties were less common in the intervention group (55.3% vs. 72.8%) and maternal satisfaction was higher in the intervention group (97.7% vs. 91.1%). They researchers concluded that early preventive visits in offices of trained physicians can improve breastfeeding outcomes. They proposed that a short training program for practicing physicians might contribute to better breastfeeding rates and suggested that the multifaceted interventions needed to support breastfeeding should include primary care physicians.	

เส้นทางสู่สังคมแม่ที่ยั่งยืน : ปัจจัยด้านมารดา สังคม และที่ทำงาน

พศ. ดร. พรนภา ตั้งสุขสันต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์อย่างมากต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก¹ อย่างไรก็ตามพบว่า ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 6 เดือนทั่วโลกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีจำนวนเกือบครึ่งที่ คือ มีเพียงร้อยละ 38 ซึ่งเป็นอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติได้กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 50 และ พบอัตราดังกล่าวในประเทศไทยเพียงร้อยละ 23.1 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียน² การศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า การกลับไปทำงานเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแม่ที่อาศัยในเขตเมือง และทำงานในระบบ^{3,4}

แม่ทำงานส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องกลับไปทำงาน จากข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าการทำงานของสตรี มีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัวถึงร้อยละ 37⁵ อย่างไรก็ตาม ภายใต้ความจำเป็นที่ต้องกลับไปทำงานนั้น แม่ส่วนใหญ่ปรารถนาจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มากที่สุดและนานที่สุด เนื่องจากรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁶ การตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการทำงานจึงส่งผลให้แม่บางคนรู้สึกผิดที่ไม่สามารถให้อาหารที่ดีที่สุดแก่ลูกได้ ในขณะที่แม่ที่เลือกที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจากกลับไปทำงานต้องพบกับความกดดันเนื่องจากการขาดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน⁷

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเป็นสิ่งที่วิกฤตและห่างจากเป้าหมายมาก ยกตัวอย่าง เช่น แม่ทำงานในประเทศตุรกี อินโดนีเซีย และไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติสำหรับทารกที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือนเพียงร้อยละ 0-5^{8,9} ในขณะที่พบว่าประเทศส่วนใหญ่ในโลก มีจำนวนสตรีที่มีส่วนร่วมในแรงงานมากเกินครึ่งหนึ่งของสตรีในประเทศทั้งหมด สำหรับประเทศไทยนั้น มีจำนวนของสตรีทำงานร้อยละ 63 ของสตรีทั้งหมดหรือประมาณ 17 ล้านคน¹⁰

ดังนั้น การช่วยเหลือสนับสนุนแม่ทำงานให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลักษณะที่เข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นแนวทางที่สำคัญแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กไทยได้รับน้ำนมแม่ ที่เป็นอาหารที่ดีที่สุดได้

ทั้งนี้พบว่า มีปัจจัยหลัก 3 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ทำงาน

- 1) ปัจจัยด้านมารดา
- 2) ปัจจัยด้านสังคม
- 3) ปัจจัยด้านที่ทำงาน

ปัจจัยด้านมารดา

ปัจจัยด้านมารดา คือ คุณลักษณะของแม่ที่ช่วยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว ทักษะ ความตั้งใจ ความมั่นใจ และความรู้ของแม่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว

แม่ที่มีการศึกษาสูง หรือ รายได้ครอบครัวสูง จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าแม่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า หรือ รายได้ครอบครัวน้อยกว่า

การศึกษาในประเทศได้ค้นพบว่าแม่ทำงานที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2-3 เท่า มากกว่าแม่ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา หรือ น้อยกว่า¹¹ และ พบว่าแม่ที่มีรายได้ครอบครัวสูง จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า ยกตัวอย่าง เช่น แม่ในประเทศเบลเยียมที่มีรายได้สูงกว่า จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวประมาณ 3 เดือน ในขณะที่แม่ที่มีรายได้น้อยกว่า จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวประมาณ 2 เดือน¹²

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความรู้ของแม่ทำงานเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการลาคลอด จะช่วยให้แม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจาก ช่วยให้แม่มีทัศนคติที่ดีและมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในขณะที่ การขาดความรู้จะส่งผลให้แม่มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้^{7,13}

ข้อมูลพบว่า แม่ทำงานส่วนใหญ่จะมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อสุขภาพลูก แต่ขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อต้องกลับไปทำงาน เช่น ทักษะในการบีบเก็บน้ำนมเพื่อคงการสูบน้ำนมไว้ให้ได้มากที่สุด ความถี่ และ ระยะเวลาในการบีบเก็บน้ำนม เป็นต้น และขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการลาคลอดของตนเอง¹³

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า แม่ทำงานขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีต่อสุขภาพของแม่ ความเสี่ยงในการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม ที่อาจมีต่อสุขภาพของลูก การบีบเก็บน้ำนม และการเก็บรักษาน้ำนม⁷

ทัศนคติ ความตั้งใจ และความมั่นใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ ความตั้งใจ และความมั่นใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มแม่ทำงานยังมีค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่จะเป็นการรายงานในกลุ่มแม่ที่ไม่ได้ทำงาน โดยพบว่าแม่ที่มีทัศนคติทางบวก มีความตั้งใจ และมีความมั่นใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวกว่าแม่ที่มีทัศนคติทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทั้งนี้ ในส่วนของแม่ทำงานนั้นพบการรายงานข้อมูลว่า แม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือนนั้น มีการหาวิธีการที่ช่วยผสมผสานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับการทำงาน¹⁴ นอกจากนี้ พบว่า แม่ทำงานมีความตั้งใจและทัศนคติในเชิงลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือ ส่วนใหญ่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับนมผสมมากกว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ และ มีความคิดเห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เหนือกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม¹⁴ การศึกษาในไทยพบว่า แม่ทำงานส่วนใหญ่มีทัศนคติทางบวกต่อประโยชน์ของนมแม่ต่อสุขภาพลูก แต่ไม่เห็นด้วยที่แม่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ และไม่เห็นด้วยว่านมแม่อย่างเดียวยุติ จะมีสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของลูก นอกจากนั้นแม่ทำงานส่วนใหญ่ มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมผสม โดยมองว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่หรือนมผสมมีสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างกัน¹⁵

ปัจจัยด้านสังคม

การสนับสนุนแม่ทำงานจากสังคมที่อยู่ใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ภายหลังจากที่ต้องกลับไปทำงาน

การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว อาทิ เช่น จากยาย และสามี เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของแม่ทำงาน และช่วยให้แม่เผชิญกับความเครียดในระหว่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้¹⁵ โดยพบว่าแม่ทำงานจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น หากมี

ย้ายาย และสามีสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนช่วยดูแลเลี้ยงดูทารก หุ่นเทเอาใจใส่ แสดงความรักและความยินดีในการช่วยเหลือ^{6,15} อย่างไรก็ตาม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถเป็นไปได้ทั้งในลักษณะที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่¹⁵ การศึกษาในประเทศไทย พบว่า โปรแกรมการให้สามีมีส่วนร่วม ในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ การติดตามให้ความช่วยเหลือสามารถช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ในช่วงเดือนแรกได้มากกว่าแม่ที่ไม่ได้รับโปรแกรม¹⁶

การปรึกษาของบุคลากรสุขภาพ

การได้รับการปรึกษาจากบุคลากรสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะสนับสนุนให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การให้การปรึกษาควรครอบคลุมถึง ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความวิตกกังวล และ ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น¹⁴ และ ควรคำนึงถึงวิธีการ และ ระยะเวลาในการให้การปรึกษา กล่าวคือ การให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว ช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ การให้การปรึกษาแบบกลุ่มไม่ได้ช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเพิ่มขึ้น และ พบว่าการให้การปรึกษาแบบครั้งเดียวในระยะหลังคลอด หรือ การให้การปรึกษาในระยะตั้งครรรภ์ ร่วมกับในระยะหลังคลอด จะช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนมากขึ้น ในขณะที่การให้การปรึกษาในระยะตั้งครรรภ์เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนเพิ่มขึ้นได้¹⁷ การศึกษาในประเทศตุรกี และ ประเทศไทย พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ และการติดตามช่วยให้มารดาทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนได้เพิ่มขึ้น^{9,18}

ปัจจัยด้านที่ทำงาน

ปัจจัยด้านที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุด ที่จะช่วยให้แม่ทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องได้ โดยพบว่าการขาดการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในที่ทำงานจะทำให้แม่วางแผนที่จะเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องกลับไปทำงาน³ ปัจจัยด้านที่ทำงาน ได้แก่ นโยบายของที่ทำงานเกี่ยวกับการลาคลอด การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน ความยืดหยุ่นของที่ทำงาน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์¹⁵

นโยบายของที่ทำงานเกี่ยวกับการลาคลอด

นโยบายของที่ทำงานเกี่ยวกับการลาคลอด หมายถึง ระยะเวลาในการลาคลอด และการได้รับเงินเดือนในระหว่างการลาคลอด¹⁵ ซึ่งโดยขั้นต่ำที่สุด ควรมีลักษณะเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในนโยบายในระดับสากล กล่าวคือ ระยะเวลาในการลาคลอดไม่น้อยกว่า 14 สัปดาห์ และในระหว่างการลาคลอด ควรได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 2 ใน 3 ของเงินเดือนปกติ

นอกจากนั้น ภาครัฐยังควรเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการจ่ายเงินเดือนในระหว่างการลาคลอด เพื่อปกป้องแม่ทำงานจากการไม่ได้รับเงินเดือนระหว่างลาคลอดตามที่ควรจะเป็นจากนายจ้าง¹⁹ นโยบายเกี่ยวกับการลาคลอดเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าแม่ที่กลับไปทำงานขณะ 2 เดือนหรือน้อยกว่าเป็นกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาที่สั้นที่สุด ในขณะที่แม่ที่ลาคลอดได้ 6 เดือนเป็นกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานที่สุด²⁰ นอกจากนี้การได้รับเงินเดือนในระหว่างการลาคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยให้แม่มั่นใจว่าสามารถดูแลตัวเองและลูกให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่เหมาะสมได้¹⁹ การสำรวจกลุ่มประเทศในเอเชียจำนวน 40 ประเทศ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่มีคะแนนด้านนโยบายในการปกป้องแม่ (maternity protection) ต่ำที่สุด²¹

การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน

การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน หมายถึง การที่แม่สามารถเข้าไปใช้สิ่งต่างๆ ที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงานได้จัดสรรไว้ให้ ได้แก่ ห้องที่สะอาดและเป็นส่วนตัว อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยในการปั๊มน้ำนม เช่น เครื่องปั๊มนม และ ตู้เย็นเพื่อเก็บรักษาน้ำนม¹⁵

ข้อมูลพบว่า การมีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวสำหรับปั๊มน้ำนมช่วยให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2.38 เท่า มากกว่าแม่ที่ไม่มีสถานที่ดังกล่าว¹¹ และการขาดสถานที่และเวลาที่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน ทำให้แม่ตัดสินใจเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องกลับไปทำงาน³

ความยืดหยุ่นของการทำงาน

ความยืดหยุ่นของการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ทำงาน แม่ควรมีเวลาพักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน หรือ มีการลดชั่วโมงการทำงานเพื่อปั๊มน้ำนมหรือให้นมแม่¹⁹ ความยืดหยุ่นของการทำงานขึ้นอยู่กับ จำนวนชั่วโมงของการทำงานและลักษณะของงาน

ข้อมูลพบว่า แม่ที่มีชั่วโมงทำงานเกินมาตรฐานที่สากลกำหนดไว้ เช่น มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เสี่ยงต่อการเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะ 6 เดือน มากกว่าแม่ที่ทำงานน้อยชั่วโมงกว่าถึงเกือบ 3 เท่า

นอกจากนี้ยังพบว่า แม่ที่ทำงานในสำนักงาน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลังการลาคลอด 4 เท่า มากกว่าแม่ทำงานในไลน์ผลิต และ พบว่าแม่ที่ทำงานในภาครัฐเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าแม่ที่ทำงานภาคเอกชน^{11,22}

การสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูล

พบการศึกษาที่รายงานข้อมูลว่า แม่ทำงานพบกับประสบการณ์ที่ไม่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การไม่ให้ความสำคัญและการวิพากษ์วิจารณ์จากนายจ้างและผู้ร่วมงาน การไม่ได้รับอนุญาตให้ปั๊มน้ำนมในที่ทำงาน ตลอดจนการแสดงความไม่พอใจจากเพื่อนร่วมงาน¹⁵ และพบว่านายจ้างส่วนใหญ่มองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องส่วนตัว แม่ทำงานควรสนใจและมีความรับผิดชอบในการทำงานเป็นอันดับแรกมากกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²³

ในส่วนของการสนับสนุนด้านข้อมูลนั้น แม่ทำงานต้องการข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการลาคลอด เงินเดือนในระหว่างการลาคลอด และ การจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น สถานที่ และอุปกรณ์เพื่อปั๊มน้ำนม โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลช่วยให้มารดาที่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่ทำงาน¹⁵

เอกสารอ้างอิง

1. Victora, C.G., Horta, B.L. Loret de Mola, C., Quevedo, L., Pinheiro, R.T., Gigante, D.P., Gonçalves, H., & Barros, F.C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health* 2015;3: e199–205.
2. UNICEF. (2016). Infant and Young Child Feeding. Retrieve from <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
3. Weber, D., Janson, A., Nolan, M., Wen, L. M., & Rissel, C. (2011). Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J*, 6, 19.
4. Attanasio, L., Kozhimannil, K. B., McGovern, P., Gjerdingen, D., & Johnson, P. J. (2013). The impact of prenatal employment on breastfeeding intentions and breastfeeding status at 1 week postpartum. *J Hum Lact*, 29(4), 620–628.
5. Department of Labor, United States. (2013). Women of Working Age. Retrieved from <http://www.dol.gov/wb/stats/recentfacts.htm>
6. Februhartanty, J., Wibowo, Y., Fahmida, U., & Roshita, A. (2012). Profiles of eight working mothers who practiced exclusive breastfeeding in Depok, Indonesia. *Breastfeed Med*, 7(1), 54–59.
7. Tangsuksan, P., & Ratinthorn, A. (2011). Experiences and Contextual Factors Related to Exclusive Breastfeeding in Full-time Working Mothers. *J of Nurs Sci*, 9(3), 258–65.

8. Apichatvorapong, C. (2004). The relationship between stress and its related factors influence exclusive breastfeeding among working mothers. M.Sc. Thesis in Public Health (Nutrition), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

9. Ciftci, E. K., & Arikan, D. (2012). The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits. J Clin Nurs, 21(15-16), 2170-2178.

10. The World Data Bank. (2017). Babies and mothers worldwide failed by lack of investment in breastfeeding. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/en/>

11. Tsai, S. Y. (2013). Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. Breastfeed Med, 8, 210-216.

12. Robert, E., Coppieters, Y., Swennen, B., & Dramaix, M. (2014). Breastfeeding duration: a survival analysis-data from a regional immunization survey. Biomed Res Int, 2014, 529790.

13. Karanci, G., & Yenil, K. (2014). Breastfeeding knowledge among working pregnant women in Turkey. Workplace Health Saf, 62(4), 143-148.

14. Rojjanasrirat, W., & Sousa, V. D. (2010). Perceptions of breastfeeding and planned return to work or school among low-income pregnant women in the USA. J Clin Nurs, 19(13-14), 2014-2022.

15. Hirani, S. A., & Karmaliani, R. (2013). The experiences of urban, professional women when combining breastfeeding with paid employment in Karachi, Pakistan: A qualitative study. Women Birth, 26(2), 147-151.

16. Kerdmakmee, C. (2007). The effects of spouse involvement in a breastfeeding promotion program for working mothers on exclusive breastfeeding in the first month. M.N.S. Thesis (Maternity and Newborn Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

17. Britton, C., McCormick, F. M., Renfrew, M. J., Wade, A., & King, S. E. (2007). Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database Syst Rev(1), CD001141.

18. Yimyam, S., & Hanpa, W. (2014). Developing a workplace breast feeding support model for employed lactating mothers. Midwifery, 30(6), 720-724.

19. International Labour Organization. (2012). Maternity Protection Convention 183. Retrieve from http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183

20. Skafida, V. (2012). Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on Growing Up in Scotland data. Matern Child Health J, 16(2), 519-527.

21. Gupta, A., Holla, R., Dadhich, J. P., Suri, S., Trejos, M., & Chanetsa, J. (2013). The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries. Health Policy Plan, 28(3), 279-298.

22. Ahmadi, M., & Moosavi, S. M. (2013). Evaluation of occupational factors on continuation of breastfeeding and formula initiation in employed mothers. Glob J Health Sci, 5(6), 166-171.

23. Witters-Green. (2003). Increasing Breastfeeding Rates in Working Mothers. Families, Systems & Health, 21(4), 415-434.

“สิทธิลาคลอด : Maternity Leave” ตามคำขวัญ “รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน : Sustaining Breastfeeding Together”

นายมนอชญ์ แสงแก้ว

ผู้อำนวยการกองสวัสดิการแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน

แรงงานหญิงมีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาประเทศและมีแนวโน้มว่าจะมีบทบาทมากขึ้น ปัจจุบันมีแรงงานหญิง 4.23 ล้านคน จากจำนวนแรงงานในระบบทั้งหมดทั่วประเทศ 8.88 ล้านคน ซึ่งทำงานอยู่แทบทุกสาขาอาชีพในสถานประกอบการทั่วประเทศ สามแสนเจ็ดหมื่นกว่าแห่ง (378,513 แห่ง)

แต่เนื่องจากความแตกต่างกันทางสรีระระหว่างเพศชายกับเพศหญิง โดยเฉพาะความแข็งแรง และการมีครรภ์ของเพศหญิง รัฐบาลจึงออกกฎหมายคุ้มครองแรงงานหญิงเป็นกรณีพิเศษ เช่น งานที่ห้ามลูกจ้างหญิง/ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ทำ เนื่องจากอาจเป็นอันตรายหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือความปลอดภัย หรืองานลักษณะพิเศษ หรืองานล่วงเวลาที่กฎหมายให้ลูกจ้างหญิง/ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ทำได้

กระทรวงแรงงาน

ในฐานะที่เป็นหน่วยงานกำกับดูแลลูกจ้าง นายจ้าง เจ้าของสถานประกอบการ ได้กำหนดให้นายจ้างเจ้าของสถานประกอบการ ปฏิบัติตามกฎหมายในส่วนของการคุ้มครองแรงงานหญิง ดังนี้

1. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2551 ตั้งแต่มาตรา 38-43 และมาตรา 59 โดยเฉพาะในมาตรา 39/1 กำหนด “ห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้าง ซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์ทำงานในระหว่างเวลา 22.00 - 06.00 นาฬิกา ทำงานล่วงเวลา หรือทำงานในวันหยุด” มาตรา 41 “ให้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์มีสิทธิลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตรและเพื่อคลอดบุตรคนหนึ่งไม่เกิน 90 วัน” และมาตรา 59 “ให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างให้แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงในวันลาเพื่อคลอดบุตรเท่ากับค่าจ้างในวันทำงานตลอดระยะเวลาที่ลาแต่ไม่เกิน 45 วัน”

ประกอบกับปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เพื่อให้ผู้ชายแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและมีบทบาทความเป็นพ่อในการช่วยภริยาเลี้ยงดูและพัฒนาบุตรไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะทำให้ภริยามีเวลาให้นมลูกได้อย่างเต็มที่ และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ภริยามีกำลังใจและมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นผลดีต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระทรวงแรงงาน จึงได้มีประกาศ เรื่อง ขอความร่วมมือสถานประกอบการอนุญาตให้ลูกจ้างลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2555 โดยให้นายจ้างอนุญาตลูกจ้างชาย ลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร ทั้งนี้ จำนวนวันที่ลาให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของนายจ้างให้พิจารณาตามความเหมาะสม

๒. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) ในเรื่องการให้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครรภ์หนึ่งไม่เกิน 90 วัน โดยได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตรนั้น ลูกจ้าง (ผู้ประกันตน) ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนคลอดบุตร โดยผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายไม่จำกัดจำนวนครั้ง ในอัตราครั้งละ 13,000 บาท ต่อการคลอดบุตรหนึ่งครั้ง และมีสิทธิรับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายไม่เกิน 2 ครั้ง ในอัตราครั้งละร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

มาตรฐานองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)

ที่ประชุมใหญ่องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ได้ให้การรับรองอนุสัญญาฉบับที่ 183 ว่าด้วยการคุ้มครองความเป็นมารดา พ.ศ. 2543 ซึ่งอนุสัญญาฉบับนี้เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญา ความเป็นมารดา พ.ศ. 2495 เพื่อเป็นการส่งเสริมความเสมอภาคของผู้หญิงทุกคนที่ทำงาน และด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของมารดาและบุตร ซึ่งภายใต้อนุสัญญาฉบับนี้ แบ่งออกเป็น ๕ ประเด็นหลัก คือ สิทธิการลาคลอด สิทธิประโยชน์กรณีลาคลอด การคุ้มครองจากการเลือกปฏิบัติ การคุ้มครองการมีงานทำ และการคุ้มครองสุขภาพอนามัย โดยมีสาระสำคัญในเรื่องสิทธิการลาคลอด และการคุ้มครองสุขภาพอนามัย ดังนี้

1. ลูกจ้างหญิงมีสิทธิลาคลอดได้ไม่ต่ำกว่า 14 สัปดาห์ โดยได้รับสิทธิประโยชน์เป็นตัวเงินตามกฎหมายภายในประเทศกำหนด
2. ลูกจ้างหญิงต้องมีสิทธิพักเพื่อให้นมบุตรวันละครั้งหรือมากกว่านั้น หรือลดชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันเพื่อให้นมบุตร
3. ช่วงเวลาของการพักหรือจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ลดลงเพื่อนมบุตรนั้นต้องนับรวม เป็นเวลาทำงาน ซึ่งได้รับค่าจ้างตามปกติ

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่ได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาฉบับนี้ เนื่องจากไม่ได้เป็นอนุสัญญาพื้นฐาน แต่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของลูกจ้างหญิงที่ต้องทำงานรักษารายได้ ขณะเดียวกันต้องเลี้ยงลูกไปด้วย จึงได้มีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ

นโยบายด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. แม้ว่ากระทรวงแรงงานจะยังไม่ได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญา ฉบับที่ 183 แต่ก็ได้ให้ความสำคัญต่อลูกจ้างหญิงและลูกจ้างหญิงที่มีบุตร โดยมีนโยบายให้หน่วยปฏิบัติตรวจแรงงานโดยบังคับ ให้นายจ้างปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 โดยเคร่งครัด เช่น ถ้าคลอดบุตรก็จะมีสิทธิหยุดงานไม่เกิน 90 วัน โดยให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างให้แก่ลูกจ้างหญิงในวันลา เพื่อคลอดบุตรเท่ากับ ค่าจ้างในวันทำงาน ตลอดระยะเวลาที่ลาแต่ไม่เกินสี่สิบห้าวัน ตลอดจนห้ามมิให้นายจ้างเลิกจ้างลูกจ้าง ซึ่งเป็นหญิงเพราะเหตุมีครรภ์

2. ในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงแรงงาน ได้แถลงนโยบายต่อที่ประชุมใหญ่ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ สมัยที่ 98 ณ กรุงเจนีวา โดยประกาศนโยบายเร่งด่วนหลายประการเพื่อคุ้มครองและสนับสนุนแก่ประชาชน ครอบครัวและผู้ประกอบกิจการ เนื่องจากตระหนักถึงภาวะทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้แรงงาน และเพื่อให้แรงงานหญิงสามารถทำงานรักษารายได้ ขณะเดียวกันสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กระทรวงแรงงานจึงได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการทั่วประเทศ เป็นการช่วยเสริมในเรื่องของการอนุญาตให้ลูกจ้างให้นมบุตรโดยไม่จำกัดเวลาในระหว่างเวลาทำงาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของอนุสัญญา ฉบับที่ 183

3. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานได้ร่วมพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การสนับสนุนการจัดสวัสดิการแรงงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ ระหว่างภาคี เครือข่าย 8 หน่วยงาน เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2553 เพื่อประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการให้ประสบผลสำเร็จ และมีความยั่งยืน ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งและความยั่งยืนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ จึงได้มีการปรับปรุงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2559 โดยดึงหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมดำเนินงานมากขึ้น

ประเด็นการขยายวันลาคลอดจาก 90 วัน เป็น 180 วัน

จากการร่วมประชุมกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่รับข้อสังเกตของ คณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ในประเด็นการให้สิทธิแม่ลาคลอดให้ครบ 180 วัน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ มีผลการวิจัยความเป็นไปได้ในการขยายวันลาคลอดจาก 90 วัน เป็น 180 วัน ในกลุ่มหญิงวัยทำงาน ในประเทศไทย ผลกระทบจากการขยายวันลาคลอด ความเห็นต่อการขยายวันลาคลอด รวมถึง เหตุผลของการใช้สิทธิลาคลอดไม่ครบ โดยเหตุผลที่ลูกจ้างใช้สิทธิลาคลอดไม่ครบคือไม่อยากขาดรายได้ ซึ่งมีร้อยละสูงสุดถึง 37.80 และรองลงมา คือ เกรงใจเพื่อนร่วมงาน นายจ้างตามตัวให้กลับไปทำงาน เพื่อรักษาตำแหน่ง กลัวไม่ได้ขึ้นเงินเดือน และอื่น ๆ (จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ : IHPP) และความเห็นร่วมกันว่าต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญ ได้แก่ เรื่องการใช้สิทธิลาคลอด ของกลุ่มแม่ไทย เช่น ข้าราชการแรงงานในระบบ แรงงานนอกระบบ และการประมาณการณ์ ผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคมภาพรวมของประเทศ หากมีการขยายสิทธิวันลาคลอด

อย่างไรก็ตาม ทุกหน่วยงานเห็นด้วยในหลักการและยืนยันที่จะผลักดันข้อสังเกต ของคณะกรรมาธิการฯ ในประเด็นการให้สิทธิแม่ลาคลอดให้ครบ 180 วัน ให้เกิดเป็นรูปธรรม

Breastfeeding in Workplace



นายพิภพ แจ่งสวัสดิ์

ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไปสำนักพัฒนาองค์กร
บริษัท ไทยซัมมิท ฮาร์เนส จำกัด (มหาชน)
นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง

สโลแกน: กระตุ้นเตือน ตามติด ชิดคุณแม่
จุดโดดเด่น: ผู้บริหารให้ความสำคัญ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง ติดตาม จูงใจ แนะนำ และโน้มน้าวให้คุณแม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม และมีระบบการส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจนทุกมิติ รอบด้านเพื่อการพัฒนา

คุณพิภพ แจ่งสวัสดิ์ ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไปสำนักพัฒนาองค์กร

เริ่มรับผิดชอบในการบริหารห้องนมแม่ และดำเนินห้องนมแม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ทางบริษัทฯ ได้สมัครเข้าร่วมโครงการจัดตั้งมูมนมแม่ในสถานประกอบการกับสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดชลบุรี และมีการดำเนินการบริหารจัดการห้องนมแม่อย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2554

แนวคิดหลักการพัฒนางานนมแม่

ด้วยองค์การของเราเป็นองค์กรแห่งความสุข มีการดำเนินกิจกรรม Happy Workplace ในองค์กร และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นสอดคล้อง ในทุกมิติของการดำเนินกิจกรรม Happy Workplace จึงทำให้การพัฒนางานนมแม่ขับเคลื่อนไปพร้อมกับการดำเนินกิจกรรม Happy Workplace

ในองค์กร โดยมีแนวคิดที่ว่า “การดูแลพนักงานหญิงเป็นสิ่งที่มีค่าที่บริษัทฯ ให้ความสำคัญ และ เรามองว่าลูกพนักงานก็คือ ลูกของเรา เราจึงคาดหวังว่าลูกของเรา จะต้องได้รับสิ่งที่ดีที่สุดตั้งแต่แรกเกิด นั่นคือ “นมแม่” ทั้งนี้ทางบริษัทฯ ได้ใช้หลักการบริหาร เพื่อให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดผลสัมฤทธิ์ ดังนี้

1. บริษัทฯ ได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ รวมถึงการให้ทุกคนในองค์กรมีความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกัน
2. ตัดวงจรการเข้าถึงนมผงของพนักงานในองค์กร โดยไม่อนุญาตให้บริษัทผู้ผลิตหรือตัวแทนจำหน่าย เข้ามาประชาสัมพันธ์ หรือแจกผลิตภัณฑ์ในองค์กร

3. บริษัทฯ สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้ โดยการส่งทีมงานเข้ารับการอบรม ทั้งในหลักสูตร Facilitator และ Train the Trainer นมแม่ รวมถึงหลักสูตรอื่นๆ ที่จัดโดยมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย เพื่อให้ทีมนี้สามารถให้คำแนะนำและเป็นวิทยากรนมแม่ของบริษัทฯ ได้

4. การจูงใจ การฝึกอบรมและการดูแล ติดตามพนักงานที่ตั้งครรภ์ โดยบริษัทฯ เรามีการขึ้นทะเบียนพนักงานที่ตั้งครรภ์และโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ รวมถึงให้คำแนะนำตั้งแต่แรกคลอดจนกระทั่งคลอดและเลี้ยงลูก โดยทีมงานที่บริษัทฯ ส่งไปอบรมนั่นเอง

5. การสนับสนุนให้พนักงานที่เป็นคุณแม่มาปั๊บบน หรือ บีมนมได้โดยไม่จำกัดเวลา และจำนวนครั้ง ซึ่งสิ่งนี้ทำให้พนักงานนั้นมีความสุขสบายใจ และไม่รู้สึกรู้สึกรัดอกที่ต้องสละเวลางานมาบีมนม

6. บริษัทฯ สนับสนุนอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปั๊บบนหรือบีมนมให้กับพนักงานทั้งหมด โดยที่พนักงานไม่ต้องนำอุปกรณ์อะไรมาเลย

7. มีการจัดเก็บข้อมูลที่จำเป็นต่อการนำมาวิเคราะห์ เพื่อสร้างโอกาสการพัฒนาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

8. พนักงานที่มาใช้บริการห้องนมแม่ทุกคน ทางบริษัทฯ จะมีการมอบประกาศนียบัตร เป็นคุณแม่ที่เห็นคุณค่าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสร้างแรงจูงใจและความภาคภูมิใจให้กับพนักงาน

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังต้องอาศัยการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง การแสวงหาความรู้ ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทีมงานมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในองค์กร รูปแบบการใช้ชีวิตที่หลากหลาย (Lifestyle) ของพนักงาน

การสังเคราะห์องค์ความรู้ให้เข้าใจง่าย เพื่อใช้ในการสื่อสารให้กับพนักงาน พนักงานที่เป็นคุณแม่ เพื่อร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้บริหาร และองค์กร ต้องสร้างความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งต่อเป้าหมายองค์กร และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยในความสำเร็จที่มีความท้าทายต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขององค์กร

ด้วยบริษัทฯ มีจำนวนพนักงานหญิงถึง 81% มีพนักงานที่ตั้งครรภ์ต่อปีโดยเฉลี่ย 120 คน และผู้บริหารได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาสวัสดิการและคุณภาพชีวิตด้วยแรงงาน ที่ครอบคลุมถึงครอบครัวของลูกจ้าง เพื่อยกระดับสูงงานที่มีคุณค่าประกอบกับได้รับคำเชิญชวนจากสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดชลบุรี

ทางบริษัทฯ จึงสมัครเข้าร่วมโครงการจัดตั้งมูมนมแม่ในสถานประกอบการเมื่อปี พ.ศ.2552 และมีการดำเนินการบริหารจัดการห้องนมแม่อย่างเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2554 โดย ดร.สาโรจน์ วสุวานิช รองประธานกรรมการบริหาร ได้ลงนามและประกาศนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบริษัทฯ เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2554

ขั้นตอนการปฏิบัติดูแลคุณแม่และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น เริ่มจากการขึ้นทะเบียนพนักงานที่ตั้งครรภ์ทุกคนและเปลี่ยนงานเป็นลักษณะงานเบาที่มีความปลอดภัย และนั่งทำงาน จากนั้น ทุกคนจะได้รับการฝึกอบรม หลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ การเตรียมความพร้อมสำหรับคุณแม่

อีกทั้งได้จัดให้มีคลินิกนมแม่ เพื่อเปิดสอนและให้คำปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยทีมงานที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร นมแม่มือโปร จากมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย จากนั้นเมื่ออายุครรภ์ครบ 8 เดือนจนกระทั่งคลอด เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลห้องนมแม่จะทำการโทรศัพท์ติดตามพนักงานที่ขึ้นทะเบียนไว้ทุกคน เพื่อกระตุ้น จูงใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ เก็บข้อมูลเพิ่มเติมหลังคลอดเกี่ยวกับสถานที่คลอด การให้นมแม่ และการเลี้ยงบุตรหลังคลอด ทั้งนี้เมื่อพนักงานกลับมาเริ่มงานก็จะมีกรฝึกอบรมพนักงานในการใช้อุปกรณ์ให้กับพนักงานอีกครั้งหนึ่ง

สถิติจำนวนพนักงานที่มาใช้บริการห้องนมแม่ตั้งแต่เปิดทำการมีทั้งหมด 133 คน ปริมาณน้ำนมที่ได้จากการบีมนมเท่ากับ 212,218 ออนซ์ หรือ 6,367 ลิตร ซึ่งมีพนักงานเข้ามาบีมนมทั้งหมด 39,593 ครั้ง

จำนวนสมาชิกที่มาใช้บริการห้องนมแม่ ณ ปัจจุบัน คือ 15 คน โดยทางบริษัทฯ ได้มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้พนักงานที่เลี้ยงลูกอยู่ต่างจังหวัด ทำสต็อกนม และส่งนมกลับบ้านไปให้ลูก ซึ่งปัจจุบันมีพนักงานส่งนมให้ลูกผ่านรถทัวร์โดยระยะทางที่ไกลที่สุดอยู่ที่จังหวัดเชียงราย ใช้เวลาประมาณ 12 ชม. สำหรับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการปั๊มนมที่บริษัทฯ จัดเตรียมให้ นั้นประกอบด้วย เครื่องปั๊มนม ถูเก็บน้ำนม ตู้แช่นม โต๊ะ เก้าอี้ โซฟา อุปกรณ์ฆ่าเชื้อทำความสะอาด เป็นต้น

พนักงานสามารถมาปั๊มนมโดยไม่ต้องนำอะไหล่ติดตัวมาเลย และ ด้วยการบริหารจัดการห้องนมแม่ที่บริษัทฯ ดำเนินการมาทั้งหมดนี้ จึงได้รับรางวัลมมแม่ต้นแบบในสถานประกอบการกิจการ ในปี พ.ศ. 2556 รางวัลองค์กรนำร่องโครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตสตรีวัยทำงานและครอบครัว (เริ่มด้วยนมแม่) ในปี พ.ศ. 2558 และได้รับโล่ประกาศเกียรติคุณศูนย์เรียนรู้ สร้างงานดี ซีวีมีสุข ด้วยนมแม่ ในปี พ.ศ. 2559 และจากการใช้เครื่องมือ Happinometer วัดระดับความสุขจากทุกมิติในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีค่าคะแนนเท่ากับ 59.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการในองค์กรอยู่ในระดับมีความสุข



BF DRG....is it possible

นายแพทย์กฤษ ลีทองอิน

ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สำคัญมี 3 วิธี คือ

1. จ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายหัวประชากร (Capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (บางส่วน)
2. จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) เป็นการจ่ายตามรายป่วยสำหรับบริการผู้ป่วยใน
3. จ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for performance) เช่น จ่ายตามรายกิจกรรม รายครั้ง รายบริการ รายชุดบริการ บริการถึงเป้าหมายที่กำหนด โดยจ่ายตามรายการในอัตราที่กำหนด (fee schedule) หรือจ่ายเป็นอุปกรณ์/ยา จ่ายในอัตราเหมาจ่ายตามชุดเหมาบริการ จ่ายเพิ่มพิเศษ (Bonus)

บริการให้คำแนะนำการให้นมแม่/สาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นกิจกรรมย่อยของบริการดูแลหลังคลอดภายใต้สิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีค่าใช้จ่ายรองรับแล้ว

ในทางปฏิบัติ การให้คำแนะนำการให้นมแม่ มีการดำเนินการตั้งแต่ระยะหลังคลอด ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการสร้างความรู้ความเข้าใจ จำเป็นต้องนัดต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกเพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมไปกับการตรวจหลังคลอด หรือ ตรวจติดตามเด็ก หรือ อาจแนะนำขณะเยี่ยมบ้าน

การจ่ายแบบเหมาจ่ายตามรายหัว ถึงแม้จะบวกรวมบริการให้คำแนะนำนมแม่ โดยไม่จ่ายเป็นการเฉพาะ จะไม่จูงใจต่อการให้บริการ หากจ่ายรวมใน DRG สำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะเฉียบพลันนั้น โดยทางทฤษฎีสามารถคิดรวมใน DRG ได้ แต่ลักษณะกิจกรรมเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาอาจไม่ส่งผลต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากนักเมื่อเทียบกับกิจกรรมบริการอื่นๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะได้เพิ่มไม่ชัดเจน ซึ่งไม่อาจสร้างแรงจูงใจในการบริการ

การจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน โดยกำหนดชุดเหมาบริการให้คำแนะนำ การให้นมแม่พร้อมเงื่อนไขการบริการให้ชัดเจน และ กำหนดอัตราเหมาจ่ายที่จูงใจพอควร น่าจะเป็นทางเลือก ในการสนับสนุนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ปรากฏเป็นจริง

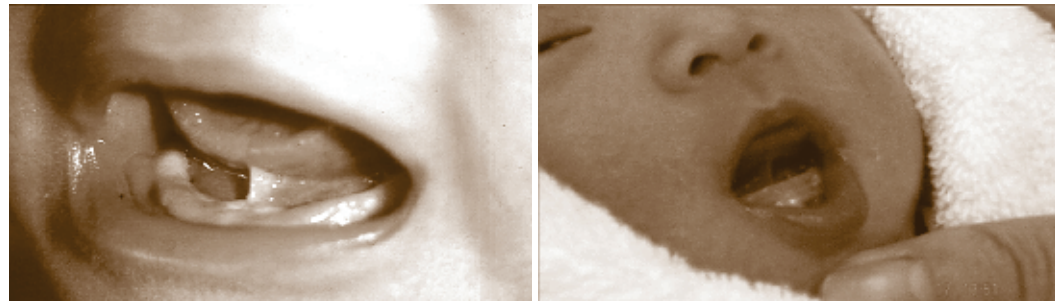
นอกจากนี้ ยังมีเรื่องคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่และหน่วยบริการ ที่จะให้บริการและเบิกจ่าย รวมทั้งการตรวจสอบ ที่จะต้องพิจารณาโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและที่เกี่ยวข้อง

Tongue-tie : ปัญหาเล็กๆ ที่ไม่ควรมองข้าม

พว. ชญาดา สามารถ

คลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช

ภาวะลิ้นติด (Tongue-tie) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากการยึดของพังผืดใต้ลิ้น (Lingual frenulum) ที่มีมากกว่าปกติ โดยธรรมชาติพังผืดใต้ลิ้นมีอยู่ทุกคน แต่หากมีมากกว่าปกติอาจส่งผลต่อการยับปลายลิ้น การเคลื่อนไหวของลิ้นถูกจำกัด ทำให้ในเด็กทารกหากพบพังผืดใต้ลิ้นมากกว่าปกติจะเป็นอุปสรรคในการดูดนมมารดา



รูปที่ 1 ภาวะลิ้นติดเนื่องจากพังผืดใต้ลิ้น

จากการศึกษาทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีทารกแรกเกิดกลุ่มหนึ่ง (15%) ดูดนมมารดาได้ไม่ดี เนื่องจากภาวะลิ้นติด (Tongue tie) และหากไม่ทำการแก้ไขโดยเร็ว จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งตัวทารก เช่น ภาวะตัวเหลือง ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักไม่ขึ้น หงุดหงิด ร้องกวน เป็นต้น ส่วนในมารดา จะทำให้เกิดภาวะหัวนมเจ็บแตก เต้าคัด ท่อน้ำนมอุดตัน หากให้การรักษาช้า ไม่ถูกวิธีจะทำให้เกิดภาวะเต้าอักเสบหรือเป็นฝีตามมา ซึ่งทำให้มารดาเกิดความทุกข์ทรมานอาจเลิกเลี้ยงลูกได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงให้ความสำคัญกับภาวะลิ้นติดกับการดูดนมมารดา และศึกษาวิจัยอย่างละเอียดเป็นแห่งแรกในประเทศ ได้พัฒนาเครื่องมือที่สามารถบอกความสัมพันธ์ของพังผืดใต้ลิ้น อันจะมีผลต่อการดูดนมมารดาขึ้น ใช้ชื่อว่า Siriraj Tongue-Tie Score (STT score) (ดังรูปที่ 2) เพื่อการติดต่อสื่อสารส่งต่อผู้ป่วยในทีม จะได้เข้าใจกันถูกต้อง นอกจากนี้ยังพัฒนาวิธีการผ่าตัดรักษาพังผืดใต้ลิ้นโดยใช้ยาชาเฉพาะที่แทนการผ่าตัดจากการดมยาสลบ เพื่อลดความยุ่งยาก และอันตรายจากการดมยาสลบ ที่สำคัญคือทารกสามารถดูดนมแม่ได้ทันทีและกลับบ้านได้ทันทีหลังผ่าตัดเสร็จ

Tongue	Frenulum	mild ③	moderate ②	severe ①
	Function	protraction ③	retraction ②	inversion ①
Nipple	sensation	Tongue at areola ④	Tongue at nipple ②	No Latch on ①

รูปที่ 2 SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE

การประเมิน SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

1. ประกอบด้วยการให้คะแนนตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการดูดนมแม่ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรุนแรงของพังผืดใต้ลิ้น (Frenulum) ลักษณะหัวนมแม่ (Function, Nipple character) และความรู้สึกของแม่ขณะที่ลูกดูดนม (Sensation) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน จากงานวิจัยพบว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติด ที่มีคะแนน STT SCORE ต่ำกว่า 8 ควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะพิจารณาด้วยการผ่าตัด ส่วนผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ควรรักษาแบบประคับประคองไปก่อน

วิธีการให้คะแนน STT

2. Tongue ดูตำแหน่งสิ้นสุดของพังผืดที่มาเกาะด้านใต้ลิ้น

1 คะแนน

2 คะแนน

3 คะแนน

- ดูตำแหน่งที่ปลายพังผืดมาเกาะที่ลิ้น โดยสังเกตขณะเด็กร้อง หรือใช้ไม้พันสำลี เชียใต้ลิ้นให้ลิ้นกระดกขึ้น
 - ถ้าปลายพังผืดเกาะตั้งแต่ fimbriated fold ขึ้นมาทางปลายลิ้น ได้ 1 คะแนน
 - แบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่ต่ำกว่า fimbriated fold ออกเป็น 2 ส่วน
 - ถ้าปลายพังผืดเกาะที่ครึ่งบนก่อนไปทางปลายลิ้น แต่ไม่ถึง fimbriated fold ได้ 2 คะแนน
 - ถ้าปลายพังผืดเกาะที่ครึ่งล่างก่อนมาทางโคนลิ้น ได้ 3 คะแนน

3. Nipple character (after stimulation)

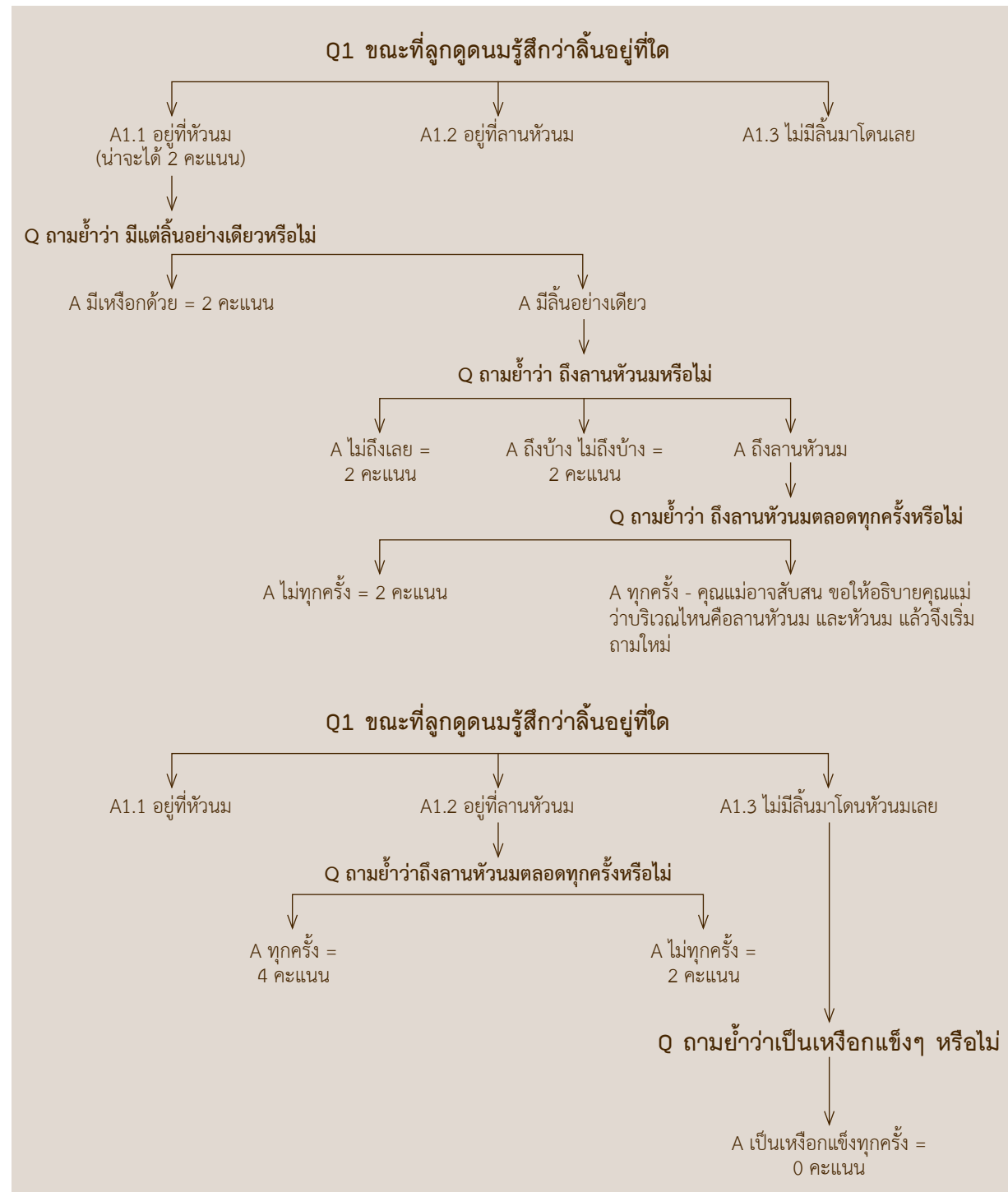
ประเมินหลังจากให้ทารกดูดนมไปแล้วสักครู่ เนื่องจากการดูดของทารกอาจทำให้หัวนมยื่นยาวออกมาได้อีกเล็กน้อย ถ้าหัวนมสองข้างไม่เหมือนกัน ให้คะแนนตามข้างที่ผิดปกติมากกว่า หัวนมบอดแบน ให้ 1 คะแนน หัวนมสั้น ได้ 2 คะแนน หัวนมปกติ และหัวนมยาว ให้คะแนน 3 คะแนน

4. Nipple sensation

เริ่มถามหลังจากให้คำแนะนำเบื้องต้นและช่วยจัดท่าให้นมให้ถูกต้อง และรอให้ทารกดูดนมไปได้สักครู่หนึ่งก่อนเสมอ เพื่อรอให้ form teat สมบูรณ์แล้ว

ถ้าแม่ไม่รู้สึกลิ้นเลย มีแต่เหงือกขบลงหัวนม ให้คะแนน 0 คะแนน ถ้าแม่รู้สึกลิ้นลูกอยู่บริเวณหัวนมเท่านั้นหรือถึงลานนมเป็นบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน ถ้าแม่รู้สึกลิ้นลูกอยู่ทุกครั้งและไม่เจ็บหัวนมขณะลูกดูด ให้คะแนน 4 คะแนน ได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามตามแนวทางต่อไปนี้

คำถามในการประเมิน SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)



Q2 คำถามเรื่อง “เจ็บห้วงนมเวลาลูกดูคุณหรือไม่” เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ เช่น

- ถ้าลูกดูคุณได้ดี ลิ้นยื่นมาถึงลานห้วงนมได้ตลอดทุกครั้ง คุณแม่ต้องไม่เจ็บห้วงนม (ยกเว้นตอนแรก ที่เริ่มดูคุณใหม่ ๆ อาจเจ็บห้วงนมเล็กน้อยเนื่องจากยัง form teat ได้ไม่ค่อยดี แต่สักพักเมื่อ form teat ดีแล้ว จะต้องไม่เจ็บที่ห้วงนมเลย)

- ถ้าลูกดูคุณไม่ได้ไม่ดี เช่นเหงือกจับที่ห้วงนมอย่างเดียว หรือลิ้นมาถึงแค่บริเวณห้วงนม คุณแม่ มักจะเจ็บที่ห้วงนมเสมอ
- ถ้าคำตอบเรื่องความเจ็บไม่ไปด้วยกันกับคำตอบเรื่อง Sensation ขอให้อธิบายให้คุณแม่เข้าใจ ก่อนเริ่มถามใหม่อีกครั้ง หรืออาจรอเมื่อดูมือต่อไปค่อยมาประเมินใหม่ก็ได้เนื่องจากคุณแม่ อาจยังเพี้ยนจากการคลอด
- ลักษณะคำถาม
 - เริ่มถามว่า “ตอนที่ลูกดูคุณ คุณแม่เจ็บห้วงนมหรือไม่”
 - ถามย้าว่า “เจ็บ (หรือไม่เจ็บ ตามที่คุณแม่ตอบมา) ตลอดเวลาที่ลูกดูคุณหรือไม่”

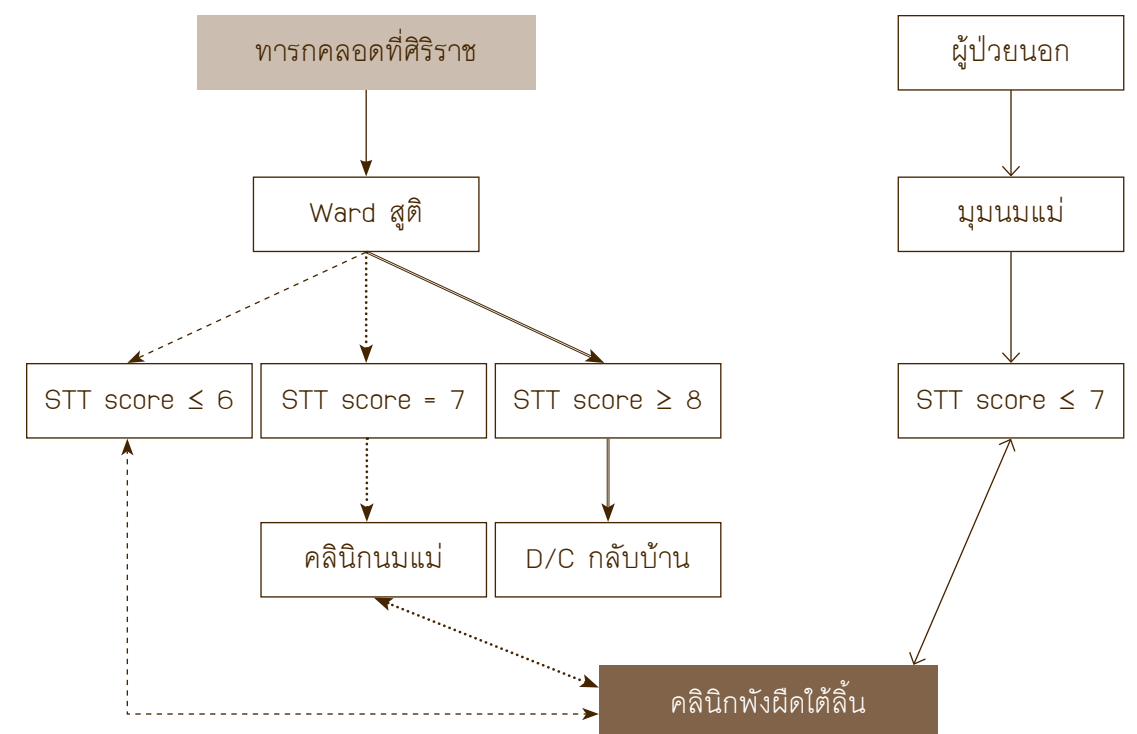
ข้อบ่งชี้ปัญหาการให้นมแม่ในการที่มีภาวะลิ้นติด

- ด้านทารก ทารกดูดกัด ดูดเบา ดูดไม่กระชับ ดูดไม่ติดเลื่อนหลุดมาที่ห้วงนม ขณะทารกดูคุณแม่ ได้ยินเสียง Clicking sound น้ำหนักทารกไม่เพิ่มหรือเพิ่มน้อย หงุดหงิด ร้องกวนเนื่องจากได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ
- ด้านมารดา พบภาวะห้วงนมเจ็บแตกเป็นแผล การสร้างน้ำมน้อยเนื่องจากการดูดหรือระบายได้น้อย หรือน้ำนมไม่ถูกระบายมากพอทำให้มารดาเกิดภาวะเต้าคัด เต้าคัดบางส่วน เต้าอักเสบ เป็นต้น

แนวทางในการดูแลมารดาและการที่มีปัญหาการดูนมแม่เนื่องจากภาวะลิ้นติดในโรงพยาบาลศิริราช

มารดาและทารกที่แข็งแรงดีทุกคู่จะได้รับการส่งเสริมให้ดูนมแม่เร็วที่สุดตามหลักบันได 10 ชั้นสู่ความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับการประเมิน STT SCORE ภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งปัจจุบันมี care map ที่ชัดเจน มีการประสานการดูแลเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ให้การดูแลรักษากลุ่มปัญหานี้ได้รวดเร็วและปลอดภัย

care map ที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยความรุนแรงของ STT score ดังแผนภาพ



การแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องฉุกเฉิน เร่งด่วน ภาวะลิ้นติดเป็นสิ่งหนึ่งที่ทรมานสุขภาพ ควรตระหนักและให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

นอกจากนี้ในการให้การดูแลและแก้ไขปัญหาควสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้มารดาผ่อนคลายลดความเครียดพร้อมเปิดใจรับข้อมูลและตัดสินใจรับความช่วยเหลือตามความต้องการ สามารถกลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นปกติ ถูกวิธี มีความสุขและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สามารถดูแลตนเองได้ มีความรู้ และมีทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สามารถให้นมได้อย่างเดียว 6 เดือนและให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนลูกอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้นอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามนโยบายของประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก

เอกสารอ้างอิง

1. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia : assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breast feeding. Pediatrics 2002; 110: 63-65.
2. Messner AH, Lalakea ML, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: incidence and associated feeding difficulties. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000; 126: 36-9.
3. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: ปัญหาที่พบบ่อยในทารก. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, นันทิพย์ ทองสว่าง. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด; 2560. 406-409
4. มงคล เลหาเพ็ญแสง และคณะ. บทคัดย่อเรื่อง การวิจัยเปรียบเทียบผลการรักษาทารกที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมมารดาด้วยการผ่าตัดตัดพังผืดใต้ลิ้นกับการรักษาแบบประคับประคอง. ใน: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชาธิป กะทา, นิลบล คุณาวัดน์ และสุภาภรณ์ แซ่ลิ้ม(บรรณาธิการ). การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากงานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research) R2R เสริมพลัง สร้างสรรค์และพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551.288.
5. ไสภาพรรณ เงินฉ่ำ และ อิศารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. พังผืดใต้ลิ้น ดูดนมแม่ได้. ใน: พิมล วงศ์ศิริเดช (บรรณาธิการ), สารพัน Newborn Care สโตร์ศิริราช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ยูเนี่ยน ครีเอชั่น; 2553. 174-191.

Tongue-tie

รศ. นว. ภาวิน พัวพรพงษ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์

Tongue-tie เป็นคำในภาษาอังกฤษที่ใช้เรียก “ภาวะลิ้นติด” โดยศัพท์ทางการแพทย์ใช้คำว่า “ankyloglossia” หมายถึง ภาวะที่มีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้น (lingual frenulum) กับพื้นล่างของช่องปากผิดปกติ มีลักษณะหนา ดึงหรือสั้น ทำให้เกิดการจำกัดของการเคลื่อนไหวของลิ้นไปทางด้านหน้าหรือด้านข้าง^{1,2} ดังแสดงในรูปที่ 1 ในอดีตราวคริสต์ศตวรรษที่ 18 มีความเชื่อว่าภาวะลิ้นติดนี้สัมพันธ์กับความผิดปกติของการดูดนมแม่และการพูด จึงมีการหนีบหรือตัดเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกโดยมีรายงานการใช้เล็บมือของผดุงครรภ์ตัดเนื้อเยื่อที่ยึดนี้ ต่อมาราวต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 ความเชื่อนี้เปลี่ยนแปลงไปในทางตรงข้าม โดยมีความเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องรักษาในทารกที่มีภาวะนี้³ ในปัจจุบันเริ่มมีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความสัมพันธ์ของภาวะลิ้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตาม ยังมีคำถามที่ยังต้องการความชัดเจนว่า ทารกที่มีภาวะลิ้นติดรุนแรงแค่ไหนที่เป็นปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และจำเป็นต้องผ่าตัดรักษา



อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.7-14.9^{1,4-7} โดยมีสัดส่วนในทารกเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3 ต่อ 1² ภาวะลิ้นติดนี้พบมากขึ้นในทารกที่มีความผิดปกติในกลุ่มอาการ Kindler กลุ่มอาการ Vander Woude กลุ่มอาการ Opitz กลุ่มอาการ orodigitofacial และภาวะเพดานโหว่ที่สัมพันธ์กับโครโมโซมเพศ (X-linked cleft palate)^{3,5} และในทารกที่มารดามีการใช้ยาเสพติดประเภทโคเคนพบมีอุบัติการณ์ของภาวะนี้สูงขึ้น 3.5 เท่า³ อุบัติการณ์ของภาวะลิ้นติดยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย โดยเกณฑ์การให้การวินิจฉัยที่ใช้ ได้แก่

1. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของปลายลิ้น⁶
2. การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหน้าของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสั้นในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น⁶

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินลักษณะและหน้าที่การทำงานของลิ้นของ Hazelbaker

คะแนนของลักษณะลิ้น	คะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้น
ลักษณะลิ้นเมื่อกระดกขึ้น 2: มนหรือเหลื่อม 1: ปลายหยักเล็กน้อย 0: รูปหัวใจหรือตัว V ความยืดหยุ่นของ frenulum 2: ยืดหยุ่นมาก 1: ยืดหยุ่นปานกลาง 0: ยืดหยุ่นเล็กน้อยหรือไม่เลย ความยาวของ frenulum เมื่อลิ้นกระดก 2: > 1 ซม. 1: 1 ซม. 0: < 1 ซม. การยึดของ frenulum กับลิ้น 2: frenulum ยึดส่วนหลังของปลายลิ้น 1: frenulum ยึดที่ปลายเลย 0: ปลายลิ้นมีรอยหยัก ตำแหน่งยึดของ frenulum กับขอบเหงือกล่าง 2: ยึดติดกับพื้นปากหรือหลังต่อขอบเหงือก 1: ยึดหลังขอบเหงือกพอดี 0: ยึดติดที่ขอบเหงือก	การเคลื่อนที่ไปด้านข้างของลิ้น 2: สมบูรณ์ 1: ไปเฉพาะตัวลิ้น ปลายไม่ไป 0: ไม่ได้เลย การกระดกลิ้น 2: ปลายลิ้นถึงกลางปาก 1: แค่ขอบสองข้างถึงกลางปาก 0: ปลายอยู่แค่เหงือกล่างหรือกระดกได้ถึงเฉพาะเวลาเหงือกหุบ การแลบลิ้น 2: ปลายลิ้นอยู่บนริมฝีปากล่าง 1: ปลายลิ้นอยู่บนเหงือกล่างเท่านั้น 0: ไม่ใช่ทั้ง 2 อย่าง หรือส่วนปลายหรือส่วนกลางลิ้นนูนสูงขึ้น การแผ่ของส่วนปลายของลิ้น 2: บริบูรณ์เต็มที่ 1: ปานกลางหรือบางส่วน 0: เล็กน้อยหรือไม่เลย การม้วนของขอบลิ้นเมื่ออมหัวนม (cupping) 2: ตลอดขอบ ม้วนอมได้กระชับ 1: ขอบข้างเท่านั้น กระชับปานกลาง 0: ไม่มี หรือไม่กระชับเลย การเคลื่อนไหวเป็นลูกคลื่นของลิ้น 2: สมบูรณ์ จากหน้าไปถึงหลัง 1: บางส่วน เริ่มจากส่วนหลังต่อปลายลิ้น 0: ไม่มี หรือเคลื่อนไหวกลับทาง การอมแล้วหลุด 2: ไม่หลุด 1: เป็นครั้งคราว 0: บ่อย ๆ หรือทุกครั้งก็หลุด

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

- การมีเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันและจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยแบ่งรายละเอียดภาวะลิ้นติดเป็น ภาวะลิ้นติดทางด้านหน้า (anterior ankyloglossia) ซึ่งแบ่งเป็นชนิดย่อยอีกสามชนิด คือ ชนิดแรกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีมาถึงปลายลิ้น ชนิดที่สองเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 3 ใน 4 ของลิ้น ชนิดที่สามเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากมีประมาณ 1 ใน 2 ของลิ้น และภาวะลิ้นติดทางด้านหลัง (posterior ankyloglossia) ซึ่งจะเห็นจากการที่เนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากสันในส่วนครึ่งด้านหลังของลิ้น โดยภาวะลิ้นติดทางด้านหลังในเกณฑ์นี้อาจพิจารณาเป็นชนิดที่ 4¹⁰
- เกณฑ์ของ Kotlow โดยวัดความยาวของจากปลายลิ้นถึงจุดที่มีการติดของเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปาก ความยาวนี้ที่ยอมรับว่าปกติทางคลินิก คือมากกว่า 16 มิลลิเมตร⁵ หากวัดความยาวส่วนนี้ได้ 12-16 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดเล็กน้อย (mild ankyloglossia) หากความยาวตั้งแต่ 8-11 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดปานกลาง (moderate ankyloglossia) และหากความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดรุนแรง (severe ankyloglossia) และหากความยาวน้อยกว่า 3 มิลลิเมตรจัดกลุ่มเป็นภาวะลิ้นติดสมบูรณ์ (complete ankyloglossia)¹¹ กลุ่มภาวะลิ้นติดรุนแรงและสมบูรณ์จะพบการจำกัดการเคลื่อนไหวของลิ้นค่อนข้างมาก
- เกณฑ์ของ Hazelbaker โดยประเมินลักษณะของลิ้นทารกโดยใช้คะแนนลักษณะ 5 อย่างร่วมกับคะแนนหน้าที่การทำงานของลิ้นอีก 7 อย่าง การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดเมื่อให้คะแนนลักษณะรวมแล้วได้ 8 หรือน้อยกว่า และ/หรือ คะแนนหน้าที่รวมแล้วได้ 11 หรือน้อยกว่า¹² แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1
- เกณฑ์ของศิริราช ผศ.นพ.มงคล เลหาเพ็ญแสง สาขาวิชากุมารศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะลิ้นติดตามกายวิภาคของลิ้น เป็น 3 ระดับ โดยดูใต้ลิ้นขณะที่ยกลิ้นขึ้น และใช้ fimbriated fold เป็น landmark ที่สำคัญ โดยแบ่งพื้นที่ใต้ลิ้นที่อยู่ต่ำกว่า fimbriated fold ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนล่างคือส่วนที่อยู่ทางด้าน posterior และส่วนบนคือส่วนที่อยู่ทางด้าน anterior โดยกำหนดภาวะลิ้นติดเล็กน้อย คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งล่างค่อนข้างมาทางโคนลิ้น ภาวะลิ้นติดปานกลาง คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นเกาะที่ครึ่งบนค่อนข้างไปทางปลายลิ้น แต่ไม่ถึง fimbriated fold ภาวะลิ้นติดรุนแรง คือ เนื้อเยื่อที่ยึดใต้ลิ้นยึดมาถึง fimbriated fold และปลายลิ้น นอกจากนี้ ยังมีข้อกำหนด Siriraj Tongue-tie Score เพื่อให้คำแนะนำในการผ่าตัดรักษา ดังตารางที่ 2

ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด	หัวนม	การเข้าเต้า
3 คะแนน ภาวะลิ้นติดเล็กน้อย	3 คะแนน หัวนมยื่นออกมาปกติ	4 คะแนน ลิ้นของทารกอยู่ที่ลานนม
2 คะแนน ภาวะลิ้นติดปานกลาง	2 คะแนน หัวนมบอด	2 คะแนน ลิ้นของทารกอยู่ที่หัวนม
1 คะแนน ภาวะลิ้นติดรุนแรง	1 คะแนน หัวนมบวม	0 คะแนน ไม่สามารถเข้าเต้าได้

หมายเหตุ หากประเมินแล้วได้ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ควรได้รับการรักษาแบบประคับประคองก่อน หากไม่ได้ผลจึงพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด ถ้าได้น้อยกว่า 8 คะแนน การรักษาแบบประคับประคองอาจไม่ได้ผล ควรพิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด

หากวิเคราะห์จากเกณฑ์ข้างต้น จะเห็นว่าในเกณฑ์การวินิจฉัยจะใช้ลักษณะของลิ้นร่วมกับหน้าที่การทำงานของลิ้น โดยความละเอียดในการประเมินมีความแตกต่างกัน จึงเป็นส่วนหนึ่งในการพบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน ภาวะลิ้นติดบางมุมมองให้ความเห็นว่าเป็นส่วนหนึ่งของความหลากหลายทางลักษณะทางกายภาพ ซึ่งทำให้ยากในการตัดสินใจในการให้การรักษา ดังนั้น จึงขึ้นอยู่กับกรบร้อมของหน้าที่การทำงานจนทำให้เกิดผลเสีย ผลเสียที่พบบอกเหนือจากผลที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การออกเสียงในการพูด โดยอาจพบมีความยากในการออกเสียงอักษรภาษาอังกฤษ T, D, Z, S, N, J, L, CH, TH, DG และ R^{3,5} แต่ไม่ได้พบว่าเป็นสาเหตุของการพูดซ้ำ³



รูปที่ 2 แสดง MEDSWU Tongue-tie director ที่ใช้ในการวินิจฉัยความรุนแรงของภาวะลิ้นติด

สำหรับ ข้อมูลการศึกษาภาวะลิ้นติดในประเทศไทย จากการศึกษารวบรวมภาวะลิ้นติดของทารกแรกเกิดในมารดาและทารกที่คลอดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒจำนวน 1649 ราย โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Kotlow และใช้เครื่องมือที่พัฒนามาใช้ในการช่วยตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะลิ้นติด คือ MEDSWU Tongue-tie director (แสดงดังรูปที่ 2) ตรวจพบภาวะลิ้นติดร้อยละ 14.9 ซึ่งหากแบ่งอุบัติการณ์ตามรุนแรงเป็นภาวะลิ้นติดเล็กน้อยพบร้อยละ 7.5 ภาวะลิ้นติดปานกลางพบร้อยละ 5.7 และภาวะลิ้นติดรุนแรงพบร้อยละ 1.6⁷

ความสัมพันธ์ของภาวะลิ้นติดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีดังนี้

การเจ็บเต้านม มีการศึกษาพบว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุของการเจ็บเต้านมของมารดาร้อยละ 36-89^{9,12} สำหรับข้อมูลของประเทศไทยพบภาวะลิ้นติดปานกลางและรุนแรงหากไม่ได้รับการรักษาก่อนกลับบ้านจะเป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเจ็บเต้านมของมารดาที่สัมพันธ์แรกหลังคลอดคือร้อยละ 23.2⁷ โดยเมื่อได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ววัดคะแนนการเจ็บเต้านมของมารดาที่ทารกมีภาวะลิ้นติดดีขึ้นร้อยละ 44-95^{9,13-15} และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยของคะแนนการเจ็บเต้านมก่อนและหลังทำการผ่าตัด^{1,12,15,16} นอกจากนี้อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังมีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26^{8,17}

การเข้าเต้าไม่ดี จากการศึกษาจากการสอบถามพบว่า แพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก ลาริงซ์วิทยา ร้อยละ 70 เชื่อว่าภาวะลิ้นติดทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย แต่แพทย์ที่ให้คำปรึกษาด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 69 เชื่อว่า ภาวะลิ้นติดพบบ่อยที่ทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁸ การเข้าเต้าเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาด้วยสาเหตุการเข้าเต้าได้ไม่ดีร้อยละ 64-84^{9,12} และพบในทารกที่มีภาวะลิ้นติดปานกลางและรุนแรงมีคะแนนการเข้าเต้า (LATCH score) ที่น้อยกว่า 8 มากกว่าทารกปกติ 1.4 เท่า⁶ นอกจากนี้

มีรายงานเปรียบเทียบการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดกับทารกปกติ พบว่า ในทารกที่มีภาวะลิ้นติดมีการเข้าเต้ายากร้อยละ 25 เทียบกับในทารกปกติพบเพียงร้อยละ 3³ โดยหากเปรียบเทียบคะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (infant breastfeeding assessment tool) และคะแนนการเข้าเต้าในทารกที่มีภาวะลิ้นติดก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดรักษาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ^{2,14,15}

ทารกน้ำหนักขึ้นไม่ดี พบทารกที่มีภาวะลิ้นติดมีปัญหาเรื่องน้ำหนักขึ้นไม่ดีร้อยละ 16⁹ ซึ่งเป็นปัญหาจากการเข้าเต้าได้ไม่ดีและต้องใช้เวลาในการเข้าเต้าทำให้ได้รับน้ำนมแม่น้อยหรือไม่เพียงพอ ในทารกที่มีภาวะลิ้นติดนี้ไม่พบปัญหาในการดูดนมขวด³ เนื่องจากกลไกที่ใช้ในการดูดนมจากขวดนมมีความแตกต่างจากการดูดนมจากเต้า อย่างไรก็ตาม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มาก ดังนั้นการผ่าตัดแก้ไขจึงเป็นทางเลือกในรายที่มีปัญหานี้ มีการศึกษาพบว่า ทารกที่มีภาวะลิ้นติดหลังได้รับการผ่าตัดรักษาจะมีน้ำหนักขึ้นร้อยละ 65¹⁴

การหยุดนมแม่เร็ว สาเหตุหนึ่งของการหยุดนมแม่เร็วคือ อาการเจ็บเต้านม อาการเจ็บเต้านมที่มีในสามสัปดาห์แรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงร้อยละ 10-26^{8,17} โดยพบความเสี่ยงในการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์แรกเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า¹⁸ อย่างไรก็ตามในการติดตามทารกหลังจากผ่าตัดรักษาภาวะลิ้นติดเมื่ออายุ 2 เดือนไม่พบความแตกต่างของการเจ็บเต้านมและคะแนนการเข้าเต้า รวมถึงไม่พบความแตกต่างในระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่² แนวโน้มของข้อมูลแสดงว่า ภาวะลิ้นติดน่าจะมิผลในช่วงระยะแรกหลังคลอดที่เริ่มเข้าเต้าและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การรักษาภาวะลิ้นติด

เนื่องจากในทารกที่มีภาวะลิ้นติดไม่ได้มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกราย มีรายงานว่าทารกที่มีภาวะลิ้นติดพบมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประมาณร้อยละ 50² ซึ่งจำนวนจะใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ที่พบภาวะลิ้นติดปานกลางและรุนแรง ดังนั้นหากพบว่าทารกมีภาวะลิ้นติดปานกลางหรือรุนแรง ควรใส่ใจและสังเกตว่าทารกเข้าเต้าได้ดีหรือมีอาการเจ็บหัวนมหรือไม่ เนื่องจากแนวทางในการตัดสินใจเลือกการผ่าตัดรักษาที่มีการศึกษาคือการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดร่วมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า^{2,14,16} เมื่อคัดแยกทารกที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาได้แล้ว จำเป็นต้องให้คำปรึกษาถึงข้อมูลภาวะลิ้นติดและแนวทางในการรักษาเพื่อให้มารดาและครอบครัวร่วมตัดสินใจ โดยหากตัดสินใจเลือกผ่าตัดรักษา

วิธีการผ่าตัดรักษาภาวะลิ้นติด มีหลายวิธี ดังนี้

Frenotomy หรือ frenulotomy เป็นการผ่าตัดรักษาที่นิยมใช้ในทารกแรกเกิด ทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกอย่างง่าย^{3,5} ซึ่งขั้นตอนการทำ ไม่ซับซ้อน ใช้กรรไกรตัดแล้วกดหยุดเลือดโดยไม่ต้องเย็บ^{3,5} การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาคดสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ² เวลาในการผ่าตัดประมาณ 5 นาที หลังผ่าตัดสามารถให้ทารกดูดนมได้ทันที การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง^{1,2,4,8-10,13-16} การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา 1-2 สัปดาห์³

Frenectomy เป็นการผ่าตัดทำโดยการตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากที่สั้นออกทั้งหมด^{3,5} เทคนิคการทำโดยใช้คีมหนีบ (clamp) เพื่อลดการไหลของเลือดก่อน แล้วจึงใช้กรรไกรตัด

การผ่าตัดไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ ใช้เพียงยาชาเฉพาะที่ และสามารถทำได้ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องทำหัตถการ ใช้เวลาในการผ่าตัดไม่นาน หลังผ่าตัดอาจมีเลือดซึมคล้ายหลังการถอนฟัน สามารถให้ทารกดูนมได้ทันที ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง¹⁹

Frenuloplasty มักใช้ผ่าตัดในเด็กอายุ 1-2 ปีขึ้นไปและผู้ใหญ่ ซึ่งขั้นตอนการผ่าตัดจะผ่าตัดแยกเนื้อเยื่อที่ยึดระหว่างใต้ลิ้นกับพื้นล่างของช่องปากออกทั้งหมด และเย็บตกแต่งส่วนที่แยกออกให้ได้ตามลักษณะกายวิภาค^{3,5} ขั้นตอนการผ่าตัดจะยากกว่า ใช้เวลานานกว่าและในบางกรณีต้องใช้ยาดมสลบ หลังผ่าตัดสามารถรับประทานอาหารได้ การให้ยาแก้ปวดอาจใช้ในบางราย ไม่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผลในการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การตรวจติดตามมักนัดติดตามการรักษา 1-2 สัปดาห์เพื่อสอนให้ฝึกบริหารการเคลื่อนไหวของลิ้น โดยการเคลื่อนไหวของลิ้นจะดีขึ้นหลังผ่าตัด³

ความแตกต่างในการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะลิ้นติด ปัญหาของภาวะลิ้นติดและช่วงเวลาที่พบ สิ่งเหล่านี้จะมีส่วนในการตัดสินใจและวางแผนในการเลือกวิธีการผ่าตัดรักษา

สรุป

ภาวะลิ้นติดมีอุบัติการณ์ที่หลากหลายขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย โดยพบมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเจ็บเต้านม การเข้าเต้าไม่ดี น้ำหนักทารกขึ้นไม่ดี และการหยุดนมแม่เร็ว การตรวจคัดเลือกรักษาที่ควรได้รับการผ่าตัดรักษาจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะลิ้นติดรวมกับการมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยวัดคะแนนการเจ็บเต้านม คะแนนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือคะแนนการเข้าเต้า สำหรับทางเลือกในการผ่าตัดรักษามักนิยมใช้การผ่าตัด frenotomy หรือ frenulotomy โดยผลของการรักษาได้ผลดีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188-94.
2. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280-8.
3. Lalakea ML, Messner AH. Ankyloglossia: does it matter? *Pediatric Clinics of North America* 2003;50:381-97.
4. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 2011;19:19-26.
5. Chaubal TV, Dixit MB. Ankyloglossia and its management. *J Indian Soc Periodontol* 2011;15:270-2.
6. Puapornpong P, Raungrongmorakot K, Mahasitthiwat V, Ketsuwan S. Comparisons of the latching on between newborns with tongue-tie and normal newborns. *J Med Assoc Thai* 2014;97:255-9.
7. Puapornpong P, Paritakul P, Suksamarnwong M, Srisuwan S, Ketsuwan S. Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome. *Breastfeed Med* 2017;12:169-73.

8. Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician* 2007;53:1027-33.

9. Hong P, Lago D, Seargeant J, Pellman L, Magit AE, Pransky SM. Defining ankyloglossia: A case series of anterior and posterior tongue ties. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2010;74:1003-6.

10. Steehler MW, Steehler MK, Harley CH. A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012;76:1236-40.

11. Kotlow LA. Ankyloglossia (tongue-tie): a diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 1999;30:259-62.

12. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 2002;110:e63.

13. Hall DM, Renfrew MJ. Tongue tie. *Arch Dis Child* 2005;90:1211-5.

14. Gov-Ari E. Ankyloglossia: Effects of Frenulotomy on Breastfeeding Dyads. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 2010;143:P111.

15. Srinivasan A, Dobrich C, Mitnick H, Feldman P. Ankyloglossia in breastfeeding infants: the effect of frenotomy on maternal nipple pain and latch. *Breastfeed Med* 2006;1:216-24.

16. Berry J, Griffiths M, Westcott C. A double-blind, randomized, controlled trial of tongue-tie division and its immediate effect on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:189-93.

17. Schwartz K, D'Arcy HJ, Gillespie B, Bobo J, Longeway M, Foxman B. Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract* 2002;51:439-44.

18. Ricke LA, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:1-7.

19. Block SL. Ankyloglossia: when frenectomy is the right choice. *Pediatr Ann* 2012;41:14-6.

คุณหมอผู้เต็มเต็มความอึดให้ทารกแรกเกิดกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของ ฟังผิดไต้ล้นกับการดูนมมารดา

ดัดแปลงจากบทความในหนังสือเคล็ดไม่ลับ R2R
บริบทคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อาจารย์มงคล เลหาพิญแสง

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

“อุแว้ๆ...”

ทารกน้อยแรกเกิดวัยไม่ถึงสัปดาห์ส่งเสียงร้องให้จ้า มีน้อยปายเปะปะไปมาในอากาศ เหมือนต้องการจะบอกว่า...

“แม่จ๋า...หนูหิว”

แม่ลูกอ่อนมือใหม่วัย 20 ต้นๆ ประคองลูกน้อยไว้ในอ้อมแขนอย่างทะนุถนอม เธออยากป้อนน้ำนมจากอกอุ่นให้ลูกดื่มกินเพื่อดับความกระหายหิว อยากให้ลูกรับรู้ถึงสายใยรักอันยิ่งใหญ่ที่เธอมีให้ แต่เธอทำได้เพียงยื่นขวดนมพลาสติกใส่ปากให้ลูก เจ้าตัวน้อยดูดดื่มน้ำนมจากจุกยางด้วยความหิว ดวงตาไร้เดียงสาคู่นั้นจ้องมองเธอตาแป๋ว หญิงสาวมองลูกน้อยด้วยความสงสารจับใจ นึกตำหนิตัวเองที่ไม่สามารถอดทนให้นมลูกได้

หมอบอกว่าลูกของเธอมีปัญหาฟังผิดเกาะไต้ล้น ทำให้ดูนมไม่ได้ เด็กน้อยจึงใช้เหงือกขบหัวนมแม่เพื่อดูดรีดน้ำนมแทน หัวนมของเธอยังคงมีร่องรอยของบาดแผลจากการถูกขบ เธอต้องหยุดให้นมลูกชั่วคราวเดี๋ยวมันจะติดตั้งร้าวระบบ ทั้งยังรู้สึกครั้นเนื้อครั้นตัวเหมือนจะเป็นไข้

วันนี้ลูกของเธอจะได้รับการผ่าตัดฟังผิดไต้ล้น ใจหนึ่งเธอนึกกลัว เพราะลูกยังเล็กนัก ร่างกระฉอยร่อยวัยนี้เพิ่งลืมตามาชื่นชมโลกได้ไม่กี่วัน ก็ต้องถูกเข็นกลับเข้าไปห้องผ่าตัดอีกครั้ง ถ้าผลการผ่าตัดไม่สำเร็จ จะเกิดอะไรขึ้น...

ความกลัวถูกแทนที่ด้วยความอุ่นใจ เมื่ออาจารย์มงคล เลหาพิญแสง สาขาวิชากุมารศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชบอกว่า ลูกของเธอจะปลอดภัยและกลับมาดูนมเธอได้เป็นปกติ...

นมแม่...แหล่งอาหารสำคัญของลูก

เป็นที่ทราบกันดีว่า นมแม่เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับลูก โดยเฉพาะในเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 เดือน ทั้งสารอาหารที่มีประโยชน์ และภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ ยังสะดวกและประหยัด ที่สำคัญระหว่างให้นมลูกนั้นเป็นช่วงเวลาคุณภาพที่ช่วยสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช จึงรณรงค์การให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงลดน้อยลง ทว่าคลินิกนมแม่กลับพบปัญหาใหม่ นั่นคือ คุณแม่จำนวนหนึ่งไม่สามารถให้นมลูกได้ เนื่องจากเด็กมีฟังผิดไต้ล้น โดยอาจารย์มงคล กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า

“ทางคลินิกนมแม่มาปรึกษาหน่วยงานเรา เรื่องเด็กดูนมมักจะใช้เหงือกขบหัวนมแม่ ทำให้แม่เจ็บหัวนม บางรายถึงขั้นหัวนมเป็นแผล แต่ ณ เวลานั้นเราไม่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องนี้ ปกติแล้วเราจะรักษาเด็กที่มีปัญหาหูไม่ชัด มีปลายลิ้นติด ทำให้มีปัญหาในเรื่องออกเสียงพยัญชนะ ร ล ฃ และ ฅ ซึ่งมักจะเป็นในเด็กโตอายุระหว่าง 2-4 ขวบ แต่เมื่อคลินิกนมแม่มาขอคำปรึกษาเราก็ต้องช่วยกัน

“ระหว่างนั้นก็ไปศึกษาดูว่า ฟังผิดไต้ล้น มีผลทำให้เด็กดูนมได้ไม่จริงหรือไม่ โดยศึกษาจากวารสารที่เคยมีการศึกษามาแล้ว และลงพื้นที่ไปดูเคสจริง ที่คลินิกนมแม่ว่าเด็กมีปัญหาดูนมไม่ได้จริงหรือเปล่า จากการสังเกตก็พบว่าเด็กมีปัญหาในการดูนมจริงๆ ซึ่งการดูนมตามธรรมชาตินั้น เด็กจะยื่นลิ้นออกไปที่ลานหัวนม แล้วใช้ปลายลิ้นรีดน้ำนมกลับเข้าไปในปาก แต่เด็กที่มีฟังผิดไต้ล้นจะยื่นลิ้นออกไปไม่ได้ จึงใช้เหงือกขบหัวนมแม่แทน ทำให้แม่เจ็บ บางคนหัวนมเป็นแผลเลยก็มี”

แม่จ๋า...ทำไมหยุดนมแม่ไม่ได้

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้แม่หลายคนตัดสินใจให้ลูกดูนมจากขวดพลาสติกแทนการดูดจากเต้านตนเอง เพราะทนเจ็บไม่ไหว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเกิดความล้มเหลว

ในระหว่างนั้น เรื่องฟังผิดไต้ล้นยังเป็นประเด็นที่กำลังถกเถียงกันอยู่ในวงการแพทย์ และยังหาข้อสรุปที่แน่ชัดยังไม่ได้ว่า ฟังผิดไต้ล้นส่งผลให้เด็กดูนมได้ไม่จริงหรือไม่

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ในระดับหนึ่งแล้ว จึงนำมาปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปกับภาควิชากุมารเวชศาสตร์ แต่เมื่อนำเรื่องนี้เข้าที่ประชุมก็ถูกหลายฝ่ายท้วงติงว่า วิธีการดังกล่าวอาจจะไม่เหมาะสม เพราะการนำเด็กทารกแรกเกิดมาดมยาสลบเพื่อผ่าตัดฟังผิดไต้ล้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่และเสี่ยง แต่ถ้าคิดแง่ของกุมารแพทย์ คือ การเสี่ยงที่คุ้มค่า โดยอาจารย์มงคลกล่าวว่า

“ถ้าเราทำสำเร็จแม่และเด็กจะได้รับประโยชน์มาก ซึ่งเราตกลงรับหน้าที่ผ่าตัดให้ โดยใช้วิธีการรักษาเดียวกับเด็กโตที่เราเคยทำมาแล้วได้ผล คือ ดมยาสลบ แต่เมื่อนำมาใช้จริงก็มีปัญหา พ่อแม่เด็กไม่เข้าใจกลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย ซึ่งการรักษาแบบนี้ คือ ทางเลือก มันยังมีวิธีอื่นๆ ที่ใช้แทนกันได้ เช่น ถ้าเด็กดูนมแม่ไม่ได้ ก็ใช้วิธีดูนมขวดแทน หรือ บิบนมแม่ใส่ขวดก็ได้ ซึ่งพ่อแม่ส่วนใหญ่เลือกที่จะให้ลูกดูนมจากขวดแทน มีจำนวนน้อยมากที่เข้ารับการรักษา คือ 10 รายจะตัดสินใจทำแค่ 1 ราย

เราก็มาปรึกษากันว่าวิธีการนี้ไม่น่าจะได้ผล เพราะพ่อแม่ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ และในทางปฏิบัติจริงๆ ก็ทุลักทุเลมาก คือ ก่อนดมยาสลบ เด็กต้องดมแม่อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ถ้าเป็นนมผสม ก็ต้องดออย่างน้อย 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัดแล้วยังกินนมไม่ได้ทันที ต้องนอนให้น้ำเกลือที่ โรงพยาบาล 1-2 วัน ถ้าแม่คลอดที่โรงพยาบาลเรา ก็ต้องค้างคืนอีก 2-3 วัน

เราพยายามหาวิธีที่ง่ายกว่านี้ โดยสังเกตจากการที่เราทำในเด็กโตมานาน จะเห็นว่าฟังผิดไต้ล้นในเด็กเล็กบางกว่ามาก ในเด็กโตยิ่งปล่อยไว้นานฟังผิดก็จะยิ่งหนาตัวมากขึ้น ถ้าเราตัดโดยไม่ต้องไปเย็บ มันจะใช้ได้ไหม ถ้ามันทำได้จริงเราก็จะขยายเฉพาะที่ เด็กก็ไม่ต้องเสี่ยงดมยาสลบ” นายแพทย์มงคลกล่าว ต้องการหาคำตอบให้กับคำถามดังกล่าว จึง *ต้องการวิจัยเปรียบเทียบวิธีการรักษาฟังผิดไต้ล้นระหว่างการผ่าตัดโดยการดมยาสลบที่ทำมาแต่เดิม (frenuloplasty) และการผ่าตัดโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ (frenulotomy) ว่าจะสามารถแก้ปัญหาได้เหมือนกันหรือไม่*

เมื่อโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว อาจารย์มงคล รวบรวมทีมงานอันประกอบไปด้วย แพทย์หญิงโสภภาพรรณ เงินฉ่ำ สาขาวิชาทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และคณะทำงานจาก Care Team ของโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยการผ่าตัดฟังผิดไต้ล้นของทารกแรกเกิดที่มีปัญหาในการดูนมมารดาเนื่องจากฟังผิดไต้ล้น ของโรงพยาบาลศิริราชเพื่อร่วมทำงานวิจัยดังกล่าว

ยาชาเฉพาะที่ ทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า

ในช่วงที่รวบรวมเคสจำเป็นต้องใช้คนใช้ทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มดมยาสลบ และกลุ่มใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งกลุ่มคนไข้ที่หายาก คือ กลุ่มดมยาสลบ พ่อแม่ส่วนใหญ่กลัววิธีดังกล่าว เพราะเป็นวิธีที่ดูจะเป็นอันตรายสำหรับทารกแรกเกิด

“เราพยายามอธิบายให้พ่อแม่เด็กฟังว่า งานวิจัยนี้มันจะเป็นประโยชน์ต่อลูกของเขาและเด็กคนอื่นๆ ซึ่งก่อนทำการรักษาเราจะส่งเด็กแรกเกิด 2-3 วันแรก ไปฝึกดูนมแม่ที่คลินิกประมาณ 3-4 วัน เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กมีปัญหาฟังกัดได้ลิ้น ดูนมไม่ได้จริงๆ จึงจะทำการดมยาสลบแล้วผ่าตัด

ส่วนกรณีใช้ยาชาเฉพาะที่นั้นเด็กไม่ต้องดมก่อนเข้าห้องผ่าตัด เมื่อผ่าตัดเสร็จเด็กสามารถดูนมได้ทันที แม่ลูกกลับบ้านได้เลยโดยไม่ต้องนอนค้างโรงพยาบาล หรือ ในกรณีที่โรงพยาบาลอื่นส่ง case มาให้เราผ่าตัดในตอนเช้า ก็กลับบ้านได้เลยในตอนเย็น

เมื่อนำผลการรักษาทั้ง 2 วิธีมาเปรียบเทียบกันก็พบว่า การใช้ยาชาเฉพาะที่สะดวก รวดเร็ว ลดอัตราเสี่ยงจากการดมยาสลบ และที่สำคัญคือลดค่าใช้จ่าย ซึ่งสมัยนั้นค่ารักษาพยาบาลด้วยการดมยาสลบประมาณ 2,000 กว่าบาท แต่การใช้ยาชาเฉพาะที่ราคาจะประมาณ 200-300 บาท หลังจากนั้นมาเราก็นำวิธีการนี้มาใช้ เพราะเป็นการแก้ปัญหาอย่างทันที” อาจารย์มงคลอธิบาย

Care Team Tongue Tie

การใช้ยาชาเฉพาะที่เริ่มได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น จากที่เคยมีคนไข้เดือนละ 1-2 ราย เพิ่มเป็น 50-100 รายต่อเดือน ซึ่งภาระการทำงานของภาควิชาศัลยศาสตร์ก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย แต่บุคลากรยังเท่าเดิม จึงมีการรวบรวมคนที่สนใจเรื่องนี้มาร่วมงานกัน ซึ่งประกอบไปด้วยภาควิชาสูติ-นรีเวช ภาควิชาเวชศาสตร์ และภาควิชาศัลยศาสตร์ รวมกลุ่มกันขึ้นเรียกว่า แคร่ทีม (Care Team) โดยอาจารย์มงคลอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการรวมกลุ่มของทีมแคร่ทีมให้ฟังว่า

“ศิริราชสนับสนุนให้เราตั้งแคร่ทีมขึ้นมาเพื่อทำงานร่วมกัน โดยมีจุดประสงค์เพื่อจะแก้ปัญหาเด็กที่ดูนมไม่ได้เนื่องจากมีฟังกัดเกาะที่ใต้ลิ้น เราก็ทำ Guide line ออกมา เช่น ถ้าสูติ-นรีเวชมีปัญหา ก็ส่งต่อมาที่คลินิกนมแม่ หรือถ้าคลินิกนมแม่แก้ปัญหาไม่ได้ก็ส่งมาที่ศัลยศาสตร์ ซึ่งวิธีนี้ทำให้เราไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อนเหมือนในอดีต แม้ว่าบุคลากรของเราเท่าเดิม แต่สามารถรักษาคนไข้ได้เพิ่มขึ้น เดือนละประมาณ 80-100 คน” นายแพทย์มงคลกล่าว

จากที่เคยกังวลว่าอาจเกิดปัญหารุนแรงขึ้นกับเด็กในตอนแรก เมื่อผลการรักษาได้ผลดีและมีความปลอดภัย ความกังวลหมดไป

“ฟังกัดของเด็กมันแผ่นบางมาก เมื่อทำการผ่าตัดจึงไม่เกิดผลข้างเคียงใดๆ โดยเฉพาะเรื่องเลือดออกที่กังวลกันมากก็ไม่มี และเพื่อรักษาประสิทธิภาพการรักษารักษาของหน่วยงานเอาไว้ แคร่ทีมจึงมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการตั้งค่าชี้วัด KPI เพื่อวัดระดับประสิทธิภาพความสำเร็จของการทำงาน ซึ่งเราสามารถรักษาค่า KPI ทุกตัวไว้ที่ระดับ >90% มาตลอด ส่วนในเรื่องของการประชาสัมพันธ์ เราแทบไม่ต้องทำอะไรเลย เพราะมีการบอกปากต่อปากอยู่แล้วว่า ทำแล้วได้ผล ระยะเวลาในการรักษาก็สั้นลง พ่อแม่เด็กแค่ตัดสินใจว่าทำหรือไม่ทำแค่นั้นเอง

ส่วนอีกประมาณ 10% ที่ยังเป็นปัญหาอยู่นั้นพบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ เช่น แรงดูดของเด็ก ลานนมแม่ไม่ดี และคนที่มาทำซ้ำ คือ กลับบ้านไปแล้วมีปัญหาแล้วกลับมาทำ บางคนห้วนนมเป็นแผลไปแล้วก็มี” อาจารย์มงคลกล่าว

ปัญหาฟังกัดเกาะใต้ลิ้นไม่เพียงแต่ทำให้เด็กไม่สามารถดูนมได้ตามปกติ หรือ ห้วนนมแม่แตกเป็นแผลจากการขบของลูกเท่านั้น เด็กบางคนยังประสบปัญหาน้ำหนักตัวลดเพราะไม่สามารถดูนมแม่ได้ ซึ่งเป็นเรื่องน่าเป็นห่วง ทางทีมแคร่ทีมจึงคิดหาเครื่องมือมาช่วยในการทำงานวิจัย ที่สามารถวัดได้ในครั้งแรกเลยว่าเด็กคนไหนมีปัญหาเรื่องการดูนมแม่

“เรากลับไปค้นดูเครื่องมือเก่าๆ แต่ไม่มีเครื่องมือตามที่เราต้องการ มีเครื่องมือ 2 ตัวที่มีประสิทธิภาพแยกกัน คือ เครื่องมือที่ดูประสิทธิภาพการดูนม และเครื่องมือดูความรุนแรงของฟังกัดใต้ลิ้น แต่ยังไม่เคยมีเครื่องมือการดูประสิทธิภาพการดูนมกับดูความรุนแรงของฟังกัดใต้ลิ้นในเครื่องเดียวกัน ซึ่งเครื่องมือที่

ดูฟังกัดใต้ลิ้นก็มีขั้นตอนที่ยุ่งยากมาก ผมคิดว่าเครื่องมือที่เราจะนำมาใช้งานอะไรก็แล้วแต่ต้องไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เพราะคนที่ต้องใช้เครื่องมือนี้คือพยาบาล เราก็อยากให้เราสามารถนำไปใช้งานได้ง่ายๆ และสะดวก” คุณหมออธิบาย

เครื่องมือที่นายแพทย์มงคลกล่าวถึงนั้นประกอบไปด้วยการให้คะแนนความรุนแรงของฟังกัดใต้ลิ้น การให้คะแนนลักษณะลานห้วนนมแม่ และการให้คะแนนจากความรู้สึกของแม่ขณะที่ลูกดูนม มีชื่อว่า Siriraj Tongue Tie Score (STT Score)

กำเนิด SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT Score)

“เนื่องจากมันเป็นการผ่าตัดชนิดใหม่ผมก็กลัวว่ามันจะเกิดอันตรายกับเด็ก จึงทำอยู่คนเดียว ยังไม่ไว้วางใจให้ใครทำ แล้วผมก็มานั่งวิเคราะห์ดูว่า มันน่าจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างห้วนนมแม่กับฟังกัด หมายถึง function ในการดูนม เด็กบางคนมีฟังกัดเยอะ แต่ดูนมได้ดีก็ไม่มีปัญหา เมื่อไปดูห้วนนมแม่ ปรากฏว่าห้วนนมแม่ดี แม่เองก็บอกว่าไม่เจ็บเลย เด็กสามารถยื่นลิ้นมาถึงลานห้วนนมได้ โดยไม่ใช้เหงือกกับห้วนนม

เห็นได้ชัดว่ามันมีความสัมพันธ์กันระหว่างลักษณะลานนมแม่ ลักษณะฟังกัดใต้ลิ้น และความรู้สึกของแม่ขณะลูกดูนม ถ้าเอา 3 กรณีนี้มาเปรียบเทียบกันได้น่าจะดี เช่น จับคู่ระหว่างห้วนนมแม่ดี เด็กฟังกัดเยอะ แต่ก็ดูนมได้ ไม่มีปัญหา เด็กบางคนฟังกัดนิดเดียวแต่ไปจับคู่กับห้วนนมแม่ดี ก็ดูไม่ได้เลย แต่กรณีที่ห้วนนมแม่ไม่ดี ฟังกัดเยอะ แบบนี้ก็จะยิ่งแย่ ถ้าเราเอา 3 เรื่องนี้มาสัมพันธ์กันและคิดเป็นคะแนนขึ้นมา โดยที่เอากรณีที่รุนแรงมากๆ ให้คะแนนน้อยๆ เช่น ฟังกัดเยอะๆ ให้ 1 คะแนน ห้วนนมแม่ดีให้ 1 คะแนน ฟังกัดน้อย ดูได้ตามปกติก็ให้คะแนนเยอะๆ ห้วนนมดีก็ให้คะแนนเยอะๆ แต่ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดูนมว่าดีหรือไม่ นั่นคือความรู้สึกของแม่เวลาลูกดูนม พบว่าที่ดีที่สุดคือ ลิ้นอยู่ที่ลานห้วนนมตลอด และที่แย่มากที่สุดคือ ไม่มีลิ้นเลย เหงือกกับลานห้วนนมตลอด คนที่ดีที่สุดก็จะได้ 10 คะแนน คนที่แย่มากที่สุดก็จะได้ 2 คะแนนที่เหลือก็จะอยู่ระหว่าง 2-10 คะแนน เราก็เอาคะแนนมาดูว่าใช้ได้ไหม”

จากทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ

เนื่องจากการวิจัยทำในเด็กจำนวน 1,500 ราย ทั้งยังเป็นเรื่องที่ยังใหม่ที่ยังไม่มีใครมีความรู้เรื่องนี้เลย ก่อนลงมือทำจึงต้องมีการวางแผนเป็นอย่างดี โดยคัดเลือกพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละวอร์ดรวมกันประมาณ 50-60 คน เพื่อมาเก็บข้อมูล จากนั้นก็เปิดอบรมทีมงานก่อนว่าต้องทำอย่างไรบ้าง โดยสอนแบบตัวเข้มให้เห็นวิธีการดูและการวัด การสังเกตการณ์ในห้องผ่าตัด และการให้คะแนนจริงๆ

“เราจะเก็บข้อมูลของเด็กทุกคนที่คลอดในขณะนั้น ส่วนหนึ่งเป็นการอบรมวิธีการ (ทฤษฎี) อีกส่วนหนึ่งเป็นการทำจริง (ภาคปฏิบัติ) และถ้าทำจริงจะให้ทำ 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย ก่อนอื่นให้ไปดูก่อนทำการรักษา เพื่อให้คะแนน และอีก 7 วันหลังจากเด็กกลับมา ก็ให้คะแนนเด็กอีกครั้ง และได้ lecture ใหญ่ 1 ครั้ง สรุปคือ ทีมงานแต่ละคนต้องผ่านการอบรมทั้งหมด 3 ครั้ง







คนที่เราเก็บ คือ คนไข้ที่หมอขอตรวจได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่คลอดในศิริราช โดยเราจะประเมินคะแนนก่อนว่าแต่ละรายได้คะแนนเท่าไร ซึ่งเราจะเก็บเป็นความลับ และไปคิดว่าเด็กคนไหนที่ควรส่งไปรักษาบ้าง และเอามาดูผลการรักษาว่า ได้คะแนนเท่าไร ซึ่งจะรู้ผลภายใน 1 สัปดาห์

เมื่อเก็บคะแนนเรียบร้อยแล้วแคร่ทีมก็จะนำคะแนนมาเทียบกันว่าเด็กแต่ละคนได้คะแนนเท่าไร โดยแต่ละตัวเลขจะมีประสิทธิภาพต่างกัน ยิ่งถ้าได้ตัวเลขสูงๆ ประสิทธิภาพของการดูนมจะดี และก็พบว่าตัวเลขที่เรายอมรับได้คือ 8 แต่ถ้าต่ำกว่า 8 จะเริ่มมีปัญหา ต้องรีบให้การช่วยเหลือ ถ้าช่วยเหลือแล้วดีขึ้นก็ไม่ต้องทำอะไรต่อ แต่ถ้า 8 ขึ้นไปสบายใจได้ ไม่ต้องไปยุ่งอะไรเลย เพราะเด็กสามารถดูนมได้ดี

แต่ตอนนั้นเราต้องการจะหา point ตรงที่ว่าเด็กคนไหนที่ต้องผ่าตัดแน่นอน ซึ่งถ้าประเมินน้อยกว่า 4 มักจะต้องทำการผ่าตัด แต่จำนวนไม่มากเมื่อคิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากจำนวนคนทั้งหมดที่เข้าทดลอง ซึ่งแน่นอนว่าคนที่ได้น้อยกว่า 4 ประมาณ 1+1+0=2, 1+2+0=3 คือคนที่ไม่มีฟังกัดเยอะและห้วนนมของแม่ก็ยังมีปัญหาด้วย แต่แม่ลูกที่มีมากจนได้คะแนนน้อยกว่า 4 มีไม่มากนัก จึงทำให้ค่านี้ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ

เราป้องกันการรอยคดด้วยการให้คนประเมินเก็บคะแนนเป็นความลับ ไม่มีใครรู้ว่าใครได้คะแนนเท่าไร เราจะหาจังหวะที่ว่าจังหวะไหนจะดีที่สุดที่จะทดสอบเครื่องมือนี้ เช่น ประเมินหลังคลอดทันทีทันที และ ประเมินหลังคลอด 24 ชั่วโมง พบว่าการประเมินหลังคลอดใช้ไม่ได้ เพราะแม่อาจจะยังมีอาการระคายเคืองจากการคลอด เด็กเองก็อาจจะยังไม่พร้อม เพราะฉะนั้น จังหวะที่ดีที่สุดคือ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งจากการให้คะแนนของพยาบาลทุกคนก่อนที่จะทำการวิจัย พบว่าทุกคนให้คะแนนไปในทิศทางเดียวกัน พอคำนวณออกมาแล้วดี”

SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

Tongue	Frenulum	 mild ③	 moderate ②	 severe ①
	Function	 protraction ③	 retraction ②	 inversion ①
Nipple	sensation	Tongue at areola ④	Tongue at nipple ②	No Latch on ①

จุกยางหรือจะสูบนมแม่

ในมุมมองของอาจารย์มงคลเห็นว่า ปัญหาภาวะล้นติดกับการดูดนมแม่ไม่ได้นั้นเป็นปัญหามานานแล้ว เนื่องจากถูกกละเลย จึงไม่ได้รับการแก้ไขเสียที

“มีคนตั้งข้อสงสัยกันว่า ถ้ามองย้อนกลับไปในช่วงที่ยังไม่มีขวดนม ทำไมเด็กที่มีพังผืดถึงดูดนมแม่ได้ล่ะ ผมคิดว่าก็คงมีปัญหานั้นแหละ แม่อาจเจ็บหัวนม หัวนมแตก หัวนมเป็นแผล แต่แม่ก็อาจจะทนๆ เอา เจ็บปวดแค่นั้นก็ทนเอา ถ้าดูดไม่ได้ดี ทารกก็ไม่อยากดูด

เมื่อพัฒนามาสู่วัยที่มีขวดนม พอแม่ทนไม่ได้ก็ให้ลูกไปกินนมผสมจากขวดแทน ซึ่งมันช่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่มันเทียบเท่านมแม่ไม่ได้ คือต้องทำความเข้าใจก่อนว่า น้านมแม่ต้องถูกกระตุ้นด้วยการดูดจึงจะคงอยู่ได้นาน 6 เดือนถึง 1 ปี แต่ถ้ากระตุ้นด้วยการบีบมันจะอยู่ได้ไม่นาน 2-3 เดือนน้านมก็จะแห้งไป ยิ่งใจการดูดนมจากขวดก็ทดแทนการดูดจากเต้าไม่ได้

คงเหมือนกับการคลอดลูก บรรพบุรุษเราในอดีตก็เบ่งคลอดตามธรรมชาติ แต่ทำไมเมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าการผ่าตัดคลอดถึงได้รับความนิยมขึ้นเรื่อยๆ ละ แสดงว่ามันต้องมีอะไรบางอย่างผิดปกติที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติไม่ได้ ถ้าเบ่งไม่ออกเด็กก็เสียชีวิตไป คือ ถ้ามีเรื่องของเทคโนโลยีมาช่วยมันอาจจะช่วยในเรื่องของการลดอัตราการตายของเด็กทารกจากการคลอดได้ ในกรณีดูดนมก็เหมือนกัน”อาจารย์มงคลอธิบาย

สรุปคือ เราทำการผ่าตัดในเด็กที่มีปัญหาเรื่องการดูดนมไม่ได้เท่านั้น ถ้าในเด็กที่มีพังผืดเยอะ แต่ยังสามารถดูดนมแม่ได้เราก็จะไม่ผ่าตัด และเครื่องมือนี้จะสามารถช่วยเราวินิจฉัยได้ว่า คนไข้กลุ่มไหนที่ควรได้รับการผ่าตัด กลุ่มไหนไม่มีปัญหาเราก็ไม่ทำ

เครื่องมือนี้ คือ เครื่องมือวัดปัญหาการดูดนมของเด็ก ความจริงอาจไม่ใช่ปัญหาเรื่องพังผืด หรือเรื่องลานหัวนมแม่ แต่อาจจะเป็นปัญหาการอุ้มลูกไม่ถูกวิธี เพราะบางคนเป็นแม่ครั้งแรก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูก ซึ่งถ้าเราให้ความช่วยเหลือในเรื่องของ position เขาก็จะสามารถผ่านปัญหานี้ไปได้สบาย แถมไม่ต้องมีความเจ็บปวดจากการถูกลูกงับลานหัวนม ไม่ต้องมีปัญหาหัวนมแตก หรือเจ็บปวดด้วย แต่ถ้าเราไม่ช่วยเหลือ เด็กก็จะงับดูดนมแบบผิดวิธี หรือใช้เหงือกงับหัวนมแม่ และทำให้เด็กดูดนมได้ไม่ดี ทั้งที่ความจริงน่าจะดูดได้ดี”

แม่สุข ลูกอึด...รางวัลก็ประเมินค่าไม่ได้

ความสำเร็จที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้ นอกจากจะช่วยยกระดับการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีมาตรฐานขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ทั้งแม่และเด็กแล้ว ยังนำมาซึ่งความภาคภูมิใจของทีมงาน โดยนายแพทย์มงคลในฐานะหัวหน้าเรือใหญ่ถือโอกาสนี้พูดถึงความรู้สึกของทีมงานทุกคนว่า

“การได้เห็นเด็กกลับมาดูดนมแม่ได้เป็นปกติ ได้เห็นปฏิกิริยาที่ดีจากแม่ เช่น ลูกดูนมดีขึ้นมา หายเจ็บนมแล้ว มีคุณแม่คนหนึ่งบอกว่า ผลการรักษาดีมากเลย ตอนแรกกลัวว่าลูกจะได้รับอันตราย แต่เมื่อทำเสร็จแล้วลูกปลอดภัย และดูนมได้ดี การได้เห็นงานวิจัยที่เราช่วยกันทำมันสามารถนำไปใช้ได้ประโยชน์ และเห็นผล ผมว่ามันชื่นใจ

ทีมงานทุกคนดีใจกับผลงานที่มันสำเร็จ โดยเฉพาะคลินิกนมแม่ เพราะเขารู้สึกว่าเขามาหาเราแล้วได้รับการช่วยเหลือ และเปอร์เซ็นต์การดูดนมของเด็กก็ดีขึ้นมาก ตอนนี่คลินิกนมแม่ก็กลายเป็นศูนย์ฝึกอบรมของศิริราชไปแล้ว เราอยากให้เด็กกินนมแม่ไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เราเคยติดตามผลแบบต่อเนื่องว่า เด็กที่เราเคยรักษาสามารถกลับไปดูดนมได้นานเท่าไร พบว่าดูดได้นานเกินกว่า 1 เดือนเป็นอย่างน้อย ก็คิดเป็น 70-80% เราก็น่าดีใจ และนำมาบอกทีมของเราด้วยว่า สิ่งที่เราช่วยกันทำ มันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ มันเป็นคำตอบแทนที่มีค่าต่อจิตใจมาก ทุกคนภูมิใจ ทำให้เราเห็นว่าความสุขมันไม่สามารถวัดออกมาเป็นตัวเงินได้ ทุกคนมองไปในจุดเดียวกันว่า งานที่ทำนั้นมันสามารถช่วยยกระดับของการพัฒนางานของศิริราช เป็นประโยชน์กับประเทศไทย”

ปัจจุบัน ศิริราชมีคลินิกดูแลเฉพาะพังผืดได้เป็นอย่างดีครบวงจร ทำการผ่าตัดรักษาช่วยให้ทารกที่มีปัญหากลับมาดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปลอดภัยไปมากกว่า 30,000 ราย และยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับออกไปรับใช้สังคมไทย ช่วยเหลือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา อย่างต่อเนื่อง

หลังจากหลับปุ๋ยไปหลายชั่วโมง ร่างกระจัดย่อยที่นอนซุกตัวอยู่ในผ้าห่มอุ่นก็เริ่มรู้สึกตัว ไม่นานนักก็ส่งเสียงร้องให้จ้า มีोन้อยปายเปะปะไปมาในอากาศราวกับต้องการบอกว่า

“แม่จ๋า...หนูหิว”

คุณแม่มือใหม่ประคองกอดลูกน้อยไว้ในอ้อมแขนด้วยความทะนุถนอม หลังจากลูกถูกเข็นออกมาจากห้องผ่าตัด เธอแทบจะอดทนรอไม่ไหวที่จะให้ลูกกินนม เมื่อเจ้าตัวน้อยส่งสัญญาณให้รู้ว่าหิว เธอไม่รอช้ารีบจัดแจงให้ลูกน้อยดูดนมในท่าที่เหมาะสมและถูกต้องตามที่พยาบาลคลินิกนมแม่เคยแนะนำ

เจ้าตัวน้อยค่อยๆ ยืนลิ้นเล็กๆ ออกไปพร้อมกับอมงับลานหัวนม ก่อนจะใช้ลิ้นรีดน้านมกลับเข้าไปในปากเสียงดังจ๊ับๆ หนูน้อยจ้องมองผู้เป็นแม่ตาแป๋ว

หญิงสาวมองลูกน้อยด้วยความดีใจ นึกขอบคุณอาจารย์มงคล เลขาแพทย์และทีมงานที่ช่วยรักษาลูกของเธอให้หายจากอาการพังผืดได้สิ้น และกลับมาดูดนมได้ปกติเหมือนเด็กคนอื่น ๆ

เหนือสิ่งอื่นใด เธอรู้สึกภูมิใจที่ได้ป้อนนมลูกจากอกอุ่นของเธอเอง...

Highlight Breastfeeding Resource

ศาสตราจารย์ คลินิก พญ. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วิธ

เลขาธิการคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

เมื่อเริ่มต้นในการจัดทำหนดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งนี้ ที่ประชุมเห็นว่า มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย มีข้อมูลบทความ สื่อสิ่งพิมพ์ ชุมนำเสนอ video you tube ฯลฯ ที่มีการจัดทำหรือประสานการจัดทำโดยมูลนิธิศูนย์นมแม่ฯ ในระหว่าง 14 ปีที่ผ่านมาเป็นจำนวนมาก ที่อยู่ในแหล่งสืบค้นใหญ่ของมูลนิธิ 2 แห่ง คือ ในเว็บไซต์ และในคลังข้อมูลดิจิทัล ซึ่งน่าจะนำมาเผยแพร่ให้กับผู้เข้าประชุมได้เลือกพิจารณานำไปใช้ ข้อมูลดังกล่าวหลายเรื่องยังเป็นกลุ่ม Highlight คือ ยังคงทันสมัยและเป็นประเด็นที่เป็นที่สนใจของการทำงานในการส่งเสริม ป้องกัน และปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อจะได้เกิดการใช้ข้อมูลอย่างคุ้มค่า ถ้าดูเป็นรายปี จะพบชุดสื่อความรู้ ที่ผลิตตามกิจกรรมของมูลนิธิในปีนั้นๆ และเมื่อแยกเป็นหมวดหมู่ เช่น หมวดจดหมายข่าวศูนย์นมแม่ หมวดตำรา หมวดบททวนวิชาการ หมวดหนังสือประกอบการประชุมประจำปี หมวดแผ่นพับ ฯลฯ ก็จะได้เห็นชุดข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบระดับการพัฒนางานด้านนมแม่ได้เป็นอย่างดี สามารถนำมาปรับใช้เผยแพร่ต่อได้ โดยไม่ต้องเสียเวลาเริ่มต้นทำใหม่ทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม เมื่อทดลองสืบค้นในจักรวาลของ social media พบว่า ปัจจุบัน แหล่งสืบค้นเรื่องนมแม่มีมากมายและเป็นไปอย่างไร้พรมแดน ถ้าจะให้ความหมายของ Highlight Breastfeeding Resources ที่เน้นความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลเป็นสำคัญ ผู้เขียนจึงได้รวบรวม เท่าที่มีประสบการณ์การสืบค้น และจะลงรายละเอียดในบางแหล่งสืบค้นที่ผู้เขียนมีประสบการณ์ ในการเข้าไปใช้บริการ ดังนี้

1. เว็บไซต์ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย www.thaibf.com

เริ่มเปิดตัวครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2548 ในชื่อ www.thaibreastfeeding.com โดยมี พญ.ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร หรือ คุณหมอมหวาน อดีตเว็บมาสเตอร์ เป็นผู้บุกเบิกและทุ่มเทการทำงานด้านนมแม่ออนไลน์เป็นท่านแรก (คุณหมอมหวานได้นำคำถามจากกระทู้มารวบรวมเป็นหนังสือ นมแม่ 50 คำถาม ยอดฮิต ซึ่งท่านได้เป็นบรรณาธิการหลักด้วย) ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้เปลี่ยนรูปแบบ และเปลี่ยนชื่อเป็น www.thaibreastfeeding.org เพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง คณะกรรมการเว็บไซต์ในระยะหลังก็ได้สืบทอดเจตนารมณ์ คุณหมอมหวาน ปรับปรุง โครงสร้างอย่างต่อเนื่อง

จนล่าสุดในปีนี้ เว็บไซต์มีการปรับปรุงโครงสร้าง และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ ซึ่งทำให้เข้าถึงง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ มีความทันสมัยและสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร กลุ่มแม่ผู้เชี่ยวชาญในการสื่อสารผ่านเว็บไซต์ www.thaibf.com เปิดใช้งานเมื่อ 1 ตุลาคม 2560 สามารถแสดงผลผ่านทางโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์พีซี ได้ และมีไอคอนลิงค์ไปสู่ Facebook/Thaibf, YouTube มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย Instagram thaibreastfeedingcenter

เว็บไซต์จะเน้นการสื่อสารกับกลุ่มแม่และประชาชนทั่วไป โดยจะมี ข้อมูลที่จะช่วยแม่ มีความรู้ และเข้าใจวิธีการให้นมแม่ได้สำเร็จ ตั้งแต่เรื่องคุณค่าของน้ำนมแม่ รู้ก่อนให้นม เริ่มให้นม คำถาม

พบย่อยหลังคลอด พัฒนาการเด็ก สิทธิประโยชน์ทางกฎหมาย และมีจุดเด่น คือ การสื่อสารจากกลุ่มแม่อาสา บทความถูกจัดเก็บเป็นหมวดหมู่ คือ หมวดสำหรับประชาชน หมวดกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และชุดสื่อการศึกษา ภายในมีข้อมูลหลากหลาย สามารถนำไปปรับใช้ได้อย่างสะดวก นอกจากนั้นยังสามารถเชื่อมต่อกับ แอปพลิเคชันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกน้อยด้วยนมแม่ที่ทันสมัยและมีประโยชน์มาก คือ แอปพลิเคชัน Moom Mae สนับสนุนโดย NECTEC มีข้อมูล รวบรวมห้องให้นมแม่ ตามห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาล หรือสถานที่พักผ่อน สำหรับครอบครัว และมีแบบบันทึกการให้นมแก่ลูกด้วย ในแอปพลิเคชันดังกล่าว สามารถค้นหาคลินิกนมแม่ ทั่วประเทศ ได้โดยแบ่งกลุ่มของกรุงเทพฯ และ 6 ภาค มีเบอร์โทร แผนที่ผ่าน Google Map เพื่อให้สามารถสืบค้นและติดต่อรับบริการได้โดยสะดวก

บุคลากรสาธารณสุข สามารถสืบค้นบทความและงานนำเสนอการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ งานมีเดียมีเดีย สื่อต่างๆ อีบุ๊ค และ อีแมกกาซีน ไปด้วย

2. คลังข้อมูลดิจิทัล ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (Thai Breastfeeding Center: Digital Repository)

พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2554 เพื่อร่วมเฉลิมฉลองสัปดาห์นมแม่โลก ภายใต้แนวคิด “Talk to me: บอกต่อรอบทิศด้วยจิตอาสา” โดย ศาสตราจารย์ ดร. วิลาศ วูวงศ์ ซึ่งเป็นรองอธิการบดีสถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย (AIT) ในขณะนั้น พร้อมทีมงาน คลังข้อมูลดิจิทัลศูนย์นมแม่ พัฒนาขึ้นด้วยซอฟต์แวร์ดีเอสพี DSpace [<http://dspace.org>] ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์ที่พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (MIT) เพื่อใช้ในการพัฒนาคลังจัดเก็บสารสนเทศดิจิทัลแบบเปิด (Open Access)

จุดเด่นของคลังข้อมูลดิจิทัล คือ การจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบมาตรฐานสากลด้วยเมทาตาตาแบบดับลินคอร์ (Dublin Core) ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถใช้ในการเผยแพร่ เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับคลังดิจิทัลอื่นๆ ที่ใช้มาตรฐานเดียวกันได้ทั่วโลก โดย Google ก็เป็นหนึ่งในระบบค้นหาข้อมูลที่รู้จักและเข้าใจรูปแบบข้อมูลของคลังข้อมูลนี้

ระบบสามารถบันทึกความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับแฟ้มข้อมูลที่จัดเก็บในระบบ ผู้ดูแลข้อมูลสามารถกำหนดสิทธิ์ในการเข้าถึงแฟ้มข้อมูลตามต้องการ และระบบยังเปิดให้ผู้ใช้ทั่วไปที่ได้รับสิทธิ์นำข้อมูลเข้าระบบได้ด้วยตนเอง ปัจจุบัน มีหน่วยงานที่ใช้ซอฟต์แวร์ดีเอสพีในการพัฒนาคลังข้อมูลดิจิทัลเพื่อใช้จัดเก็บสารสนเทศดิจิทัลที่เป็นภูมิปัญญาของสถาบัน จำนวนกว่า 3,000 แห่งทั่วโลก

ตัวอย่างหน่วยงานที่ใช้คลังดิจิทัลในรูปแบบเดียวกันกับศูนย์นมแม่ในประเทศไทย ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันพิพิธภัณฑการเรียนรู้แห่งชาติ เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2560 คณะทำงานปรับปรุงคลังข้อมูลดิจิทัลให้มีความทันสมัยมากขึ้น ดังนี้

- (1) ปรับรุ่นของซอฟต์แวร์ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถใช้งานฟังก์ชันต่างๆ ได้มากขึ้น
- (2) ปรับแต่งหน้าจอ (Theme) ให้เป็นระเบียบสวยงามในรูปแบบ responsive โดยที่รูปแบบการแสดงผลของหน้าจอจะปรับเปลี่ยนไปตามขนาดของอุปกรณ์ที่ใช้งาน เพื่อให้ผู้ใช้สามารถใช้งานได้จากทั้งบน โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์พีซี
- (3) กำหนดรูปแบบโครงสร้างข้อมูลใหม่ ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ใช้ ปัจจุบันกำหนดหมวดหมู่ของเนื้อหาจำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มแม่/ประชาชนทั่วไป

• บุคลากรสาธารณสุข สามารถเข้าถึงหนังสือ รายงานวิจัย บทความวิชาการ และเอกสารนำเสนอในงานประชุมระดับชาติ และ งานสัมมนาวิชาการด้านนมแม่ที่มีคุณภาพ มีความ

นำเชื่อถือ และสามารถนำไปอ้างอิงทางวิชาการได้

- แม่และประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงสื่อที่ให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย เช่น หนังสือ คู่มือ บทความถาม-ตอบ แผ่นพับ แฟ้มเสียง และคลิปวิดีโอ ขนาดสั้น เพื่อนำความรู้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง
- (4) พัฒนาเครื่องมือเรียกดูแฟ้มข้อมูลในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเปิดดูแฟ้มข้อมูลในรูปแบบ PDF ภาพถ่าย แฟ้มเสียง และแฟ้มวีดิทัศน์ จากบนหน้าจอได้ทันที
 - (5) ปรับแต่งลิงค์ส่งต่อข้อมูลผ่านเครือข่ายโซเชียล (Social Network) ให้โดดเด่นและชัดเจน เพื่อสะดวกในการส่งต่อข้อมูลสู่สาธารณะ ระบบจะจัดเก็บสถิติจำนวนการส่งต่อข้อมูล
 - (6) ติดตั้งเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูล (Google Analytics) จัดเก็บสถิติการเข้าใช้งานของผู้ใช้แบบละเอียด นำสถิติที่ได้รับไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบการให้บริการ สามารถเข้าใช้บริการ ผ่านทาง <http://dlibrary.thaibreastfeeding.org> และทาง www.thaibf.com และสามารถเข้าถึงข้อมูล ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก และคอมพิวเตอร์พีซี รวมถึงเชื่อมต่อกับ link อื่นๆ ได้เช่นเดียวกับเว็บไซต์

3. World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) <http://waba.org.my/>

เป็นขององค์กรเครือข่ายพันธมิตรนมแม่โลก (World Alliance for Breastfeeding Action-WABA) ซึ่งมีกำเนิดเมื่อ พ.ศ. 2534 หลังการประกาศอินโนเซนต์ (Innocenti Declaration) เว็บไซต์นี้เป็นเจ้าภาพกำหนดประเด็น หรือ คำขวัญสัปดาห์นมแม่โลก (World Breastfeeding Week- WBW) ได้รับการรับรองจากองค์กรยูนิเซฟ องค์การอนามัยโลก ในเว็บไซต์มีข้อมูล แนวทาง ชุดสื่อ และคำแนะนำการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยประเทศสมาชิก มากกว่า 170 ประเทศ ใช้รณรงค์ทิศทางเดียวกัน

4. The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) <http://www.bfmed.org/>

เป็นเว็บไซต์เริ่มต้นของกลุ่มแพทย์ในอเมริกา ที่อุทิศการทำงาน เพื่อการส่งเสริมป้องกันและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พันธกิจ (Our mission is to unite members of the various medical specialties with this common purpose) เริ่มก่อตั้งเมื่อ ค.ศ. 1993 จากที่มีแพทย์กลุ่มหนึ่งเข้าร่วมประชุม UCLA Lactation Consultant (LC) Training Course และพบว่าปัญหาที่เป็นอุปสรรค (Barriers) ในการให้นมแม่ ต้นสาเหตุหลายส่วนมาจากผลการดูแลรักษาจากแพทย์ เกี่ยวข้อง multi specialties และต่อมาก็ขยายสู่นานาประเทศ เพราะเห็นความสำคัญของการร่วมมือกันทั่วโลก มีผู้ก่อตั้ง 12 คน ซึ่งได้รับเชิญเวียนมาพูดใน Founder session ในการประชุมทุกปี

ปัจจุบัน มีสมาชิก 600 คน จาก 58 ประเทศ บทบาททางวิชาการที่สำคัญและเป็นจุดให้เห็นความแตกต่างการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพคือ การผลักดันให้เกิดงานวิจัย ABM ผลิต Journal Breastfeeding Medicine มี ผลงานวิจัย evidence-based protocols สำหรับ clinical lactation management มากมาย รวมทั้งมี position statement เพื่อชี้จุดยืนในมิติต่างๆ ของงานนมแม่ เป็นระยะ

5. International Lactation Consultant Association (ILCA) <http://www.ilca.org/>

เว็บไซต์ นี้ มีชื่อเสียงเป็นเจ้าภาพ การจัดทำมาตรฐานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดให้มีการสอบ International Board Certified Lactation Consultants® (IBCLC®) เป็นการประกันคุณภาพ ที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลก ในประเทศไทยมีผู้ชำนาญการทำงานนมแม่ มาก แต่ไม่มีกี่คนที่สมัครเข้าสอบและได้รับการประกาศเป็น IBCLC อาทิ พญ. วิมลมาศ พรหมสาขา ณ นคร พญ. ปิยะฉัตร วงศ์บุกุล พญ. นุปผา เผ่าสวัสดิ์ และคุณมีนะ สพสมัย พญ. นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล เป็นประกาศนียบัตรที่ขอเชิญชวนผู้ทำงานด้านนมแม่ เข้าสอบ จึงขอกล่าวชื่อไว้ เพื่อเชิญชวนผู้สนใจได้ทราบ ภายในเว็บไซต์

มีข้อมูลครบถ้วนและอ้างอิงได้

6. Infant Risk Center <http://www.infantrisk.com/>

7. United States Lactation Consultant Association (USLCA) <https://uslca.org/>

8. Canadian Lactation Consultant Association (CLCA) <http://clca-accl.ca/>

9. Breastfeeding Inc. (Dr.Jack Newman)

Dr. Jack Newman เกิดในอิสราเอล เติบโตในแคนาดา จบกุมารแพทย์ทั้งจากแคนาดาและอเมริกา เป็นนักปฏิบัติและนักเขียนนโยบาย แนวทางแก้ไขปัญหาที่มีความชัดเจน เป็นผู้แนะนำแนวคิด การตั้งคลินิกนมแม่ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล และเริ่มจัดตั้งเป็นคลินิกแรก ใน ค.ศ. 1984 ที่ Toronto's Hospital for Sick Children ประสบการณ์งานนมแม่ในประเทศ South Africa ศูนย์นมแม่ฯ ได้เคยเชิญมาบรรยายในประเทศไทยเมื่อประมาณ พ.ศ. 2548 ข้อมูลในเว็บไซต์มีครบทั้ง แนวทางปฏิบัติ เทคนิคการแก้ไขปัญหา ชุดสื่อ วิดีโอ handouts Dr. Jack Newman เรียก information sheet มีความคมชัดในการนำเสนอมาก (ความเห็นส่วนตัว) และถ้าสนใจ training course จะมี parenting course และ e-learning รวมทั้งมีรายละเอียด lactation training course นำสนใจเพราะมีประสบการณ์กว่า 33 ปี และอิงหลักฐานทางวิชาการ

10. LANCET Breastfeeding Series

จัดทำโดย สำนักพิมพ์นิตยสาร Lancet ผลิต วารสาร Lancet ตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2366 (ค.ศ. 1823) “Lancet” มีความหมายถึง มีดปลายแหลมสองคมขนาดเล็กสำหรับผ่าตัด และชื่อของสถาปัตยกรรม กอทิกแบบอังกฤษ ที่เป็นช่องหน้าต่างโค้งยอดแหลม [4] ซึ่งหมายถึง “แสงสว่างแห่งปัญญา” หรือ “เพื่อให้แสงสว่างเข้ามา” วารสารนี้เป็นแหล่งข้อมูลเป็นที่นิยม และใช้อ้างอิงในระดับโลก Lancet series จะนำเรื่องปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่างๆ ทุกกลุ่มวัย และทุกมิติการดูแลสุขภาพ เช่น การรักษา การป้องกัน การขับเคลื่อนนโยบาย การจัดระบบ health systemฯ จัดเป็นซีรีส์ ปัจจุบันมี 236 ซีรีส์ โดยเรื่องนมแม่จะเป็นหนึ่งใน 236 issues ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นกว้างขวางทั้งในเชิง นโยบาย คุณประโยชน์ของนมแม่ วิธีปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค มิติสังคม เศรษฐกิจที่มีการศึกษาวิจัย อย่างมีมาตรฐาน มีประโยชน์ ทั้งในการนำไปใช้ในระดับบุคคล และระดับประเทศ ช่วยนำการพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็กสู่เป้าหมาย SDG ใน ค.ศ. 2030

เมื่อต้นปีที่ผ่านมานี้ องค์การ Alive and Thrive องค์การ UNICEF และกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกันแถลงข่าว เนื้อหา สำคัญของ ฉบับล่าสุด คือปี ค.ศ. 2016 Lancet Breastfeeding: Achieving the New Normal มี 2 บทสำคัญคือ

Breastfeeding 1 Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect

Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?

โดยมี series ก่อนหน้านี้หลายปี เช่น ปี 2013 เป็น Lancet breastfeeding Series on maternal and child nutrition

แหล่งข้อมูลเหล่านี้ เป็นแหล่งข้อมูลมาตรฐาน มีหน่วยงานองค์กร ที่ไม่แสวงผลกำไร เป็นเจ้าภาพในการดูแล ยังคงมีแหล่งข้อมูลที่ตีๆ จำนวนมาก ไม่สามารถนำมากล่าวได้หมด ขณะเดียวกัน มีแหล่ง

ข้อมูลที่แอบแฝง เพื่อหวังผลประโยชน์ อาทิ การชักชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์ นมอื่นแทนนมแม่ การใช้ ยา เครื่องมือ การบริการที่ไม่มีความจำเป็น การดึงข้อมูลจากโซเชียล มีเดีย ต้องใช้ดุลยพินิจเป็นอย่างมาก สำหรับแหล่งข้อมูลที่เป็นผลจากการสื่อสาร ทาง FB ทาง LINE เป็นที่นิยมของผู้สนใจงานด้านนมแม่ อาทิ Facebook Page พ่อนมแม่ (โดยสมาพันธ์เครือข่ายนมแม่แห่งประเทศไทย) <https://m.facebook.com/FatherBreastfeeding/> Line BF Network/ BF sick babies / เครือข่ายนมแม่ TABFA และอีกหลายแหล่ง สร้างช่องทางการรับข้อมูลที่หลากหลายทั้งด้านวิชาการ การแสดงความ คิดเห็น จากหลากหลายวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน การสืบค้นแหล่งข้อมูลไม่ว่าจะเป็นนมแม่ หรือวิชาการอื่นๆ ในมหาวิทยาลัย ทั้งในและต่างประเทศ มีการจัดทำหลักสูตรออนไลน์ ทำให้เลือกเรื่องที่อยากรู้เชิงลึกได้ อาจได้รับ ประกาศนียบัตร หรือ ไม่ได้ก็เลือกได้ เช่น ของมหาวิทยาลัย Harvard มี SDG Academy ซึ่งจัดทำ course สนับสนุนการพัฒนา SDG เกี่ยวกับเด็กที่น่าสนใจ คือ The Best Start in Life: Early Childhood Development for Sustainable Development เป็น course ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน

<https://courses.sdgacademy.org/Learn/the-best-start-in-life-early-childhood-development-for-sustainable-development-september-2017>

สามารถเข้าเรียนได้แบบ universal access การพัฒนา course ต่างๆ ก็ไม่เข้มมหาวิทยาลัยทำตาม ลำพัง แต่มีมหาวิทยาลัยอื่นร่วมด้วยรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แหล่งสืบค้นใหม่ๆ มีความทันสมัย เช่น วิกิโอบิตบทพฤกษศาสตร์เป็นภาษาอังกฤษ ของ ABM และ ของ มหาวิทยาลัย Harvard จะมี ภาษาอังกฤษ ขึ้นพร้อมการพูดของวิทยากร แบบการพูด-บันทึก ที่เรารู้จัก กันในการใช้โทรศัพท์มือถือ และสามารถเข้าถึงได้ทุกระบบ Android Apple จะเรียนที่ไหน เมื่อไร อย่างไร ได้หมด ขอให้มิวนิยเรียนตามเวลาให้จบ พร้อมวิธีการเรียน ข้อระวัง ระบบประเมินผล การ แบ่งปันความ เห็น สามารถให้ประกาศนียบัตรไปรับรองความสามารถในการประกอบอาชีพได้

โดยสรุป ผู้เขียนได้นำเสนอภาพรวมของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับนมแม่ ในประเทศไทยเน้นสื่อของมูลนิธิ ศูนย์นมแม่ ซึ่งมีในแหล่งสืบค้นสำคัญ 2 แหล่ง คือ ใน website และในคลังข้อมูล digital library และ แนะนำแหล่งข้อมูลมาตรฐานของต่างประเทศ โดยชี้แนะในแหล่งที่ผู้เขียนมีประสบการณ์ในการใช้ สำหรับ แหล่งอื่น ไม่เป็นเรื่องยากในปัจจุบัน ที่ผู้ทำงานด้านนมแม่ จะเข้าไปค้นหา และใช้ดุลยพินิจในการนำไปใช้ มีข้อสังเกตว่าในการพัฒนาสื่อ และแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่จะทำให้บังเกิดผลดีที่สุด มีทิศทางชัดเจนของการ ดึงความร่วมมือจากหลายๆ ส่วนมาร่วมกันทำ ทั้งในระดับในประเทศและต่างประเทศ และเรื่องนี้เป็นอีก ตัวอย่าง ของการช่วยกัน ทลายอุปสรรคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยสร้างความแข็งแรงเชิงระบบ ในการ ส่งเสริม สนับสนุน และปกป้อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน ดังคำขวัญสืปตาห่มนมโลกในปีนี้ รวมพลัง สร้างสังคมนมแม่ ให้ยั่งยืน (Sustaining Breastfeeding Together)

Workshop 1: Breastfeeding Research

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการวิจัย: จากงานประจำสู่งานวิจัยเพื่อรับใช้สังคม

ศาสตราจารย์ ดร.สุสัณหา ยิ้มแย้ม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ในครั้งนี้ จึงมีความมุ่งหมายให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านได้ ทบทวนสถานการณ์ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานประจำ ยังมีประเด็น ไตที่ยังเป็นที่สงสัย ขาดความชัดเจน น่าสนใจและมีประโยชน์ที่จะเลือกมาทำวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในกระบวนการทำวิจัยระหว่างวิทยากรกับผู้เข้าร่วมประชุม และระหว่าง ผู้เข้าร่วมประชุมด้วยกันเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนางานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งแม่และลูก ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติต่อไป

ก่อนการเริ่มต้นพัฒนาหัวข้องานวิจัยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากงานประจำนั้น ท่านลองพิจารณา ก่อนว่าท่านเป็นบุคคลในกลุ่มไหนใน 5 กลุ่มนี้

- กลุ่มที่ 1 มีข้อมูลเอาไว้มากแล้วแต่ยังไม่รู้ว่าทำอะไรต่อไปอย่างไร
- กลุ่มที่ 2 มีโครงการวิจัยหรือมีหัวข้ออยู่แล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มทำ
- กลุ่มที่ 3 สนใจที่จะทำงานวิจัยมาก แต่ยังไม่มีความชัดเจน
- กลุ่มที่ 4 สนใจที่จะทำวิจัยพอควร แต่ไม่ค่อยแน่ใจว่าจะทำได้หรือไม่
- กลุ่มที่ 5 ไม่ต้องการทำวิจัยเลย คิดว่ายุ่งยากและไม่สนใจ

สำหรับท่านที่สนใจจะเขียนเข้าร่วมในหัวข้อการประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ คงอยู่ในกลุ่ม 1-4 อย่งไร ก็ตามสำหรับท่านที่อยู่ในกลุ่มที่ 5 หากท่านลองเปิดใจเรียนรู้สักนิดท่านอาจจะเปลี่ยนลองทำดูสักครั้ง ดั้งนั้น การประชุมเชิงปฏิบัติการนี้ จึงจะเน้นจุดเริ่มต้นในการทำงานวิจัยในประเด็นนี้ นั่นคือ การพัฒนา หัวข้องานวิจัยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากงานประจำ

ความสำคัญของการพัฒนางานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยงานวิจัย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบผลสำเร็จ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของแม่และลูกได้นั้น ต้อง ได้รับการส่งเสริม สนับสนุน อย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการกระบวนการ ที่จะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดำเนินการ^๑ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ เดนนิส (Dennis)¹ ที่รวบรวมงานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1990-2000 พบว่าบุคลากรสุขภาพไม่ได้เป็นแหล่ง สนับสนุนที่ดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากขาดความรู้ ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำแก่แม่ได้อย่าง ถูกต้อง นอกจากนี้แมคอินเนส และแชมเบอร์ส (McInnes & Chambers)² ได้ทบทวนอย่างเป็นระบบจาก งานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 1990-2005 พบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากบุคลากร สุขภาพ ยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรสุขภาพยังขาดความรู้ที่ทันสมัย ขาดทักษะในการดูแล รวมทั้งขาดความเข้าใจในความต้องการของแม่ และบุคลากรสุขภาพบางคนไม่มีทักษะในการเป็นที่ปรึกษา ให้แก่แม่ที่มีปัญหาในการให้นมลูก ดั้งนั้น บุคลากรสุขภาพ จำเป็นต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ให้เป็นปัจจุบัน ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในระยะตั้งครภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการ

แก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งการวิจัยเป็นวิธีการสำคัญวิธีหนึ่งที่จะช่วยได้

การวิจัยเป็นสิ่งที่อยู่รอบตัว ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องที่ย่างยากอย่างที่บางคนคิด หากเราได้เรียนรู้ เข้าใจ และได้ทดลองนำมาใช้ ในทางตรงกันข้ามการวิจัยช่วยให้ทำงานประจำได้อย่างสนุก ไม่น่าเบื่อกับการงานที่ซ้ำซาก แต่ไม่ได้ผลเท่าที่ควร หากเพียงแต่เรารู้สังเกต ตั้งคำถาม และค้นหาคำตอบ โดยการมีมุมมองใหม่ ที่ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรองอย่างรอบด้านและมีวิจารณ์ญาณ รวมทั้งมีการค้นหาวิธีใหม่มาทดลองใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาที่งานประจำ ที่เราต้องเผชิญทุกวัน เราก็จะพบว่างานวิจัยเป็นเรื่องที่น่าสนใจและท้าทายให้เราเผชิญสถานการณ์ รวมทั้งแก้ไขปัญหามากมาย ในการทำงานได้อย่างมีเหตุมีผล มีระบบระเบียบ เกิดการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้อย่างกว้างขวาง ทั้งในประโยชน์ในส่วนตัว องค์กร/หน่วยงาน และสังคมโดยรวม

การทำวิจัยจากงานประจำ (routine to research) หมายถึง กระบวนการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการอย่างเป็นระบบของผู้ปฏิบัติงานประจำ ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานที่รับผิดชอบดำเนินการอยู่ตามปกติ โดยมีผลลัพธ์เป็นการพัฒนาตนเองและเพื่อนร่วมงาน อันส่งผลกระทบต่อในการบรรลุเป้าประสงค์สูงสุดขององค์กร การพิจารณาว่างานวิจัยที่ถือว่าพัฒนามาจากงานประจำนั้น อาจต้องพิจารณาจากโจทย์วิจัย ผู้ทำวิจัย ผลลัพธ์ของการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

“โจทย์วิจัย” ต้องมาจากงานประจำเป็นการแก้ปัญหา/พัฒนางานประจำ

“ผู้ทำวิจัย” ต้องเป็นผู้ทำงานประจำ มีบทบาทหลักของการวิจัย

“ผลลัพธ์ของการวิจัย” ต้องวัดที่ผลต่อตัวผู้ป่วย หรือ บริการที่มีผลต่อผู้ป่วยโดยตรง ไม่ใช่วัดที่ตัวชี้วัดทุติยภูมิต่างๆ เช่น ระดับสารต่างๆ ในร่างกาย/ผลการตรวจพิเศษต่างๆ

“การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์” ต้องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการให้บริการผู้ป่วยโดยตรงหรือต่อการจัดบริการผู้รับบริการ

ทั้งนี้ งานนั้นต้องใช้หลักการและกระบวนการวิจัย และมีคุณสมบัติ 4 ข้อข้างต้น จึงถือว่าเป็นงานวิจัยที่พัฒนาจากงานประจำ นอกจากนี้งานวิจัยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อาจกล่าวได้ว่าเป็นการนำงานประจำไปสู่งานวิจัยรับใช้สังคม ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของนโยบายการวิจัยที่ตอบสนองต่อนโยบาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล ซึ่งหากพิจารณาจากความหมายของงานงานวิจัยหรืองานวิชาการรับใช้สังคม ตามประกาศของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา (กพอ.) ว่า “เป็นงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมหรือท้องถิ่น ที่เกิดขึ้นโดยใช้ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาอย่างน้อยหนึ่งสาขาวิชา และปรากฏผลที่สามารถประเมินได้เป็นรูปธรรมโดยประจักษ์ต่อสาธารณะผลงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมนี้ ต้องเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทางด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านเกี่ยวกับ ชุมชน วิถีชีวิต ศิลปวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อาชีพเศรษฐกิจการเมือง การปกครอง คุณภาพชีวิต หรือสุขภาพ หรือเป็นผลงานที่นำไปสู่การจดทะเบียนสิทธิบัตรหรือทรัพย์สินทางปัญญาในรูปแบบอื่นที่สามารถแสดงได้เป็นที่ ประจักษ์ว่าสามารถใช้แก้ปัญหาหรือพัฒนาสังคม และก่อให้เกิดประโยชน์อย่างชัดเจน หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงในความตระหนักและการรับรู้ในปัญหาและแนวทางแก้ไขของชุมชนทั้งนี้ ไม่นับรวมงานที่แสวงหากำไร และได้ผลตอบแทนส่วนบุคคลในเชิงธุรกิจ”³

แนวทางในการพัฒนาหัวข้องานวิจัยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การพัฒนาหัวข้อ/โจทย์ในการวิจัย

ในการพัฒนาโจทย์วิจัย อาจจะมีเริ่มจากปัญหา/คำถามวิจัยที่ได้จากงานประจำที่รับผิดชอบดำเนินการอยู่ และต้องการจะแก้ไขปัญหา หรือ พัฒนาต่อยอดหรือขยายผลงานที่ทำอยู่ โดยใช้กระบวนการหาคำตอบด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ เพื่อใช้ตัดสินใจในการพัฒนาคนและพัฒนางานในระบบสุขภาพ ทั้งนี้ งานวิจัยนั้นจะต้องมีคุณลักษณะดังนี้

- เป็นงานอิสระทางวิชาการและสามารถประยุกต์ใช้กับงานประจำ

- เป็นเครื่องมือในการเปิดแนวคิดใหม่ๆ ในการทำงาน
- ช่วยผู้ปฏิบัติงานในการสร้างความรู้และสามารถย้อนกลับมาช่วยงานประจำที่ทำอยู่
- ไม่ควรยึดติดรูปแบบการวิจัย แต่ควรถูกต้องตามหลักวิชาการ
- ไม่จำเป็นต้องต้องความรู้ใหม่ทั้งหมด แต่เป็นการค้นหาวิธีการเพื่อประยุกต์ใช้ในบริบทของผู้วิจัย
- เป็นเครื่องมือการพัฒนาคนให้รู้จักพัฒนาฐานข้อมูล ใช้ข้อมูล และสามารถคิดเชิงระบบ
- เป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมศักยภาพทำให้เข้าใจสภาพแวดล้อมที่รอบตัวมากขึ้น
- ช่วยสร้างระบบที่เลี้ยงในการทำวิจัย และเอื้อเฟื้อกันในการทำงานระหว่างนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานโดยตรง
- สามารถนำไปตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานเพื่อทำให้ผู้อื่นร่วมเรียนรู้ได้

การพัฒนาหัวข้อวิจัยและทำให้ปัญหาการวิจัยมีความชัดเจนนั้น มีขั้นตอนดังนี้

1. **เลือกประเด็นที่สนใจ** อาจจะใช้จินตนาการ และลองเขียนแผนผังความคิด ซึ่งอาจจะเป็นหัวข้อกว้างๆ (general idea) ที่ยังไม่ชัดเจน ไม่เป็นรูปธรรม โดยไม่ต้องวิพากษ์ วิจารณ์ใดๆ ในครั้งแรก พยายามให้ความคิดฟุ้งฟรุ หลั่งไหลออกมาก่อน หลังจากนั้นค่อยมาพิจารณาคัดเลือก โดยใช้หลักการดังนี้

- 1) ความสนใจของผู้วิจัย => แรงจูงใจที่จะทำ
- 2) ความแปลกใหม่ ไม่ซ้ำซ้อน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้/ต่อยอด
- 3) ปัญหาที่มีความสำคัญ/ประโยชน์ต่อพัฒนาทางด้านสุขภาพในหน่วยงาน ชุมชน สังคมและประเทศชาติ
- 4) เป็นคำถามที่สามารถหาคำตอบได้โดยใช้กระบวนการวิจัยได้
- 5) มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการทำวิจัย โดยคำนึงถึง
 - 5.1) ระยะเวลาที่ศึกษา และ กลุ่มเป้าหมาย
 - 5.2) อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ
 - 5.3) ความร่วมมือจากบุคคลอื่นและหน่วยงาน
 - 5.4) งบประมาณ แหล่งสนับสนุน
 - 5.5) จริยธรรม คุณธรรม และค่านิยม
 - 5.6) ประสบการณ์และความชำนาญของผู้วิจัย

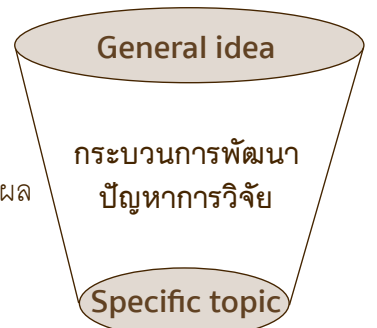
2. **ปรับหัวข้อที่กว้าง ให้แคบลง** เป็นหัวข้อที่เฉพาะเจาะจง (specific topic) เพื่อนำไปสู่ปัญหาที่ทำวิจัยได้ โดยการตั้งถามว่า 5 W (Why, Who, What, Where, When) และ 1 H (How) ดังนี้

- 1) ทำไม (Why) ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้
- 2) ใคร (Who) ที่มีปัญหาหรือเป็นกลุ่มที่ต้องการการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุง
- 3) อะไร (What) เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือมีอิทธิพล หรืออะไรผลที่ตามมา
- 4) ที่ไหน (Where) ควรวิจัยหรือศึกษาเรื่องนี้ที่ไหน
- 5) เมื่อไหร่ (When) ควรวิจัยหรือศึกษาเรื่องนี้เมื่อไหร่
- 6) อย่างไร (How) วิธีการดำเนินงานวิจัยเป็นอย่างไร

3. **ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับหัวข้อที่สนใจ** เพื่อให้ชัดเจนเกี่ยวกับความรู้ของหัวข้อนั้น เพื่อหาช่องว่างขององค์ความรู้ที่สนใจ และตั้งคำถามการวิจัยให้ชัดเจน

4. **เขียนปัญหาการวิจัยที่ชัดเจนรวมทั้งข้อมูลสนับสนุน** โดยการเริ่มเขียนปัญหาการวิจัย อาจเป็นเพียง 2-3 ประโยคก่อน แล้วจึงขยายความเป็น “ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา” ที่มีประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

- 1) ความสำคัญของปัญหา (significant of problem) ซึ่งต้องบ่งถึง ขนาดหรือความรุนแรงของปัญหา ระดับของปัญหา และผลกระทบต่อปัญหา



- 2) ความเป็นมาของปัญหาประกอบด้วย ภูมิหลัง (background) ของปัญหา เพื่อสามารถบอกได้ว่า ช่องว่างขององค์ความรู้ที่ระบุได้ว่า มีอะไรที่รู้แล้วและมีอะไรที่ยังไม่รู้ คำถามประเด็นที่สนใจวิจัยที่ต้องการหาคำตอบ นอกจากนี้ควรระบุแนวคิดหรือความรู้ใดที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับงานประจำ
- 3) สถานการณ์ของปัญหาในปัจจุบัน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ควรครอบคลุมถึง ปัจจุบัน มีการศึกษาหรือทำวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้เรื่องอะไร กับใคร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร แล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร ทำไมต้องวิจัยครั้งนี้ มีอะไรที่ต้องการปรับเปลี่ยน กับใคร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร
- 4) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ น่าจะระบุถึงความคาดหวังในการนำไปใช้พัฒนางานประจำ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการสุขภาพ

5. ประเมินปัญหาการวิจัย ตามหลักการกำหนดปัญหาการวิจัย เพื่อพิจารณาคัดเลือกประเด็นที่สนใจ ซึ่งอาจจะมีหลายประเด็น ให้เหลือประเด็นที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัย โดยใช้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

- 1) ความสนใจของผู้วิจัย น่าจะเป็นข้อพิจารณาอันดับแรก ทั้งนี้ หากเราทำในสิ่งที่สนใจก็มีแรงจูงใจที่จะมุ่งมั่นทำงานวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี
- 2) ความแปลกใหม่ ไม่ซ้ำซ้อน ที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่หรือต่อยอดองค์ความรู้เดิม
- 3) ความสำคัญ/ประโยชน์ของปัญหา ต่อพัฒนางานด้านสุขภาพในหน่วยงาน ชุมชน สังคมและประเทศชาติ
- 4) การใช้กระบวนการวิจัย ทั้งนี้ประเด็นที่วิจัยมีคำถามที่สามารถหาคำตอบได้โดยใช้กระบวนการวิจัยได้
- 5) ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการทำวิจัย โดยคำนึงถึง
 - 5.1) ระยะเวลาที่ศึกษา และ กลุ่มเป้าหมาย
 - 5.2) อุปกรณ์ เครื่องมือ และสิ่งสนับสนุนต่างๆ
 - 5.3) ความร่วมมือจากบุคคลอื่นและหน่วยงาน
 - 5.4) งบประมาณ แหล่งสนับสนุน
 - 5.5) จริยธรรม คุณธรรม และค่านิยม
 - 5.6) ประสิทธิภาพและความชำนาญของผู้วิจัย

ตัวอย่างงานวิจัยการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ที่มาจากงานประจำ

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการสอนและดูแลมารดาหลังคลอดมากกว่า 35 ปี พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องที่ทำหายในบทบาทของบุคลากรสุขภาพ ที่ต้องช่วยเหลือและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอด ได้เริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องและมั่นใจ เพื่อส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตามความต้องการและลดปัญหา/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้นมลูกด้วยนมแม่ที่อาจเกิดขึ้นตามมา จากการสังเกตขณะปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาบางรายก็สามารถให้นมแม่แก่ลูกได้อย่างง่ายดาย แต่บางรายกลับมีปัญหาหรืออุปสรรคมากมายจนเลิกล้มความตั้งใจในการให้นมแม่อย่างต่อเนื่องต่อไป

ดังนั้นจึงสนใจที่ทำงานวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงาน โดยมีหัวข้องานวิจัยที่ผู้เขียนได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มีดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานในเขตจังหวัดเชียงใหม่^๕
2. ผลการให้คำแนะนำและการติดตามเยี่ยมต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน^๕
3. การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากพยาบาลในสตรีที่ทำงานนอกบ้าน^๖

4. การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานประกอบการ^{7,8}
5. การศึกษาชุดสิทธิประโยชน์สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคเดือน⁹
6. ผลของเครื่องดื่มสมุนไพรกระตุ้นน้ำนมแม่ต่อการผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอด¹⁰

จากบทบาทที่ผู้เขียนเป็นอาจารย์พยาบาล พบว่า การสอนบรรยายเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นเรื่องที่ยากในการทำความเข้าใจ สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลมารดาที่ให้นมแม่มาก่อน ดังนั้นจึงสนใจในการทำวิจัย เรื่อง การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา” สำหรับนักศึกษาพยาบาล¹¹ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่อง “ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา” มีความน่าสนใจและเหมาะสมกับใช้สื่อผสมเพื่อเสริมการเรียนรู้ และจากลักษณะของรูปแบบเป็น CD ขนาดเล็กพกพาสะดวก สามารถใช้และเก็บรักษาได้ง่าย จึงทำให้นักศึกษาสามารถใช้เรียนรู้และ/หรือทบทวนด้วยตนเองตามความต้องการทุกเวลา ทุกสถานที่

นอกจากนี้ในการเตรียมปฐมนิเทศที่ต้องฝึกปฏิบัติหลักการ ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน (procedure) ในห้องปฏิบัติการจนก่อนไปฝึกปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการ ผู้เขียนพบว่า การสอนเกี่ยวกับการนวด การประคบ และการบีบน้ำนมแม่กับหุ่นจำลองเต้านมครั้งที่อยู่ในห้องปฏิบัติการนั้น ไม่สามารถแสดงถึงการบีบที่ให้เห็นมีน้ำนมออกได้จริง ดังนั้นจึงคิดพัฒนางานวิจัยเรื่อง การพัฒนาหุ่นจำลองเต้านม FON CMU เพื่อการสอนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา¹² โดยอาศัยหลักการและกลไกในเรื่อง กาลักน้ำ (syphon หรือ siphon) ซึ่งเป็นวิธีการถ่ายเทของเหลวจากที่สูงลงไปสู่ที่ต่ำอย่างต่อเนื่องโดยผ่านตัวกลางคือท่อ หลอด หรือสาย โดยที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าช่วยแต่อย่างใด ซึ่งผลการวิจัย ได้หุ่นจำลองเต้านม FON CMU ซึ่งทำด้วยซิลิโคน มีโครงสร้างเป็นพลาสติก ที่สามารถใช้อธิบายโครงสร้างและลักษณะทั้งภายนอกและภายในของเต้านมมารดาหลังคลอด รวมทั้งฝึกทักษะการเตรียมและให้การดูแลเต้านมมารดาหลังคลอด (การนวด การประคบ และการบีบน้ำนม) ได้ เมื่อนำมาทดลองใช้และประเมินคุณภาพ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพโดยรวม และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพในแต่ละคุณสมบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพหุ่นจำลองเต้านม FON CMU ที่พัฒนาขึ้นใหม่กับหุ่นจำลองเต้านมที่มีอยู่เดิม พบว่า หุ่นจำลองเต้านม FON CMU มีคะแนนคุณภาพดีกว่าหุ่นจำลองเต้านมครั้งตัว และหุ่นจำลองเต้านมที่ทำด้วยผ้า ปัจจุบันนี้หุ่นจำลองเต้านม FON CMU กำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการจดสิทธิบัตร โดยทั่วไปการยื่นขอสิทธิบัตรใช้เวลาในการดำเนินการและตรวจสอบว่ามีความซ้ำซ้อนนวัตกรรมที่มีผู้เสนอขอรับสิทธิบัตรไปแล้วทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ใช้เวลานานไม่ต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งผู้เขียนได้ยื่นงานนี้ไปยังกรมทรัพย์สินทางปัญญา (ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556) ซึ่งคาดว่าจะได้รับสิทธิบัตรในปีหน้า (พ.ศ. 2561)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้เขียนจะขอเพิ่มเติมรายละเอียด ตัวอย่างความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา โดยเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาหรืองานวิจัยไม่ทดลอง 1 เรื่อง และงานวิจัยเชิงทดลองอีก 1 เรื่อง เพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจ ดังที่นำเสนอต่อไปนี้

ตัวอย่างการเขียนความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาของงานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เรื่อง ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานในเขตจังหวัดเชียงใหม่

1. ความสำคัญ
 - 1) ขนาดของปัญหา: อุบัติการณ์การเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวยุคเดือน
 - 2) ผลกระทบของปัญหา: อัตราการเจ็บป่วยและการตายทารก
2. ความเป็นมา สถานการณ์ปัจจุบัน ประโยชน์
 - 1) มารดาต้องกลับเข้าทำงานนอกบ้านภายใน 3 เดือนหลังคลอด
 - 2) การทำงานของมารดาอาจเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

3. ช่องว่างขององค์ความรู้ที่ระบุได้ว่า มีอะไรที่รู้แล้วและมีอะไรที่ยังไม่รู้ ที่เป็นคำถามประเด็นที่สนใจวิจัย

- 3.1 สิ่งที่อยู่แล้ว จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับทำงาน ได้แก่
 - 1) มารดาขาดความมั่นใจในการผสมผสานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการทำงาน
 - 2) มารดาไม่รู้และขาดทักษะในการผสมผสานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการทำงาน
 - 3) มารดาขาดการสนับสนุนจากสามีและสมาชิกในครอบครัว
 - 4) มารดาขาดการสนับสนุนจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน
 - 5) สภาพการทำงานที่ไม่เอื้อ มีระยะเวลายาวนาน ไม่มีความยืดหยุ่น
 - 6) ที่ทำงานไกลจากบ้าน
- 3.2 สิ่งที่ยังไม่รู้ ที่เป็นคำถามประเด็นที่สนใจวิจัย เพื่อพิสูจน์ว่า ปัจจัยที่กล่าวในข้อ 3.2 ข้างต้นเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับทำงานหรือไม่อย่างไร

ตัวอย่างการเขียนความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาของงานวิจัยเชิงทดลองเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำและการติดตามเยี่ยมต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

1. ความสำคัญ

- 1) ขนาดของปัญหา: อุบัติการณ์/ อัตราการให้นมมารดาแก่บุตร
- 2) ผลกระทบของปัญหา: เจ็บป่วยของทารก การเจริญเติบโต & พัฒนาการ สัมพันธภาพ เพิ่มค่าใช้จ่าย

2. ความเป็นมา สถานการณ์ปัจจุบัน ประโยชน์

- 1) การทำงานนอกบ้านทำให้การให้นมมารดาแก่บุตรลดลง
- 2) สถานการณ์ปัญหาปัจจุบันนี้ มารดาที่ต้องไปทำงานนอกบ้าน ขาดความรู้
- 3) ความเข้าใจ ขาดความมั่นใจและขาดทักษะในการผสมผสานเลี้ยงด้วยนมมารดา
- 4) ขณะต้องกลับไปทำงาน เมื่อมีปัญหาขาดที่ปรึกษา แนะนำ และให้การช่วยเหลือ

3. ช่องว่างขององค์ความรู้ที่ระบุได้ว่า มีอะไรที่รู้แล้วและมีอะไรที่ยังไม่รู้ ที่เป็นคำถามประเด็นที่สนใจวิจัย

สิ่งที่รู้แล้ว การติดตามและการให้คำแนะนำที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ที่จะนำมาใช้ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง และ พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการให้คำแนะนำและการติดตามเยี่ยม เพื่อช่วยให้มารดาทราบและเข้าใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดความมั่นใจ และสามารถประยุกต์ใช้ถูกต้อง นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมน่าจะส่งผลต่อการปฏิบัติอย่างยั่งยืนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ยังไม่มีรู้ ที่เป็นคำถามประเด็นที่สนใจวิจัยเพื่อพิสูจน์ว่า การให้คำแนะนำและการติดตามเยี่ยมมีผลต่อการเพิ่มอัตราการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานนอกบ้านหรือไม่ อย่างไร

การเขียนวัตถุประสงค์ คำถาม และสมมุติฐานของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (research objective) : เป็นข้อความที่ระบุทิศทางของการแสวงหาความรู้และบอกภาพรวมของเป้าหมายที่ผู้วิจัยต้องการบรรลุ ซึ่งการเขียนวัตถุประสงค์ของการวิจัยต้องบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ผู้วิจัยจะดำเนินการกับตัวแปรที่เป็นสถานการณ์ที่จะศึกษา

- สสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาทำงานหลังคลอด
- เปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานแตกต่างกัน
- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานนอกบ้านกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด
- พัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาสำหรับสตรีที่ทำงานนอกบ้าน

คำถามการวิจัย (research question): เป็นคำถามที่ผู้วิจัยตั้ง => สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการวิจัยและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ลักษณะคำถามการวิจัย ต้องเฉพาะเจาะจง (specific) สั้น (short) ชัดเจน (clear) คม (sharp) ไม่มีอคติ (non-bias) สิ่งสำคัญต้องเป็นประโยคคำถาม มีการระบุตัวแปรและประชากรที่ศึกษา และสามารถทำวิจัยเพื่อตอบปัญหาได้ โดยผลที่ได้จากการวิจัยต้องเป็นประโยชน์

ตัวอย่างคำถามการวิจัย เช่น การทำงานนอกบ้านสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) ที่เป็นข้อความเขียนถึงผลการวิจัย ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รับ จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการตั้งสมมุติฐาน เป็นการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับสถานการณ์จริงที่สังเกต เป็นการขยายขอบความรู้ ซึ่งเป็นการอนุมานมาจากทฤษฎี ช่วยชี้ทิศทางของการทำวิจัยให้ชัดเจน สมมุติฐานการวิจัยอาจจะแบ่งได้หลายแบบดังนี้

1. การแบ่งตามความยากง่ายของสมมุติฐาน (simple and complex hypothesis)
 - สมมุติฐานอย่างง่าย (simple hypothesis) ที่ประกอบด้วย ตัวแปรต้น 1 ตัว และ ตัวแปรตาม 1 ตัว
 - สมมุติฐานที่ซับซ้อน (complex hypothesis) ที่ประกอบด้วย ตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว และ ตัวแปรตามมากกว่า 1 ตัว
2. การแบ่งตามทิศทางของสมมุติฐาน (directional and non-directional hypothesis)
 - การระบุทิศทางของสมมุติฐาน (Directional hypothesis) เช่น ความสัมพันธ์ทางบวก/ ทางลบ
 - การไม่ระบุทิศทางของสมมุติฐาน (Non-directional hypothesis) เช่น ปัจจัยต้นและปัจจัยตามมีความสัมพันธ์กัน
3. Research กับ Statistical (Null) hypothesis
 - Research hypothesis
 - Statistical (Null) hypothesis เพื่อทดสอบหรือวิเคราะห์ทางสถิติ

ลักษณะสมมุติฐานที่ดี ควรสะท้อนให้เห็นปัญหาการวิจัยที่ดี สามารถทดสอบได้ ควรเขียนในลักษณะประโยคบอกเล่า ที่กระชับ ใช้ภาษาเข้าใจง่าย ต้องสอดคล้องกับกรอบแนวคิด ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และระบุกลุ่มประชากรที่ศึกษา ตัวอย่างเช่น การทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด

การกำหนดตัวแปรในการวิจัย การกำหนดตัวแปรที่ดีจะนำไปสู่การสร้างเครื่องมือวัด และวิธีการวัดตัวแปรนั้นๆ อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งตัวแปรในการวิจัย เป็นคุณสมบัติหรือคุณลักษณะของบุคคลหรือสถานการณ์หรือโมโนทัศน์ ที่ต้องการศึกษาที่แปรค่าได้ ตัวอย่างเช่น

- บุคคล เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นต้น
- สถานการณ์ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลสุขภาพชุมชน เป็นต้น
- โมโนทัศน์ เช่น ความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล เป็นต้น

ชนิดของตัวแปร แบ่งได้หลายวิธีดังนี้

1. การแบ่งตามลักษณะของค่าที่วัดได้

- 1) Categorical variable เช่น เพศ อาชีพ ศาสนา เป็นต้น
- 2) Discrete variable เช่น ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร เป็นต้น
- 3) Continuous variable เช่น อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เป็นต้น

2. การแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- 1) Independent variable (ตัวแปรอิสระ ตัวแปรต้น) เช่น การทำงานนอกบ้าน เป็นต้น
- 2) Dependent variable (ตัวแปรไม่อิสระ ตัวแปรตาม) เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

3) Extraneous variable (ตัวแปรแทรก) เช่น ความเจ็บป่วยของมารดาและทารก ผู้ดูแลทารก การทำงานของมารดา เป็นต้น

3. การแบ่งตามคุณลักษณะ

- 1) Attribute variable คุณลักษณะที่เห็นชัดอยู่แล้ว เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นต้น
- 2) Abstract variable คุณลักษณะที่เป็นรูปธรรมที่ถูกกำหนดขึ้น เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

คำจำกัดความตัวแปร การให้คำจำกัดความตัวแปร โดยทั่วไปมีสองลักษณะดังนี้

1. คำจำกัดความเชิงทฤษฎี (Conceptual definition): คำอธิบายตัวแปร/ มโนทัศน์ตามความหมาย ที่กล่าวไว้ในทฤษฎี หรือกรอบแนวคิด ตัวอย่างเช่น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การที่มารดาให้นมมารดาเป็นสารอาหารแก่บุตร ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำ และส่งเสริมการให้น้ำนมแม่ และเน้นว่าทารกควรได้รับน้ำนมอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน โดยให้ภายในชั่วโมงแรกที่ทารกเกิด และโดยไม่ต้องให้น้ำนมอื่นใด หลังจากนั้นให้นมแม่ต่อไปร่วมกับอาหารอื่น ประมาณ 1-2 ปี

2. คำจำกัดความในการวิจัย (Research definition): คำอธิบายตัวแปร/ มโนทัศน์ ที่สามารถสังเกตหรือวัดได้อย่างไรในสถานการณ์ที่จะทำการวิจัย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการศึกษานี้ หมายถึง การที่มารดานำเอานมแม่ให้บุตรโดยไม่จำกัดวิธีว่าเป็นการให้จากเต้านม หรือบีบน้ำนมมารดาเก็บไว้ป้อนให้บุตร ทั้งนี้อาจจะเป็นการให้นมแม่ร่วมกับการให้นมอื่นบางครั้ง แต่ต้องมีการให้นมแม่เป็นหลัก การให้นมอื่นต้องไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน

ตัวอย่างการเขียนวัตถุประสงค์ คำถาม สมมุติฐานของการวิจัย และคำจำกัดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างการเขียนวัตถุประสงค์ คำถาม และสมมุติฐานของการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานนอกบ้านกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด มีดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานนอกบ้านกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด

คำถามการวิจัย

การทำงานนอกบ้านสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดหรือไม่ อย่างไร

สมมุติฐาน

การทำงานนอกบ้านมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด

คำจำกัดที่ใช้ในการวิจัย

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง การปฏิบัติการให้นมแม่ (รวมทั้งการให้นมแม่อย่างเดียวหรือให้นมผสมร่วมด้วย) ในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งประเมินโดยการสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป็นระยะที่มารดาควรได้รับนมแม่ที่อย่างเดียว

unส่งท้าย

โดยสรุปแล้วงานวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยที่น่าท้าทายและไม่น่ายากจนเกินไป หากนักวิจัยและบุคลากรสุขภาพทุกท่านที่มีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานประจำเพื่อแก้ไขปัญหาในการทำงาน ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลทั้งตัวผู้วิจัย องค์กร หรือหน่วยงาน ผู้รับบริการ และสังคมในวงกว้างต่อไป ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นงานวิจัยที่พัฒนามาจากงานประจำสู่งานวิชาการรับใช้สังคม ที่ตอบสนองตามนโยบาย Thailand 4.0 ของรัฐบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Dennis, C. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 12-32.
2. McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 407-427.
3. คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2550). ประกาศ กพอ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : สำนักคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
4. สุสันหา ยิ้มแย้ม. (2545). ปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานในเขตจังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
5. สุสันหา ยิ้มแย้ม, อภิรัช สกฤณีญา, มาลี เอื้ออำนวย, สุพิน ชัยรัตนวิวงศ์, และจรงค์ ชลา นันท์. (2548). ผลการติดตามเยี่ยมและการให้คำแนะนำต่อการปฏิบัติการให้นมมารดาแก่บุตรในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *พยาบาลสาร*, 32 (2), 61-79.
6. สุสันหา ยิ้มแย้ม, และพิกุล ทรัพย์พันแสน (2559). การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากพยาบาลในสตรีที่ทำงานนอกบ้าน. รายงานวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. สุสันหา ยิ้มแย้ม, พิกุล ทรัพย์พันแสน, และศรีเวียง ชุ่มปิ่น. (2555). การพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานประกอบการ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27 (2): 122-132.
8. Yimyam, S. (2004). Multiple Triangulation: A study on breastfeeding experience. *Thai Journal of Nursing Research*, 8 (4), 294-308.
9. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. 2557. การศึกษาชุดสิทธิประโยชน์สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานเดือน. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.
10. สุสันหา ยิ้มแย้ม, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, ศิริพร ศรีสวัสดิ์, พิกุล ทรัพย์พันแสน และทอง เจริญ มูลชีพ. (2559). ผลของเครื่องตีผสมนมไฟกระตุ้นน้ำนมแม่ต่อการผลิตน้ำนมในมารดาหลังคลอด. รายงานวิจัย. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. สุสันหา ยิ้มแย้ม, จันทรัตน์ เจริญสันติ และ โสภา กรรณสุด. (2557). การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ มัลติมีเดีย เรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. *พยาบาลสาร*, 41 (4): 70-82.
12. สุสันหา ยิ้มแย้ม และ โสภา กรรณสุด. (2556). การพัฒนาหุ่นจำลองเต้านม FON CMU เพื่อการสอนการเลี้ยงบุตร ด้วยนมมารดา (Developing a FON CMU Breast Model as a Teaching Aid for Breastfeeding) *พยาบาลสาร*, 40 (4): 58-68.

Workshop 2: From Hospital to Community

การขับเคลื่อนนมแม่สู่ชุมชน เพื่อความยั่งยืน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

พว.วาสนา จามการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

เป้าหมายของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การส่งเสริมให้เด็กได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน ไม่ให้อาหารอื่นใดเสริมแม่แต่น้ำ และให้นมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง 2 -3 ปี หรือนานกว่านั้น การที่จะส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จึงเป็นเรื่องที่ต้องวางแผนในการบริหารจัดการงานที่ดี ซึ่งโรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการดำเนินงานเพื่อประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยแบ่งเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลและกลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย และชมรมนมแม่ให้มีความเข้มแข็งให้มามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือแม่ให้ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล

การดำเนินงานในโรงพยาบาลมีความสำคัญ ต้องดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้รับผิดชอบงานในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแต่ละโรงพยาบาล ต้องทำความเข้าใจในแต่ละประเด็นของบันได 10 ขั้น ซึ่งมีความหมาย และมีความสำคัญ หากได้เข้าใจและยึดถือปฏิบัติตามแนวทาง จะทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้นดังนี้

1. มีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ ได้ทำให้นโยบายเป็นจริง และมีการนิเทศ กำกับ ตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง ได้แต่งตั้งคณะกรรมการนมแม่ของโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่นำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ วางแผนงานการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปกป้องให้ทารกได้รับนมแม่อย่างน้อย 2-3 ปี บุคลากรเป็นแบบอย่างในการดำเนินงาน ไม่รับบริจาคนมผสม หรือซื้อในราคาถูก ไม่ส่งเสริมให้บริษัทนมมาโฆษณาผสมในโรงพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ทำข้อตกลงในสัญญาที่ร้านค้าต่างๆ ที่เข้ามาขายสินค้าในโรงพยาบาลไม่ขายสินค้าที่เกี่ยวข้องกับอาหารทารกและเด็กเล็ก นมผง ขวดนม และหัวนมเทียมต่างๆ มีการตรวจสอบภายใน โดยคณะกรรมการ 5 ส. ตรวจสอบทุก 3 เดือน กรณีพบเอกสาร หรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบริษัทนม ดำเนินการแจ้งให้หัวหน้าหน่วยงานแก้ไขทันที และในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุขควรเป็นแบบอย่างที่ดี

2. ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จัดอบรมให้ความรู้เรื่องนมแม่แก่บุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในสาขาสูติกรรมและกุมารเวชกรรมได้รับความรู้เรื่องนมแม่ครบ 20 ชั่วโมง และ จัดอบรมทุกปี นำความรู้ใหม่ๆ หรือปัญหาที่พบเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือแม่ที่ทันสมัยอยู่เสมอ การส่งตัวแทนเข้ามาประชุมวิชาการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเวทีระดับชาติ และนำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่



แก่บุคลากรในโรงพยาบาล การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือนวัตกรรมต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มาเผยแพร่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน เช่น การกวดินน้ำนมแม่ นวัตกรรมสปาเต้านม การพัฒนาการนวดเต้านม ในการช่วยเหลือมารดา ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หน่วยงานฝากครรภ์ถือว่ามีความสำคัญ เพื่อให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากบุคลากรมีทักษะในการให้ความรู้และโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อการเตรียมตัว ทำให้ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ให้ความรู้เรื่องนมแม่ผ่านทางสื่อวิทยุท้องถิ่น สื่อ

เคเบิลทีวีในพื้นที่ เลือกประเด็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่โดนใจ เพื่อให้ครอบครัวเห็นความสำคัญว่า “การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่ทางเลือก” แต่เป็นสิ่งสำคัญที่ทารกควรได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน และควรให้นมแม่ต่อเนื่องตราบนานเท่านาน

4. ช่วยให้แม่เริ่มให้ลูกดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด หากบุคลากรเข้าใจและให้ความสำคัญของนมแม่ และช่วยให้ทารกได้ดูดนมแม่โดยเร็วทันทีหลังคลอด ในทารกที่คลอดทางช่องคลอด หากทารกปกติพยาบาลจะนำทารกมาดูดนมแม่ทันทีหลังคลอด ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดให้รับนำทารกมาคืนมารดาทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังมารดาตอบสนองลูกได้ และคอยช่วยเหลือมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะที่ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้

5. สอนให้มารดาวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และวิธีทำให้น้ำนมคงมีปริมาณเพียงพอ แม้ว่ามารดาและทารกแยกจากกัน บทบาทนี้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลหลังคลอด ควรมีการประเมินทั้งมารดาและทารก เพื่อวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เหมาะสมกับบริบทของมารดาแต่ละราย ประเมินทารก เพราะบางรายมีปัญหาลิ้นติด นอกจากนี้กรณีมารดาและทารกต้องแยกจากกันเพราะความเจ็บป่วย เรื่องความสำคัญของนมแม่ต่อทารกที่เจ็บป่วย วิธีเก็บคลังนมแม่ โดยบีบน้ำนมส่งทารกทุก 2-3 ชั่วโมง และสิ่งสำคัญคือมารดาที่มีความมั่นใจ สามารถให้นมแม่ได้ถูกวิธีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. อย่านำน้ำหรืออาหารอื่นแก่ทารกนอกจากนมแม่ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยการให้หลัก 3 จุด การช่วยให้ทารกดูดเร็วภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด ดูดบ่อยตามต้องการ ช่วยมารดาให้น้ำนมเพียงพอ แม่มีความมั่นใจก่อนออกจากโรงพยาบาล

7. ให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ทางโรงพยาบาลได้ดำเนินการให้มารดาหลังผ่าตัดและทารกอยู่ด้วยกันทันทีหลังผ่าตัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน มีการพัฒนางานการดูแลทารกตัวเหลืองด้วยเครื่องส่องไฟที่หอผู้ป่วยหลังคลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยกุมารแพทย์กำหนดแนวทางการดูแลทารกตัวเหลืองให้เป็นแนวทางเดียวกัน พัฒนาความรู้และทักษะ ให้พยาบาลหลังคลอดมีทักษะในการประเมินและดูแลทารกตัวเหลือง กรณี พบทารกตัวเหลือง ดูแลรักษาด้วยเครื่องส่องไฟ (Photo therapy) ที่หอหลังคลอด กรณีทารกต้องย้ายไปหอกุมารเวชกรรมเพื่อรักษาด้วยเครื่อง Double Photo มีเตียงให้มารดาไปนอนเฝ้าทารกเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ กรณีที่แม่หรือลูกมีปัญหาหรือรับส่ง จากโรงพยาบาลต่างๆ ในเครือข่าย ให้ส่งทารกและมารดามาพร้อมกัน เพื่อให้อยู่ด้วยกันและได้รับนมแม่ต่อเนื่อง

8. สนับสนุนให้ลูกดูดนมแม่ทุกครั้งที่ต้องการ โดยให้ความรู้แก่มารดาให้เข้าใจหลักการดังกล่าว โรงพยาบาลได้จัดทำแผนการสอนให้ความรู้เรื่องนมแม่ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญข้อนี้ และประเมินความเข้าใจของมารดาและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

9. อย่าให้ทารกดูดหัวนมหลอกหรือหัวนมปลอม เพราะจะทำให้ทารกสับสน เนื่องจากกลไกการดูดนมแม่และดูดนมจากขวดนมต่างกัน ทารกที่จำเป็นต้องได้นมเสริม ทางโรงพยาบาล มีนโยบายใช้ Lact-Aid nursing ในการให้นมเสริมแก่ทารก นโยบายข้อนี้หากขาดการควบคุมกำกับที่ดี จะมีการให้นมผงเสริมโดยทาง Lactaid nursing คลินิกนมแม่โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีการช่วยเหลือโดยการนัดกระตุ้นลานนม การประคบร้อนแบบสปา การทบทวนการให้นมแม่ที่ถูกรื้อ เพื่อให้มารดามีน้ำนมมาเพียงพอก่อนจำหน่ายกรณี มารดาไม่มั่นใจ หรือน้ำนมยังมีมาน้อย ทางโรงพยาบาลจะไม่จำหน่ายมารดาและทารกจนกว่าจะแก้ปัญหาสำเร็จ

มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีแนวทางส่งต่อให้มารดาไปรับบริการที่คลินิกนมแม่ และนัดติดตามดูแลทักษะและความมั่นใจของมารดาอย่างต่อเนื่อง

10. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งต่อแม่ไปรู้จักกับกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก คลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้วางระบบติดตามร่วมกับกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชน หรือแม่อาสากลุ่มนมแม่ดังนี้

กลยุทธ์ในการสร้างส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากคลินิกนมแม่สู่ชุมชนดังนี้

1.การพัฒนาศักยภาพของคลินิกนมแม่ให้สามารถช่วยเหลือมารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ เพื่อนำวิชาการความรู้ใหม่ๆ นำมาพัฒนางาน มีการคิดนวัตกรรมใหม่มาใช้ในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด เช่น นวัตกรรมสปานมแม่ การพัฒนาการนวดเต้านม มาใช้ในการช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน และการพัฒนาการกูดินน้ำนมแม่ ด้วยการสปาและนวดเต้านม สามารถลดระยะเวลาการกูดินน้ำนมแม่ ลดความทุกข์ยากของมารดา ทารก และครอบครัว

2.การดำเนินงานคลินิกนมแม่เชิงรุก โรงพยาบาลพระปกเกล้ามีพื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล ตำบลลาดและตำบลวัดใหม่ นัดติดตามมารดาหลังคลอดที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ที่รับผิดชอบมาประเมินเรื่องความรู้และทักษะเรื่องนมแม่หลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์ ในกลุ่มเสี่ยงนัดติดตามมาที่คลินิกนมแม่ภายใน 7 วัน ประสานงานกับหอผู้ป่วยหลังคลอด 5 หน่วยงานให้เข้าใจแนวทางปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่วนมารดาที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ส่งต่อมารดาให้สถานบริการสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง โดยบันทึกในใบส่งต่อเยี่ยมบ้านใช้สำหรับการติดตามเยี่ยมบ้านมารดาและทารก (ใบม.ด.1) และติดตามประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ละพื้นที่ ปัญหาที่พบ เพื่อนำมาพัฒนาระบบวางแผนจำหน่ายในโรงพยาบาลต่อไป

3.การส่งต่อข้อมูลมารดาและทารกให้กับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านมารดาและทารกภายใน 14 วันหลังคลอด และเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเพื่อติดตามเรื่องนมแม่และอนามัยมารดาและทารก กรณีพบปัญหาที่ยากต่อการแก้ไขรีบส่งต่อคลินิกนมแม่ในพื้นที่หรือคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

4. การสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.1 แนวทางในการก่อตั้งกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชน

4.1.1 พยาบาลอาสาช่วยแม่ในชุมชนเป็นเรื่องยากที่จะให้ประชาชนทำ เราต้องอาสาทำให้ประชาชนเห็นก่อน พยาบาลที่เป็นแกนนำการส่งเสริมนมแม่ของโรงพยาบาล (มิสนมแม่) ทำหน้าที่เป็นพยาบาลอาสาช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหามแม่ในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากแม่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถให้นมแม่ได้ ถือเป็นภาวะวิกฤติ ที่ต้องรีบช่วยเหลือโดยการเปิดให้บริการสายด่วนนมแม่ 0898314673 ไลน์ 0922486697 face book วาสนา งามการ นมแม่ e mail: nommae_kaitaksin@hotmail.com และเบอร์คลินิกนมแม่ 039319666 ต่อ 3458 การให้บริการจะช่วยลดปัญหาได้ก่อนยากต่อการแก้ไข มีภาพและวิดีโอประกอบ ช่วยให้เกิดความเข้าใจดีกว่าการให้คำแนะนำผ่านทางโทรศัพท์อย่างเดียว แต่การส่งต้องระวังเรื่องการเปิดเผยความลับ และสิทธิ

นอกจากนี้ เมื่อพบว่าแม่มีปัญหาซับซ้อนต้องรีบช่วยเหลือ นัดให้บริการในช่วง มารดาที่ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมอักเสบไม่สามารถระบายนมออกมาได้ การที่พยาบาลอาสาแม่สามารถเปิดช่องทางช่วยเหลือจะสามารถให้ทารกได้รับนมแม่ต่อเนื่อง แม้ว่า เป็นเรื่องยากเนื่องจากต้องรับภาระครอบครัวของตนเองในช่วงนอกเวลางาน แต่สามารถประเมินความรีบด่วน ในการช่วยเหลือในแต่ละราย เท่าที่สามารถดำเนินการได้

กรณีที่พบมารดาไม่มั่นใจ แต่รีบกลับบ้านเพราะ มีข้อจำกัด นัดติดตามช่วยเหลือจนสำเร็จและประสานข้อมูลกับพื้นที่ให้ติดตามดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลพระปกเกล้า มีพยาบาลที่รับผิดชอบเรื่องนมแม่ประจำหน่วยงานได้รวมตัวกันเป็นพยาบาลอาสาช่วยเหลือมารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บางรายให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และให้บริการช่วยเหลือที่บ้าน

4.1.2 การสร้างกลุ่มสนับสนุนแม่จากมารดาที่ประสบความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลคลินิกนมแม่ มีโอกาสได้ให้บริการช่วยเหลือให้มารดากลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ ทำให้เกิดความศรัทธาในการทำงาน ได้ชักชวนให้มารดา มาร่วมมือกันเป็นกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชนช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในพื้นที่ต่อไป เช่น ผู้บริหารโรงแรมเคพีแกรนด์ ที่มีปัญหาน้ำนมแห้ง เพราะลูกได้รับนมขวดตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล หลังจากกูดินนมแม่สำเร็จ ได้ก่อตั้งชมรมนมแม่โรงแรมเคพีแกรนด์ เป็นต้น



คุณอรุณี ศิริวิจิตรกุล ผู้ก่อตั้งชมรมนมแม่ในพื้นที่โรงแรมเคพีแกรนด์

4.1.3 การสร้างกลุ่มสนับสนุนแม่จากญาติ พี่น้อง เพื่อนๆ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวคลอดบุตร ใช้โอกาสความใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือ ติดตามให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และชักชวนให้เข้ามารวมตัวกันเป็นกลุ่มสนับสนุนแม่ต่อไป ครอบครัวของ พยาบาลนมแม่เป็นทหารเรือในพื้นที่กองพันทหารราบที่ 2 ค่ายตากสิน ให้การสนับสนุนช่วยเหลือมารดาในพื้นที่ค่ายตากสินให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จและรวมตัวเป็นชมรมนมแม่ในพื้นที่ค่ายตากสิน ก่อตั้งสำเร็จครั้งแรกในปี 2546

4.1.4 การขยายเครือข่ายกลุ่มสนับสนุนแม่โดยขอความร่วมมือกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยออกดำเนินการเชิงรุกให้ข้อมูลแก่ผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ประชาชนในพื้นที่อำเภอเมือง จ.จันทบุรีทำให้เกิดเครือข่ายกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชนเพิ่มขึ้น

จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้เกิดเครือข่ายกลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชนในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 15 ชมรม ได้แก่ ชมรมนมแม่พื้นที่กองพันทหารราบที่ 2 ค่ายตากสิน พื้นที่เทศบาลตำบลเกาะขวาง สตรีอาสาพัฒนานมแม่ เทศบาลเมืองเทศบาลเมืองท่าช้าง อ.บ.ต.ท่าช้าง เทศบาลคลองนารายณ์ เทศบาลหนองบัว ตำบลพลีวัง โรงแรมเคพีแกรนด์ ห้างโรบินสัน พื้นที่ค่ายเนินวง ยุวทูตนมแม่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า ยุวทูตนมแม่โรงเรียนศรียานุสรณ์ (ชั้นมัธยมที่เรียนสายวิทย์สาธารณสุข) และชมรมนมแม่ในบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า

5. กลยุทธ์ในการสร้างความเข้มแข็งให้กับชมรมนมแม่ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเรื่องนมแม่และอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่มีดังนี้

- 5.1. การให้ความรู้เรื่องนมแม่และการดูแลอนามัยมารดาและทารกอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยนำความรู้ที่จำเป็น เรื่องที่เป็นปัญหาจากการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา มาจัดอบรมให้ความรู้แก่ชมรมนมแม่ โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้จัดทำแผนของงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนาชมรมอย่างต่อเนื่อง
- 5.2. การฝึกทักษะพื้นฐาน ทักษะในการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้ชมรมนมแม่สามารถนำไปช่วยเหลือมารดาในพื้นที่ได้ โดยประสานกับผู้ดูแลหรือแกนนำชมรมนมแม่ในพื้นที่จัดเวลาแบ่งกลุ่มขึ้นมาปฏิบัติงานช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าที่คลินิกนมแม่ ซึ่งมีกิจกรรมต่อเนื่องทุกปี ทำให้ชมรมนมแม่มีประสบการณ์เพิ่มขึ้นสามารถช่วยเหลือมารดาที่มีปัญหานมแม่เบื้องต้นได้ จากการดำเนินงานฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องชมรมนมแม่สามารถทบทวนทักษะที่จำเป็นเช่นท่าอุ้ม การอมที่ถูกต้อง การตรวจและแก้ไขหัวนมลานนม แกนนำชมรมนมแม่บางพื้นที่สามารถแก้ไขปัญหานมแม่ที่มีปัญหามดัด น้ำนมน้อยลง โดยการประคบร้อนแบบสปา ร่วมด้วย
- 5.3. การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับชมรม มีการพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุก 1-3 เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการทำงาน การพาไปศึกษาดูงานนอกพื้นที่ การจัดกิจกรรมนำเสนอผลงานประจำปี การชื่นชมผลสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมฯ นอกจากนี้ จะเพิ่มประสบการณ์ในการทำงาน ยังเป็นการเพิ่มกำลังใจในการทำงานให้กับชมรมอีกด้วย
- 5.4. การลงพื้นที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการทำงานในชุมชน โดยพยาบาลคลินิกนมแม่ ทำให้ชมรมเกิดความมั่นใจและสามารถทำได้ในครั้งต่อไป เป็นการจัดการความรู้ที่ได้ผลดี
- 5.5. การผลักดันให้ผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานของชมรม เพื่อให้เกิดความยั่งยืน พยาบาลคลินิกนมแม่ได้ดำเนินการเข้าพบผู้บริหารของโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล และนายกเทศมนตรีของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมอย่างต่อเนื่อง จนกำหนดเป็นงบประมาณในการสนับสนุนประจำปีอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชมรมมีงบประมาณในการดำเนินงาน ติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เช่นการเยี่ยมรณรงค์หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็ว เยี่ยมบ้านหลังคลอดทุกเดือน การจัดกิจกรรมเชิดชูเกียรติมารดาที่ให้นมแม่สำเร็จ 6 เดือน รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาเด็ก เป็นต้น

5.6. การประชาสัมพันธ์การทำงานของชมรมผ่านสื่อทีวีท้องถิ่น เพื่อเป็นการชื่นชมให้คนดี ได้มีกำลังใจในการทำงานต่อไป เพราะการทำงานช่วยเหลือเรื่องนมแม่ เป็นงานที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ชมรมนมแม่ เราไม่สามารถใช้เงินซื้อเวลาให้เขาเข้ามาทำงานได้ แต่การให้การยอมรับและการให้สังคมในพื้นที่รับทราบเกี่ยวกับการทำงานของชมรมนับว่ามีความสำคัญ ทำให้ชมรมนมแม่ในพื้นที่ยังมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5.7. การดูแลสวัสดิการ ขวัญกำลังใจ ชมรมนมแม่คือบุคลากรที่มีความสำคัญควรร่วมมือกับผู้บริหารแต่ละพื้นที่ การเยี่ยมเมื่อครอบครัวชมรมเจ็บป่วย ร่วมงานสำคัญ เป็นการสร้างสายใยการทำงานระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลและชมรมนมแม่ในพื้นที่

กลุ่มสนับสนุนแม่ในชุมชน หรือแม่อาสากลุ่มนมแม่ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า เกิดขึ้นครั้งแรก ตุลาคม 2546 ในพื้นที่กองพันทหารราบที่ 2 ค่ายตากสิน และขยายเครือข่ายมากถึง 15 ชมรม จากการดำเนินงานในการพัฒนาชมรมนมแม่อย่างต่อเนื่อง วันนี้โรงพยาบาลพระปกเกล้า เห็นผลลัพธ์ชัดเจนว่า การสร้างความเข้มแข็งให้กับชมรมนมแม่ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาเรื่องนมแม่และอนามัยมารดาและทารกนั้นเกิดขึ้นได้จริง การดูแลอนามัยมารดาและทารก การติดตามเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอดมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลให้มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย รณรงค์ให้ได้รับนมแม่อย่างน้อย 2 ปี มีการส่งต่อประสานข้อมูลการดูแลมารดาหลังคลอดระหว่างคลินิกนมแม่กับชมรมนมแม่ในเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือมารดาในพื้นที่ที่รับผิดชอบเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เป็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบครบวงจรในจังหวัดจันทบุรี

6. การประสานงานผลักดันเชิงนโยบาย

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน สรุปรายงานให้กับผู้บริหารในโรงพยาบาลและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง โดยร่วมเป็นคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดจันทบุรี และผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ โดยให้ผู้อำนวยการทุก รพ.สต. 14 แห่ง เป็นคณะกรรมการ ผู้แทนจากสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการ รวมทั้งตัวแทนจากชมรมนมแม่เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ มีการประชุมติดตามงานทุก 3 เดือน โดยนำปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน มาร่วมกันจัดทำแผนพัฒนางานที่เป็นปัญหาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัญหางานอนามัยในพื้นที่ต่อไป

จากปัญหาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย ที่ยังพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อย่างต่ำว่าเป้าหมาย การที่จะให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ต้องเริ่มจากการให้ความรู้แก่มารดาและครอบครัว ให้เห็นความสำคัญว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่ทางเลือก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล ต้องยึดหลักบันได 10 ขั้น และควบคุม กำกับให้นโยบายที่ประกาศเป็นจริง ตลอดจนการพัฒนาคลินิกนมแม่ให้มีศักยภาพ ให้สามารถช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาได้สำเร็จ และใช้กลยุทธ์สร้างความเข้มแข็งให้กับชมรมนมแม่ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาเรื่องนมแม่และอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นแต่ละพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายให้มีความรู้และทักษะในการช่วยเหลือแม่ ร่วมกับการติดตามข้อมูลปัญหาและพัฒนาาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง หากทุกพื้นที่ได้นำแนวทางดังกล่าวไปขยายผล การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยคงประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้น

Workshop 3: From KMC to safe Baby wearing

ประสบการณ์ตรงคุณแม่ : การใช้เป้อุ้มลูก



นาง พิณภัทร์ รุจิเกียรติขจร

(คุณแม่แพท)

ว่าด้วยการใช้เป้อุ้มลูก มีประโยชน์กับคุณแม่อย่างดิฉันมากๆ เลยค่ะ สามารถใช้ในชีวิตประจำวัน ในการทำกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งดิฉันนั้นมองว่าจำเป็นอย่างมาก

เมื่อลูกเริ่มคลอດออกมา ดิฉันอุ้มลูกทุกวัน นั่งให้นมเป็นเวลานานๆ เริ่มรู้สึกปวดแขนมาก พอเริ่มโดนน้ำหนักก็เริ่มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เวลาอุ้มออกไปไหนมาไหน รู้สึกปวดแขนเป็นอย่างมาก บางครั้งต้องออกไปทำธุระตามที่ต่างๆ กลัวว่าจะไม่ปลอดภัยต่อลูกน้อย ดิฉันจึงอยากได้เป้สะพายเด็ก จึงบอกกับสามีว่าเราควรมีเป้ไว้อุ้มลูกเพื่อความสะดวกและความปลอดภัยในการไปไหนมาไหนนะ เมื่อซื้อมาก็ตกใจกับราคาค่อนข้างแพง แต่คุ้มค่ามากๆ

ดิฉันเริ่มใช้เป้ครั้งแรก เมื่อน้องโนเบลอายุ 2 เดือน เป้ชิ้นนี้สามารถตอบโจทย์ได้ดี มีที่บล็อคอคอ ห่อตัว มีที่คลุมกันแดด ซึ่งปลอดภัยในการถูกกระแทกได้ค่ะ และตอนที่ฉันได้ลองสะพายลูกกับเป้ครั้งแรก ก็รู้สึกได้ทันทีว่าลูกตัวเบามาก คนขายบอกว่าเป้ชิ้นนี้ ได้ถูกออกแบบมารองรับน้ำหนักตัวของลูก น้ำหนักได้ถูกกระจายไปยังส่วนอื่นๆ จึงทำให้ไม่รู้สึกรหนัก และทำให้มือสองข้างของฉันเป็นอิสระ สามารถออกไปเดินช้อปปิ้ง ถือของขึ้นรถไฟฟ้า ไปไหนมาไหนกับลูกได้อย่างสบายใจ จากนั้นก็เริ่มพาลูกออกไปในทุกๆ ที่ ที่ดิฉันอยากจะไป มันทำให้ดิฉันมีความสุขกับลูกได้มากขึ้น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการใช้เป้เลย ลูกสามารถดูนมในขณะที่อยู่ในเป้ได้ ดิฉันมีความภูมิใจเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันโนเบลอายุ 2 ขวบแล้วค่ะ นมแม่ล้วน ทุกที่ทุกเวลา ไม่อแง คุณนมเสร็จก็หลับอยู่บนตัวแม่ตลอด เลี้ยงง่ายมากๆ ลูกได้รับความอบอุ่นอยู่ในอ้อมอกของแม่ ได้สัมผัสอยู่ตลอดเวลาเป็นการฝึกประสาทสัมผัสในการจับบีบ มองหน้า พูดคุย สบตา สื่อสารกันอย่างมีความสุข ส่งผลทำให้เด็กอารมณ์ดี ยิ้ม หัวเราะไปพร้อมกับคุณแม่

ดิฉันเริ่มพาลูกออกไปเที่ยว สัมผัสกับธรรมชาติ เช่น การเดินป่า ชมน้ำตก ไปกางเต็นท์นอนบนเขาตามดอยต่างๆ ดูทะเลหมอก ไปทะเล แม้การเดินทางในห้างสรรพสินค้าสะพายลูกไป ไม่ต้องกลัวลูกหาย เดินไปทำของเสียหาย หรือ ตกบันไดเลื่อน

ฉันพาลูกไปทำงานด้วยกัน น้องโนเบลไปขายทุเรียนกับคุณแม่ตั้งแต่ 2 เดือน ช่วยคุณแม่ทำงาน ดิฉันจัดที่ให้ลูกนอนในใต้แผงทุเรียน โดยมีแผ่นรองคลาน เปิดพัดลมแอร์ ในนั้นมีของเล่น สมุดนิทาน และรูปภาพคำศัพท์ต่างๆ สอนลูก เล่นกับลูกในบางช่วง เมื่อเล่นเสร็จลูกขอคุณแม่ และนอนหลับในตอนกลางวัน เรามีเวลาอยู่ด้วยกัน

ดิฉันสามารถช่วยงานสามีได้ ทำงานไปเลี้ยงไป เหนื่อยหน่อย แต่สนุกและมีความสุขค่ะ บางวันแดดร้อน ฝนตก เราก็กู้กันทำ เพราะ

ลูก คือ กำลังใจที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัวค่ะ

อยากเป็นกำลังใจให้กับคุณแม่ทุกๆ ท่านค่ะ ให้ต่อสู้ อดทนกับอุปสรรค ปัญหาต่างๆ ดูแลและใส่ใจลูกน้อยให้ได้รับความรักความอบอุ่นอยู่เสมอ เพื่อลูกจะได้มีพัฒนาการที่สมบูรณ์ เติบโตอย่างแข็งแรง ทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ดิฉันเชื่อว่า...นี่คือสิ่งที่คุณแม่ทุกคนปรารถนาค่ะ

From kangaroo mother care to safe baby wearing

พว. กัญทิพย์ ไสมดำ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การสัมผัสทารกผ่านการโอบกอดและการอุ้ม เป็นสิ่งที่ทารกทุกคนต้องการเพราะแสดงออกถึงความรักและความห่วงใย โดยเฉพาะทารกที่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องแยกจากมารดาควรได้รับการโอบกอดและการอุ้มมากขึ้นเป็นพิเศษ เนื่องจากไม่ได้อยู่ในมดลูกที่เหมาะสมนานเพียงพอและมีภูมิคุ้มกันน้อย วิธีการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อและการอุ้มมีผลดีมากกว่าการให้ทารกนอนอยู่ในตู้อบเพียงอย่างเดียว สิ่งที่มาทดแทน บิดาและสมาชิกในครอบครัวที่จะส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยและอาการต่างๆ ของทารกดีขึ้นตามลำดับและสามารถทำได้ตลอดเวลาจนกระทั่งกลับบ้าน อีกทั้งยังมีการพัฒนาการใช้ผ้าให้สามารถโอบกอดและอุ้มทารกทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันได้เพื่อให้ทุกคนรู้สึกว่าการโอบกอดและการอุ้มเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติเป็นกิจประจำวันและสามารถใช้ชีวิตตามปกติได้

แนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายของทารกแรกเกิด ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย จึงเป็นภาวะของระบบสุขภาพและสังคมของทุกประเทศ ประเทศที่มีสภาพทางเศรษฐกิจ สังคมที่ดีจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและโภชนาการการตั้งครรภ์ที่ดี มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ทันสมัยมีความเชี่ยวชาญสูง ในประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีอัตราของทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่ผิดปกติสูง ความขาดแคลนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย



ในปีคศ.1978 Dr. Edgar Rey ได้มีแนวคิดทำ Kangaroo Mother Care ในทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย เพื่อให้ความอบอุ่นกับร่างกายและวิธีการนี้ยังประสบความสำเร็จในการลดอัตราการตายของทารกคลอดก่อนกำหนดและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปีคศ.1979 Dr. Edgar Rey and Dr. Hector Martinez ได้มีการนำเสนอวิธีการทำ Kangaroo Mother Care ครั้งแรกที่ Bogota ประเทศโคลัมเบีย ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้พัฒนามาเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลทารกคลอดก่อนที่มีน้ำหนักตัวน้อยแทนการใช้ incubator ที่มีราคาต้นทุนสูง โดยปกติตู้อบจะแยกทารกออกจากมารดาในระหว่างที่รับการดูแล แต่ในทางตรงกันข้ามหากทารกได้มีการทำ Kangaroo Mother Care ในระหว่างที่รับการดูแล การทำ Kangaroo Mother Care จะช่วยตอบสนองความต้องการของทารกในเรื่องความอบอุ่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การป้องกันจากการติดเชื้อ ความปลอดภัยและความรัก

การทำ Kangaroo Mother Care ขึ้นอยู่กับความพร้อมของมารดาและทารกในแต่ละราย มารดาทุกคนสามารถทำ Kangaroo Mother Care ได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึง อายุ การศึกษา วัฒนธรรมและศาสนา เริ่มจากการอธิบายวิธีการทำ Kangaroo Mother Care กับมารดาและครอบครัวอย่างละเอียด อธิบายถึงข้อดีและเหตุผลของการทำ เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้มีการตัดสินใจและเต็มใจในการทำอย่างมีข้อมูล และไม่มีข้อผูกมัด มีเวลาให้กับมารดาเตรียมพร้อมมาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้มีเวลาเต็มที่ในการทำ Kangaroo Mother Care ส่วนของทารกเริ่มต้นได้ทันทีที่ทารกอาการคงที่แล้ว อาจทำได้ทันทีที่เกิดหรือภายในไม่กี่ชั่วโมงวันหลังคลอด ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำครั้งละไม่น้อยกว่า 60 นาทีและเพิ่มระยะเวลาขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยสามารถทำได้ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง (หยุดทำเฉพาะช่วงเวลาที่สำหรับการเปลี่ยนผ้าอ้อม) และจะทำจนกว่าทารกอายุครรภ์ประมาณ 40 สัปดาห์หรือ 2,500 กรัม การทำ Kangaroo Mother Care เริ่มขึ้นในโรงพยาบาลและสามารถดำเนินการต่อที่บ้านได้

องค์ประกอบหลัก คือ

- อุ้มทารกสวมเฉพาะผ้าอ้อม เพื่อมีการสัมผัสผิวหนังกันระหว่างทารกกับมารดาหรือที่เรียกว่าการโอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อ ที่เลียนแบบแม่จึงใจดูแลลูกแรกเกิด อาจเป็นบิดาหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวทำแทนได้

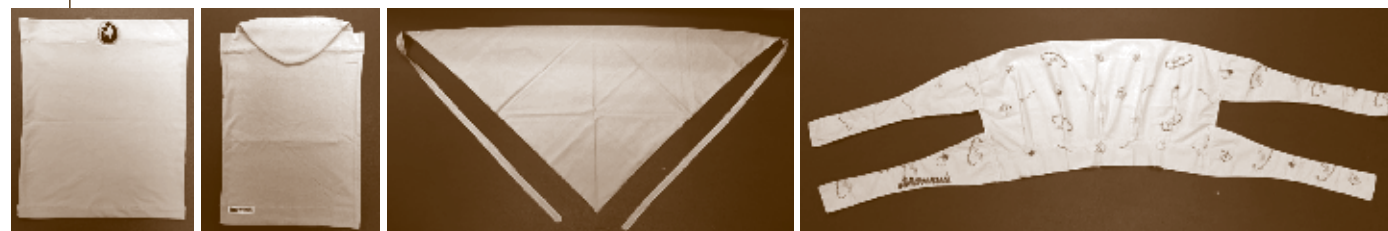
- ทารกควรรออยู่ในตำแหน่งตั้งตรงบนทรวงอกที่เปลือยเปล่าของมารดา ตะแคงศีรษะทารกไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนงหน้าขึ้นเล็กน้อยได้คางมารดา เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ

- จัดแขนขาและสะโพกทารกให้อยู่ในท่าคล้ายกบ
- ห่อหุ้มรอบตัวทารกและผู้อุ้มด้วยการพันผ้าหรือสวมเสื้อหรือชุดของโรงพยาบาล ให้ส่วนบนของผ้าอยู่ใต้หูทารก

- สวมหมวกหรือผ้าคลุมศีรษะ
- เคลื่อนย้ายทารกด้วยความนุ่มนวล ทารกควรสงบ โดยจับทารกไว้ด้วยมือข้างใดข้างหนึ่งที่ตำแหน่งหลังคอและด้านหลัง ใช้นิ้วมือประคองศีรษะเพื่อไม่ให้ทารกสั่นลงและมีอีกข้างหนึ่งวางใต้ก้นของทารก

ประโยชน์ของการทำ Kangaroo Mother Care

1. ช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ช่วยทำให้อัตราการหายใจของทารกคงที่
3. ช่วยควบคุมอุณหภูมิร่างกายของทารกให้เหมาะสม
4. ช่วยในการเพิ่มน้ำหนักตัวและการเจริญเติบโตของสมองทารก
5. ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
6. ช่วยให้ทารกหลับนานขึ้น
7. ช่วยลดความเจ็บปวดและความเครียดของทารก
8. ส่งเสริมให้ทารกสามารถดูนมแม่จากเต้าได้เร็วขึ้นและเพิ่มความผูกพันระหว่างมารดากับทารก



ตัวอย่างผ้าทำ Kangaroo Mother Care แบบต่างๆ

Baby wearing คือ การใช้ผ้าอุ้มทารกโดยมีส่วนของผ้ารองรับน้ำหนักตัวของทารกจากร่างกายผู้อุ้ม (Baby sling) ซึ่งสามารถใช้ได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยหัดเดิน ทำให้เด็กได้มีการใกล้ชิดกับผู้อุ้ม ขณะที่ผู้อุ้มทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และยังช่วยในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย

ประโยชน์ของการทำ Baby wearing

1. ทารกสงบขึ้น จากการร้องไห้ลดลง
2. ทารกแรกคลอดและทารกที่มีความต้องการพิเศษ เมื่อได้อยู่ติดกับมารดา จังหวะการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและการเคลื่อนไหวของมารดาจะกระตุ้นการตอบสนองทางร่างกายของทารก ทำให้บิดามารดารู้สึกมั่นใจในการเลี้ยงดูทารก การอุ้มทำให้บิดามารดาสามารถปรับตัวให้เข้ากับท่าทางและการแสดงออกของทารกได้
3. ลดอุบัติเหตุการฉีกแฉีกหรือหดรัดหลังคลอด
4. ทารกได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้คน ทำให้ทารกมีเวลาที่จะศึกษาการแสดงออกทางสีหน้าของผู้อุ้ม ส่งเสริมให้เรียนรู้ภาษาได้เร็วขึ้น
5. ทำให้บิดามารดารู้สึกสะดวกสบายขึ้น เพราะจะสามารถดูแลทารกและเด็กที่มีอายุมากขึ้นไปพร้อมๆ กับการทำงานหนักๆ ได้โดยไม่ต้องหยุดพักบ่อย ๆ

สิ่งสำคัญของ Baby wearing คือตำแหน่งในการอุ้มที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย

- Tight ควรรัดผ้าให้แน่น เพื่อป้องกันการพลัดตก
- In view อุ้มให้อยู่ในตำแหน่งที่สูง เพื่อสังเกตการหายใจของทารก
- Close enough to kiss อุ้มให้ใกล้ลักษณะเหมือนพอที่จะหอมและจูบได้
- Keep chin off the chest จัดคางของทารกให้หันออกนอกหน้าอก
- Supported back มีการประคองคอและหลังของทารก

ในปัจจุบันมี Baby sling เกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ง่ายในการอุ้มทำกิจกรรมต่างๆ และสามารถเลือกให้เหมาะกับรสนิยม ความต้องการและงบประมาณได้

Baby sling ที่นิยมใช้กันในปัจจุบัน

1. **Wraps** เป็นการนำผ้าที่มีความยาวมากๆ มาพันห่อหุ้มตัวเด็ก ในตำแหน่งที่หลากหลายทั้งด้านหน้า ด้านข้างสะโพกและด้านหลัง และมีเทคนิคในการพันผ้าหลายรูปแบบ เช่น Woven wrap, Stretchy wrap
2. **Ring slings** เป็นรูปแบบที่ใช้แหวนโลหะหรือในลอน 2 วงเย็บติดกับส่วนของปลายผ้าที่มีความยาว โดยปลายผ้าอีกด้านทำเป็นเกลียวผ่านวงแหวนเพื่อปรับให้เข้ากับร่างกายผู้สวม น้ำหนักของเด็กจะยึดวงแหวนเอาไว้ สามารถใช้ได้ทั้งด้านหน้า ด้านหลังและสะโพก เหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิดและเด็กวัยหัดเดิน
3. **Pouch slings** ลักษณะเป็นผ้าที่มีการสวมคล้ายสายสะพาย คือสวมจากไหล่ข้างหนึ่งไปยังสะโพกอีกข้างหนึ่ง Pouch sling ไม่สามารถปรับขนาดได้ สามารถอุ้มได้ด้านหน้าและสะโพก



Woven wrap

Stretchy wrap

Wraps

Ring slings

Pouch slings

4. **Buckle carriers** เป็น Baby sling ที่มีความนิยมมากที่สุดในปัจจุบันหรือที่เราเรียกกันว่า กระเป๋าเป้คุณแม่ ผลิตภัณฑ์ที่มีโครงสร้างแบบอ่อน ส่วนใหญ่มีสายรัดที่เบาและไหลเพื่อความสบายในการสวมใส่ สายรัดสามารถปรับให้พอดีกับผู้คุณแม่ได้ บางแบบยังมีแผ่นรองเสริมพิเศษสำหรับใช้กับทารกที่น้ำหนักต่ำกว่าน้ำหนักและขนาดของ Baby sling สามารถใช้ได้ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง



5. **Asian-style baby carriers**

- **Mei Tai** เป็น Baby sling ที่มีแบบมาจากประเทศจีน มีลักษณะเป็นแผงผ้าสี่เหลี่ยม ที่มีสายรัดด้านบนยาว ด้านล่างสั้นโดยสายสั้นจะผูกที่รอบเอว และสายยาวจะห่อผ่านไหล่ของผู้คุณแม่และทับเป็นเกลียวเพื่อพันมาผูกใต้ด้านล่างของเด็กหรือพันรอบเอวอีกรอบ สามารถใช้ได้ทั้งด้านหน้า ด้านหลัง เหมาะสมสำหรับเด็กโตและเด็กวัยหัดเดิน



- **Podaegi** เป็น Baby sling ที่มีแบบมาจากประเทศเกาหลี มีลักษณะเป็นผ้าสี่เหลี่ยมผืนผ้าที่มีขนาดใหญ่และยาวพันรอบตัวของผู้คุณแม่ และมีสายรัดด้านบนที่ยาวเพื่อพันรอบด้านล่างของเด็กและผูกไว้ด้านหลังตรงข้าม สามารถใช้ได้ทั้งด้านหน้า ด้านหลัง



- **Onbuhimo** เป็น Baby sling ที่มีแบบมาจากประเทศญี่ปุ่น มีลักษณะเป็นผ้าสี่เหลี่ยมผืนผ้า ที่มีสายรัดด้านบนยาว ด้านล่างมีห่วงหรือวงแหวนเย็บติดไว้ที่มุม นำสายรัดห่อผ่านไหล่ของผู้คุณแม่และทับเป็นเกลียวสอดเข้าในห่วงหรือวงแหวนเพื่อผูก



ความแตกต่าง Kangaroo Mother Care กับ Baby wearing

Kangaroo Mother Care	Baby wearing
โอบกอดแบบเนื้อแนบเนื้อบนทรวงอก ทารกอยู่ในท่าคล้ายกบ	อุ้มทารกโดยมีชิ้นส่วนของผ้ารองรับ อุ้มท่า vertical position, cradled hold, kangaroo, front hip และ back carry
ทำในทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย	ใช้ในเด็กทารกไปจนถึงวัยหัดเดิน

เอกสารอ้างอิง

1. ศิราภรณ์ สวัสดิ์กร วรรณิการ์ บางสายน้อย กุสุมา ชูศิลป์และคณะ.เรียนรู้นมแม่จากภาพ The Breastfeeding Atlas Thai Edition.กรุงเทพฯ.ยูเนี่ยน ครีเอชั่น;2555
2. ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์.การสนับสนุนทารกคลอดก่อนกำหนดให้ได้รับนมแม่ตามแนวทางการสนับสนุนนมแม่ในเด็กป่วย.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.กรุงเทพฯ;2559
3. Kangaroo mother care:A practical guide.World Health Organization.France;2003
4. Kangaroo mother care training of trainers course.The Section of Neonatology Department of Pediatrics College of Medicine-Philippine General Hospital University of the Philippine Manila. Philippine;2008
5. Kangaroo mother care.Retrieved September 14,2017,from http://en.wikipedia.org/wiki/Kangaroo_mother_care.
6. Baby sling.Retrieved September 2,2017,from http://en.wikipedia.org/wiki/Baby_sling.
7. Babywearing.Retrieved September 2,2017,from http://en.wikipedia.org/wiki/Baby_wearing.
8. Benefits of Babywearing. Retrieved September 2,2017,from <http://babywearinginternational.org/what-is-babywearing/babywearing-resources/benefits-of-babywearing-2>.

Plenary 4: Social behavior change (Alive & Thrive) No water project : Vietnam experience

Ms. Phan Hong Lihn

องค์กร Alive and Thrive

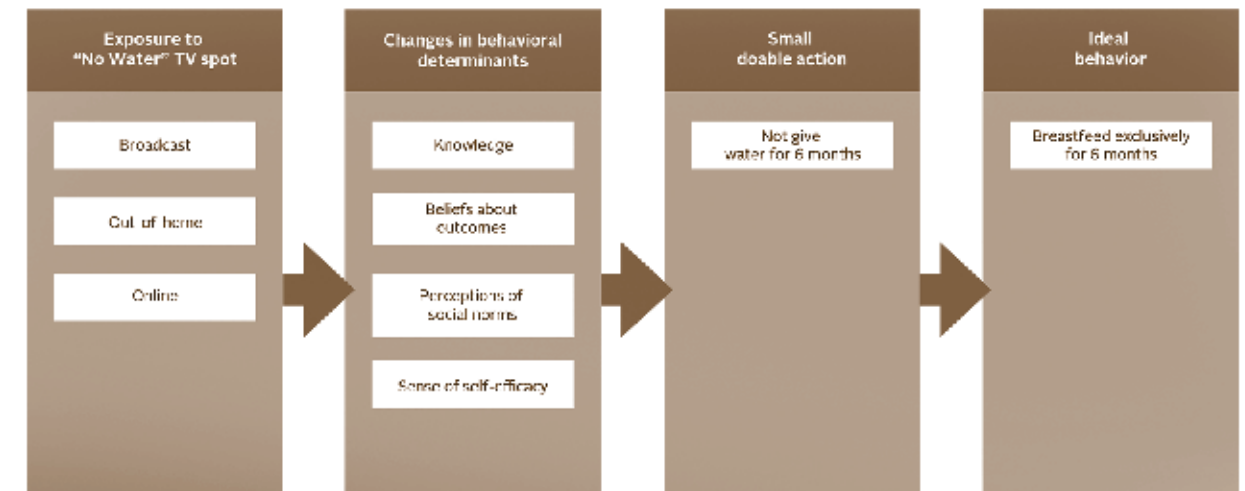
6 STEPS—AND STRATEGIC DECISIONS—TO DESIGN OUR MASS MEDIA CAMPAIGN

We followed a proven process, conducting research and then using the findings to make strategic decisions about behaviors and small doable actions, audiences, drivers of behavior (behavioral determinants), messages, and media placement. Here are the steps we took to ensure that our mass media campaign was strategic:



6

BEHAVIOR CHANGE MODEL FOR “NO WATER” TV SPOT



Creating a model for behavior change is like setting out a hypothesis. First we needed to be clear about the end goal or **ideal behavior**: practice exclusive breastfeeding for the first 6 months.

Our data showed that giving water was a big threat to exclusive breastfeeding rates in Viet Nam. Eliminating that practice would result in many additional exclusively breastfed babies. So a **key small doable action** to promote through mass media was “do not give your baby water for the first 6 months.”

Simply increasing mothers’ awareness or knowledge may help some mothers adopt a new behavior—but was unlikely to result in widespread change. Our campaign addressed specific **behavioral determinants**—the factors our research showed us drove the behavior.

Four behavioral determinants were at play:

- **Knowledge** of what the recommended behavior/action is
- **Beliefs about outcomes** of doing the behavior – the mother thinks that adopting the behavior will result in an outcome she cares about
- **Perceptions of social norms**—what the mother thinks other mothers like her are doing; and what she thinks other people (whose opinions matter to her) think she should do
- **Sense of self-efficacy**—the mother feels she is capable of doing the behavior and that it is convenient for her

CLICK BELOW TO
DOWNLOAD REPORTS:

- ↓ Formative research, phase 1
- ↓ Formative research, phase 2
- ↓ Media audit

7

MORE THAN JUST CUTE BABIES

Theory helps explain how messages worked

We admit it. Our talking babies are so adorable to watch that even practiced program planners may fail to note the precision with which the messages were crafted.

In this 45-second TV spot from Viet Nam, "No Water," we packed a number of strategic messages that built on our formative research findings and used behavior change theory. Buying airtime to broadcast these spots was expensive. We made every line count.

Here and on the next page, we break down the script and the images for you. See how these lovable babies delivered on the behavior change strategy, line by line.

The strategy worked. Our early findings indicated that mothers who recalled the TV spot were more likely to hold the beliefs the campaign promoted. And, more importantly, they were more likely to withhold water, leading them to breastfeed exclusively.

"Mothers who are like me!"

Findings: Mothers who give only breastmilk are more likely than those who give water to believe that "other mothers like me give only breastmilk for 6 months"

Theory: Increasing perception that the behavior is the **social norm**—"People who are like me do this"—drives uptake of behavior

Creative Solution: Image of actual mother breastfeeding with love and confidence. Mothers relate to her



Emotional "hook"

Findings: Our pretests showed that talking babies evoke the "a-w-w-w!" factor—lots of good feelings about cute, smart babies: "Such a small baby can talk!" "So cute!"

Theory: When people have a positive **emotional** response, they are more likely to remember the message and to adopt the action or behavior

Creative Solution: Surprise: grown-up ideas from cute, tiny babies, delivered in sweet voices. Warm pastel colors, loving relationship.



Every line is based on research findings and theory

Choosing a specific small doable action to promote helps mothers reach the "ideal" behavior

Findings: A big threat to exclusive breastfeeding is water, yet mothers think—since they give only a few drops—that they are still "exclusively" breastfeeding

Theory: Letting people know exactly what they can do (a **small doable action**) increases chance they will change behavior

Creative Solution: TV spot is explicit that the small doable action is "do not give water for the first 6 months." Spot also stresses the ideal behavior—give only breastmilk for first 6 months.

Science, global experts

Findings: Vietnamese mothers heavily swayed by science, want to know global experts agree; they trust in Ministry of Health and World Health Organization

Theory: Increasing belief that people whose opinions they value want them to do the behavior is another way of addressing **social norms**.

Creative Solution: Spot states "leading health organizations" and "proven globally," displays logos

Script for TV Spot: No water!

Older baby:
I just finished breastfeeding.
So yummy!

Younger baby:
Did you drink some water
to **rinse your mouth?**

Older baby:
Oh, no. I don't drink even a little bit
of water. Just a few drops of water
can make us sick.

Younger baby:
Really?

Older baby:
**Breastmilk has enough water and
all the nutrients you need.**

Younger baby:
Mom, I don't need water. Don't
worry that I'm thirsty or need to
rinse my mouth. **Leading health
organizations** recommend that
you feed me only breastmilk for
the first 6 months. **Breastmilk has
enough water and nutrients for me
to grow up healthy and smart.**

Chorus of children:
**Breastmilk—
the best for us,
proven globally.**

Focus on intelligence

Findings: In addition to "healthy," Vietnamese mothers respond powerfully to idea that breastfed child is intelligent

Theory: Presenting **beliefs about outcomes** of the behavior drives behavior change

Creative Solution: TV spot's key promise is "healthy and smart," linked to correct breastfeeding and not giving water

Address explicit beliefs about giving water

Findings: Mothers believe a small amount of water poses no risk and think that without water, baby will be thirsty or hot. They rinse mouth, thinking it will ward off oral thrush.

Theory: Addressing incorrect **beliefs about outcomes** of the small doable action—"do not give water"—helps remove barriers

Creative Solution: TV spot directly counters incorrect beliefs, states that even a little water is a danger to the baby, and that there is no need to rinse the mouth

Mother's confidence that her milk alone is enough for 6 months

Findings: Mothers and health workers doubt that Vietnamese mothers' breastmilk is enough to control thirst and nourish baby for 6 full months

Theory: Building **self-efficacy**—"I can do this!" "My breastmilk is all baby needs!"—helps uptake of behavior

Creative Solution: TV spot reassures mother that baby will have "enough water and nutrition" with breastmilk alone



Click to view TV spot



The Starting of EF: จากนั้นแม่สู่กระบวนการ พัฒนาทักษะ EF

พรพีลา เลิศวิชา¹

ฉัตรริยา เลิศวิชา²

¹นักวิชาการอิสระ เมธีวิจัยอาวุโส สกว. (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้ Brain-based Learning

²MSc in Development Studies (with distinction) จาก London School of Economics

Executive Functions หรือ ทักษะ EF คืออะไร

Executive Functions คือกลุ่มทักษะของสมอง ที่จำเป็นต่อการทำางานต่างๆ ให้สำเร็จ มักเข้าใจกันว่าอยู่ที่สมองส่วนหน้า ทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิ ความจำ และความยืดหยุ่นในการคิด แต่ความจริงแล้วทักษะ EF นี้ครอบคลุมพื้นที่สมองหลายส่วน ที่ทำงานเชื่อมโยงกัน ดังจะได้กล่าวต่อไป ทักษะ EF อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. **ความจำขณะคิด (working memory)** หมายถึงความสามารถที่จะนำข้อมูลมา “ออนไลน์” ไว้ในสมองและจัดการกับข้อมูลนั้น ทั้งในรูปแบบความจำที่เป็นภาษา (verbal) และภาพหรือตำแหน่ง (visual-spatial) ความจำขณะคิดนี้ สำหรับเด็กแล้ว มันสำคัญต่อการเรียนและการใช้ชีวิต เช่น จำเป็นต่อการอ่านและเชื่อมโยงเนื้อเรื่องที่อ่านเข้าด้วยกัน การคำนวณในวิชาคณิตศาสตร์ การทำตามคำสั่งที่มีหลายขั้นตอน การใช้เหตุผลเป็นขั้นๆ และการคิดสร้างสรรค์ด้วย ผู้คนจึงให้ความสนใจเป็นพิเศษ ว่าจะพัฒนาการใช้ความจำขณะคิดของเด็กได้อย่างไร
2. **การยับยั้งและควบคุมตัวเอง (inhibitory control)** หมายถึงความสามารถในการโฟกัสสมาธิไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเจ้าของสมองสามารถยับยั้งข้อมูลภายนอก ที่ไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำอยู่ ไม่ให้แทรกแซงเข้ามา และยับยั้งการตอบสนองโดยอัตโนมัติ ที่อาจไม่เป็นผลดีต่องานที่กำลังทำ (เช่น การตอบคำถามโดยไม่คิดก่อน การบันดลโทสะ เป็นต้น) รวมไปถึงความสามารถของสมอง ในการยับยั้งความคิด หรือความจำบางอย่างในสมองของตัวเอง ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเอง ให้ทำตามกฎเกณฑ์ และกาลเทศะอันสมควร รู้จักอดทน รอคอย และไม่ทำ “ตามใจตัวเอง”
3. **ความยืดหยุ่นในการคิด (cognitive flexibility)** หมายถึงความสามารถของสมอง ที่จะยืดหยุ่นตัดสินใจ ตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่แปรเปลี่ยนไป สามารถรับความรู้ใหม่ที่กำลังเรียนอยู่นอกจากนี้ ยังหมายถึง ความสามารถที่จะเปลี่ยนมุมมอง จากมุมมองหนึ่ง ไปสู่มิติการมองแบบอื่นๆได้ สามารถเปลี่ยนชุดข้อมูล ที่กำลังใช้อยู่ในความจำขณะคิดได้ สามารถรับรู้ความผิดพลาดของตัวเอง และคิดวิธีแก้ปัญหาได้ ไปจนถึงการคิดนอกกรอบได้

มีนักวิชาการบางท่านที่เพิ่มทักษะกลุ่มที่ 4 เข้ามาด้วย ได้แก่

4. **ทักษะ EF ระดับสูง (higher-order EF)** อันประกอบไปด้วย การใช้เหตุผล การแก้ปัญหา การวางแผน ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ของการทำงานประสานกัน ระหว่างความจำขณะคิด การยับยั้งควบคุมตัวเอง และความยืดหยุ่นในการคิดนั่นเอง

ทักษะทั้งสี่กลุ่ม ดังกล่าวมาทั้งหมดข้างต้นนี้ มีความเชื่อมโยงกัน และทำงานประสานกัน สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับทักษะทั้ง 4 นี้ ได้แก่

- 1) ส่วนพรีฟรอนทัล (prefrontal)
- 2) ส่วน anterior cingulate
- 3) สมองกลีบข้าง (parietal cortex)
- 4) ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และยังมีการเชื่อมโยงกับโครงสร้างสมองส่วนที่ลึกลงไป ที่ทำงานด้านอารมณ์ ทักษะ EF นั้นค่อยๆ พัฒนาขึ้นตามอายุ

EF สำคัญอย่างไร

EF เป็นทักษะสมองที่กล่าวถึงกันมาก เนื่องจากมีความสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็กทุกคน การที่ประเทศไทย กำลังอยู่ในวิกฤตการศึกษาอย่างรุนแรง พัฒนาการของเด็กทุกวัย จากการประเมินของทุกหน่วยงาน ได้พบผลตรงกันว่า มีพัฒนาการล่าช้า ไปจนถึงอยู่ในระดับที่น่าวิตกกังวล และดูเหมือนว่ายังมองไม่เห็นหนทางที่จะยกระดับให้ดีขึ้น ในระยะทศวรรษต่อไป ผู้คนจึงให้ความสนใจว่า บทบาทของการพัฒนาทักษะ EF จะสามารถนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเด็ก และนโยบายด้านการศึกษาหรือไม่

ความรู้เกี่ยวกับการทำงานของสมอง EF ได้ถูกขยายไปสู่งานวิจัยเป็นจำนวนมาก และเริ่มมีองค์ความรู้จากงานวิจัยเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้นว่า

1. **ด้านการศึกษา :** เด็กที่มี EF ดี จะส่งผลต่อความพร้อมในการเข้าโรงเรียน (school readiness) และมีความสามารถในด้านคณิตศาสตร์และการอ่านสูงกว่า งานวิจัยพบว่า EF เป็นตัวแปรทำนาย (predictor) ความสำเร็จในโรงเรียนได้ดีกว่า IQ เสียอีก มีผู้กล่าวว่า EF สำคัญต่อการศึกษา เพราะมันคือทักษะในการเรียนรู้ (building blocks และ ‘the how of learning’) ที่จำเป็นในการเรียนเนื้อหา (‘the what of learning’) (CDC 2011)
อย่างไรก็ตาม ก็มีผู้แย้งว่า EF นั้นจำเป็นสำหรับการเรียนรู้เนื้อหาหรือสิ่งใหม่เท่านั้น แต่ในระยะยาวแล้วไม่จำเป็นที่จะต้องใช้สมองส่วนหน้า เพื่อการควบคุมแบบ top-down control ตลอดเวลา เพราะเมื่อสมองคุ้นเคยกับสิ่งที่ทำแล้ว หน้าที่นี้ก็จะถูกส่งลงไปยังสมองส่วนลึกลงไป ที่ผ่านการวิวัฒนาการมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานกว่า และทำได้โดยรวดเร็วและอัตโนมัติ (second nature) (Diamond 2013) ข้อถกเถียงนี้เราจำเป็นต้องศึกษากันต่อไป
2. **ด้านสังคม :** EF ส่งผลต่อปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรง การใช้อารมณ์ มึนงานวิจัย (Moffitt et al 2011) ที่ติดตามเด็กจำนวน 1,000 คนเป็นเวลา 32 ปี ได้พบว่าเด็กที่เริ่มจากมีความสามารถในการควบคุมตัวเองสูง มักมีแนวโน้มจะไม่ออกจากโรงเรียนกลางคันเมื่อถึงวัยรุ่น ไม่เลือกทำสิ่งที่มีความเสี่ยง และเมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มจะเป็นพลเมืองที่เคารพกฎหมาย และมีความสุขในชีวิตมากกว่า
แม้แต่ในกลุ่มเด็กที่มี IQ เก่ง ข้นชั้นทางสังคม สิ่งแวดล้อมในบ้าน และครอบครัวที่คล้ายกัน งานวิจัยก็ยังคงพบว่า เด็กที่มีความสามารถในการควบคุมตัวเองสูงกว่า มีแนวโน้มจะไม่กลายเป็นปัญหาของสังคม
3. **ด้านชีวิตและการทำงาน :** ในระยะยาว ทักษะ EF จะช่วยให้เด็กพัฒนาเป็นพนักงานที่มีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จในการทำงาน มีชีวิตครอบครัวที่มั่นคงมากกว่า เพราะความสามารถในการควบคุมตัวเองและจัดการปัญหาต่างๆได้ดี
4. **ด้านสุขภาพ :** มีผลต่อสุขภาพของเด็กในระยะยาว ถ้า EF มีปัญหา อาจจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะน้ำหนักเกิน ใช้สารเสพติด และไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์
5. **ด้านความผิดปกติทางจิต :** EF มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจต่างๆ เช่น การเสพติด ADHD conduct disorder โรคซึมเศร้า โรคย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

เราจะพัฒนาทักษะ EF ได้อย่างไร

1. เริ่มต้นที่น้ำนมแม่ จุดเริ่มต้นของ EF

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (breastfeeding) มีผลบวกต่อเด็กหลายประการ ในด้านสติปัญญาและพัฒนาการพื้นฐานทั่วไปของสมอง รวมถึงมีผลระยะยาวต่อความสำเร็จในการเรียนและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Tawia, 2013) เด็กที่ได้รับน้ำนมจากแม่ จะมี IQ สูงกว่าเด็กที่กินนมผง เส้นรอบวงศีรษะ (head circumference) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับสติปัญญา มีขนาดใหญ่กว่า และสมองเนื้อขาวของเด็กที่กินนมแม่มีการพัฒนารวดเร็วกว่า ซึ่งสมองเนื้อขาวนี้มีผลต่อการส่งสัญญาณข้อมูลในสมองและความเร็วของสมอง

สำหรับเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ พบว่าจะมีไอคิวต่ำกว่าเด็กที่กินนมแม่กว่าประมาณ 2-5 จุด และเส้นรอบวงศีรษะเล็กกว่า การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองก็ได้พบว่า มีพัฒนาการตอบสนองน้อยกว่า ซึ่งความแตกต่างนี้เห็นได้ตั้งแต่เด็กอายุได้ 3 เดือน นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยังพบว่ามีความเชื่อมโยงระยะยาว กับความสำเร็จในโรงเรียน การศึกษาในระดับหลังปริญญาตรี และมีผลโยงไปถึงการเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม (social mobility) อีกด้วย คำอธิบายก็คือ นมแม่นั้นมีส่วนประกอบของกรดไขมันชนิด DHA และ AA ที่จำเป็นต่อการสร้างเยื่อหุ้มเซลล์ในระบบประสาทส่วนกลาง และมีคอเรสเตอรอลสูง ช่วยในการสร้างไมอีลิน ซึ่งเพิ่มความเร็วในการส่งสัญญาณในสมองของเด็ก และกรด DHA ยังมีความเชื่อมโยงกับการเจริญเติบโตของสมอง เส้นรอบวงศีรษะ น้ำหนักของสมอง และการสร้างซินแนปส์ โดยที่นมขงไม่สามารถจะทดแทนได้ (Michaelson et al. 2009)

แต่นอกจากผลบวกต่อระดับ IQ และพัฒนาการทั่วไปของสมองแล้ว ปัจจุบันมีงานวิจัยที่บอกเราน้ำนมแม่ ยังน่าจะส่งผลเชิงบวกต่อสมอง EF 4 ช่องทางต่อไปนี้

1. น้ำนมแม่มีผลต่อทักษะ EF แคไหน

งานวิจัยพบว่า เด็กที่ได้กินนมแม่เป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน มีผลทางบวกต่อ executive function ที่ทดสอบเมื่อเด็กอายุ 4 ขวบ (Julvez et al. 2013) เด็กที่ถูกเลี้ยงด้วยนมแม่จะมีปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่า และมีสมาธิดีกว่าเด็กอื่น ซึ่งผลบวกนี้ได้ถูกค้นพบซ้ำในงานวิจัยอีกหลายชิ้นในอังกฤษและสเปน แต่ก็ยังมีงานวิจัยบางชิ้นที่พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับ Executive function เลย (Belfort et al. 2016) เมื่อศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 7-12 ปี ซึ่งความแตกต่างนี้ มาจากจำนวนเด็กที่เข้าร่วมงานวิจัยนั้น และลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง เช่นบางกลุ่มก็เป็นเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงเท่านั้น บางกลุ่มอยู่ในครอบครัวที่ฐานะค่อนข้างดี ซึ่งเป็นไปได้ว่า สภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดูสำหรับเด็กกลุ่มนี้ อาจมีผลมากกว่านมแม่ จนสามารถกลบความแตกต่างที่เกิดจากการกินนมไปในที่สุด และอย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ เพียงแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยง (correlation) เท่านั้น แต่ก็ยังไม่ได้อธิบายให้เราเข้าใจชัดว่า นมแม่ทำให้เด็กมี EF ที่ดีขึ้นได้อย่างไร

2. น้ำนมแม่ช่วยกระตุ้นให้เกิดความเร็วของสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ซึ่งเป็นสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับทักษะ EF

จากการสแกนสมองได้แสดงให้เห็นว่า การกินนมแม่ช่วยเข้าไปเพิ่มสมองเนื้อขาว (white matter) โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) ส่วน premotor และสมอง association area ที่ทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงสัญญาณจากส่วนต่างๆในสมองเพื่อสร้างเป็น “การรับรู้” ขึ้นมา สมองส่วนหน้านี้มีบทบาทอย่างสำคัญต่อการทำงานในระดับสูงของสมอง (higher-order cognitive function) ซึ่งก็รวมถึงทักษะ EF นั่นเอง การที่สมองเนื้อขาวเพิ่มขึ้น หมายถึงการรับส่งสัญญาณมีความรวดเร็วและสอดคล้องกัน ทำให้เจ้าของสมองสามารถคิดและทำงานยากๆ ได้ดีขึ้น การสร้างสมองเนื้อขาวนี้เป็นผลโดยตรงจากกรดไขมัน DHA ในนมแม่นั่นเอง (Deoni et al. 2013)

3. น้ำนมแม่ช่วยบรรเทาความรุนแรง ของภาวะความเครียดที่เป็นพิษ (toxic stress) ซึ่งเป็นอันตรายต่อสมอง EF

ปัจจุบันนี้ เด็กจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะความเครียดที่เป็นพิษ ซึ่งมีลักษณะรุนแรง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และยาวนาน จากเหตุการณ์ต่างๆเช่น การเข้าห้อง NICU ตั้งแต่แรกเกิด ความยากจน การถูกทำร้าย การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การใช้สารเสพติด หรือแม้กระทั่งพ่อแม่แยกกันอยู่ หรือหย่าร้าง ในสหรัฐอเมริกาคาดว่าเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง ต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 17 ปีแรกของชีวิต ซึ่งความเครียดชนิดนี้ เราถือว่าเป็นผลเสียต่อการสร้างวงจรในสมองส่วนหน้า และสมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับทักษะ EF

Hallowell et al. (2016) เสนอว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะสามารถบรรเทาความรุนแรงของ toxic stress นี้ได้ การที่แม่ลูกได้มีสัมผัสแบบ skin-to-skin care ในระหว่างการให้นม นั้น มีผลดีต่อแม่คือ ช่วยเพิ่มระดับของฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งทำให้เกิดความผูกพันระหว่างแม่ลูก และช่วยกระตุ้นการผลิตน้ำนม และลดความเสี่ยงที่แม่จะมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ และสามารถดูแลลูกได้ดีขึ้น สำหรับผลดีต่อทารก ได้แก่ ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ระบบ ทำให้การควบคุมระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น³ เกิดความผูกพันกับแม่ เพิ่มระดับคอร์ติซอล เด็กจะสงบลง และการระบบการไหลเวียนเลือดมีความเสถียร ทั้งหมดนี้ทำให้พฤติกรรมของแม่เป็นไปในทางที่ดีต่อพัฒนาการของลูก ลดความเครียดที่เกิดจาก toxic stress ทำให้สมองสามารถสร้างวงจรใหม่ๆ ในการเรียนรู้ ซึ่งรวมถึงการสร้างวงจรใหม่ๆ ในสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ EF ด้วย

4. น้ำนมแม่อาจส่งผลทางอ้อมต่อ EF ในแง่การพัฒนา IQ

เราได้ทราบว่าน้ำนมแม่ส่งผลต่อระดับสติปัญญา IQ ถ้าเราสามารถเชื่อมโยงได้ว่า IQ ก็มีผลต่อ EF หรือมีความเชื่อมโยงกับสมอง EF ก็น่าจะสนับสนุนความคิดที่ว่า น้ำนมแม่ช่วยพัฒนา EF ได้จริงๆ

งานวิจัยในช่วงแรกๆ เคยเชื่อกันว่า EF ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับ IQ เนื่องจากผู้ป่วยสมองส่วนหน้ามีผลทดสอบ IQ ปกติ ในขณะที่คนที่ IQ ต่างกันก็ไม่ได้มี EF ที่ต่างกันเลย แต่งานวิจัยช่วงหลังได้ตั้งคำถามที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า จริงๆแล้ว IQ นั้นน่าจะอยู่ที่สมองส่วนเดียวกับ EF การสแกนสมองแสดงให้เห็นว่า การทดสอบเชาว์ปัญญานี้ก็มีส่วนกระตุ้นการทำงานของเครือข่ายในสมอง fronto-parietal ซึ่งเป็นส่วนเดียวกับ EF นั่นเอง และเมื่อมีการตัดสมองส่วนหน้า (lesion) ก็เกิดปัญหาต่อ EF และ IQ ไปด้วยพร้อมๆ กัน (Saggino et al. 2006)

Saggino et al. (2006) เป็นผู้เสนอแนวคิดใหม่ที่น่าสนใจว่า สติปัญญาและ EF อาจจะเป็นสองด้านของเหรียญเดียวกัน อย่างไรก็ตาม คงจะต้องมีงานวิจัยมากกว่านี้เพื่อเชื่อมโยงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้ากับ EF ผ่านระดับสติปัญญาของเด็ก ให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนา EF

เด็กทุกคนเกิดมาพร้อมกับศักยภาพที่จะพัฒนา EF แต่ปัจจัยต่างๆ ในชีวิตของเด็กจะเป็นตัวกำหนดว่า EF นี้จะได้รับการพัฒนาขึ้นหรือไม่ เราได้ทราบแล้วว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีส่วนอย่างสำคัญในขั้นเริ่มต้นของการพัฒนา EF และมีผลต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ในทางกลับกัน เมื่อสมองต้องประสบกับความเครียดที่เป็นพิษ (toxic stress) การถูกทอดทิ้ง ความรุนแรง หรือสิ่งแวดล้อมที่มีความสับสนวุ่นวาย และคาดเดาไม่ได้ (chaotic and unpredictable) EF จะมีปัญหามาก เห็นได้จากการที่สมองส่วนหน้า prefrontal ทำงานประสิทธิภาพลดลง และเมื่อใช้แบบทดสอบ EF ก็พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีความสามารถด้อย

³ ระบบภูมิคุ้มกันที่กล่าวถึงนี้คือ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) ซึ่งเริ่มทำงานเมื่อความเครียดส่งผลต่อ proinflammatory cytokines กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองจากร่างกาย คือหัวใจเต้นแรงขึ้นและกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร่างกายจะผลิตคอร์ติซอลออกมาเพื่อลดการอักเสบ (inflammation) และถ้าเด็กไม่ได้รับน้ำนมจากแม่เลย อาจจะทำให้การควบคุมระบบนี้มีปัญหา คือคอร์ติซอลหลั่งออกมาเยอะเกินไป ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย หรือมีการอักเสบต่างๆที่ไม่มีการติดเชื้อ

กว่าเด็กกลุ่มอื่นๆ สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงคือ สถานรับเลี้ยงเด็ก ชุมชนที่ยากจนและมีความรุนแรง หรือการที่มารดาคลอดก่อนกำหนดหรือใช้แอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์

นั่นหมายความว่าเด็กที่เกิดมาแบบด้อยโอกาส ก็อาจจะต้องอยู่กับความด้อยโอกาสนั้นไปตลอดชีวิต เนื่องจากสิ่งแวดล้อมนั้น สร้างตราประทับไว้ในโครงสร้างสมองของเด็กแล้ว นอกจากนี้ EF ยังมีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะอารมณ์ในแต่ละช่วง (mood) ความโดดเดี่ยว การนอนหลับไม่พอ การเจ็บป่วยและติดเชื้อ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการใช้ EF ในชีวิตประจำวันด้วย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเด็กจะผ่านช่วงของวัยทารกมาแล้ว และอาจจะไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม แต่เราก็ทราบว่าสมองยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (neuroplasticity) และมีความพยายามที่จะหาวิธีแทรกแซงและแก้ปัญหา (intervention programs) ทั้งในเด็กวัยก่อนเข้าเรียนและเด็กวัยเรียน กิจกรรมที่มีการเสนอว่าอาจจะช่วยพัฒนา EF ได้โดยตรง ได้แก่

1. **หลักสูตรที่ออกแบบให้ช่วยกระตุ้นสมอง EF ในโรงเรียน หรือในศูนย์เด็กปฐมวัย** หลักสูตรเหล่านี้ที่แท้จริงแล้วก็คือ การพัฒนาครูให้มีความเข้าใจ ในการจัดการห้องเรียน (classroom management) ให้มีทักษะการโค้ชเด็กให้เกิดทักษะ EF แนะนำครูให้มีการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือที่จะใช้ในห้องเรียน (environment & resources) และบางโปรแกรมก็มีเป้าหมายคือการบูรณาการ การสอนกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง EF เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวิชาหลักด้วย
2. **กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย** ที่มีองค์ประกอบของการพัฒนาทักษะทางปัญญา เช่น แอโรบิค เทควันโด โยคะ และ การเล่นกีฬาเป็นทีม
3. **กิจกรรมฝึกสมอง เช่น การฝึกสติ (mindfulness) การแสดงละคร และการนั่งสมาธิ**
4. **การเทรนทักษะ EF ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์** เช่น โปรแกรม CogMed และ Learning RX เกมส์คอมพิวเตอร์อื่นๆ ที่ใช้อยู่ในต่างประเทศ
5. **กิจกรรมอื่นๆ** ที่คาดกันว่า อาจจะช่วย EF แต่ยังไม่มีการวิจัยชัดเจน ได้แก่ การเล่นดนตรีเป็นคณะ การเต้นและรำ กายกรรมเด็ก การเลี้ยงสัตว์ ศิลปะป้องกันตัว เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม นักวิชาการหลายท่านก็ยอมรับตรงกันว่า การวิจัยเรื่องผลลัพธ์จากการ “เทรน EF” ให้เด็กโดยตรงนั้นยังอยู่ในขั้น “เตาะแตะ” (infancy) และยังคงมีการวิจัยเพิ่มอีกมาก เพราะบางกิจกรรมที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนา EF กลับไม่มีผลแตกต่างจากการเลี้ยงเด็กแบบธรรมดา (usual practice) เลย ในขณะที่บางกิจกรรมก็ได้ผลสำหรับเด็กบางกลุ่มเท่านั้น ในขณะที่ จึงน่าจะยังไม่สามารถกล่าวแบบเหมารวมได้ว่า มีเทคนิคการสอน EF แนวไหน ที่สามารถใช้กับเด็กทุกคนได้อย่างแน่นอน จากการวิจัย EF ที่มีจำนวนมากได้พบว่า มีทั้งหมด 84 ชิ้น (Diamond & Ling, 2016) ที่มีความน่าเชื่อถือพอสมควร และให้ข้อสรุปดังต่อไปนี้ว่า

1. **ความสำเร็จของการพัฒนา EF ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ใช้ในการฝึก** ถ้ายิ่งฝึกนานและเข้มข้นก็จะมีผลมากขึ้น แต่ถ้าหากว่าครูนำเทคนิคบางอันไปใช้เป็นแบบ add-on โดยไม่ได้ทำเป็นระบบทั้งหลักสูตร ก็พบว่ามีผลน้อยและแคบมาก และเมื่อหยุดฝึก ผลลัพธ์ก็จะลดลงไปเรื่อยๆ
2. **ผู้ดำเนินโครงการจะต้องมีความทุ่มเท และชุมชนให้การสนับสนุน** ดังนั้นบางโครงการพัฒนา EF สำเร็จมากในบางพื้นที่ แต่ในบางพื้นที่ก็ไม่สำเร็จเลยก็มี
3. **การทำกิจกรรมเทรน EF ให้เด็ก จะต้องมีรากฐานเด็กให้ไปถึงจุดแห่งความท้าทาย หรือ ‘zone of proximal development’** ไม่ใช่เพียงแค่การฝึกทำกิจกรรมง่ายๆ ซ้ำๆ ซึ่งอาจจะทำให้เบื่อและไม่ได้ประโยชน์ และอาจไม่มีผลต่างกับเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ทำอะไรเลย หรือถูกเลี้ยงไปตามปกติ
4. **กิจกรรม EF ควร จะต้องมีความซับซ้อน แปลกใหม่และหลากหลาย (complexity, novelty, diversity)** จึงจะสามารถมีพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของสมองจริงๆ
5. **เด็กที่มีปัญหามากที่สุดจะได้รับประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะเด็กที่มีอาการ ADHD, หรือมาจากสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (SES) ที่ต่ำกว่า** อย่างไรก็ตามเด็กที่ไอคิวต่ำมากๆ อาจจะไม่ได้รับประโยชน์อะไรเลย เนื่องจากการเทรนทักษะทางปัญญาและ EF นั้นอาจจะหนักเกินไปสำหรับเขา

6. **การถ่ายโอน (transfer) ทักษะ EF ที่ได้รับในการเทรน ไปใช้ในชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ นั้นมีข้อจำกัดมาก** ส่วนใหญ่คือเด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในด้านที่ได้รับการเทรนเท่านั้น และการสอนแบบบูรณาการเข้าไป ในกิจกรรมหลักของห้องเรียนอย่างเป็นระบบ จะช่วยให้เด็กนำไปใช้งานได้มากกว่า
7. **คือเป็นทักษะที่ค่อนข้างถาวรและนำไปใช้ได้จริง** แต่ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้ง 5 ข้อที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นด้วย

บรรณานุกรม

- Belfort, M. B., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., Bellingier, D. C., Harris, M. H., Taveras, E. M., ... & Oken, E. (2016). Infant Breastfeeding Duration and Mid-Childhood Executive Function, Behavior, and Social-Emotional Development. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 37(1), 43-52.
- Blair C., Raver C.C. (2014). Closing the Achievement Gap through Modification of Neurocognitive and Neuroendocrine Function: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of an Innovative Approach to the Education of Children in Kindergarten. *PLoS ONE* 9(11): e112393. doi:10.1371/journal.pone.0112393
- [CDC] Center on the Developing Child at Harvard University (2011). Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper No. 11. Retrieved from <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Deoni, S. C., Dean, D. C., Piryatinsky, I., O'muirheartaigh, J., Waskiewicz, N., Lehman, K., ... & Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: a cross-sectional study. *Neuroimage*, 82, 77-86.
- Diamond A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology* 64:135-168.
- Diamond, A., & Ling, D. S. (2016). Conclusions about interventions, programs, and approaches for improving executive functions that appear justified and those that, despite much hype, do not. *Developmental cognitive neuroscience*, 18, 34-48.
- Hallowell, S. G., Froh, E. B., & Spatz, D. L. (2017). Human milk and breastfeeding: An intervention to mitigate toxic stress. *Nursing outlook*, 65(1), 58-67.
- Hayatbakhsh MR, O'Callaghan MJ, Bor W, Williams GM, Najman JM. Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. 2012; 7(6):480-486.
- Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*. 2011; 96(7):635-642.
- Julvez J, Ribas-Fito N, Fornes M, Garcia-Esteban R, Torrent M, Sunyer J. Attention behaviour and hyperactivity at age 4 and duration of breast-feeding. *Acta Paediatr*. 2007; 96(6):842-847
- Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Houts R, Poulton R, Roberts BW, Ross S, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Feb 15;108(7):2693-8.
- Pernille J Olesen, Helena Westerberg & Torkel Klingberg. (2004). Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory. *Nature Neuroscience*. Volume 7(1): 75-79.
- Saggino, A., Perfetti, B., Spironi, G., Galati, G. (2006). Fluid intelligence and executive functions: new perspectives. in Wesley, L.V. (Ed.) *Intelligence: New Research*. New York, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Tawia, S. (2013). Breastfeeding, brain structure and function, cognitive development and educational attainment. *Breastfeeding Review*, 21(3), 15.
- Zewelanjani N. Serpell and Alena G. Esposito. (2016). Development of Executive Functions: Implications for Educational Policy and Practice. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* Vol. 3(2) 203-210.

กำหนดการ การนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรม

ประเภท oral

เวลา 13.00 – 14.30 น. วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 ห้อง Grand Ballroom ชั้น 4

ประธาน : ผศ. ดร.พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม ประธานร่วม : ผศ. พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ
กรรมการร่วม 1. รศ. พญ.กุสุมา ชูศิลป์ 2. พญ.อรภา สุธีโรจน์ตระกูล
3. พว. สุธิดา ซาติวุฒินันท์

Code/ เวลาบรรยาย	ชื่อผู้นำเสนอ ผลงาน	ชื่อเรื่อง	ประเภท
O-001 13.00 – 13.15 น.	ถรรศนา เจริญไวก คลินิกนมแม่ ศูนย์ อนามัยที่ 12 ยะลา	กระเพาะน้อง กะ ซ้อนตวง	นวัตกรรม
O-002 13.15 – 13.30 น.	สุวรรณา อาจคงหาญ มหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนครศรีอยุธยา	สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร The Information Guide Dosing in Maternal Lactation	นวัตกรรม
O-003 13.30 – 13.45 น.	ดวงพร ไมตรีจิตต์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดโรง พยาบาลระดับตติยภูมิ Attitude Towards Exclusive Breastfeeding among Thai Mothers in a Tertiary Hospital	วิจัย
O-004 13.45 – 14.00 น.	ลมัย แสงเพ็ง โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช A Comparison Between Flat Nipple and Normol Nipple Mothers in Breastfeeding Success at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital	วิจัย
O-005 14.00 – 14.15 น.	นลินี ยมศรีเคน โรงพยาบาลมหาสารคาม	การศึกษาผลของการให้นมน้ำเหลืองในทารกแรกเกิดน้ำหนัก น้อยมาก (น้ำหนัก 1,000 กรัมถึง 1,500 กรัม) ต่อภาวะการณ ติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย Clinical outcomes of early oropharyngeal colostrum in VLBW in preventing late onset neonatal sep- sis(L-OS)	วิจัย
14.15 – 14.30 น.	พิธีมอบประกาศนียบัตร		

กำหนดการ การนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรม

ประเภท oral

เวลา 13.00 – 14.30 น. วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 ห้องเจ้าพระยา 1-4 ชั้น 3

ประธาน : พญ.นิพรรณพร วรมงคล ประธานร่วม : รศ. ดร. พญ.ศิรินุช ชมโท
กรรมการร่วม 1. ผศ. ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง 2. ดร.เบญจมาศ ทศนะสุภาพ
3. พว.พรรณเพ็ญ พูลลาภเดชา 4. นางสาวกฤษิศา เวชรักษ์

Code/ เวลาบรรยาย	ชื่อผู้นำเสนอ ผลงาน	ชื่อเรื่อง	ประเภท
O-006 13.00 – 13.15 น.	ประทุมมา ฤทธิ์โพธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	โครงการบริการวิชาการการพัฒนาแบบการสนับสนุน การให้นมบุตรและการบีบเก็บน้ำนมในทัศนสถานเขตภาคเหนือ ตอนล่าง Academic service project of development of breast- feeding support and milk storage at one prison in lower norther area	โครงการ
O-007 13.15 – 13.30 น.	พิกุล ทรัพย์พันแสน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ออัตรา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในหกเดือนหลังคลอดของสตรีที่ ทำงานนอกบ้าน Effects of breastfeeding support model on breast- feeding rates within six months among women em- ployed outside the home	วิจัย
O-008 13.30 – 13.45 น.	นพรัตน์ ละครเขต สถาบันสุขภาพเด็กแห่ง ชาติมหาราชินี	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ต่อปริมาณน้ำนมแม่ที่พอเพียงและพฤติกรรมการ ปฏิบัติของมารดาเพื่อการคงอยู่ของนมแม่สำหรับทารกหลัง ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง The effects of promoting breast feeding self-efficacy program on sufficient of breast milk supply and main- tenance of lactation behavior in mothers of newborn after explore laparotomy	วิจัย
O-009 13.45 – 14.00 น.	จันทร์สม์ สมศรี โรงพยาบาลศรีสะเกษ	ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน มารดาคลอดก่อนกำหนด The Effect of Empowerment for Breastfeeding in Mother's Preterm Labor	วิจัย
O-010 14.00 – 14.15 น.	จตุพร เพิ่มพรสกุล โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	การจัดรูปแบบการดูแลมารดาที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ที่ซับซ้อนตามกรอบแนวคิด Iceberg model	โครงการ
14.15 – 14.30 น.	พิธีมอบประกาศนียบัตร		

บทคัดย่อ ผลงานวิจัยและนวัตกรรม การนำเสนอประเภทปากเปล่า

กระเพาะน้อง กะ ช้อนตวง

(Stomach & Spoon : S&S)

กรรศนา เจริญไฉ

คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

บทนำ : จากการทำงานพบว่า ข้อมูลสถิติของคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2559 พบปัญหาน้ำนมไม่ไหล หรือไหลน้อยทั้งในช่วงพักฟื้นอยู่โรงพยาบาลมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 42.5 และจากสถิติคลินิกนมแม่ พบอัตราการล้มเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยร้อยละ 16.3 และข้อมูลจากแผนกสูติ-นรีเวชกรรม อัตราการเสริมนมผสมในช่วง 1-3 วันแรกหลังคลอดถึงร้อยละ 60 นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาการดูดนมของทารกมีด้วยกัน 3 ลักษณะ คือ 1.ดูดผิด 2.ดูดน้อย และ 3.ดูดถูกวิธี ซึ่งการดูดนมที่ถูกต้องของทารกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผล 2 ประการคือ ทั้งปริมาณสารอาหารที่ทารกจะได้รับอย่างเพียงพอ และอัตราการไหลของน้ำนม นวัตกรรม Stomach & Spoon อุปกรณ์เสริมช่วยสอนแม่ให้เข้าใจเรื่องขนาดของกระเพาะทารกแรกเกิด เพื่อแม่จะได้เกิดความมั่นใจในการให้นมแม่ อีกทั้งจะเกิดความมั่นใจว่าลูกน้อยจะได้รับสารอาหารเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : 1.เพื่อลดอัตราการเสริมนมผสมและลดอัตราการล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2.มารดามีความรู้ ความเข้าใจในการรับอาหารของทารก 3.ระดับความเครียด วิตกกังวลในการรับสารอาหารไม่เพียงพอของมารดา

วิธีการดำเนินงาน : 1.นำมาใช้สอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ และการช่วยเหลือ ฝึกทักษะในคลินิกนมแม่ 2.ประเมินความรู้ก่อน-หลังใช้อุปกรณ์ 3.เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ 4.ประเมินความพึงพอใจ 5.ประเมินระดับความเครียด วิตกกังวลในการรับสารอาหารไม่เพียงพอของมารดา

ผลการดำเนินงาน : ผลการศึกษาที่ได้ใช้อุปกรณ์ Stomach & Spoon พบว่าอัตราการเสริมนมผสมในช่วง 1-3 วันแรกหลังคลอดลดลงเหลือเพียง 22.4 จากเดิมร้อยละ 52.6 มารดาหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่โรงพยาบาล ที่มีปัญหาน้ำนมไม่ไหล หรือไหลน้อย ก่อนออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการไหลของน้ำนมที่ดีถึงดีมาก และ 100% ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ เมื่อแม่มีน้ำนมไหลเพียงพอ แม่จะมีระดับความวิตกกังวลลดน้อยลง จากเดิมที่มีความเครียดมากถึง 90% และอัตราที่จะล้มเลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็ลดลงจากเดิม 16.3% ลดลงเหลือเพียง 5.2%

สรุป : (1) ควรให้ครอบครัวของมารดาหลังคลอด มีส่วนร่วมและรับรู้ข้อมูลความจุของกระเพาะทารกเพื่อช่วยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (2) นำแนวคิดของอุปกรณ์ Stomach & Spoon เป็นตัวช่วยอธิบายในการสอนหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (3) ควรศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (4) ปรับรูปแบบอุปกรณ์ Stomach & Spoon ให้สวยงาม และเข้าใจง่ายสะดวกในการใช้งาน (5) เกิด Link-Share-Learn ระหว่างแผนกและบุคลากร เพื่อพัฒนางานประจำร่วมกัน และพัฒนาผลงานต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

สารสนเทศแนะนำการใช้ยา ในมารดาาระยะการให้นมบุตร

The Information Guide
Dosing in Maternal
Lactation.

สุพรรณ อัจคงหาญ¹

พิรุณ อัจคงหาญ²

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา,

²ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลอุ้มทอง

บทนำ ในปัจจุบันการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสำหรับมารดาในระยะการให้นมบุตร เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แต่สามารถที่จะให้ยาได้หากมารดาที่ให้นมบุตรทราบถึงกลุ่มยาตามความปลอดภัยต่อทารก ตามการแบ่งขององค์การอาหารและยา ซึ่งการพัฒนาสารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร นำเอาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ สำหรับฟังก์ชันต่าง ๆ ในการช่วยคำนวณขนาดยา อันได้แก่ จัดกลุ่มยาตามความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์ ตามการแบ่งขององค์การอาหารและยา ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ใช้แอปพลิเคชันมีความสะดวกสบาย และช่วยส่งเสริมในเรื่องคุณภาพชีวิตอีกด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร และประเมินความพึงพอใจผู้ใช้งานต่อเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร

วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการพัฒนาระบบมีอยู่ด้วยกัน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลโดยเภสัชกรเป็นผู้รวบรวมข้อมูล รวมไปถึงใช้วิธีการอ่านศึกษาค้นคว้า และการค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต
2. ออกแบบเว็บไซต์ โดยการแบ่งส่วนการใช้งานของเว็บไซต์ ตามหลักการออกแบบเว็บไซต์ และจัดรูปแบบการจัดแบ่งพื้นที่หน้า Homepage
3. พัฒนาเว็บไซต์ แนวทางหลักการออกแบบเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร โดยสามารถแบ่งออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้เริ่มต้นใช้เป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาเว็บไซต์
4. วัดผลความพึงพอใจ การวัดผลความพึงพอใจของผู้ใช้งานเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร เก็บจาก กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามจากมาตราที่ให้นมบุตรที่มีความจำเป็นต้องใช้ยา

สรุป งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสารสนเทศสำหรับแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลในด้านต่าง ๆ ของมารดาาระยะการให้นมบุตร รวมถึงศึกษาความพึงพอใจของผู้เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์ จากศึกษาและพัฒนาเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตรแล้ว นั้น และได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์ โดยใช้ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 20 คน ระบุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยด้านข้อมูล ในเว็บไซต์ ในส่วนของข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน อธิบายข้อมูลได้ชัดเจนได้ค่าเฉลี่ย 4.15 ข้อมูลที่น่าเสนอเป็นประโยชน์ ตรงกับความต้องการได้ค่าเฉลี่ย 3.95 ความพึงพอใจโดยรวม ในส่วนของความพึงพอใจโดยรวมในการใช้บริการเว็บไซต์ได้ค่าเฉลี่ย 4.00 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์สารสนเทศแนะนำการใช้ยาในมารดาาระยะการให้นมบุตร ได้ค่าเฉลี่ยเป็น 4.00 ซึ่งถือว่ามีความพึงพอใจอย่างมากต่อเว็บไซต์

ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของมารดา หลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ATTITUDE TOWARDS EX-
CLUSIVE BREASTFEEDING
AMONG THAI MOTHERS IN
A TERTIARY HOSPITAL

Duangporn Maitreechit¹

Santi Punnahitananda⁴

Anantaya Piasa²

Sirinuch Chomtho³

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก โดยเฉพาะ 6 เดือนแรก แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย ยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดบุตรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2560 จำนวน 496 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 26-34.5 ปี (อายุเฉลี่ย 31 ปี) มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 10 คน (ร้อยละ 2) ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจนครบ 6 เดือน แต่มีกลุ่มตัวอย่างอีก 146 คน (ร้อยละ 29.4) เลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เป็นหลักแต่เพิ่มน้ำเปล่าบางมื้อ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติ โดยรวมเท่ากับ 4.18±0.89 เมื่อจัดกลุ่มพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เชิงบวก มีจำนวน 405 คน (ร้อยละ 81.34) เชิงลบ 26 คน (ร้อยละ 5.31) และทัศนคติแบบกลาง 66 คน (ร้อยละ 13.36) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ทัศนคติที่กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนในด้านลบมากที่สุด คือ การเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมสะดวกรวดเร็ว (ร้อยละ 20.68) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับความพอเพียงของน้ำนม ความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ครบ 6 เดือน การเป็นอุปสรรคในการทำงาน และระยะเวลาการให้นมนานถึง 2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่ใจ ร้อยละ 51.61, 23.47, 20.93 และ 17.1 ตามลำดับ มารดาหลังคลอดมีทัศนคติเชิงบวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามาตรฐานวิเคราะห์ข้อคำถามพบว่า ความรู้สึกที่น้ำนมไม่พอ, ความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ 6 เดือน, การให้นมแม่เป็นอุปสรรคในการทำงานนอกบ้าน และควรให้นมนานถึง 2 ปี มารดาจะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ ดังนั้นจึงควรนำประเด็นปัญหาเหล่านี้พัฒนาต่อยอดเพื่อส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: ทัศนคติ, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังคลอด

Keywords: Attitude, Exclusive breastfeeding, postpartum mother

- 1 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 2 แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- 3 รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

A COMPARISON BETWEEN FLAT NIPPLE AND NORMOL NIPPLE MOTHERS IN BREASTFEEDING SUCCESS AT MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL

ลภัส แสงเพ็ญ¹

ยุวดี วิทยพันธ์²

¹โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, ²มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บทนำ องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้แก้ไขหัวนมระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากเสี่ยงต่อการแท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด และไม่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวตั้งแต่ปีพ.ศ.2557 เป็นต้นมา

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้ทารกดูดนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ
รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่มารดาทารกสุขภาพดี ทารกเกิดครบกำหนด น้ำหนักแรกเกิดปกติ ที่รับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 120 คู่ แบ่งเป็น มารดาที่มีความยาวหัวนม 0.1- 0.7 เซนติเมตรจำนวน 60 คู่ และมารดาที่มีความยาวหัวนม>0.7 เซนติเมตรจำนวน 60 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก และแบบบันทึกการประเมินและช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบค่าchi square และT-test

ผลการวิจัย พบว่าการให้ทารกดูดนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ แรกรับค่าเฉลี่ยของคะแนน Latch on ในมารดาหัวนมปกติ สูงกว่ามารดาหัวนมสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p=.002) หลังการช่วยจัดทำให้นมสนับสนุนการดูดบ่อ และแก้ไขหัวนมในมารดาหัวนมสั้น ทำให้ก่อนจำหน่ายทั้งสองกลุ่มค่าเฉลี่ยของคะแนน Latch on ไม่แตกต่างกัน และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายของมารดาหัวนมปกติ สูงกว่ามารดาหัวนมสั้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .215)

สรุป การช่วยจัดทำให้นม สนับสนุนการดูดบ่อ และแก้ไขหัวนมในมารดาหัวนมสั้น ในหอผู้ป่วยหลังคลอด ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

การศึกษาผลของการให้นมน้ำเหลืองในทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (น้ำหนัก 1,000 กรัมถึง 1,500 กรัม) ต่อภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย

Clinical outcomes of early oropharyngeal colostrum in VLBW in preventing late onset neonatal sepsis (L-OS)

บลินี ยมศรีเคน

โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย(Late onset neonatal sepsis; L-OS) และNecrotizing enterocolitis (NEC) เป็นปัญหาสำคัญมี morbidity และ mortality สูงโดยเฉพาะในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก นมน้ำเหลือง (colostrum) มีสารอาหารจำเป็น การให้นมน้ำเหลืองในระยะแรกหลังคลอดช่วยลดการติดเชื้อในทารกได้

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของการได้รับนมน้ำเหลืองในระยะแรกหลังคลอด ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากกับการเกิด L-OS และ NEC

วิธีการศึกษา Cohort study ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือทารกแรกเกิดที่ได้รับนมน้ำเหลืองตาม protocol คือ อย่างน้อยครั้งละ 0.2 mL โดยวิธีหยอดใส่กระพุ้งแก้มทารก ต้องได้รับครั้งแรกใน 24 ชั่วโมง ได้รับครั้งต่อไปห่างกันทุก 3 ชั่วโมง รวมแล้วให้ได้รับอย่างน้อย 16 ครั้งภายใน 72 ชั่วโมงแรกของชีวิต กลุ่มควบคุมคือ ทารกไม่ได้รับนมแม่ตามprotocol

ผลการศึกษา จาก 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560 มีทารกแรกเกิด 38 ราย มีทารกกลุ่มควบคุม 14 ราย ทารกกลุ่มตัวอย่าง 21 ราย น้ำหนักแรกเกิด 1000 -1470 กรัม น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1256.6 กรัม อายุครรภ์ 26 ถึง 36 สัปดาห์ การศึกษาพบว่า อัตราการเกิดการL-OSและการเกิด NEC ของกลุ่มตัวอย่าง คือร้อยละ28.6และ 4.8ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมคือร้อยละ 64.3 และ 28.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่พบผลข้างเคียงจากการศึกษา

สรุปผล การให้นมน้ำเหลือง ในระยะแรกหลังคลอด มีประโยชน์มาก กับทารกแรกเกิดทุกคน โดยเฉพาะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดสูง ควรได้รับนมน้ำเหลือง อย่างรวดเร็ว และเพียงพอ ควรมีการศึกษาต่อเนื่องและศึกษาผลในระยะยาว

โครงการบริการวิชาการการพัฒนา รูปแบบการสนับสนุนการให้นมบุตรและ การบีบเก็บน้ำนมในทัณฑสถาน เขตภาคเหนือตอนล่าง

Academic service project of
development of breastfeed-
ing support and milk stor-
age at one prison in lower
norther area

ประทุมมา ฤทธิโพธิ์

พรรณทิพา บัวคล้าย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

บทนำ: จากแนวคิดโครงการกำลังใจซึ่งเป็นพื้นฐาน The Bangkok rules เพื่อช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ต้องขังหญิงระหว่างต้องโทษจำคุกและเตรียมตัวก่อนปล่อยซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กติดผู้ต้องขังให้มีพัฒนาการที่ดีสมวัยและหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด และสามารถดูแลตนเองและบุตรภายหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และบีบเก็บน้ำนมในทัณฑสถานจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ

วัตถุประสงค์: โครงการบริการวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการให้นมบุตรและการบีบเก็บน้ำนมในทัณฑสถานเขตภาคเหนือตอนล่าง วิธีการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ Plan Do Check Act นำมาประยุกต์เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทัณฑสถานในเขตภาคเหนือตอนล่าง ระยะเวลา 6 เดือน จำนวนผู้ต้องขังหลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงาน: ผลการดำเนินการโครงการมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสะท้อนคิดความสำคัญของนมแม่แก่ผู้บริหารหน่วยงาน 2) บูรณาการนโยบายของสถาบัน 3) ตอบสนองความต้องการพื้นฐานงานนมแม่ 4) วางจุดมุ่งหมายร่วมกันของผู้ร่วมได้ผลประโยชน์ 5) เสริมพลังอำนาจมารดาในการให้นมบุตรและกระบวนการบีบเก็บน้ำนมและการส่งต่อ และ 6) พัฒนาแม่ที่เลี้ยงแก่ผู้เริ่มใหม่

สรุป: โครงการดังกล่าวส่งผลให้หญิงผู้ต้องขังมีการบีบเก็บน้ำนมเพื่อทารกกรณีมารดาต้องออกนอกทัณฑสถาน และเตรียมพร้อมส่งต่อแก่ทารกเมื่อต้องส่งออก สำหรับความยั่งยืนต้องได้รับการประเมินผลต่อไป และแนวทางการพัฒนาเป็นแหล่งทรัพยากรธรรมาคารน้ำนมในพื้นที่เป็นแนวคิดหนึ่งที่ต้องพิจารณาเช่นกัน

ผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายในหกเดือนหลังคลอดของสตรีที่ ทำงานนอกบ้าน

Effects of breastfeeding
support model on breast-
feeding rates within six
months among women em-
ployed outside the home

สุลลหา ยิ้มแย้ม¹

พิกุล ทรัพย์พันธ์²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนหกเดือนแรก การวิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลต่อการให้นมมารดาแก่บุตรอย่างเดียวก่อนหกเดือนแรก โดยรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่กลับไปทำงานหลังคลอดนี้เน้นการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลหลังคลอดและกลับไปอยู่ที่บ้าน การช่วยในการวางแผนและการทบทวนแผนการปฏิบัติเมื่อกลับไปทำงานหลังคลอด การติดตามและการช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อกลับไปทำงาน รวมทั้งการประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนหกเดือนหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่กลับไปทำงานนอกบ้านที่มาคลอดในโรงพยาบาลมารดาและทารกเชียงใหม่และโรงพยาบาลลำพูนในระยะก่อนและหลังใช้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนกลุ่มละ 35 คนเท่ากัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และไควสแคว์

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของมารดาทั้งสองกลุ่มด้วยว่าไม่มีความแตกต่างกัน มารดาที่ได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องจากพยาบาลมีอัตราการให้นมแม่อย่างเดียวก่อนหกเดือนแรกหลังคลอดสูงกว่ามารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จากการศึกษาสรุปได้ว่ารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลสำหรับมารดาที่ทำงานนอกบ้านมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนหกเดือนหลังคลอด

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อปริมาณน้ำนมแม่ที่พอเพียงและ พฤติกรรมปฏิบัติของมารดา เพื่อการคงอยู่ของนมแม่สำหรับการก หลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

The effects of promoting breast feeding self-efficacy program on sufficient of breast milk supply and maintenance of lactation behavior in mothers of newborn after explore laparotomy

อุพรรัตน์ ละศรีเขต¹

วีณา จีระไพทย์²

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี¹, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

บทนำ: น้ำนมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก จากสถิติเดือน มิ.ย.56 ถึง ส.ค. 56 ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีทารกหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องไม่มีน้ำนมแม่เพื่อนำมาใช้เลี้ยงทารกหลังจากแพทย์สั่งให้ คิดเป็นร้อยละ 71.45, 66.67 และ 70.00 ตามลำดับ และพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกเจ็บป่วยในโรงพยาบาลเปลี่ยนจากการให้นมแม่เป็นนมผสมคือทารกต้องงดนมตามแผนการรักษาทำให้มารดาไม่มั่นใจในการกระตุ้นเต้านมโดยการบีบเก็บน้ำนมอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมารดาไม่สามารถผลิตน้ำนมจากเต้านมได้ทำให้ทารกขาดโอกาสได้รับนมแม่และส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่เป็นไปตามครรลองของธรรมชาติ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการคงอยู่ของนมแม่ และเปรียบเทียบจำนวนมารดาที่มีปริมาณของน้ำนมแม่ที่พอเพียงสำหรับทารกหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างมารดาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการ: วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและมีทารกได้รับการผ่าตัดช่องท้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจำนวน 44 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกัน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบวัดพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการคงอยู่ของนมแม่ และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมแม่ โดยวัดจากปริมาณน้ำนมแม่ที่มารดาบีบให้มีน้ำนมแม่จัดเก็บเพื่อให้พอเพียงต่อความต้องการของทารกใน 1 วัน โดยมีปริมาณของน้ำนมแม่มากกว่าหรือเท่ากับปริมาณน้ำนมตามแผนการรักษามีหน่วยเป็นมิลลิลิตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าที และสถิติทดสอบค่าซี

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการคงอยู่ของนมแม่ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเท่ากับ 41.09 และ 87.50 ทดสอบสถิติที่พบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และจำนวนมารดาที่มีปริมาณน้ำนมแม่ที่พอเพียงสำหรับทารกหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มควบคุมมีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.36 กลุ่มทดลอง มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เปรียบเทียบด้วยสถิติซีพบว่าจำนวนมารดาในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล: มารดาที่มีทารกผ่าตัดช่องท้องกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการคงอยู่ของนมแม่สูงสามารถคงปริมาณของน้ำนมแม่ให้มีความพอเพียงสำหรับทารกเมื่อแพทย์สั่งให้นมตามแผนการรักษาได้

ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาคลอดก่อนกำหนด

The Effect of Empowerment for Breastfeeding in Mother's Preterm Labor

จันทร์สมัย สมศรี¹

สุวรรณศรี กตะศิลา²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

บทนำ: การคลอดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จ เนื่องจากทารกไม่แข็งแรง เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องแยกกับมารดาเป็นเวลานาน ทำให้การเริ่มดูดนมแม่ช้า และมารดามีความวิตกกังวลสูง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อความสามารถและระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาคลอดก่อนกำหนด

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2559 ถึงสิงหาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามกรอบแนวคิดของกิบสัน 5 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1,2,3,4 และ 5 หลังคลอด รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช ได้ค่า 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา: พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลอง (= 8.86, S.D = .80) และกลุ่มควบคุม (= 8.62, S.D = 75) ไม่แตกต่างกัน ($p > .00$)
2. ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองเฉลี่ย 4.89 เดือน (= 4.89, S.D = 1.24) ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.91 เดือน (= 1.91, S.D = .82) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .00$)

บทสรุป: การเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้คลอดก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานขึ้น จึงควรนำมาใช้กับมารดาคลอดก่อนกำหนดทุกราย เพื่อช่วยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตามเป้าหมาย

การจัดรูปแบบการดูแลมารดาที่มี ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ซับซ้อน ตามกรอบแนวคิด Iceberg model

ลภัย แสงเพ็ญ

จตุพร เพิ่มพรสกุล

โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช

ที่มา วิเคราะห์ผลการดำเนินงานของคลินิกนมแม่ ปี 2558 พบว่า ร้อยละ 64 ของแม่ที่มีปัญหา นมแม่ซับซ้อนเช่น หัวนมบอดนมลูกสับสนหัวนม หรือลูกเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด และต้องฝึกการให้นมแม่ ที่คลินิกนมแม่ระยะยาว ปรับลดเป้าหมายจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการบีบนมหรือปั้มนมใส่ขวดให้ลูก ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์ เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการให้ลูกดูดนมแม่จากเต้า ในกลุ่มที่มีปัญหา นมแม่ซับซ้อน

วิธีดำเนินการ ศึกษาแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะโดยใช้ Iceberg model และสร้างแนวปฏิบัติตาม กรอบแนวคิดของ Iceberg model ประกอบด้วย 1)การใช้สุนทรียสนทนา เพื่อค้นหาการรับรู้ (perception) และความคาดหวัง (Expectation) ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาแต่ละราย 2)การให้ข้อมูลที่ตอบสนองเชิงบวกต่อการรับรู้และความคาดหวัง 3) การสร้างช่องทางการเข้าถึงบริการคลินิกนมแม่ที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของมารดาแต่ละราย

ผลการการศึกษา 1)จำนวนผู้รับบริการที่ใช้แนวทางปฏิบัติทั้งหมด 18 ราย เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยให้ จากเต้า 6 เดือน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 2)การรับรูนมแม่มีภูมิคุ้มกันโรค ลดการเจ็บป่วย ร้อยละ 100 ด้านการเสริมสร้างสติปัญญาร้อยละ 55.56 3)ความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรร้อยละ 88.89 เรียนเก่ง ฉลาด 4)การรับบริการร้อยละ 83.33 มาคลินิกนมแม่ทุกครั้ง ร้อยละ 100 ใช้บริการทางไลน์ และทางโทรศัพท์พร้อมด้วย

สรุป แนวปฏิบัติตามแนวคิด Iceberg model เพิ่มสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มที่มีปัญหา นมแม่ซับซ้อน

กำหนดการ การนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรม

ประเภท poster

Code/ เวลาบรรยาย	ชื่อผู้นำเสนอ ผลงาน	ชื่อเรื่อง	ประเภท
P-001	เยาวเรศ กิตติธเนศวร โรงพยาบาลอ่างทอง	ผลของการฟังเพลงต่อการหลั่งน้ำนมในช่วงทันทีหลังคลอด ในมารดาที่คลอดครบกำหนด การศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่ม Effect of music on immediately postpartum lactation by term mothers after giving birth: a randomized controlled trial	โครงการ
P-002	เยาวเรศ กิตติธเนศวร โรงพยาบาลอ่างทอง	การพัฒนากระบวนการวินิจฉัยและรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้น Development of tongue tie care team	โครงการ
P-003	สุวิดา โชติสุวรรณ โรงพยาบาล ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	นวัตกรรมสื่อการสอน เต้านมแม่ที่ศจรรย Innovation good teaching breast milk	นวัตกรรม
P-004	อาภาณี แยมอิม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	นวัตกรรม สเกลนมแม่ Maternal milk scale innovation	นวัตกรรม
P-005	อติพร ศิวิชัย โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา	ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารก คลอดก่อนกำหนด The effect of Nursing Empowerment Program on Adaptation in Breastfeeding for Mother with Preterm Infants	วิจัย
P-006	พัชรพร แก้ววิมล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อน กำหนด Effect of program enhancing Self-efficacy in breast- feeding with family's participation on duration of breastfeeding and weight gain in preterm infant	วิจัย
P-007	รติกาล เลิศศิริ โรงพยาบาลแปลงยาว	ตุนนมพอเพียง ฝากได้ไม่จำกัด Sufficient milk storage is unlimited	โครงการ
P-008	ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	การพัฒนาแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน สถานประกอบการผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ Model development of breastfeeding support in workplaces using empowerment process	วิจัย
P-009	วริญญา คงพิจิตร โรงพยาบาลหาดใหญ่	ผลการใช้สื่อ 3 มิติคัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ The Results of 3D Media on Self Breast Screening of Pregnant Women	นวัตกรรม
P-010	ประทุมมา ฤทธิโพธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงผู้ต้องขัง ทัณฑสถานหญิงแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง Lived experience of breastfeeding among incarcerated women at one prison in lower norther area	วิจัย

บทคัดย่อ
ผลงานวิจัยและนวัตกรรม
การนำเสนอผลงานประเภทโปสเตอร์

ผลของการฟังเพลงต่อการหลั่งน้ำนม ในช่วงทันทีหลังคลอด ในมารดา ที่คลอดครบกำหนด การศึกษา เปรียบเทียบแบบสุ่ม

Effect of music on immediately postpartum lactation by term mothers after giving birth: a randomized controlled trial)

Yaowaret Kittithanesuan¹

Jaranit Kaewkungwal³

Yong Poovorawan⁴

Supawadee Chiarakul²

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Ang Thong Provincial Hospital, Ang Thong, 14000, Thailand

² Department of Medicine, Prasat Neurological Institute, Bangkok, 10400, Thailand.

³ Center of Excellence for Biomedical and Public Health Informatics, Faculty of Tropical Medicine, Bangkok, 10400, Thailand.

⁴ Center of Excellence in Clinical Virology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University and Hospital, Bangkok, 10330, Thailand.

Introduction: The benefits and importance of maternal breastfeeding have been emphasized worldwide. Early mother–infant contact and newborn suckling within the first hour after birth positively influences lactation and therefore results in more successful breastfeeding. Maternal anxiety and stress are considered factors that inhibit lactation and happiness, whereas relaxation with the newborn and emotional connection can promote lactation.

Objective: The study aimed to determine the effect of music on the lactation of mothers immediately after giving birth

Material and Method: A randomized, controlled trial was performed. The intervention group consisted of 152 mothers who listened to music after giving vaginal birth. The control group consisted of 152 mothers who received routine, immediate postpartum care in the delivery room.

Results: Upon evaluation of the milk volume from each participant before and after suckling, the intervention group showed a statistically significant association with increased lactation after suckling ($p < 0.05$). Adjusting for lactation time, maternal age and birth history, the odds ratio was 2.36 (95% CI: 1.54–3.63) for the intervention group, which suggests that music triggers increased lactation ($p < 0.001$).

Conclusion: Breastfeeding mothers who listened to music immediately postpartum showed significantly increased lactation after suckling compared to the control group.

การพัฒนาระบบการวินิจฉัย และรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้น

Development of tongue tie care team

เยาวเรศ กิตติธเนศวร

วันเพ็ญ กวยาวงศ์

คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลอ่างทอง

บทนำ: Tongue tie หรือภาวะพังผืดใต้ลิ้น เป็นภาวะที่เป็นแต่กำเนิดและถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอุบัติการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีปัญหา

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบการวินิจฉัยและรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้นที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการพัฒนา

1. สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลคลินิกนมแม่ เจ้าหน้าที่ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด NICU ศึกษา ดูงานจากคลินิกพังผืดใต้ลิ้น โรงพยาบาลศิริราช แล้วนำมาฝึกอบรมวิธีการประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นให้แก่เจ้าหน้าที่ห้องคลอดและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหลังคลอดทุกราย

2. เจ้าหน้าที่ห้องคลอดประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นก่อนย้ายทารกแรกคลอดทุกราย และบันทึกลงในแบบประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นและการให้นมมารดา และส่งต่อข้อมูลให้กับหอผู้ป่วยหลังคลอด

3. เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหลังคลอดทำการประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นซ้ำ และประเมินลักษณะหัวนมมารดา หลังทารกดูดนม และบันทึกลงในแบบประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้นและการให้นมมารดา

4. เมื่อพบทารกที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้น ให้การช่วยเหลือ โดยแก้ไขหัวนม ช่วยเหลือให้มารดามีท่าอุ้มที่ถูกต้อง ให้ทารกอมหัวนมได้ถูกต้อง หากยังมีปัญหาดูนมแม่ได้ไม่มีประสิทธิภาพจากการประเมินโดยใช้ Siriraj Tongue Tie Score ซึ่งทารกที่มี STT score ต่ำกว่า 8 ควรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ส่วนผู้ที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ควรรักษาแบบประคับประคองก่อน จึงเสนอทางเลือกโดยการผ่าตัดขลิบพังผืดใต้ลิ้น (frenulotomy)

5. สูติแพทย์เป็นผู้ทำผ่าตัด frenulotomy

6. สังเกตอาการและให้การดูแลหลังผ่าตัดโดยเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยร่วมกับมารดา

7. ตรวจสอบติดตามดูลักษณะแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประสิทธิภาพในการดูนมของทารก โดยคลินิกนมแม่ หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

ผลการดำเนินงาน: ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึงปัจจุบัน มีทารกคลอดในโรงพยาบาลอ่างทอง 5640 ราย ได้รับการประเมินภาวะพังผืดใต้ลิ้น 5293 ราย คิดเป็น ร้อยละ 93.85 พบทารกมีภาวะพังผืดใต้ลิ้น ร้อยละ 46.16 ของทารกที่ได้รับการประเมิน จำแนกเป็นความรุนแรงของภาวะพังผืดใต้ลิ้นระดับเล็กน้อย ร้อยละ 40.92 ,ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.50 และระดับมาก ร้อยละ 9.42 และพบทารกที่มีภาวะพังผืดใต้ลิ้น มี STT score <8 ร้อยละ 50.31 ของทารกมีภาวะพังผืดใต้ลิ้น ทำผ่าตัด frenulotomy โดยสูติแพทย์ไปแล้วทั้งสิ้น 1076 ราย อัตราความพึงพอใจของมารดาหลังทำผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.75 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ร้อยละความพึงพอใจเฉลี่ย 94.98 มีอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่ทำผ่าตัด frenulotomy เฉลี่ย ร้อยละ 98.52 และ 70.94 เมื่อติดตามหลังคลอด 7 วัน และ 6 เดือน ตามลำดับ

สรุปผล: การพัฒนาระบบการวินิจฉัยและรักษาภาวะพังผืดใต้ลิ้นสามารถทำได้ไม่ยาก การผ่าตัด frenulotomy สามารถทำได้โดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกฝน โดยใช้เวลาศึกษาและฝึกฝนไม่มากนัก โรงพยาบาลอ่างทองมีการดำเนินงานที่แตกต่างจากสถาบันอื่นคือ ผู้ทำการผ่าตัดเป็นสูติแพทย์ ซึ่งมีข้อดีคือ ได้มีการตรวจประเมินปัญหาการให้นมมารดาก่อนผ่าตัดอย่างละเอียด และสามารถตรวจติดตามหลังผ่าตัดได้อย่างใกล้ชิด การประเมินและดูแลอย่างเป็นระบบครบวงจรตั้งแต่แรกคลอดจนถึงการติดตามหลังคลอดโดยคลินิกนมแม่ ทำให้เพิ่มความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นอย่างดี

นวัตกรรมสื่อการสอน เต้านมแม่หัตถ์

Innovation
good teaching
breast milk

สุวิดา โชติสุวรรณ

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ได้มีการดำเนินงานเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก โดยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ด้วยบริบทของโรงพยาบาลซึ่งเป็นทั้งหน่วย ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพ เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก และเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลหลายสถาบัน คลินิกนมแม่เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่ให้บริการในด้านการศึกษารียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล รวมไปถึงบุคลากรของโรงพยาบาล และยังมีการสอนครอบคลุมไปถึงชุมชนเป็น แหล่งเรียนรู้ให้กับ อ.ส.ม. และประชาชนทั่วไปที่สนใจหรือแม้กระทั่งตัวของหญิงหลังคลอดที่มีปัญหาเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีเป้าหมาย คือเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถดูแลและเผยแพร่ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกต้อง หญิงหลังคลอดสามารถให้นม ลูกครบ 6 เดือน จากบริบทการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้นี้จึงได้จัดทำให้งานคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ ได้พัฒนาระบบการสอนและสาธิตวิธีการบีบน้ำนม ซึ่งในช่วงแรกได้สอนโดยการบีบนมจริง ของมารดา ซึ่งไม่สะดวกหลายประการ เช่น ทำให้เจ็บจากการที่บีบไม่ถูกต้อง เป็นการ Exposed คนไข้ ต่อ มาได้ปรับปรุงเป็นเต้านมถ่วงน่องธรรมดา ซึ่งใช้ได้ผลแต่ขาดความรู้สึกเหมือนจริง เนื่องจากไม่สามารถรับรู้ ได้ถึงความถูกต้องเมื่อบีบได้ถูกตำแหน่ง จึงได้ปรับปรุงและพัฒนาเป็นลักษณะเต้านมปลอมให้เหมือนจริง มากขึ้นโดยสามารถบีบน้ำนมออกมาได้จริงเมื่อบีบในตำแหน่งที่ถูกต้อง เพื่อใช้ประกอบการสอนและสาธิต วิธีบีบน้ำนมกับบุคลากรดังกล่าวข้างต้น อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้หญิงหลังคลอดที่ต้องกลับไปทำงานสามารถ เรียนรู้การบีบและเก็บน้ำนมไว้ให้ลูกเพื่อให้ลูกได้รับนมแม่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งยังเป็นการลดปัญหา คัดตึงเต้านม ปวดเต้านม ในหญิงหลังคลอดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้นมลูกอย่างหนึ่ง จากการพัฒนา นวัตกรรมดังกล่าว ได้เก็บข้อมูลความพึงพอใจในการใช้สื่อการสอนและการบีบนมในตำแหน่งที่ถูกต้อง เต้าน มแม่หัตถ์ พบว่า ผู้ใช้นวัตกรรมร้อยละ 86 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และร้อยละ 14 มีความ พึงพอใจในระดับมาก และผู้ใช้นวัตกรรมทุกราย สามารถบีบนมได้ถูกต้อง นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลชุมพร เขตรอุดมศักดิ์ ได้วางแผน ในการเผยแพร่นวัตกรรมเต้านมปลอมให้แก่โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดชุมพร ด้วย และสามารถประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อเต้านมปลอมเพื่อการสาธิตได้

นวัตกรรม สเกลนมแม่

Maternal milk scale
innovation

ลมิย แสงพิง

อาภาณี แยมอ้อม

จรรยา ขุนอินทร์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ที่มา มารดาในระยะหลังคลอด 2-3 วันแรก นมไหลน้อย จึงกังวลว่านมไม่พอ เจ้าหน้าที่ขาดเครื่องมือ สร้างความเข้าใจ จึงแก้ปัญหาด้วยการให้นมเสริมซึ่งอาจเกินความจำเป็น และส่งผลต่อความสำเร็จของการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างเครื่องมือสื่อสารปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับจากการดูดนมแม่ แก่มารดาและญาติ **วิธีดำเนินการ** 1) ใช้แนวคิดจากปริมาตรของเหลว 15 หยด เท่ากับ 1 ซีซี และการดูดนมตามปกติ ของทารกคือ 6-7 ครั้งใน 10 วินาที โดยทดลองบีบนมแม่ที่ทารกป่วยจำนวน 30 ราย เริ่มด้วยบีบนม 15 ครั้งใน 20 วินาที แบ่งบีบเป็น 3 ชุด ชุดละ 5 ครั้ง และหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการไหลของน้ำนม จากการบีบนมครั้งแรก กับปริมาณน้ำนมที่บีบได้ใน 10 นาที 2) สร้างสเกลนมแม่ เป็นตารางแสดงลักษณะ การไหลจากการบีบนม ปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับจากการดูดนมแม่อย่างน้อย 10 นาที และปริมาณน้ำนม ที่ทารกต้องการต่อมื้อ 3) ใช้นวัตกรรมอธิบายแม่และญาติถึงปริมาณน้ำนมที่ทารกได้รับจากการดูดนมแม่ แต่ละมื้อ

ผลการศึกษา ประเมินผลจากการใช้นวัตกรรมแก่มารดาจำนวน 414 ราย ระหว่าง เดือนเมษายน 2560-เดือน พฤษภาคม 2560 พบว่ามารดาและญาติร้อยละ 92.27 เชื่อว่าลูกได้รับนมพอไม่ขอนมเสริม เพิ่ม ส่วนมารดาที่นมไม่พอและต้องให้นมเสริมในช่วงแรก เมื่องดการเสริมนมมีความพึงพอใจร้อยละ 93.75 และอัตราทารกได้รับนมพอร้อยละ 100

สรุป ประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้นวัตกรรมสเกลนมแม่คือ มารดาและญาติพึงพอใจต่อการพิจารณา ว่านมแม่เพียงพอ ลดการเสริมนมโดยไม่จำเป็น เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย

ผลของโปรแกรมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัว ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา ที่มีการคลอดก่อนกำหนด

The effect of Nursing Empowerment Program on Adaptation in Breast-feeding for Mother with Preterm Infants

อติพร ศิวิชัย

หอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายของทารกแรกเกิดสูง สารอาหารในน้ำนมแม่เหมาะสมต่อสรีรวิทยาและความต้องการ ช่วยป้องกันและลดปัญหาดังกล่าว ทำให้การรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นและทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตในระยะยาวทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสมอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากปัญหาและอุปสรรคทั้งด้านมารดาและทารกทำให้มารดาขาดพลังอำนาจซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการที่จะให้นมแม่แก่ทารกหากมีการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ต้องเผชิญปัญหานานาประการจะช่วยให้มารดามีพลังอำนาจในการปรับตัวและเกิดความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และทารกได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 40 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรม 6 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือ 2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของมารดา 3) การสร้างพลังในการแก้ปัญหา 4) การเสริมแหล่งพลังอำนาจ 5) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง 6) การสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งความสามารถ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงกับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าที่ (Independent t-test) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.01 การดำเนินการวิจัยเริ่มหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมในการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับตามมาตรฐานปกติเท่ากับ 4.49 และ 2.79 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าคะแนนการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดและได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนการปรับตัวของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.01 จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกคลอดก่อนกำหนด

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของการเกิดก่อนกำหนด

Effect of program enhancing Self-efficacy in breast-feeding with family's participation on duration of breastfeeding and weight gain in preterm infant

พัชรสพร แก้ววิภา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ การแยกทารกจากมารดาหลังคลอดเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการกระตุ้นนมแม่และบั่นทอนสัมพันธภาพในครอบครัว มารดามักวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยของบุตร ขาดความมั่นใจทารกจึงได้รับนมแม่ในระยะสั้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระยะเวลาการให้นมแม่และน้ำหนักตัวทารก

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ได้จากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองจะได้ดูสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดและวางแผนการดูแลทารกร่วมกัน ครอบครัวจะได้รับความรู้เรื่องนมแม่ตั้งแต่วันที่ 1 (วันที่ 1-5) เริ่มฝึกบีบเก็บน้ำนมระยะที่ 2 (วันที่ 6-14) ครอบครัวช่วยเหลือประคับประคองให้บีบเก็บน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 3 (วันที่ 15-60) ทารกฝึกดูดนมจากเต้าและประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน มารดาจะบันทึกข้อมูลทั้งหมดในแบบบันทึกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ชุดที่ 1-3 และผู้วิจัยบันทึกน้ำหนักตัวของทารกลงบนกราฟ

ผลการศึกษา: ทารกกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (2,929.23 ± 403.63 กรัม) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (2,615 ± 360.22 กรัม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมารดาในกลุ่มทดลองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เฉลี่ย 62.67 ± 13.11 วัน) นานกว่ากลุ่มควบคุม (46.93 ± 9.40 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล: การสร้างเสริมสมรรถนะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลทารกจะช่วยให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องและทารกมีการเติบโตเพิ่มขึ้นจากการได้รับนมแม่

ตู้บพอเพียง ฝากได้ไม่จำกัด

Sufficient milk storage
is unlimited

รศ.กมล เลิศศิริ¹

อณงค์ แคมเขากอง²

ดาวรุ่ง บัวพันธ์³

โรงพยาบาลเปล่งยาว

บทนำ : นมแม่เป็นสุดยอดอาหารสำหรับลูก เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มที่แม่ทำงานนอกบ้านและมีกำลังทรัพย์น้อย จึงได้จัดบริการรับฝากนมแม่ขึ้น/

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

วิธีการดำเนินงาน : ปี2552 พบปัญหาแม่หลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถเลี้ยงได้สำเร็จเนื่องจากไม่มีตู้แช่นม/จัดหาตู้แช่นมโดยความร่วมมือกับชุมชนองค์กรท้องถิ่น โดยร่วมกันบริจาคตู้แช่นมจำนวน1ตู้ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการในชุมชนและในสถานประกอบการ เปิดบริการรับฝาก-เบิก จ่ายนมได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการพัฒนาบุคลากรโดยส่งฝึกอบรมที่โรงพยาบาลศิริราช ปี2554พบปัญหาตู้แช่นมไม่เพียงพอในการให้บริการชุมชนจึงได้บริจาคตู้แช่นมเพิ่มอีกจำนวน1ตู้และปี2555มีผู้บริจาคเพิ่มอีก1 ตู้ และส่งเจ้าหน้าที่ไปฟื้นฟูหลักสูตรการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหाराชินีปี2559พบปัญหานมแม่มีภาวะล้นStockจากมารดาบางรายมีน้ำนมมาฝากมากแต่มีการเบิกกลับป็น้อย จึงปรับให้มีสมุดคู่ฝากประจำตัวผู้รับบริการเพื่อให้มารดาทราบปริมาณนมในStock ของตนเองและให้มีเอกสารประจำตัวผู้รับบริการเพื่อสะดวกในการค้นหาที่มีการตรวจเช็คสต็อกนมทุกเดือน

ผลการศึกษา (สาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา/วิจัย/การคิดค้น)

ตารางแสดงข้อมูล	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
ยอดการรับฝากนมแม่ (ราย)	8	12	10	11	6	13	18	18	4
อัตราสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทำงานนอกบ้าน/ น้ำนมมาฝากที่โรงพยาบาลเปล่งยาว(ราย/ร้อยละ)	5/63	10/83	10/100	8/72	6/100	12/92	18/100	18/100	4/100

ตารางที่1: ข้อมูลจากทะเบียนการรับฝาก-ถอน นมแม่โรงพยาบาลเปล่งยาว

สรุปผล : ผลลัพธ์ความสำเร็จของมารดาที่ฝากนมในโรงพยาบาลเปล่งยาวในระยะ 3ปีหลังสูงร้อยละ100เนื่องจากมีแบบอย่างความสำเร็จและความตั้งใจจริงของครอบครัวเจ้าหน้าที่นมแม่ที่ให้การสนับสนุนบริการรับฝากนมแม่เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่นและโรงพยาบาลเปล่งยาวที่ต้องการช่วยแม่หลังคลอดในชุมชนที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จและมีที่สำรองในการจัดเก็บน้ำนมเพิ่มขึ้น โดยการนำน้ำนมแม่ที่บีบหรือปั๊มเก็บได้มาฝากในตู้แช่นมที่มีอุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส ซึ่งช่วยให้คงสภาพคุณประโยชน์ของน้ำนมได้นาน 6 – 12 เดือน สถานที่ตั้งของตู้แช่นมอยู่ทำงานหลังคลอดโรงพยาบาลเปล่งยาวโดยมีเจ้าหน้าที่พร้อมให้บริการได้ตลอด24ชั่วโมงและมีทะเบียนการรับฝาก-ถอนน้ำนมร่วมกับสมุดคู่ฝากมีการลงชื่อยืนยันโดยเจ้าหน้าที่และผู้มาฝาก-ถอนนม/ถุงแช่ที่ใส่ถุงเก็บน้ำนมมีสีประจำตัวมารดาและมีหมายเลขลำดับที่ประจำถุงและมีการตรวจเช็คสรุปผลทุกเดือน

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาน ประกอบการผ่านกระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจ

Model development of
breastfeeding support in
workplaces using empower-
ment process

ประศุมา ฤทธิโพธิ์¹

พรรณทิพา บัวคล้าย¹

ศิริกนก กลิ่นขจร¹

ปริญญพร จันทรศรี²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก, ²โรงเรียนบ้านคลองน้ำไหลใต้ จ. กำแพงเพชร

บทนำ: ลูกจ้างสตรีที่กลับมาทำงานทำงานเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จตามนโยบายที่ตั้งไว้ ดังนั้น นายจ้างควรตระหนักและให้ความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์: พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิด Conger & Kanungo (1988) เขตภาคเหนือตอนล่าง วิธีการ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มี 2 ระยะ ได้แก่ 1) สอบถามออนไลน์การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านจากผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสวัสดิการลูกจ้าง จำนวน 100 แห่ง และ 2) พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 2 แห่ง จากผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลรูปแบบจากลูกจ้างหลังคลอด จากการสัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม และการสังเกต

ผลการศึกษา: การให้ความสำคัญการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ลูกจ้างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.57-5.82 มีเพียงร้อยละ 40 ที่จัดการสนับสนุนแต่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่ควรดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) จุดประกายความรับผิดชอบต่อสังคม 2) สะท้อนจุดอ่อนการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) บูรณาการนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นส่วนหนึ่งในแผนงานสนับสนุนสวัสดิการของบุคลากร 4) สนับสนุนข้อมูลและแนวทางดำเนินการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ 5) เสริมพลังบทบาทการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ของลูกจ้าง 6) ติดตามและสนับสนุนการเป็นต้นแบบสถานประกอบการที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สรุป: การสนับสนุนจากสถานประกอบการเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ลูกจ้างหลังคลอดที่กลับมาทำงานเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่องสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ผลการใช้สื่อ 3 มิติ คัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์

THE RESULTS OF 3D MEDIA ON SELF BREAST SCREENING OF PREGNANT WOMEN

วริญญา คงพิจิตร¹

ละมุล คงเพชร²

โรงพยาบาลหาดใหญ่

บทนำ การคัดกรองเต้านมเป็นปัจจัยหนึ่งสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาที่พบในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้รับการคัดกรองเต้านมคิดเป็นร้อยละ 87.71 และได้รับการคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์เพียงร้อยละ 7.58 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการคัดกรองเต้านมในระยะตั้งครรภ์เมื่อตรวจหลังคลอดพบว่าเต้านมผิดปกติร้อยละ 17.65 และยังพบอีกว่ามารดาหลังคลอดกลุ่มนี้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังถึงร้อยละ 32.92 (เวชระเบียนคลินิกนมแม่โรงพยาบาลหาดใหญ่) ผู้วิจัยจึงคิดทำวิจัยเรื่องผลการใช้สื่อ 3 มิติคัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อ 3 มิติ ในการคัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองศึกษาในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ครรภ์แรกจำนวน 139 ราย แบบกลุ่มเดียวเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 3 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกการคัดกรองเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังใช้สื่อ 3 มิติ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ pair t-test

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนร้อยละความถูกต้องในการคัดกรองเต้านมด้วยตนเองก่อนใช้สื่อคิดเป็นร้อยละ 50.5 หลังใช้สื่อคิดเป็นร้อยละ 98.4 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังใช้สื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนใช้สื่อ ($=2.53, SD=1.26$) และหลังใช้สื่อ ($=4.92, SD=.27$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และเมื่อสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สื่อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($=4.83, SD=0.37$)

สรุป สื่อ 3 มิติสามารถนำมาใช้ในการคัดกรองเต้านมด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ผลถึงร้อยละ 98.4 และการที่หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าเต้านมตนเองปกติหรือผิดปกติ สร้างความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการคัดกรองเต้านมหญิงตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ควรนำสื่อ 3 มิติมาใช้ร่วมกับการสอนหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ครั้งแรกและมีการตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป พร้อมแนะนำวิธีการตรวจด้วยตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนวิธีการดูแลเต้านมและการแก้ไขในกรณีพบปัญหาผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงผู้ต้องขัง ณ กักตันทาสถานหญิงแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง

Lived experience of breastfeeding among incarcerated women at one prison in lower northern area

ประกฤษ ฤทธิโพธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

บทนำ: นมแม่เป็นอาหารที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็กทารก ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องขังและเด็กติดผู้ต้องขัง จึงควรให้ความสำคัญโดยเฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่จำกัดและกฎระเบียบที่เคร่งครัดเช่นทัณฑสถาน

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงผู้ต้องขัง ณ ทัณฑสถานหญิงแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

วิธีการ: กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การดำเนินกระบวนการกลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมผู้ต้องขังที่คลอดลูกและมีหรือเคยมีเด็กติดผู้ต้องขังไม่เกิน 1 ปี จำนวน 16 ราย ณ ทัณฑสถานหญิงแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง

ผลการศึกษา: การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภายหลังจากอดิสรภาพและเข้ามาสู่ที่ทัณฑสถานพร้อมการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ที่เผชิญมี 4 ระยะ คือ 1) ความรู้สึกไม่แน่ใจต่อบทบาทมารดา 2) ภาวะอารมณ์สองฝักสองฝ่ายที่เลี้ยงลูกในทัณฑสถาน 3) เผชิญสถานการณ์ปัญหาและทุกข์ใจในชีวิต และ 4) เผื่อรอคอยอิสรเสรีและเตรียมความพร้อมในการแสดงบทบาทมารดาที่ดี สำหรับขั้นตอนความคิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทัณฑสถาน มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมพร้อมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่เลี้ยงในทัณฑสถาน 2) หนึ่งปีกับบทบาทหญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทัณฑสถาน 3) พรากจากบุตรอันเป็นที่รักหลังกฎอนุญาตเลี้ยงลูกในทัณฑสถานหนึ่งปี และ 4) ยอมรับกฎแห่งการพลัดพราก สรุป: ทัณฑสถานและเรือนจำควรมีแนวทางพัฒนาการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแรงกล้าในข้อจำกัดของสถานที่และกฎระเบียบ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่เสริมพลังอำนาจในการแสดงบทบาทมารดาและการคงไว้คุณค่าของผู้ต้องขัง เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมคนคุณภาพออกสู่สังคมต่อไป



โครงการ การประชุมวิชาการนมแม่ แห่งชาติ ครั้งที่ ๖

ปี ๒๕๖๐

ภาคผนวก

๑. ความเป็นมา หลักการและเหตุผล

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เป็นสารอาหารธรรมชาติ ที่มีสารอาหารครบถ้วนและเสริมภูมิคุ้มกันด้านทานที่จำเป็นต่อร่างกาย มีกรดไขมันที่ช่วยพัฒนาสมองเด็ก สารในระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อทั่วไป เช่น ปอดบวม ท้องเสีย ฯลฯ หรือ แม้แต่กลุ่มโรคเรื้อรังในอนาคต เช่น เบาหวาน มะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็ก เป็นต้น รวมถึงเกิดผลดีต่อสุขภาพของแม่ ได้แก่ ขบวนการเลี้ยงดูที่แม่และลูกต้องอยู่ด้วยกัน ใกล้ชิดกัน เป็นโอกาสการสร้างความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูก และการมีโอกาสนำเสนอลูก ให้มีการพัฒนาการที่ดี เป็นต้นทุนสุขภาพทั้งด้านร่างกาย IQ และ EQ

ปัจจุบัน นโยบายรัฐบาลที่จะก้าวสู่ยุค ๔.๐ จำเป็นต้องมีการเตรียมประชาชนที่มีทักษะในการคิดและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาของนักวิทยาศาสตร์นานาชาติหลากหลายสาขา ทั้งทางด้านประสาทจิตวิทยาและด้านการศึกษา พบว่า การพัฒนาให้เด็กมี Executive Function (EF) เป็นพื้นฐานสำคัญสู่การพัฒนาประชากรไทยให้มีคุณภาพ ซึ่งเดิมเคยเชื่อมั่นว่าเพราะมี EQ และ IQ ดี แต่เด็กที่มี EF ดีจะมีความสามารถในการบริหารจัดการชีวิต คือ คิดเป็น ทำเป็น เรียนรู้เป็น แก้ปัญหาเป็น อยู่กับคนอื่นเป็น และหาความสุขเป็น มีความสามารถคิดอย่างมีเหตุมีผล ยับยั้งชั่งใจได้ วางแผนทำงานเป็น ซึ่ง EF เป็นศักยภาพที่มนุษย์ทุกคนมีมาแต่กำเนิด แต่ต้องได้รับการดูแลฝึกฝนตั้งแต่วัยทารก จนกลายเป็นทักษะของสมองในเด็กโต และเป็นบุคลิกภาพแห่งความสำเร็จไปตลอดชีวิต

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้นทุนของการเลี้ยงดูทารกที่จะทำให้ได้รับโอกาสการพัฒนา EF ที่ดี เริ่มต้นจากคุณค่าของอาหารในนมแม่ต่อการพัฒนาในเนื้อสมอง โดยปัจจัยวิธีเลี้ยงดูของแม่ จะช่วยเสริมให้พัฒนาด้าน EF ไปอย่างถูกต้อง ดังนั้น การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม ควบคู่กับเทคนิคการคิดอย่างถูกต้อง จึงเป็นเรื่องที่ช่วยเสริมนโยบายการสร้างบุคลากรคุณภาพให้กับประเทศ

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพเด็กไทย (Multiple Indicator Cluster Surveys: MICS) ในปี พ.ศ.๒๕๕๕ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการสนับสนุนขององค์การ UNICEF แสดงจากกราฟแบบแผนการกินนมแม่ของทารกตามช่วงอายุ ของประเทศไทย ๒๕๕๕ พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ในช่วงอายุ ๐-๑, ๓, และ ๖ เดือนอยู่ที่ร้อยละ ๓๐, ๑๕ และ ๑๒.๓ ตามลำดับเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๔๙ ในช่วงอายุเดียวกัน อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๖, ๓.๖ และ ๕.๔ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง ภาพรวมของทารกที่ได้รับนมแม่ ในช่วงอายุ ๖-๓ เดือนแรกยังอยู่ในระดับที่ดี คือร้อยละ ๕๕ แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ในทารกอายุน้อยกว่า ๖ เดือนของกรมอนามัย ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ และองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๓๕

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จและบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นในทิศทางที่ต่อเนื่อง คือ การเสริมสร้างทัศนคติและค่านิยมของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ ๖ เดือน และเลี้ยงควบคู่อาหารที่เหมาะสมตามวัยอย่างต่อเนื่องจนอายุได้มากกว่า ๒ ปี ให้กับแม่ พ่อ และญาติที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูเด็ก การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มพูนความรู้ ศึกษาวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทและพื้นที่รับผิดชอบ มีการกระตุ้นให้ชุมชน และสังคมเห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ดังนั้น การจัดประชุมวิชาการเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วม จะช่วยสนับสนุนให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จตามเป้าหมายได้

การประชุมวิชาการครั้งนี้ เป็นครั้งที่ ๖ กำหนดหัวข้อหลักของการประชุมว่า “รวมพลัง สร้างสังคม นมแม่ให้ยั่งยืน” หรือ “Sustaining Breastfeeding Together” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ทันสมัย ทันทับการเปลี่ยนแปลง ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติ ในการแนะนำและแก้ไขปัญหา เพื่อให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ เสริมสร้างพลังในการทำงานร่วมกันของเครือข่ายวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและเอกชน และส่งเสริมวิทยากรรุ่นใหม่ในการเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการขับเคลื่อนนมแม่สู่สังคมไทยอย่างยั่งยืน

รูปแบบการประชุมประกอบด้วยบรรยายวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิและวิทยากรผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน การนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม และผลงานที่เป็นเลิศ ของผู้ปฏิบัติและผู้ให้บริการทุกภาคส่วน การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มสนับสนุน นมแม่ โดยเฉพาะในชุมชน ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประชุมครั้งนี้ คือ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกระดับ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ แม่ให้ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว ๖ เดือน และ เลี้ยงควบคู่อาหารที่เหมาะสมตามวัยอย่างต่อเนื่องจนอายุได้มากกว่า ๒ ปี

๒. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ทันสมัย ทันทับการเปลี่ยนแปลง ที่สามารถนำไปปฏิบัติ ในการแนะนำและแก้ไขปัญหา เพื่อให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ เสริมสร้างพลังในการทำงานร่วมกันของเครือข่ายวิชาชีพ ทั้งภาครัฐและเอกชน และส่งเสริมวิทยากรรุ่นใหม่ในการเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการขับเคลื่อนนมแม่สู่สังคมไทยอย่างยั่งยืน

๓. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑) เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ทารกได้รับนมแม่หยดแรกให้เร็วที่สุด ภายใน ๑ ชั่วโมงแรกเกิด ส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว ๖ เดือน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึง ๒ ปี

๒) เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยในการ ปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสร้างเครือข่ายนักวิชาการนมแม่ในประเทศไทย

๓) สร้างความตระหนัก และ เพิ่มประสิทธิภาพของบทบัญญัติของกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปกับการดำเนินงานกำกับติดตามอย่างเป็นรูปธรรม

๔) เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ จากผลการศึกษาระดับ นวัตกรรม ใหม่ ๆ และผลงานดีเด่น ของการบริหารจัดการและการดำเนินงาน ของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และสถานประกอบกิจการ ในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๕) เพื่อส่งเสริมภาคีเครือข่ายการปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทุกระดับ ทั้งระดับโรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชน สถานประกอบกิจการ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จนถึงในระดับชุมชน ร่วมงาน และเป็นหุ้นส่วน กับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น สหภาพแรงงาน องค์การสิทธิของแรงงาน กลุ่มสตรีและกลุ่มเยาวชน เพื่อปกป้องสิทธิการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีในที่ทำงาน

๔ กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ดำเนินการ ผู้เข้าร่วม ๕๐๐ คน ประกอบด้วย

๑. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั่วประเทศทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จำนวน ๓๕๐ คน

๒. บุคลากรหน่วยงาน/องค์กรที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งในภาครัฐ เอกชน และสถานประกอบกิจการ รวมทั้ง กลุ่มสนับสนุนนมแม่ในชุมชนและสังคม จำนวน ๕๐ คน

๔. ผู้นำเสนอผลงานวิชาการจากทุกหน่วยงาน ๒๐ คน

๕. ที่ปรึกษา วิทยากร คณะกรรมการ ๕๐ คน

๖. ผู้ดำเนินการจัดประชุม ๓๐ คน

๔. หน่วยงานหลัก และ ผู้รับผิดชอบโครงการ

๑. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (ศาสตราจารย์คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีสวัสดิ์ว เลขาธิการมูลนิธิศูนย์นมแม่ฯ)

๒. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ)

๕. แผนการดำเนินงาน

๕.๑ ชั้นเตรียมการ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ และคณะกรรมการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ

ประกอบด้วย

๑.๑ คณะที่ปรึกษา

๑.๒ คณะกรรมการดำเนินงานจัดประชุม มี ๗ คณะ ดังนี้

- กรรมการอำนวยการ
- กรรมการด้านวิชาการ
- กรรมการด้านพิจารณางานวิจัยและนวัตกรรม
- กรรมการด้านสรุปการประชุมและประเมินผล
- กรรมการด้านประชาสัมพันธ์
- กรรมการด้านพิธีการ
- กรรมการด้านต้อนรับ ลงทะเบียน สถานที่ การเงิน โสตทัศนอุปกรณ์ อาหาร ยานพาหนะ และปฐมพยาบาล

๒. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน แต่ละคณะ ดังนี้

๒.๑ ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติฯ เพื่อวางแผน และกำหนดประเด็นเนื้อหาของการประชุม วางแนวทาง วิธีการจัดการประชุม และ ติดตามความก้าวหน้า (๒ ครั้ง)

๒.๒ ประชุมคณะกรรมการด้านวิชาการ เพื่อจัดทำโครงการ กำหนดการประชุมแผนการดำเนินงาน ชุดนิทรรศการ ข้อมูลวิชาการการประชุม และแผนการประเมินผล (๖ ครั้ง)

๒.๓ ประชุมคณะกรรมการฝ่ายพิจารณางานวิจัย และนวัตกรรม เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การคัดเลือก กำหนดวันในการรับงานวิจัย พิจารณาเนื้อหาวิชาการ คัดเลือก ตัดสิน งานวิจัย และนวัตกรรม ทั้ง Oral และ Poster เพื่อให้มานำเสนอในการประชุม และจัดเตรียมเนื้อหา เพื่อเป็นเอกสาร ประกอบการประชุม (๖ ครั้ง)

๒.๔ ประชุมคณะกรรมการด้านสรุปการประชุมและประเมินผล เพื่อจัดทำแบบสอบถาม ประเมินผลการประชุม มอบหมายหน้าที่ผู้บันทึกการประชุม สรุปประเด็นสำคัญ (minute note) รายงานและโดยรวม จัดทำรายงานประเมินผลหลังการประชุม และจัดทำเป็นเอกสารรายงาน (๒ ครั้ง)

๒.๕ ประชุมคณะกรรมการด้านประชาสัมพันธ์ เพื่อร่วมกันวางแผน ประชาสัมพันธ์ ก่อน-ระหว่าง-หลัง การจัดประชุม เน้นช่องทาง Social Media ข่าวสารการประชุม เชิญชวน เข้าร่วมประชุม ประชาสัมพันธ์ส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด ประสานสื่อมวลชนเตรียม แดงข่าว ประสานงานในการถ่ายวิดีโอ ภาพนิ่ง และโทรทัศน์วงจรปิด ประสานและกำกับ ดูแลด้านโสตทัศนอุปกรณ์ (๔ ครั้ง)

๒.๖ ประชุมคณะกรรมการด้านพิธีการ เพื่อประสานงานการเตรียมกำหนดการด้านพิธีเปิด-ปิด วางแผนการเตรียมเชิญบุคคลสำคัญ เพื่อดำเนินการตามพิธีการ ดำเนินรายการตลอด การประชุมให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย บริหารเวลาการประชุมตามกำหนดการ และสร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (๓ ครั้ง)

๒.๗ ประชุมคณะกรรมการ ด้านอาหาร ลงทะเบียน สถานที่ โสตทัศนอุปกรณ์ งบประมาณ การเบิก-จ่ายอาหาร ยานพาหนะ และปฐมพยาบาล เพื่อประสานจัดทำรายชื่อผู้ลงทะเบียนวางแผนการต้อนรับลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม มอบหมายผู้รับผิดชอบ ประสานกับกรรมการด้านอื่น ๆ เรื่องสถานที่ อาหาร ผังการจัดนิทรรศการ การถ่ายภาพนิ่ง โทรศัพท์ วงจรปิด การบันทึกเทป (๓ ครั้ง)

๓. จัดทำหนังสือเชิญและประสาน ประธานเปิดการประชุม ผู้ทรงคุณวุฒิ วิทยากร นักวิชาการ จากหน่วยงานต่างๆ เพื่อบรรยาย อภิปราย นำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรมฯ

๔. ประชาสัมพันธ์โครงการ พร้อมส่งข้อมูลข่าวสารการจัดประชุม ให้หน่วยงานต่างๆ จัดทำหนังสือเชิญชวนเข้าร่วมประชุม ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ แจกจ่ายเอกสาร สื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ฯ

๕. ผลิตชุดสื่อ เอกสาร และสิ่งสนับสนุนในการประชุม

๕.๑ โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ๒,๐๐๐ แผ่น

๕.๒ กระเป๋าเอกสารประชุมวิชาการ ๕๐๐ ใบ

๕.๓ ผลิตหนังสือประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ จำนวน ๖๐๐ เล่ม

๖. ขึ้นดำเนินการ

๖.๑ ดำเนินการประชุม ตามกำหนดการประชุมระยะเวลา ๓ วัน

๖.๒ ประเมินผลการจัดประชุม

๗. ภายหลังการประชุม

๗.๑ สังเคราะห์ความรู้ และเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์สำหรับประชาชน ทางสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ และ โซเชียล มีเดีย

๗.๒ สรุปผลการประชุม จัดทำรายงานเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๗.๔ ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม ๒๕๖๐ – ธันวาคม ๒๕๖๐

๗.๕ งบประมาณ

งบประมาณจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ

จำนวน ๑,๓๕๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งล้านเจ็ดแสนสี่หมื่นบาทถ้วน) เป็นค่าใช้จ่ายดังนี้

๑. ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่มของผู้นำเสนอผลงานวิชาการ

๒. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารกลางวัน ค่าอาหารเย็น ค่าอาหารว่าง และเครื่องดื่มของวิทยากร คณะกรรมการ และคณะทำงาน

๓. ค่าใช้จ่ายในการประชุมเตรียมการ ประชุมคณะกรรมการด้านต่างๆ

๔. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประกอบด้วย การจัดทำสื่อ สิ่งสนับสนุนในการประชุม การจัดนิทรรศการ การประชาสัมพันธ์ การประเมินผลการประชุม การสังเคราะห์องค์ความรู้ เผยแพร่แก่บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนผ่านเว็บไซต์ และค่าบริหารจัดการ

๗.๑๐ การประเมินผล

๑. ประเมินผลการประชุมรายวัน โดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ที่ได้รับ ตลอดจนข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆ ของแต่ละช่วงเวลานำเสนอ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการประชุมครั้งต่อไป


๒. ประเมินความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ และข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่มีต่อการจัดประชุมในภาพรวม


๗.๑๑ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีเวทีวิชาการด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่ทำงานด้านส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

๒. มีการขยายผล สร้างภาคีเครือข่าย เน้นร่วม ในการปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น ในหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการกิจการชุมชน

๓. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น และต่อเนื่อง

ลงนาม..........ผู้เสนอโครงการ
(ศาสตราจารย์คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีรสัติน)
เลขาธิการมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

ลงนาม..........ผู้อนุมัติโครงการ
(พญ. ศิริพร กัญชนะ)
ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

๓.คณะกรรมการดำเนินงานจัดประชุม

๓.๑ ด้านวิชาการ

- | | |
|------------------------------------|---|
| ๑. รศ.พญ.อรพรรณ ศิริวัฒน์ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ประธาน |
| ๒. พลโท นพ.ศุภวิทย์ มุตตามระ | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
กรรมการ |
| ๓. ศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีดิศวร | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๔. พญ.ยุพียง แห่งเชาวนิช | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๕. รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการ |
| ๖. พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๗. ผศ. ดร.จริยา วิทยะศุภร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ |
| ๘. ผศ.พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ |
| ๙. พญ.รัชดา เกษมทรัพย์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรรมการ |
| ๑๐. พญ.ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๑๑. ผศ.ดร.สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ | สภาการพยาบาล
กรรมการ |
| ๑๒. รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ |
| ๑๓. ผศ. พรณา ตั้งสุขสันต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ |
| ๑๔. ผศ.ดร.พญ.ภัทรวัลย์ ตลิ่งจิตร | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
กรรมการ |
| ๑๕. นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์ | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรรมการ |
| ๑๖. รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์
กรรมการและเลขานุการ ๑ |
| ๑๗. ดร. .ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล | ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
กรรมการและเลขานุการ ๒ |
| ๑๘. พ.อ.หญิง ผศ.พญ.ปริศนา พานิชกุล | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
กรรมการและเลขานุการ ๓ |

- | | |
|---------------------------|---|
| ๑๙. นางนริลักษณ์ กุลฤกษ์ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๐. นางสาวอารีวรรณ ทับทอง | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและประสาน |

หน้าที่รับผิดชอบ

- ๑) ร่างกำหนดการประชุม เสนอที่ประชุมคณะกรรมการ
- ๒) จัดเตรียมเอกสารประกอบการประชุม
- ๓) จัดทำชุดนิทรรศการ ข้อมูลวิชาการ การประชุม
- ๔) ประสาน วิทยากร และประธานการประชุม (ประวัติวิทยากร และเอกสารประกอบการบรรยาย)
- ๕) จัดทำคำกล่าวเปิด กล่าวรายงาน
- ๖) เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓.๒ ด้านพิจารณางานวิจัยและนวัตกรรม

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ๑. รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ประธาน |
| ๒. รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
กรรมการ |
| ๓. ผศ.ดร.จริยา วิทยะศุภร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ |
| ๔. ผศ.พญ.อรพร ดำรงวงศ์ศิริ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ |
| ๕. นางสาวสุธิดา ซาติวุฒินันท์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ |
| ๖. ผศ.ดร.พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ |
| ๗. ผศ.ดร.สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ |
| ๘. พญ.นิพรรณพร วรมงคล | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๙. ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๑๐. รศ.ดร.พญ.ศิรินุช ชมโท | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการ |
| ๑๑. พญ. อรภา สุธีโรจน์ตระกูล | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรรมการ |
| ๑๒. ดร.เบญจมาศ ทัศนะสุภาพ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรรมการ |
| ๑๓. รศ.ดร.พญ.นลินี จงวิริยะพันธุ์ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๔. นางสาวพรรณเพ็ญ พูนลาภเดชา | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

๑๕. นางสาวภูริศา เวชรักษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการและผู้ช่วยเลขาฯ
๑๖. นางสาว อารีวรรณ ทับทอง มุลินิทัศน์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขาฯและประสานงาน

หน้าที่รับผิดชอบ

- ๑) จัดทำหลักเกณฑ์ การคัดเลือก งานวิจัยและนวัตกรรม
- ๒) กำหนด วันเวลา ในการรับงานวิจัย
- ๓) คัดเลือก ผลงานวิจัยเพื่อนำเสนอ ทั้ง poster และ Oral
- ๔) ดำเนินการประกวดงานวิจัยและนวัตกรรม
- ๕) ประสานงานกับคณะทำงานชุดอื่นๆ

๓.๓ ด้านสรุปการประชุมและประเมินผล

๑. รศ. พญ. กุสุมา ชูศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธาน
๒. นพ.คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ
๓. พญ. ฉัตรฉาย เปรมพันธ์พงษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ
๔. ผศ.ดร.พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ
๕. ผศ. ฉันทิกา จันทรเปี้ย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ
๖. ดร.พิมพ์วดี ชาวาลิต อาหวาด ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และ
คอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)
กรรมการ
๗. นางสาว หฤทัย ศรีสุวรรณ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และ
คอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)
กรรมการ
๘. นางสาวนงเยาว์ ไบยา คณะแพทยศาสตร์ มศว. องค์กรักษ์
กรรมการ
๙. นางสาวสุขวดี เกษสุวรรณ คณะแพทยศาสตร์ มศว. องค์กรักษ์
กรรมการ
๑๐. นางศศิณัฐชานันท์ วงษ์อินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มศว. องค์กรักษ์
กรรมการ
๑๑. รศ.นพ.ภาวิน พัวพรพงษ์ คณะแพทยศาสตร์ มศว. องค์กรักษ์
กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางสาว นิตาชล เศรษฐโกศล สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ (IHPP)
กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นางสาวอัญชรี พรหมสกุล มุลินิทัศน์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและผู้ประสานงาน

หน้าที่รับผิดชอบ

- ๑) จัดทำแบบสอบถามก่อน-หลังการประชุม
- ๒) บันทึกการประชุมสรุปประเด็นสำคัญ (minute note) รายวันและโดยรวม
- ๓) จัดทำรายงานประเมินผลหลังการประชุมและจัดทำเป็นเอกสารรายงาน

๓.๔ ด้านพิธีการ

๑. ผศ.ดร. ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรค
หลอดเลือดสมองแบบครบวงจร แห่งโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ประธาน
๒. พญ.ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ
๓. นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ
๔. นพ.คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
กรรมการ
๕. ผศ.ดร.สุดประนอม สมันตเวดิน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
กรรมการ
๖. นางมีนะ สพสมัย มุลินิทัศน์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ
๗. พญ.ศศิณัฐ รุจนเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กรรมการและเลขานุการ
๘. นางสาวอัญชรี พรหมสกุล มุลินิทัศน์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและ ผู้ประสานงาน
๙. นางสาวลินดา เชื้อสมัน มุลินิทัศน์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและ ผู้ประสานงาน

หน้าที่รับผิดชอบ

ก่อนการประชุม

- ๑) ประสานงานการจัดเตรียมกำหนดการประชุมวิชาการ ฯ
- ๒) เชิญบุคคลสำคัญเพื่อดำเนินการด้านพิธีการตามที่วางแผน
- ๓) ประสานงานกับฝ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนงานด้านพิธีการ
- ๔) งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

วันประชุม

- ๑) ดูแลตลอดการประชุมวิชาการ ฯ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย
- ๒) เป็นผู้ดำเนินรายการตลอดการประชุมให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยบริหารเวลา
การประชุมตามกำหนดการ และสร้างบรรยากาศการประชุมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- ๓) ประสานงานกับฝ่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

หลังการประชุม

- ๑) สรุปผลการดำเนินการของคณะกรรมการฝ่าย เพื่อสรุปโครงการต่อไป

๓.๕ ด้านประชาสัมพันธ์

- | | |
|------------------------------------|--|
| ๑. ศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีรสติวร | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ประธาน |
| ๒. พญ.ศิริพัฒนา ศิริธรรตกุล | โรงพยาบาลเซ็นสัลลยส์
กรรมการ |
| ๓. นายสง่า ดามาพงษ์ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๕. พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๖. พญ.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ | โรงพยาบาล BNH
กรรมการ |
| ๗. พญ.สุดา เย็นบำรุง | โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
กรรมการ |
| ๘. ดร.สุรภรณ์ สุวรรณโอสถ | มหาวิทยาลัยนเรศวร
กรรมการ |
| ๙. นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๑๐. นางสาววิลาลินี บุญมาสูงทรง | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๑๑. นางสาววรรณภา ฤทธิรักษา | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
กรรมการ |
| ๑๒. นางมัทนี หงส์ธนนันท์ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการ |
| ๑๓. นางมีนะ สพสมัย | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๔. นางสาวอัญชรี พรหมสกุล | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและ ผู้ประสานงาน |

หน้าที่รับผิดชอบ

- ๑) ประชาสัมพันธ์ ก่อนการจัดงาน ระหว่าง และหลังการประชุม และเน้นช่องทาง social media ด้วย
- ๒) ประชาสัมพันธ์การส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด
- ๓) ประสานงานกับสื่อมวลชน / เตรียม การแถลงข่าว (ถ้ามี)
- ๔) ประสานงาน ในการถ่ายวีดิทัศน์ ภาพนิ่ง และโทรทัศน์วงจรปิด
- ๕) ประสานและกำกับ ดูแลด้านโสตทัศนูปกรณ์
- ๖) ประสานงานกับคณะทำงานด้านอื่นๆ เพื่อให้งานดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย

๓.๖ ด้านต้อนรับ ลงทะเบียน สถานที่ การเงิน ไลต์ อาหาร ยานพาหนะ และปฐมพยาบาล

- | | |
|------------------------------|--|
| ๑. นางนริลักษณ์ กุลฤกษ์ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ประธาน |
| ๒. นางนงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ๓. นางประภาภรณ์ จังพานิช | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๔. นางกันยารัตน์ กาสลัก | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๕. น.ส.ภาวรินทร์ หงส์สุวรรณ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๖. นางชนัญชิตา สมสุข | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๗. นายพิทักษ์ เชิดบุรณกิจ | กองสวัสดิการแรงงาน
กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
กรรมการ |
| ๘. นายโกวิท เป็วงค์ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๙. นางสาวแทนเพชร ไพรสงบ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๑๐. นางสาวธัญญารัตน์ เจนพิทักษ์สมบัติ | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการ |
| ๑๑. นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
กรรมการและเลขานุการ |
| ๑๒. นางเปรมจิต เกาะประเสริฐ | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๓. นางสาวอารีวรรณ ทับทอง | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย
ผู้ช่วยเลขานุการและ ผู้ประสานงาน |

หน้าที่รับผิดชอบ

- ๑) ประสาน จัดทำรายชื่อผู้ลงทะเบียน ตอนรับลงทะเบียน ผู้เข้าร่วมประชุม
- ๒) ประสานงาน ควบคุม กำกับ การลงทะเบียน และการจัดเอกสารสำหรับการประชุม
- ๓) อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม และแขกผู้มีเกียรติ
- ๔) อำนวยความสะดวกแก่ประธาน และผู้บริหารในด้านพิธีการต่างๆ
- ๕) บริหารจัดการ และดำเนินการด้านงบประมาณในการจัดประชุมฯ ทุกประเภท
- ๖) ประมาณการค่าใช้จ่ายในการประชุมทั้งหมด เพื่อยืมเงินทรองจ่าย
- ๗) ดำเนินการเบิก-จ่ายเงินทุกชนิด และจัดทำเอกสารรายงานที่เกี่ยวข้อง
- ๘) ประสานฝ่ายวิชาการเรื่องแผนผังการจัดทำนิทรรศการ
- ๙) ประสานและจัดเตรียม หน่วยปฐมพยาบาล ห้องให้นมแม่
- ๑๐) ประสาน และกำกับ ดูแลด้านสถานที่ เวที
- ๑๑) ประสานงาน ในการถ่าย ภาพนิ่ง และโทรทัศน์วงจรปิด
- ๑๒) ประสานและกำกับ ดูแลด้านโสตทัศนูปกรณ์ ประสานงานกับคณะทำงานด้านอื่นๆ เพื่อให้งานดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อย



รายนามวิทยากร และผู้อภิปราย

ปี 2560

โดยให้คณะกรรมการชุดนี้ ดำเนินการจัดประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐ ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

(แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ)
ประธานมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

- | | | |
|---------------------------|------------------|---|
| 1. นพ.กฤษ | ลี้ทองอิน | ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 2. รศ.พญ.กุสุมา | ชูศิลป์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. ผศ.ดร.จริยา | วิริยะศุภร | ผู้แทนนายกสภาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. พญ.จิราภรณ์ | อรุณากร | คุณหมอโอ เพจเลี้ยงลูกนอกบ้าน |
| 5. พว.ชญาดา | สามารถ | โรงพยาบาลศิริราช |
| 6. คุณช่อผกา | วิริยานนท์ | นักสื่อสารมวลชน |
| 7. คุณจิตาภา | บุญศิริ | คุณแม่อาสา |
| 8. ดร.ณัฐวีณ์ | บุณนาค | คุณแม่อาสา |
| 9. นพ.ธงชัย | เลิศวิไลรัตนพงศ์ | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 |
| 10. นพ.บุญฤทธิ์ | สุขรัตน์ | สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย |
| 11. พ.อ.หญิง ผศ.พญ.ปริศนา | พานิชกุล | วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า |
| 12. รศ.ดร.พญ.ศิรินุช | ชมโท | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 13. คุณพยัพ | แจ่มสวัสดิ์ | บริษัทไทยซัมมิท ฮาร์เนส จำกัด |
| 14. ผศ.ดร.พรนภา | ตั้งสุขสันต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 15. อาจารย์พรพิไล | เลิศวิชา | นักวิชาการอิสระ |
| 16. คุณพัฒนภัทร์ | รุจิเกียรติขจร | คุณแม่อาสา |
| 17. ผศ.ดร.ภัทรวัลย์ | ตลิ่งจิตร | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล |
| 18. รศ.นพ.ภาวิน | พั้วพรพงษ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรักษ์ |
| 19. ศ.นพ.ภิเศก | ลุมพิกานนท์ | ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 20. คุณมนโอษฐ์ | แสงแก้ว | กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน |
| 21. ผศ.นพ.มงคล | เลาหเพ็ญชาติ | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 22. ผศ.พญ.มิรา | โครานา | สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 23. พญ.ริชาพรรณ | ชูแก้ว | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา |
| 24. พว.วาสนา | งามการ | โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 25. ศ.คลินิกพญ. ศิราภรณ์ | สวัสดิ์วร | มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย |
| 26. พว.ศิริลักษณ์ | ถาวรวัฒน์ | คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 27. รศ.นพ.สมศักดิ์ | สุทัศน์วรุฒิ | นายกสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ |
| 28. พญ.สุธีรา | เอื้อไพโรจน์กิจ | โรงพยาบาล BNH |
| 29. ศ.ดร.สุสันหา | ยิ้มแย้ม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 30. พว.หทัยทิพย์ | โสมดำ | คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 31. ผศ.พญ.อรพร | ดำรงวงศ์ศิริ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 32. รศ.พญ.อุมาพร | สุทัศน์วรุฒิ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 33. Ms.Phan Hong Linh | | องค์กร Alive & Thrive |



อาจารย์พรพิไล เลิศวิชา
ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมอง (BBL)
รางวัลเมธีวิจัยอาวุโส สกว.
และมีประสบการณ์ตรงในการนำเรื่องนมแม่ กับ
Executive Function สู่การปฏิบัติในชุมชน



พญ. จิราภรณ์ อรุณากร
คุณหมอโฮ้ เจ้าของเพจ “เลี้ยงลูกนอกบ้าน”
ผู้เขียนหนังสือ “เลี้ยงบวก ลูกบวก”



คุณช่อมกา วิริยานนท์
ช่อมกา วิริยานนท์ นักสื่อสารมวลชน ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะ



คุณพิภพ แจ่งสวัสดิ์
ผู้ช่วยผู้จัดการทั่วไปสำนักพัฒนาองค์กร
บริษัท ไทยซัมมิทฮาร์เนส จำกัด
(มหาชน)



Ms. Phan Hong Linh
องค์กร Alive and Thrive
อัปเดตแคมเปญ No water project จากประเทศเวียดนาม
ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงสังคมสู่การ
เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

