

นมแม่  
ดีที่สุดหนึ่งเลย



ทุกที่... ทุกคน... สัมผัสนมแม่ได้  
Mother Support :  
"Going for The Gold"

การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 2  
2<sup>nd</sup> Thai National Breastfeeding Conference :  
วันที่ 6 - 8 สิงหาคม 2551  
ณ โรงแรมนิราศศิลาแกรนด์ คอนเวนชั่น ด.วิภาวดี กรุงเทพฯ



## รายนามคณะกรรมการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ปี 2550

### ที่ปรึกษา

- |  |   |
|--|---|
| 1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วีระพงษ์ ฉัตรานนท์    | ผู้ทรงคุณวุฒิการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่                                |
| 2. รศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์               | อาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย                  |
| 3. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.สุวิชัย อินทรประเสริฐ | ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย                        |
| 4. ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ            | นายกสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย                                     |
| 5. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา                  | อธิบดีกรมอนามัย   |
| 6. นพ.ลือชา วรรัตน์                            | อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก                   |
| 7. นายผลตุงศักดิ์ เทพหัสดิน ณ อยุธยา           | อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน                               |
| 8. ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์                 | ที่ปรึกษาหน่วยกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช                     |
| 9. รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง                        | นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย                                      |
| 10. นางจุรีภรณ์ บุญยวงศ์วิโรจน์                | นายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข   |
| 11. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล                    | ผู้ตรวจราชการ 10 กระทรวงสาธารณสุข                                 |
| 12. นพ.บวร งามศิริอุดม                         | สาธารณสุขนิเทศ 9 กระทรวงสาธารณสุข                                 |
| 13. นางศิริลักษณ์ อ่อนศรี                      | สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย  |
| 14. นางสาวเบญจา จรัสสัมฤทธิ์                   | กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |

### ประธาน

พญ.ศิริพร กัญชนะ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### รองประธาน

1. พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วาร
2. พญ.นิพรพรรณ พรหมมงคล

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### เลขาธิการ

พญ.ยุพียง แห่งเซาไนซ์

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

### รองเลขาธิการ

1. นางสาวนงนุช บุญเยเกียรติ
2. พญ.ธนิษดา ศรีรัตนวีระพงษ์

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย  
แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตากสิน

### คณะกรรมการ

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| ผศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์      | ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| พญ.ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร | โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์                           |
| ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง    | สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล                   |
| ผศ.ดร.จรรยา วิหะสุภกร     | ภาควิชาพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี          |

ศ.ดร.วีณา	จิระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.ปาริณา	ศรีวิชัย	คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พญ.กรรณิการ์	บางสายน้อย	ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
รศ.กรรณิการ์	วิจิตรสุคนธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสง่า	ดามาพงษ์	สมาคมโภชนาการ
นางมีนะ	สพลมัย	โรงพยาบาลสมิติเวช
นางลักขณา	จตุติสมุทร	มหาวิทยาลัยอีสเทินเอเชีย
นายนรา	บรรลิตชิตกุล	นักกฎหมาย สถานีวิทยุกองทัพบกช่อง 5
นางอัจฉรีย์	แขวงโสภา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางพาดิณีค	เปรมธาดา	แม่อาสา
นางปัญชลี	ทองดั่ง	แม่อาสา

## คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 2

### คณะกรรมการที่ปรึกษา

1. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วีระพงษ์ ธีตรานนท์	ผู้ทรงคุณวุฒิการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. รศ.พญ.คุณหญิง สำหรี จิตตินันท์	อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.สุวชัย อินทรประเสริฐ	ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
4. ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	นายกสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
5. ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	นายกสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย
6. รศ.ดร.ทัศนีย์ บุญทอง	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
7. นพ.ลี้อชา วรรณรัตน์	อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
8. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ผู้ตรวจราชการ 10 กระทรวงสาธารณสุข
9. นางจวีร์ภรณ์ บุญยวงศ์วิโรจน์	นายกสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข
10. ผศ.พญ.สุอารีย์ อ้นตระกูล	ผู้ทรงคุณวุฒิการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
11. นางพรธิดา พัดทอง	ผู้แทน unicef THAILAND

### คณะกรรมการดำเนินงาน

#### ประธาน

พญ.ศิริพร กัญชนะ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

#### ประธานร่วม

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

อธิบดีกรมอนามัย

#### รองประธาน

1. พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์สุวรรณ
2. ศ.ดร.วีณา จิระแพทย์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### เลขานุการ

1. พญ.ยุพียง แห่งเชาวนิช
2. พญ.ชนินาถ ตริรัตน์วีระพงษ์
3. พญ.นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย  
โรงพยาบาลตากสิน  
กองโภชนาการ กรมอนามัย

#### คณะกรรมการฝ่ายวิชาการ

1. พญ.ปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร
2. พญ.ศิริพัฒนา ศิริธนารัตนกุล
3. รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์

ประธาน  
เลขานุการ  
ผู้ช่วยเลขานุการ

4. พญ.นิพรรณพร	วรมงคล	กรรมการ
5. รศ.พญ.กุสุมา	ชูศิลป์	กรรมการ
6. พญ.กรรณิการ์	บางสายน้อย	กรรมการ
7. ผศ.ดร.จรียา	วิหะศุภกร	กรรมการ
8. ผศ.ดร.อุไรพร	จิตต์แจ่ม	กรรมการ
9. ผศ.ฉันทิกา	จันทร์เป็ย	กรรมการ
10. พญ.สุธีรา	เอื้อไพโรจน์กิจ	กรรมการ
11. พญ.นภาพรรณ	วิริยะอุตสาหกุล	กรรมการ
12. ผศ.สุดประนอม	สมันตเวคิน	กรรมการ
13. นางสาวศิริลักษณ์	ถาวรวัฒนะ	กรรมการ
14. ดร.ธัญลักษณ์	บรรลิตชิตกุล	กรรมการ
15. รศ.นพ.ประชา	นันทน์นฤมิตร	กรรมการ

## 1. คณะอนุกรรมการฝ่ายเอกสาร

1. พญ.ศิริพัฒนา	ศิริธนารัตนกุล	ประธาน
2. นางสาวศิริลักษณ์	ถาวรวัฒนะ	เลขานุการ
3. พญ.สุธีรา	เอื้อไพโรจน์กิจ	กรรมการ
4. ผศ.ฉันทิกา	จันทร์เป็ย	กรรมการ
5. ผศ.สุดประนอม	สมันตเวคิน	กรรมการ
6. ดร.ธัญลักษณ์	บรรลิตชิตกุล	กรรมการ

## 2. คณะอนุกรรมการการพิจารณางานวิจัย

1. พญ. ปิยาภรณ์	บวรเกียรติขจร	ประธาน
2. รศ.กรรณิการ์	วิจิตรสุดนธ์	เลขานุการ
3. รศ.พญ.กุสุมา	ชูศิลป์	กรรมการ
4. พญ.กรรณิการ์	บางสายน้อย	กรรมการ
5. รศ.นพ.ประชา	นันทน์นฤมิตร	กรรมการ
6. ผศ.ดร.จรียา	วิหะศุภกร	กรรมการ
7. ศ.ดร.วิภา	จิระแพทย์	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายทะเบียน

1. นางมยุรัตน์	สุทธิวิเศษศักดิ์	ประธาน
2. นางสาววิจิตรา	สุวรรณอาสน์	เลขานุการ
3. นางสาวดิเรกต์	เขี้ยวมีส่วน	กรรมการ
4. นางสาวสุวรรณี	แก้วจันทร์ทอง	กรรมการ
5. นางกรรณิการ์	อุปพงศ์	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายการเงิน

1. นางสาวนงนุช	บุญเกียรติ	ประธาน
2. นางสาวภาคย์	ศรีสะอาด	เลขานุการ
3. นางกันยารัตน์	กาสลัก	กรรมการ
4. นางสาวศุภจิรัตน์	ทิวรัตน์	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายจัดนิทรรศการ ประชาสัมพันธ์ และพิธีการ

1. นายสง่า	ดามาพงษ์	ประธาน
2. นางสุจิตต์	สาสิทธิ์	เลขานุการ
3. พญ.ศิริภรณ์	สวัสดิ์	กรรมการ
4. พญ.สุตา	เย็นบำรุง	กรรมการ
5. นางลักขณา	จตุสมุท	กรรมการ
6. นางมีนะ	สพสมัย	กรรมการ
7. นายนรา	บรรลิตชิตกุล	กรรมการ
8. นางอัจฉรีย์	แขวงโสภา	กรรมการ
9. นางพัชรินทร์	เซยกลิ้นเทศ	กรรมการ

## คณะกรรมการสถานที่และการจัดเลี้ยง

1. ผศ.ฉันทิกา	จันทร์เป็ย	ประธาน
2. นางสาวศิริลักษณ์	ถาวรวัฒนะ	เลขานุการ
3. นางสาวลักขณา	ศรีบุญวงศ์	กรรมการ
4. นางสาวหนึ่งนุช	บุญเย็น	กรรมการ
5. นางสิริรัตน์	พองจันรวัจ	กรรมการ
6. นางสาวสุกัญญา	ปรีดียานนท์	กรรมการ
7. นางอรุณา	เกรียงทิรัญ	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายต้อนรับ

1. นางมีนะ	สพสมัย	ประธาน
2. นางพิสุทธิ์	ปทุมมาสุตร	เลขานุการ
3. ผศ.ดร.อุษา	เชื้อหอม	กรรมการ
4. นางสุมิตตา	สว่างทุกข์	กรรมการ
5. นางสาวเนตรรัชนี	ตั้งภาคภูมิ	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายโสตทัศนอุปกรณ์

1. พญ.นภาพรรณ	วิริยะอุตสาหกุล	ประธาน
2. นางสุวิษา	แสงบุตร	เลขานุการ
3. นายปริญญา	ศักดิ์นาวี	กรรมการ
4. นายศราวุธ	สาบุตร	กรรมการ

## คณะกรรมการฝ่ายประเมินผล

1. นางธิราดา	นุตมากุล	ประธาน
2. นางอิสริย์	เจตน์ประยูรต์	เลขานุการ
3. นางกรรณิการ์	อุปพงศ์	กรรมการ
4. นางสาวพัชรี	สุขสวัสดิ์	กรรมการ

## คำกราบทูล

ในพิธีเปิดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ ๒

โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ในวโรกาส “พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร”

เสด็จทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ ๒

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

วันพุธ ที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๑ เวลา ๑๖.๐๐ น.

## ขอประทานกราบทูล ทราบฝ่าพระบาท

เกล้ากระหม่อม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการจัดการประชุมพร้อมด้วย ผู้เข้าร่วมประชุมรู้สึกซาบซึ้ง และสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น ที่ฝ่าพระบาท ทรงพระกรุณา เสด็จทรงเป็นองค์ประธาน ในพิธีเปิดการประชุมนมแม่แห่งชาติ ในวันที่

การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ กำหนดให้มีการจัดทุก 2 ปี โดยในครั้งแรกจัดเมื่อวันที่ 14-16 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ซึ่งฝ่าพระบาทได้มีพระกรุณาเสด็จมาเปิดการประชุมเป็นปฐมฤกษ์ ในปีนี้ การประชุมจัดภายใต้หัวข้อ “นมแม่ดีที่หนึ่ง ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้” จากเหตุผลหลัก 2 ประการคือ ประการแรก เพื่อเป็นการตอกย้ำความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังภาพพระฉายาลักษณ์โปสเตอร์ พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าทีปังกรรัศมีโชติ “นมแม่ดีที่หนึ่งเลย” ซึ่งสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ได้พระราชทานให้เผยแพร่ทั่วประเทศ ประการที่สอง เพื่อสนับสนุน คำขวัญ สืบสาน นมแม่โลกในปีนี้เป็นคือ Mother Support “Going for the Gold” ซึ่งมีนัยของความหมาย เปรียบเทียบกับการแข่งขันกีฬาโอลิมปิกฤดูร้อน ในวันที่ 8 สิงหาคม 2551 ที่จะถึงนี้ ว่าจะมาเป็นนักกีฬาโอลิมปิกที่ยิ่งใหญ่ของโลก บุคคลเหล่านี้ย่อมมาจากผู้ที่ได้รับการพุ่มพักดูแลสุขภาพที่ดีตั้งแต่เล็กๆ เช่นเดียวกับการ พุ่มพักดูแลให้เด็กได้รับอาหารและการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตั้งแต่วัยทารก ย่อมนำไปสู่การเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เต็มศักยภาพของเด็ก ซึ่ง ณ ปัจจุบัน มีหน่วยงาน องค์กร สถานประกอบการหลายแห่งที่มีผลงานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนนมแม่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำขวัญ “ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้”

การประชุมประกอบไปด้วย การบรรยายทางวิชาการ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ทั้งในและต่างประเทศ การนำเสนอผลงานการศึกษา การนำเสนอนิทรรศการ ซึ่งจะมีการขยายผลนำชุดนิทรรศการ เผยแพร่ต่อเนื่อง ในศูนย์การค้าและการประชุมอื่นๆ ตามโอกาสอันสมควร ผู้เข้าประชุมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม่อาสา และสื่อมวลชน รวมทั้งสิ้น 1,000 คน โดยได้รับการสนับสนุนการจัดการจากสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขและงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ

บัดนี้ ได้เวลาอันเป็นอุดมมงคลฤกษ์แล้ว เก้าอี้กระหม่อม ขอเบิกตัว แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เบิกผู้แทนหน่วยงาน องค์กร ที่มีผลงานเชิงประจักษ์ ดังกล่าว เข้ารับการประทานโล่ “นมแม่ดีที่หนึ่งเลย ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้” จำนวน 8 หน่วยงาน และขอประทานกราบทูลทราบบฝ่าพระบาท ทรงมีพระดำรัสเปิดการประชุม เพื่อความเป็นสิริมงคล เป็นขวัญและกำลังใจแก่ผู้เข้าประชุมและหน่วยงานหลักที่ให้การสนับสนุนการทำงานด้านนมแม่สืบไป

ควรมีควรแล้วแต่จะโปรด

## คำกราบทูล

ในพิธีประทานโล่ นมแม่ดีที่หนึ่งเลย ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้  
ในวโรกาส “พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ

สยามมกุฎราชกุมาร

เสด็จทรงเป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ ๒

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชัน กรุงเทพมหานคร

วันพุธ ที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๑ เวลา ๑๖.๐๐ น.

ขอประทานกราบทูล ทราบฝ่าพระบาท

เกล้ากระหม่อม แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอพระราชทาน พระราชานุญาต เบิกผู้แทนหน่วยงาน และองค์กร ที่มีผลงานดีเด่น มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของประเทศไทย เข้ารับการประทานโล่ นมแม่ดีที่หนึ่งเลย ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้ จำนวน 8 หน่วยงานตามลำดับ

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
6. นายกสมาคมภริยาทหารเรือ
7. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ควรมีควรแล้วแต่จะโปรด

ขอต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน กรมอนามัยรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสร่วมกับ  
ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และพันธมิตรนมแม่ ประกอบด้วย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย  
ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่ง  
ประเทศไทย สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข องค์การ unicef และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง  
เสริมสุขภาพ (สสส.) ในการจัดประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในหัวข้อ "นมแม่ดีที่หนึ่งเลย" ทุกที่  
ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้ หรือ Mother Support : Going for the Gold ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย  
ของกรมอนามัยที่จัดทำโครงการ "โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว" เพื่อสนองพระปณิธานพระเจ้า  
วรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร  
กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของโครงการนี้ คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้ความสำคัญในการพัฒนา  
ความเข้มแข็งในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล และการจัดตั้ง  
กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน หรือ "ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว" เพื่อสร้างความ  
ตระหนักแก่สังคมที่จะให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแม่ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง เป็นที่  
คาดหวังว่า การรวมตัวของ "ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว" ทั่วประเทศอย่างยั่งยืน จะสามารถพลิกฟื้น  
สังคมไทยคืนกลับสู่สังคมนมแม่ได้ในอนาคต

ท้ายนี้ ขอให้ผู้เข้าประชุมทุกท่านได้รับความรู้และนำไปใช้หรือประยุกต์ให้เกิดประโยชน์สำหรับ  
การปฏิบัติงาน และขอขอบคุณทุกหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือสนับสนุนการจัดประชุมครั้งนี้เป็นอย่างดี



(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา)  
อธิบดีกรมอนามัย

ในนามของศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ขอต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติในครั้งนี้  
ด้วยความยินดี

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับองค์กรพันธมิตรส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ริเริ่มจัด  
ประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 14-16 ธ.ค. 2548 ภายใต้หัวข้อ "นมแม่ ทนสมอง" โดย  
ได้รับพระมหากรุณาธิคุณให้พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ  
สยามมกุฎราชกุมาร เสด็จมาทรงเป็นองค์ประธาน ซึ่งเป็นการทรงปฏิบัติภารกิจครั้งแรกนับตั้งแต่ได้ทรงเปิด  
"โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว" ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร  
สู่  
สาธารณชน เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2548


และในปี 2551 นี้ นับเป็นการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในหัวข้อ "นมแม่ดีที่หนึ่งเลย"  
ทุกที่ ทุกคน สนับสนุนนมแม่ได้ สอดคล้องกับหัวข้อหลักของการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ  
สัปดาห์นมแม่โลกปีนี้ (1-7 สิงหาคม 2551) คือ Mother Support : Going for the Gold ซึ่งสื่อให้เห็น  
ความสำคัญของทุกภาคส่วนในสังคมที่จะจับมือร่วมกันให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแม่เพื่อให้แม่ประสบ  
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ เสด็จมาทรง  
เป็นองค์ประธานเช่นเดียวกับครั้งแรก นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณอย่างล้นพ้น

ในการประชุมวิชาการครั้งนี้ มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนแม่ในมิติต่างๆ อาทิเช่น ภาคชุมชน  
บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล และภาคสังคมที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ รวมถึง  
การถ่ายทอด เรื่องเรียนรู้จากการที่กรรมการศูนย์นมแม่ฯ ได้ตามเสด็จพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์  
พระวรชายาฯ ไปศึกษาดูงานด้านนมแม่ที่ประเทศสวีเดน โดยคาดหวังให้บุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมประชุม  
ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้เรียนรู้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยในการปกป้อง  
ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงได้ความรู้จากการปฏิบัติจากชุมชน ในการช่วยเหลือ  
และสนับสนุนแม่ให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ขอขอบคุณองค์กรพันธมิตรที่ร่วมกันทำให้มีการประชุมวิชาการนมแม่  
แห่งชาติครั้งนี้เกิดขึ้น ได้แก่ กรมอนามัย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่ง  
ประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข  
และองค์การ unicef ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุน  
งบประมาณสำหรับการจัดการประชุม และขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียนใน  
การเข้าร่วมประชุม และที่สำคัญ คือ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านที่มาจากภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศที่แสดง  
ความจำนงเข้าร่วมประชุม

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ทุกท่านที่เข้าร่วมการประชุมครั้งนี้จะได้รับประโยชน์ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยน  
เรียนรู้ทั้งความรู้ใหม่ๆ และทักษะต่างๆ เพื่อช่วยแม่ไทยให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ  
รวมทั้งการได้ร่วมกันขยายเครือข่ายนมแม่ให้เผยแพร่ต่อไปอย่างเข้มแข็ง เพื่อให้ "ทุกที่ ทุกคน สนับสนุน  
นมแม่ได้"

และเหนือสิ่งอื่นใด การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมสำคัญที่ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย  
องค์กรพันธมิตรเครือข่ายนมแม่ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านจะได้ร่วมสืบทอดพระปณิธานพระเจ้าวรวงศ์เธอ  
พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ ใน “โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว” เพื่อการสรรค์สร้างสถาบัน  
ครอบครัวให้อบอุ่นเข้มแข็ง โดยเริ่มต้นจากนมแม่ ดังคำขวัญพระราชทาน “ **นมแม่ คือ หยอดแรกของสายใย  
รักแห่งครอบครัว** ”



(แพทย์หญิงศิริพร กัญชนะ)  
ประธานศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

## รางวัลเกียรติยศ

หน่วยงานดีเด่นที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สมาคมกุมารแพทย์แห่ง  
ประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาล  
แห่งประเทศไทย สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (unicef) ภายใต้  
การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันจัดประชุมวิชาการนมแม่  
แห่งชาติ ครั้งที่ 2 “**นมแม่ดีที่หนึ่งเลย**” ทุกที่... ทุกคน... **สนับสนุนนมแม่ได้** หรือ **Mother Support :  
Going for the Gold**

ในการนี้คณะกรรมการพิจารณาเห็นสมควรให้ยกย่องเชิดชูเกียรติหน่วยงานดีเด่นที่มีบทบาท  
สำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทย จึงมีมติให้ประกาศเกียรติคุณและมอบโล่  
เกียรติยศ แต่

1. คลินิกนมแม่ต้นแบบ ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. มหาวิทยาลัยสนับสนุนนมแม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภาคเหนือ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
4. สถานเลี้ยงเด็กเล็กคู่แม่ โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช
5. หมู่บ้านต้นแบบสนับสนุนนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม
6. ศูนย์นมแม่ เพื่อลูกหัวใจแข็งแรง สมาคมภริยาทหารเรือค่ายตากสิน
7. คลินิกปรึกษาแม่ทางโทรศัพท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
8. กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์



ตารางการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 2

วันที่	7.00 - 8.30	8.30 - 8.45	8.45 - 9.30	9.30 - 10.00	10.00 - 12.00	12.00 - 13.00	13.00 - 14.15	14.15 - 14.30	14.30 - 16.00
6 ส.ค. 2551	ลงทะเบียน	<b>Welcome Speech</b> พญ.ศิริพร กัญชนะ ประธานศูนย์นมแม่ฯ	<b>Keynote Speech</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับเศรษฐกิจพอเพียง นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา อธิบดีกรมอนามัย	Break & Poster Exhibition	<b>Mother Support Model Moderator</b> ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ Siti Norjannah Moin - Malaysia Ines Av. Fernandez - Philippines	lunch	Present งานวิจัย ห้อง A, B, C	Break & Poster Exhibition	<b>ห้อง C</b> จำนวน 100 คน แพทย์แผนไทยกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ศ.นพ.ทวี เลหาพันธุ์ เอื้อมิตร สุวรรณไตรย์ สุรางค์ วิเศษณี <b>ห้อง A + B</b> อาหารและสมุนไพรให้แม่มีน้ำนม ญ.ดร.สุภาภรณ์ ปิติพร ญ.น.ผกากรอง ขวัญข้าว
	7 ส.ค. 2551	<b>Kangaroo Mother Care : Is it possible in Thailand?</b> รศ.นพ.ประชา นันทน์สิทธิ์	<b>Relactation and Medications</b> พญ.วาณี วานอดิพิทท์ ศิริลักษณ์ การวัฒนะ	9.00 - 10.00 Break & Poster Exhibition	<b>Lactation Management Update :</b> 1. Jaundice in Breastfed Infants ศ.นพ.เบญจศักดิ์ จีระแพทย์ 2. SIDS, Co-sleeping and Breastfeeding พญ.ปิยภรณ์ บวรกิตติขจร	lunch	<b>Breastfeeding Networking : Experience Sharing</b> <b>ห้อง A</b> - วิไลวรรณ สุวรรณสิทธิ์ (เชียงใหม่) - พญ.สุภาภรณ์ ศิลปรัตน์ (นครศรีธรรมราช) <b>ห้อง B</b> - นพ.ไพฑูริย์ อัศวอนบดี (มหาสารคาม) - วาสนา งามการ (ฉันทบุรี) <b>ห้อง C</b> - จินตนา บุญจันทร์ (ขอนแก่น) - พญ.วาสนา วิเชียรพิช (อุตรดิตถ์)	Break & Poster Exhibition	<b>พระเยาวรงค์เรือ พระองค์เจ้าศรีศรีรัตน์</b> พระวรราชยา เสด็จเป็นองค์ประธาน
8 ส.ค. 2551	<b>Breastfeeding Model in Sweden Moderator</b> รศ.กรรณิการ์ จิตศรีสุนทร์ - พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์จิตร - พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย - พญ.ยุพียง แซ่ชาววัง	<b>What's New in Breastfeeding</b> พญ.สิริรา โคธานา	9.45 - 10.15 Break & Poster Exhibition	<b>How Breastfed Babies Grow</b> ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง รศ.พญ.กุสุมา สุศิศิลป์	lunch	<b>Panel Discussion: Breastfeeding and Society: Mutual support</b> - แม่ - ศรัณย์ภัทร ญูชรา จีระแพทย์ - กลุ่มอุตสาหกรรมใหม่ไทย (Uim Thomson) อารัง สวัสดิ์ราพิกุล - ผู้ผลิตได้ออนไลน์ - ศัลยา รังสิการพูน - นักกฎหมาย - ตระปรีญา ศรีวณิชย์ - สื่อมวลชน - แทนคุณ จิตต์อิสระ ศรัณย์ภัทร ญูชรา จีระแพทย์ moderator	Break & Poster Exhibition	15.30 - 16.00 พักผ่อน 15.00 - 15.15 Break	

รายละเอียดการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 2

"แม่แท้ที่ขี้เหนียว" ทุกที่... ทุกคน... สนับสนุนนมแม่ได้

Mother Support : Going for the Gold

วันที่ 6-8 สิงหาคม 2551

ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ

วันอังคารที่ 5 สิงหาคม 2551

16.00 - 22.00 น.

ลงทะเบียน

วันพุธที่ 6 สิงหาคม 2551

07.00 - 08.30 น.

ลงทะเบียน

08.30 - 08.45 น.

Welcome Speech

พญ.ศิริพร กัญชนะ ประธานศูนย์นมแม่ฯ

เวลา	กิจกรรม	ประธาน, ประธานร่วม
08.45 - 09.30 น.	<b>Keynote Speech</b> การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับเศรษฐกิจพอเพียง นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา อธิบดีกรมอนามัย	พญ.ศิริพร กัญชนะ; พญ.กรรณิการ์ สวัสดิ์จิตร
09.30 - 10.00 น.	อาหารว่างและชมนิทรรศการทางการแพทย์	
10.00 - 12.00 น.	<b>Mother Support Model</b> Moderator ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ Siti Norjannah Moin - Malaysia Ines Av. Fernandez - Philippines	รศ.พญ.คุณหญิงสำหรี จิตตินันท์ พญ.ยุพียง แซ่ชาววัง
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 - 14.15 น.	<b>Free Papers and Experience Share</b> <b>ห้อง A</b> 13.00 - 13.15 น. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช • ปิยนุช สายสุxonันต์ • ปรียามา สิริเลิศเมฆาสกุล และทีมวิจัยนมแม่ 13.15 - 13.30 น. ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก • พัชรินทร์ เหลาคนดำ • นิภาพรณ มณีโชติวงศ์ • วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒน์พงศ์	พญ.ปิยภรณ์ บวรกิตติขจร ผศ.สุดประนอม สมนัดเวดิน

	13.30 - 13.45 น. ความสัมพันธ์ของขนาดของเต้านมต่อปริมาณน้ำนม • พฤษภัสดา จันทร์ประภาพ • อรภาณิษฐา เจนถนอมมณี • ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริยุทธ	
	13.45 - 14.00 น. ผลของการใช้กระหล่ำปลีต่อการลดอาการปวดคัดเต้านม • อังสนา วงศ์ศิริ	
	14.00 - 14.15 น. Training Program for Mother Support Group • ลมัย แสงเพ็ง • จตุพร เพิ่มพรสกุล • นงเยาว์ บรรณโคภิษฐ์	
	ห้อง B 13.00 - 13.15 น. ผลการพัฒนาชุดประเมินเต้านมเพื่อลดอาการคัดเต้านมและเพิ่มปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอด • ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี • ปิยะนุช ชูโต	รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์
	13.15 - 13.30 น. ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการใช้แบบคัดกรองปัญหาการให้นมแม่ต่อการเพิ่มน้ำนมทารก • นันทพร พ่วงแก้ว • จุฬิธา โดมฉาย	
	13.30 - 13.45 น. นมมารดากับอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดในทารกคลอดก่อนกำหนด • วาสนา วินัยพานิช	
	13.45 - 14.00 น. การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลลำปาง • ลำปางประสมพร วชิรรัตนกรกุล • กฤษณา ศรีอคำหล่อ • พัชราภรณ์ บุญอยู่ยง และคณะ	
	14.00 - 14.15 น. ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ • วิภา จีระแพทย์ • ณัฐธิดา อนุกุล	

	ห้อง C 13.00 - 13.15 น. การลดความเจ็บปวดทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณเส้นเท้าด้วยการดูดนมมารดา • รุ่งฤดี อุสาทะ • ศศิธร คำพันธ์	ผศ.นพ.ประชา นันทน์ฤมิตร ดร.ธัญลักษณ์ บรรณลิขิตกุล
	13.15 - 13.30 น. ลักษณะของพังผืดใต้ลิ้นกับผลกระทบต่อการดูดนมแม่ในทารกไทย • โสภภาพรณ เงินคำ และ care team tongue tie	
	13.30 - 13.45 น. ผลของการกระตุ้นเต้านมต่อระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย • ปิยรัตน์ จีนาพันธ์ • นันทิญา ทองชัย • บุปผา ศักดิ์ธานี	
	13.45 - 14.00 น. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง • ยุพา เตมียีธีรกุล • นิตยา สิ้นสุกใส • เยวาลักษณ์ เสรีเสถียร • กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์	
	14.00 - 14.15 น. MOTHER'S WORK RELATED FACTORS AND BREASTFEEDING PRACTICES IN BANGKOK, THAILAND • T Aikawa, • P Pavadhgul • R Chongsuwat • S Sawasdivom • C Boonshuyar	
14.15 - 14.30 น.	อาหารว่าง และชมนิทรรศการทางการแพทย์	
14.30 - 16.00 น.	ห้อง C จำนวน 100 คน แพทย์แผนไทยกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ศ.นพ.ทวี เลหาพันธ์ อ้อมพร สุวรรณไตรย์ สุรางค์ วิเศษมณี	พญ.ปิยะภรณ์ บรรณศิริขจร ผศ.สุดประนอม สมนัดเวคิน
	ห้อง A+B อาหารและสมุนไพรให้แม่มีน้ำนม ภญ.ดร.สุภาภรณ์ ปิติพร ภญ.ผกากรอง ขวัญข้าว	รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์

เวลา	กิจกรรม	ประธาน, ประธานร่วม
08.30 - 09.00 น.	<b>Kangaroo Mother Care : Is it possible in Thailand?</b> รศ.นพ.ประชา นันทน์นฤมิตร	
09.00 - 10.00 น.	<b>Relactation and Medications</b> พญ.วารุณี วานเดอพิทท์ ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	ศ.นพ.สุวิชัย อินทรประเสริฐ พญ.ศิริพัฒนา ศิริธนารัตนกุล
10.00 - 10.30 น.	อาหารว่างและชมนิทรรศการทางการแพทย์	
10.30 - 12.00 น.	<b>Lactation Management Update :</b> 1. Jaundice in Breastfed Infants ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ 2. SIDS, Co-sleeping and Breastfeeding พญ.ปิยาภรณ์ บวรเกียรติขจร	พญ.วันดี นิงสานนท์ พญ.ธเนศ ตรีรัตน์วีระพงษ์
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 - 14.15 น.	<b>Breastfeeding Networking: Experience Sharing</b> ห้อง A เชียงใหม่ - นครศรีธรรมราช	พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย นงนุช บุญเกียรติ
	ห้อง B มหาสารคาม - จันทบุรี	พญ.นิพรระพีพร วรมงคล มีนะ สพสมัย
	ห้อง C ชอนแก่น - อุดรดิตถ์	พญ.ยุพียง แห่งเซาวนิช ผศ.ดร.จรียา วิทยุภร
14.15 - 15.30 น.	อาหารว่างและชมนิทรรศการทางการแพทย์	
15.30 - 16.00 น.	เตรียมพร้อมในพิธีเปิด	
16.00 น.	<b>พิธีเปิด</b> พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ เสด็จเป็นองค์ประธาน	

เวลา	หัวข้อเรื่อง	ประธาน, ประธานร่วม
08.30 - 09.45 น.	<b>Breastfeeding Model in Sweden</b> Moderator รศ.กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วิ พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย พญ.ยุพียง แห่งเซาวนิช	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผศ.ฉันทิกา จันทร์เปี้ย
09.45 - 10.15 น.	<b>What's New in Breastfeeding</b> พญ.มิรา โครนา	นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ผศ.ฉันทิกา จันทร์เปี้ย
10.15 - 10.30 น.	อาหารว่างและชมนิทรรศการทางการแพทย์	
10.30 - 12.00 น.	<b>How Breastfed Babies Grow</b> ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์	นพ.ลี้อา วันรัตน์ พญ.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ
12.00 - 13.00 น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 - 15.00 น.	<b>Panel Discussion :</b> Breastfeeding and Society : Mutual Support Moderator ศรัยฉัตร ภูษธร ฯ จิระแพทย์ แม่ - ศรัยฉัตร ภูษธร ฯ จิระแพทย์ กลุ่มอุตสาหกรรมไหมไทย (Jim Thomson) ช้าง สวัสดิ์วราห์กุล มูลนิธิเด็กก่อนในสลัม - ศิลดา รังสิกรรพุม นักกฎหมาย ดร.ปาริณดา ศรีวินิชย์ สื่อมวลชน - แทนคุณ จิตต์อิสระ	พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์วิ พญ.นภาพรณ วิริยะอุตสาหกรรม
15.00-15.15	พิธีปิด	
15.15-15.30	อาหารว่าง และชมนิทรรศการทางการแพทย์	

เรื่อง	หน้า
<p>☰ <b>บทความ</b></p> <p>▶ <b>MOTHER SUPPORT in Crisis, Calamities and Conflicts</b>  <b>Mother Support Model : Experience in the Philippines (English)</b>  <i>Ma Ines Av. Fernandez, President of Arugaan</i></p> <p>▶ <b>MOTHER SUPPORT in Crisis, Calamities and Conflicts</b>  <b>"ต้นแบบการสนับสนุนแม่ : ประสบการณ์ที่ฟิลิปปินส์" (ไทย)</b>  <i>Ma Ines Av. Fernandez, President of Arugaan</i></p> <p>▶ <b>MOTHER TO MOTHER SUPPORT PROGRAM :</b>  <b>A Malaysian Experience</b>  <i>Siti Norjinah Moin</i></p> <p>▶ <b>แพทย์แผนไทยกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด</b>  <i>สุภาวดี ทนอบบัวดี เอื้อมพร สุวรรณไตรย์ และสร้อยศรี เอี่ยมพรชัย</i></p> <p>▶ <b>แพทย์แผนไทยกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด</b>  <i>สุรางค์ วิเศษมณี</i></p> <p>▶ <b>อาหารและสมุนไพรให้แม่มือใหม่</b>  <i>ภญ.ดร.สุภาภรณ์ บิติพร ภญ.ผกากรอง ชวัญข้าว</i></p> <p>▶ <b>Kangaroo Mother Care : Is it possible in Thailand?</b>  <i>รศ.นพ.ประชา นันทน์นฤมิตร</i></p> <p>▶ <b>ยาเพิ่มน้ำนม</b>  <i>พญ.วารุณี วานเดอพิทท์</i></p> <p>▶ <b>Relactation</b>  <i>ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ</i></p> <p>▶ <b>น้ำนมแม่กับภาวะตัวเหลือง : Breastfeeding and Jaundice</b>  <i>ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์</i></p>	<p>31</p> <p>38</p> <p>43</p> <p>46</p> <p>53</p> <p>56</p> <p>69</p> <p>72</p> <p>80</p> <p>85</p>

เรื่อง	หน้า
▶ SIDS, Co-sleeping and Breastfeeding พญ.ปิยาภรณ์ บวรเกียรติจักร	95
▶ Breastfeeding Networking : Experience Sharing	
• ตำบลป่าแดด เชียงใหม่ ศิริพร สืบพันธ์วงศ์ วิไลวรรณ สุวรรณสิทธิ์ และคณะฯ	102
• โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช พญ.ศุภกาญจน์ ศิลปรัตน์	109
• จังหวัดจันทบุรี วาสนา งามการ	116
• จากพระปณิธานสู่หมู่บ้านทูตนมแม่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม พญ.เสาวลักษณ์ นาคะพงษ์ นพ.ไพบุลย์ อัครานบดี พญ.ศิริรัตน์ มุทาพร สุวิมล พุทธบุตร รัตติยา ทองสมบูรณ์ และคณะ	122
• โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จินตนา บุญจันทร์ พรเพ็ญ ปทุมวิวัฒนา พวงรัตน์ ชาวะเจริญ รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ และคณะฯ	130
• ทารกป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พญ.วาสนา วินัยพานิช	141
▶ Breastfeeding Model in Sweden พญ.ยุพียง แห่งเซาเวนิช พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย พญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วรา	147
▶ มาตรฐานสากลชุดใหม่สำหรับการเจริญเติบโตของเด็กทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ : ต่างจากมาตรฐานสากลเดิมและมาตรฐานไทยอย่างไร ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง	158
▶ การเจริญเติบโตของทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียว รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์	165

เรื่อง	หน้า
▶ การเริ่มต้นชีวิตที่ดีของเด็ก ...ด้วยนมแม่ คีลดา รังสิกรรพุม (ครูต่อ)	176
▶ บทความย่อ (Free Paper and Experience Sharing)	
ห้อง A	
▶ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช ปิยนุช สายสุขอนันต์ ปรียาภา สิริเลิศเมฆาสกุล และทีมวิจัยนมแม่	183
▶ ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก พัชรินทร์ เหล่าคนคำ นิภาพรรณ มณีโชติวงศ์ วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒน์พงศ์	184
▶ ความสัมพันธ์ของขนาดของเต้านมต่อปริมาณน้ำนม พญุทธิ์ จันทร์ประภาพ อภนิษฐา เจนถนอมมัว ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร	185
▶ ผลของการใช้กระหล่ำปลีต่อการลดอาการปวดคัดตึงเต้านม อังสนา วงศ์ศิริ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์	186
▶ Training Program for Mother Support Group ลมัย แสงเพ็ง จตุพร เพิ่มพรสกุล นงเยาว์ บรรณโศภิษฐ์	187
ห้อง B	
▶ ผลการพัฒนาชุดประกอบเต้านมเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านมและเพิ่มปริมาณน้ำนม ในมารดาหลังคลอด ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี ปิยะนุช ชูโต	189
▶ ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการใช้แบบคัดกรองปัญหาการให้นมแม่ นันทพร พ่วงแก้ว จุฬิธา โฉมฉาย	191
▶ นมมารดากับอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิด ในทารกคลอดก่อนกำหนด วาสนา วินัยพานิช	192

เรื่อง	หน้า
▶ การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลลำปาง <i>ประสมพร วชิรรัตนกรกุล กฤษณา ศรีอัคร์คำหล่อ พัชรภรณ์ บุญอยู่ยง และคณะ</i>	193
▶ ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ <i>วิภา จิระแพทย์ ญัฐธดา อนุกุล</i>	194
<b>ห้อง C</b>	
▶ การลดความเจ็บปวดทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณสันเท้า ด้วยการดูดนมมารดา <i>รุ่งฤดี อุตสาหะ ศศิธร คำพันธ์</i>	195
▶ ลักษณะของพังผืดใต้ลิ้นกับผลกระทบต่อทารกในทารกไทย <i>โสภภาพรณ เงินเล่า และ care team tongue tie</i>	196
▶ ผลของการกระตุ้นเต้านมต่อระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ที่น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย <i>ปิยรัตน์ จันทันธุ์ นันทิญา ทองชัย นุปผา ศักดิ์ธานี</i>	197
▶ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง <i>ยุพา เตมียะธีรกุล นิตยา ลินสุกใส เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร ภรรณีการ์ วิจิตรสุคนธ์</i>	198
▶ MOTHER'S WORK RELATED FACTORS AND BREASTFEEDING PRACTICES IN BANGKOK, THAILAND <i>T Aikawa, P Pavadhgul, R Chongsuwat, S Sawasdivorn, C Boonshuyar</i>	199
<b>๓ บทคัดย่อ (Poster Presentation)</b>	
▶ ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่หน้ามอดตันและเต้านมอักเสบด้วยเต้าประคบนมวนินดา <i>วนิดา เทพจันทร์ ภัทธกร ชันเดช จันทนา คงมา</i>	203
▶ ผลจากการมีส่วนร่วมของสามีในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงทำงานนอกบ้านต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติในเดือนแรก <i>เฉลิมศรี เกิดมามี ยุวดี ภาชา จริยา วิหะศุภกร</i>	204

เรื่อง	หน้า
▶ ผลของการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างต่อเนื่อง สำหรับหญิงทำงานนอกบ้าน ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติถึง 4 เดือน <i>เพ็ญจันทร์ แจ่มใส จริยา วิหะศุภกร ยุวดี ภาชา</i>	205
▶ ผลของเปลือกนมนางต่อการบำรุงน้ำนมแม่ <i>อัมพร วิเศษศิริ กฤษณา ศรีอัคร์คำหล่อ</i>	206
▶ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี <i>มณฑา ไชยะวัฒน์ ศิริรัตน์ รักยงค์ นุชบา เพงนุปลา</i>	207
▶ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงงานอุตสาหกรรม <i>พัชรวิพรรณ เจนสาริภรณ์ รัตนา เพชรพรรณ ยูพา ชัยเพ็ชร วรรณภาพร พรหมสุรินทร์ ปณิธิ สุพรรณ สุวิพร สยาม</i>	208
▶ ผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นเตือนต่อความพึงพอใจ ระยะเวลา และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น <i>นิตยา สุขแสน</i>	210
▶ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบริบทโรงพยาบาลรามัน <i>มารีญา ปัตยะบุตร</i>	211
▶ การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถานีอนามัยบ้านม่วงแวง จังหวัดลำปาง <i>ปรานอม อินตะคำ</i>	212

บทความเชิงวิชาการ

&

Experience Sharing

ประกอบการบรรยายวิทยากร

“แม่แม่ดีที่แม่เลี้ยง”

ทุกที... ทุกคน... สนับสนุนแม่ได้

## “MOTHER SUPPORT in Crisis, Calamities and Conflicts” Mother Support Model: Experience in the Philippines

*Ma. Ines Av. Fernandez, President of Arugaan*

Mother Support is the heart of every breastfeeding success. A compassionate head, guiding hand and listening heart makes a difference in supporting women during their vulnerable reproductive stage of pregnancy, birthing, breastfeeding and baby care.

Mothers have a very significant role to play in sustaining humanity. They occupy multi-dimensional roles as life bearer, life giver, nurturer of the next generation. Undoubtedly, they are the first food producer, first doctor at home, manager of scarce resources. Above all, healer and leader.

Mothering never ends in the family but extends with friends in the community and globally. Mothering the father, fathering the mother are tandem roles in mother support. In times of vulnerability, the baby in us needs to be nurtured with gentleness to become a strong and transformed responsible adult - a breastfeeding mother for all seasons.

Mother support can be from a woman of wisdom, caring friend and skilled counselor. Mother support has many faces. Counseling mothers is its core action with good intention to empower women to breastfeed and take control of her human innate resources.

Mother support may emanate from a trustworthy mother or grandmother, doctor, birth attendant. Counseling is a learned art and skills on how to handle breastfeeding situations sensibly.

The best way to appreciate what Mother Support is all about is to share with you how best we were able to translate policies into practices. We put into action the WHO/ unicef Global Strategy on Infant and Young Child Feeding (GSIYCF).

My organization in the Philippines is called 'Arugaan', a support system for women with babies. 'Arugaan' is a Filipino deep-rooted word meaning to nurture fully the next generation with lifetime commitment. Our program and services focused on food and culture, health and traditions, childrearing and customs.



### **Many Faces of Support**

We addressed food security with our program called Healing Foods. We provide training seminars on indigenous foods that heal and nourish. Breastfeeding is the first food of humanity and is given exclusively from birth till the baby is six months old. Then we teach how to prepare complementary foods in addition to continued breastfeeding.

We have developed 'Sanggal' foods- babyfoods. 'Sanggal' means infants. We have created the daily meals of the babies from 6 months till 12 months using food analysis. We used fresh foods that grow in the habitat. Food in season has a reason to heal and nourish and cure ailments. In a popular method of teaching and learning with fun, we show the parents and participants how to prepare, cook and the basis of proper food combination. It is a show & tell and taste food demonstration.

Part of the Healing Food seminar is a game show that correlates the food situation analysis and poverty. To understand the root causes of poverty of the mind and body, we have a group workshop discussion of the whys and how to solve it collectively. The role of food marketing and advertising takes a centerfold in the game play by the participants. This participatory method enlightened the participants on the issue of food insecurity and how it connects globally that consequently disrupt food and culture.

Health and tradition is best described through our program Healing Hands. This involves therapeutic traditional massage. It highlights lactation massage to enhance breastmilk production and flow. This teaches art and skills in massage therapy for moms and babies. It also covers special strokes for A-Z ailments as well as special massage for easy birthing.

Healing Heads is our program on very early childhood care and development. It respond to the needs of the infants and toddlers. My organization Arugaan operates a crèche day care center as a support for working mothers and parents. The crèche is a ten hour non-stop service for enrolled babies ages 2 months old till 3 years old. Food, nutrition, health and baby care are its centerpiece program. We reaffirmed the outcome of the latest compilation of child development researches in the "Rethinking the Brain" that learning starts in the womb and is enhanced after birth. That conceptualization process is very fast when the child can't still talk and walk. The first 3 years of life is forever meaning that all the experiences whether good or bad that the child was highly exposed will remain imprinted and will affect behaviour and personality in adulthood. Thus, the crèche program for babies is a preventive intervention where they are nurtured to become responsible and loving future leaders. Many of the Arugaan crechè graduates have turned out to be exemplary students in science and math.

### **Our child in the creche is the curriculum.**

Our vast experience with our creche program that started in 1989 evolved into 2 booklets titled Child Friendly Creche Curriculum 2000 and the latest Let's Eat Learn and Play 2007.

The training seminars on Healing Foods, Healing Hands, Healing Heads are all lifeskills training and enterprise for women.

The formation of mother support group is under the Healing Hearts program. We have created Breastfeeding Counselors, Therapeutic Massage Specialists, Childcare Givers. It become an income generation. Breastfeeding counseling is free and done with passion. Commitment and passion are developed naturally with time and this has no cost.

### **Advocacy and Campaign**

The mother support group of mothers and fathers from both professional sectors and grassroot leaders are involved in our advocacy campaign to protect breastfeeding.

Last year was a contentious struggle with the breastfeeding vs. bottlefeeding issue in Manila. It was a clash with the babymilk pushers, the multinational milk industry. The American companies of Wyeth, Mead Johnson and Abbot Ross banded together and formed as an organization called PHAP -pharmaceutical healthcare association of the Philippines. They filed a lawsuit in the Supreme Court against the Minister/ Secretary of Health and other officers who passed a strong implementing rules of our Milk Code, a national law to regulate the marketing of breastmilk substitutes, supplements and related products. Through the American Chamber of Commerce, they also sent a letter to the president of the Philippines to stop the new rules claiming that it will affect their economic investment.

### **Mothers Action**

In a raging response, the mother support group of Arugaan formed Save the Babies Coalition composed of 100 non government organizations, people's organizations in cooperation with unicef, WHO and Department/ Ministry of Health. It staged series of mothers protests. 1000 Breastfeeding Defenders painted their protest messages in 1000 umbrellas. Then, 100 mothers brought their bottlefed malnourished victims in front of the offices of the American milk companies. Such media worthy events were censored in the tv news because the milk companies used their clout. They paid thousands of dollars in advance for their next year advertising budget fees to the big tv networks and newspapers

with a memo not to cover public action against them.

In a fit of anger and madness, the mother support group marched to the Supreme Court with 21 mother leaders ages 20's to 60's generation and Bare their Breasts with painted words and designs: Stop milk ads lies! Pass the Milk Code rules! Milk and Murder! National demographic health data showed that 16,000 Filipino babies died yearly for not breastfeeding and many more suffering from milk malnutrition. The milk industry reaped 22 billion profits yearly from babymilk sales. The country imports \$500 million dollars of infant formula annually. This unique mother protest was timed during the debate between lawyers of the milk companies and health ministry/ department at the Supreme Court. It took the media by storm and 250 news agencies both national and worldwide made it the headlines last June 19-20.

Such public action made an inroads into the public consciousness. As a result, students made a thesis and documentary not only on breastfeeding benefits but the adversity of the milk companies marketing. Caricatures and cartoons in news dailies dwelt on the babymilk issue. Even broadcasters made spiels. The news tabloids for the first time featured the bare the breasts protest with substantive news articles on serious issue. Many parents opt to breastfeed.

Now, the mother support group will be accredited as a monitoring team to help the Department/ Ministry of Health in the implementation of the national law, the Milk Code new rules that was approved by the Supreme Court. We put love into the law. The secret potion is Passion plus breastfeeding action.

Breastfeeding Counseling is a daily activity for the mother support group. The creche center becomes the place for hands- on experience for newly moms and dads.

### Do's

Listening from the heart is the counselor's tagline. In counseling, establish your interest to connect by listening intently and calmly. Focus on the positive aspect, that way it stimulates the power center of the heart. Reaffirm what the mom says and pursue her feelings gently. Reassure her that foremost you are with her side because you are both a woman and understand women's situation. Honest assurances enlighten her self- being. Creativity is the essence of communication. Use light conversations that will lead her to decide the best mode of feeding her baby. The counselor's role is to facilitate the mom to arrive at an informed choice. Informed choice means that all information has no commercial interest. That it is accurate, updated, complete, full and explain the consequences of breastfeeding vs. bottlefeeding decisions. Such consequences has

implications in health, economics, environment, women's work and worries. Humanize the conversation by sharing experiences and how to cope with stress. Above all, congratulate the mom for the birthing and her courage. Welcome her to motherhood and she will overcome the day to day challenges. One at a time.

### Power of One as a regional action

Our local action is not solely confine in one's country. The milk issue cross borders. It is a global issue. Asia has been the marketing target of the multinational milk companies based in Europe, USA and New Zealand. The baby boom in Asia is the reason for profits. It is ironic that their countries are protecting breastfeeding practices with their next generation. The developing countries like Thailand and Philippines and other Southeast Asia become their dumping grounds of their inferior surplus products. It is only through advertising and marketing tricks that glamourize their processed old foods. It is a known fact that dairy product like milk is an allergen food. Check on notmilk .com and the latest data speaks of harm to both children and adults.

Why do we have to join together and make a regional force against this milk giants? Because based on our experience few years ago, we got a document from the Philippine BFAD-Bureau of Food and Drug. It was a letter from Nestle asking BFAD to approve the milk labels of Nido on prebiotics. The letter said that it should not worry the government because the milk products will be sold in Thailand not in the Philippines. The factory in the Philippines will only do the repacking.

Such alarming situation should not be allowed for the sake of consumer protection and honest and safe trade. It is through our joint vigilance and sharing information and action that the more we should be involved with policies and practices. It is our citizen's right under the constitution. It is a universal right.

### Disaster Response

Calamities and conflicts in war come without warnings. In the world of breastfeeding, the mothers and babies need to be protected in a special tent together. Breastfeeding practice should be encouraged and even shared breastmilk or breastfeeding can be tapped. The deluge of milk donations will come in disguises in the name of charity. In the end, the company will make a huge profits from such misery. Many mothers will be enticed to abandon breastfeeding for the free babymilks. The government will allocate budget for the captured consumers who will be needing the inferior products for life. We

have witnessed a campaign launched by Nestle. It tapped a celebrity star and appealed to the public thru tv shows calling for milk donations. One milk can donation as disaster response for the calamity victims, Nestle will do the same. School children responded and parents purchased tons of milk from Nestle. In the end, the milk company sales profited in the guise of charity.

### **Modern Heroines**

A very moving project came to us five years ago. SOS Wetnursing. Childwatch or 'Bantay Bata' is a tv foundation that rescue abandoned and abused children. At that time, babies were rescued while some were being sold at the bus terminal station. The owner of the tv network who was a breastfeeding believer asked me to manage the rehabilitation of the infants and toddlers through breastfeeding and natural foods. 9 breastfeeding moms were paid to be wetnurses on day shift and 9 on night shift. They brought along their biological babies together breastfeed the orphans. In three months, the rescued babies became healthy, smart and emotionally healed. The scars of malnutrition were gone. They were adopted by family of doctors. I shared my project to the WHO head Dr. Gro Brundlandt in a meeting in Geneva. The Swedish officer at the meeting explained that the wonders of breastfeeding and its components dramatically recovered the baby in whole. Science has just discovered thousands of breastmilk parts but there lies millions. It debunked studies that grave malnutrition impairs the mind and stunts for life but not with breastfeeding intervention such as wetnursing full management and indigenous foods for the toddlers with breastmilk thru cupfeeding.

### **Brave heart. brave breast**

The news in China's earthquake with the police woman who bravely wetnursed 8 orphan babies is the latest intervention model for survival and development.

Theories and Traditions: Complementary Feeding

Recently, February 2007 in Bangkok, 5 countries of Southeast Asia who are members of IBFAN - International Babyfood Action Network presented their 5 case stories of breastfeeding babies and use of indigenous foods for complementary feeding. No less than the organizer of this grand event Dr. Yupayong led the Thai team on this first global project that translated the GSIYCF policy of WHO and unicef. The other countries were Philippines, East Timor, Indonesia and Vietnam. Out of this experience, we have improved the guidelines on infant feeding and complementary feeding in terms of interactive,

responsive, frequent and appropriate participatory feeding. We were able to compile checklist on what baby can do, food table analysis, babyfood menu, interactive activities, growth and health charting for both mothers and babies, integrated IMCI and ECCD checklist. This joint regional undertaking on this new challenge on complementary feeding and food & culture will spur a book of knowledge on natural baby food recipes integrating early ECCD for Southeast Asia and appreciating indigenous foods as both science and traditions.

## Mother Support in Crisis, Calamities and Conflict

### “ต้นแบบการสนับสนุนแม่ : ประสบการณ์ที่ ฟิลิปปินส์”

Ma. Ines Av. Fernandez

การสนับสนุนแม่เป็นหัวใจของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเห็นอกเห็นใจ มือที่ช่วยนำทาง และจิตใจที่นุ่มนวลรับฟัง ล้วนมีส่วนเกื้อหนุนผู้หญิงในช่วงตั้งครรภ์ หลังคลอดการให้นมแม่และการดูแลลูกแม่มีบทบาทสำคัญหลากหลายมิติต่อมนุษยชาติ ทั้งในฐานะผู้ให้กำเนิดชีวิต และผู้หนุนเสริมเลี้ยงดูคนรุ่นต่อไป

แม่เป็นผู้ผลิตอาหาร และเป็นหมอบุญแรกในบ้าน เป็นผู้จัดการทรัพยากรที่มีจำกัด และเหนือสิ่งอื่นใด เป็นผู้เยียวยา รักษา และเป็นผู้นำ

ความเป็นแม่มีได้จบอยู่เฉพาะในครอบครัว แต่ยิ่งเมื่อแผ่ออกไปสู่เพื่อนในชุมชนและในโลก ความเป็นแม่สู่พ่อ และความเป็นพ่อสู่แม่ เป็นบทบาทที่เกื้อหนุนที่เดินตามกันมา ในยามเปราะบางอ่อนไหว ความเป็นเด็กในตัวเราต้องการการกอดเกลียดด้วยความอ่อนโยนเพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เข้มแข็งและมีความรับผิดชอบ - โดยการเป็นแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การสนับสนุนอาจมาจากแม่หรือยายที่ไว้ใจได้ หมอบุญ ฝูงชน การให้คำแนะนำปรึกษาเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์เพื่อจัดการเกี่ยวกับการให้นมแม่ได้อย่างมีเหตุผล

ทางที่ดีที่สุดที่จะรู้ซึ่งถึงคุณค่าของ “การสนับสนุนแม่” คือ การนำวิธีที่เราแปรเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติมาแบ่งปันเรียนรู้กัน เจเนอ WHO/ unicef Global Strategy on Infant and Young Child Feeding (GSIYCF) มาใช้

องค์กรของเราในฟิลิปปินส์ชื่อว่า “อารูกาน” (Arugaan) ระบบสนับสนุนหญิงที่มีบุตร “อารูกาน” เป็นคำฟิลิปปินส์ที่มีรากหยั่งลึก หมายความว่า “เพื่อถนอมกอดเกลียดคนรุ่นต่อไปอย่างเต็มที่ ด้วยปณิธานชีวิต” โครงการของเรามุ่งที่อาหาร และวัฒนธรรม สุขภาพและประเพณี การเลี้ยงดูเด็กและชนบทธรรมเนียม

#### การสนับสนุนหลายทาง

“อาหารที่เยียวยา” (Healing Food) เป็นโครงการที่ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารพื้นเมืองที่เยียวยาและให้พลัง นานนมแม่เป็นอาหารชนิดแรก และชนิดเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน หลังจากนั้น เราสอนการเตรียมอาหารเสริมกินคู่ไปกับนมแม่

เราพัฒนาอาหารเด็ก (Sanggol = ทารก) และคิดวิเคราะห์รายการอาหารประจำวันสำหรับเด็กอายุ 6-12 เดือน เราใช้อาหารสดที่ปลูกในท้องถิ่น อาหารตามฤดูกาลที่ให้การเยียวยารักษาได้ เราสอนการเตรียม

และปรุงอาหาร ด้วยวิธีที่สนุกสนาน มีทั้งการแสดง เล่าวิธีทำและชิม

ส่วนหนึ่งของโครงการ “อาหารที่เยียวยา” เป็นเกมส์โชว์ที่เชื่อมความยากจนกับการวิเคราะห์สภาพอาหารเพื่อให้เข้าใจรากเหง้าของปัญหาความยากจน เรามีการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาทางแก้ปัญหา บทบาทของการตลาดและโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหาร เป็นหัวข้อหลักที่ผู้เข้าร่วมเกมส์โชว์เล่น เพื่อจะได้เข้าใจเรื่องอาหารที่มีความยั่งยืนไปทั่วโลก และทำให้วัฒนธรรมเรื่องอาหารเปลี่ยนแปลงไป

“สุขภาพและประเพณี” เราใช้โครงการ “มือที่เยียวยา” (Healing Hand) คือการนวดแผนโบราณ การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการผลิตและหลั่งน้ำนม เราสอนศิลปะในการนวดทั้งแม่และลูก รวมทั้งการนวดบรรเทาอาการป่วยและนวดให้คล่องตัว

โครงการมือที่เยียวยานี้ตอบสนองความต้องการของทารกและเด็กเล็ก องค์กร “อารูกาน” ได้จัดตั้งศูนย์ดูแลเด็กเล็กเพื่อช่วยสนับสนุนพ่อแม่ที่ทำงาน ให้บริการดูแลเด็กอายุ 2 เดือนถึง 3 ปี เปิดวันละ 10 ชั่วโมง เน้นเรื่องอาหารและสุขภาพ

จากงานวิจัยเรื่อง “Rethinking the Brain” กล่าวว่า การเรียนรู้เริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ จนถึงหลังคลอด ประสบการณ์ไม่ว่าดีหรือไม่ดีที่ทารกได้พบใน 3 ปีแรกจะคงอยู่ และมีผลกระทบต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพในตอนเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้น ศูนย์เลี้ยงเด็กในเวลากลางวันจึงเป็นการให้การดูแลเพื่อให้เด็กๆ เติบโตเป็นผู้นำที่มีความรับผิดชอบในอนาคต เด็กหลายคนที่จะออกไปจากศูนย์อารูกานได้เป็นนักเรียนตัวอย่างทางด้านวิทยาศาสตร์และคณิตศาสตร์

#### เด็กในศูนย์คือ หลักสูตร

จากประสบการณ์โครงการศูนย์เลี้ยงเด็กของเราที่เริ่มตั้งแต่ปี 1989 ได้กลายมาเป็นหนังสือ 2 เล่ม ชื่อ Child Friendly Creche Curriculum 2000 และ Let's Eat Learn and Play 2007

การอบรมเกี่ยวกับ อาหาร การนวดเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาสมอง เป็นโครงการฝึกทักษะชีวิตสำหรับผู้หญิง

การตั้งกลุ่มสนับสนุนแม่อยู่ภายใต้โครงการ “Healing Heart” เราได้ผลิตผู้ให้คำปรึกษาเรื่องนมแม่ผู้เชี่ยวชาญการนวดเพื่อสุขภาพและผู้ดูแลเด็ก การปรึกษาเรื่องนมแม่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้ให้คำปรึกษารักงานที่ทำอย่างจริงจังและทุ่มเทพัฒนาความชำนาญขึ้นมาเองตามธรรมชาติ

#### การสนับสนุนและรณรงค์

กลุ่มสนับสนุนแม่ทั้งส่วนวิชาชีพและผู้นำระดับรากหญ้า ร่วมช่วยกันรณรงค์ปกป้องการให้นมแม่ ปีที่แล้วมีการต่อต้านและไม่ลงรอยกันระหว่าง การให้นมแม่ และการให้นมขวดเกิดขึ้นในมะนิลา เป็นการปะทะกันระหว่างผู้ผลักดันน้ำนมแม่ กับอุตสาหกรรมนมผงจากหลายๆ ชาติ

Wyeth และ Mead Johnson และ Abbot Ross บริษัทสัญชาติอเมริกันรวมหัวกันตั้งองค์กรชื่อว่า PHAP-pharmaceutical healthcare association of the Philippines องค์กรนี้ยื่นฟ้องต่อศาลฎีกาว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและข้าราชการได้นำกฎหมายที่เข้มแข็งของ Milk Code มาใช้ กฎหมายนี้มีข้อบังคับเกี่ยวกับการตลาดของนมผสมและอาหารเสริมที่ใช้ทดแทนนมแม่และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ยังส่งจดหมายผ่านทางหอการค้าอเมริกันถึงประธานาธิบดีของฟิลิปปินส์ให้เร่งบังคับใช้กฎหมายใหม่โดยอ้างว่าทำให้เกิดผลกระทบต่อการลงทุน

### ปฏิกริยาจากแม่

กลุ่มสนับสนุนแม่ อารุกัน ได้ตั้งเครือข่าย "Save the Babies" ประกอบด้วยองค์กร NGO (non-governmental organization) 100 แห่ง องค์กรประชาชนร่วมกับ unicef, WHO และกระทรวงสาธารณสุข จัดการประท้วงโดยแม่ถือร่มที่เขียนข้อความปกป้องนมแม่ 1,000 คน แม่ 100 คนนำบุตรที่กินนมกระป๋องจนมีภาวะทุพโภชนาการมาแสดงตัวที่หน้าบริษัทนม เหตุการณ์เหล่านี้ไม่ได้ถูกนำเสนอในโทรทัศน์ เพราะบริษัทนมใช้อิทธิพล โดยจ่ายเงินค่าโฆษณาช่วงหน้า 1 ปีให้กับเครือข่ายยักษ์ใหญ่ของวงการโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์พร้อมบันทึกขอร้องไม่ให้ออกข่าวเกี่ยวกับการต่อต้านบริษัทนมโดยสาธารณชน

ด้วยความโกรธแค้นกระทำ กลุ่มสนับสนุนนมแม่เดินขบวนไปยังศาลฎีกาโดยมีแม่ที่เป็นผู้นำ 21 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี เปลือยอกที่มีรูปและคำขวัญเขียนไว้ : หยุดโฆษณาที่หลอกลวง! ผ่านกฎ Milk Code! Milk and Murder! ข้อมูลสาธารณสุขแห่งชาติระบุว่า ในปีหนึ่งๆ ทารกชาวฟิลิปปินส์ 16,000 ราย เสียชีวิตเนื่องจากไม่ได้กินนมแม่ อีกจำนวนมากขาดสารอาหาร อุตสาหกรรมนมกอบโกยผลกำไรจากการขายนมผสม 22,000 ล้านต่อปี ประเทศสั่งนำเข้านมผงทารกมูลค่า 500 ล้านดอลลาร์ต่อปี การเดินขบวนครั้งนี้เกิดขึ้นขณะที่มีการต่อสู้กันในศาลฎีการะหว่างทนายของบริษัทนมกับกระทรวงสาธารณสุข สื่อสารมวลชนกว่า 250 แห่งทั้งในประเทศและทั่วโลกกระดมเสนอข่าวพาดหัวเรื่องนี้เมื่อวันที่ 19-20 มิถุนายนปีที่แล้ว

ปฏิกริยาของสาธารณชนทำให้ประชาชนรับรู้เรื่องนี้มากขึ้น นักศึกษาทำวิทยานิพนธ์และสารคดีเรื่องประโยชน์ของการให้นมแม่ และข้อเสียของการตลาดนมผง การชุมนุมลือเลื่องในหนังสือพิมพ์เขียนเรื่องเกี่ยวกับนมทารก หนังสือพิมพ์ลงข่าวการประท้วงเปลือยอกพร้อมลงเรื่องสำคัญๆ แม่หลายรายเลือกที่จะให้นมแม่

ตอนนี้กลุ่มสนับสนุนแม่ช่วยกันติดตามเผด็จการบังคับใช้กฎหมายใหม่ที่ได้รับการรับรองจากศาลสูงสุด เราได้ใส่ความรักลงไปในกฎหมาย สูตรลับคือความรู้สึกที่รุนแรงเรื่องนมแม่บวกกับการกระทำที่จริงจัง

### สิ่งที่ควรทำ

การให้คำปรึกษาเป็นงานที่กลุ่มสนับสนุนนมแม่ทำทุกวัน ศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวันกลายเป็นที่เก็บรับประสบการณ์สำหรับพ่อแม่มือใหม่

การฟังด้วยหัวใจเป็นสิ่งสำคัญ รับฟังอย่างตั้งใจและสงบให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยง เน้นที่จุดดีเพื่อกระตุ้นพลังจิตใจ ย้ำถึงสิ่งที่แม่ได้พูดและติดตามความรู้สึกของเธออย่างอ่อนโยน ให้ความมั่นใจว่าคุณอยู่เคียงข้างเธอ เพราะเราต่างก็เป็นผู้หญิงจึงเข้าใจสถานะของผู้หญิงได้ดี การสร้างสรรค์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสื่อสาร ใช้การสนทนาเรื่องเบาๆ เพื่อนำให้เธอตัดสินใจเลือกเองว่านมแบบไหนดีที่สุดสำหรับลูก บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาคือช่วยให้แม่เลือกเมื่อได้ข้อมูลครบทุกด้านแล้ว โดยไม่มีเรื่องของการค้ำมาเกี่ยวข้องข้อมูลต้องถูกต้อง ทันสมัย ครบถ้วน และได้อธิบายผลของการกินนมแม่เทียบกับการกินนมผงว่ามีผลตามมาอย่างไรบ้างทั้งทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ การทำงานและความกังวล ทำให้การสนทนามีชีวิตชีวาด้วย

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการจัดการกับความเครียด อย่าลืมแสดงความยินดีกับแม่ที่ได้ผ่านมาอย่างกล้าหาญ ขอต้อนรับสู่ความเป็นแม่ และให้ก้าวข้ามความท้าทายที่ละย่างไปที่ละวัน

### พลังของความเป็นหนึ่งในภูมิภาค

งานของเราไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะภายในประเทศ เรื่องของนมมีการข้ามเส้นเขตแดน เป็นเรื่องของชาวโลก ทวีปเอเชียเป็นเป้าหมายของบริษัทนมหลายเชื้อชาติ ทั้งในยุโรป อเมริกา และนิวซีแลนด์ baby boom ในเอเชียคือกำไรที่มองเห็นได้ ในประเทศเหล่านั้นมีการปกป้องการให้นมแม่เพื่อชนรุ่นหลัง แต่ประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียอาคเนย์อย่างเรา ไทยและฟิลิปปินส์ จะกลายเป็นที่โผล่ผลผลิตที่ล้นเกิน การโฆษณา และการตลาดทำให้ผลิตภัณฑ์ดูดีมีคุณค่า เป็นที่รู้กันว่าแท้จริงแล้วผลิตภัณฑ์นมเป็นอาหารที่กระตุ้นให้เกิดการแพ้ได้

ทำไมเราต้องร่วมมือกัน ประสานพลังในภูมิภาคเพื่อสู้กับนมยักษ์ใหญ่? เนื่องจากเมื่อ 2-3 ปีที่แล้ว เราได้เอกสารจาก Bureau of Food and Drug (BFAD) ของฟิลิปปินส์ เป็นจดหมายจากเนสเลย์ให้ BFAD รับรองฉลากของ Nido เกี่ยวกับ prebiotics หนังสือชี้แจงว่า รัฐบาลไม่ต้องกังวล เพราะนมนี้จะส่งไปขายในประเทศไทย ไม่ใช่ที่ฟิลิปปินส์ โรงงานในฟิลิปปินส์เพียงแต่บรรจุหีบห่อใหม่เท่านั้น

ไม่ควรจะมีสถานการณ์ที่น่าตกใจนี้ ทั้งในแง่ของการคุ้มครองผู้บริโภค และการค้าที่ซื่อสัตย์และปลอดภัย เราต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติ เป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ และเป็นสิทธิของทุกๆ คน

### การตอบสนองต่อภัยพิบัติ

สงครามและภัยพิบัติมาถึงโดยไม่มีการเตือน ในภาวะเช่นนี้แม่ลูกที่กินนมแม่ต้องอยู่ด้วยกันและได้รับการดูแลในเด็ที่จัดให้โดยเฉพาะ ควรสนับสนุนนมแม่หรือแม่แต่แบ่งปันนมแม่กัน การบริจาคนมมักจะมากในนามของการกุศล แต่ท้ายที่สุดแล้ว บริษัทจะทำกำไรได้มหาศาลจากความทุกข์ระทมนี้ แม่หลายคนจะถูกชักจูงให้ละจากนมแม่เพื่อให้นมผงที่ได้มาฟรีๆ รัฐบาลจะแบ่งงบประมาณให้ผู้บริโภคที่ต้องการผลิตภัณฑ์ที่ต่ออายุนี้ไปตลอดชีวิต เราได้เห็นการกระทำโดยเนสเลย์ ให้คาราออกทีวีขอร้องให้บริจาคนมผงหนึ่งกระป๋องที่บริจาคให้ภัยพิบัติ เนสเลย์จะบริจาคหนึ่งกระป๋องเช่นกัน ทั้งนักเรียนและผู้ปกครองต่างก็บริจาคนมเป็นตันจากเนสเลย์ สุดท้ายบริษัทได้กำไรโดยมีการกุศลบังหน้า

### วีรสตรีสมัยใหม่

ห้าปีที่แล้วมีโครงการ SOS Wet nursing "Bantay Bata" เป็นมูลนิธิทางทีวีที่ช่วยเหลือเด็กที่ถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้าย เจ้าของบริษัททีวีผู้หนึ่งเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ในนมแม่มากได้ขอร้องให้ดิฉันจัดการฟื้นฟูทารกเหล่านี้โดยการให้นมแม่ และอาหารธรรมชาติ เราจึงจ้างแม่ที่ให้นมแม่ 9 คนในผลัดกลางวัน และอีก 9 คนผลัดกลางคืน โดยเอาลูกของตัวเองมาด้วยและให้นมแม่แก่ทารกกำพร้าไปพร้อมๆ กัน ภายใน 3 เดือนทารกที่ได้รับการช่วยเหลือมาได้รับการฟูมฟักเลี้ยงดูจนกลับมาแข็งแรงสุขภาพดี และได้มีครอบครัวของหมอบรับเป็นลูกบุญธรรมไป ความมหัศจรรย์ของการให้นมแม่ช่วยให้ทารกฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ทั้งกายและใจ

## หัวใจที่กล้าหาญ

ข่าวแผ่นดินไหวในประเทศจีน พุดถึงตำรวจหญิงรายหนึ่งให้ทารกกำพร้า 8 รายได้ดูนมแม่จากอกของเธออย่างกล้าหาญ เป็นตัวอย่างล่าสุดของนมแม่ที่ช่วยให้ทารกกำพร้ารอดชีวิต

## ทฤษฎี และประเพณี : การให้อาหารเสริม

เดือนกุมภาพันธ์ 2007 ประเทศในเอเชียอาคเนย์ 5 ชาติที่เป็นสมาชิกของ IBFAN-International Baby Food Action ได้นำเสนอตัวอย่างทารกที่กิน นมแม่ 5 รายและการให้อาหารพื้นบ้านเป็นอาหารเสริม โดยมี พญ.ยุพียง เป็นผู้นำของทีมจากประเทศไทยในโครงการระดับโลกที่นำนโยบายของ GSIYCF มาแปรเปลี่ยนเป็นการปฏิบัติ ประเทศอื่นๆ คือ ฟิลิปปินส์ ตีมอร์ตะวันออก อินโดนีเซีย และเวียดนาม จากประสบการณ์นี้เราได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารทารกและอาหารเสริม ตารางวิเคราะห์อาหาร รายการอาหารทารก กิจกรรมที่ทำร่วมกัน กราฟการเจริญเติบโต แผนภูมิสุขภาพมารดา การประชุมร่วมในภูมิภาคเกี่ยวกับอาหารเสริมและประเพณี จะทำให้เกิดแหล่งเรียนรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับรายการอาหารเด็กในธรรมชาติ ทั้งยังเป็นการยอมรับว่าอาหารพื้นบ้านเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์

## MOTHER TO MOTHER SUPPORT PROGRAM A MALAYSIAN EXPERIENCE

*Siti Norjina Moin*

*Breastfeeding Information Bureau - Director  
Malaysian Breastfeeding Association - President*

## INTRODUCTION

This paper describe an ongoing program to reach mothers with information about breastfeeding, infant parenting and support for implementing these practices. The program train women in the communities to serve as Breastfeeding Counsellors and provides them with follow-up services so that a permanent structure can be created within the society. This program has been implemented in many areas in Malaysia and has been highly successful.

## BACKGROUND

The Breastfeeding Mother-to-Mother Support Program train women from "grass-root" level on breastfeeding counselling and parenting skills, upon completion will be working and helping other women in their respective areas. The training classes, provide trainees with further information on breastfeeding, parenting, counselling skills and group dynamics. Trainee Counsellors will be prepared and trained to work with mothers in a variety of ways, with special emphasis on the two services that has been successful for mother-to-mother support i.e. telephone hot-lines, home visits and support groups.

Growth of the program is impressive, classes will continue to be held and can be replicated in the other states.

## DESCRIPTION OF THE PROGRAM

The goal of the Breastfeeding Mother-to-Mother Support Program are :

1. To increase the rate and duration of breastfeeding in the community.
2. To increase knowledge of how breastfeeding meets both the nutritional and emotional needs of babies.

3. To increase the support for the implementation of the Global Strategy for Infant Young Child Feeding.
4. To reduce infant morbidity and mortality and promote optimal infant health through breastfeeding.
5. To support good parenting practices by adopting the healthy lifestyle campaign.
6. To support the mother-child bonding and the concept of "keluarga bahagia" or happy family.
7. To provide "single mothers" with counselling skills thus will enable them provide support among their peers.

### OBJECTIVES

The objective of the PPPIM Mother to Mother Support program are:

1. To encourage mothers:
  - a. Breastfeeding their babies with no supplementation.
  - b. Introduce solid foods at optimal age of six months.
  - c. Continue breastfeeding throughout infancy.
2. To train local women with breastfeeding experience to help other mothers learn about breastfeeding their babies and to continue breastfeeding and working.
3. To locate and co-operate with hospital lactation rooms and other public health facilities who share the above goal and help sustain the Baby-Friendly Hospital Initiative Program.
4. To set up on going support programs in local communities for breastfeeding and parenting skills.

### METHOD

PPPIM Counsellors as Program Co-ordinators work with the Ministry of Health agencies to set up Breastfeeding Mother Support Program. The PPPIM recruit the mothers, obtain funding and provides whatever support services are feasible. PPPIM and the Program Co-ordinators are responsible for providing the training and follow-up services for Breastfeeding. The Breastfeeding Mother-to-Mother Support program consists of two phases, both of which are on-going:

### 1. Training Phase (Silver Level) Counsellor

New Breastfeeding Trainee Counsellors are recruited and provided with:

- a. Training on Human Enrichment and Interpersonal skill.
- b. Twenty hours of classroom training.
- c. Printed materials and textbook.
- d. A review of their grasp of the material.
- e. A graduation ceremony and certificate of completion.
- f. Reimbursement for travel.

### 2. Follow-Up Phase (Gold Level) Counsellor

As they work with mothers, Breastfeeding Counsellor will be provided with:

- a. Support and guidance in techniques for setting up and organising a breastfeeding promotion project.
- b. Information, encouragement and access to PPPIM support services through the Program Co-ordinators who services as her "buddy" or referral point.
- c. Continuing education workshops.
- d. Periodic updates and materials from PPPIM and the Program Co-ordinators.

### EXPENSES

Breastfeeding Mother-to-Mother Support Program provides both the training and the follow-up phases of the program at no cost to Trainee Counsellors. Trainees are provided with reimbursement for travel, accommodation and meal expenses. Upon completion of training, Breastfeeding Counsellors will be reimbursed for expenses connected with their work. In addition, it is strongly encouraged that they are paid for services they provide.

### EVALUATION

Trainee Counsellors are evaluated by their instructors on day of training to ensure that they are adequately prepared to work with mothers.

In order to continue receiving follow-up services, each Breastfeeding Counsellors will give a quarterly report to her Program Co-ordinator documenting her activities, the number of mothers with whom she has had contact, and the number of mothers who have chosen to breastfeed or to continue breastfeeding as a result of her activities. Reports will be shared with the PPPIM and the funding source.

The continued recruitment of new trainees and general growth of this program will serve as an indication of the program's success and effectiveness.

# แพทย์แผนไทย

## กับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด

สุภาวดี หนองบัวดี เอื้อมพร สุวรรณไตรย์ และสร้อยศรี เอี่ยมพรชัย\*

การแพทย์แผนไทยเป็นภูมิปัญญาซึ่งบรรพบุรุษของไทยได้สั่งสมสืบทอดต่อกันมายาวนาน แม้ในระยะหลังที่สังคมไทยจะรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและมีบทบาทในระบบสุขภาพของประเทศเป็นอย่างมากก็ตาม การแพทย์แผนไทยก็มีส่วนช่วยดูแลสุขภาพของคนในสังคมไทยมาโดยตลอด

ปัจจุบัน รัฐมีนโยบายในการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ดังนั้น ศาสตร์และความรู้ทางด้าน การแพทย์แผนไทยจึงได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับสังคมไทยมีความตื่นตัวและให้ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ มีความสนใจและนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ซึ่งทำจากธรรมชาติมากขึ้น สถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีภารกิจหลักสำคัญในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมทางด้าน การแพทย์แผนไทย และจัดให้มีการบริการดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยผสมผสานกับศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นองค์ความรู้หลักในระบบสุขภาพปัจจุบันของไทย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทยประกอบด้วย เวชกรรมแผนไทย เป็นการตรวจและรักษาโรคด้วยทฤษฎี การแพทย์แผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย เป็นการปรุงยาและผลิตยาสมุนไพรสำหรับรักษาโรค หัตถเวชกรรมแผนไทย เป็นการบำบัดรักษาด้วยการนวด ซึ่งในประเทศไทยมีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบ สำหรับที่สถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์เป็นการนวดแบบราชสำนัก และผดุงครรภ์แผนไทย เป็นศาสตร์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด การดูแลหญิงหลังคลอด รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิด

สมัยก่อนสังคมไทยเรียกชื่อผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ และช่วยทำคลอดว่า "หมอต้าแย" โดยมากมักเป็นหญิงสูงอายุที่เคยผ่านการคลอดและมีความชำนาญประสบการณ์ในการช่วยทำคลอด นอกจากจะช่วยให้มารดาและทารกมีความปลอดภัยแล้ว ยังมีความเชื่อว่า ช่วงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ซึ่งนาน ๙ เดือนนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลงสรีระของหญิงตั้งครรภ์เกือบทุกส่วน ดังนั้นความรู้ทางการแพทย์แผนไทยซึ่งหมอต้าแยสมัยโบราณใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดนั้น จะช่วยทำให้สรีระของหญิงกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้นหลังคลอด และหญิงนั้นจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีไม่เจ็บป่วยเมื่อมีอายุมากขึ้น กิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ได้แก่

\*สังกัดโรงเรียนอายุรเวทราชัง สถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เดิมคือโรงเรียนอายุรเวทซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ บริหารโดยมูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ ได้โอนย้ายมาสังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๔๖

- การนวด
- การประคบสมุนไพร
- การเข้ากระโจม
- การทรม้อเกลือ
- การนึ่งถ่าน
- การพันผ้าหน้าท้อง
- การพอกผิว
- การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน

กิจกรรมบางอย่างข้างต้นที่ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เช่น การนวด การประคบสมุนไพร จะช่วยส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์และความรู้สึกที่ดีต่อหญิงตั้งครรภ์ เพราะในช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผลของฮอร์โมนในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพจิตใจหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น อ่อนไหว หงุดหงิด โกรธง่าย และใจน้อย อารมณ์เหล่านี้มีความสำคัญมากสามารถสื่อไปถึงทารกที่อยู่ในครรภ์ ดังนั้น สามีและญาติ หรือคนรอบข้างมีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพจิตที่ดีได้ เพื่อให้ทารกที่เกิดมาจะได้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

สำหรับการนวด การประคบสมุนไพร และการเข้ากระโจมในหญิงหลังคลอดสามารถทำได้ตั้งแต่ ๒-๓ วันแรกหลังคลอด การทรม้อเกลือในหญิงหลังคลอดซึ่งคลอดปกติทำได้หลังคลอดแล้ว ๗ วัน กรณีที่ต้องผ่าหน้าท้องคลอด ต้องรอให้ครบ ๑ เดือนก่อน จึงจะสามารถทำการทรม้อเกลือได้

### • การนวด

การนวดเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ โดยปกติหญิงตั้งครรภ์มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และปวดเมื่อยตัว ตามตำราแพทย์แผนไทย นอกจากการให้กินยาหอมบำรุงหัวใจและบำรุงครรภ์แล้ว ยังนิยมนวดให้กล้ามเนื้อคลาย และจะช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนด้วย การนวดจะต้องนวดเบาๆ สามารถนวดได้ทุกวัน วันละครั้ง หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้งก็ได้

ในช่วงตั้งครรภ์ ๑-๓ เดือนแรก และ ๑ เดือนก่อนคลอด ควรนวดด้วยความระมัดระวัง ส่วนในช่วงอายุครรภ์ ๘-๙ เดือน ตามตำราแพทย์แผนไทย นิยมนวดท้อง หรือที่เรียกว่า "กล่อมท้อง" เพื่อช่วยให้เด็กคลอดง่าย

### ประโยชน์

การนวดจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น (ภาพที่ ๑) ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกายซึ่งพบได้บ่อยระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น อาการปวดหลัง ปวดกระเบนเหน็บ และปวดขา รวมทั้งช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีจิตใจแจ่มใส เบิกบาน





ภาพที่ ๑ - ๒ การนวดและประคบให้กับหญิงตั้งครรภ์  
ภาพที่ ๓ - ๔ สมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในการทำลูกประคบ และการนึ่งลูกประคบให้ร้อนก่อนนำไปใช้

### ข้อห้าม

ไม่ควรนวดหญิงตั้งครรภ์ที่มีไข้ หรือเพิ่งรับประทานยาเสร็จใหม่ๆ

### • การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพรเป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทยวิธีหนึ่ง (ภาพที่ ๒) โดยใช้ลูกประคบเตรียมจากสมุนไพรหลายชนิดแล้วนำไปนึ่งให้ร้อน (ภาพที่ ๓-๔) แล้วไปนวดหรือกดคลึงตามบริเวณร่างกายสามารถใช้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ทั้งก่อนคลอดและหลังคลอด ส่วนใหญ่มักนิยมประคบสมุนไพรหลังจากการนวด

### ประโยชน์

๑. กระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น
๒. ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย
๓. ลดอาการตึงตัวของเต้านม

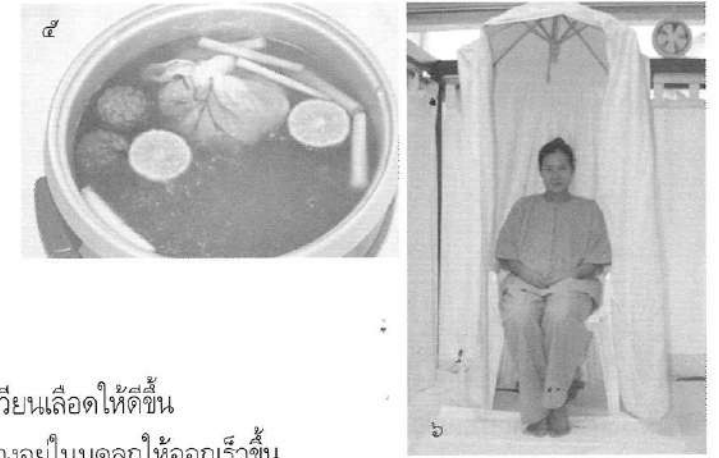
### ข้อควรระวัง

๑. ก่อนนำลูกประคบไปประคบควรทดสอบความร้อนที่บริเวณท้องแขนของผู้ทำการประคบก่อนทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ร้อนมากเกินไป อาจเป็นอันตรายต่อผิวหนังได้
๒. ไม่ควรประคบด้วยแรงหนักเกินไป

### • การเข้ากระโจม

การเข้ากระโจมเป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทยวิธีหนึ่ง โดยการนำสมุนไพรสดหรือแห้งหลายๆ ชนิดมาต้มเพื่อให้เกิดไอน้ำภายในกระโจม ใช้อบตัว (ภาพที่ ๕-๖) มักนิยมทำในหญิงหลังคลอด ปัจจุบันการเข้ากระโจมนิยมใช้ในการบำบัดและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยไม่จำกัดเฉพาะหญิงหลังคลอด วัตถุประสงค์ของการเข้ากระโจมก็คือ การอบไอน้ำ และอบเซาน้ำในปัจจุบัน

ภาพที่ ๕ หม้อต้มสมุนไพร  
ภาพที่ ๖ กระโจมผ้าที่ใช้ในการอบ



### ประโยชน์

๑. เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น
๒. ช่วยขับน้ำคาวปลาที่ค้างคั่งอยู่ในมดลูกให้ออกเร็วขึ้น
๓. บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
๔. ช่วยทำให้หลอดเลือดขยาย หายใจสะดวกขึ้น

### ข้อห้าม

๑. หญิงหลังคลอดที่มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบายคล้ายจะเป็นไข้
๒. มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน

### • การทับหม้อเกลือ

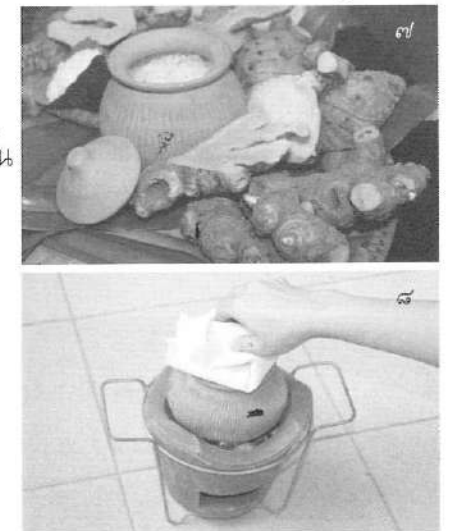
การทับหม้อเกลือ เป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทยวิธีหนึ่ง โดยการนำเกลือสมุทรมาใส่หม้อเหนน ตั้งไฟให้ร้อนแล้วนำมาวางบนสมุนไพรที่จัดเตรียมไว้ เมื่อห่อด้วยผ้าแล้วนำไปประคบให้กับหญิงหลังคลอด (ภาพที่ ๗-๘) การทับหม้อเกลือในหญิงหลังคลอดซึ่งคลอดปกติ จะทำได้หลังคลอดแล้ว ๗ วัน กรณีหญิงที่ต้องผ่าหน้าท้องคลอด ต้องรอให้ครบ ๑ เดือนก่อน จึงจะสามารถทำการทับหม้อเกลือได้

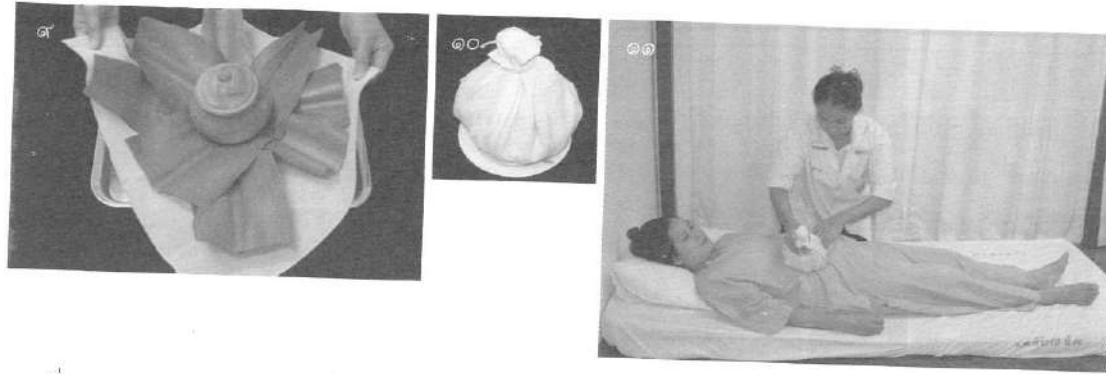
### ประโยชน์

๑. ช่วยทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็วขึ้น
๒. ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น
๓. ช่วยขับน้ำคาวปลาที่ค้างคั่งอยู่ในมดลูกให้ออกเร็วขึ้น
๔. ช่วยทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหดกลับ และหน้าท้องยุบได้เร็ว
๕. ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดมดลูก

### ข้อห้าม

๑. มีไข้เกิน ๓๗.๕ องศา
๒. มดลูกลอยตัว ต้องรอให้เข้าอู่ก่อนจึงจะทำได้
๓. รับประทานยาใหม่ๆ





ภาพที่ ๙ - ๑๑ ส่วนประกอบสมุนไพร หม้อหุงข้าวที่ใส่เกลือ  
วิธีการทำให้เกลือร้อน การห่อหม้อประกอบ และการหีบหม้อเกลือให้หญิงหลังคลอด

● การนั่งถ่าน

การนั่งถ่านเป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทยวิธีหนึ่ง ที่ใช้ยาสมุนไพรหลายอย่าง เช่น ว่าน ชักมดลูก ชมิ้นชัน ซึ่งบดละเอียด โรยบนถ่านไฟให้ควันของสมุนไพรที่เกิดขึ้น รมบริเวณฝีเย็บของหญิงหลังคลอด (ภาพที่ ๑๒-๑๓) การนั่งถ่านสามารถทำได้ตั้งแต่มารดาลุกขึ้นนั่งไหว และไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะหรือหน้ามืด

ประโยชน์

๑. ช่วยให้แผลแห้งและหายเร็ว
๒. ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบและอาการปวด

ข้อควรระวัง

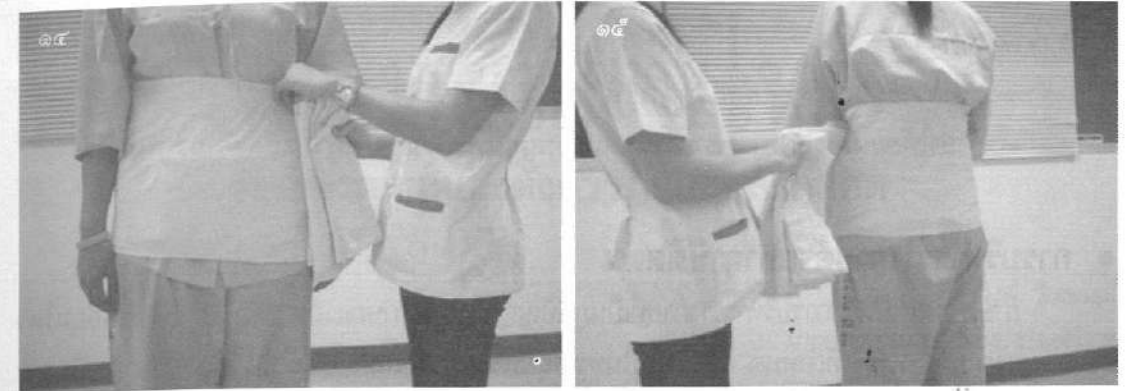
๑. ยาสมุนไพรต้องบดเป็นผงละเอียด เพื่อป้องกันการติดไฟ
๒. ห้ามใส่ถ่านมากเกินไปเพราะความร้อนอาจทำให้เกิดอันตรายได้



ภาพที่ ๑๒ - ๑๓ การโรยผงยาสมุนไพรลงบนถ่านติดไฟในหม้อหุงข้าว ก่อนครอบด้วยกะลามะพร้าวตาเดียว แล้วนำไปวางไว้ใต้เก้าอี้นั่งถ่านให้หญิงหลังคลอดนั่งคร่อมเพื่อรมบริเวณฝีเย็บ

● การพันผ้าหน้าท้อง

การพันผ้าหน้าท้องเป็นวิธีการของศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่นำผ้าดิบพันหอบเพื่อรัดและพยุงหน้าท้องไว้ให้กระชับ (ภาพที่ ๑๔-๑๕) ปกติจะพันผ้าได้ตั้งแต่หลังคลอด โดยพันผ้าใหม่ทุกวันหลังเช็ดตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า และพันรัดหน้าท้องไว้ติดต่อกันประมาณ ๑๕ วัน



ภาพที่ ๑๔ - ๑๕ การใช้ผ้าดิบที่มีความยาวพันบริเวณหน้าท้องของหญิงหลังคลอด ซึ่งมีผ้าที่พับไว้หน้าประมาณ ๒ นิ้ว วางอยู่บริเวณด้านหน้า

ประโยชน์

๑. ช่วยให้มีมดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น
๒. ช่วยกระชับและพยุงหน้าท้องไม่ให้หย่อน

ข้อควรระวัง

๑. หญิงหลังคลอดที่มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะต้องระมัดระวังขณะทำ
๒. การพันผ้าต้องไม่รัดแน่นเกินไป เพราะจะทำให้รู้สึกอึดอัด และน้ำคาวปลาไหลไม่สะดวกได้

● การพอกผิว

การพอกผิวเป็นวิธีการดูแลผิวพรรณของหญิงไทยสมัยก่อน โดยการนำสมุนไพร เช่น ชมิ้นชัน ผงดินสอพอง ผสมกับน้ำ นม น้ำมะขามเปียก หรือน้ำผึ้งอย่างใดอย่างหนึ่ง ผสมจนเข้ากันเป็นเนื้อเดียว แล้วนำมาพอกผิวได้ทั่วตัวรวมทั้งบริเวณใบหน้า (ภาพที่ ๑๖-๑๙) ที่ไว้ประมาณ ๑๕-๒๐ นาที แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาด

ประโยชน์

๑. ช่วยทำให้ผิวพรรณผุดผ่อง นุ่ม เนียน ในหญิงหลังคลอดจะช่วยลดรอยดำซึ่งเกิดขึ้นตามบริเวณคอและข้อพับต่างๆ
๒. ช่วยบรรเทาอาการผื่นคัน



ภาพที่ ๑๖ - ๑๙ การนำชมิ้นชัน ดินสอพองที่บดแล้วผสมกับน้ำสะอาด คนให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียว แล้วพอกไว้ที่ผิว

**ข้อควรระวัง**

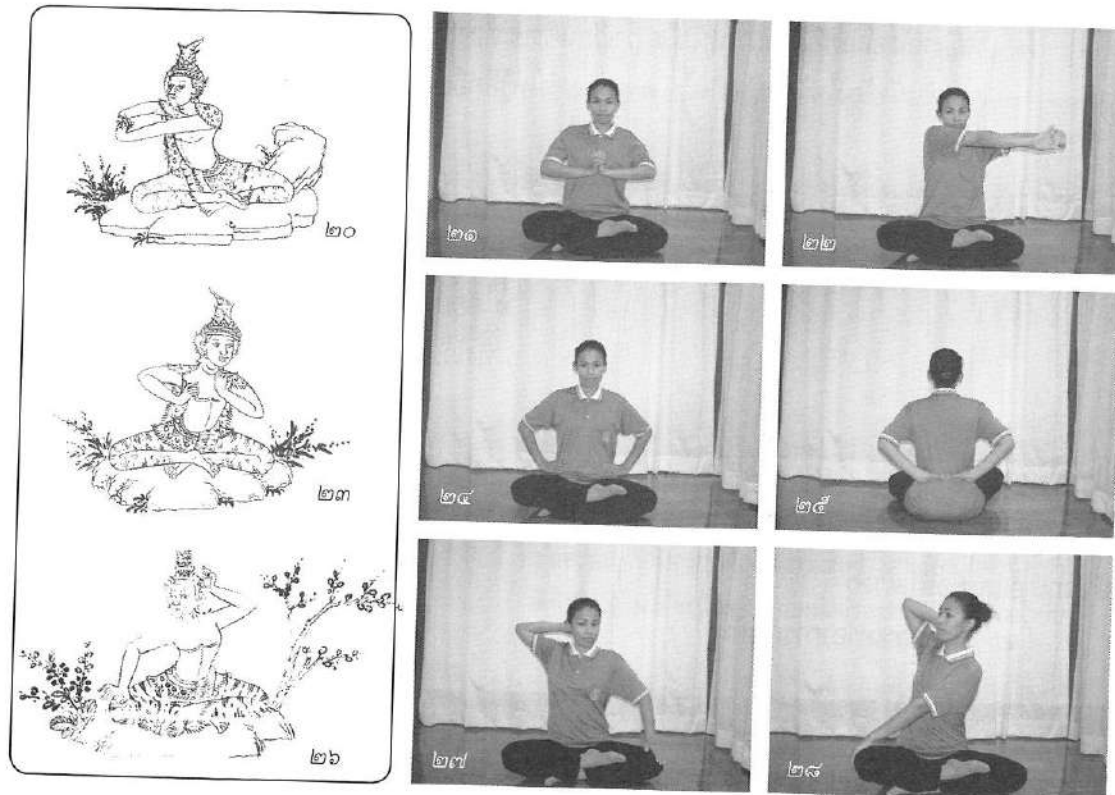
1. ไม่ควรใช้สมุนไพรกับผู้ที่มีอาการแพ้
2. อย่าให้สมุนไพรเข้าตา เพราะส่วนผสมของสมุนไพรที่ใช้อาจทำให้เกิดความระคายเคือง

**● การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน**

ฤๅษีดัดตน เป็นวิธีการบริหารร่างกายที่เป็นภูมิปัญญาไทย มีลักษณะเฉพาะคือผู้ปฏิบัติจะเคลื่อนไหว ส่วนของร่างกายตามท่าทางที่กำหนด แล้วนั่งอยู่ในท่านั้นเป็นระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ ๕-๑๐ วินาที เป็นการบริหารร่างกายส่วนต่างๆ ที่ละส่วนหรือหลายส่วนพร้อมกัน การบริหารอย่างสม่ำเสมอจะสามารถบรรเทาอาการปวดเมื่อยร่างกาย เช่น ปวดคอ ปวดเอว ปวดหลัง ปวดแขน และปวดขา และช่วยทำให้มีสุขภาพแข็งแรง

หญิงที่อยู่ในช่วงของการตั้งครรภ์และหลังคลอด อาจมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดศีรษะ ปวดเอว ปวดหลังและเป็นเหน็บ สามารถทำการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนได้

ท่าบริหารร่างกายที่อาจแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝึกบริหารได้ง่าย เช่น ท่าแก้เกี้ยว (ภาพที่ ๒๐-๒๒) ท่าแก้ขัดเอว (ภาพที่ ๒๓-๒๕) และท่าแก้ลมเวียนศีรษะ (ภาพที่ ๒๖-๒๘)



ภาพที่ ๒๐ - ๒๒ ภาพวาดลายเส้นและการบริหารท่าฤๅษีดัดตนท่าแก้เกี้ยว  
 ภาพที่ ๒๓ - ๒๕ ภาพวาดลายเส้นและการบริหารท่าฤๅษีดัดตนท่าแก้ขัดเอว  
 ภาพที่ ๒๖ - ๒๘ ภาพวาดลายเส้นและการบริหารท่าฤๅษีดัดตนท่าแก้ลมเวียนศีรษะ

# แพทย์แผนไทย

กับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด

สุรางค์ วิเศษมณี  
 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**ร**ะยะหลังคลอด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่คลอดลูกจนถึง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายพยายามปรับตัวให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยทั่วไปนั้นหากมารดาคลอดเองตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่จะพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน ถ้าคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด จะอยู่โรงพยาบาลประมาณ 5-7 วัน มารดาจะรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายภายหลังคลอด เนื่องจากตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดนั้น ระบบต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย นอกจากนี้ ยังต้องใช้แรงและพลังงานของร่างกายระหว่างที่อยู่ในช่วงการคลอดอย่างมากอีกด้วย

ภายหลังคลอดลูก ร่างกายของมารดาจะขับเนื้อเยื่อและเซลล์ต่างๆ ที่ค้างคั่งอยู่ในโพรงมดลูกออกมาพร้อมกับเลือดและน้ำคาวปลา ด้วยแรงจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ในระยะ 2-3 วันแรก ภายหลังคลอด น้ำคาวปลาจะออกมากและมีสีแดงสด หลังจากนั้นจะออกน้อยและจางลงจนกลายเป็นสีชมพูเรื่อยๆ โดยปกติแล้วน้ำคาวปลาจะหมดไปภายใน 14 วันหลังคลอด นอกจากนี้ภายหลังคลอดใหม่ๆ มดลูกจะยังมีการบีบตัวตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันการตกเลือดและขับน้ำคาวปลาออกจากโพรงมดลูก มารดาจะรู้สึกมีอาการปวดท้องน้อย คล้ายๆ กับปวดประจำเดือน ปวดเป็นพักๆ เวลาให้นมลูกอาจรู้สึกปวดมากกว่าปกติ เนื่องจากเวลาที่ลูกดูดนมจะกระตุ้นให้สมองหลังฮอว์โมนออกซีโตซินซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นให้มดลูกบีบตัวมากขึ้น ซึ่งมีประโยชน์ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว กรณีที่มารดาคลอดเองตามธรรมชาติ พยาบาลจะดูแลให้นอนคว่ำและใช้หมอนประคองบริเวณมดลูกเอาไว้ เพื่อบรรเทาอาการปวด และแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ และถ่ายปัสสาวะทุกครั้งที่ปวด เพราะมดลูกจะทำงานได้ดีขึ้นเมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง

สำหรับอาการปวดแผลฝีเย็บนั้น ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ โดยการประคบบริเวณแผลฝีเย็บด้วยกระเป๋าน้ำแข็ง จะทำให้มารดารู้สึกชา ช่วยบรรเทาอาการเจ็บแผลและลดบวมได้ ต่อจากนั้นอาจอบแผลด้วยความร้อนเพื่อช่วยลดอาการบวม ทำความสะอาดบริเวณแผลฝีเย็บและริดสีดวงทวารด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรคภายหลังการอาบน้ำและการขับถ่ายทุกครั้ง ชับบริเวณแผลฝีเย็บให้แห้งสนิท หลังออกจากโรงพยาบาลควรนั่งแช่แผลฝีเย็บในน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อช่วยให้เลือดไหลไปเลี้ยงบริเวณแผลฝีเย็บได้ จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น แนะนำให้บริหารร่างกายโดยการขมิบบริเวณปากช่องคลอดเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น จะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณแผลฝีเย็บแข็งแรงและหายเร็วขึ้นด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกายจะทำให้มารดาเหงื่อออกมากกว่าปกติ ควรแนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย ภาวะเต้านมคัดตึง เกิดจากการที่ เต้านมขยายโตขึ้นซึ่งเป็นเรื่องปกติ ควรใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบรอบๆ เต้านมพร้อมกับบีบนิ้วเบาๆ ทั้งทั้งเต้า แล้วบีบเอาน้ำนมออกจากร้านนมนี้จึงให้ลูกดูด หลังจากน้ำนมออกมากจนเกลี้ยงเต้า ดูแลใช้ ผ้าขนหนูชุบน้ำเย็นมาประคบเต้านมทั้งสองข้าง กรณีที่มารดารู้สึกปวดเต้านมมาก ดูแลให้รับประทานยา แก้ปวดตามที่แพทย์สั่งจนกว่าอาการจะดีขึ้น แต่ถ้ามีอาการบวมแดงกดเจ็บ หรือมีไข้สูงมากควรรีบไปพบ แพทย์ อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่พบในมารดาหลังคลอด คือ ความรู้สึกหดหู่ใจหลังคลอด เกิดจากการ เปลี่ยนแปลงระบบภายในและฮอร์โมนของร่างกาย การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นแม่ซึ่งต้องเลี้ยงดูลูก ทำให้ เกิดความเครียด เหน็ดเหนื่อยและวิตกกังวล บางครั้งเกิดอาการหดหู่และรำคาญใจ เศร้าเสียใจและร้องไห้ ง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ซึ่งสามีและครอบครัวจะเป็นบุคคลสำคัญที่ จะร่วมมือกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแลระดับประคองจิตใจมารดา และช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูลูก น้อยตามความสามารถที่จะทำได้

การฟื้นฟูสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอดโดยการบริหารร่างกาย เพื่อจะได้มีร่างกายที่กระชับ และกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดนั้น หน่วยหลังคลอดได้ดูแลโดยให้กลุ่มมารดาคลอดปกติสามารถเริ่ม บริหารร่างกายได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สำหรับกลุ่มมารดาที่คลอดโดยวิธีการผ่าตัดหรือการใช้ เครื่องมือช่วยคลอดนั้น ให้เริ่มทำในวันที่ 2-3 ภายหลังคลอด โดยเน้นการกระตุ้นให้มี early ambulation เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด การบริหารการหายใจ เพื่อช่วยให้ปอดทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบ ขับถ่ายทำงานดีขึ้น ป้องกันท้องผูกได้ด้วยการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลมในอุ้งเชิงกราน ช่วยให้เลือดไหล เวียนไปเลี้ยงบริเวณอุ้งเชิงกรานได้ดีขึ้น ผลมีเย็บติดดีและหายเร็วขึ้น ป้องกันการเคลื่อนตำแหน่งมดลูก และทำให้ช่องคลอดกระชับขึ้น นอกจากนี้ยังมีการใช้วิธีตุลยภาพบำบัด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดบริเวณ กล้ามเนื้อของมารดาหลังคลอด โดยการใช้ stretching ซึ่งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่คลอด โดยวิธีการผ่าตัด เช่น ลดอาการท้องอืด คลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

ในปัจจุบัน รัฐมีนโยบายในการพัฒนาและส่งเสริมภูมิปัญญาไทย และคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาลได้จัดตั้งสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ขึ้น อีกทั้งได้จัดให้มีการบริการดูแลรักษาด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยผสมผสานกับศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการ ดูแลมารดาหลังคลอด จะช่วยทำให้สรีระของมารดาหลังคลอดกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ได้แก่ การ นวด การประคบสมุนไพร การเข้ากระโจม การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ซึ่งหน่วยหลังคลอดได้ ร่วมมือกับสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในการให้บริการดูแลมารดาหลังคลอดโดยการนวดไทยเพื่อ ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย และการประคบสมุนไพรเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและน้ำนม ทำให้ มารดาหลังคลอดรู้สึกสบายกายเพิ่มมากขึ้น เป็นการให้ลูกประคบที่หนึ่งให้ร้อนแล้วนวดหรือกดคลึงตาม บริเวณร่างกาย การประคบจะเน้นบริเวณที่มักเกิดอาการปวดเมื่อยในช่วงที่ตั้งท้อง ได้แก่ บริเวณช่วงเอว ต้นขา น่อง รวมทั้งบริเวณหน้าท้องเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดีด้วย ส่วนใหญ่มักนิยมประคบสมุนไพร หลังจากการนวด โดยมีการจัดทำและแนวเส้นที่จะประคบ คือ จัดทำนอนตะแคง ทำนอนหงาย และทำนั่ง และประคบตามแนวเส้นนวด ก่อนการประคบควรวางลูกประคบที่บริเวณท้องแขนของผู้ทำการประคบก่อน ทุกครั้ง เพื่อทดสอบความร้อนไม่ให้ร้อนมากเกินไป และไม่ควรรีบประคบมากเกินไป ซึ่งขณะนี้ใน

โรงพยาบาลศิริราชได้เริ่มนำการนวดประคบสมุนไพรมาใช้ในการนวดผ่อนคลายขณะตั้งครรภ์และนวด ผ่อนคลายเพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยพยาบาลจะมีบทบาทหน้าที่ในการคัดกรองความเสี่ยง และให้คำแนะนำ รวมทั้งข้อมูลในการบริการร่วมกับทีมแพทย์แผนไทย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด มีความมั่นใจในความปลอดภัย และพึงพอใจในการบริการเพิ่มมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานพัฒนาวิชาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการ แพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.), 2548.
2. ทีมดูแลผู้ป่วยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. แนวทางการดูแลรักษาอาการหลังคลอด. ภาควิชาสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

# อาหารและสมุนไพรให้แม่มีน้ำนม

ภญ.ผกากรอง ชวีชัยว ภาญ.ดร.สุภาภรณ์ ปิติพร  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์

**ใน** ช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหลักฐานที่ยืนยันชัดเจนว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มากมาย เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่เพียงเป็นการให้อาหารเพื่อให้ลูกอิ่มและสามารถเจริญเติบโตขึ้นได้เท่านั้น แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

**1. สารอาหารในนมแม่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามอายุลูก** หลังคลอดระดับฮอร์โมนในแม่จะเปลี่ยนแปลงและร่างกายจะสร้างน้ำนมขึ้น นมที่สร้างในช่วงแรกจะเป็นน้ำนมเหลือง (colostrums) และจะค่อยเปลี่ยนเป็นน้ำนมขาวในที่สุด สารอาหารสำคัญที่มีอยู่ในนมแม่ ได้แก่ ไขมัน ในนมแม่จะมีไขมันจำเป็น เช่น ไลโนเลอิก และ ไลโนเลนิก ซึ่งจะทำหน้าที่ในการสร้างสารไปทอหุ้มเส้นใยประสาทในสมองเด็ก ทำให้การส่งกระแสประสาทในสมองเด็กทำได้ดีและรวดเร็วขึ้น มีพัฒนาการในการตอบสนองต่อสิ่งเร้ารอบๆ ตัว อิมมูโนโกลบูลิน ในนมแม่จะช่วยลดโอกาสการเป็นภูมิแพ้ในเด็ก รวมทั้งจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อและไม่สบายของเด็ก

**2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้เด็กมีความอ่อนโยน** เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะเพิ่มสัญญาณความเป็นแม่ เนื่องจากในขณะที่ลูกดูดนมจากอกแม่จะทำให้ระดับฮอร์โมนออกซีโตซิน (oxytocin) เพิ่มขึ้น ซึ่งฮอร์โมนตัวนี้จะช่วยให้แม่มีจิตใจอ่อนโยน ซึ่งเด็กจะรู้สึกได้ถึงความรักอ่อนโยน อันจะส่งผลให้เด็กมีอารมณ์ดี

**3. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการปูพื้นฐานสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเหมาะสม** ในขณะที่ลูกดูดนมแม่ประสาทสัมผัสทุกส่วนของเด็กจะถูกกระตุ้นให้เกิดการทำงาน ทั้งการมองเห็น โดยการสบตากับแม่ในขณะที่ดูดนม การรับกลิ่น เนื่องจากการอยู่ใกล้ชิดกับแม่ในขณะที่ดูดนม จะทำให้ลูกได้รับกลิ่นกายของแม่ไปด้วย และการฝึกประสาทหู เนื่องจากลูกจะได้ยินเสียงแม่ที่พูดคุยกับตนเอง

ข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะไม่ได้เกิดกับลูก ที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของลูก ทำให้ลูกมีจิตใจอ่อนโยนเท่านั้น แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะลดโอกาสการเกิดมะเร็งเต้านมของแม่ด้วย อีกทั้งยังจะเป็นการช่วยเศรษฐกิจของชาติ เนื่องจากในนมแม่มีภูมิคุ้มกันที่ช่วยทำให้ร่างกายของเด็กแข็งแรง พ่อแม่และประเทศก็ไม่ต้องไปเปลืองเงินกับค่ารักษาพยาบาลลูกที่ป่วย

## ส่วนประกอบของสารอาหารสำคัญในนมแม่

ตารางที่ 1 แสดงส่วนประกอบของนมแม่ เปรียบเทียบกับนมวัว

ส่วนประกอบ	นมแม่	นมวัว
โปรตีน (กรัม %)	1.2	3.3
ไขมัน (กรัม %)	3.8	3.7
คาร์โบไฮเดรต (กรัม %)	7.0	4.8
แคลเซียม (มิลลิกรัม %)	33	125
ฟอสฟอรัส (มิลลิกรัม %)	15	69
โซเดียม (มิลลิกรัม %)	15	58
พลังงาน (กิโลแคลอรี/100 มิลลิลิตร)	67	66

## ข้อสังเกตของสารอาหารในนมแม่

**1. นมแม่มีปริมาณโปรตีนพอดี** ไม่มากหรือน้อยเกินไป และมีส่วนประกอบของกรดอะมิโนสมดุลพอเหมาะกับความต้องการและการเจริญเติบโตของทารก ในขณะที่นมวัวจะมีปริมาณโปรตีนมากเกินไปเกินความต้องการ และชนิดของโปรตีนและส่วนประกอบของกรดอะมิโนไม่เหมาะสมกับร่างกายของทารก ปริมาณโปรตีนที่สูงเกินความต้องการของร่างกายทำให้เกิดการคั่งของสาร blood urea nitrogen (BUN) และทำให้เกิดเลือดมีภาวะเป็นกรด ไตของทารกจึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อขับถ่ายของเสียที่ออกจากร่างกาย ทำให้ทารกอาจไม่เจริญเติบโตเท่าที่ควร โปรตีนในนมวัวส่วนใหญ่จะเป็นคาเซอีน (casein) มากกว่าหางนม (whey) ทำให้เมื่อทารกขับถ่ายหนักไปถูกกับกรดจะกลายเป็นก้อน ซึ่งจะเกาะอยู่เยือก ซึ่งถ้าแม่สังเกตดูให้ดีว่าถ้าหากลูกอาเจียนหลังทานนมวัวใหม่ๆ จะเห็นว่าอาเจียนที่ออกมาจะเป็นก้อนนม ที่ยังไม่ย่อยซึ่งจะแตกต่างจากนมแม่ที่เป็นหางนม มากกว่าคาเซอีน โปรตีนในนมแม่ จึงมีปริมาณพอเหมาะและย่อยง่ายกว่าโปรตีนของนมวัว นอกจากนี้ นมแม่มีปริมาณทอรีน (taurine) ซึ่งอาจถือว่าเป็นกรดอะมิโนจำเป็นสำหรับทารกก่อนกำหนด มากกว่านมวัวถึง 55 เท่า ซึ่งถึงแม้จะยังไม่ทราบหน้าที่ของทอรีนแน่ชัด แต่เชื่อว่ามีส่วนช่วยการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อสมองและเซลล์รับภาพของลูกตา และที่กำลังเป็นที่สนใจก็คือ สารนิวคลีโอไทด์ (nucleotide) ซึ่งเป็นสารองค์ประกอบที่พบในเซลล์ ทุกเซลล์ของร่างกายและมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายทารก และช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานแก่ทารก จากการศึกษาพบว่า นมแม่มีปริมาณนิวคลีโอไทด์มากพอสมควร แต่ไม่พบนิวคลีโอไทด์ในนมวัว

**2. นมแม่มีคุณภาพและส่วนประกอบของไขมันชนิดดีและเหมาะสมกว่านมวัว** นมแม่มีปริมาณกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งเป็นกรดไขมันจำเป็นสูงกว่านมวัว ทำให้ไขมันในนมแม่มีคุณภาพดีกว่าและถูกดูดซึมง่ายกว่านมวัว ปัจจุบันยังพบว่านมแม่มีกรดไขมัน docosahexaenoic acid (DHA) แต่ในนมวัว และนมผสมส่วนใหญ่ไม่มี DHA จากการวิจัย พบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่รับประทานนมแม่หรือนมผสมที่มีการเติม DHA ลงไป จะมีการมองเห็นได้ดีกว่า ทารกที่รับประทานนมผสมที่ไม่ได้เติมสาร DHA

**3.นมแม่มีเอนไซม์ช่วยย่อย** นมแม่นอกจากมีสารอาหารที่ย่อยและถูกดูดซึมง่ายกว่านมวัวแล้ว ในนมแมยังมีเอนไซม์ไลเปส (lipase) ช่วยในการย่อยหลังตามออกมาด้วย ทำให้นมแม่ถูกย่อยและถูกดูดซึมง่ายกว่านมวัวยิ่งขึ้นไปอีก

**4.นมแม่ช่วยให้ปลอดภัยจากการแพ้** เนื่องจากโปรตีนในนมวัวมีขนาดใหญ่และประกอบด้วย B-lactoglobulin ทำให้ทารกที่เลี้ยงด้วยนมวัวอาจเกิดอาการแพ้โปรตีนนมวัวได้ จากการวิจัยพบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่แม่จะเป็นเพียงระยะสั้นก็จะมีโอกาสเป็นโรคมะภูมิแพ้และผื่นแพ้ผิวหนังน้อยกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมวัว การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นอีกหนทางหนึ่ง ที่จะช่วยป้องกันมิให้ลูกเป็นโรคมะภูมิแพ้และทุกคนต้องการหลีกเลี่ยงโดยไม่ต้องเปลืองเงินทองไปซื้อหา

ถึงแม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีประโยชน์เพียงใด แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่หลายประการ โดยเฉพาะเรื่องปริมาณและคุณภาพของน้ำนม แต่โดยทั่วไปแล้วปริมาณน้ำนมแม่มีปริมาณพอเพียงกับความต้องการของลูกอยู่แล้ว แต่คุณภาพน้ำนมแม่นั้นจะขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการของแม่ ในกรณีที่แม่พบว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอแล้วนั้นควรจะมีการทบทวนในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ก่อนที่จะตัดสินใจใช้ยาหรือวิธีการอื่นๆ ที่ช่วยเพิ่มปริมาณของน้ำนม ได้แก่

### 1. เทคนิคในการดูนมของลูก

เทคนิคที่ดีในการดูนม คือ ให้ลูก ดูดเร็ว คือ ให้ลูกดูดทันทีในท้องคลอດ ดูดบ่อย คือ ให้ลูกดูดทุก 2-3 ชั่วโมง ดูดถูกวิธี คือ ให้ปากลูกงับให้ถึงลานนมสังเกตได้จากคางลูกจะแนบหน้าอกแม่ ตั้งจมูกชิดหรือเกือบชิดหน้าอกแม่

### 2. ภาวะจิตใจของแม่

ภาวะความเครียดของแม่มีผลไปยังยังการกระตุ้น "ไฮโปทาลามัส" ซึ่งเป็นเหตุให้มีการหลั่งน้ำนมลดลง ดังนั้น ความพร้อมและความเข้าใจถึงประโยชน์ของนมแม่ ตลอดจนการสนับสนุนของบุคคลรอบข้าง จะทำให้แม่มีกำลังใจต่อการให้นมลูก

### 3. ภาวะโภชนาการของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูก

ในระหว่างที่ตั้งครรภ์ แม่จำเป็นต้องได้รับอาหารเพียงพอสำหรับตนเองและเด็กในครรภ์ ตลอดจนสะสมไว้สำหรับสร้างน้ำนมหลังคลอด ดังนั้น ก่อนคลอดแม่จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณ 12 กิโลกรัม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นประมาณ 4 กิโลกรัมจะเป็นน้ำหนักของเด็ก รกและน้ำคร่ำ และอีก 4-6 กิโลกรัมจะสำรองไว้สำหรับการสร้างน้ำนม 400 กิโลแคลอรีต่อวันเป็นเวลา 4 เดือน ดังนั้นหากในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูกแม่มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีก็อาจมีผลต่อปริมาณน้ำนมได้

นอกจากการรับรู้ด้วยความรู้สึกของแม่ว่าปริมาณน้ำนมของแม่พอเพียงต่อความต้องการของลูกหรือไม่แล้ว ข้อบ่งชี้ที่แสดงว่านมแม่มีความพอเพียงก็ได้แก่

1. ลูกดูนมแม่ทุกครั้งตามต้องการ แต่แต่ละมื้อไม่ควรห่างกันเกิน 3 ชั่วโมง ในระยะ 3 เดือนแรกเกิด

2. ลูกดูดเกลี้ยงเต้าที่ละข้าง คือ เมื่อจับเต้านมแม่จะรู้สึกว่ามันนุ่มลง
3. บัสสาวะใสสีเหลืองอ่อนมากกว่า 6-8 ครั้ง/วัน กรณีได้นมแม่อย่างเดียว
4. อุจจาระนุ่มสีเหลืองทอง 3-5 ครั้ง/วัน หรือ 10 กว่าครั้ง/วัน ในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกเกิด
5. น้ำหนักขึ้น 150-200 กรัม/สัปดาห์ หรือ 500 กรัม - 1 กิโลกรัม/เดือน ในระยะ 6 เดือนแรกเกิด
6. เมื่ออายุเกิน 1 สัปดาห์ น้ำหนักตัวของเจ้าตัวน้อยจะเพิ่มวันละ 25-30 กรัม หรือ 2.1 ชีด ต่อสัปดาห์

## สภาวะโภชนาการที่มีผลต่อการสร้างน้ำนม

การผลิตน้ำนมแม่นั้นใช้หลักการเดียวกับอุปสงค์-อุปทาน อุปสงค์เกิดขึ้นความสามารถที่ลูกจะดูดนมจากเต้าไปได้หมดในแต่ละครั้ง ซึ่งหากน้ำนมที่ผลิตในแต่ละครั้งหมดจากเต้าก็จะทำให้เกิดอุปทานหรือการผลิตน้ำนมขึ้นมาใหม่ ส่วนสาเหตุของการผลิตน้ำนมได้น้อยส่วนใหญ่ก็เกิดจากการที่ลูกไม่สามารถทำให้นมที่ผลิตออกมาในแต่ละครั้งหมดไปได้ ซึ่งอาจจะเกิดจากท่าในการดูนมไม่เหมาะสม หรือแม้กระทั่งการให้นมลูกตามตารางเวลาที่วางไว้ แทนที่จะให้เมื่อลูกต้องการ เหล่านี้ก็เป็นสาเหตุที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ที่จะทำให้นมไม่เพียงพอได้ ส่วนปัญหาที่พบบ่อยก็เช่น ขนาดของปากลูกกับหัวนมแม่ การที่ลูกมีอาการท้องอืดท้องเฟ้อก็ทำให้ไม่อยากดื่มนมไปด้วย การที่แม่มีอาการเจ็บจากการที่ลูกดูดนมก็อาจทำให้แม่หลีกเลี่ยงที่จะให้นมลูก ภาวะความไม่สมดุลของฮอร์โมนในมารดา เป็นต้น ถ้าเกิดอาการนมคัด หัวนมแข็งก็ต้องบีบให้น้ำนมไหลออกบ้างก่อนให้ลูกดูด ไม่เช่นนั้นลูกดูดไม่ออก พาลจะไม่ยอมดูนมแม่ในครั้งต่อไป

แม่ที่ให้นมบุตรผลิตน้ำนมประมาณ 23-27 ออนซ์ต่อวัน ซึ่งในนมแม่จะมีแคลเซียมและสารอาหารอื่นๆ ที่ลูกต้องการ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่แม่จะได้รับพลังงานเพิ่มอีก 500 กิโลแคลอรีต่อวัน แม่ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำวันละ 1-2 ลิตร และการดื่มนมก็ช่วยได้มุก เพราะนมมีส่วนประกอบของน้ำและสารอาหารที่ดูดซึมได้ง่าย ทั้งนี้ควรดื่มนมให้ได้วันละ 3 แก้ว ถ้าไม่สามารถกินได้ตามจำนวนก็ให้ดื่มน้ำวันละ 1 แก้วแล้วเพิ่มอาหารดังนี้ 2 ชนิด หรือเพิ่มเป็น 1 เท่าของ 1 ชนิด คือ ไข่ 1 ฟอง เนื้อปลา 2 ช้อนโต๊ะ เนื้อหมู 2 ช้อนโต๊ะ เนื้อวัว 2 ช้อนโต๊ะ เนื้อไก่ 2 ช้อนโต๊ะ ปลาทู 2 ช้อนโต๊ะ เต้าหู้อ่อนครึ่งหลอด และควรใช้วิธีทอดด้วยน้ำมันหรือปรุงกะทิ เพราะไขมันมีส่วนช่วยในการเพิ่มปริมาณน้ำนม สำหรับผลไม้ เช่น กล้วยหอมครึ่งผล กล้วยน้ำว้า 1 ผล องุ่น 12 ผล ส้มผลใหญ่ 1 ผล สับปะรดขนาดคำ 10 ชิ้น มะละกอขนาดคำ 10 ชิ้น ลำไย 6-8 ผล ซึ่งจะต้องกิน 3 ชนิด ชนิดละ 3 เท่า นอกจากนั้น อาจเพิ่มการรับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มน้ำนม เช่น แองเดียง ผัดขิง น้ำขิง และอาหารที่มีหัวปลีเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า มีส่วนช่วยให้มารดามีน้ำนมมากขึ้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นก็ขึ้นอยู่กับท่าในการให้ลูกดูนมแม่ร่วมด้วยจะช่วยให้เป็นอย่างไรดี อีกประการหนึ่งการดื่มน้ำอุ่นก็เป็นสิ่งที่แม่ทุกคนควรทำ โดยเฉพาะช่วงต้นของการให้นมลูก เป็นการเรียกน้ำนมได้อีกทางหนึ่งด้วย

ส่วนคำถามที่ว่าโภชนาการของแม่มีผลต่อองค์ประกอบของสารอาหารในนมแม่หรือไม่ จากการวิจัยพบว่า แร่ธาตุหลัก (major minerals) เช่น แคลเซียม ฟอสฟอรัส โปแทสเซียม แมกนีเซียม โซเดียม ในน้ำนมไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของแม่ แต่อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการของแม่อาจส่งผลต่อสารบางชนิด ได้แก่

1. ชนิดของไขมัน กล่าวคือ หากแม่รับประทานไขมันที่มีประโยชน์ เช่น ไขมันที่มีส่วนประกอบของไขมันชนิดไม่อิ่มตัว หรือไขมันจำเป็นที่ร่างกายสร้างขึ้นเองไม่ได้ เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก ก็จะทำให้

นมแม่มีไขมันที่จำเป็นแก่การเติบโตของทารกตามไปด้วย

2. **ธาตุซีลีเนียมและไอโอดีน** การเพิ่มการรับประทานซีลีเนียมและไอโอดีนของแม่จะทำให้มีปริมาณองค์ประกอบของแร่ธาตุทั้งสองชนิดในน้ำนมเพิ่มขึ้นด้วย

3. **วิตามินทุกชนิด** ปริมาณวิตามินทุกชนิดในน้ำนมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการรับประทานวิตามินและปริมาณวิตามินที่สะสมอยู่ในร่างกายของแม่

### ข้อแนะนำสำหรับการรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำนม

• **รับประทานอาหารให้เพียงพอ** รับประทานจนรู้สึกอิ่ม ความรู้สึกอิ่มจะมีผลไปเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ซึ่งทำให้มีการหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้น

• **รับประทานอาหารจำพวกธัญพืช** ให้ได้ประมาณ 40% ของปริมาณอาหารที่ได้รับต่อวัน ธัญพืชที่ควรรับประทาน ได้แก่ ข้าวเจ้า ข้าวสาลี ข้าวบาร์เลย์ เพราะในอาหารจำพวกธัญพืชมีน้ำตาลที่ชื่อ เบต้า-กลูแคน ช่วยเพิ่มการหลั่งของน้ำนม

• **รับประทานอาหารที่สร้างให้เกิดภาวะสมดุลร้อน-เย็น** จากทฤษฎีการแพทย์ตะวันออกเชื่อว่าผู้หญิงที่คลอดบุตรใหม่ๆ ร่างกายจะมีภาวะเย็น หรือหมายถึงการที่อวัยวะภายในยังทำงานได้ไม่เต็มที่นั้น การที่จะทำให้อวัยวะทำงานได้ดีขึ้นนั้นควรที่จะรับประทานอาหารหรือสมุนไพรที่มีรสร้อน เพื่อไปเพิ่มการไหลเวียนของเลือด อันจะทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้น รวมถึงการหลั่งของน้ำนมเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งในแม่บางรายที่มีน้ำนมน้อย เมื่อเริ่มรับประทานอาหารที่มีรสร้อน ก็จะทำให้น้ำนมเพิ่มขึ้น อาหารหรือสมุนไพรที่มีรสร้อน เช่น ขิง แงงเลียง ส่วนผักที่มีลักษณะกรอบ แข็ง เช่น ผักกาด กระหล่ำปลี บรอกเคอรี่ และแครอทเวลานำมาปรุงเป็นอาหารควรใส่สมุนไพรที่มีรสร้อนลงไปด้วย เพื่อให้ร่างกายของแม่ย่อยและดูดซึมอาหารได้มากขึ้น อีกทั้งสมุนไพรที่มีรสร้อนส่วนมากมักจะเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีผลทำให้มีการเพิ่มของปริมาณน้ำนมได้

• **รับประทานอาหารที่มีไขมันจำเป็น (essential fatty acids) เพิ่มขึ้น** เพราะไขมันเป็นสารอาหารที่เพิ่มทั้งปริมาณและคุณภาพของน้ำนมแม่ ในประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนนิยมให้บริโภคน้ำมันมะกอกเพื่อเพิ่มการหลั่งน้ำนม ในประเทศแถบแปซิฟิกนิยมให้บริโภคน้ำมันมะพร้าวเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ในอินเดียและจีนนิยมบริโภคน้ำมันงาเพื่อเพิ่มการหลั่งน้ำนม ส่วนในสหรัฐอเมริกานิยมบริโภคน้ำมันเมล็ดป่านและน้ำมันอีฟนิ่งพริมโรสเพื่อเพิ่มน้ำนมแม่ โดยไขมันชนิดจำเป็นแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ โอเมก้า 6 (omega-6) และ โอเมก้า 3 (omega-3) โดยสัดส่วนการบริโภคไขมันทั้งสองชนิด ควรเป็นโอเมก้า 6 : โอเมก้า 3 เป็น 4 : 1 ซึ่งอาหารที่มีโอเมก้า 6 ในปริมาณสูง เช่น นมสดชนิดไม่พร่องมันเนย ไข่ เนื้อสัตว์ น้ำมันงา น้ำมันดอกทานตะวัน ถั่ว และธัญพืช ส่วนอาหารที่มีโอเมก้า 3 ในปริมาณสูง เช่น ผักใบเขียว น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดป่าน น้ำมันตับปลา ไข่เกษตรอินทรีย์และปลา อย่างไรก็ตามการรับประทานปลาควรจะต้องคำนึงถึงปริมาณสารตะกั่วและสารพิษอื่นๆ ที่อาจตกค้างอยู่ในปลา

• **ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารแปรรูป** เช่น อาหารบรรจุเสร็จ ขนมอบ เบเกอรี่ เนื่องจากในอาหารเหล่านี้มีสัดส่วนของไขมันชนิดทรานส์ (trans-fatty acid) ในปริมาณค่อนข้างสูง ไขมันชนิดนี้อาจมีผลทำให้เอนไซม์ในร่างกายทำงานได้ลดลง รวมทั้งไปรบกวนการสร้างไขมันที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารกด้วย

### ตัวอย่างอาหารสมุนไพร บำรุงน้ำนม

อาหารสมุนไพรบำรุงน้ำนมรสร้อน เพิ่มการไหลเวียน และช่วยย่อย

#### ใบกระเพรา *Ocimum sanctum* L.

คุณค่า : มีธาตุเหล็ก แคลเซียม ฟอสฟอรัส เส้นใยอาหารสูง

สรรพคุณ : ความร้อนจากใบกระเพราช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ช่วยให้มึนน้ำนมมากขึ้น แก้อืดท้องเฟ้อ หัวดี คลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น ยิ่งถ้าเด็กได้รับจากนมแม่ ก็จะช่วยลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อในเด็กด้วย ในอินโดนีเซียใช้ใบกระเพราปรุงอาหารกินเพื่อขับน้ำนมเช่นกัน

อาหารแนะนำ : แงงเลียง (ใส่ใบกระเพรา) ผัดกระเพรา แกงป่าหรือผัดเผ็ดต่างๆ นอกจากได้สรรพคุณทางยาแล้ว ใบกระเพรายังมีกลิ่นหอมช่วยดับกลิ่นและรสคาวของเนื้อสัตว์ได้ดี

#### กุยช่าย *Allium tuberosum* Roxb.

คุณค่า : แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก คาร์โบไฮเดรต เบต้าแคโรทีน วิตามินซี

สรรพคุณ : ช่วยขับน้ำนม แก้อืดท้องเฟ้อ ขับลม

อาหารแนะนำ : นำส่วนดอกมาผัดกับเนื้อสัตว์ หรือนำใบมากินสดแก้มกับอาหารอื่นๆ แต่ที่นิยม คือ ใส่ผัดไทย

#### กานพลู *Eugenia caryophyllus* (Spreng.) Bullock & S.G.Harrison

คุณค่า : น้ำมันที่อยู่ในดอกกานพลู มีส่วนประกอบสำคัญคือ ยูจีนอล (eugenol)

สรรพคุณ : ช่วยขับน้ำนม มีฤทธิ์ช่วยขับน้ำดีเพื่อนำไปย่อยอาหาร ลดอาการบีบตัวของลำไส้บรรเทาอาการแน่น จุกเสียด

อาหารแนะนำ : นำดอกตูมแห้งมา 5 - 8 ดอก ชงในน้ำเดือด แล้วดื่มแต่น้ำ

#### ขิง *Zingiber officinale* Roscoe

คุณค่า : มีโปรตีน ไขมัน แคลเซียม วิตามินเอ บี1 บี2 คาร์โบไฮเดรต

สรรพคุณ : ขับลม แก้อาเจียน ช่วยย่อยไขมันได้ดี ลดการบีบตัวของลำไส้ บรรเทาอาการปวดท้องเกร็ง ขับเหงื่อ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ทำให้น้ำนมไหลได้ดี ลดอาการอาเจียน และเชื่อว่าเมื่อคุณแม่รับประทานเข้าไป สรรพคุณที่ดีของขิงจะผ่านทางน้ำนมไปสู่ลูก ทำให้ลูกไม่ปวดท้อง

อาหารแนะนำ : ยำขิง ยำปลาทุไล่ซิง ไก่ผัดขิง มันหรือถั่วเขียวต้มน้ำขิง ไข่หวานน้ำขิงต้มอุ่นๆ โจ๊กใส่ขิง

#### ใบแมงลัก *Ocimum pilosum* Willd.

คุณค่า : มีธาตุเหล็ก แคลเซียม วิตามินบี และวิตามินซีสูง

สรรพคุณ : ใบแมงลักมีรสหอมร้อน ทำให้น้ำนมไหลได้ดี ขับลม ขับเหงื่อ

อาหารแนะนำ : ใส่แกงเลียง กินสดแก้มกับขนมจีน หรือใส่แกงป่าต่างๆ

**พริกไทย Piper nigrum Linn.**

คุณค่า : มีน้ำมันหอมระเหย ไพรตีเน คาร์โบไฮเดรต  
สรรพคุณ : มีรสร้อน ทำให้น้ำมันไหลได้ดี ขับลม ขับเหงื่อ  
อาหารแนะนำ : ใส่ในแกงเลียง

**อาหารสมุนไพรบำรุงน้ำมันที่อุดมไปด้วยสารอาหาร**

**หัวปลี**

คุณค่า : อุดมไปด้วยแคลเซียม (มากกว่ากล้วยสุกถึง 4 เท่า) ไพรตีเน ธาตุเหล็ก ฟอสฟอรัส วิตามินซี เบต้าแคโรทีน  
สรรพคุณ : แก้โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้ บำรุงเลือด ตั้งแต่โบราณสอนกันต่อๆ มาว่าผู้หญิงที่คลอดลูกใหม่ๆ ให้รับประทานหัวปลีมากๆ จะได้มีน้ำมันให้เลี้ยงลูกนานๆ  
อาหารแนะนำ : แกงเลียงหัวปลี ยำหัวปลี ลวกจิ้มน้ำพริก (เวลาลวกให้ใส่เกลือและน้ำตาลลงในน้ำที่ต้มด้วย จะได้ลดความฝืด) ทอดมันหัวปลี หัวปลีชุบแป้งทอด

**มะละกอ Carica papaya L.**

คุณค่า : มีธาตุเหล็กและแคลเซียมสูง ฟอสฟอรัส วิตามินเอ บี ซี และมีเอนไซม์ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย รวมถึงมีเส้นใยอาหารในปริมาณมาก  
สรรพคุณ : ช่วยขับน้ำมัน บำรุงเลือด บำรุงกระดูก สายตา ป้องกันโรคโลหิตจาง  
อาหารแนะนำ : รับประทานผลไม้สุกเป็นผลไม้ หรือถ้าแบบดิบ มักจะนำมาใส่แกงส้ม

**ฟักทอง Cucurbita pepo L.**

คุณค่า : ฟักทองมีสารอาหารสำคัญเพื่อบำรุงร่างกายมาก ทั้งวิตามินเอ บี ซี ฟอสฟอรัส เบต้าแคโรทีน  
สรรพคุณ : ช่วยขับน้ำมัน ช่วยเสริมสร้างคอลลาเจนใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวพรรณสดใส และอาจจะช่วยให้หน้าท้องลายน้อยลง  
อาหารแนะนำ : ฟักทองผัดไข่ แกงเลียง ฟักทองนึ่ง แกงบวดฟักทอง ไข่เจียวฟักทอง

**มะรุม Moringa Oleifera Lam.**

คุณค่า : ใบมะรุมมีวิตามินซีสูงกว่าส้ม 7 เท่า มีแคลเซียมสูงกว่านม 4 เท่า มีวิตามินเอสูงกว่าแครอท 4 เท่า มีโปแตสเซียมสูงกว่ากล้วย 3 เท่า มีโปรตีนสูงกว่านม 2 เท่า  
สรรพคุณ : มะรุมมีสารอาหารที่ดีมากสำหรับมารดาและทารก มะรุมถูกนำมาใช้รักษาโรคขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิดถึง 10 ขวบ ในกรณีของเด็กแรกเกิด การให้มะรุมทำได้ดีที่สุดโดยผ่านทางน้ำมัน

มารดาที่รับประทานใบมะรุมอย่างสม่ำเสมอ สารอาหารสำคัญจะผ่านสู่ทารกได้โดยง่าย อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มแคลเซียมเข้าไปเสริมกระดูกทารกได้เป็นอย่างดี ใบและดอกของมะรุมมีสรรพคุณในการขับน้ำมัน ซึ่งปัจจุบันมีการศึกษายืนยันฤทธิ์ในการขับน้ำมันของมะรุมแล้ว

อาหารแนะนำ : แกงส้มใบหรือดอกมะรุม

**ตำลึง Coccinia indica Wight & Arn.**

คุณค่า : มีโปรตีน มีวิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินบี 3 วิตามินซี แคลเซียม เหล็ก เส้นใยอาหารในปริมาณมาก  
สรรพคุณ : ช่วยบำรุงน้ำมัน ทำให้น้ำมันมีมาก บำรุงเลือด บำรุงกระดูก บำรุงสายตา บำรุงผม บำรุงประสาท  
อาหารแนะนำ : แกงเลียงตำลึง หรือแกงกะทิลูกตำลึง

**เมล็ดขนุน Aryocarpus hetertophyllus Lamk.**

คุณค่า : มีคาร์โบไฮเดรต ไพรตีเน ไขมัน วิตามินบี 1 ฟอสฟอรัส เหล็ก  
สรรพคุณ : ช่วยบำรุงน้ำมัน ทำให้น้ำมันมีมาก บำรุงประสาท  
อาหารแนะนำ : เอาเมล็ดขนุนต้มกินเป็นขนมทุกวันกินจนอิ่มวันละ 1 ครั้ง กิน 7-10 วัน

**พุทรา Zizyphus mauritiana Lamk.**

คุณค่า : มีวิตามินเอ วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินบี 3 วิตามินซี แคลเซียม เหล็ก เส้นใยอาหารในปริมาณมาก  
สรรพคุณ : ช่วยบำรุงน้ำมัน บำรุงประสาทและสมอง  
อาหารแนะนำ : เอาลูกพุทราต้มให้เดือด 10 นาที แล้วเอาน้ำมาดื่มจะทำให้มีน้ำมันมาก

พืชผักผลไม้ชนิดต่างๆ ที่กล่าว สังกัดให้ดีๆ จะเห็นว่า พืชผักที่คนโบราณบอกให้รับประทานเพื่อเรียกน้ำมันนั้น ส่วนใหญ่มีฤทธิ์ให้ความร้อนแก่ร่างกาย ช่วยให้เลือดหมุนเวียนได้ดี ช่วยขับลมในกระเพาะ ช่วยทำให้ระบบการย่อยอาหารเป็นไปอย่างปกติ และเป็นสมุนไพรที่ประกอบไปด้วยไขมัน โปรตีน แร่ธาตุ ที่สำคัญอย่าง แคลเซียม ธาตุเหล็ก ฟอสฟอรัส ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเด็ก นอกจากสมุนไพรที่เป็นอาหารดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีสมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดที่ได้ถูกนำมาให้แม่มกินหลังคลอดเพื่อบำรุงน้ำมัน เช่น

**กรดน้ำ Scoparia dulcis L.** คนไทยใหญ่นิยมใช้ต้นสด 1 กำมือ ต้มกินหลังคลอด เพื่อให้มารดาแข็งแรง และมีน้ำมันดี

**มะขาม Tamarinus indica Linn.** คนไทยโบราณนิยมใช้กิ่งหรือต้นมะขามเป็นยาบำรุงน้ำมันและยาอบหลังคลอด ในการใช้ใช้เป็นยาบำรุงน้ำมันนั้น จะใช้กิ่งหรือต้นมะขาม 1 กำมือ ต้มกับน้ำ 4 แก้วดื่มเดี๋ยวนาน



10-15 นาที กินวันละ 4-8 ครั้งๆ ละ 1-2 แก้ว หรือกินได้ทั้งวันแตงน้ำวันละ 6-8 แก้ว กินขณะอ่อนๆ มีรสหวาน กินง่าย กินติดต่อกันนาน 1 เดือน และถ้าดื่มอาบด้วยจะช่วยให้น้ำนมมากขึ้น

**เขยตายแม่ยายชกปรก Glycosmis cochinchinensi Pierre.** ใช้รากเขยตายต้มน้ำดื่มกินหลังคลอดจะทำให้มารดามีน้ำนมมาก

**นมสาว นมนาง Xantolis cambodiana (Pierre ex Dubarb) P. Royen** ตำรับยาสมุนไพรอีสาน นิยมใช้ต้นนมสาวในสตรีที่คลอดบุตรแล้ว ไม่สามารถให้นมบุตรได้เนื่องจากไม่มีน้ำนม ให้ตัดลำต้นหรือกิ่ง หรือรากแล้วผ่าเป็นชิ้นมาต้มให้กิน ทำให้เพิ่มการหลั่งน้ำนมและเพิ่มน้ำหนักต่อมน้ำนม กินไปสักกระยะหนึ่ง จะสังเกตเห็นเต้านมที่โตขึ้นและมีน้ำนมผลิตออกมา

**น้ำนมราชสีห์ Euphorbia hirta L.** เป็นสมุนไพรที่คนสมัยก่อนใช้ต้มน้ำให้ผู้หญิงที่มีน้ำนมน้อยกิน ทำให้มีน้ำนมมากขึ้น โดยใช้ ต้นสด 30-60 กรัม (ต้นแห้ง 6-10กรัม) ต้มกิน

ในการใช้สมุนไพรเพื่อบำรุงน้ำนมนี้ ปัจจุบันมีผู้ใช้บ่อยลงจากการที่ไม่มีการศึกษาวิจัย และผู้รู้เรื่องการใช้สมุนไพรที่มีน้อยลง สมุนไพรที่หายากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม สมุนไพรเหล่านี้ยังมีคุณค่าที่จะให้ผู้คนในสังคมรับรู้เพื่อทำการศึกษาวิจัยต่อไป

### ตัวอย่างตำรับสูตรอาหารบำรุงน้ำนม

#### ยาหัวปลีกุ้งสด

##### เครื่องปรุง

1. หัวปลีหั่นหยาบ	1	หัว (ไม่เอาไส้ใน)
2. หอมแดงซอย	6	หัว
3. กุ้งแห้งป่นหยาบๆ	2	ช้อนโต๊ะ
4. กุ้งสดลวก	10	ตัว
5. ถั่วบับ่นหยาบๆ	2	ช้อนโต๊ะ
6. น้ำพริกเผา	2	ช้อนโต๊ะ
7. น้ำตาลทราย	1	ช้อนโต๊ะ
8. น้ำปลา	1	ช้อนโต๊ะ
9. น้ำมันมะนาว	1	ช้อนโต๊ะ
10. นมสดพ่องมันเนย	4	ช้อนโต๊ะ
11. หอมเจียว	1	ช้อนโต๊ะ
12. พริกขี้หนูแห้งทอด		

#### วิธีทำ

ผสมน้ำตาลทราย น้ำพริกเผา น้ำปลา น้ำมันมะนาว นมสด ให้เข้ากันแล้วใส่กุ้งแห้งป่น กุ้งสด ถั่วบับ่น คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วใส่หัวปลีหั่นหยาบ หอมแดงซอย คลุกเบาๆ ให้เข้ากัน ตักใส่จานแล้วโรยหน้าด้วยหอมเจียว พริกขี้หนูแห้งทอด

### แกงเลี้ยงผักรวม

#### เครื่องปรุง

1. หอมแดง	8	หัว
2. กะปิ	1	ช้อนชา
3. พริกไทยเม็ดป่น	2	ช้อนชา
4. ปลาชุกย่างแกะเอาแต่เนื้อ	3	ตัว
5. กระชายสด	200	กรัม
6. ใบแมงลัก	1	ถ้วย
7. หัวปลีหั่นหยาบ	1	หัว
8. บวบเหลี่ยม		
9. เห็ดฟาง		
10. ตำลึง		
11. ใบยี่ลั้ง		
12. ผักโขม		
13. น้ำซุบ		
14. เกลือ		
15. ซอสปรุงรส		
16. นมสดพ่องมันเนย	1	กล่อง

#### วิธีทำ

โขลกหอมแดง กะปิ พริกไทยป่น กระชายสด เนื้อปลาแกะ เข้าด้วยกัน จากนั้นนำน้ำซุบใส่หม้อ ต้มให้เดือด แล้วใส่เครื่องที่โขลกไว้ แล้วใส่หัวปลีหั่นหยาบ จึงใส่ผักต่างๆ ที่เหลือปรุงรสด้วยเกลือ ซอสปรุงรส (หัวปลีควรรีใส่ขณะน้ำเดือดจัด เพราะจะทำให้หัวปลีไม่ดำ)

### ผัดขิงปลา

#### เครื่องปรุง

- |                         |   |          |
|-------------------------|---|----------|
| 1. เนื้อปลาหั่นชิ้นเล็ก | 1 | ถ้วย     |
| 2. ขิงอ่อนซอย           | 2 | ถ้วย     |
| 3. เห็ดหอมหั่นบางๆ      | 2 | ช้อนโต๊ะ |
| 4. ต้นหอมหั่นท่อน       |   |          |
| 5. น้ำตาลทราย           | 1 | ช้อนชา   |
| 6. เต้าเจี้ยว           | 1 | ช้อนโต๊ะ |
| 7. กระเทียมสับหยาบๆ     | 1 | ช้อนโต๊ะ |
| 8. ซอสปรุงรส            | 1 | ช้อนโต๊ะ |
| 9. น้ำมันมะกอก          | 2 | ช้อนโต๊ะ |

#### วิธีทำ

ตั้งกระทะใส่น้ำมัน พอร้อนใส่กระเทียมเจียว พอเหลืองใส่ขิงลงผัดให้หอมพร้อมเห็ดหอม พอหอมดีแล้ว ใส่เนื้อปลาลงผัดพอสุก ปรุงรสด้วยเต้าเจี้ยว ซอสปรุงรส น้ำตาลทราย เติมรสตามชอบ ใส่ต้นหอมผัดพอสุก

#### ยาบำรุงน้ำนม

ทานให้เอา ผลเร่ว ใบกระวาน กานพลู พริกไทย ขิงแห้ง ดีปลี อบเชยเทศ ดอกบุญนาค เอาเท่ากัน รากระย่อม เก่ายั้งหลาย ทำผงหรือบั่นเม็ดก็ได้ ละลายกับสุรารับประทาน หน้า 1 เพื่อ วันละ 1 ครั้ง ทำให้น้ำนมขึ้น และบำรุงน้ำนมให้ออกมาก ให้เอาจันทร์เทศ ซะเอมเทศ น้ำตาลทรายสิ่งละ 1 บาท กานพลู ผลมะแว้ง โกลฐสอ โกลฐขมา โกลฐกัมพูชา โกลฐพุงปลา โกลฐจุฬารัมพา หน้าสิ่งละ 2 บาท ต้มรับประทาน เข้า-เย็น ชำระน้ำนมให้ร่ายกลายเป็นดี

#### ยาแก่น้ำมน้อย

น้ำนมเป็นอาหารของทารกที่ได้ใช้ตั้งแต่คลอด น้ำนมที่ออกมารั้งแรกเป็นสีเหลืองใสๆ เป็นยาระบาย ท้อง เมื่อทารกดูดกินเข้าไป จะทำให้ถ่ายขี้เทา น้ำนมมารดาต้องมีพอที่ทารกจะรับประทาน ถ้ามารดาเป็นคน ผอมแห้งหรือกำลังน้อย หรือซีโรระหว่างเรือนไฟ กระทำให้น้ำนมออกไม่พอให้ลูกกิน ก็ให้ปรุงยาตามตำรับนี้บำรุงน้ำนม ด้วยยามี่ดังนี้

ขนานที่ 1 ดีปลี รากชะพลู ผักแพวแดง สะค้าน ขิงแห้ง ผลผักชีล้อม ว่านน้ำ หัวหมู ผลพิลังกาสง ผิวมะกรูด ยาทั้งนี้ให้เอาเสมอภาค พริกอ่อนเท่ายาทั้งหลาย ทำผง ละลายน้ำส้มซ่า หรือน้ำร้อนเป็นกระสาย ทำให้แม่ลูกอ่อนกิน มีน้ำนมมาก มีประโยชน์ บำรุงไพธาตุ ให้โลหิตงาม ถ้าไม่มีระดูให้มีระดูมา ทั้งหาโทษ มิได้เลย

ขนานที่ 2 ให้ปรุง โกลฐทั้ง 5 เทียนทั้ง 5 กรุงเขมา ขิงแห้ง กระพังโหมะ ชะมัดตัน ยาทั้งนี้เอา เสมอภาค ต้ม 3 เอา 1 รับประทานเป็นยาประสะน้ำนมให้บริบูรณ์

ขนานที่ 3 ให้ปรุงว่านน้ำ หัวหมู สมอไทย รากพิศณุกรรม ขิง อุตพิต ยาทั้งนี้ต้ม 3 เอา 1 กระทำ ให้ให้น้ำนมบริบูรณ์ดีนัก

ขนานที่ 4 ให้ปรุง โกลฐทั้ง 5 เทียนทั้ง 5 รากไทรย้อย เปลือกพิกุล หัวหมู งาช้าง เขากวางอ่อน ราก เสนียด โศกกระอ่อม ยาทั้งนี้เอาเสมอภาค ต้ม 3 เอา 1 รับประทานเป็นยาประสะน้ำนม

ขนานที่ 5 ให้ปรุง ผลมะตูมอ่อน หัวหมู ขิงแห้ง รากชดมอน ยาทั้งนี้เอาเสมอภาค ต้ม 3 เอา 1 กิน แก่น้ำนมมีกลิ่นคาวจัด แก้กาวหาย

ขนานที่ 6 ให้ปรุงสมอไทย ขิงแห้ง หัวหมู เอาส่วนเท่ากัน ต้ม 3 เอา 1 กินแปรน้ำนมร้ายให้กลายเป็นดี

ขนานที่ 7 ให้ปรุงเปลือกสะเดา เปลือกมะหวด เปลือกไม้สัก รากตะขบ รากมะกอก น้ำรากมะกอกบก ยาทั้งนี้เอาส่วนเสมอภาค (ส่วนละเท่าๆ กัน) ทำเป็นผง ใช้น้ำมะพร้าวทาไฟเเก เป็นกระสาย กินแก่น้ำนมมีออก แล้วน้ำนมพล่านดี ฯลฯ

### เอกสารอ้างอิง

1. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาการผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร : ไทภูมิพับลิชชิ่ง, 2549.
2. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. กรุงเทพมหานคร : ไทภูมิพับลิชชิ่ง, 2549.
3. กองบรรณาธิการแม่และเด็ก. แก่ปัญหา...นมแม่หลังคลอด. แม่และเด็ก. 2546; 26 (379): 74-6.
4. มีนะ สพลมัย. นมแม่. ดวงใจพ่อแม่. 2549; 11 (107): 96-8.
5. ลำดวน นาคศิริกุล. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. แม่และเด็ก. 2540; 21 (309): 173-4.
6. Bitman J, Wood L, Hamosh M, Hamosh P, Mehta MR. Comparison of the lipid composition of breast milk from mothers of term and preterm infants. Am J Clin Nutr. 1983; 38: 300-12.
7. Bingel AS, Fansworth NR. Higher plants as potential sources of galactogogues. Econ Med Res. 1994; 6:1-54.
8. Mannion CA, Gray-Donald K, Johnson-Down L, Koski KG. Lactating women restricting milk are low on select nutrients. JAm Coll. Nutr. 2007; 26: 149-55.

## Kangaroo Mother Care (KMC)

รศ. นพ. ประชา นันทน์ฤมิต

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

Kangaroo Mother Care (KMC) เป็นเทคนิคแบบหนึ่งของการดูแลทารกโดยใช้วิธีผิวแนบสัมผัส (skin-to-skin) ระหว่างมารดาและทารก วิธีการ KMC ถูกนำมาใช้ครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1978 โดย Dr. Edgar Rey Sanabria กุมารแพทย์ชาวโคลัมเบีย เพื่อใช้ดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งได้ผลดี และปัจจุบันแพร่ขยายไปทั่วโลก ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและในประเทศกำลังพัฒนา

### เทคนิค KMC ทำอย่างไร

KMC คือ การจัดวางทารกที่ถอดเสื้อผ้าออกแล้วลงบนตัวมารดา ให้ผิวหนังทารกแนบสัมผัสกับผิวหนังมารดาบริเวณหน้าอกระหว่างเต้านมในลักษณะศีรษะทารกตั้งขึ้น โดยมีผ้าคลุมทับตัวทารกด้านนอกอีกชั้นหนึ่ง สามารถทำ KMC ได้ตั้งแต่หลังคลอดทันทีในห้องคลอด หรือในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยทั่วไปจะใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด หรือน้ำหนักตัวน้อยที่มีสัญญาณชีพปกติ และมีอาการคงที่ (stable condition) โดยทั่วไปสามารถทำ KMC ได้นานตามเท่าที่ทารกและมารดาต้องการ หรือเป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง

### เทคนิค KMC มีประโยชน์อย่างไร

เทคนิค KMC เมื่อเริ่มใช้นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ป้องกันไม่ให้ทารกตัวเย็น เนื่องจากขาดอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นหรือห่อหุ้ม แต่หลักฐานทางงานวิจัยทางคลินิกพบว่า KMC มีผลต่อสรีรวิทยา อารมณ์ พัฒนาการ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และผลต่อพัฒนาการในระยะยาว

● **ด้านสรีรวิทยา**<sup>1,2,3</sup> พบว่าเทคนิค KMC ทำให้ทารกมีอุณหภูมิกายเป็นปกติ ไม่พบว่ามีปัญหาตัวเย็น การหายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ และออกซิเจนในเลือดเป็นปกติ ผลวิจัยจาก meta-analysis แสดงให้เห็นว่า ระหว่างการทำ KMC อุณหภูมิกายทารกเพิ่มขึ้นได้ถึง 1 องศาเซลเซียสภายใน 1-2 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นดีกว่า

● **ด้านอารมณ์ พฤติกรรม และผลต่อพัฒนาการ** พบว่าเทคนิค KMC ทำให้ทารกมีอาการสงบ ร้องกวนน้อยลง และเข้าสู่ระบบการหลับได้นานขึ้น เทคนิค KMC เป็นการลดสิ่งรบกวนจากภายนอกที่มีผลต่อตัวทารก เช่น จากแสง หรือเสียงที่มากเกินไป ขณะเดียวกันเทคนิค KMC เองกลับเป็นการส่งเสริม

ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของทารก ได้แก่ สัมผัสทางผิวหนังโดยตรงจากมารดา กระตุ้นการได้ยินโดยการพูดคุยของมารดา กระตุ้นการมองเห็นและประสาทการรับรสขณะให้นมแม่ ดังนั้นเทคนิค KMC จึงเป็น multimodal sensory stimulation<sup>4</sup> ผลการวิจัยในประเทศโคลัมเบีย<sup>5</sup> พบว่า ที่อายุ 1 ปี ทารกที่ได้รับ KMC มีระดับสติปัญญา (IQ) สูงกว่าทารกกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นผลโดยตรงและโดยอ้อม เช่น มารดามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกว่า ตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้ดี และมีระยะเวลาการให้นมแม่นานกว่า

● ด้านปฏิสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างมารดาและทารก<sup>7</sup> พบว่าเทคนิค KMC เสริมความสัมพันธ์และความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ดี ทำให้มารดาู้ความต้องการของทารก ตอบสนองต่อทารกได้ดีกว่า เทคนิค KMC ส่งเสริมพลังอำนาจแก่มารดาและครอบครัวในด้านอารมณ์ ความผูกพันเสริมบทบาทความเป็นแม่ ลดความกังวลและความเครียดของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดหรือป่วยหนักในหอผู้ป่วย ไอ ซี ยู และมีทัศนคติด้านบวกมากขึ้น

● ด้านโภชนาการและนมแม่ พบว่า เทคนิคการให้ skin-to-skin contact ทันทีเมื่อแรกเกิด ในโรงพยาบาลที่ใช้เทคนิค KMC ทำให้ปริมาณน้ำนมแม่มีมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีอัตราการให้นมแม่อย่างเดี่ยว (exclusive breastfeeding) สูงกว่าและนานกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาในประเทศสวีเดน<sup>6</sup> ในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม พบว่า ทารกที่ได้รับการดูแลโดยเทคนิค KMC มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงเป็น 2 เท่า เทียบโดยกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ผลการวิจัย meta-analysis โดย Cochrane Collaboration ปี ค.ศ. 2003<sup>7</sup> เพื่อศึกษาผลของเทคนิค KMC ต่ออัตราการตายและ morbidity โดยรวบรวมทารกทั้งสิ้น 1,362 คน พบว่า ทารกในกลุ่ม KMC มีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลลดลงกว่าร้อยละ 50 และลดอัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจที่อายุ 6 เดือนกว่าร้อยละ 60

### ความเป็นไปได้ของการใช้เทคนิค KMC ในประเทศไทย

เทคนิคการใช้ KMC ในปัจจุบัน ไม่ใช่เป็นการรักษาแบบทางเลือก (alternative method) หากแต่เป็นวิธีการให้การดูแลทารกโดยเฉพาะที่เกิดก่อนกำหนดหรือทารกป่วย ที่ได้รับการยอมรับ แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างในยุโรปและอเมริกา โดยมีผลเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์ที่แสดงให้เห็นประโยชน์ของวิธีการนี้ดังกล่าวข้างต้น มีการนำวิธีการแบบ KMC มาใช้ในประเทศไทยแล้วในบางโรงพยาบาล การยอมรับและความเข้าใจจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้วิธีการนี้เป็นไปได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1,200-2,199 gram newborns. Acta Paediatr. 2004; 93: 779-85.
2. Bauer J, Sontheimer D, Fischer C, Linderkamp O. Metabolic rate and energy balance in very low birth weight infants during kangaroo holding by their mothers and fathers. J Pediatr. 1996; 129: 608-11.
3. 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.
4. Field TM. Interventions for premature infants. J Pediatr. 1996; 109: 183-91.
5. Tessier R, Cristo M, Velez S, Giran M, Nadeau L, Figueroa Z, et al. Kangaroo mother care : A method of protecting high risk premature infants against developmental delay. Infant Behav Dev. 2003; 26: 384-97.
6. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. Arch Dis Child. 1988; 63: 1377-81.
7. Conde-Agudelo A, Diaz Rosselo JL, Beligan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (2):CD002771.



ยาที่มีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ prolactin และยังเป็นยาตัวเดียวที่ได้มีผลการศึกษาในรูปแบบของ randomized controlled trial ที่ยืนยันความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการเพิ่มปริมาณน้ำนม<sup>24,25</sup> อาการข้างเคียงพบได้น้อยมากเช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ (ซึ่งลดลงได้ถ้าลดขนาดยา) และอาการบีบเกร็งของลำไส้<sup>22</sup> การใช้ขนาดสูงเป็นระยะเวลานานๆ ในหนูทดลอง พบว่า สัมพันธ์กับการเพิ่มปริมาณของเนื้องอกของเต้านม แต่ยังไม่เคยมีรายงานในคน

ข้อห้ามใช้ ได้แก่ ผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยาตัวนี้มาก่อน และกรณีที่น่าจะเกิดปัญหาของระบบทางเดินอาหารที่รุนแรง เช่น มีเลือดออก หรือมีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร แม้ว่าจะมีข้อมูลความปลอดภัยของการใช้ยาตัวนี้ในหลายๆ ประเทศ แต่ในสหรัฐอเมริกาไม่อนุมัติให้นำยาตัวนี้มาใช้ เนื่องจากกังวลเรื่องความปลอดภัยของยา<sup>29</sup> เนื่องจากเคยมีกรณีผู้ป่วยได้ยาตัวนี้ในรูปฉีด แล้วทำให้เกิดเสียชีวิตจากการอุดตันของหัวใจฉับพลัน แต่ไม่มีหลักฐานว่าการใช้ยาในรูปแบบกินทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงในมารดาและทารก<sup>30</sup>

ขนาดที่ใช้ปกติคือ 10-20 mg 3-4 ครั้ง/วัน เป็นเวลา 3-8 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะตอบสนองภายใน 3-4 วัน บางคนเห็นผลภายใน 24 ชั่วโมง บางคนต้องรอถึง 2-3 สัปดาห์ก่อนที่จะเห็นผลเต็มที่<sup>25</sup> ดังนั้นควรให้มารดากินยานานอย่างน้อย 1 เดือนก่อนที่จะบอกได้ว่ายาไม่ได้ผลหรือตัดสินใจหยุดยา ถ้าขนาด 30 mg 3 ครั้ง/วัน ยังไม่เห็นผลอาจเพิ่มไปจนถึงขนาดสูงสุด 40 mg 4 ครั้ง/วัน โดยทั่วไปจะไม่เพิ่มยาภายในเดือนแรกเพราะยามักจะยังไม่เห็นผลในระยะนี้ ทำให้มารดาหมดกำลังใจและหยุดยาก่อนที่ยาจะออกฤทธิ์เต็มที่ภายหลัง

#### Sulpiride และ chlorpromazine

sulpiride เป็นยากลุ่ม antipsychotic medication ออกฤทธิ์โดยการเพิ่ม prolactin - releasing hormone จาก hypothalamus มี 2 การศึกษาที่พบว่ายาตัวนี้ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำนมมากกว่ากลุ่ม placebo อาการข้างเคียงในแม่ ได้แก่ extrapyramidal side effect และน้ำหนักเพิ่มขึ้นขนาดทั่วไปเท่ากับ 50 mg 2-3 ครั้งต่อวัน<sup>26-28</sup> ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ยา chlorpromazine ในการรักษาพบว่ามีอาการข้างเคียงเป็น galactorrhea การใช้ chlorpromazine ขนาด 25 mg oral วันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ มีรายงานพบว่าช่วยเพิ่มปริมาณ milk supply เนื่องจากยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง dopamine receptor ดังนั้นจึงอาจพบอาการ extrapyramidal effect เป็นอาการข้างเคียงได้<sup>29</sup>

#### Human growth hormone (HGH)

มีการศึกษาที่เป็น randomized controlled trial ในการใช้ HGH ขนาด 0.1 IU/kg/วัน เข้าได้ผิวหนึ่ง พบว่า ทำให้ปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นภายในวันที่ 7 ในมารดา 16 ราย โดยไม่พบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของน้ำนม และไม่พบอาการข้างเคียงในแม่ อย่างไรก็ตาม ยาตัวนี้มีราคาแพงมากและไม่สะดวกในการให้ จึงมีที่ใช้จำกัด<sup>21,30</sup>

#### Thyrotrophin - releasing hormone

ยาตัวนี้ปกติจะใช้ในการทดสอบการทำงานของต่อมไทรอยด์ โดยจะทำให้มีการหลั่งของ thyroid

stimulating hormone และ prolactin จากต่อมใต้สมอง การใช้ระยะสั้นๆ พบว่า ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แต่ระยะยาวยังไม่มีความชัดเจนที่เพียงพอ ขนาดที่ใช้ คือ 1 mg วันละ 4 ครั้ง บางการศึกษาใช้ในขนาด 200 microgram เข้าหลอดเลือดดำหรือ 5 mg ทางปาก

#### สมุนไพรและสารที่มาจากธรรมชาติ

มารดาจากหลายภูมิภาคทั่วโลกมีการใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมบางชนิดในการบำรุงน้ำนม ส่วนใหญ่สารเหล่านี้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์โดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ว่ามีความปลอดภัยและประสิทธิภาพ และไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่นอน สมุนไพรในต่างประเทศที่มี ได้แก่ fenugreek, goat's rue, milk thistle, anise, basil, blessed thistle, fennel seeds, marshmallow เป็นต้น ในบางประเทศมีการใช้เปียร์ แต่แอลกอฮอล์อาจมีผลในการลดการสร้างน้ำนม และไม่มีหลักฐานยืนยันว่ายีสต์ในเปียร์จะมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มน้ำนม เนื่องจาก อาหารเสริมเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องผ่านการตรวจสอบควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนกลุ่มของยา ดังนั้นองค์ประกอบในอาหารสำหรับสมุนไพรมักไม่ทราบแน่ชัดและอาจมีสารที่เป็นพิษได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ เนื่องจากไม่มีมาตรฐานในการผลิตและการกำหนดขนาดที่มาตรฐาน (standard dosing)

#### Fenugreek (*Trigonella foenum-graecum*)

เป็นสมุนไพรที่มีการใช้อย่างกว้างขวาง โดยทั่วไปจะใช้เป็นเครื่องเทศในประเทศแถบอินเดีย และตะวันออกกลาง เป็นพืชตระกูลถั่วและจัดอยู่ในกลุ่มสมุนไพรที่มีความปลอดภัยในการใช้ทั่วไป (generally regarded as safe/GRAS) โดยองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา ขนาดที่ใช้เท่ากับ 1-4 แคปซูล (580-610 mg) วันละ 3-4 เวลา อาจจำเป็นต้องใช้ขนาดสูงกว่านี้ในกรณีของการกึ่งน้ำนมและการให้นมบุตรบุญธรรม (relactation and adoptive mother) หรืออาจชงน้ำร้อนเป็นในรูปของน้ำชา วันละ 3 เวลา โดยใช้เมล็ดปริมาณ 1/2 ช้อนชาในน้ำปริมาณ 240 ml ต้มเดือดเป็นเวลา 10 นาที<sup>31</sup> Huggins รายงานผลการใช้ในหญิงมีครรภ์กว่า 1,200 ราย โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นของ milk supply ภายใน 24-72 ชั่วโมง<sup>34</sup> อาการข้างเคียงพบได้น้อย เช่น มีกลิ่นตัวคล้าย maple syrup และกระตุ้นให้เกิดการหอบในคนที่แพ้หอบหืดอยู่เดิม ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เพราะมีฤทธิ์กระตุ้นการหดตัวของมดลูก นอกจากนั้น ยังมีรายงานว่ามียาผลทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ จึงควรระมัดระวัง เมื่อเร็วๆ นี้มีรายงานเบื้องต้นบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพของการใช้ fenugreek ในการเพิ่มปริมาณน้ำนม<sup>35-36</sup>

#### Goat's Rue (*Galega officinalis*)

เป็นสมุนไพรที่ใช้กันมากในทวีปยุโรป จากการที่สังเกตเห็นว่าเมื่อผสมในอาหารให้แม่วัวจะมีการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนม แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในคน ไม่มีรายงานผลข้างเคียงในคนยกเว้นในรายเดียวที่มารดาดื่มชาสมุนไพรที่มีส่วนผสมสารธรรมชาติหลายชนิดร่วมกัน ทำให้เด็กมีอาการอ่อนแรง อาเจียน ง่วงซึม แต่สามารถหายได้เองหลังจากหยุดให้นม 2 วัน<sup>37</sup> ส่วนใหญ่จะใช้ในรูปแบบของชาโดยใช้ใบชาแห้ง 1 ช้อนชาในน้ำร้อน 8 ออนซ์ แช่นาน 10 นาที โดยดื่มครั้งละ 1 ถ้วย 3 ครั้ง/วัน<sup>38</sup>

### Milk Thistle (*Silybum marianum*)

มีการใช้อย่างกว้างขวางในยุโรปเช่นกัน แต่ไม่มีงานวิจัยที่เป็น randomized control trial ที่ยืนยันประสิทธิภาพ ได้มาจากพืชที่รู้จักกันในนามของ Saint Mary's thistle มีความปลอดภัยในการใช้ถ้าใช้ในขนาดที่แนะนำและไม่เป็นข้อห้ามในหญิงให้นมบุตร<sup>33</sup> ส่วนใหญ่ใช้ในรูปเมล็ดบด และนำมาชงชา โดยใช้ประมาณ 1 ช้อนชา แช่น้ำร้อน 8 ออนซ์ เวลา 10 นาที โดยรับประทานวันละ 2-3 ถ้วย/วัน<sup>33</sup>

สรุปในบรรดายาและสมุนไพรที่ช่วยเพิ่มน้ำนม domperidone และ metoclopramide ดูเหมือนจะเป็นยาที่น่าจะมีประโยชน์มากที่สุด อย่างไรก็ตาม ก่อนการใช้ยาเหล่านี้ มารดาจำเป็นต้องได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหาคืออื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วยบ่อยดังกล่าวยังไปแล้วข้างต้น และควรจะให้ยากรณีที่แม่ได้กระตุ้นอย่างเต็มที่และถูกต้องแล้วเป็นเวลา 2 สัปดาห์แต่น้ำนมยังไม่มา และเมื่อให้ยาจนน้ำนมมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่องก็สามารถค่อยๆ ลดยาจนหยุดได้ในที่สุด

### REFERENCES

1. Sjolín S, Hofvander Y, Hillervik C. Factors related to early termination of breastfeeding: A retrospective study in Sweden. *Acta Paediatr Scand.* 1977; 66: 505-11.
2. Neville MC, Morton J, Unemura S. Lactogenesis: transition from pregnancy to lactation. *Ped Clin North Am.* 2001; 48: 45-52.
3. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
4. Murray L, editor. *Physicians' desk reference*, 56th ed. Montvale (NJ): Medical Economics; 2002.
5. Kauppila A, Arvel P, Koivisto M, et al. Metoclopramide and breastfeeding: transfer into milk and the newborn. *Eur J Clin Pharm.* 1983; 25: 619-23.
6. Ertl T, Sulyok E, Ezer E, et al. The influence of metoclopramide on the composition of human breast milk. *Acta Paediatr Hung.* 1991; 31: 415-22.
7. deGezelle H, Ooghe W, Thiery M, et al. Metoclopramide and breast milk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1983; 15: 31-6.
8. Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GNM, et al. Reestablishment of lactation with metoclopramide. *J Trop Pediatr Environ Child Health.* 1975; 21: 214.
9. Guzman V, Toscano G, Canales ES, et al. Improvement of defective lactation by using oral metoclopramide. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1979; 58: 53-5.
10. Lewis PJ, Devenish C, Kahn C. Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breastfeeding. *Br J Clin Pharmacol.* 1980; 9: 217-9.
11. Tolino A, Tedeschi A, Farace R, et al. The relationship between metoclopramide and milk secretion in puerperium. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1981; 8: 93-5.
12. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O. Metoclopramide increases prolactin release and milk secretion in puerperium without stimulating the secretion of thyrotropin and thyroid hormones. *J Clin Endocrinol Metab.* 1981; 52: 436-39.
13. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O. A dose response relation between improved lactation and metoclopramide. *Lancet.* 1981; 1(8231): 157-75.
14. deGezelle H, Ooghe W, Thiery M, et al. Metoclopramide and breast milk. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1983; 15(1): 31-6.
15. Kauppila A, Anunti P, Kivinen S, et al. Metoclopramide and breastfeeding: efficacy and anterior pituitary responses of the mother and child. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1985; 19: 19-22.
16. Gupta AP, Gupta PK. Metoclopramide as a lactagogue. *Clin Pediatr.* 1985; 24: 269-72.
17. Ehrenkrantz RA, Ackerman BA. Metoclopramide effect on faltering milk production

- by mothers of premature infants. *Pediatrics*. 1986; 78: 614.
18. Liu JH, Lee DW, Markoff E. Differential release of prolactin variants in postpartum and early follicular phase women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1990; 71: 605-10.
  19. Budd SS, Erdman SH, Long DM, et al. Improved lactation with metoclopramide. A case report. *Clin Pediatr*. 1993; 32: 53.
  20. Lewis PA, Devenish C, Kahn C. Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breastfeeding. *Brit J Clin Pharmacol*. 1980; 9: 217-9.
  21. Gabay MP. Galactogogues: medications that induce lactation. *J Hum Lact*. 2002; 18: 274-9.
  22. Hutchinson TA, Shahan DR, Anderson ML, editors. DRUGDEX®system, Healthcare Series 121, Englewood, Colo: MICROMEDIX. Edition expires September 30, 2004.
  23. Hofmeyr GJ, van Iddekinge B. Domperidone and lactation. *Lancet*. 1983; 1(8235): 647.
  24. daSilva OP, Knoppert DC, Angelini MM, Forret P. Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Can Med Assoc J*. 2001; 164: 17-21.
  25. Newman J. Handout #19: Domperidone, January 1998. Retrieved 5/8/08, from <http://bfrc.com/newman/lbreastfeeding/domperid.htm>
  26. Aono T, Ari T, Koike K, et al. Effect of sulpiride on poor puerperal lactation. *Am J Obstet Gynecol*. 1982; 143: 927.
  27. Ylikorkali O, Kauppila A, Kivinen S, et al. Sulpiride improves inadequate lactation. *Br Med J*. 1982; 285: 299.
  28. Ylikorkali O, Kauppila A, Kivinen S, et al. Treatment of inadequate lactation with oral sulpiride and buccal oxytocin. *Obstet Gynecol*. 1984; 63: 57.
  29. Brown RE. Relactation: an overview. *Pediatrics*. 1977; 60: 116.
  30. Caron RW, Janh GA, Deis RP. Lactogenic actions of different growth hormone preparations in pregnant and lactating rats. *J Endocrinol*. 1994; 142: 535.
  31. Bose CL, D'Ercole J, Lester AG, et al. Relactation by mothers of sick or premature infants. *Pediatrics*. 1981; 67: 565.
  32. Tyson JE, Perez A, Zanartu J. Human lactational response to oral thyrotropin releasing hormone. *J Clin Endocrinol Metab*. 1976; 43: 760-76.
  33. Low Dog T: Lactogogues. Presentation at International Lactation Consultants Association (ILCA) Annual Meeting, August 2001.
  34. Huggins KE. Fenugreek: one remedy for low milk production. Retrieved 5/8/08 from <http://www.breastfeedingonline.com/fenuhugg.shtml>
  35. Swafford S, Berens P. Effect of fenugreek on breast milk volume. Abstract, 5th International Meeting of the Academy of Breastfeeding Medicine, September 11-13,

- 2000, Tucson, Ariz.
36. Co MM, Hernandez EA, Co BG. A comparative study on the efficacy of the different galactogogues among mothers with lactational insufficiency. Abstract, AAP Section on Breastfeeding, 2002 NCE, October 21, 2002.
  37. Rosti L, Nardini A, Bettinelli ME, Rosti D. Toxic effects of an herbal tea mixture in two newborns. *Acta Pediatr*. 1994; 83: 683.
  38. McGuffin M, Hobbs C, Upton R, Goldberg A, editors. American Herbal Products Association's Botanical Safety Handbook. Boca Raton (FL), CRC Press; 1997. p 107.
  39. U.S. Food and Drug Administration. FDA Talk Paper. June 7, 2004. Available from [www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01292.html](http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2004/ANS01292.html).



# Relactation

ศิริลักษณ์ ภาววัฒนะ

คลินิกนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**R**elactation (การกู้น้ำนมแม่ หรือการเรียกน้ำนมแม่กลับคืนมาใหม่) หมายถึง การพยายามให้มีน้ำนมแม่กลับคืนมาใหม่ โดยต้องอาศัยการกระตุ้นการสร้างน้ำนม การกู้น้ำนม ต้องเกิดจากความตั้งใจของแม่ ไม่ใช่จากความตั้งใจของแพทย์ พยาบาล หรือสามี แม่ที่มีความตั้งใจมาก อาจทำให้เครียด คาดหวังที่มากมีผลกระทบต่ออาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ควรได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญ แม่บางคนเห็นสามีมีความตั้งใจให้ลูกได้รับนมแม่มาก อาจรู้สึกไม่มั่นใจ กลัวว่าจะทำไม่ได้ กลัวไม่มีน้ำนม รู้สึกว่าตนเองบกพร่อง เมื่อลูกร้อง แม่รู้สึกเครียด มองเป็นความบกพร่องของตนเอง พยาบาลต้องรับฟังแม่ และเป็นผู้ประสานสายใยครอบครัวที่แนบเนียน มีศิลปะในการถ่ายทอดข่าวสารที่สร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ครอบครัว

ความเครียด ความตั้งใจ การขาดความมั่นใจ ภาระงานมาก มีผลต่อการหลั่งของฮอร์โมน oxytocin นอกจากนี้สิ่งคมและสิ่งแวดล้อมก็มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยเช่นกัน

อาหาร ยา สมุนไพร กำลังใจมีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม สิ่งสำคัญ คือการกระตุ้น การกระตุ้นการสร้างน้ำนมที่ดีที่สุดคือ การให้ลูกดูดนมแม่จากเต้า ทำอุ้มและการดูดที่ถูกวิธี รวมถึงจำนวนครั้งของการดูดนมจากเต้า ถ้าแม่ไม่ได้ให้ลูกดูดนมจากเต้า แม่ต้องบีบน้ำนมทุก 2 ชั่วโมง ถ้าแม่ไม่ได้ให้ลูกดูดนมจากเต้า ไม่ได้บีบน้ำนม การใช้ยาอาหาร ยา สมุนไพร นวด ก็ไม่สามารถ relactation ได้ อย่าเพิ่งท้อ ถึงแม้ว่าจะมีน้ำนมไม่มากพอทั้งหมดเท่าที่ทารกต้องการ ให้ขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ อย่าพยายามแก้ไขด้วยตัวเองคนเดียว

## ข้อบ่งชี้การ relactation

- ลูกป่วยอายุต่ำกว่า 6 เดือนด้วย acute diarrhea หรือ persistent diarrhea แม่หยุดให้นมแม่ก่อนลูกป่วย หรือระหว่างลูกป่วย แล้วให้นมผสม ลูกมีปัญหารับนมผสมไม่ได้
- ลูกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ลูกไม่สามารถดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพในสัปดาห์แรกของชีวิต แรงดูดน้อย ให้นมโดยการป้อนด้วยถ้วย หรือให้นมทางสายยาง (gavage)
- feeding problem เด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน แม่ให้นมแม่ได้ยาก มีแนวโน้มที่น้ำนมจะลดลง
- แม่ ลูกต้องแยกกัน (ลูกป่วย หรือแม่ป่วย)

- ภาวะฉุกเฉินที่ลูกต้องได้รับนมผสม ทำให้การดูดนมแม่ถูก interrupted
- เหตุผลส่วนตัว ต้องการสร้าง mother-infant bonding
- แม่ป่วยหนัก หรือตาย คนอื่นต้องการ relactation แทน
- แม่เปลี่ยนใจอยากให้นมแม่ใหม่

## การแก้ไข

- ให้ลูกดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง
- ให้แม่บีบน้ำนมทุก 2 ชั่วโมง
- แม่ลูกนอนกอดกันทั้งกลางวัน กลางคืน เพื่อลูกดูดนมแม่สะดวก
- งดการใช้ขวด จุกนมปลอม ให้ดูดนมจากเต้า ถ้าไม่พอให้ป้อนนมด้วยถ้วย drop and drip (อาจพิจารณาใช้ nipple shield ช่วยชั่วคราว กรณีที่แก้ไขลูกมี nipple confusion)
- alternative feeding ที่นำมาใช้ในการ relactation ได้แก่
  - cup feeding เพื่อฝึกการใช้ลิ้น และให้เด็กได้น้ำนม
  - spoon feeding เพื่อฝึกการใช้ลิ้น และให้เด็กได้น้ำนม และใช้ในกรณียากกว่าการป้อนด้วยถ้วย
  - finger feeding ใช้กรณีที่ลูกไม่ยอมดูดเต้า แต่ฝึกการใช้ลิ้น และใช้ทำอุ้มให้นมแม่ หลังให้ finger feeding สักพัก หรือให้นมได้ประมาณ 1 ออนซ์ ให้ลองเอาลูกเข้าเต้า เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมแม่ และลูกอาจยอมดูดนมจากเต้าก็ได้ finger feeding เป็นขั้นตอนที่ช่วยเตรียมทารกให้ดูดนมจากเต้า ไม่ใช่วิธีที่มีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงการให้นมขวด ถึงแม้ว่า finger feeding จะช่วยลดการให้นมขวด finger feeding เป็นเทคนิคที่ถูกนำมาใช้ก่อนการพยายามให้ทารกดูดนมจากเต้า เพื่อช่วยในการเตรียมทารกให้พร้อมก่อนการดูดนม
  - lactation aid ใช้ในกรณีที่เด็กยอมเข้าเต้า แต่ลูกติดกระแสความเร็วของน้ำนม ใช้ lactation aid เพื่อช่วยควบคุมความเร็ว พยายามให้เด็กได้ดูดจากเต้า เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม ปรับความเร็วของกระแสให้นมให้ตรงกับอารมณ์ของเด็ก อย่าลืมนัดหมายของการดูดจากเต้าเพื่อกระตุ้นการสร้าง แต่ถ้าใช้ lactation aid โดยไม่ควบคุมความเร็ว อาจมีผลให้ลูกติดความเร็ว และแรงดูดไม่พอในการกระตุ้นการสร้างน้ำนม
  - drop and drip ใช้ในกรณีที่เด็กยอมเข้าเต้า แต่อาจต้องใช้เวลานานหยุด เพื่อเชิญชวนให้ดูดเต้าต่อ กรณีที่ลูกแก้ไขเรื่องติดความเร็วของกระแสให้นมได้แล้ว

## การประเมิน

- ประเมินแรงจูงใจของแม่มากพอในการ relactation
- ประเมินน้ำนมแม่
- ประเมินปริมาณน้ำนมกับความต้องการของลูก โดยการคำนวณน้ำหนักลูก คำนวณน้ำนมที่ลูกต้องการ และ test weighing ถ้าลูกดูดนมจากเต้าได้ เพื่อรู้ว่าลูกได้รับนมจากการดูดนมจากเต้าได้เท่าไร ไม่ควร test weighing บ่อย (ทุกมื้อ) เพราะจะทำให้แม่เครียด
- ประเมินลูก และการเจ็บป่วยของลูก
- ประเมินสิ่งแวดล้อม แม่ ลูก ที่เอื้อต่อการ relactation

### การดูแลและสนับสนุน

- ให้ลูกดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง
- อาหารแม่ แม่ควรได้รับอาหารที่ครบถ้วน ทั้งปริมาณ และคุณภาพ
- แม่ได้รับน้ำเพียงพอ (พบว่า alcohol, beer มีผลต่อกระแสเลือด แต่ไม่แนะนำ เพราะจะ interfere กับ lactation)
- แม่ได้รับการพักผ่อน
- ลดเครียด psycho support ช่วย เพราะจะช่วยให้แม่มีความมั่นใจ และช่วยบรรเทาอาการเครียด
- พิจารณาใช้ lactagogue เช่น metoclopramide 10-15 mg วันละ 3-4 ครั้ง หรือ domperidone 10-20 mg วันละ 3-4 ครั้ง

### การติดตามทารก

- น้ำหนักตัว
- อุจจาระ ปัสสาวะ
- ดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง

แม่ที่มีปัญหาน้ำนมน้อยไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม หลังจากที่เคยมีน้ำนมมาแล้ว เช่น แม่ที่มีลูกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย และต้องการกลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใหม่ ก่อนจะพิจารณาใช้ยา ต้องหาสาเหตุของน้ำนมหลังน้อยหรือแห้ง เพื่อแก้ไขตามสาเหตุก่อน ใช้วิธีช่วยแม่ทำให้น้ำนมแม่กลับคืน โดยไม่ใช้ยาก่อนได้แก่ การจัดทำทางการดูดนมของลูกที่ถูกต้อง การใช้ lactation aid การบีบน้ำนมออกหรือใช้เครื่องปั๊มน้ำนมทุก 2 ชั่วโมง ควบคู่กับเทคนิคการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลของแม่

การใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เพื่อให้แม่คลายเครียดและลดความวิตกกังวล เช่น ให้แม่หายใจเข้าออกลึกๆ ฟังเพลงที่ชอบขณะให้ลูกดูดนม หรือขณะบีบน้ำนม การนวดหลัง การให้ลูกดูดนมถูกวิธีกระตุ้นให้ลูกดูดนมบ่อยๆ หรือในกรณีที่ลูกยังดูดไม่ได้ หรือไม่เต็มที่ใช้ ใช้วิธีบีบน้ำนม หรือใช้เครื่องปั๊มน้ำนมช่วยเพื่อเป็นการกระตุ้นเต้านมแม่ ให้มีการสร้างน้ำนมตลอดในช่วงเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### ปัจจัยต่างๆ ของแม่และลูกมีผลกระทบต่อความสำเร็จ

1. แม่ต้องมีความตั้งใจ รวมถึงแรงจูงใจที่อยากจะ relactation
2. แม่ relactation เร็ว โอกาสสำเร็จมากขึ้นเท่านั้น
3. แม่ที่มีเวลาอยู่กับลูก ใกล้ชิดกับลูกมาก การ relactation ก็จะทำให้ได้เร็วขึ้น
4. หากลูกยอมดูดนมจากเต้า การ relactation จะทำได้ง่ายขึ้น
5. ทารกที่อายุน้อยจะฝึกให้ดูดนมจากเต้าได้ง่ายกว่าทารกที่มีอายุมาก ซึ่งมีผลต่อการประสบความสำเร็จในการ relactation
6. หากลูกหยุดดูดนมแม่ไปนาน จะทำให้การ relactation ทำได้ยากกว่าลูกที่เพิ่งหยุดดูดนมแม่
7. ลูกที่มีทั้งผิติดลิ้น (tongue tie) เพดานโหว่ จะ relactation ยากกว่า

### สรุปวิธีการกึ่งน้ำนม

- ทำจิตใจให้สบาย ลดความเครียด
- นอนพักผ่อนให้เพียงพอ
- งดการออกกำลังกาย หรือทำงาน 4-7 วันในการกึ่งน้ำนม
- งดการใช้จุกนมปลอม ให้นมกับลูกโดยวิธีป้อนด้วยช้อน ถ้วยแก้ว หรือ finger feeding
- อุ้มลูกแนบอกแม่ (skin to skin) หรือทำ kangaroo care ให้ผิวหนังแม่และลูกได้มีโอกาสสัมผัสกันให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้



ภาพแสดง kangaroo care

- ให้ลูกดูดนมจากเต้า โดยใช้วิธี drop and drip หรือ lactation aid ช่วย เพื่อเชิญชวนให้ลูกดูดนมจากเต้า
- ปรับท่าอุ้มให้ถูกต้อง แม่ต้องสบาย
- ลดการใช้นมผสมลงจนเหลือแต่นมแม่
- กินอาหารบำรุงน้ำนม โดยทั่วไปอาหารไทยมีสมุนไพรบำรุงน้ำนมอยู่แล้ว เช่น ผักกระเพรา ผักไทย ตำยา เน้นอาหารที่แม่ไม่จำเจ

กรณีที่ลูกมี nipple confusion ต้องแก้ไขทั้ง nipple confusion และ relactation พร้อมกัน ถ้าลูกไม่ดูดนมแม่ แม่ต้องบีบน้ำนมทุก 2 ชั่วโมง อาจใช้มือบีบ หรือใช้เครื่อง การใช้เครื่อง pump นม ไม่จำเป็นต้องใช้แรงดันแรงมากเกินไปจนแม่รู้สึกเจ็บหัวนม การบีบน้ำนมด้วยมือ ถ้าบีบถูกต้องจะไม่เจ็บ ไม่มีรอยช้ำ ต้องสอนแม่บีบน้ำนมด้วยมือทุกราย แต่ถ้าต้องการใช้เครื่องก็ไม่มีปัญหา ควรใช้ชนิดที่มีขวดนมต่อไม่ใช่ชนิดบีบน้ำนมทั้ง แม่บางรายบีบน้ำนมด้วยเครื่องไม่ประสบความสำเร็จ แต่บีบน้ำนมด้วยมือได้ดีกว่าการใช้เครื่อง ต้องอธิบายให้แม่เข้าใจว่าถ้าบีบน้ำนมด้วยเครื่อง บีบแต่ละครั้งได้ 1 ออนซ์ก็ถือว่าน้ำนมในปริมาณที่ปกติ แม่บางรายเข้าใจว่าบีบน้ำนมได้ 1 ออนซ์ แสดงว่ามีน้ำนมน้อย บีบแต่ละข้างไม่เท่ากันก็เข้าใจว่าน้อย การ relactation แม่ต้องบีบน้ำนมทุก 2 ชั่วโมง ควรสอนแม่ให้เข้าใจกลไกการสร้างน้ำนม และการหลั่งน้ำนม ควรบีบน้ำนมให้สม่ำเสมอ เมื่อลูกหลับควรเอาลูกมาอมหัวนม แม่ลูกนอนกอดกัน อธิบายเรื่องการกระตุ้นให้ลูกได้ดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง สอนทำนอนให้นม ทำอุ้มให้นมทำต่างๆ

ถ้าลูกไม่ยอมงอมมาก ให้แม่อุ้มลูกทำให้นมบ่อยๆ เพื่อให้ลูกคุ้นเคยกับทำให้นม เพราะลูกที่มี nipple confusion เพียงแค่จับลูกเต๋งทำให้นมแม่ ลูกก็ร้องเพราะไม่คุ้นเคย

เด็กบางคนถ้าไม่ยอมดูดนมจากเต้านมแม่ อาจต้องยอมให้ลูกดูดนมจากขวดก่อน 1 ออนซ์ ถ้าเป็นนมแม่ใส่ขวดจะดีมาก ถ้ายอมเข้าเต้านมแม่อาจให้ alternative feeding ช่วย ได้แก่การใช้ lactation aid เพื่อเชิญชวนให้เด็กยอมเข้าเต้านมแม่ หากลูกไม่ยอมดูดนมเลย อย่างบังคับ ลูกจะหงุดหงิด อึดออกจากอก และเริ่มต้นใหม่ การอุ้มทารกเข้าอกจากอกหลายๆ ครั้งดีกว่าการบังคับ

### เอกสารอ้างอิง

- [www.aafp.org/policy/x1640.xml](http://www.aafp.org/policy/x1640.xml)
- [www.aap.org/visit/brpromo.htm](http://www.aap.org/visit/brpromo.htm)
- [www.alisaikeda.com/Clients\\_Clips/Relactation/body\\_relactation.html](http://www.alisaikeda.com/Clients_Clips/Relactation/body_relactation.html)
- [www.drjaygordon.com/development/bf/relact.asp](http://www.drjaygordon.com/development/bf/relact.asp)
- [www.lalecheleague.org](http://www.lalecheleague.org)
- [www.lli.org/FAQ/relactation.html](http://www.lli.org/FAQ/relactation.html)
- [www.kellymom.com/bf/supply/relactation.html](http://www.kellymom.com/bf/supply/relactation.html)
- [www.kellymom.com/bf/adopt/index.html](http://www.kellymom.com/bf/adopt/index.html)
- [www.naturalchildbirth.org/natural/resources/breastfeeding/breastfeeding01.htm](http://www.naturalchildbirth.org/natural/resources/breastfeeding/breastfeeding01.htm)

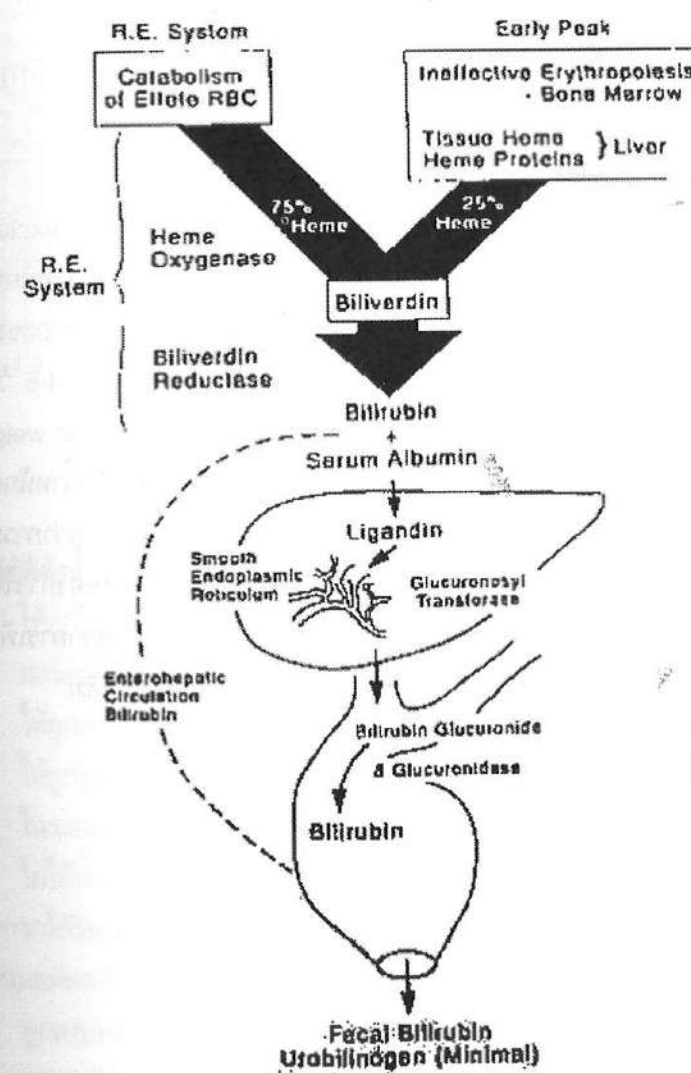
# น้ำนมแม่กับภาวะตัวเหลือง

## Breastfeeding and Jaundice

ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เมตาบอลิซึมของบิลิรูบินในทารกแรกเกิดแสดงในรูปที่ 1



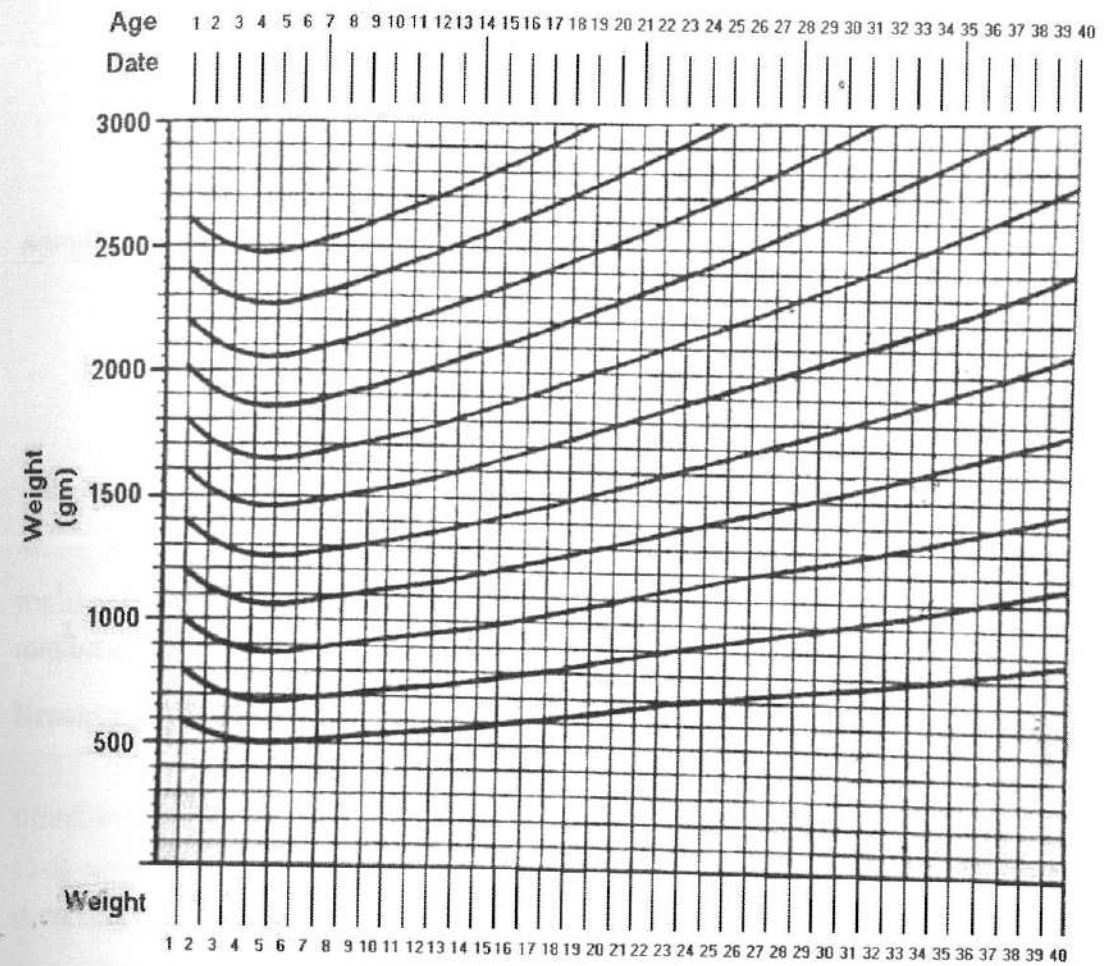
รูปที่ 1. เมตาบอลิซึมของบิลิรูบินในทารกแรกเกิด

ทารกที่ได้รับนมแม่เกิดภาวะตัวเหลืองได้มากกว่าทารกที่ได้รับนมผสม ภาวะตัวเหลืองที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบ่งตามเวลาเริ่มต้น (onset) ของตัวเหลืองและความยาวนาน (duration) ของตัวเหลือง ได้เป็น 2 ภาวะ คือ breastfeeding jaundice (breastfeeding-associated หรือ breastfeeding failure jaundice) และ breast milk jaundice

ภาวะเหลืองนี้เริ่มต้นในวันที่ 2-4 หลังเกิด สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ อาจเกิดจากปัจจัยต่อไปนี้

- การได้แคลอรีไม่พอกจาก
  - การได้รับนมแม่ช้า
  - การได้นมแม่ไม่พอกจากการจำกัดจำนวนครั้งของการดูด (น้อยกว่า 9 ครั้งต่อวัน)
  - ทำอุ้มดูดนมไม่ถูกต้อง
  - ทารกดูดนมไม่ดีจากการเจ็บป่วย
  - ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ภาวะลิ้นถูกยึดตึง (tongue-tie)
- การให้ดูดน้ำเปล่า หรือน้ำกลูโคส
- ทารกที่ได้รับนมแม่มีกากอุจจาระน้อย และถ่ายอุจจาระน้อยครั้ง จึงทำให้มีการเพิ่มการดูดซึมบิลิรูบินกลับทาง enterohepatic circulation

ภาวะนี้ไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่เฉพาะเจาะจง แต่ใช้การแยกสาเหตุอื่นๆ (exclusion) ของภาวะเหลืองออกไป และไม่พบการสร้างบิลิรูบินเพิ่ม จากการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง ที่มีกรกลาวไว้ในตำรา คือ ทารกมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) แต่ไม่มีรายละเอียดของความมากน้อยของภาวะขาดน้ำ เพราะทารกแรกเกิดทุกคนต้องมีน้ำหนักลดลง แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักแรกเกิดที่อายุ 4-5 วัน (physiologic weight loss) ผู้นิพนธ์ได้ใช้การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทารกหลังเกิด (physiologic weight loss; รูปที่ 2) เป็นตัวชี้บ่งภาวะนี้ พบว่าน้ำหนักตัวของทารกที่ลดมากกว่าปกติ หรือกลับมาเท่ากับน้ำหนักตัวแรกเกิดช้ากว่าปกติ เป็นตัวชี้วัดของภาวะ breastfeeding jaundice ที่แม่นย่ำ ไม่มีตำราใดกล่าวถึงภาวะเหลืองนี้หายเมื่อใด ผู้นิพนธ์ได้ติดตามทารก พบว่า ตราบใดที่ทารกไม่ได้รับการแก้ไขสาเหตุของการได้รับนมแม่ไม่พอ ตัวเหลืองก็ยังคงปรากฏอยู่ เมื่อทารกได้รับแคลอรีเพิ่มเพียงพอที่มีผลให้อัตราการเพิ่มของน้ำหนักตัวปกติ (9 กรัม/กก. ต่อวัน) บิลิรูบินในพลาสมาจะลดลงสวนทางกับน้ำหนักตัวที่เพิ่ม



รูปที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักภายหลังคลอด

#### การป้องกันให้ปฏิบัติดังนี้

- ให้ลูกได้ดูดนมแม่เร็วเมื่อแรกภายใน 1 ชม. มือต่อไปภายใน 4 ชม. หลังเกิด
- สอนแม่ให้อุ้มลูกดูดนมอย่างถูกต้องทั้งท่านั่งและท่านอน
- ให้ลูกอยู่กับแม่ตลอดเวลา
- ให้ลูกดูด 8-12 มือต่อวัน
- ในระยะแรกๆ ให้ดูดแต่ละเต้านาน 10-20 นาที
- ไม่ให้น้ำเปล่าหรือน้ำกลูโคส

การให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญของการป้องกันภาวะเหลืองชนิดนี้ อาการแสดงว่าลูกได้รับนมแม่พอกคือ

- ลูกสงบหลังดูดนม
- นอนหลับนาน 2-3 ชม.
- น้ำหนักทารกเปลี่ยนแปลงตาม physiologic weight-loss และน้ำหนักเพิ่มวันละประมาณ 30 กรัม/วัน หลังเกิด 9 วัน

- ถ่ายปัสสาวะ > 6 ครั้ง/24 ชม หลังเกิด 24 ชม..
- ถ่ายอุจจาระ 4-8 ครั้ง/วัน (อายุ <1 เดือน)
- ได้ยินเสียงลูกกลืนนม (swallow sound)
- ถ่ายอุจจาระเป็นสีเหลืองหลังอายุ 3 วัน

ใน 2-3 วันแรกหลังคลอด แม่ทุกคนจะมี colostrum ประมาณ 10-40 มล./วัน ถ้าแม่ได้ให้ลูกดูดนมอย่างถูกต้อง เต้านมจะสร้างน้ำนม อาการแสดงว่าแม่มีน้ำนมเพียงพอ คือ

- เต้านมตึงก่อนให้ลูกดูดนม เต้านมนุ่มภายหลังลูกดูด
- เต้าที่ไม่ถูกดูดมีน้ำนมหยุด (let-down reflex)

ถ้าแม่มีน้ำนมไม่พอ ควรปฏิบัติดังนี้

- ให้ลูกดูดกระตุ้น 8-12 มื้อต่อวัน
- ดูดแต่ละเต้านาน 10-20 นาที
- ใช้ dropper หยอดนมผสมที่ลานหัวนม หรือใช้กาลักน้ำ ขณะลูกดูดนมจากเต้า ปริมาณนมผสมคำนวณตามสูตรดังนี้ 20-30 มล. x น้ำหนักแรกเกิด x อายุ/จำนวนมื้อนม
- ประคับประคองแม่ไม่ให้เครียด (อย่าปล่อยให้ลูกกวน)
- ห้ามให้น้ำเปล่าหรือน้ำกลูโคส

### ลิ้นถูกยึดตึง (tongue-tie)

Tongue tie เป็นภาวะ congenital และ hereditary อุบัติการณ์ในทารกไทยสูงถึงร้อยละ 10-20 อุบัติการณ์ในทารกไทยสูงถึงร้อยละ 10

อาการแสดงของ tongue-tie มีดังนี้

อาการในทารก

- น้ำหนักไม่เพิ่ม หรือเพิ่มน้อย
- ทารกหงุดหงิดตลอดเวลา
- ทารกดูดนมแล้วหยุดดูดบ่อย
- ได้ยิน clicking sound ขณะลูกดูดนม

อาการในแม่

- nipple trauma
- คัดเต้านม
- plugged ducts
- mastitis

สงสัยว่าทารกมี tongue-tie เมื่อไหร่

- การดูดนมของลูกไม่ดีขึ้น เมื่อทำอุ้มของการดูดนม (latch-on) ถูกต้อง

### ความรุนแรงของภาวะนี้ขึ้นกับ

- ความรุนแรงของ tongue-tie
- ลักษณะหัวนมและเต้านมของแม่
- หัวนมเล็กหรือใหญ่ปานกลางอาจดูดได้
- หัวนมใหญ่และ/หรือแบนราบ หรือมีเต้านมคัด จะดูดไม่ได้

### การรักษา

- Frenotomy (frenulotomy) เสียเลือด 1-2 หยด

### การตอบสนองต่อการรักษา

หลังผ่าตัด ถ้าการวินิจฉัยถูกต้อง ทารกจะดูดนมได้ดีทันที แม่รู้สึกดีขึ้นทันที ความเจ็บปวดที่หัวนมหายไป แรงดูดนมของลูกเพิ่ม ลูกดูดนมแต่ละมื้อได้น้ำนมมากขึ้น

### Breastmilk jaundice

ภาวะเหลืองชนิดนี้พบร้อยละ 10-30 ของทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ อาการเหลืองเริ่มปรากฏปลายสัปดาห์แรก (4-7 วัน) ตัวเหลืองปรากฏนานกว่า 14 วัน (prolonged jaundice) บิลิรูบินสูงสุดได้ถึง 10-30 มก./ดล. ในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังเกิด เมื่อให้นมแม่ต่อไป ระดับบิลิรูบินจะค่อยๆ ลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่ออายุ 3-12 สัปดาห์

กลไกการเกิด breastmilk jaundice ยังไม่ทราบแน่นอน เชื่อว่า เกิดจากการเพิ่มการดูดซึมบิลิรูบินกลับทาง enterohepatic circulation และอาจเป็นผลจากการขยับถ่ายบิลิรูบินทางอุจจาระน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่รับนมผสม

### การรักษา breastmilk jaundice ขึ้นกับระดับบิลิรูบินในพลาสมา

หากบิลิรูบินสูงไม่เกิน 20 มก./ดล.

- ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ
- ติดตามระดับบิลิรูบินอย่างใกล้ชิด (เข้าเย็น หรือวันละครึ่ง)

หากบิลิรูบินสูงถึง 20 มก./ดล.

- ให้ส่องไฟ (phototherapy)
- ให้นมแม่ต่อ

หากระดับบิลิรูบินสูงถึงหรือ มีแนวโน้มสูงถึง 25 มก./ดล.

- อาจให้หยุดนมแม่ช่วงสั้นๆ (เช่น 12-24 ชม.)
- ให้นมผสมแทนชั่วคราว บ่อนนมผสมด้วยถ้วยหรือช้อน ส่องไฟ
- เมื่อบิลิรูบินต่ำกว่า 25 มก./ดล. ให้กลับมาดูดนมแม่ต่อ

- ขณะให้นมผสมแทน ต้องให้แม่อยู่กับลูก และบีบน้ำนมอย่างน้อยวันละ 6 ครั้งเพื่อป้องกันเต้านมคัดและคงการสร้างน้ำนม
- บุคลากรต้องระวังคำพูดที่อาจทำให้แม่เข้าใจผิดว่า breastmilk jaundice เป็นผลเสียหรือโรคที่เกิดจากการให้นมแม่

ทารกที่จะกลับบ้านและมีภาวะเหลือง บุคลากรทางการแพทย์ต้อง **ไม่ให้** คำแนะนำที่ **ผิด** ว่า

- ให้ป้อนน้ำลูกมากๆ
- นำลูกตากแดดตอนเช้า

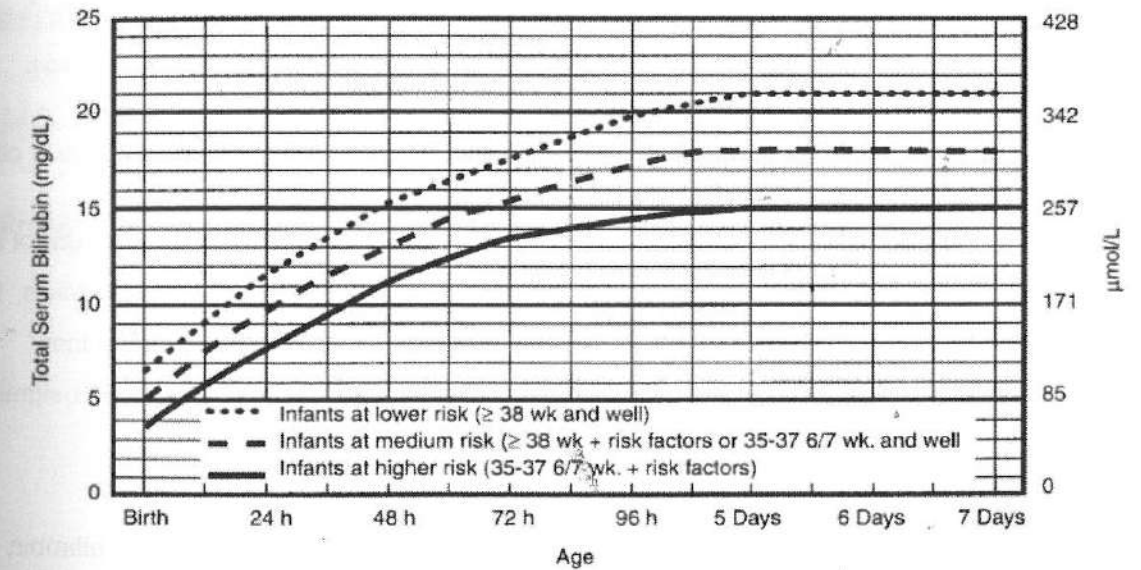
#### เอกสารอ้างอิง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. คำถามและปัญหาที่พบบ่อยในลูกที่เลี้ยงนมแม่. ใน: สรายุทธ สุภาพรพรชาติ. บรรณาธิการ. Essential neonatal problem. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2549: 138-47.
2. American Academy of Pediatrics. Guideline for perinatal care. 5th ed. Elk Grove Village (IL); 2002: 240-2.
3. Gourley GR. Breastfeeding, diet, and neonatal hyperbilirubinemia. Neo Review 2000; 1: e25-e29.

## การส่องไฟเพื่อรักษาภาวะตัวเหลือง

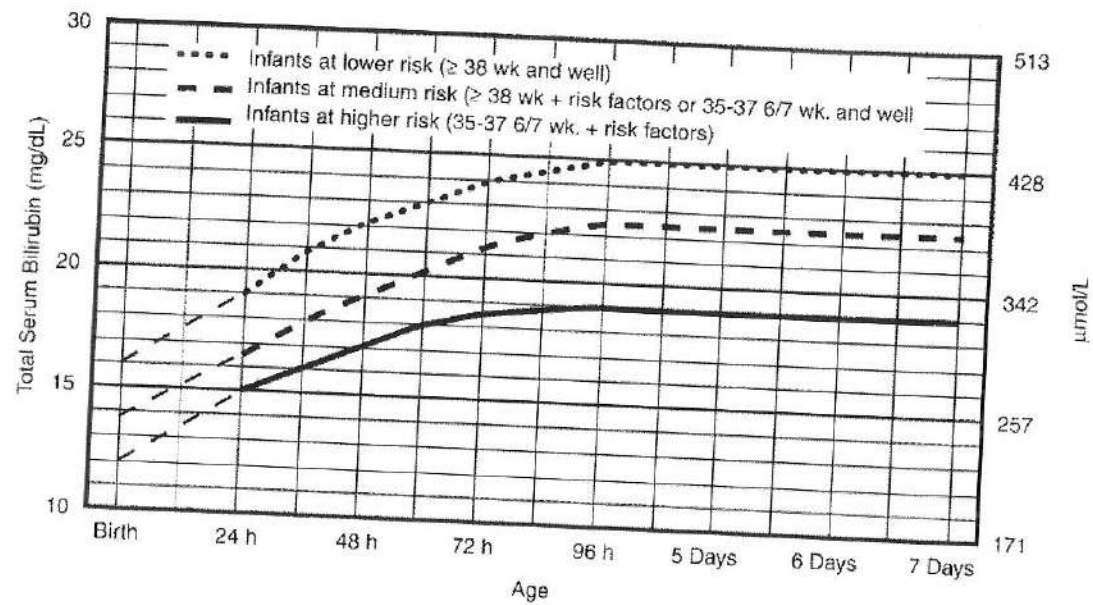
### เกณฑ์การส่องไฟ

- การตัดสินใจส่องไฟตามแนวทาง (guideline) นี้ ใช้เมื่อเครื่องส่องไฟมี irradiance  $> 30$  microW/cm<sup>2</sup>/nm เท่านั้น
- ให้จุดค่า microbilirubin (MB) ตามอายุ (ชั่วโมง) ของทารกเมื่อเจาะเลือด บนกราฟ แล้วพิจารณาการรักษา
- หากยังไม่ถึงเกณฑ์ให้การรักษาด้วยการส่องไฟ แต่ใกล้เกณฑ์ตัดสินใจส่องไฟ ( $< 2$  มก./ดล.) ให้ติดตาม MB ใน 4-8 ชม. หากห่างจากเกณฑ์ส่องไฟ  $> 2$  มก./ดล. ให้ติดตามใน 12-24 ชม.
- พิจารณาหยุดการส่องไฟ เมื่อ MB ลดลงจนต่ำกว่า 14 มก./ดล. 2 ครั้ง โดยเจาะห่างกัน 8-12 ชม.
- ภายหลังหยุดส่องไฟ ให้ติดตาม MB ใน 12-24 ชม.



รูปที่ 3 Guidelines for phototherapy in hospitalized infants of 35 or more weeks' gestation.

- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin.
- Risk factors = isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis, or albumin  $< 3.0$  g/dL (if measured)
- For well infants 35-37 6/7 wk can adjust TSB (Total Serum Bilirubin) levels for intervention around the medium risk line. It is an option to intervene at lower TSB levels for infants closer to 35 wks and at higher TSB levels for those closer to 37 6/7 wk.
- It is an option to provide conventional phototherapy at TSB levels 2-3 mg/dl below those shown.



รูปที่ 4 Guidelines for exchange transfusion in infants 35 or more weeks' gestation.

The dashed lines for the first 24 hours indicate uncertainty due to a wide range of clinical circumstances and a range of responses to phototherapy.

- Immediate exchange transfusion is recommended if infant shows signs of acute bilirubin encephalopathy (hypertonia, arching, retrocollis, opisthotonos, fever, high pitched cry) or if TSB is  $> 5$  mg/dL (85  $\mu$ mol/L) above these lines.
- Risk factors—isoimmune hemolytic disease, G6PD deficiency, asphyxia, significant lethargy, temperature instability, sepsis, acidosis.
- Measure serum albumin and calculate B/A ratio (See legend)
- Use total bilirubin. Do not subtract direct reacting or conjugated bilirubin
- If infant is well and 35-37 6/7 wk (median risk) can individualize TSB levels for exchange based on actual gestational age.

Subcommittee on Hyperbilirubinemia, AAP. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation, Pediatrics 2004; 114: 297-316.

หยุดส่องไฟ เมื่อระดับบิลิรูบิน  $<$  เกณฑ์ส่องไฟ 2 มก./ดล. 2 ครั้ง (14 มก./ดล.) ที่เจาะห่างกัน 8-12 ชม. ให้กลับบ้าน หลังหยุดส่องไฟ ระดับบิลิรูบินที่เจาะหลังจากหยุดส่องไฟ 8-12 ชม.  $<$  เกณฑ์ส่องไฟ 2 มก./ดล.

### การเพิ่มประสิทธิภาพของการส่องไฟ

การส่องไฟ (phototherapy) ที่ให้ประสิทธิผลดีที่สุด ต้องปฏิบัติดังนี้

1. ใช้หลอดไฟ special blue (หลอดไฟ Toshiba Deep Blue (FL18W/T8/DB)) ซึ่งสามารถช่วยลดบิลิรูบินได้เร็วที่สุด

2. หลอดไฟต้องใช้งานได้ทุกหลอด
3. จัดให้ทารกอยู่ใกล้โคมไฟมากที่สุด (20-30 ซม.) โดยการเลื่อนโคมไฟต่ำ หรือยกที่นอนของทารกให้สูง
4. ให้ทารกอยู่กลางโคม
5. กั้นขอบไฟด้วยผ้าฟ้าหรืออลูมิเนียมฟอยล์ เพื่อลดการกระจายของแสง การกั้นผ้าให้ขอบล่างของผ้าอยู่ต่ำกว่าขอบโคม 20 ซม. ช่วยให้อุณหภูมิรอบกายทารกเพิ่มน้อย
6. เปลี่ยนหลอดไฟทุก 2,400 ชม. (หลอดไฟ Toshiba Deep Blue (FL18W/T8/DB))
7. ต้องมีแผ่นพลาสติก (ห้ามใช้กระจก) กั้นโคมไฟ พลาสติกสามารถกรองแสง ultraviolet และป้องกันหลอดไฟตกใส่ทารกหากหลอดไฟแตก แผ่นพลาสติกต้องใส ไม่มีเขม่า ผุ่นแมลง รอยขีดข่วน หรือแตก

### การส่องไฟต่ออุณหภูมิกาย

การส่องไฟอาจทำให้อุณหภูมิกายทารกต่ำ สูง หรือปกติ ขึ้นกับอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย อุณหภูมิห้อง น้ำหนักของทารก การควบคุมลมที่พัดผ่านทารก แนวทางการแก้ปัญหาอุณหภูมิกายทารกมีดังนี้

#### อุณหภูมิสูง

- ถ้าทารกอยู่ในตู้อบ ปรับเป็น air-servo controlled mode และลดอุณหภูมิตู้อบลงครึ่งละ 0.2-0.3° ซ ทุกครึ่งชั่วโมง จนกว่าอุณหภูมิปกติ
- ถ้าทารกอยู่ใน crib ใช้แผ่นพลาสติกกั้นระหว่างทารกและโคมไฟ
- ปรับอุณหภูมิห้อง 26° ซ
- ตั้งเครื่องส่องไฟไว้ในตำแหน่งที่มีลมพัดผ่าน
- ใช้พัดลมเป่าไปที่โคม
- เลื่อนโคมไฟห่างตู้อบเพิ่มครึ่งละ 10 ซม.
- ไม่กั้นผ้า
- หากการเปลี่ยน mode การตั้งตู้อบ และการใช้มาตรการดังกล่าว ไม่ได้ผล ให้นำทารกออกจากตู้อบ แล้วให้นอนใน crib

#### อุณหภูมิต่ำ

- ให้ทารกอยู่ใกล้โคมไฟที่สุด
- กั้นผ้าให้ยาวถึงพื้นห้อง 4 ด้าน
- ให้ทารกนอนบนถุงอัญพิซ
- ย้ายทารกเข้าอยู่ในตู้อบ

### เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การใช้อุปกรณ์การแพทย์ควบคุมอุณหภูมิกายทารก. ใน: สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. บรรณาธิการ. Preventive measures in neonatal care. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด; 2546: 163-72.
2. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์ วิภา จิระแพทย์. การวัดพลังงานแสงและผลต่ออุณหภูมิสิ่งแวดล้อมของเครื่องส่องไฟสำหรับภาวะตัวเหลือง-คีรีราซ. สารศิริราช. 2540; 49: 323-9.
3. เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์ วิภา จิระแพทย์. ประสิทธิภาพของเครื่องส่องไฟ-คีรีราซ ในการลดบิลิรูบินในพลาสมา. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2540; 36: 284-92.
4. วิไลศรี ลิมพิมพวงค์ วิไล เลิศธรรมเทวี อาภา ศรีไพบูลย์. ผลของการใช้ผ้ากันเครื่องส่องไฟรักษาภาวะตัวเหลืองต่อพลังงานแสงและอุณหภูมิ. หนังสือการประชุมวิชาการประจำปี 2539 สมาคมเวชศาสตร์-ปรีกำเนิดแห่งประเทศไทย, 52.

## SIDS, Co-sleeping and Breastfeeding

พญ.ปิยาภรณ์ บวรศิริติชจร  
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

Sudden infant death syndrome (SIDS) เป็นการตายอย่างเฉียบพลันในทารก ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง นักวิจัยส่วนใหญ่เชื่อว่าน่าจะเกิดจากปัจจัยร่วมหลายอย่าง จากการประชุม 9<sup>th</sup> International Conference (2006)<sup>1</sup> มีแนวความคิดการวิจัยที่บ่งบอกถึงสาเหตุที่อาจเป็นไปได้หลายอย่าง เช่น

- มีความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนใดส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกลไกการช่วยชีวิต - ไม่สามารถตอบสนองได้ดีต่อ environmental stress เช่น CO<sub>2</sub> สูง และ O<sub>2</sub> ต่ำ (ซึ่งเป็นผลจาก prolonged apnea)
- SIDS เกิดในช่วงเวลานอน ในขณะที่นอนหลับ การหายใจจะลดลง และอาจทำให้เกิดภาวะ hypoxia ได้แม้ในทารกปกติ ร่างกายทารกมีกลไกในการช่วยชีวิตขณะเกิดสิ่งกระตุ้นที่บ่งบอกถึงสัญญาณอันตราย (danger-signaling stimuli) เช่น ภาวะ hypoxia คือ ความตื่นตัวในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเหล่านั้น (arousal) พบว่า ทารกในช่วง 1 เดือนแรก จะมีความตื่นตัวในการตอบสนองต่อภาวะ hypoxia ได้ไวกว่าทารกวัยอื่น มีความเป็นไปได้ว่าการตอบสนองนี้ ซึ่งเป็น primitive brainstem response จะค่อยๆ หายไปเมื่อทารกโตขึ้นและมีการเจริญของ cortex มากขึ้น ความตื่นตัวนี้จะลดลงเมื่ออายุ 2-4 เดือน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่พบอุบัติการณ์ของ SIDS สูงสุด และทารกที่เกิด SIDS มีการตอบสนองที่น้อยกว่าทารกปกติ
- Hypoxia ซึ่งสามารถพบในทารกปกติขณะหลับได้ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ SIDS พบว่า นอกเหนือจาก brainstem แล้ว ยังมีสมองส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องใน cardiorespiratory control ได้แก่ cerebellum, midbrain areas บางส่วนของ limbic system ซึ่งสมองส่วนต่างๆ เหล่านี้อาจไวต่อการทำลายจากภาวะ hypoxia มีผลรบกวนต่อ autonomic nervous system function
- Apnea ซึ่งเคยเป็นสมมุติฐานที่เชื่อกันมานาน ปัจจุบันเชื่อว่าไม่น่าจะเป็นสาเหตุเดี่ยวๆ เนื่องจากไม่พบ prolonged apnea ในช่วงอายุที่เกิด SIDS ได้สูงสุด และมีความเป็นไปได้ว่าเป็นเรื่องของ การเกิด cardiorespiratory interactions
- การวิจัยด้านทฤษฎีเกี่ยวกับความผิดปกติด้านกรรมพันธุ์ เช่น
  - ความผิดปกติเกี่ยวกับ cardiac repolarization ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิด cardiac arrhythmia อย่างฉับพลัน
  - มีการศึกษาที่พบ SIDS บางรายมีสาเหตุจาก prolonged QT interval syndrome ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจ



- Metabolic disorder ซึ่งถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ มีอยู่หลายชนิด แต่ที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับ SIDS คือ  $\beta$ -oxidation ของ fatty acid ทำให้ไม่สามารถสร้างพลังงานได้เพียงพอในภาวะที่มีปัญหา เช่น ภาวะอดอาหาร มีไข้ หรือความเครียด แต่ส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุนี้พบเป็นส่วนน้อย

ในปี 1992 American Academy of Pediatrics (AAP) ได้แนะนำให้งดการให้ทารกนอนคว่ำ เพื่อลดความเสี่ยงของ SIDS<sup>2</sup> และมีการรณรงค์ "Back to Sleep" campaign ในสหรัฐอเมริกาในปี 1992 ซึ่งทำให้สถิติของ SIDS ลดลงจาก 1.20/1,000 live births ในปี 1992 เหลือ 0.57/1,000 live births ในปี 2002 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการความชุกของการให้ทารกนอนคว่ำลดลงจาก 70% ในปี 1992 เป็น 11.3% ในปี 2002

ต่อมา ในปี 2000 AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS ได้แนะนำว่า bed sharing/co-sleeping อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ในบางสถานการณ์ โดยแนะนำให้วางทารกบน crib ไว้ใกล้เตียงแม่แทน<sup>3</sup> และในปี 2005 คำแนะนำการลดความเสี่ยงได้เน้นเฉพาะ bed sharing และยังสนับสนุนให้ใช้หัวนมปลอมเพื่อลดความเสี่ยงจาก SIDS<sup>4</sup> ซึ่งทาง Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) มีความเห็นที่แตกต่างจาก AAP ว่า co-sleeping จะช่วยลดความเสี่ยงของ SIDS และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนหัวนมปลอมจะมีผลเสียทำให้ระยะเวลาของการให้นมแม่สั้นลง<sup>5</sup>

#### ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิด SIDS

- ทานอนคว่ำและนอนตะแคงทำให้เสี่ยงต่อ SIDS ในทานอนคว่ำ การกลืนซึ่งเป็นกลไกที่จะช่วยป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจในขณะเกิด laryngeal chemoreflex รวมทั้งความตื่นตัวในการตอบสนองต่อ laryngeal chemoreflex และ baroreceptor reflex จะลดลง<sup>6</sup> ส่วนในทานอนตะแคง ทารกอาจจะหมุนตัวกลับเป็นทานอนคว่ำได้มากกว่าทารกที่อยู่ในทานอนหงาย<sup>7</sup>
- เครื่องนอนที่นุ่ม มีรายงานพบ SIDS ในทารกทั้งที่อยู่ในทานอนคว่ำและทำอื่นโดยจุกและปากมักถูกอุดด้วยเครื่องนอนที่นุ่ม เช่น หมอน พูก ผ้าคลุม รวมทั้งที่นอนของผู้ใหญ่ซึ่งนุ่ม เป็นต้น<sup>8,9</sup>
- สิ่งแวดล้อม เช่น การที่แม่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ หรือมีการสูบบุหรี่ในบ้าน และภาวะแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูงทำให้ทารกสูญเสียความร้อน
- ผู้เลี้ยงดูเด็กซึ่งไม่ใช่พ่อแม่ ในขณะที่รายงานการเกิด SIDS ลดลงหลังจาก "Back to Sleep" campaign แต่การเกิด SIDS ของทารกที่อยู่ในความดูแลของผู้ที่ไม่ใช่พ่อแม่กลับไม่ลดลง พบว่าความเสี่ยงเกิดจากการที่คนเหล่านี้มักนิยมให้ทารกอยู่ในทานอนคว่ำ<sup>10</sup>
- ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม เนื่องจากทารกเหล่านี้จะถูกจัดให้อยู่ในทานอนคว่ำระหว่างอยู่ใน ICU และเมื่อกลับบ้าน ผู้เลี้ยงดูมักก็จะทำเช่นเดียวกัน<sup>11</sup> ดังนั้นจึงควรมีการแนะนำทานอนที่เหมาะสมในการเตรียมจำหน่ายทารกด้วย
- Infanticide มีการศึกษาว่า SIDS อาจเกิดจากสาเหตุนี้ได้ 6-10%<sup>12</sup>

#### ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิด SIDS ซึ่งยังเป็นประเด็นปัญหาในด้านความเห็นที่แตกต่างกันระหว่าง AAP และ

##### ABM

- การใช้จุกนมปลอม ทาง AAP แนะนำให้ทารกอมจุกนมปลอมในขณะหลับ เนื่องจากมีรายงานว่ามีส่วนช่วยป้องกัน SIDS<sup>9,13</sup> ซึ่งยังไม่ทราบกลไกที่แท้จริง เชื่อว่าอาจเป็นเพราะการอมจุกนมทำให้ทารกตื่นตัวได้ไวขึ้น<sup>14</sup> แต่การให้ทารกดูดจุกนมปลอมจะทำให้เสี่ยงต่อความล้มเหลวของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อของหูชั้นกลาง ระบบทางเดินอาหาร และ colonization ของ Candida species ในปาก หากทารกดูดจุกนมและยังใช้ต่อเนืองจนหลังอายุ 6 เดือน ดังนั้นจึงมีผู้แนะนำให้วิธีนี้ควรให้ใช้เฉพาะในทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม แต่ ABM เห็นว่ายังเป็นการถ่วงเทินไปที่จะสรุปเช่นนั้น และหากจะอธิบายถึงผลดีของการทำให้ทารกตื่นตัวจากการดูดจุกนม การดูดนมแม่ก็อาจจะช่วยให้เกิดผลดีในลักษณะเดียวกัน รวมทั้งต้องคำนึงถึงผลกระทบของจุกนมปลอมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย
- Co-sleeping / bed sharing ซึ่งมีความเห็นต่างกันของทั้ง 2 องค์กร

##### Co-sleeping

หมายถึงการที่ทารกนอนในบริเวณใกล้พ่อที่ผู้ดูแล (ซึ่งมักจะเป็นแม่) จะสัมผัสได้ ซึ่งรวมถึง :

- Bed sharing การนอนอยู่บนเตียงเดียวกัน
- การนอนอยู่บนพรม เสื่อ หรือพื้นด้วยกัน
- การนอนอยู่บนโซฟา เตียงน้ำ หรือเก้าอี้นอนด้วยกัน

##### AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS 2005<sup>4</sup>

กล่าวถึงการวิจัยที่พบว่าความเสี่ยงของ SIDS เพิ่มขึ้นในทารกนอนเตียงเดียวกับผู้ใหญ่ และจะพบสูงขึ้นในกรณีผู้ที่นอนร่วมด้วยสูบบุหรี่<sup>15</sup> ดื่มสุรา หรือเห็นดื่มนมมากเกินไป<sup>10,16</sup> รวมทั้งกรณีมีเด็กเล็กนอนร่วมด้วย<sup>16</sup> หรือมีผู้นอนร่วมเตียงกันหลายคน<sup>9</sup>

AAP ได้แนะนำให้หลีกเลี่ยงการให้ทารกนอนอยู่บนเตียงเดียวกับผู้ใหญ่ โดยให้วางบน crib หรือเปลไว้ใกล้เตียงแม่เพื่อความสะดวกในการให้นมแม่<sup>3,4</sup> โดยกล่าวถึงความเสี่ยงต่อ SIDS ในการให้ทารกนอนเตียงเดียวกับแม่ซึ่งแม่จะไม่ได้สูบบุหรี่จากการศึกษาของ European Concerted Action on SIDS ในทารกอายุไม่เกิน 8 สัปดาห์<sup>10</sup> และการศึกษาใน Scotland ซึ่งพบมีความเสี่ยงสูงสุดในทารกอายุต่ำกว่า 11 สัปดาห์<sup>17</sup>

##### ABM Protocol #6 2008<sup>5</sup>

การที่ทารกนอนด้วยกันกับพ่อแม่เป็นการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างกัน ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก และยังมีผลดีต่อทารกในด้านอื่นๆ ดังนั้น การให้คำแนะนำใดๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลทารก ควรคำนึงถึงผลดีและผลเสียที่จะกระทบต่อทารก แม่ และสังคม

พฤติกรรมทารกนอนของแต่ละครอบครัวอาจไม่ได้มีรูปแบบเดียวตลอดทั้งคืนหรือทุกคืน ความเสี่ยง

ที่เกิดขึ้นไม่น่าจะเป็นผลจากการนอนร่วมเตียงกับผู้ใหญ่ แต่น่าจะเกิดจากเหตุการณ์แวดล้อมในขณะที่นอนด้วยกันมากกว่า

ใน protocol นี้ได้มีข้อสังเกตในด้านต่างๆ ดังนี้

- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการศึกษา พบว่า ทารกจะได้รับนมแม่ในช่วงกลางคืนนานเป็น 3 เท่าของทารกที่ให้นอนแยก และได้รับนมบ่อยเป็น 2 เท่า และแต่ละครั้งจะได้ดูดนมมากกว่าเป็น 39%<sup>18</sup> และแม่จะมีความรู้สึกไวต่อสัญญาณที่แสดงว่าลูกพร้อมจะดูดนม รวมทั้งพร้อมที่จะปลอบโยนและให้ความมั่นใจแก่ลูก และยังมีการศึกษาทารก 10,000 รายในสหรัฐอเมริกา พบว่า เมื่อทารกอายุ 1 เดือนแม่ที่ให้ลูกดูดนมแม่จะนอนเตียงเดียวกับลูกมากเป็น 3 เท่าของแม่ที่ไม่ได้ให้นม
- SIDS มีการศึกษาที่พบว่าการให้ exclusive breastfeeding ใน 4 เดือนแรกลดความเสี่ยงของ SIDS<sup>19</sup> แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถแสดงถึงความสัมพันธ์ของกลไกการป้องกัน SIDS ได้
- Asphyxiation risk มีการศึกษาที่พบ SIDS ในทารกมี asphyxia จากการนอนในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่นการที่ทารกติดอยู่ที่พื้นนอน หรือถูกทับโดยผู้ใหญ่หรือเด็กโตกว่า<sup>20,21</sup>
- ปัจจัยด้านเชื้อชาติ SIDS ในประเทศแถบเอเชียมีอัตราต่ำต่างๆ มีวัฒนธรรมการนอนแบบ co-sleeping มากกว่า แต่ด้วยลักษณะการนอนที่ต่างกัน คือ ทารกจะนอนในระยะ 1 ช่วงแขนจากแม่โดยอยู่บนพื้นผิวที่แข็งกว่า ขณะที่ชาวอเมริกันจะนอนบนที่นอนนุ่มโดยมีผ้าห่มหนาคลุมรัดเตียงไว้<sup>22</sup> การศึกษาชาวอเมริกันเชื้อสายต่างกัน พบว่า ชาวผิวดำ เอเชีย และชาวลาตินอเมริกามีการนอนเตียงเดียวกับทารกมากเป็น 4-6 เท่าของคนผิวขาว<sup>23</sup> และการศึกษาชนพื้นเมืองอลาสกาซึ่งมี co-sleeping สูง SIDS เกือบทุกรายเกิดกับทารกที่นอนเตียงเดียวกับพ่อแม่ที่มีประวัติการใช้ยา บางรายเป็นทารกที่อยู่ในท่านอนคว่ำหรือนอนบนพื้นที่ซึ่งเสี่ยง เช่น เก้าอี้นอนหรือเตียงน้ำ<sup>24</sup>
- การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ ทารกที่นอนเตียงเดียวกับแม่จะตื่นไวกว่าและใช้เวลาอยู่ในระยะที่ 3 และ 4 ของการนอนสั้นกว่า ซึ่งเชื่อว่าจะน่าจะเป็นกลไกการปกป้องทารกจาก SIDS เนื่องจากเชื่อว่าปัจจัยเสี่ยงของ SIDS คือการที่ทารกในภาวะ deep sleep และมีความตื่นตัวน้อย
- การศึกษาพฤติกรรมของพ่อแม่ที่นอนเตียงเดียวกับทารกและพ่อแม่ที่ให้ทารกนอนบนเปล พบว่าพ่อแม่ที่นอนเตียงเดียวกับทารกจะมองดูหรือสัมผัสลูกมากกว่า (median 11:4 ครั้ง/คืน) ช่วงเวลาของการขยับตัวสั้นกว่า แม่ตอบสนองต่อลูกได้ไวกว่า และให้นมลูกบ่อยกว่าเป็น 3.7 เท่า<sup>25</sup>
- ปัจจัยเกี่ยวกับพ่อแม่ การที่แม่ดื่มแอลกอฮอล์ พ่อแม่เหน็ดเหนื่อย หรือเป็นโรคอ้วน มีความเสี่ยงต่อการเกิด SIDS จากการนอนทับ<sup>22,26</sup>

#### ข้อแนะนำเกี่ยวกับ co-sleeping<sup>5</sup>

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่สามารถยืนยันได้แน่นอนถึงความเสี่ยงจาก co-sleeping จึงควรให้ความรู้แก่พ่อแม่ถึงข้อดีข้อเสีย รวมทั้งหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย

- แม่ควรเลิกบุหรี่ และไม่ควรมีการสูบบุหรี่ในบริเวณแวดล้อมของทารก
- ไม่ควรนอนร่วมกับทารกเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาที่ทำให้ง่วง มีอาการป่วย หรือเหน็ดเหนื่อยมาก
- ควรให้ทารกนอนหงาย หลีกเลี่ยงการให้นอนคว่ำหรือตะแคง

- ไม่หึ่งทารกไว้ตามลำพังบนเตียงผู้ใหญ่
- บริเวณที่นอนร่วมกับทารกไม่ควรใช้โซฟา เก้าอี้นอน เตียงน้ำ ที่นอนหรือเครื่องนอนที่นุ่มควรเป็นที่นอนราบ และไม่นุ่ม
- ไม่ควรมีช่องว่างระหว่างหัวเตียงและพรม ผืนผ้า หรืออื่นๆ ซึ่งทารกอาจไปซุกติดอยู่ และขาดอากาศหายใจได้
- ไม่ควรวางทารกบนหมอน หรืออยู่ใกล้หมอน รวมทั้งไม่ควรมีสิ่งของนุ่มๆ อย่างอื่นเช่น ผ้าห่ม ตุ๊กตาสัตว์ ซึ่งทารกอาจไปซุกติดอยู่โดยจมูกและปากถูกอุดได้
- ผ้าห่มที่ใช้ควรเป็นผืนบาง ระวังไม่ให้คลุมศีรษะทารก หากอากาศเย็น ให้ใช้เสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นเพียงพอ

#### สิ่งที่ ABM เสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต<sup>5</sup>

1. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาข้อดีข้อเสียของ co-sleeping / bed sharing ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อความเข้าใจที่ดีขึ้น
2. เพื่อให้ได้การวิจัยที่ให้คำตอบน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการตายในทารกที่ไม่ทราบสาเหตุ ข้อมูลที่รวบรวมควรมีความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ มีความเที่ยงตรง และครอบคลุม
  - สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพของเตียง
  - ตำแหน่งที่แน่นอนของทารกขณะนอนบนเตียง
  - ผู้ที่นอนร่วมเตียงด้วย
  - สภาพทางกายและจิตใจของผู้ใหญ่ที่นอนร่วมเตียงกับทารก
  - ลักษณะสภาพด้านการแพทย์ของทารกขณะเสียชีวิต โดยควรมีการตรวจพิสูจน์ศพอย่างละเอียดและครบถ้วน
3. ควรมีการออกแบบการวิจัยที่ดี เป็นแบบ prospective มีกลุ่มเปรียบเทียบ สามารถแยกแยะระหว่างความเสี่ยงที่ทำให้เกิด SIDS กับการถูกนอนทับ รวมทั้งมีการคำนึงถึงความแตกต่างด้านเชื้อชาติด้วย
4. ควรมีการศึกษาถึงผลกระทบของ co-sleeping ที่มีต่อทั้งพฤติกรรมของทารก SIDS และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## เอกสารอ้างอิง

1. Keens TG. Overview of SIDS research. 9<sup>th</sup> SIDS International Conference. Yokohama, Japan, June 1-4, 2006.
2. Kattwinkel J, Brooks J, Myerberg D; American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant Positioning and SIDS. Positioning and SIDS. *Pediatrics* 1992; 89: 1120-6.
3. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics* 2000; 105: 650-6.
4. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005; 116(5): 1245-55.
5. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #6: guideline on co-sleeping and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008; 3: 38-43.
6. Jeffery HE, Megevand A, Page HD. Why the prone position is a risk factor for sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 1999; 104: 263-9.
7. Waters KA, Gonzalez A, Jean C, Morielli A, Brouillette RT. Face-straight-down and face-near-straight-down positions in healthy, prone-sleeping infants. *J Pediatr* 1996; 128: 616 -25.
8. Abramson H. Accidental mechanical suffocation in infants. *J Pediatr* 1944; 25: 404-13.
9. Hauck FR, Herman SM, Donovan M, et al. Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics* 2003; 111: 1207-14.
10. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004; 363: 185 -191.
11. Franco P, Scaillet S, Wermenbol V, Valente F, Groswasser J, Kahn A. The influence of a pacifier on infants' arousals from sleep. *J Pediatr* 2000; 136: 775-9.
12. Moon RY, Patel KM, Shaefer SJ. Sudden infant death syndrome in child care settings. *Pediatrics* 2000; 106: 295 -300.
13. Vernacchio L, Corwin MJ, Lesko SM, et al. Sleep position of low birth weight infants. *Pediatrics* 2003; 111: 633-40.
14. Levene S, Bacon CJ. Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. *Arch Dis Child* 2004; 89: 443 -7.
15. Blair PS, Fleming PJ, Smith LJ, et al. Babies sleeping with parents; case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *BMJ* 1999; 319: 1457 -61.
16. Scragg R, Mitchell EA, Taylor BJ, et al. Bed sharing, smoking, and alcohol in the sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ* 1993; 307: 1312 -8.
17. Tappin DM, Ecob R, Brooke H. Bedsharing, roomsharing and sudden infant death syndrome in Scotland. A case-control study. *J Pediatr* 2005; 147: 32 -7.
18. McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA. Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics* 1997; 100(2): 214-9.
19. McVea KL, Turner PD, Pepler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16(1): 13-20.
20. Drago DA, Dannenberg AL. Infant mechanical suffocation deaths in the United States, 1980-1997. *Pediatrics* 1999; 103: e59.
21. Nakamura S, Wind M, Danello MA. Review of hazards associated with children placed in adult beds. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 1019-23.
22. Blair PS, Fleming PJ, Smith LJ, et al. CESDI SUDI research group. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. *Br Med J* 1999; 319: 1457-61.
23. McCoy RC, Hunt CL, Lesko SM. Population-based study of bedsharing and breastfeeding. *Pediatr Res* 2000; 47: 154A.
24. Gessner BD, Ives GC, Perham-Hester KA. Association between sudden infant death syndrome and prone sleep position, bed sharing, and sleeping outside an infant crib in Alaska. *Pediatrics* 2001; 108: 923-7.
25. Baddock SA, Galland BC, Bolton DP, Williams SM, Taylor BJ. Difference in infant and parent behaviors during routine bed sharing compared with cot sleeping in the home setting. *Pediatrics* 2006; 117: 1599-1607.
26. Carroll-Pankhurst C, Mortimer EA Jr. Sudden infant death syndrome, bedsharing, parental weight, and age at death. *Pediatrics* 1994; 107: 530-6.

## Breastfeeding Networking : Experience Sharing ตำบลป่าแดด เชียงใหม่

ศิริพร สืบพันธ์วงศ์ วิไลวรรณ สุวรรณสิทธิ์ และคณะทีมงาน  
ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวเชียงใหม่

### ความเป็นมา

ชมรมนมแม่เชียงใหม่เริ่มจากการรวมกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แล้วได้รับการช่วยเหลือแก้ไขให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนแรกจนเป็นผลสำเร็จ สมาชิกกลุ่มนี้ได้มีโอกาสร่วมเล่าประสบการณ์และการช่วยเหลือจนแก้ปัญหาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

ในการประชุมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่บุคลากรโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ จัดโดยกรมอนามัยในเดือน กรกฎาคม 2546 ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์วิระพงษ์ ฉัตรานนท์ ได้แสดงความชื่นชมและให้ข้อเสนอแนะการรวมกลุ่มสมาชิกก่อตั้งเป็นชมรมขึ้น เพื่อช่วยกันสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เพิ่มขึ้น ชมรมนมแม่เชียงใหม่จึงได้ก่อตั้งขึ้นในเดือน สิงหาคม 2546 โดยมีสมาชิกเริ่มแรก 5-10 คน

### วัตถุประสงค์

แรงบันดาลใจเริ่มแรกของกลุ่มสมาชิกคือ ต้องการสนับสนุนให้แม่หลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนแรกได้สำเร็จ และการช่วยเหลือแม่ที่ประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สามารถกลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สมาชิกได้ร่วมกันทำกิจกรรมเริ่มแรก ดังนี้

- รวมกลุ่มพบปะทั้งครอบครัว พ่อแม่ลูก เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยกลุ่มสมาชิก จะช่วยเหลือแนะนำแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและกันเป็นแบบครอบครัว จัด ณ คลินิกนมแม่โดยมีเจ้าหน้าที่ร่วมแลกเปลี่ยนและให้ข้อเสนอแนะสนับสนุน
- ครอบครัวสมาชิกแบ่งเวลามามีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกนมแม่ ในการช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่แม่ที่ประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มแม่ ช่วยแม่ในการเล่าประสบการณ์และการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเชียงใหม่ในปัจจุบัน) อาทิตย์ละ 1 วัน
- สมาชิกได้เข้าไปให้คำแนะนำชี้แนวทางหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดที่ลูกกินนมผสมในทีต่างๆ ให้เห็นถึงประโยชน์ของนมแม่ และพร้อมเข้าไปช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมกลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- กลุ่มสมาชิกมีความผูกพันกันแบบครอบครัว ลูกๆ ของสมาชิกได้พบปะกัน ได้ทำกิจกรรมที่ให้

น้อง เช่น เสื้อผ้า ของเล่น แบ่งปันให้กัน สร้างความผูกพัน ความเอื้ออาทรกันในกลุ่มสมาชิกจากจุดเริ่มต้นปี 2546, 2547 ก้าวเข้าสู่การพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สู่ชุมชน

ในปี 2548 จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย จัดทำโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นในชุมชน โดยเลือกพื้นที่ดำเนินการในชุมชนตำบลป่าแดด อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นชุมชนนำร่องส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องด้วยประธานชมรมนมแม่ ขณะนั้นคือ คุณชูเกียรติ ประเสริฐสันติสุข เป็นผู้มีจิตวิญญานในการสนับสนุนนมแม่สูง และเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถาบันแมคเคน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเครือคริสตจักร และมีสถานื่อนามัยตำบลป่าแดดเป็น PCU โดยเริ่มต้นที่หมู่ที่ 8 จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน โดยเริ่มจัดระบบการดำเนินงานโครงการร่วมกัน ได้แก่ สถาบันแมคเคน สถานื่อนามัยตำบลป่าแดด อสม. และเทศบาลตำบลป่าแดด

### วัตถุประสงค์และเป้าหมาย ในการดำเนินงาน เริ่มจาก

1. สร้างกระแสให้ท้องถิ่นเห็นความสำคัญลงมามีส่วนร่วมกับ รพ.แมคเคน สถานื่อนามัย อสม. เทศบาลตำบลป่าแดด
2. ติดตามค้นหากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดและกลุ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดระบบการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 6 เดือนแรกให้สำเร็จ
3. ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบในที่สาธารณะ เพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. เป็นกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด

### กิจกรรมที่ดำเนินการ

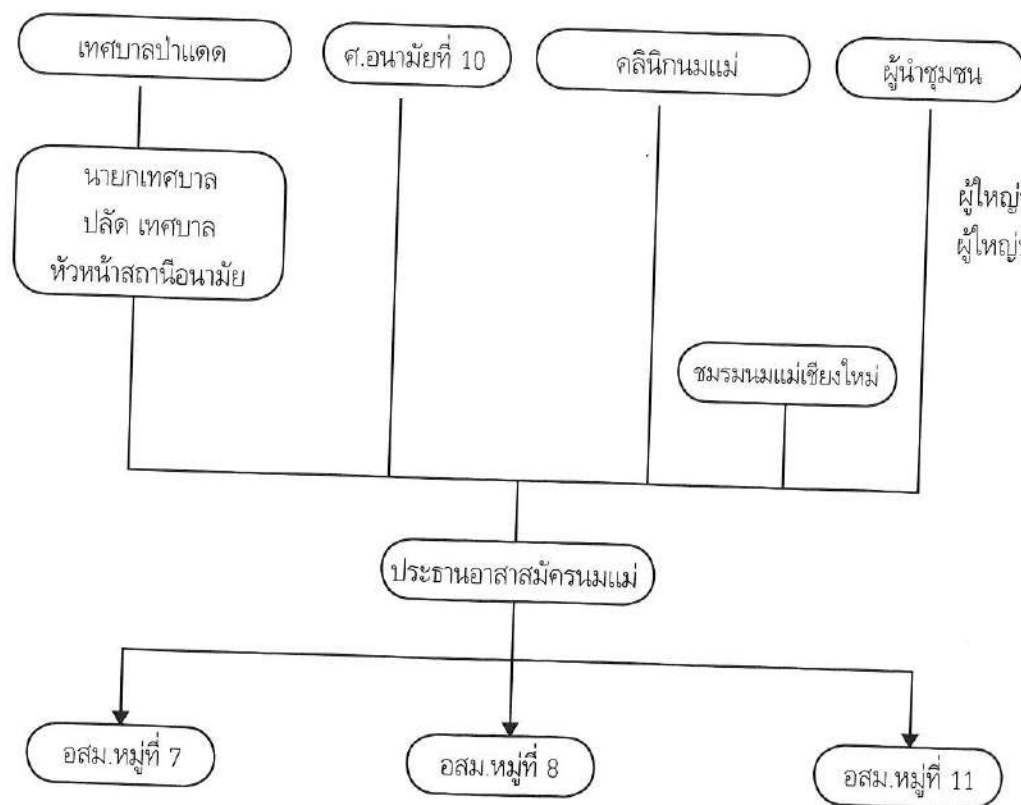
1. สร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แกนนำท้องถิ่น
  - สถานื่อนามัย รพ.แมคเคน อสม. อบต.
  - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
  - จัดประชุมปฏิบัติการ ปฏิบัติร่วมกันของกลุ่มแกนนำ อสม. ในหมู่บ้าน
  - ศึกษาวิเคราะห์หาข้อมูลชุมชน จัดสำรวจทำแผนที่เดินดินในหมู่บ้าน
  - จัดเสวนากลุ่มแม่ หญิงตั้งครรภ์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
  - การติดตามเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด
2. การร่วมถ่ายทอด แบ่งปันประสบการณ์วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. เสวนากลุ่มสมาชิกชมรมทุก 2 เดือน กิจกรรมให้ความรู้การเลี้ยงลูกและการให้อาหารตามวัย ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ และกิจกรรมอื่นๆ ที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงลูก 0-5 ปี

**ผลการดำเนินงาน**

เริ่มต้น การดำเนินงานในพื้นที่ยังประสบปัญหาหลายๆ ด้าน เช่น สอ. มีบุคลากรไม่เพียงพอในการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ และ อสม. ยังไม่มีความมั่นใจและยังไม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดทำระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมาย หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดจากโรงพยาบาล ถึงสถานีอนามัย และ อสม. ยังมีจุดบกพร่องในการเชื่อมต่อและประสานงาน

จากการวิเคราะห์ชุมชน พบว่า ชุมชนตำบลป่าแดดเป็นชุมชนที่อยู่บริเวณชานเมืองของอำเภอเมือง เชียงใหม่ เป็นลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท วิถีชีวิตของชุมชนป่าแดดเป็นเช่นเดียวกับวิถีทั่วไปที่มีการให้หน้า และอาหารเสริมร่วมไปกับน้ำนมแม่ก่อนเด็กมีอายุ 6 เดือน ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาต่อไป ต้องตระหนัก ให้พื้นที่มีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เข้มแข็ง และสร้าง เครือข่ายเรียนรู้ช่วยกันสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในปี 2549-2550 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ดำเนินการ ต่อเนื่อง ได้มีเป้าหมายพัฒนาชุมชนตำบลป่าแดดเป็นต้นแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเน้นด้านการสร้าง เครือข่ายการสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เพิ่มขึ้นเป็น 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ 7, 8, 11 ภาควิ ชาเครือข่ายที่เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายคือ สถานีอนามัย รพ.แมคเคน อสม. เทศบาล และแกนนำ กลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ มีการตั้งเป้าหมายและวางแผนกิจกรรมร่วมกัน โดยมีผังโครงสร้างการดำเนินงาน ดังนี้



**การดำเนินการ**

ชมรมนมแม่เชียงใหม่ได้พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้าน องค์ความรู้ และทักษะในเรื่อง การส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อสร้าง "ชุมชน นมแม่ในพื้นที่" โดยใช้กรอบแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 1). การค้นหาแกนนำที่สำคัญในชุมชน การประชุมร่วม และสร้างข้อตกลงร่วมกัน
- 2). การอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และผู้เกี่ยวข้อง เรื่อง การสร้างทัศนคติ โดยใช้กระบวนการ สนธิวิธีสนทนา หลักสูตร 1 วัน
- 3). การอบรมเชิงปฏิบัติการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลักสูตร 1 วัน
- 4). การศึกษาดูงาน และฝึกทักษะ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ หลักสูตร 1 วัน
- 5). การอบรมเชิงปฏิบัติการ "ศูนย์เด็กเล็กนอกระบบนมแม่" สำหรับพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง หลักสูตร 3 วัน (มีผู้เข้าอบรมจากชุมชนป่าแดด คือ อสม. 2 คน พี่เลี้ยงเด็ก 1 คน)
- 6). การวิเคราะห์ชุมชน ทำแผนที่เดินดินของชุมชน
- 7). การเสวนากลุ่มแม่ และหญิงตั้งครรภ์
- 8). การเยี่ยมติดตาม และร่วมทีมเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด โดยทีมชมรมนมแม่เชียงใหม่และ ทีมคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่
- 9). การหาเวทีให้ชุมชนร่วมนำเสนอเพื่อเพิ่มพลังอำนาจชุมชนในวาระต่างๆ เช่น การไปนำเสนอแก่ผู้ศึกษาดูงานที่ศูนย์อนามัยที่ 10 (การดูงานของจังหวัดอุดรดิษฐ์ จังหวัดสุพรรณบุรี) การได้รับเชิญไปนำเสนอที่จังหวัด (ศรีสะเกษ อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ สุโขทัย) การร่วมนำเสนอ ในการสอนนักศึกษาคณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเวทีของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุงเทพฯ
- 10). การประเมินผลลัพธ์อย่างมีส่วนร่วม
- 11). การจัดเวทีเสวนา การจัดการความรู้

**ปี 2551**

ชมรมนมแม่เชียงใหม่ ดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ชุมชนตำบลป่าแดด โดยมีตัวชี้วัดในการดำเนินงาน คือ

- 1). เกิดแม่อาสา/ ทูตนมแม่ หมู่บ้านละ 1 คน (แม่อาสา คือ อสม. แม่ที่ประสบผลสำเร็จ)
- 2). ECFB อย่างน้อย 30%
- 3). Predominant breastfeeding อย่างน้อย 50%
- 4). จำนวนต้นแบบ ทูตนมแม่ ลงทุกหมู่บ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน
- 5). เรื่องเล่าเรื่องเด่นของการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ
  - อสม.
  - กลุ่มสนับสนุน
  - แต่ละหมู่บ้านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรให้สำเร็จ

- 6). จำนวนครั้งการเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 5 เรื่อง/ปี
- 7). รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จในชุมชนป่าแดด
- 8). Best practice ของกระบวนการทำงาน (เกมส์ไข่) กลยุทธ์
  - อสม.
  - แม่ตัวอย่าง
  - กลุ่มสนับสนุน

### กิจกรรมการดำเนินงาน

#### 1. พัฒนาศักยภาพการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- 1.1 จัดประชุมแนวทางการดำเนินงาน การขยายผลภาคีเครือข่ายการทำงาน
- 1.2 ชุมชนโดย เทศบาล สอ. และ อสม. ร่วมกันจัดประชุมจัดตั้งคณะดำเนินงาน ร่วมกันทั้งหมู่บ้าน โดยนำเอาแกนนำทั้ง 13 หมู่บ้านมาเป็นคณะทำงาน
- 1.3 บุคลากรภาคสาธารณสุข ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 10 สถานีอนามัยตำบลป่าแดด โรงพยาบาลแมคเคน ชมรมนมแม่เชียงใหม่ ร่วมเป็นคณะกรรมการประสานงาน ด้านองค์ความรู้และวิชาการ
- 1.4 กลุ่มเป้าหมายและกลุ่มแกนนำมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

#### วิธีการและกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

สร้างความมั่นใจให้กลุ่มในพื้นที่ได้รับความรู้ ความมั่นใจ และให้สามารถร่วมกันดูแลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้หญิงตั้งครรภ์ และหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จทั้งชุมชน โดยการเฝ้าติดตามเยี่ยม โดยใช้กลยุทธ์เกมส์รักษา "ไข่" มีการติดตามเยี่ยมเป็นทีม ประกอบด้วย อสม. สถานีอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 10 ชมรมนมแม่เชียงใหม่ เกษตรอำเภอ และเทศบาล

- 1.5 อบรมให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ อสม. แกนนำ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้สูงอายุ เยาวชน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด
- 1.6 ทักษะปฏิบัติในการให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธี และเทคนิคการบีบเก็บน้ำนม การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด โดยแบ่งการเรียนรู้เป็น 5 ฐาน ให้แก่ อสม. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 1.7 ฝึกปฏิบัติด้านการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด แก่ทีมแกนนำ 6 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อมั่นที่จะเป็นผู้นิเทศงานของหมู่บ้านต่างๆ ของตำบลป่าแดด ณ คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3 วัน
- 1.8 ประชุมกรรมการคณะทำงานที่ปรึกษาอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หรือตามความจำเป็น เพื่อเกิดความเข้าใจตื่นตัว และร่วมกันวางแผนในการทำงานด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 1.9 เสวนานนมแม่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเป็นรูปแบบสร้างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนทั้ง 13 หมู่บ้าน
- 1.10 การติดตามเยี่ยมหลังคลอด มีระบบการติดตามเยี่ยมหลังคลอดครั้งแรกภายใน 5-7 วันแรก โดยทีม อสม. สถานีอนามัย ชมรมสายใยรักเชียงใหม่ เกษตร ต่อไปเยี่ยมโดย อสม. เดือนละ 1 ครั้ง เฝ้าติดตามดูแลแม่และลูกได้กินนมแม่อย่างเต็มตัว 6 เดือนและต่อไปให้อาหารตามวันจนครบ 2 ปี หรือ

มากกว่า เมื่อเกิดปัญหาจะมีระบบการช่วยเหลือเป็นขั้นตอน คือ อสม. จะแจ้งให้ทีมนิเทศที่รับผิดชอบหมู่บ้านและส่งต่อสถานีอนามัยดูแล หากแก้ไขไม่ได้จะส่งต่อมายังคลินิกนมแม่ของศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่ ต่อไป

#### 1.11 นิเทศติดตามการดูแลแม่และลูกหลังคลอด

แนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ โดยเฉพาะใน 6 เดือนแรก ที่เด็กจะได้รับน้ำนมแม่อย่างเต็มตัว หลังจากนั้นให้อาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือมากกว่า พร้อมนมแม่ ในที่ประชุมสรุปการดำเนินงาน โดยให้ทุกคนใช้กลยุทธ์ในการรักษาของเกมส์ไข่ โดยแบ่งหมู่บ้านทั้งหมดออกเป็น 3 โซน และมีทีมรับผิดชอบ โดยแต่ละทีมจะหาวิธีการดำเนินงาน เฝ้าติดตามแม่หลังคลอด ซึ่งจะแบ่งออกเป็น

1. เฝ้าติดตามและให้การช่วยเหลือแม่ให้ลูกที่อายุต่ำกว่า 6 เดือน ได้รับนมแม่อย่างเต็มตัว 6 เดือน ซึ่งมีทั้งหมด 15 ราย
2. เฝ้าติดตามแม่ที่มีลูกอายุมากกว่า 6 เดือน แล้วให้ได้รับนมแม่ + อาหารตามวัย จำนวน 15 ราย
3. ให้การดูแลช่วยเหลือแม่ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ราย

#### 2. สนับสนุนให้เกิดการรับรู้เข้าใจในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน โดยวิธี

- 2.1 เผยแพร่ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านทางหอกระจายข่าวทั้ง 13 หมู่บ้าน โดยเปิดช่วงเย็นภายหลังจากที่ผู้คนในชุมชนกลับจากการทำงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากแกนนำ โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านเป็นอย่างดี
- 2.2 เผยแพร่ความรู้ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ตามตลาดนัดและทั้ง 13 หมู่บ้าน เป็นการชักชวนให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 2.3 ร่วมกิจกรรมในวาระสำคัญของหมู่บ้าน เช่น วันเด็ก วันเปิดอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ของเทศบาลตำบลป่าแดด
- 2.4 รับสมัครสมาชิกชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว (ชมรมนมแม่เชียงใหม่)
- 2.5 กิจกรรม empowerment ให้ความรู้สร้างทัศนคติที่ดีในการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะแม่ทำงานนอกบ้าน อาทิตย์ละ 1 ครั้ง

#### 3. การสร้างกระแสในการส่งเสริมสนับสนุนและปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- 3.1 จัดทำจดหมายข่าวเผยแพร่แก่สมาชิกชมรม
- 3.2 เผยแพร่กิจกรรมการดำเนินงานผ่าน website ของศูนย์นมแม่

#### ขยายผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สู่เครือข่ายสถานประกอบการ

มีการจัดนมแม่ โดยชมรมสายใยรักเชียงใหม่ สนับสนุนสื่อ อุปกรณ์ ได้แก่ เต้านม แก้ว ถูเก็บน้ำนม เลือตัวอย่างสำหรับให้นมลูก กระติกน้ำแข็ง สำหรับเก็บน้ำนม เอกสารวิชาการที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก่สถานประกอบการ 5 แห่ง ดังนี้ สถานีเลี้ยงเด็ก สถานีอนามัย ตำบลป่าแดด โรงพยาบาล และโรงเรียนอนุบาล

คัดเลือกกลุ่มอาสาสมัคร และแกนนำที่มีจิตอาสาทุ่มเทในการทำงานสนับสนุน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน มาให้เป็นบุคคลตัวอย่าง และเพื่อเกิดแรงบันดาลใจในการทำงาน

แกนนำอาสาสมัคร ที่มีความมุ่งมั่นและมีจิตอาสาทุ่มเทในการดูแลลูกหลานของชุมชนตำบลป่าแดด ให้ได้กินนมแม่ คอยติดตามให้กำลังใจแม่มาตลอด คือ ป้าหน้อย เรือนคำ ได้รับรางวัลเป็นบุคคลตัวอย่างของจังหวัดในด้านส่งเสริมสุขภาพ

### ปัญหาและแนวทางในการพัฒนา

1. วิถีชีวิตของชุมชนตำบลป่าแดดเป็นแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบทผสมผสานกัน แม่คลอดจากโรงพยาบาลหลายแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน การส่งต่อมายังสถานอนามัยในระบบล่าช้า เจ้าหน้าที่สถานอนามัยบางครั้งไม่สามารถติดตามแม่หลังคลอดในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด และผู้ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด คือ อสม.
2. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของชุมชนตำบลป่าแดด ซึ่งก็เหมือนกับวิถีไทยโดยทั่วไปที่มีการให้น้ำและการให้อาหารเสริมอื่นร่วมกับน้ำนมแม่ ก่อนเด็กมีอายุ 6 เดือน จึงไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะการตัดสินใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยครอบครัว ปัจจัยทางสังคม และความเชื่อของชุมชน การโฆษณาผสม และผลิตภัณฑ์อาหารทารก การเข้าถึงนมผสมได้ง่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมผสมเป็นเรื่องปกติ แต่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเป็นเรื่องแปลกใหม่ แม่ไม่อยากทำตัวเองให้แตกต่างจากเพื่อนและญาติ ถูกกดดันทั้งในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะเกิดการยอมรับจนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคลและชุมชน
3. การทำงานของอาสาสมัครแม่ ซึ่งจำเป็นต้องมีวิถีชีวิตในการทำงาน เพื่อมีรายได้มาเลี้ยงดูชีวิตของตนเอง และครอบครัว หากจะทุ่มเทการทำงานให้กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของชุมชนตลอดเวลา คงได้ไม่เต็มที่ บางครั้งจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารกันในชุมชนทั้ง 13 หมู่บ้าน

### แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนา อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจ้าหน้าที่สถานอนามัย ต้องมีบทบาทร่วมอย่างจริงจังต่อเนื่อง และมีระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
2. ใช้เทคนิคการสื่อสารหลายรูปแบบ การให้ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพของบุคคล การใช้บุคคลตัวอย่าง วิธีการสร้างความเชื่อมั่น ชักชวนในรูปแบบต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์ เคลื่อนที่ การให้การช่วยเหลือ กำลังใจแก่แม่ ช่วยเหลือแม่เมื่อจะออกไปทำงาน สนับสนุนนมแม่ในชุมชน
3. ชุมชนเห็นความสำคัญ ควรมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของทีมอาสาสมัครแม่ แกนนำต่างๆ ร่วมกัน

## Breastfeeding Networking : Experience Sharing

### โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

พ.ญ.ศุภกาญจน์ ศิลปรัสมิ

โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราชได้ดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ปี 2531 จนถึงปัจจุบัน ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาได้วิเคราะห์ วิจัย และหาแนวทางแก้ไขปัญห เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและมีความมั่นใจที่จะสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มีแม่มากกว่าร้อยละ 90 สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสำเร็จเมื่อจำหน่าย จากการติดตามในชุมชนของ ชัยภรณ์ เอ็งศิริ ในปี พ.ศ. 2546 พบว่ามีแม่ในอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 20.50 เท่านั้นที่ยังให้นมแม่ต่อเนื่องจนถึง 4 เดือนซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้เด็กกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 30 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ แม่ทำงานนอกบ้าน มีปัญหาในการให้นม กระแสการตลาดของนมผสม สาเหตุเกิดจากแก้ปัญหาเองไม่ได้และขาดความรู้ ในปี พ.ศ. 2547 คณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้จัดทำโครงการนำร่องขึ้นในแม่กลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองจำนวน 30 คน ให้มีพี่เลี้ยงคอยติดตามช่วยเหลือจนครบ 6 เดือนพบว่าร้อยละ 50 สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2548-2550 จึงได้ขยายพื้นที่ดำเนินการโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีวัตถุประสงค์ที่จะให้แม่หลังคลอดมีพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน โดยแบ่งพี่เลี้ยงเป็น 2 กลุ่ม

#### กลุ่มที่ 1

พี่เลี้ยงเป็นเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช คอยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในแม่กลุ่มเสี่ยงที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนครบ 6 เดือนตามแผน มีเจ้าหน้าที่สถานอนามัยเป็นเครือข่ายช่วยแก้ไขปัญหารีหรือส่งกลับคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช โดยมีพี่เลี้ยงนมแม่เป็นที่ปรึกษา เนื่องจากแม่กลุ่มนี้อาศัยอยู่กระจัดกระจายทั่วทั้งจังหวัด ติดตามยาก ในระยะ 2 ปีนี้คงเหลือแม่-ลูกเพียง 662 คู่ เท่านั้นที่ติดตามได้จนครบ 6 เดือน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 เท่ากับ 19 และ 33 ตามลำดับ

#### กลุ่มที่ 2

พี่เลี้ยงเป็นแม่อาสาทำงานเป็นทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้แทนจากโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช โดยติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และแม่หลังคลอดที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่สมัครเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนหลังคลอด 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดโครงการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 มีแม่อาสา 95 คนจาก 46

ตำบลของ 3 อำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราชปฏิบัติงานเป็นเครือข่ายในชุมชนดูแลแม่-ลูก 968 คู่ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เท่ากับ 92 และ 91 ตามลำดับ

การสร้างเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีแม่อาสาปฏิบัติงานในชุมชน น่าจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้บรรลุเป้าหมายของประเทศ แนวทางที่ปฏิบัติในจังหวัดนครศรีธรรมราชซึ่งจะนำเสนอไม่ใช่รูปแบบเบ็ดเสร็จที่เหมาะสมสำหรับทุกพื้นที่ แต่แนวคิดหรือแนวทางการดำเนินงานบางอย่างอาจจะนำไปประยุกต์ใช้ได้

## แนวทางการดำเนินงาน

### 1. พัฒนารายในองค์กร

**วัตถุประสงค์** เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนเกิดเป็นวัฒนธรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นในโรงพยาบาล มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมอบให้คณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลมหาราชฯ รับมาดำเนินการ จัดให้มีการสัมมนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ตั้งครุภักกับเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ เพื่อชักจูงให้เกิดความต้องการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมั่นใจว่าจะเลี้ยงได้ต่อเนื่องเมื่อกลับมาทำงาน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์เป็นผู้เลี้ยงคอยช่วยเหลือแนะนำตั้งแต่ตั้งครุภักจนลูกอายุครบ 6 เดือน โรงพยาบาลมีแนวทางที่ช่วยแม่ทำงานให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้โดยจัดห้องสำหรับแม่มาบีบน้ำนมเก็บไว้ให้ลูก และมีบริการรับเลี้ยงเด็กนมแม่ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันของโรงพยาบาลที่อนุญาตแม่ไปให้นมจนลูกอายุครบ 1 ปี ซึ่งแม่กลุ่มนี้ต่อไปก็จะเป็นเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงด้วยนมแม่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

1.2 โรงพยาบาลมีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและจริงจังตามแนวทางของบันได 10 ขั้น ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยส่งเสริมให้ทำวิจัยและจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการวางแผนในการพัฒนางาน แนวทางการดำเนินงานในปัจจุบันได้เสริมความเข้มแข็งของบันไดขั้นที่ 10 (ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แล้วให้แม่ติดต่อกับกลุ่มเหล่านี้หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว) โดยให้ทุกหน่วยบริการที่ดูแลแม่และเด็กอ่อนมีบทบาทในการสร้างผู้ช่วยเหลือแม่เมื่อจากออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว กลุ่มเป้าหมาย คือ ญาติ และแม่ที่มีประสบการณ์ มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

**ญาติ** จัดให้ญาติมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมที่ทางโรงพยาบาลจัดให้กับแม่ เพื่อญาติจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และช่วยเหลือให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสำเร็จ

**แม่ที่มีประสบการณ์** หมายถึง แม่ที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม่ที่อยู่ในโรงพยาบาลนานได้รับการฝึกฝนจนเกิดทักษะ และแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้วได้รับการแก้ไขจนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะถูกชักจูงให้เป็นเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงด้วยนมแม่ในชุมชน

### 2. พัฒนาในชุมชน

**วัตถุประสงค์** เพื่อจัดตั้งเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน คอยช่วยแม่ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน มีแนวทางการดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

## 2.1 การเตรียมงาน

2.1.1 เตรียมพื้นที่ดำเนินการ โดยประชาสัมพันธ์ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้พื้นที่ที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ

### 2.1.2. เตรียมบุคลากร

• รับสมัครผู้ปฏิบัติงาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

**ผู้นิเทศ** รับสมัครจากเจ้าหน้าที่อาวุโสของโรงพยาบาลมหาราชฯ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญในงานนมแม่

**เครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่** รับสมัครจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบงานแม่และเด็กของโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ

**แม่อาสา** รับสมัครจากแม่ที่อยู่ในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ และช่วยเหลือผู้อื่น

• ผูกอบรม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ทักษะ และสามารถร่วมทำงานเป็นทีมได้ โดยมีวัตถุประสงค์แต่ละกลุ่มดังนี้

1. เพื่อให้แม่อาสา มีความรู้และทักษะในการที่จะช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาที่พบบ่อยจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ได้ทบทวนความรู้และทักษะ สำหรับเป็นพี่เลี้ยงของแม่อาสา

3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาราชฯ ได้ทบทวนความรู้และทักษะสำหรับปฏิบัติงานเป็นผู้นิเทศ

**เนื้อหา** ประกอบด้วยเรื่องที่มีความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัญหาที่พบบ่อย ซึ่งได้มาจากการทำ focus group ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานนมแม่ของโรงพยาบาลมหาราชฯ ผู้รับผิดชอบงานแม่-เด็กของโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัย และแม่อาสา โดยวิทยากรนำมาเรียบเรียงความสำคัญและจัดเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่ม

**แนวทางการฝึกอบรม** ด้วยภาคทฤษฎี 1 วัน และภาคปฏิบัติ 1 วัน โดยให้ความรู้ทางทฤษฎีรวมกันแล้วแยกฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลมหาราชฯ แบ่งเป็น 3 รุ่น ตามบทบาทและหน้าที่ที่รับผิดชอบ ในแต่ละรุ่นจะแบ่งเป็นกลุ่มเล็กๆ ฝึกปฏิบัติกลุ่มละ 2 วัน โดยมีผู้รับผิดชอบงานคลินิกนมแม่เป็นวิทยากร หลังจากผ่านการฝึกอบรมแล้ว แม่อาสาจะได้รับกระเป๋างาน ซึ่งประกอบด้วย เอกสารประกอบการสอน อุปกรณ์ช่วยแก้ไขปัญหามือถึงต้น เสื้อหมอนนมแม่และป้ายแม่อาสา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และผู้นิเทศจะได้คู่มือประกอบการนิเทศและเสื้อหมอนนมแม่

## 2.2 การดำเนินงาน

2.2.1 วางแผนดำเนินงาน โดยประชุมผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยคณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลมหาราชฯ เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบงานแม่และเด็กของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และแม่อาสา เพื่อระดมความคิด



และหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม

2.2.2 แบ่งกลุ่มเพื่อปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็น 10 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีผู้สังเกต 2 คน รับผิดชอบดูแลพื้นที่ 4-5 ตำบล ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแม่อาสาในตำบลนั้นๆ

2.2.3 แนวทางการดำเนินงาน มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างแม่อาสา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และผู้สังเกต โดยแต่ละกลุ่มมีแนวทางการปฏิบัติงานดังนี้

- **แม่อาสา** ทำงานในเชิงรุกโดยสำรวจหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนแล้วลงทะเบียนไว้เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน มีเป้าหมายเพื่อสร้างความคุ้นเคยและชักจูงให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งช่วยเตรียมและแก้ไข ปัญหาของเต้านม หลังจากแม่คลอดแล้วจะเยี่ยมหลังคลอดทันทีที่ทราบว่ามีแม่กลับมาจากโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตามแผนที่กำหนดไว้ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้สังเกตประจำกลุ่มเป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหา

- **เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่** มีหน้าที่ติดตามการทำงานของแม่อาสาจากการสังเกตการณ์และ จากแบบบันทึกผลการปฏิบัติงานของแม่อาสาซึ่งจะส่งให้ทุกเดือน แล้วรวบรวมส่งต่อผู้สังเกตเพื่อ แจ้งคณะกรรมการนมแม่โรงพยาบาลมหาราชฯ รับทราบถึงความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคของ การดำเนินงานในการประชุมประจำเดือน เพื่อใช้ประกอบการปรับวางแผนให้เหมาะสม แล้วมอบหมาย ให้ผู้สังเกตไปชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแม่อาสาเมื่อลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่

- **ผู้สังเกต** มีหน้าที่นี้ติดตามผล รวบรวมปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานนำเสนอ คณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลมหาราชฯ ทุก 2 เดือนหรือตามความ จำเป็น รวมทั้งช่วยฝึกฝนให้แม่อาสาที่มีทักษะที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งเกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามปัญหาที่พบในพื้นที่

### 2.3 การประเมินผล

1. ประเมินโครงการตามแบบจำลองชิป (CIPP Model) เมื่อดำเนินงานครบ 1 ปี โดย สัมภาษณ์คณะกรรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลมหาราชฯ ซึ่งเป็นแกนนำ 12 คน แม่อาสาทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 20 คนเพื่อประเมินสถานการณ์ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ผลการประเมิน พบว่า โครงการมีแผนงานที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหาจนบรรลุวัตถุประสงค์ เจ้าหน้าที่และแม่อาสามีความตั้งใจในการทำงานโดยไม่คำนึงถึงค่าตอบแทน โครงการช่วยสร้างแม่อาสาที่มีความสามารถเพียงพอที่จะช่วยเหลือแม่ในชุมชนได้ และเป็นแกนนำสำคัญที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง

2. ประเมินผลการดำเนินงาน โดยรวบรวมข้อมูลจากรายงานแบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแม่อาสา พบว่า ในระยะ 2 ปีของโครงการฯ แม่อาสาได้ติดตามเยี่ยมแม่-ลูก 968 คู่ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ 6 เดือนในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 เท่ากับร้อยละ 92 และ 91 ตามลำดับ

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

จากการถอดบทเรียนในกลุ่มเจ้าหน้าที่ แม่อาสา และแม่ร่วมโครงการ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีดังนี้

1. ภาครัฐควรมีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. สร้างกระแสสังคมให้ยอมรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวัฒนธรรม ยกย่องแม่โดยมีครอบครัว

ชุมชน และสถานประกอบการสนับสนุน

3. แม่มีความตั้งใจ รู้ถึงข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และผลเสียของการให้น้ำหรืออาหารอื่นๆ ก่อนอายุ 6 เดือน

4. แม่ต้องการที่ปรึกษาที่เข้าใจถึงปัญหาพื้นฐานของครอบครัว มีความรู้และทักษะที่แก้ปัญหาได้ ตรงประเด็น และติดตามช่วยเหลือต่อเนื่องในเรื่องนมแม่และเรื่องอื่นๆ (การเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการ โภชนาการ และการวางแผนครอบครัว)

5. แม่ควรได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยมีครอบครัว คอยให้กำลังใจและแบ่งเบาภาระงาน

### ผลกระทบ

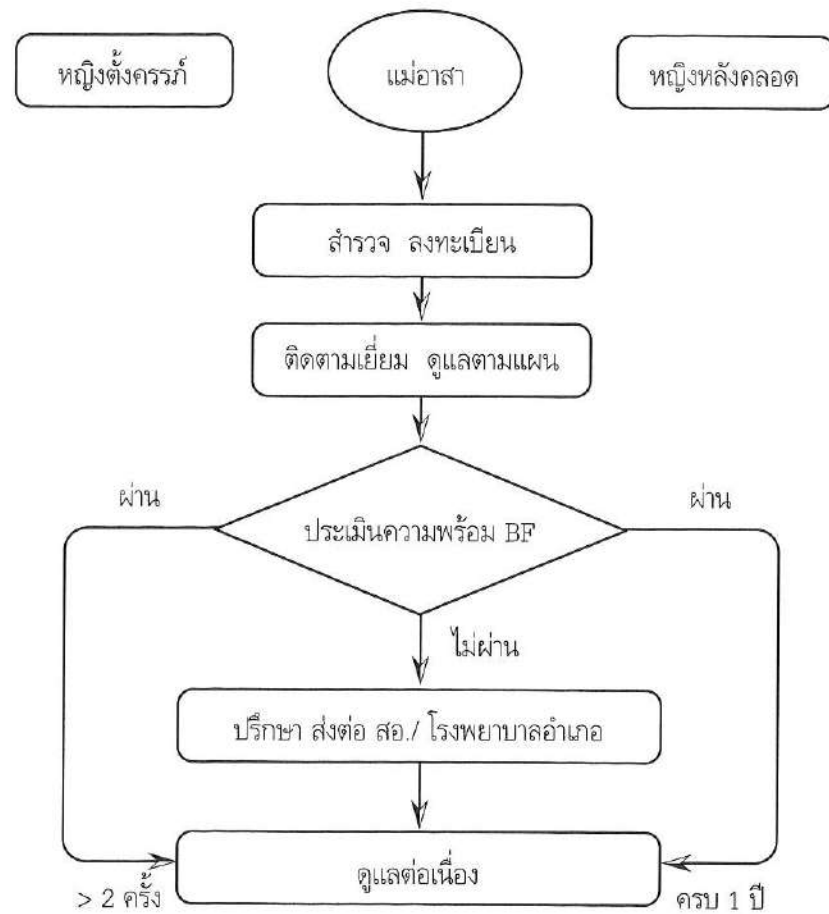
1. จากการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดของแม่อาสา พบว่า แม่เอาใจใส่ดูแลลูกมากขึ้น ต้องการเรียนรู้ แนวทางการเลี้ยงดูลูกอย่างถูกวิธี จึงได้จัดอบรมแม่อาสาเหล่านี้ให้มีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก พัฒนาการ โภชนาการ และการวางแผนครอบครัว จนสามารถที่จะเป็นที่ปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาเบื้องต้นให้แก่แม่-ลูกในชุมชนได้ แม่เหล่านี้จะมีทัศนคติที่ดีกับแม่อาสา จึงไม่ยากที่จะชักจูงให้แม่ที่ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นที่เลี้ยงคอยช่วยเหลือแม่อื่นๆ ในชุมชนทำให้ จำนวนแม่อาสาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนชุมชนมีความเข้มแข็งที่จะช่วยเหลือตัวเองได้

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มขึ้นจากการเป็นที่ปรึกษาและติดตามผลการปฏิบัติงานของแม่อาสา แต่ความสัมพันธ์อันดีที่เกิดขึ้นระหว่างแม่อาสา กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้แม่อาสาบางคน มาช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดีโดย การจัดทำกลุ่มให้ความรู้แก่แม่และญาติ

3. ผู้สังเกตซึ่งไม่เคยมีบทบาทหน้าที่ในชุมชน ได้ตระหนักถึงข้อดีของการมีเครือข่ายในชุมชน ทำให้การ ประสานงานในทุกๆ ด้านสะดวกขึ้น มีความภาคภูมิใจในผลงาน ร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ชักชวนให้องค์กรส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ปัญหาอุปสรรค ของการทำงานในโครงการนี้ก็คือ เป็นงานที่นอกเหนือจากหน้าที่ปกติ เมื่อจะลงปฏิบัติงานต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารและความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน ในบางครั้งอาจจะต้องทำนอกเวลา ราชการ

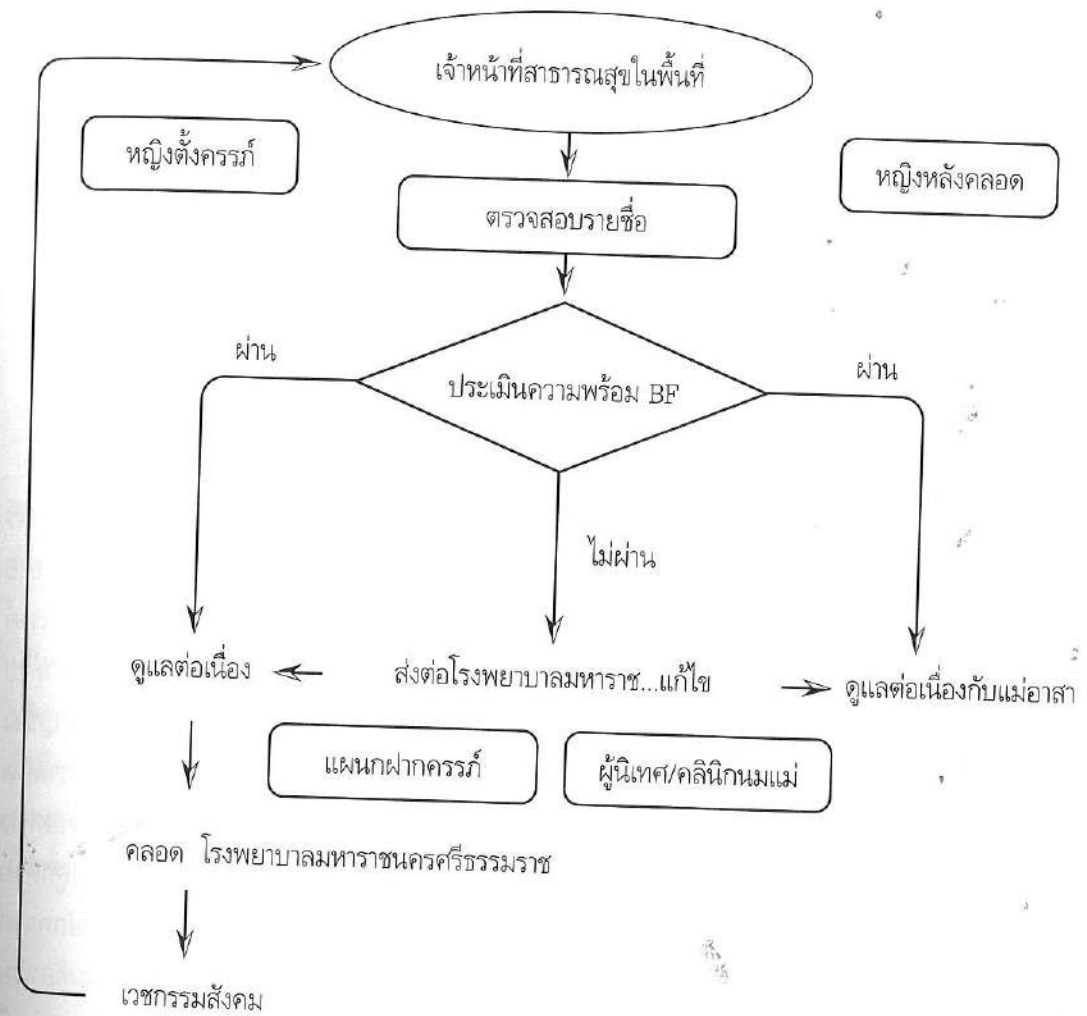
**สรุป**

การสร้างเครือข่ายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บรรลุวัตถุประสงค์ โดยที่ผู้ปฏิบัติต้องร่วมมือทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ช่วยเหลือดูแลแม่อย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ การกระตุ้นให้เกิดกลุ่มแม่ช่วยแม่จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งช่วยเหลือตนเองได้จนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลายเป็นพฤติกรรมปกติของแม่ในชุมชนนั้น

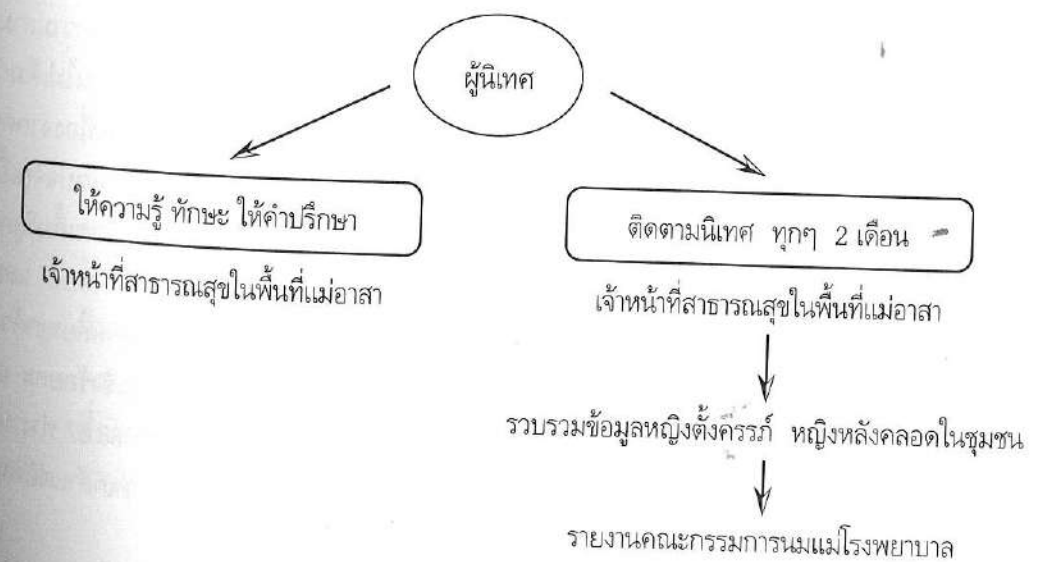


● แผนผังแสดงบทบาทของแม่อาสา

● แผนผังแสดงบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



● แผนผังแสดงบทบาทผู้นิเทศ



# Breastfeeding Networking : Experience Sharing

## จังหวัดจันทบุรี

วาสนา งามการ  
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

**ร** ะบบบริการการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 โดยกลุ่มการพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมและวางแผนครอบครัว และผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกในปี พ.ศ. 2536 ผ่านการประเมินซ้ำในปี พ.ศ. 2543 และในปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ดำเนินงานในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการพัฒนาระบบฝากครรภ์ที่มีคุณภาพให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เรื่องประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินและแก้ไขปัญหาหัตถ์นม ลานนมที่ผิดปกติและดำเนินการแก้ไขความผิดปกติให้สำเร็จก่อนคลอด ในห้องคลอดมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีหลังคลอดทั้งคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด หน่วยงานหลังคลอดมีการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จก่อนออกจากโรงพยาบาลประเมินให้มั่นใจว่า สามารถให้นมแม่ได้สำเร็จ เมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อไม่ปล่อยปัญหาเข้าสู่ชุมชนเนื่องจากยึดหลักว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องเริ่มจากโรงพยาบาลที่ต้องคงไว้ซึ่งบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ภายหลังพบว่า มีอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ แม่หลังคลอดบางรายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตามเป้าหมายสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากแม่ทำงานนอกบ้าน การลาคลอดไม่ได้ 90 วันตามเกณฑ์ โดยเฉพาะแม่หลังคลอดที่ทำงานบริษัทพลอย ที่มีเจ้าของกิจการเป็นชาวต่างชาติที่มุ่งหวังผลกำไรมากกว่าการดูแลสุขภาพด้านครอบครัว การเข้าทำงานหลังคลอดต้องทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถในยุคที่มีการประเมินผลงาน จำนวนงานของแต่ละคนถูกเปรียบเทียบ เนื่องจากหากทำงานไม่เต็มกำลังความสามารถอาจถูกออกจากงาน ผลระยะยาวคือการว่างงานที่ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เนื่องจากคนรุ่นใหม่เข้ามาทำงานแทน ผลสุดท้าย แม้ว่า แม่หลังคลอดจะตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ปัจจัยเอื้อในชุมชนไม่เกิดขึ้นทำให้แม่ต้องกลับไปใช้นมผสมในการเลี้ยงลูกแทนนมแม่ โดยพบว่า สถิติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จอย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน ในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดจันทบุรีเหลือเพียงร้อยละ 40.10 และในปี พ.ศ. 2551 ในช่วง 6 เดือนแรก หากดูตัวเลขข้อมูลในภาพรวมของจังหวัดจันทบุรี พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จร้อยละ 44.44 หากเปรียบเทียบพื้นที่เขตเมือง 2 ตำบลในเขตเมืองจันทบุรีที่แม่หลังคลอดมากกว่าร้อยละ 66.67 ทำงานนอกบ้าน แม้ว่าจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าแต่อัตราการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเหลือเพียงร้อยละ 29.73 เท่านั้น

ข้อมูลเหล่านี้ เป็นข้อมูลที่โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้ปรับแก้ไขให้มีการติดตามทุกเดือนเพื่อการนำตัวชี้วัดมาทำการหาแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาให้ทันต่อปัญหา มากกว่าจะรอข้อมูลปลายปีที่กว่าจะรู้ปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข โดยในการวางแผนในการแก้ไขปัญหานี้ โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่จะฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน แต่มาคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ปัญหาที่สำคัญในแม่หลังคลอด คือ การไม่ได้รับคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหัตถ์นม ลานนมที่ผิดปกติให้สำเร็จก่อนคลอด เมื่อมาคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ทำให้ทารกดูดนมแม่ไม่ได้ ต้องใช้เวลาในการดูแลแก้ไขหลังคลอด ซึ่งแม่หลังคลอดบางรายไม่สามารถรอได้ เนื่องจากมีภาระต้องกลับบ้าน ทำให้แม้ว่าโรงพยาบาลพระปกเกล้าจะมีระบบช่วยเหลือหลังคลอด แต่สภาพของความเป็นจริง คือ ไม่สามารถช่วยเหลือให้สำเร็จทุกรายหลังคลอดเนื่องจากปัญหาครอบครัว ทำให้โรงพยาบาลได้ใช้ช่องทางในการพัฒนาโดยเข้าร่วมเป็นกรรมการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดจันทบุรี โดยนำปัญหาที่พบถูกรอบเดือน รายงานต่อคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดจันทบุรี เพื่อรับทราบปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยได้มีแนวทางในการพัฒนาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรีดังนี้

**เส้นทางที่ 1** การพัฒนาระบบบริการการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายใต้โครงสร้างการบริหารงานในระบบบริการสาธารณสุขของจังหวัดจันทบุรี โดยมีการประสานงานกับคณะกรรมการ MCH Board ซึ่งมีคณะกรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า และมีการประสานการทำงานกับคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลจากทุกโรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก โดยได้มีกิจกรรมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขให้พัฒนาขีดความสามารถในการช่วยเหลือและแก้ไขแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดอบรมความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขทั้ง 11 โรงพยาบาลทุกปี
2. ผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกนมแม่ทุกโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 11 โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลพระปกเกล้า เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้ทุกโรงพยาบาลพัฒนาระบบตรวจหัตถ์นม ลานนมในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และหากพบความผิดปกติให้มีการแก้ไขให้สำเร็จก่อนคลอด และการเปิดบริการคลินิกปรึกษาปัญหาแม่ทุกโรงพยาบาลเพื่อรองรับการส่งต่อแม่หลังคลอดที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า หากยังมีปัญหาที่เหลืออยู่จะได้มีการติดตามแก้ไขช่วยเหลือให้สำเร็จโดยโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่
3. การใช้ระบบติดตามและประเมินโรงพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลพระปกเกล้าโดยใช้การประเมินโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ที่มุ่งเน้นการประเมินให้โรงพยาบาลที่จะผ่านการประเมินต้องคงไว้ซึ่งการดำเนินงานตามบันได 10 ขั้นตามโครงการสายสัมพันธ์แม่ลูก เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการดูแลงานอนามัยแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งโครงการสายสัมพันธ์แม่-ลูก ซึ่งปัจจุบันได้ใช้ระบบการพัฒนาโรงพยาบาลทั้ง 11 โรงพยาบาลผ่านระบบการประเมินโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว

- พัฒนาระบบบริการของผู้ที่ทำงานในชุมชน โดยจัดอบรมพัฒนาความรู้และขีดความสามารถให้แก่บุคลากรของสถานอนามัยในจังหวัดจันทบุรี เพื่อให้สามารถรองรับการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้
- ผลักดันให้มีการจัดตั้งชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 11 โรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลพระปกเกล้า และวิทยากรจากแม่อาสากลุ่มนมแม่ สมาคมภริยาทหารเรือ พื้นที่ค่ายตากสินเป็นที่เลี้ยง
- มีระบบติดตามประเมินผลการทำงานในรอบ 3 เดือนในวาระการประชุมของคณะกรรมการ MCH Board โดยนำปัญหาที่พบในผู้รับบริการที่เป็นจุดเชื่อมระหว่างงานบริการที่เป็นปัญหาโดยให้ผู้แทนในหน่วยบริการที่รับผิดชอบได้รับทราบปัญหาเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ล้วน 6 เดือน (exclusive breastfeeding) ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มีผลการดำเนินงานดังนี้

โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี	จำนวนแม่หลังคลอดที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (ราย)	จำนวนทารกที่อายุครบ 6 เดือนกินนมแม่ (ราย)	คิดเป็น %	หมายเหตุ
โรงพยาบาลพระปกเกล้าที่คลินิกเด็กดี	324	115	35.49%	WBC
H.H.C.	41	12	29.27%	...เยี่ยมบ้าน
การบริการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์	44	21	47.72%	โทรเยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลชุมชนท่าใหม่	12	5	41%	
โรงพยาบาลชุมชนเขาสุกิ	57	19	33.33%	
โรงพยาบาลชุมชนสองพี่น้อง	16	7	43.75%	
โรงพยาบาลชุมชนขลุง	21	8	38.10%	
โรงพยาบาลชุมชนแหลมสิงห์	23	9	39.13%	

โรงพยาบาลชุมชน	จำนวนแม่หลังคลอดที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดี (ราย)	จำนวนทารกที่อายุครบ 6 เดือนกินนมแม่ (ราย)	คิดเป็น %	หมายเหตุ
โรงพยาบาลมะขาม	14	6	42.85%	
โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน	65	25	38.46%	
โรงพยาบาลสอยดาว	70	12	17.14%	
โรงพยาบาลแก้งหางแมว	48	15	31.25%	
โรงพยาบาลนายายอาม	25	6	24.04%	
โรงพยาบาลคิชฌกูฏ	37	33	89.18%	
จำนวนทารกที่อายุครบ 6 เดือนกินนมแม่ของจังหวัดจันทบุรีทั้งจังหวัด (เฉลี่ย)	753	293	38.91%	

ซึ่งในการติดตามผลการดำเนินงานในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กของ จังหวัดจันทบุรี (คณะกรรมการ MCH Board) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นที่ปรึกษา ได้นำปัญหาตัวชี้วัดในงานอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งผลการดำเนินงานและข้อขัดข้องของการทำงานในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาหาสาเหตุ และนำมาพัฒนาแก้ไขร่วมกันทั้งจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นที่เลี้ยง

เส้นทางที่ 2 การขยายเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของแม่อาสากลุ่มนมแม่ในเครือข่ายโรงพยาบาลพระปกเกล้า ให้รองรับในทุกพื้นที่ของชุมชนในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งปัจจุบันในเขตอำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรีมีแม่อาสากลุ่มนมแม่ทั้งหมด 5 ชุมชนดังนี้

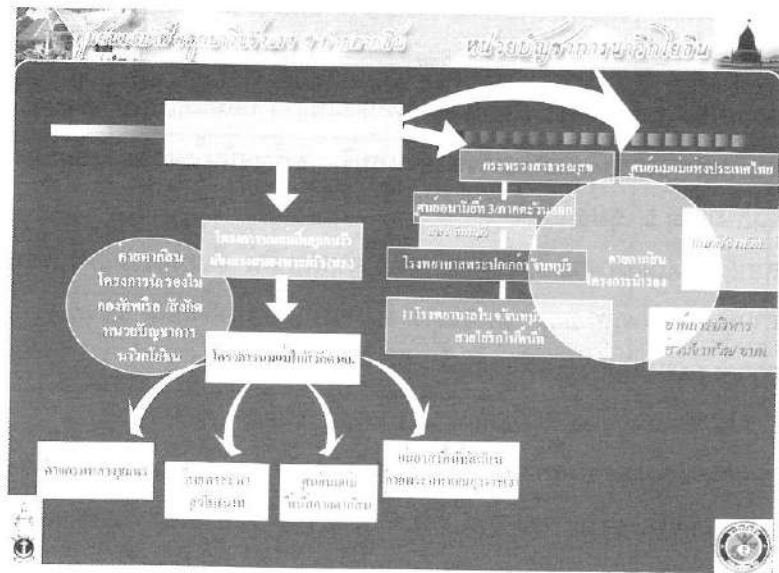
- แม่อาสากลุ่มนมแม่สมาคมภริยาทหารเรือพื้นที่ค่ายตากสิน มีแกนนำแม่อาสาทั้งหมด 86 คน
  - แม่อาสากลุ่มนมแม่พื้นที่ อ.บ.ต.เกาะขวาง มีแกนนำแม่อาสาทั้งหมด 33 คน
  - แม่อาสากลุ่มนมแม่โรงแรมเคพีแกรนด์ มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 12 คน
  - แม่อาสากลุ่มนมแม่เขตเมือง มีแกนนำแม่อาสาเข้าร่วมทั้งหมด 30 คน
  - แม่อาสากลุ่มนมแม่เทศบาลท่าช้าง มีแกนนำเข้าร่วมทั้งหมด 60 คน
- รวมทั้งรวมทั้งหมด 221 คน ซึ่งในการพัฒนาได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลพระปกเกล้าและวิทยากรที่เลี้ยงจากศูนย์นมแม่สมาคมภริยาทหารเรือค่ายตากสิน จังหวัดจันทบุรี

เส้นทางที่ 3 การรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใต้โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวสนองพระดำริพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี โดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุข จ.จันทบุรีและโรงพยาบาลพระปกเกล้า หน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน กองทัพเรือ ในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน ทั้งจังหวัดจันทบุรี โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การวางแผน ขยายเครือข่ายอาสาสมัครกลุ่มนมแม่โดยพัฒนาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. การผลักดันโรงงานสีข้าวส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการรณรงค์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงงาน ด้วยการผลักดันให้มีการเปิดมุมให้นมแม่ในสถานประกอบการ ซึ่งได้วางแผนในการพัฒนาโดยประสานงานกับประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดจันทบุรี สำนักงานประกันสังคม เพื่อสร้างปัจจัยเอื้อให้กับสังคมเมือง

**เส้นทางที่ 4 การขยายเครือข่าย การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงานสังกัดกองทัพเรือ**

การดำเนินงานของแม่อาสา กลุ่มนมแม่สมาคมภริยาทหารเรือพื้นที่ค่ายตากสิน เกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 ต่อมานายกสมาคมภริยาทหารเรือ คุณพรเพ็ญ เกยานนท์ ได้ริเริ่มก่อตั้งโครงการนมแม่เพื่อลูกนาวี แข็งแรงสนองพระดำริพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ ในโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครอบครัวข้าราชการในสังกัดกองทัพเรือ โดยใช้กลยุทธ์หลัก คือ การขยายเครือข่ายอาสาสมัครกลุ่มนมแม่ให้เกิดขึ้นทุกพื้นที่ของหน่วยงาน สังกัดกองทัพเรือเพื่อให้แม่ช่วยแม่สามารถกลับมาได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ โดยยึดหลักนมแม่คือ รากฐานแห่งชีวิตที่งดงามสำหรับลูกนาวีแข็งแรง โดยให้ศูนย์นมแม่ค่ายตากสิน จังหวัดจันทบุรี เป็นโครงการนำร่องเป็นวิทยากรที่เลี้ยงให้แก่ค่ายต่างๆ ปัจจุบัน ได้ขยายลงสู่ค่ายพระมหาเจษฎาราชเจ้าและแม่อาสาในพื้นที่อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี โดยขยายเครือข่ายลงสู่พื้นที่อำเภอสัตหีบ ในสังกัดกองทัพเรือ



นายกสมาคมภริยาทหารเรือ คุณพรเพ็ญ เกยานนท์ ได้ประสานงานกับผู้บัญชาการหน่วยบัญชาการนาวิกโยธิน พลเรือโทสุวิทย์ ธาระรูป ในการผลักดันนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยได้ดำเนินการดังนี้

1. ก่อตั้งอาคารศูนย์นมแม่เพื่อลูกนาวีแข็งแรง สมาคมภริยาทหารเรือพื้นที่ค่ายตากสิน และเปิดดำเนินการในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550

2. ลงคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานรับผิดชอบงานโดยตรง โดยให้เรือโทวิทยา งามการ ผู้ริเริ่มก่อตั้งแม่อาสาสมัครกลุ่มนมแม่ค่ายตากสิน เป็นหัวหน้าศูนย์นมแม่ฯ ค่ายตากสิน และมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์นมแม่ โดยหาอาสาสมัครจากพ่ออาสาที่เป็นข้าราชการทหารที่สมัครเข้าโครงการตั้งแต่ปี 2546 ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้มาตั้งแต่เริ่มต้น โดยให้ทำงานด้านการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้านเดียว เนื่องจากยึดหลักที่ว่า หากทำงานหลายหน้าที่ เมื่อมีภารกิจที่ตรงกับงานหน้าที่อื่น จะเกิดปัญหาในการทำงานได้ ข้าราชการเจ้าหน้าที่ศูนย์นมแม่มีความมั่นคงในหน้าที่สามารถสลับเปลี่ยนชั้นยศได้ โดยไม่ต้องย้ายตำแหน่งบ่อยๆ เนื่องจากชัดเจนในการทำงานว่าการพัฒนาให้ทหารมาทำหน้าที่รณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนสามารถพัฒนาเป็นวิทยากรนมแม่ในชุมชน เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้โดยง่าย โครงการฯจะได้ประโยชน์หากเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านนี้ไม่โยกย้ายงานบ่อยๆ

**พันธกิจ/หน้าที่ของศูนย์นมแม่สมาคมภริยาทหารเรือพื้นที่ ค่ายตากสิน จังหวัดจันทบุรี**

1. ทำหน้าที่ในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครอบครัวของข้าราชการกองทัพเรือแต่ละประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียง
2. ให้บริการคลินิกนมแม่ตลอด 24 ชั่วโมงในชุมชนของจังหวัดจันทบุรี รับส่งต่อแม่หลังคลอดที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องพักค้างคืนเพื่อให้กลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ โดยให้บริการแก่ครอบครัวข้าราชการสังกัดกองทัพเรือและประชาชนทั่วไปโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นนโยบายของของสมาคมภริยาทหารเรือที่ต้องการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดจันทบุรี
3. เป็นวิทยากรที่เลี้ยงให้แก่ค่ายต่างๆ ในสังกัดกองทัพเรือและหน่วยงานต่างๆ ที่ขอรับการสนับสนุน
4. ทำหน้าที่ในการสร้างกระแส/ประชาสัมพันธ์การรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในจังหวัดจันทบุรี
5. เป็นศูนย์การเรียนรู้ในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนที่เห็นชัดเจนเป็นรูปธรรม โดยได้รับเชิญเป็นวิทยากรร่วมกับวิทยากรจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า ให้แก่หน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดจันทบุรี/ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรี และจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือและภาคกลาง รวมทั้งพัฒนาเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้ในการรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานต่างๆ

## Breastfeeding Networking : Experience Sharing

### จากพระปณิธานสู่หมู่บ้านทูตนมแม่ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

พ.ญ.เสาวลักษณ์ นาคะพงษ์ น.พ.ไพฑูริย์ อัครชนคดี  
พญ.ศิริรัตน์ มหาพร สุวิมล พุทธบุตร รัตติยา ทองสมบูรณ์ และคณะ

#### บทนำ

น้ำนมแม่ คือ อาหารที่เป็นปัจจัยพื้นฐานของชีวิตมนุษย์ เป็นอาหารมื้อแรก และเมื่อต่อไปที่มีคุณค่าของทารกตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตใหญ่ ซึ่งไม่มีอาหารชนิดใดที่มีคุณค่าเทียบเท่า ประเทศไทยมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเป็นระบบภายใต้นโยบายโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกมาเกือบ 20 ปี แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม้อยู่ในระดับต่ำ การจัดการและรูปแบบในการดำเนินงานเป็นเรื่องสำคัญในการผลักดันงานให้สำเร็จ

#### การดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- พ.ศ. 2534 โรงพยาบาลมหาสารคามดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- พ.ศ. 2535 ผ่านประเมินเป็นโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก
- พ.ศ. 2545 จัดตั้งคลินิกนมแม่ และรวบรวมสถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวน้อย 4 เดือน ทำได้ร้อยละ 16.50 (ระดับนโยบาย ร้อยละ 30)

จากการสำรวจหาสาเหตุและปัญหาที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สำเร็จมี 2 ประการ คือ

1. ระบบการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาล
2. การประสานการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อการดูแลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความต่อเนื่อง

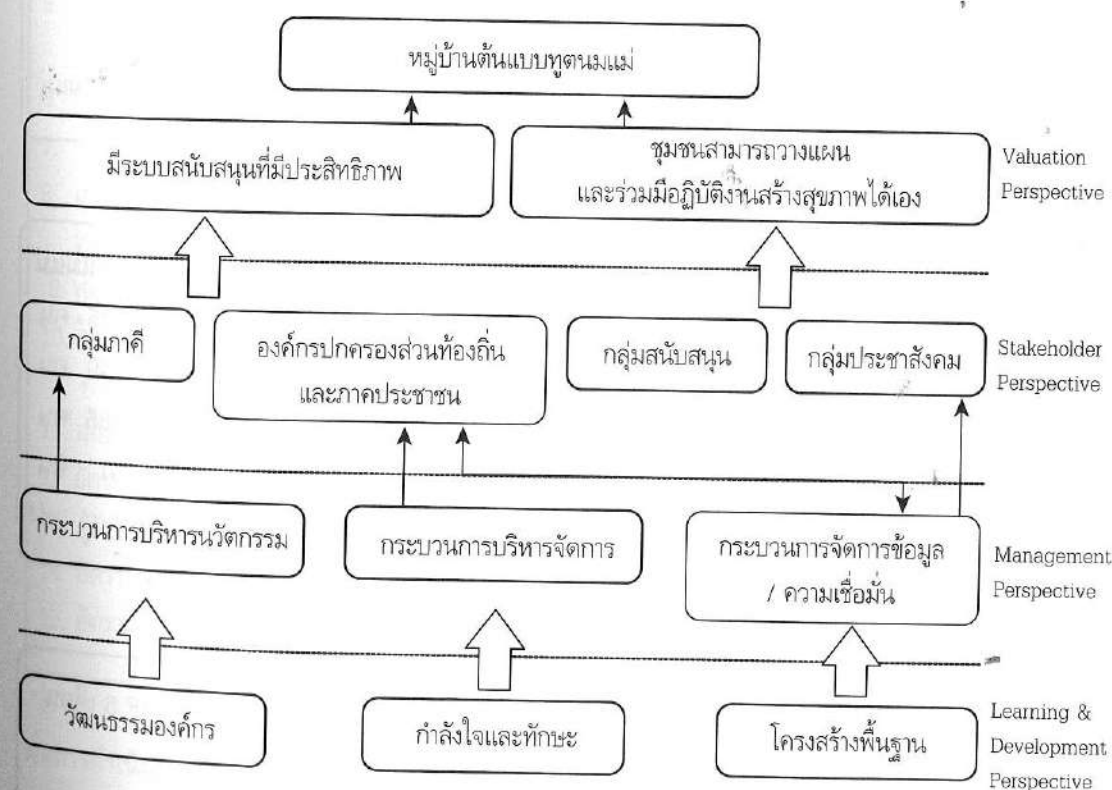
ในปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลมหาสารคาม จัดทำโครงการอบรมจัดตั้งอาสาสมัครนมแม่ (อสนม) ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และแม่หลังคลอด จำนวน 275 คนใน 216 หมู่บ้าน เกิดระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาสาสมัครนมแม่เป็นแกนนำในชุมชนที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยได้รับความรู้พื้นฐานและผ่านการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นผู้แนะนำและให้คำปรึกษาแก่แม่คนอื่นๆ ในชุมชน

ในปี พ.ศ. 2549 จัดตั้งภาคีเครือข่ายทูตนมแม่ โดยใช้กระบวนการ FSC (future search conferences) สมาชิก 96 คน ประกอบด้วย พ่ออาสา และ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นตัวแทนจากเทศบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานรับเลี้ยงเด็ก ตัวแทนคุณแม่ ตัวแทนโรงงาน ผู้สูงอายุตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ประกันสังคม ตัวแทนบ้านพักเด็ก พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และตัวแทนจากมหาวิทยาลัย เพื่อคอยช่วยเหลือให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

ในปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนจังหวัดมหาสารคาม ภายใต้ชื่อประเพณีว่า "โครงการทูตนมแม่จังหวัดมหาสารคาม" โดยได้รับพระกรุณาธิคุณจาก พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร เป็นประธานเปิดโครงการ ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2550 ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ทูตนมแม่ คือ บุคคลที่มีจิตอาสา เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่แม่และประชาชนทั่วไปได้รับทราบอย่างถูกต้อง

จากพระปณิธาน โรงพยาบาลมหาสารคามได้สานต่อในปี พ.ศ. 2550 มีกลุ่มนักเรียน นักศึกษาอาสา เข้าร่วมสร้างกระแสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในนาม ยูวทูตนมแม่ และมีสถานประกอบการจัดทำนมผงนมแม่ในโรงงานพัฒนากิจประสงค์ ซึ่งเป็นโรงงานถักทอเสื้อไหมพรมส่งออก เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มสตรีในโรงงานและแม่ที่คลอดบุตรแล้วเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองได้สำเร็จ ในการดำเนินงานโครงการทูตนมแม่จังหวัดมหาสารคามนี้ ได้มีการพัฒนาโครงการตามแนวคิดการพัฒนาแผนที่ยุทธศาสตร์ของนายแพทย์อมร นนทสูต และคณะ 2549 โดยมีกรอบแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

Flow Chart การนำแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ในการดำเนินงาน สร้างรากฐานความมั่นคงของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย

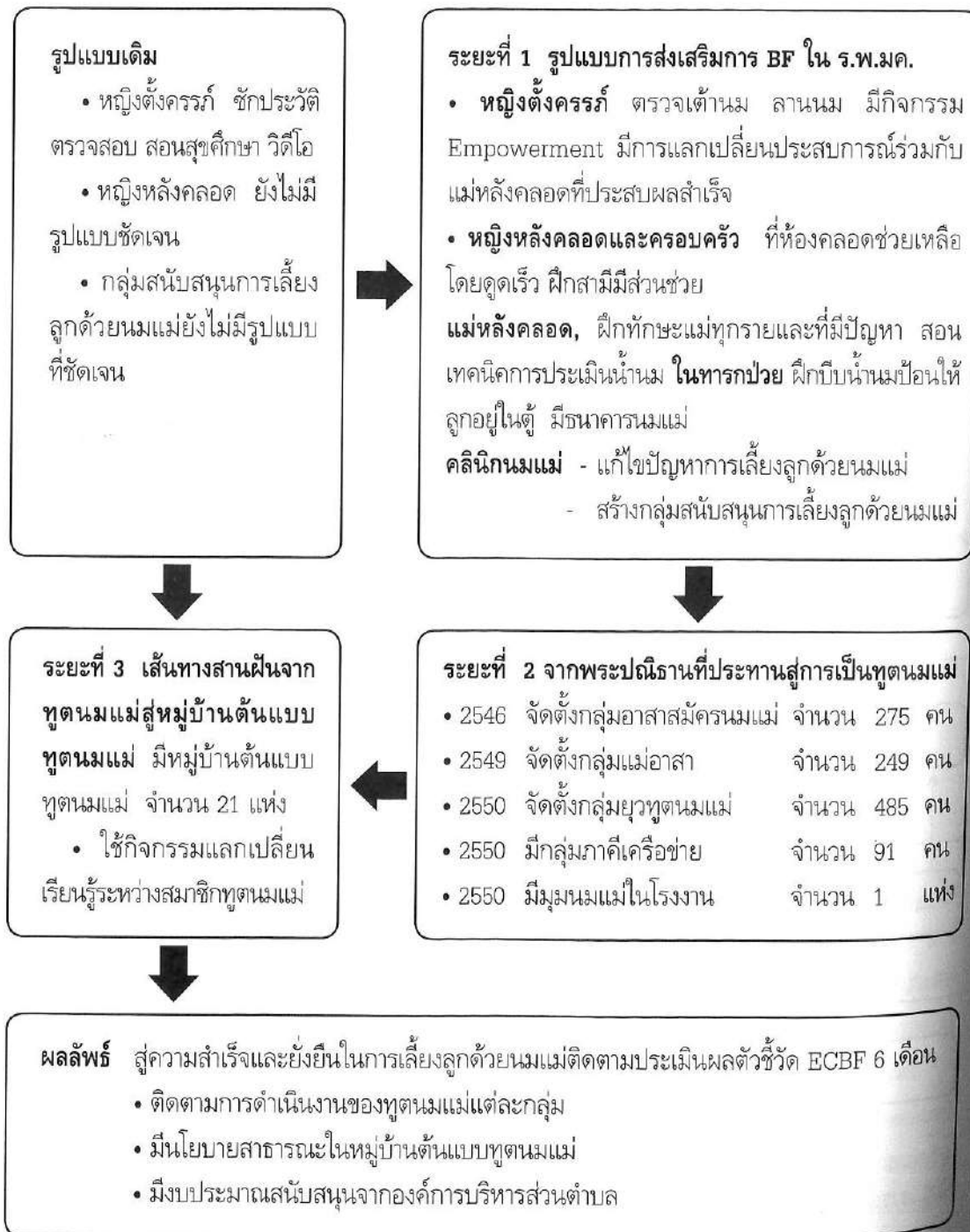


ที่มา วารสารสุขภาพภาคประชาชนปีที่ 20 ฉบับที่ 8 มิถุนายน 2548

หัวข้อ การบริหารการเปลี่ยนแปลงสู่เมืองไทยแข็งแรง หน้า 7-17 โดยนายแพทย์อมร นนทสูต

จากการนำแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ในการดำเนินงาน ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จและยั่งยืนของ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ร่วมกับ PCU เครือข่าย นำไปสู่เป้าหมายการสร้างชุมชนที่ เข้มแข็ง คือ หมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากโรงพยาบาลสู่แม่ในชุมชน แบ่งการ ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ



## ผลการดำเนินงาน

### ผลการดำเนินงานระยะที่ 1 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลมหาสารคาม เป้าหมาย

1. แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. กลุ่มแม่มีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมให้ครอบครัวสนับสนุนแม่ และติดตามดูแลภายใน 7 วันแรก

หน่วยบริการทุกแห่งที่ให้บริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จัดระบบการบริการและการลงบันทึกผลการ ส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

### ผลการดำเนินงานระยะที่ 1

ผลลัพธ์	ปีงบประมาณ		
	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550
1. จำนวนมารดาที่ไม่มีข้อห้ามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3,091	3,094	3,136
2. การแก้ไขความผิดปกติของหัวนม	564	903	906
3. ร้อยละของหัวนมลานนมผิดปกติที่ได้รับการแก้ไขซ้ำเมื่อคลอด	29.32	29.18	18.00
4. ทารกได้ดูดนมแม่ภายในเวลา 30 นาทีแรกคลอด	2,583	2,811	3,043
5. การให้บริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (การบริการแม่ ทั้งหมด)	3,091	3,094	3,136
6. ร้อยละของการให้คำปรึกษาและ แก้ไขปัญหามารดาที่มีปัญหา	100	100	100
7. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้นมแม่	8.53	8.64	7.50
8. เยี่ยมติดตามให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน โรงพยาบาล	96.67	99.88	100
9. สอนสาธิตให้ลูกกินนมแม่ได้สำเร็จ	99.62	99.89	100
10. ให้ความรู้และฝึกเทคนิคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ ครอบครัว	99.61	99.88	100
11. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน (ราย)	1,190	1,304	1,398
12. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน (%)	38.53	42.16	44.60
13. ผู้รับบริการเด็กใน NICU ( คน)	84	92	124
14. อัตราได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง	80	88	90
15. อัตราเด็กถูกทอดทิ้ง	0	0	0

### ผลการดำเนินงานระยะที่ 2 กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ทูตนมแม่)

1. การดำเนินงานของอาสาสมัครนมแม่ (อส.น.) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 275 คน จาก 14 ตำบล 215 หมู่บ้าน

ตาราง ข้อมูลการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครนมแม่ พ.ศ. 2550

กิจกรรม	จำนวน (n = 1,834)	ร้อยละ
1. เยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด		
- สนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ได้สำเร็จ	825	44.98
- สนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ไม่สำเร็จ	1,009	50.02
2. ความพึงพอใจของแม่ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน		
- พอใจต่อการเยี่ยม	1,743	95.04
- ไม่พอใจต่อการเยี่ยม	91	4.96

2. การดำเนินงานของชมรมยุวทูตนมแม่ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย

- เปิดมุมเรียนรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงเรียน
- จัดอบรมเรื่องนมแม่ทั้งโรงเรียน จัดนิทรรศการประกวดโครงการ ตั้งชมรม
- จัดเสียงตามสายเรื่องนมแม่
- จัดรายการสถานีวิทยุมหาวิทยาลัยมหาสารคาม คลื่น FM 102.25 MHz ทุกวันอาทิตย์ เวลา 15.30-16.00 น.
- ประกวดตัวแทนยุวทูตนมแม่ทุกสายชั้น
- จัดตั้งชมรมศูนย์ถูกใจวัยมันส์ รู้ทันยุวทูตนมแม่
- การแสดงละครการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การพูดบอกต่อ (ปากต่อปาก)
- จัดทำ เว็บบอร์ด เครือข่ายระหว่างสถาบัน

ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานของชมรมยุวทูตนมแม่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่อาสาสมัครร่วมสร้าง กระแสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกลุ่มเยาวชนที่จะเป็นพ่อ แม่ในอนาคต ที่ก่อตั้งเป็นชมรมตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม 2550 โดยเริ่มต้นจากนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 414 คน ปัจจุบันขยายกลุ่มยุวทูตนมแม่ไปที่สถาบันอุดมศึกษาอื่นๆ ดังนี้ ระดับประถมศึกษา 4 แห่ง ระดับมัธยมศึกษา 7 แห่ง และระดับอุดมศึกษา 3 แห่ง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาแต่ละสถาบันเข้าร่วมกิจกรรม 13 คน ปัจจุบันชมรมยุวทูตนมแม่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีสมาชิกทั้งหมด 485 คน

การดำเนินงานระยะที่ 3 ทูตนมแม่ระดับหมู่บ้านเส้นทางสานฝันจากทูตนมแม่ สู่หมู่บ้านต้นแบบ ทูตนมแม่ เป็นการพึ่งตนเอง ในการวางแผนและสร้างความร่วมมือในการสร้างสุขภาพของชุมชน

1. เกิดหมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 21 แห่ง

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบรรจุเรื่องนมแม่เข้าไปในแผนพัฒนาระดับตำบล

หมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่ ประกอบด้วย หมู่บ้านที่อาสาเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมด้านนมแม่และเป็นหมู่บ้านที่สามารถส่งเสริม และสนับสนุนให้คนในชุมชนได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน และเลี้ยงต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปีหรือมากกว่า จำนวน 21 หมู่บ้าน (เป้าหมายสถณีนอ้ามยละ 1 หมู่บ้าน)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นหมู่บ้านสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน  
กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ

1. การสร้างองค์ความรู้ ทักษะคิด ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่ประชาชน
2. การประชาสัมพันธ์ การสร้างกระแสในสังคมให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. การสร้างความเข้มแข็งและการบูรณาการงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกทูตนมแม่ เพื่อสร้างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ มีหมู่บ้านที่พึ่งตนเองได้ด้านนมแม่ จำนวน 21 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

กิจกรรมหมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่ ประกอบด้วย

1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ ระดมความคิดเห็นของแกนนำหมู่บ้าน เพื่อสร้างพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องในหมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่
2. การคัดเลือกคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานด้านนมแม่ในหมู่บ้าน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม หมู่บ้านละ 30 คน ประกอบด้วย 1. หญิงตั้งครรภ์ 2. มารดาหลังคลอด 3. อาสาสมัครนมแม่ (อสน.) 4. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 5. ยุวทูตนมแม่ 6. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 7. กรรมการหมู่บ้าน 8. ผู้สูงอายุ 9. ประชาชนทั่วไป 10. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในหมู่บ้านทูตนมแม่ที่จะสามารถสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มเป้าหมาย

1. หญิงมีครรภ์

บทบาทหน้าที่

- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนถึง 2 ปี

2. หญิงหลังคลอด

- เตรียมความพร้อมในการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ผู้สูงอายุ

- เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนถึง 2 ปี

- เป็นแบบอย่างที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ให้คำแนะนำลูกหลานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมจากความเชื่อดั้งเดิม

- เข้าร่วมกิจกรรมและศึกษาหาความรู้เรื่องนมแม่

- เป็นที่ปรึกษาในหมู่บ้าน

- ให้การสนับสนุนชุมชนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. อาสาสมัครนมแม่ (อสน.)

- สืบค้นและจัดทำทะเบียนหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด



- อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในหมู่บ้านให้คำแนะนำ/ คำปรึกษาแก่หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิก อบต.
    - จัดทำประชาคม
    - นำแผนงานหมู่บ้านเข้าสู่วาระการประชุมของ อบต.
    - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว
  5. กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิก อบต.
    - เป็นผู้ประสานงานส่วนราชการและภาคประชาชน
    - เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ (อบต.)
    - สนับสนุนกิจกรรมของหมู่บ้าน
    - ร่วมแก้ไขปัญหาของชุมชน
    - แนะนำและส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน
  6. เยาวชน
    - ร่วมกิจกรรมรณรงค์ของหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์/ จัดทำสื่อ
    - ร่วมเป็นเครือข่ายยุวทูตนมแม่ กับสถาบันการศึกษาอื่นๆ
    - เป็นตัวอย่างที่ดี เช่น รณรงค์ยาเสพติด/ การออกกำลังกาย
  7. ประชาชนทั่วไป
    - ส่งเสริมสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 2 ปีหรือมากกว่า
    - เป็นแบบอย่าง สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหมู่บ้าน
  8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
    - ติดตามเยี่ยมหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด
    - ให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด
    - ประสานงานกับ อสน. อสม. และผู้นำชุมชน

4. แผนปฏิบัติการของหมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่ทั้ง 21 หมู่บ้านที่คณะกรรมการหมู่บ้านวางแผนไว้

**กิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว**

1. อบรมให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่กลุ่มหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด แม่บ้าน ผู้สูงอายุ อสน. อสม. เยาวชน ประชาชน (ดำเนินการแล้ว 1 หมู่บ้าน)
2. กิจกรรมการรณรงค์และประชาสัมพันธ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว (เริ่มดำเนินการแล้วทุกหมู่บ้าน)
3. การส่งเสริมอาชีพในชุมชน จำนวนกลุ่มอาชีพใน 21 หมู่บ้าน ที่ดำเนินการแล้ว 50 กลุ่มอาชีพ ประกอบด้วย (งบประมาณสนับสนุนได้จาก อบต. และกองทุนหมู่บ้าน)
 

1. กลุ่มเลี้ยงสัตว์	2. กลุ่มทอเสื่อกก	3. กลุ่มทอผ้า
4. กลุ่มผลิตปุ๋ยชีวภาพ	5. กลุ่มส่งเสริมอาชีพ/ ทำขนม/ ทำพานบายศรี	
6. กลุ่มจักรสาน	7. กลุ่มออมทรัพย์	8. กลุ่มเลี้ยงปลาในกระชัง
9. กลุ่มปลูกผัก	10. กลุ่มทำดอกไม้จันทน์/ ทำการบูรหอม	

**กิจกรรมที่จะดำเนินการต่อ**

1. การจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มแม่-ลูก และกลุ่มเยาวชน
2. จัดตั้งศูนย์เรียนรู้ด้านนมแม่ในชุมชน ศูนย์ข้อมูล ศูนย์ประสานงาน

3. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก สาธิตอาหารเสริม
4. กิจกรรมการประกวด หนูน้อยนมแม่ ประกวด แม่-ลูก ตัวอย่างด้านนมแม่
5. กิจกรรมการขยายเครือข่ายหมู่บ้านใกล้เคียง
6. การศึกษาดูงานด้านนมแม่หมู่บ้านอื่นๆ

**การเกิดหมู่บ้านต้นแบบทูตนมแม่ช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้**

สรุปข้อมูลทั้ง 21 หมู่บ้าน มีแม่หลังคลอดในหมู่บ้านทั้งหมด 241 คน

- สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน = 138 คน คิดเป็นร้อยละ 57.26
- หญิงตั้งครรภ์มีทั้งหมด 36 คน ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน = 17 คน คิดเป็นร้อยละ 47.22 และตั้งใจเลี้ยงต่อเนื่องถึง 2 ปี 15 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67

**บทเรียนที่ได้**

จากการดำเนินงานพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่ายที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเชิงรุกถึงชุมชน ทำให้ได้ประจักษ์ว่าความรู้ด้านนมแม่ ที่ให้ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจะมีความรู้เฉพาะกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น คือ หญิงตั้งครรภ์ แม่หลังคลอดและครอบครัว เมื่อลงทำกิจกรรมเชิงรุกใน 21 หมู่บ้านซึ่งเป็นกลุ่มที่จะทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้องและเป็นกลุ่มที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน ก็พบว่า ไม่ว่าจะเป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้อง หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านนมแม่ ยังมีความรู้ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งแนวทางการแก้ไข ควรเป็นความร่วมมือในทุกภาคส่วนของประเทศไทยที่จะช่วยให้ความรู้ด้านนี้ เป็นที่ประจักษ์ของทุกส่วนต่อไป

**บทสรุป**

ผลจากการดำเนินงานดังกล่าว ทำให้เกิดการบูรณาการและเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ในสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้ และระบบบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานและต่อเนื่อง ทำให้มีการดำเนินงานแก้ไขในเชิงระบบทั้งด้านนโยบาย สมรรถนะบุคลากร ผู้ให้บริการ ระบบบริการคุณภาพ การสื่อสารความเสี่ยงด้วยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ การพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาระบบข้อมูลและการประเมินผล การดำเนินงานการสร้างต้นแบบผู้เชี่ยวชาญ/ จัดอาสาในชุมชน โดยเฉพาะเยาวชนในสถานศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม การจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนทำให้เกิดการขับเคลื่อนในท้องถิ่น ภาคีรัฐ/ เอกชนร่วมกันเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนต่อไป

# Breastfeeding Networking : Experience Sharing

## โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จินตนา บุญจันทร์ พรเพ็ญ ปทุมวิวัฒนา  
พวงรัตน์ เชาวะเจริญ รศ.พญ.กุสุมา ชูศิลป์ และคณะฯ  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### บทคัดย่อ

การพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนากลวิธีในการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน กลุ่มเป้าหมาย คือ มารดาที่เป็นบุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือมีที่พักอาศัยในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิธีการดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- 1). ระยะศึกษาสภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนดำเนินการ
- 2). ระยะพัฒนากลวิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล
- 3). ระยะสรุปประเมินผล โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 21 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2549-มิถุนายน 2551 ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนโดยการเสริมสร้าง

ศักยภาพแก่กลุ่มเป้าหมายในรูปแบบต่างๆ และการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคม แก่มารดาและการสร้างกระแสทางสังคม ร่วมกับการจัดบริการที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินงานนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อขยายผลการดำเนินงานสู่มารดาคนอื่นๆ ให้มีอัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียวใน 4-6 เดือนแรกหลังคลอดเพิ่มมากขึ้นได้

### ความนำ

น้ำนมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ดีที่สุดสำหรับเลี้ยงทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากจะมีประโยชน์ต่อลูก ทั้งในด้านสุขภาพ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตของทารกแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อร่างกาย และจิตสังคมของมารดา เพิ่มความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร รวมทั้งเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในบทบาทการเป็นมารดาอีกด้วย แม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีประโยชน์มากมายและมีการส่งเสริมกันอย่างแพร่หลายมาก แต่ยังมีผลการดำเนินการที่ต่ำกว่าเป้าหมาย สำหรับประเทศไทย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุขของไทยพยายามที่จะผลักดันให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมฤทธิ์ผลโดยร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก จัดให้มีโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือนแรกหลังคลอดต่ำกว่าเป้าหมายซึ่งกำหนดไว้ คือ ให้ลูกกินนม

แม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ได้ร้อยละ 30 เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2549 แต่จากการศึกษาโดยกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2548 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14.5 และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 20.7 เนื่องจากแม่ต้องทำงานบ้านมากขึ้น จะเห็นว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมายนี้ เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะค้นหากลยุทธ์ที่นำมาใช้เพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จต่อไป

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการตามนโยบายโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก มีกิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคลินิกติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด 2 สัปดาห์ แต่มารดาส่วนใหญ่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการสำรวจปัญหาเบื้องต้น พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้แม่หยุดให้นมแม่และให้นมผสมแทนคือ แม่เข้าใจว่าปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับลูกทำให้ลูกร้องกวนมาก ย่ำ ยายสนับสนุนการให้น้ำแก่ลูกแม่หวั่นนมสั้นไม่สามารถให้นมลูกได้เอง แม่เตรียมตัวไปทำงานจึงเลิกให้นมแม่ และลูกอยู่กับยายที่ต่างจังหวัด ดังนั้นจึงมีโอกาสน้อยมากที่จะประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะมารดาที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยที่ทำงานนอกบ้าน มีภาระงานด้านการสอน หรือบางกลุ่มทำงานในลักษณะเป็นกะ เช้า-บ่าย-ดึก มีที่พักทั้งในและนอกพื้นที่ของมหาวิทยาลัย ซึ่งมีลักษณะของประชากรที่แตกต่างจากที่อื่นๆ ด้วยเหตุผลดังกล่าวที่มงานการดูแลแม่และเด็ก จึงได้พัฒนาหารูปแบบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในครั้งนี้นั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ครบ 6 เดือน อย่างเดียวจากที่ต่างๆ<sup>1-7</sup> พบว่า มีปัจจัยที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้ คือ

- 1). ด้านทัศนคติในการเห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 2). ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น สามี พยาบาล และมารดา การมีกลุ่มช่วยเหลือแม่ในชุมชน
- 3). ด้านสภาวะแวดล้อมในที่ทำงาน รวมทั้งการสนับสนุนจากสถานประกอบการ
- 4). ด้านอาชีพของแม่และการเลี้ยงดูลูกหลังคลอด แม่ที่เป็นแม่บ้านจะประสบความสำเร็จมากกว่าแม่ที่ทำงานนอกบ้าน การที่แม่และลูกต้องแยกจากกันความสำเร็จจะลดลง
- 5). ด้านสภาวะสุขภาพของลูกขณะอยู่ในโรงพยาบาล ทารกที่เจ็บป่วยต้องแยกจากแม่หรือได้รับการดูแลเป็นพิเศษจะประสบความสำเร็จน้อยกว่า และ
- 6). ด้านการบริการของสถานบริการทางสาธารณสุข การปฏิบัติตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การให้ความรู้แม่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ การพัฒนาการดูแลในขณะคลอด และการดูแลทารกหลังคลอดลูกได้ดูนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด การไม่ให้น้ำนมผสมและอาหารอื่นๆ แก่ลูก การให้ลูกดูดนมตามที่ต้องการ การได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์การดำเนินงานร่วมกับปัจจัยต่างๆ และจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว คณะผู้ศึกษาได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในครั้งนี้นั้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนากลวิธีในการดำเนินงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน ในมารดาที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

## วิธีการดำเนินการ

การดำเนินการครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อเชิงพัฒนางานประจำสู่งการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย คือ มารดาที่เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีพื้นที่ในการดำเนินงาน คือ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในคณะวิชาต่างๆ และในบ้านพัก เขตมหาวิทยาลัยขอนแก่น และในหมู่บ้านที่พักอาศัยของบุคลากรในเขตจังหวัดขอนแก่น โดยมีระยะเวลาดำเนินการ 21 เดือน ตั้งแต่ตุลาคม 2549-มิถุนายน พ.ศ. 2551 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ

- 1). ระยะศึกษาสภาพการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนดำเนินการ ผู้ศึกษาได้ทำการสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อย 4-6 เดือนในแม่ที่มีลูกอายุระหว่าง 4-12 เดือน จากทุกคณะ/หน่วยงานในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2549 พร้อมทั้งทำการสำรวจทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มเป้าหมายในเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2549
- 2). ระยะพัฒนาการบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล พัฒนาบริการของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลมารดาและทารก เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการเตรียมความพร้อมของคุณพ่อคุณแม่ก่อนคลอด เดือนละ 4 ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2549-กุมภาพันธ์ 2550 พร้อมทั้งการจัดทำสื่อการสอนและเอกสารแผ่นพับ และพัฒนาการดูแลในระยะคลอด, หลังคลอด และหน่วยดูแลทารกแรกเกิด ตามหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งมีการจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน โดยจัดมุมนมแม่ในที่ทำงานที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติงาน และมีกิจกรรมการติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์ Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง การจัดทำมีคตินิเทศส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายหลังคลอด 2 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมแก่แม่ ได้แก่ จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดตั้งชมรมแม่อาสา โดยคัดเลือกจากแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน และการสร้างกระแสทางสังคมให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 3). ระยะสรุปประเมินผล มีการประเมินผลในแต่ละระยะ แต่ละกิจกรรม และในภาพรวมของการดำเนินงานโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืน

## ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยั่งยืนในระยะต่างๆ มีดังนี้ คือ

### 1). ระยะศึกษาสภาพการณ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนดำเนินการ

- 1.1) การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย พบว่า บุคลากรคณะแพทยศาสตร์มีจำนวนมากที่สุด (47.8%) โดยบุคลากรมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีตำแหน่งงานเป็นข้าราชการมากที่สุด (44.1%) รองลงมาเป็นลูกจ้างชั่วคราว (23.2%) พนักงานมหาวิทยาลัยและลูกจ้างชั่วคราวน้อยที่สุด (16.3%) จำนวนบุคลากรเพศหญิง ที่ปฏิบัติงาน

ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า มีกลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี มากที่สุด (42.6%) รองลงมา กลุ่มอายุ 26-35 ปี (33.1%) กลุ่มอายุ 36-39 ปี (14.1%) กลุ่มอายุ 21-25 ปี (9.9%) และกลุ่มอายุ 18-20 ปี น้อยที่สุด (0.1%) ตามลำดับ

1.2) การสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 4-6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามแม่ที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีลูกอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 1 ปี ในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2550 จากการส่งแบบสอบถามทั้งหมด 50 ชุด มีผู้ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์เพียง 25 ชุดนำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีแม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 3-4 เดือน พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 31 รองลงมา คือ แม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (ร้อยละ 27) และแม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพียง 2 เดือนพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 9) สำหรับแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พบว่า มีอายุระหว่าง 30-41 ปี ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 35 ปี (5 ราย) การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ สามเษกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพรับราชการ (6 ราย) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกันกับครอบครัวของฝ่ายหญิง (5 ราย) ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก (5 ราย) แม่ที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้ข้อมูลว่า ตนเองมีน้ำนมเพียงพอหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล มีความมั่นใจในระดับปานกลางถึงมาก และตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน แต่ยังคงต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่เพิ่มเติม

1.3) การสำรวจทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า แม่มีทัศนคติในทางบวก ดังต่อไปนี้ "รู้สึกภูมิใจเมื่อหลังคลอดได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่" "รู้สึกว่ามันทำให้ประโยชน์สูงสุดต่อชีวิตลูก" "รู้สึกมีความสุขและได้ทำหน้าที่แม่อย่างสมบูรณ์เมื่อได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่" และ "รู้สึกว่ามันทำให้ลูกมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดี" และนอกจากนี้ ยังมีแม่บางส่วนไม่เห็นด้วยกับข้อความดังต่อไปนี้ "รู้สึกว่ามันเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ" (เห็นด้วย ร้อยละ 96) "หากท่านไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ท่านจะรู้สึกผิดหวัง" (เห็นด้วย ร้อยละ 84) "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฉลาดกว่าลูกที่เลี้ยงด้วยนมผสม" (เห็นด้วย ร้อยละ 72) และ "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเป็นเรื่องง่าย" (เห็นด้วย ร้อยละ 64) ข้อความที่แสดงถึงทัศนคติในทางลบที่แม่แสดงความคิดเห็น ได้แก่ "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเรื่องยุ่งยาก" "รู้สึกว่าการให้อาหารเสริมเร็วกว่า 6 เดือนจะให้ประโยชน์กับลูกมากกว่า" และ "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้หน้าอกหย่อนยาน" (เห็นด้วย ร้อยละ 20) "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน น้ำนมคงไม่พอให้ลูก" (เห็นด้วย ร้อยละ 12) "รู้สึกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมง่ายกว่าให้นมแม่" (เห็นด้วย ร้อยละ 8) "รู้สึกเบื่อเมื่อพยาบาลให้ความรู้และสอนเรื่องการให้นมลูก" (เห็นด้วย ร้อยละ 4)

จากแบบสอบถาม มีข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จ พบว่า แม่ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือน โดยให้เหตุผลว่า นมแม่มีสารอาหารที่สำคัญต่อลูก และเพิ่มความสัมพันธ์ ความรัก ความอบอุ่นแก่ลูก

### 2). ระยะพัฒนาการบริการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาล

- 2.1) การพัฒนาความรู้และทักษะแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลมารดาและทารกเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนางาน ดังนั้น

คณะผู้ศึกษาจึงได้จัดให้แก่บุคลากรได้เข้าอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในและต่างประเทศ (มาเลเซีย) และจัดให้ไปศึกษาดูงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จ (โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลศิริราช) ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้วิธีคิดและแนวทางการแก้ปัญหาของหน่วยงานอื่น และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเองได้ ผลที่ได้รับ คือ มีการนำประสบการณ์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนการให้บริการที่หอผู้ป่วยเด็กป่วย พัฒนาการบริการคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การติดตามเยี่ยมหลังคลอดและสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้เพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

2.2) การเตรียมความพร้อมของบิดา มารดา ก่อนคลอด การส่งเสริมให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรจะมีการเตรียมการตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เพื่อสร้างความตระหนักและให้เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติภายหลังคลอด โดยมีการจัดอบรมทั้งในด้านทฤษฎี และฝึกปฏิบัติเตรียมความพร้อมของบิดามารดา ก่อนคลอด ทั้งหมด 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ (ANC) จัดสอนทุกวัน ที่ห้องฝากครรภ์ 2) การเตรียมตัวเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดขึ้นทุกวัน เวลา 13.30 น.-15.30 น. การให้ความรู้ในข้อนี้กำหนดอายุครรภ์ ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 3) การเตรียมตัวก่อนคลอด จัดขึ้นทุกวัน เวลา 08.30 น.-10.00 น. การให้ความรู้ในข้อนี้กำหนดอายุครรภ์ ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ขึ้นไป

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยยังเข้ารับการเตรียมความพร้อมในระบบที่จัดให้น้อยมาก ทั้งนี้เพราะการดำเนินการมีเฉพาะในเวลาราชการและมีการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย คณะผู้ศึกษาจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการโดยจัดให้มีการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นการให้ความรู้ในทุกหัวข้อภายใน 1 วัน จัดในวันหยุดราชการ และมีการประชาสัมพันธ์เพิ่มขึ้น พบว่า มีผู้สนใจเข้ารับการอบรมเพิ่มขึ้น จึงได้จัดการบริการทั้ง 2 รูปแบบเป็นประจำต่อไป จากการสังเกต และสัมภาษณ์ผู้ผ่านการอบรมทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด แม่และสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดน้อย นำนมมาเร็ว มีความพึงพอใจในการคลอด และมีความสุขในการดูแลลูกมาก

2.3) การจัดทำสื่อการสอนและเอกสารแผ่นพับ การใช้สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ที่ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการสร้างความรู้และความตระหนักในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้น คณะผู้ศึกษาได้ใช้เอกสารที่ได้รับอิทธิพลมาจากการมาจากการศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ซึ่งมีความสวยงามน่าอ่าน ภาษาเข้าใจง่าย รูปเล่มกะทัดรัด แต่มีจำนวนจำกัด ไม่เพียงพอความต้องการ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงจัดพิมพ์เพิ่ม โดยใช้เอกสารจากศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยเป็นต้นแบบ แจกให้กับหญิงหลังคลอดและผู้สนใจ นอกจากนี้ ยังมีการผลิตภาพพลิก (flip chart) สำหรับสำหรับเจ้าหน้าที่และแม่อาสา (แม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่อย่างน้อย 6 เดือน และมีจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น) เพื่อใช้เป็นสื่อในการสอนในห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด ตึกหลังคลอด และเมื่อให้คำปรึกษาหลังคลอด ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน พบว่า มีผู้สนใจสื่อเอกสารสิ่งพิมพ์มาก โดยเฉพาะหญิงหลังคลอดและสามีให้ความสนใจอ่านแผ่นพับเป็นอย่างดี จากการสอบถาม พบว่า เอกสารที่เผยแพร่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีประโยชน์ และจากการสังเกต พบว่า ผู้ที่หยิบอ่านและเก็บไปด้วยจะเป็นสามีของหญิงหลังคลอด ซึ่งต้องมีการดำเนินการผลิตเพิ่มทุกๆ เดือน ทำให้ต้องมีการผลิตเอกสารโดยเฉลี่ยถึงประมาณ 1,200 ชุดต่อเดือน

2.4) การพัฒนาการดูแลในระยะคลอด หลังคลอด และหน่วยดูแลทารกแรกเกิด ตามหลักบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการจัดกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับหลักการ โดยพัฒนาการดูแลในระยะคลอดด้วยการส่งเสริมมารดาให้คลอดโดยวิถีธรรมชาติ สนับสนุนให้สามี หรือญาติมีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือมารดาขณะระอคลอด และอนุญาตให้ญาติที่ผ่านการอบรมเตรียมความพร้อมอยู่ช่วยเหลือมารดาได้ตลอดเวลาขณะระอคลอด ในด้านการดูแลทารกหลังคลอด ให้ลูกได้ดูดนมแม่ภายใน ½ - 1 ชั่วโมงหลังคลอด (ปฏิบัติได้ ร้อยละ 86 แม้ว่าจะมีอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 30-40) ในรายที่ไม่ได้ เนื่องจากความไม่พร้อมของแม่และลูก ดูแลไม่ให้น้ำ นมผสม และอาหารอื่นๆ แก่ลูก ให้ลูกดูดนมตามที่ต้องการ จัดให้แม่และลูกได้อยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (rooming-in) มีการเข้าช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอนวิธีการบีบน้ำนมเก็บ เตรียมแม่และญาติในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย ติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งในแม่ที่มีลูกแฝด ลูกปากแหว่งเพดานโหว่ สำหรับรายที่ลูกป่วย แม่ได้รับการเตรียมให้สามารถบีบน้ำนมเก็บน้ำนมให้ลูก และสนับสนุนให้มา breastfeeding ที่เด็กป่วย โดยมีสถานที่เฉพาะในการให้นมลูก และมีตู้เย็นเก็บนมแม่

2.5) การจัดสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน มีการจัดมุมนมแม่ ในทุกคณะ/ สำนักงานที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติงาน จัดมุมนมแม่ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูติกรรม และตึกหลังคลอด โดยจัดเป็นมุมให้ความรู้ และประสานงาน มีการทำความเข้าใจกับแม่ในการดัดแปลงใช้สถานที่ในการบีบน้ำนมในระหว่างเวลางาน ทุกหน่วยงานเอื้อในการใช้ตู้เย็นเก็บน้ำนม บางหน่วยงานเอื้ออำนวยให้แม่สามารถมาเลี้ยงในที่ทำงานได้ โดยเฉพาะในคณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้รับสิทธิพิเศษในการนำลูกเข้าฝากดูแลในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สอดคล้องกับนโยบายการจัดตั้ง และสำหรับบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ โดยทั่วไปจะแลกเวร หรือบางหน่วยงานช่วยจัดให้ทำงานกะเช้าจนถึง 6 เดือนหลังคลอด ในหลักการให้ก่อนขอแต่ยังปฏิบัติไม่ทั่วถึง พบว่า หน่วยงานที่หัวหน้างานมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนจะประสบความสำเร็จสูง

2.6) การติดตามดูแลช่วยเหลือหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง กลวิธีในการดำเนินการติดตามดูแลแม่หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การจัดตั้งศูนย์ Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง การปรับการบริการคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอด ดังนี้

2.6.1) การจัดตั้งศูนย์ Hot Line ให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง คณะผู้ศึกษาได้ริเริ่มจัดตั้งศูนย์ Hot Line (สายด่วนนมแม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์) เพื่อให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้บริการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีการบันทึกปัญหา/ การให้คำแนะนำ/ ผู้ให้คำปรึกษาทางในสมุดบันทึก ผลการดำเนินงานพบว่า มีแม่โทรศัพท์มาขอคำปรึกษาเฉลี่ยวันละ 4-5 ราย เวลาที่ให้คำปรึกษา 5-10 นาทีต่อคน จากการรวบรวมสถิติตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2549-เมษายน 2550 มีผู้ที่โทรศัพท์มาสอบถาม เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 50 ราย ปัญหาที่ได้รับการซักถามบ่อย ได้แก่ นำนมไม่พอ เต้านมคัดตึงทำอย่างไร, ลูกดูดนมแม่จะหย่านมได้อย่างไร, ลูกสำรอกนม ลูกกินนมแม่แล้วไม่ถ่ายมา 4-5 วัน ส่วนปัญหาอื่นๆ เป็นปัญหาด้านสุขภาพของทั้งแม่และลูก พบว่า ในบางกรณีไม่เอื้อต่อการตอบคำถามหรือให้คำแนะนำทางโทรศัพท์พยาบาลจะแนะนำให้แม่นำลูกมารับคำปรึกษาที่หอผู้ป่วยหลังคลอดทันที หรือมาที่คลินิกนมแม่ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและให้คำแนะนำโดยตรง ปัจจุบัน มีการพัฒนาโดยเปิดศูนย์ Hot Line ตลอด 24 ชั่วโมง

มีพยาบาลที่หลังคลอดเป็นผู้ให้คำปรึกษา และนำข้อคำถามมาพัฒนา โดยนำคำถามที่พบบ่อยมาบรรจุในเนื้อหาแผนการสอนประจำวัน พัฒนาทักษะของผู้ให้คำปรึกษา ประเมินและติดตามผลการให้คำปรึกษา จัดทำ sticker หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อสุขภาพแม่และเด็ก (สีชมพู) ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและเกิดการเรียนรู้ในปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนมีการให้บริการที่มีความสอดคล้องกับปัญหามากยิ่งขึ้น

2.6.2) การปรับเปลี่ยนการให้บริการคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะเริ่มดำเนินการ มีการจัดกิจกรรมให้บริการการส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกวันอังคาร และนัดหมายให้แม่กลับมาติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีบริการให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค้นหาปัญหาเพื่อปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้แม่มั่นใจและมีกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีการประเมินความพึงพอใจของน้ำนมแม่ วิธีการให้นม (LATCH SCORE) เปรียบเทียบน้ำหนักลูกกับวันจำหน่าย สอนแม่ให้ใช้กราฟน้ำหนักในสมุดสีชมพู เพื่อให้แม่เกิดความมั่นใจในการเจริญเติบโตของลูก จัดให้แม่และผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้พูดคุยกันทำให้แม่เกิดความเชื่อมั่นมากขึ้น ที่สำคัญที่สุด คือ ทบทวนให้แม่สามารถ เก็บ กัก ตุน น้ำนมแม่ตั้งแต่สัปดาห์แรก และแนะนำวิธีการนำน้ำนมแม่ออกมาใช้ นอกจากนี้ ยังมีการติดตามปัญหาสุขภาพของลูก เช่น ภาวะตัวเหลือง เป็นต้น ผลการดำเนินการ พบว่า แม่ยังบีบน้ำนมไม่ถูกวิธี (ร้อยละ 50) ทำให้ต้องสอนและฝึกเพิ่มเติมจนกว่าจะผ่านการประเมิน แม่อุ้มลูกกินนมไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 50) น้ำหนักของลูก ไม่เพิ่ม (ร้อยละ 2) แม่มีปัญหาด้านเต้านม ได้แก่ เต้านมคัดตึง (ร้อยละ 1) เต้านมอักเสบ (ร้อยละ 0.5) หัวนมเป็นแผล (ร้อยละ 10) หัวนมสั้น บอด บวม ใหญ่ และยาว (ร้อยละ 20) ปัญหาที่พบที่บ้าน คือ ลูกร้องกวนมาก (ร้อยละ 10) จากจำนวนแม่ที่มาใช้บริการ เฉลี่ยวันละ 20-40 ราย พบว่า แม่ให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 95.82 (เปรียบเทียบกับระยะก่อนการจำหน่าย คือ ร้อยละ 100) ให้นมแม่ร่วมกับการให้น้ำ ร้อยละ 0.67 เหตุผล คือ เนื่องจากยายบังคับให้กินน้ำเพราะอยากให้ตาลูกใสและกลัวปากลูกแห้ง มีการให้นมแม่และนมผสมร่วมกัน ร้อยละ 3.51 เหตุผลที่ให้นมผสมเพราะเด็กป่วยต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเคยได้นมผสมขณะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากแม่กลัวลูกไม่อิ่ม และคิดว่าตนเองมีน้ำนมไม่พอและลูกร้องกวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่า แม่มีความตั้งใจที่จะให้นมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือน จำนวน ร้อยละ 66 และพบว่าแม่ทำงานต่างจังหวัดต้องฝากลูกไว้กับยาย ร้อยละ 30 แม่มีความกังวลเรื่องน้ำนมไม่พอลงถึง 50 สำหรับผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด คือ ย่าและยาย รองลงมา คือ สามี เมื่อพบว่าการดำเนินงานในคลินิกส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถแก้ปัญหาและสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการได้ ดังนั้น จึงได้มีการปรับการดำเนินการเป็น สัปดาห์ละ 2 วัน และมีการนัดติดตามเพื่อให้การสนับสนุนภายหลังการจำหน่ายให้เร็วขึ้นเป็น 1 สัปดาห์

2.6.3) การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด (1 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ 2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน) ได้มีการจัดกิจกรรมการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอด เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน ติดตามปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยเตรียมความพร้อมให้แก่แม่ที่ต้องกลับไปทำงานในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากการวางแผนวิธีการเยี่ยมที่จะทำการเยี่ยมที่บ้านทุกราย ในสถานการณ์จริง พบว่า บริบทของบุคลากรในมหาวิทยาลัยมี สภาพด้านที่พักอาศัยและความรู้สึกเป็นส่วนตัวสูง ทำให้ไม่สะดวกต่อการเข้าเยี่ยมที่บ้าน ประกอบกับขาดแคลนอัตรากำลัง

ของพยาบาลในการติดตามเยี่ยมจริง และในการเยี่ยมต้องใช้เวลามาก ทำให้ติดตามเยี่ยมได้ล่าช้า ไม่ทันต่อการแก้ปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาสั้น คณะผู้ศึกษา จึงได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการ เป็นการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน พบว่า ผลของการเยี่ยมที่บ้านและทางโทรศัพท์ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นกรณีแม่ที่มีภาวะเลี้ยง ซึ่งประเมินได้ตั้งแต่ก่อนการจำหน่าย เช่น แม่ที่ยังมีน้ำนมมาไม่มาก แม่มีความวิตกกังวลสูง มียาและ/หรือยายที่มีอิทธิพลสูง ในกรณีเช่นนี้ จะมีการมอบหมายให้พยาบาลเข้าเยี่ยมติดตามที่บ้านภายในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย

ผลลัพธ์จากการติดตามเยี่ยมแม่หลังคลอดและครอบครัว ทำให้แม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ต้องการ มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับไปทำงาน นอกจากนี้ บุคลากรยังได้รับทราบและร่วมแก้ไขปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่บ้าน เป็นผลให้จำนวนแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุค 6 เดือนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 37 ในเดือนกรกฎาคม 2550 และในเดือนพฤษภาคม 2551 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 42.3 ปัญหาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน พบว่า แม่ประสบปัญหาไม่มีคนเลี้ยงลูกทำให้ต้องฝากไว้กับยายที่ต่างจังหวัดเพราะที่พักอาศัยคับแคบ วิธีการเก็บรักษานมยังไม่ถูกวิธี การนำเอานมที่เก็บไว้มาใช้ไม่ถูกต้องและแม่เข้าใจว่านมเสียเพราะมีกลิ่นไม่ดี แต่เติมน้ำน้อยเนื่องจากที่ทำงานไม่มีน้ำดื่มหรือลิ้นตีม้า ขณะทำงาน ความเครียดของแม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับเรื่องน้ำนม บทเรียนที่ได้จากการเยี่ยมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของแม่ที่ต้องทำงานนอกบ้าน คือ การบีบ เก็บ กัก ตุนน้ำนม ไว้ให้มากตั้งแต่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด การได้ลางานครบ 90 วัน ตามระเบียบที่กำหนด ในบุคลากรที่ทำงานเป็นกะ ได้รับการจัดให้ปฏิบัติงานเฉพาะในเวรเช้า ตลอด 6 เดือน การได้รับการสนับสนุนด้านสถานที่ในการบีบเก็บน้ำนมในที่ทำงาน การได้รับความเข้าใจจากเพื่อนร่วมงาน ตลอดจนความเข้าใจของญาติ โดยเฉพาะ ย่า ยาย และสามี ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ แม่ได้แสดงความรู้สึกต่อการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาล ดังตัวอย่าง “โครงการนี้ดีจังเลยที่มีการโทรเยี่ยมด้วยขอบคุณมากๆ” (แม่) “หลานคือมีบุญหลายแท้มีพยาบาลโทรมาเยี่ยม” (ยาย) และ “แม่ (ยาย) ไม่ยอมให้มาเพราะสงสารหลาน” (แม่) ซึ่งในกรณีนี้ เนื่องจากที่หอพักที่อาศัยของแม่มีสภาพคับแคบ พยาบาลที่ติดตามเยี่ยมของโครงการ จึงได้ทำการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อถามข่าวของหลานและทักทายกับยายที่อยู่ต่างจังหวัด ต่อมาพบว่า ยายยอมให้หลานมาอยู่กับแม่ที่หอพัก ทำให้แม่สามารถให้นมลูกได้ต่อเนื่อง จากการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์ของพยาบาลในโครงการ ทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างมารดา ครอบครัว และบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ถือเป็นจุดเริ่มของการก่อตั้งให้เกิด “กลุ่มแม่อาสา” ในระยะต่อมาได้

2.7) การจัดทำมีการสนับสนุนทางสังคมแก่แม่ มีการดำเนินการพัฒนาเพื่อให้มีการสนับสนุนทางสังคมแก่แม่อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

2.7.1) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการเยี่ยมแม่หลังคลอด พบว่า มีแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยินดีจะนำประสบการณ์จากความสำเร็จ มาเล่าสู่กลุ่มในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน คณะผู้ศึกษาจึงได้เชิญแม่หลังคลอดที่เป็นบุคลากรในมหาวิทยาลัยที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มาร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อมูลวิธีการเลี้ยงลูกว่า ทำอย่างไรจึงประสบความสำเร็จ และเมื่อทำสำเร็จแล้วมีความภาคภูมิใจและมุ่งหวังที่จะช่วยเหลือให้ผู้อื่นประสบความสำเร็จได้อย่างไร ต่อจากนั้น ได้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแม่ที่ประสบความสำเร็จและแม่ที่อยู่

ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่หลังคลอด 1 เดือนขึ้นไป เนื้อหาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย การทำอย่างไรจึงจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ ปัญหา-อุปสรรคที่พบ และวิธีการแก้ไข การเตรียมตัวเมื่อต้องทำงาน วิธีการให้นมลูก การเก็บน้ำนม การนำน้ำนมมาใช้ การรับวัคซีน การดูแลลูก การกระตุ้นและสังเกต พัฒนาการของลูก และการให้อาหารลูกหลัง 6 เดือน ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นหัวข้อที่อยู่ในความสนใจของแม่ใน ระยะให้นมลูก ผลการดำเนินงาน ทำให้มีการก่อตั้งเป็น "กลุ่มแม่อาสา" ที่มีแม่เสนอตัวเข้าช่วยเหลือแม่คนอื่นๆ ทำให้ได้แนวทางในการจัดดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จัดเนื้อหาของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการขยาย เครือข่ายผู้สนใจร่วมกันต่อไปได้

2.7.2) การก่อตั้งชมรมแม่อาสา โดยอาสาสมัครจากแม่ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน และมีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของแม่ในกลุ่ม คณะผู้ศึกษา จึงได้จัดให้มีการประชุมแม่หลังคลอด โดยกลุ่มแม่อาสาต้นแบบเริ่มต้น 5 คน ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร่วมกำหนดแนวทางในการทำงานร่วมกัน ได้แก่ วิธีการเข้าช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหา ช่องทางการขอคำปรึกษาจากบุคลากรพยาบาลของโครงการ และการบันทึกการเยี่ยมหรือการให้คำปรึกษา มีการหาแนวทางในการพัฒนาแม่อาสาให้มีความมั่นใจและมีทักษะในการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะการเข้าเยี่ยม การจัดทำคู่มือการช่วยเหลือและการตอบคำถามที่พบบ่อย และแนวทางในการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษา ได้จัดทำคู่มือแม่อาสา สมุดบันทึกการเยี่ยมของแม่อาสา ไปสมัครเข้าร่วมเป็นแม่อาสา และจัดให้มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแม่อาสาและแม่ที่สนใจ ในระยะต่อมาได้มีการจัดประชุมทำพิธีมอบประกาศนียบัตร พร้อมของที่ระลึกให้แก่แม่ที่ประสบความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแนะนำ "ชมรมนมแม่รอดินแดง" ขึ้น พร้อมเปิดรับสมัครสมาชิก ในปัจจุบันมี สมาชิกแม่อาสาในชมรม จำนวน 56 คน แม่อาสาได้ส่งบันทึกการเยี่ยมและมีการปรึกษากับทีมงานเป็นประจำ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับแม่หลังคลอดอย่างสม่ำเสมอจนครบระยะเวลาที่กำหนด และพบว่า ส่งผลให้ มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในระยะต่อมาด้วย

2.7.3) การสร้างกระแสทางสังคมให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จาก บทเรียนรู้ในการพัฒนาโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เกิดแนวคิดในการสร้างกระแสทาง สังคม โดยการออกรายการวิทยุในสถานีเครือข่ายของมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการบันทึกเทปรายการ โทรทัศน์ home TV เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อโทรทัศน์ ผลิต flip chart สำหรับสอนในห้อง ผักครรรค์ ห้องคลอด และหลังคลอด สำหรับเจ้าหน้าที่และแม่อาสา จัดทำซีดีให้มารดาระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับเจ้าหน้าที่และแม่อาสาเพื่อใช้เป็นสื่อในการสอนและการเรียนรู้ นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำสื่อพิมพ์ จัด นิทรรศการเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของการให้นมแม่ และจัดให้มี โครงการ "ทูตนมแม่" ซึ่งที่ดำเนินการโดย นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพิ่มขึ้นด้วย

### 3) ระยะสรุปประเมินผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแต่ละระยะ และ แต่ละกิจกรรม รวมถึงการประเมินผลโดยภาพรวม สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุ่ 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จในโครงการนั้น มีความสอดคล้องกับข้อมูล

ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปธรรมในสถานการณ์จริงนั้น คณะผู้ ศึกษา จำเป็นต้องพัฒนากลวิธีให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ปัญหา และความ ต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทที่ศึกษา สรุปปัจจัยในกรณีศึกษา มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ได้แก่ ด้านทัศนคติในการเห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและที่ทำงาน ด้านสภาวะแวดล้อมทางกายภาพของที่ ทำงาน ด้านลักษณะงานของของมารดาและการเลี้ยงดูบุตรในระยะหลังคลอด ด้านการให้บริการของ สถานบริการทางสาธารณสุข และด้านสภาวะสุขภาพของทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ของการ ดำเนินการโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ ทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงถึง ร้อยละ 42 และมี "กลุ่มแม่อาสา" มีทูตนมแม่และมีการขยายเครือข่ายไปยังกลุ่มอื่นๆ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นด้วย

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาการจนเกิดผลลัพธ์ของการดำเนินการโครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ ทำให้มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงถึง ร้อยละ 42 และมี "กลุ่มแม่อาสา" มีทูตนมแม่ และมีการขยาย เครือข่ายไปยังกลุ่มอื่นๆ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่นเช่นนี้ มีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต่างๆ ที่มีบทบาทในการ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จอย่างน้อย 6 เดือน อย่างยั่งยืนในแม่ที่เป็นบุคลากรที่ ปฏิบัติงานนั้น ควรนำปัจจัยด้านทัศนคติในการเห็นคุณค่าของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ และบุคคลที่ เกี่ยวข้อง ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและที่ทำงาน ด้านสภาวะแวดล้อมทาง กายภาพของที่ทำงาน ด้านลักษณะงานของแม่และการเลี้ยงดูลูกในระยะหลังคลอด ด้านการให้บริการของ สถานบริการทางสาธารณสุข และด้านสภาวะสุขภาพของทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลมาเป็นกลวิธีในการ ดำเนินการโดยการจัดกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับบ้านได้ 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างครบถ้วน และเห็นควรที่จะมีการพัฒนาวิธีส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาในบริบทอื่นต่อไป

## บรรณานุกรม

1. กาญจนา เอกปัญญย์ ศรีนยา พงศ์พันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุค 4 เดือน ในจังหวัดแพร่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม. [serial on the Internet]. 2545:21(3). Available from: <http://advisor.anamai.moph.go.th/213/21310.htm>.
2. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคันสนีย์ เจตน์ประยุกต์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุค 4 เดือน. [serial on the Internet]. 2547. Available from: <http://ih.anamai.moph.go.th/res/research/>.
3. ธิตติมา เงินมาก. อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือน หลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลรามธิบดี. [serial on the Internet]. Available from: <http://www.medicine.cmu.ac.th/>
4. นฤมล ไธสวนศรี. โครงการศึกษารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานประกอบการ. [serial on the Internet]. Available from: <http://hpc5.anamai.moph.go.th/data/pesend/เผยแพร่นมแม่.doc>.
5. พินิจ โล่เสถียรกิจ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุค 6 เดือนของแม่ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. [serial on the Internet]. Available from: <http://hpc3.anamai.moph.go.th/sar49/kpi/indicate3.htm>.
6. มานี เจนการศึก พรเพ็ญ ไชลิวสกุล และจันทิรา วรรณราชู. การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แรงสนับสนุนของสามีโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 กรุงเทพฯ. [serial on the Internet]. Available from: <http://hpc1.anamai.moph.go.th/article/นมแม่.doc>
7. วีณา เทียงธรรม, วันเพ็ญ สอนศิลป์ และ พรรณี อุ่นแอม. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร: การวิจัยเชิงคุณภาพ [serial on the Internet]. 2548. Available from: [http://www.thaibreastfeeding.com/inc/download.asp?file=../download/news37\\_Breastfeeding\(Weena\).ppt](http://www.thaibreastfeeding.com/inc/download.asp?file=../download/news37_Breastfeeding(Weena).ppt)

## Breastfeeding Networking : Experience Sharing ทารกป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

พญ.วาสนา วิทยพานิช  
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

### บทนำ

ทารกที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เป็นกลุ่มที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เนื่องจากทารกกลุ่มนี้จำเป็นต้องแยกจากแม่และครอบครัว ขาดการโอบกอดสัมผัสจากแม่ ขาดความรักความอบอุ่นตั้งแต่เริ่มแรกของชีวิต และขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด พัฒนาการล่าช้า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการแต่กำเนิด ในขณะที่เด็กทารกที่คลอดครบกำหนดและได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม จะช่วยให้ได้รับอาหารที่เหมาะสม เพิ่มภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ช่วยให้ทารกมีสุขภาพดีขึ้น และฟื้นฟูสภาพได้เร็ว การติดตามเป็นระยะเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากประเมินสภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ควรคำนึงถึงการดูแลที่บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับพ่อ-แม่ ญาติที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารก

หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ เห็นความสำคัญของการดูแลทารกและเด็กให้เจริญเติบโตสมวัย มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลาน จึงได้ร่วมกับผู้ปกครองที่บุตรหลานมารับบริการที่หอผู้ป่วยไอซียูเด็ก และคลินิกติดตามทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง (High Risk Clinic) จัดตั้ง "ชมรมดวงใจพ่อ-แม่" เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2547 ในงานคืนสู่เหย้าชาวไอซียูเด็ก และได้ร่วมกันจัดโครงการบริหารจัดการชมรมและกรรมการดำเนินงานของชมรมดวงใจพ่อ-แม่ (ดังภาพ) ระยะแรกเริ่มมีสมาชิก 30 ครอบครัว ต่อมามีการจัดกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จนสามารถขยายผลการดำเนินงานสู่ชุมชน ปัจจุบันมีสมาชิกเพิ่มขึ้น 149 ครอบครัว ครอบคลุมทั้ง 9 อำเภอ และอีก 2 อำเภอของจังหวัดอุตรดิตถ์





กับงานประจำที่ทำอยู่ และคัดเลือกผู้ที่มีประสบการณ์จริงที่ผ่านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้ว แต่พบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์และทักษะในการเข้าช่วยเหลือแม่ ทักษะการบีบเก็บน้ำนมและการให้คำปรึกษา

3. การฝึกอบรม เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้นำความรู้กลับมาถ่ายทอดในแผนก และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

4. การสร้างแม่อาสา

แม่อาสาทุกคนต้องผ่านการอบรมด้านความรู้และทักษะในการช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีบทบาทมากในการถ่ายทอดความรู้แก่แม่มือใหม่ หรือแม่ที่ประสบปัญหาถูกป่วย กลุ่มแม่อาสาจะมีความเข้าใจและเป็นกันเองกับผู้ป่วย ในกรณีที่ให้คำปรึกษา พยาบาลจะเลือกแม่อาสาที่เคยประสบปัญหาเดียวกับแม่ที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤติ ทำให้เข้าใจความรู้สึกของแม่ได้ลึกซึ้งขึ้น แต่ถ้าแม่อาสาพบปัญหาที่แก้ไขหรือแนะนำไม่ได้ ก็จะปรึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่

กิจกรรมของแม่อาสา

1. การถ่ายทอดประสบการณ์ ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพลูก นมแม่ พัฒนาการเด็ก เป็นต้น แก่แม่มือใหม่ หรือแม่ที่ประสบปัญหาที่ลูกอยู่ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม
2. แม่อาสาผลัดเวรกันเข้ามาช่วย ครึ่งละ 1-2 คน ตั้งแต่เวลา 09.30 น.-11.30 น. ใน high risk clinic เป็นคลินิกที่ติดตามเด็กที่จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เพื่อช่วยให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจแก่แม่
3. จัดทำ "โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน" เพื่อสร้างแม่อาสาเพิ่ม โดยรับจากแม่อาสาที่ลูกหายป่วย
4. จัดสรรทุนสงเคราะห์เด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 10 ทุน ทุนละ 2,000 บาท สำหรับช่วยเหลือเป็นค่าใช้จ่ายกรณีส่งเด็กรักษาต่อ หรือนัดดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ
5. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการขยายเครือข่ายที่บ้านทำ เนื่องจากมีตัวแทนแม่อาสาไปสร้างกลุ่มแม่อาสาขึ้นเองในพื้นที่ของตนเอง และเป็นกลุ่มที่เข้มแข็งมาก

งบประมาณดังกล่าวนี้ได้จากการบริจาคของผู้มีจิตศรัทธาในตลาด และการทอดผ้าป่าด้วยความเมตตาของหลวงพ่อกัณฑ์ สุชะกาโม วัดอูตรดิตถ์ธรรมาราม ได้เงินจำนวน 300,000 บาท และยังได้รับการสนับสนุนจากหลวงพ่อกัณฑ์ สุชะกาโม แนะนำชมรมฯ แก่ประชาชนที่มานมัสการ

ปัจจัยความสำเร็จของการทำงานแม่อาสา

1. แม่อาสาเป็นบุคคลที่ประสบปัญหาเรื่องความเจ็บป่วยของลูกมาก่อน จึงสามารถเข้าถึงจิตใจของแม่กลุ่มนี้ได้มากขึ้น
2. แม่อาสาใช้เวลาที่จะให้แม่ในการปรับทุกข์ หรือซักถามปัญหาต่างๆ เป็นที่ฟังทางใจ ทำให้ไม่เครียด
3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกระตุ้นน้ำนม การให้นมลูก การบีบน้ำนม การให้นมลูกกรณีหัวนมบอด แม่อาสาจะอธิบาย สาธิต และปฏิบัติให้คุณแม่มีความมั่นใจ และแม่มีความกล้าที่จะซักถามมากกว่าพยาบาล เนื่องจากเกรงใจพยาบาล เพราะมีภาระงานมาก
4. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยในหอผู้ป่วยหนัก

กุมารเวชกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มไม่เป็นทางการ ทำให้เข้าใจอาการป่วยของลูกมากขึ้น ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ซื่ออาหารเย็นมาทานร่วมกัน ทำให้มีความผูกพันกันภายในกลุ่ม

ปัญหาและอุปสรรค

1. เจ้าหน้าที่มีงานประจำค่อนข้างมาก เจ้าหน้าที่ที่ดูแลทารกมีน้อย แม่หลังคลอดได้รับการเตรียมเต้านมล่าช้า ทำให้เต้านมคัดตึง น้ำนมมาช้า ทารกป่วยไม่ได้รับน้ำนมในเวลาที่เหมาะสม
2. แม่อาสามีความรู้ด้านทฤษฎี แต่ขาดทักษะการปฏิบัติ หรือไม่มีประสบการณ์ตรง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น แม่ที่เป็นนักศึกษาและส่วนใหญ่เคยผ่านการทำแท้งมาแล้ว

สรุปปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ

1. แกนนำของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. มีผลงานมาแสดงเป็นรูปธรรม โดยการจัดงานคืนสู่เหย้าของครอบครัวที่เคยมารับบริการ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจ อัตราการเกิด necrotizing enterocolitis ลดลง การดูแลรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพ
3. กลยุทธ์การทำงานที่เห็นการมีส่วนร่วมและเห็นคุณค่าของผู้ปฏิบัติงาน
  - 3.1 ปรับทัศนคติของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ โดยการสร้างองค์ความรู้และการปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
  - 3.2 สร้างกลุ่มสนับสนุนนมแม่ในเด็กป่วย
  - 3.3 ขยายเครือข่ายการทำงานลงสู่ชุมชน
  - 3.4 เห็นคุณค่าของคนทำงาน
  - 3.5 หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. กระบวนการทำงาน แบ่งเป็น 2 ส่วน - โรงพยาบาลและชุมชน

ในโรงพยาบาล

- พัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ดึงศักยภาพของแม่ที่มีลูกป่วย และแม่อาสาช่วยในการปฏิบัติงาน
  - แม่พี่เลี้ยง คือ แม่ที่มีลูกป่วยนอนอยู่ในไอซียูเด็กป่วยรายเก่า ที่สามารถให้กำลังใจและปลอบใจแม่ใหม่ที่กำลังเผชิญภาวะวิกฤติ
  - แม่อาสา อาจจะเป็นแม่หรือ อสม. ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาให้คำแนะนำและปรึกษาแก่แม่ที่มีเด็กป่วย
- high risk clinic แม่อาสาจะจัดเวรเข้ามาปฏิบัติงานทุกวันพฤหัสบดี

## ในชุมชน

แม่อาสาในกลุ่มนี้ขยายเครือข่ายในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ซึ่งการขยายเป็นไปตามธรรมชาติโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว และแม่ที่เคยได้รับการช่วยเหลือ สิ่งที่น่าสนใจคือ แม่อาสาได้มองเห็นปัญหาของเด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงให้ความสำคัญกับเด็กวัยรุ่นในการเป็นพ่อแม่ที่ดี เริ่มต้นจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การรวมตัวของแม่อาสาที่มีกิจกรรมการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม และมีความมุ่งมั่นที่จะสานต่อกิจกรรมนี้ให้ยั่งยืนเห็นได้ชัดจากกลุ่มนมแม่บ้านท่า อ.หาดกรวด อ.เมือง จ.อุตรดิตถ์ ซึ่งมีการรวมกลุ่มของแม่ โดยเริ่มจากแม่ที่ลูกผ่านระยะวิกฤติช่วงป่วย และเข้าใจถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเองเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งกลุ่มโดยมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นพี่เลี้ยง

# การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศสวีเดน

## Breastfeeding Model in Sweden

พญ.ยุพียง แห่งเขาวนิช ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย  
พญ.กรรณิการ์ บางสายน้อย ศูนย์อนามัยที่ 10 เชียงใหม่  
พญ.ศิราภรณ์ สวัสดิ์ดิวิร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**๒** วัตถุประสงค์ของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายา ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ที่ทรงสนพระทัยศึกษาของงานการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศสวีเดนและประทานอนุญาตให้คณะทำงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตามเสด็จด้วย ทำให้ความไม่ฝันของคนทำงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นความจริง นั่นคือ การได้มีโอกาสเยี่ยมชมประเทศที่ได้ชื่อว่า เป็นต้นแบบประเทศที่ให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แบบบูรณาการที่ดีที่สุดในระดับโลก

### บริบททางสังคมของประเทศสวีเดน

ประเทศสวีเดนมีความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมที่สูง มีความแตกต่างทางเชื้อชาติน้อย มีการเคลื่อนไหวกดดันทางสังคมน้อย มีเศรษฐกิจดีในอันดับต้นๆ ของโลก ในปี 2006/2007 ได้รับการจัดอันดับความสามารถในการแข่งขันของ World Economic Forum เป็นอันดับที่สามของโลก รัฐให้บริการด้านการศึกษาฟรีจนถึงระดับปริญญาเอก ประชากรจึงมีการศึกษาที่ดี ประชาชนส่วนใหญ่สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุสูง สังคมมีความเป็นระเบียบแบบแผน สวีเดนถือเป็นรัฐสวัสดิการ มีโปรแกรม โครงการต่างๆ ที่นำไปสู่การมีครอบครัวสุขภาพดี (healthy families) และสุขภาพที่ดี (good health status) มีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน รวมถึงให้เวลาในการหยุดพักผ่อนพอเพียง ปัจจุบันมีการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานหรืออยู่อาศัยของประชากรจากประเทศในโลกที่ 3 สูง

ในอดีตเมื่อ 30 ปีก่อน ประเทศสวีเดนจัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพที่สูงกว่าดัชนีด้านเศรษฐกิจอย่างมาก ตัวอย่างเช่น อัตราตายของทารกต่ำกว่าประเทศไทยถึง 10 เท่า เนื่องจากประเทศสวีเดนเป็นประเทศแรกของโลกที่จดทะเบียนประชากรและนำสถิติด้านปัญหาสุขภาพมาแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศในปลายทศวรรษที่ 19 ตัวอย่างเช่น การควบคุมโรคติดต่อเชิงทางน้ำโดยการพัฒนาระบบน้ำสะอาด และการกำจัดน้ำทิ้งให้ถูกสุขลักษณะ มีการรณรงค์การลดเลิกการดื่มเหล้าและการเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ จนถึงต้นศตวรรษที่ 20 เน้นการดูแลสุขภาพเด็กทั้งคนจนและคนรวยให้เท่าเทียมกัน

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญเทียบกับประเทศไทย  
(ข้อมูลจาก The State of the World's Children 2006)

	สวีเดน	ประเทศไทย
อัตราการตายของทารก (ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิต)	3	18
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต)	4	21
ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 25,00 กรัม (ร้อยละ)	4	9
อัตราการตายของแม่ (ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต)	2	44
อายุขัยเฉลี่ยของประชากร(ปี)	80	70
จำนวนประชากร (x 1,000)	9,098	63,694
อัตราการเกิดต่อปี (x 1,000)	95	1,015

ระบบสุขภาพของสวีเดน (Sweden Health Care System)

จากรากฐานของการเป็นรัฐสวัสดิการ มีนโยบายทางด้านสุขภาพเป็นนโยบายและเป้าหมายหลักของประเทศ รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการสนับสนุนงบประมาณทางด้านสุขภาพ นโยบายทางด้านสุขภาพจึงเป็นนโยบายหลักทางการเมืองที่สำคัญ ในประเทศสวีเดน มีการลงทุนทางสุขภาพสูงมาก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 8.7% ของผลิตภัณฑ์มวลรวม (ประเทศไทยเท่ากับ 3.3%) คิดเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพต่อหัวประชากรเท่ากับ 2,270 US\$ (ประเทศไทยเท่ากับ 76 US\$) \*ข้อมูลจาก Health Policy in Thailand 2007 Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health 2007 ให้ความสำคัญกับสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจัง มีการบูรณาการของ Primary Care/ Acute Care/ Community Care อย่างเข้มแข็ง ไม่มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร ระบบบริการสุขภาพดำเนินการโดยภาครัฐ 95% อยู่ในภาคเอกชน เช่น รพ.เอกชน มีเพียงประมาณ 5% ของระบบสุขภาพทั้งหมด

ในระบบบริการสุขภาพ มีจำนวนแพทย์เท่ากับ 3 คน ต่อ 1,000 ประชากร หรือเท่ากับประมาณ 1:333 (ประเทศไทยเท่ากับ 1:3,182) แพทย์ส่วนใหญ่เป็นแบบทำงานเต็มเวลา สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางกับแพทย์ทั่วไป 70:30 มีเตียงผู้ป่วยใน 2.4 เตียง ต่อ 1000 ประชากร หรือเท่ากับ 1:420 (ประเทศไทยเท่ากับ 1:468) การดูแลสุขภาพแม่ (การฝากครรภ์ การคลอด ดูแลหลังคลอด) และการดูแลสุขภาพเด็ก (0-19 ปี) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกนั้นต้องเสียค่าธรรมเนียมในการดูแลรักษา แต่มีการกำหนดเพดานสูงสุดที่ประชาชนต้องจ่ายเป็นค่าธรรมเนียมการใช้บริการในแต่ละปี นอกนั้นรัฐจ่ายสมทบให้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกต่อปี กำหนดเพดานไว้ที่ 900 SEK ค่ายาต่อปี (annual ceiling for pharmaceuticals) กำหนดไว้ที่

1800 SEK ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 400-600 \$ ต่อครอบครัวต่อปี

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศสวีเดน (Breastfeeding in Sweden)

แต่เดิมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นวัฒนธรรมของคนสวีเดน ในปี 1960 ผลกระทบจากอิทธิพลของนมผสม ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดต่ำลง จนต่ำสุดในปี 1972 ต่อมามีการดำเนินงานต่างๆ ที่ทำให้สถานการณ์ดีขึ้นตามลำดับ ได้แก่

ปี 1973 มีการก่อตั้งกลุ่มสนับสนุนแม่

ปี 1983 ได้นำหลักเกณฑ์สากลการตลาดว่าด้วยอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก (1981 WHO/ unicef International Code of marketing of Breast-milk Substitutes) ประยุกต์ใช้ ซึ่งหลักเกณฑ์ฯ มีจุดมุ่งหมายเพื่อปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปี 1992 ร่วมกับ WHO จัดโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก

ปี 2001 จัดให้มีประสานงานกันในระดับประเทศ ให้มีการบริการด้านแม่และเด็กที่ครบวงจร (care chain) ตั้งแต่การดูแลสุขภาพแม่ที่สถานบริการปฐมภูมิ (Maternal Health Care Center) การคลอดในโรงพยาบาล การดูแลแม่และทารกหลังคลอดที่โรงพยาบาล และการให้บริการดูแลสุขภาพเด็กในสถานบริการปฐมภูมิ (Child Health Care Center) บุคลากรทุกระดับได้รับความรู้ และจัดการบริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรูปแบบเดียวกัน

ปี 2004 ได้เปลี่ยนคำแนะนำให้นมแม่เพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding, EBF) จาก 4 เดือนเป็น 6 เดือน อัตราของ EBF ที่ 4 เดือน = 60% และที่ 6 เดือน = 20% โดยที่ 70% ยังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ (รวมทั้งกลุ่มที่เสริมนมผสมบ้าง) ปัจจุบันอัตราเพิ่มเป็น 80%

การที่รัฐบาลสวีเดนให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะเด็ก คือ ทรัพยากรที่สำคัญและเป็นอนาคตของชาติ เป้าหมายของประเทศ คือ การสร้างประชากรที่มีสุขภาพดีและมีคุณภาพในตลาดแรงงานของโลก การดูแลสุขภาพเด็กอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ในครรภ์ วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น จึงมีความสำคัญมาก ประเทศสวีเดนได้กำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็กดี และป้องกันความเจ็บป่วย โดยใช้ประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลดอัตราเด็กที่มีฐานะยากจนโดยการเปิดโอกาสให้มีสิทธิในตลาดแรงงานเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนผู้เสียภาษีและมีงบประมาณไปเพิ่มการดูแลสุขภาพเด็กในครอบครัวยากจนและมีฐานะปานกลาง

2. จัดตั้งสถานเลี้ยงเด็กกลางวันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนทุกคน รับเด็กอายุ 1-5 ปี โดยมีเด็กร้อยละ 40 ที่เข้ารับบริการในขวบปีแรก และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในขวบปีที่สอง เด็กวัยก่อนเรียนได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง มีสัดส่วนของผู้ดูแลเด็กและเด็กที่สูงมาก (18:100)

3. มีความต้องการแรงงานสตรีสูงโดยจัดสรรงบประมาณชดเชยการลาเลี้ยงลูกของพ่อและแม่ ให้มีสิทธิลาหลังคลอดรวมกันได้ 15 เดือน โดยได้รับเงินค่าตอบแทน และพ่อจะต้องลาพักงานอย่างน้อย 1 เดือนเพื่อดูแลแม่และลูก โดยที่ยังมีตำแหน่งงานเดิม มีอัตราการลางานของพ่อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงร้อยละ 17 ใน ค.ศ. 2003

4. มีเงินเบี้ยเลี้ยงให้เด็กเกิดใหม่ทุกคน โดยใช้เงินภาษีที่จัดเก็บส่วนท้องถิ่น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว รวมทั้งมีเงินสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพแม่ในขณะตั้งครรภ์และขณะเลี้ยงดูลูก

5. จัดระบบบริการสุขภาพโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ศูนย์บริการสุขภาพจัดระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด การดูแล และติดตามหลังคลอดทั้งในศูนย์และที่บ้าน การจัดสถานรับเลี้ยงเด็กไว้ก่อนเรียน และการคัดกรองปัญหาสุขภาพแม่และเด็ก การดูแลสุขภาพเน้นการป้องกันปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

6. ส่งเสริมด้านสุขภาพจิตของเด็ก การส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวตั้งแต่ในครรภ์จนเด็กมีอายุ 18 เดือน มีสูงถึงร้อยละ 40 ในครอบครัวที่มีฐานะดี มีการจัดทำโครงการที่ช่วยให้แม่เข้าใจวิธีการตอบสนองต่อการส่งสัญญาณของทารกโดยใช้โปรแกรมต่างๆ และการจัดทำรูปภาพหรือวีดิทัศน์ การสอนให้พ่อแม่เข้าใจพฤติกรรมบางอย่างของเด็ก เช่น การนั่งเล่นเกมของเด็กและวิธีการแก้ปัญหา การเรียนรู้ของพ่อแม่มีทั้งการให้คำปรึกษาและการพูดคุยในกลุ่มของครอบครัวที่มาพบปะกันที่ศูนย์ดูแลสุขภาพ

7. การนำเสนอโครงการเด็กปลอดบุหรี่ (Smoke Free Children) และการลดการสูบบุหรี่ในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1994 ถึงปัจจุบัน จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสแรกสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 16 เหลือร้อยละ 11 และ การสูบบุหรี่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ลดจากร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 8

8. การส่งเสริมสิทธิสตรีในสภาพที่ประเทศที่ประชากรค่อนข้างน้อย โดยทั้งบุรุษและสตรีในสังคมต้องยอมรับสิทธิของสตรีในสังคม แม้ว่าจะมีฐานะปานกลางหรือยากจนหรือเป็นผู้อพยพย้ายถิ่น ประชาชนทุกคนต้องมุ่งพัฒนาให้ก้าวหน้าทันสมัย โดยมีนักปกครองในพื้นที่ที่เข้มแข็งและกล้าตัดสินใจทำในสิ่งที่ถูกต้องให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลกลาง

การเลี้ยงลูกด้วยนมลดลง ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 ในปี ค.ศ. 1901 ประเทศสวีเดนจึงมีการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือมารดาที่มีความคิดที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก และในปี ค.ศ. 1938 มีการจัดตั้งหน่วยบริการการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของประเทศสวีเดน

ปัจจุบันประเทศสวีเดนมีทารกเกิดใหม่ปีละ 100,000 คน (1/10 ของทารกเกิดใหม่ในประเทศไทย) และมีศูนย์บริการด้านสุขภาพเด็ก 2,000 แห่ง ที่เข้าร่วมในระบบการดูแลสุขภาพเด็กแห่งชาติทั้งหมด มีจำนวนร้อยละ 95 ของครอบครัวในประเทศสวีเดนที่มาใช้บริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ครอบครัวเหล่านั้นได้รับการตรวจสุขภาพการเสริมภูมิคุ้มกันโรค และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้อาหารและเลี้ยงดูทารก ทารกจะได้รับบริการจนถึงอายุ 6 ปี หลังจากนั้นโรงเรียนเป็นที่รับดูแลสุขภาพจนจบการศึกษาเมื่ออายุ 18 ปี

ใน 21 เขต (Counties) ของประเทศสวีเดนมีศูนย์ประสานงานระบบการดูแลสุขภาพเด็กจำนวน 40 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูลรายปี เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสูบบุหรี่ในครอบครัวการเจริญเติบโตและพัฒนาการรวมทั้งข้อมูลอื่นๆ

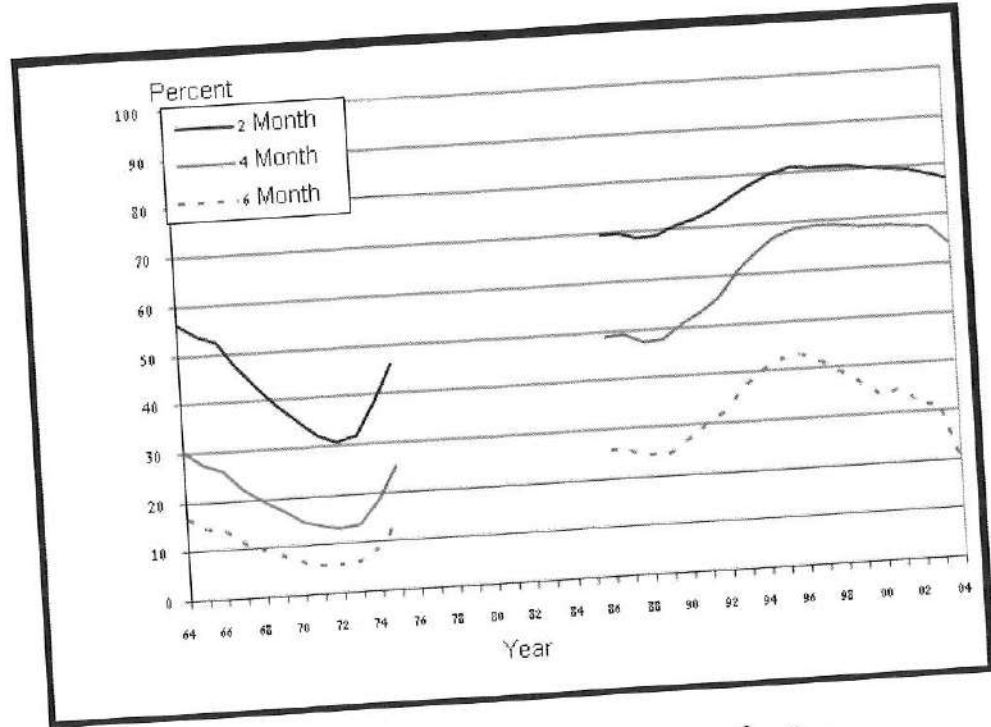
#### คณะกรรมการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งชาติ รับผิดชอบการดำเนินการในการประเมินติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายปี

1. ในเดือนธันวาคม หน่วยระบาดวิทยาจัดส่งแบบบันทึกและวิธีการบันทึกไปยังศูนย์สุขภาพเด็กทั่วประเทศผ่านทางศูนย์เขต
2. ในเดือนมกราคม หน่วยระบาดวิทยาจัดเตรียมโปรแกรม Excel ให้แต่ละศูนย์เพื่อป้อนข้อมูล
3. ในเดือนพฤษภาคม ข้อมูลทั้งหมดถูกส่งกลับมายังหน่วยระบาดวิทยา เพื่อจัดเป็นกลุ่มเขตเดียวกันในเดือนสิงหาคม และมีการรายงานสุดท้ายในช่วงเดือนตุลาคมและเดือนพฤศจิกายน

#### การรายงานข้อมูล

1. กำหนดค่าจำกัดความในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว : ให้เฉพาะนมแม่เท่านั้น ยกเว้น มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่บางส่วน : ได้รับนมแม่ร่วมกับอาหารอื่น  
ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ : ไม่ได้ให้นมแม่เลย  
ไม่มีคำตอบ : เมื่อท่านไม่สามารถตอบว่าให้นมแม่หรือไม่ให้ในช่วงเวลาที่เจาะจง
2. กำหนดจุดการประเมินติดตามที่อายุ 1 สัปดาห์ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และอายุ 12 เดือน หรือ 1 ปี ถ้าสำรวจพร้อมกันทั้งประเทศจะได้ข้อมูลที่เด็กอายุ 1 ½ ปี และ 2 ปี

กราฟแสดงอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในสวีเดน ในภาพรวม (ปี 1964 -2004)



กลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding support group) ในสวีเดน

1. **Amningshjälpen** (breastfeeding help or breastfeeding support group) เป็นกลุ่มแม่ช่วยแม่ในระดับประเทศ เริ่มก่อตั้ง ค.ศ. 1973 เป็นองค์กรที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติโดยสมัครใจ มีจิตอาสาช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยแม่สามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้ทั้งทางโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต มีเครือข่ายทั่วประเทศ

2. **Amnis** เป็นเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ระดับประเทศ ที่ประกอบด้วย พยาบาลผดุงครรภ์ สูติแพทย์ พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และกุมารแพทย์ ในการให้คำปรึกษา ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สถานบริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ แบ่งเป็น

- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- โรงพยาบาลระดับเขต
- โรงพยาบาลระดับชุมชน
- สถานพยาบาลปฐมภูมิ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University Hospital)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ไปศึกษาดูงานมี 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลคาโรลินสกา (Karolinska hospital) ซึ่งตั้งอยู่ในกรุงสต็อกโฮล์ม และ โรงพยาบาลอูปลาลา (Uppsala University hospital) ซึ่งตั้งอยู่ที่ Uppsala County โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง มีการจัดการบริการด้านสูติกรรมและการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่คล้ายคลึงกันดังนี้

1. การฝากครรภ์ ส่วนใหญ่ฝากที่สถานบริการปฐมภูมิ (primary health care) ซึ่งมีการให้ความรู้และการปรึกษาแก่ครอบครัวหลายครั้ง และมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 1 ครั้ง เพื่อศึกษาเรียนรู้การให้บริการของโรงพยาบาล

2. ระยะเวลาคลอด ห้องคลอดเป็นห้องเดี่ยว ซึ่งเป็นทั้งห้องรอคลอดด้วย พ่อสามารถพักผ่อนเพื่อดูแลช่วยเหลือแม่ในขณะเจ็บครรภ์ได้ ตกแต่งให้มีบรรยากาศเหมือนบ้าน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการช่วยเหลือการคลอดที่ทันสมัย มีเครื่องติดตาม electronic fetal monitoring (EFM) และคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกเวชระเบียน ซึ่งทั้งเครื่อง EFM และคอมพิวเตอร์มีระบบ online ต่อไปยังหน้าจอในห้องทำงานของพยาบาลเพื่อติดตามดูแลได้ตลอด

หน้าที่การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลผดุงครรภ์ (midwife) โดยมีสูติแพทย์เป็นที่ปรึกษาซึ่งจะมาในช่วงเช้า ร่วมอภิปรายปัญหาของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลรักษา

พยาบาลผดุงครรภ์ได้รับการฝึกอบรมจนมีความชำนาญในการทำคลอด สามารถทำ vacuum extraction ได้ และมีความรู้ในเรื่องการช่วยเหลือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างดี

ในการทำคลอด จะให้แม่ได้คลอดแบบธรรมชาติ มีพ่ออยู่ร่วมด้วยในระยะคลอด -หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดโดยไม่จำเป็น มีการคลายความเจ็บปวดด้วยวิธีฝังเข็ม หรือให้อาบน้ำอุ่นบ่อยๆ

3. ระยะเวลาหลังคลอด ภายหลังคลอด ไม่มีการแยกลูก ลูกจะได้อยู่กับแม่ภายใน 30 นาที เพื่อให้แม่และลูกได้สร้างสัมพันธ์ต่อกัน เปิดโอกาสให้พ่อได้มีส่วนช่วยเหลือดูแลแม่ในห้องคลอด และหลังจากนั้นก็ให้ทั้งพ่อ แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกัน (rooming-in) และลูกนอนในเตียงเดียวกับแม่โดยไม่ใช้ crib

แม่ประมาณ 80% จะพักอยู่ในโรงพยาบาล 72 ชั่วโมง แต่จะมี 13-15% กลับบ้านหลังคลอด 6 ชั่วโมง สัปดาห์แรกหลังกลับบ้าน แม่จะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อให้การปรึกษาและให้ข้อมูลต่างๆ ในกรณีที่แม่มีปัญหา จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ มีหน่วยเยี่ยมบ้าน

4. การดูแลทารกแรกเกิด ลูกที่ไม่มีปัญหาจะอยู่โรงพยาบาลเพียง 24 ชั่วโมง โดยลูกจะได้รับการตรวจสุขภาพจากกุมารแพทย์ก่อนกลับบ้าน และนัดมาตรวจติดตามอีกครั้งเมื่ออายุ 3 วันเพื่อเจาะเลือดตรวจ PKU และตรวจการได้ยิน

สำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดใน NICU จะไม่มีการแยกแม่ลูก ให้แม่ลูกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลาอย่างใกล้ชิด (rooming-in) เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ สร้างพลังอำนาจให้แก่พ่อแม่ ให้พ่อแม่มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลลูก (primary care giver) เมื่อลูกพ้นภาวะวิกฤติ มีอาการดีขึ้น ให้มีการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ สร้างความอบอุ่นแก่ลูกโดยให้ลูกอยู่บนอกแม่หรือพ่อ ซึ่งเรียกว่า วิธี Kangaroo Care โดยวิธีนี้ความอบอุ่นจากอุณหภูมิกายแม่/พ่อจะถ่ายทอดสู่ตัวลูกแทนตุ๋บได้เป็นอย่างดี เชื่อว่าวิธีนี้จะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตพัฒนาการดี การติดเชื่อน้อยลง อัตราการป่วยตายลดลง และส่งเสริมความผูกพันระหว่างแม่ลูก (bonding & attachment)

5. คลินิกนมแม่ ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีพยาบาลผดุงครรภ์ (midwife) เป็นผู้ดูแล มีสูติแพทย์ และกุมารแพทย์เป็นที่ปรึกษา

### โรงพยาบาลระดับเขต (County Hospital)

โรงพยาบาลระดับเขตที่ไปศึกษาดูงานคือ โรงพยาบาลออสเตอซุนด์ (Ostersund Hospital) ซึ่งโรงพยาบาลระดับเขตแห่งเดียวในเขตปกครองแอมแลนด์ ลักษณะการจัดบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน กับ รพ.มหาวิทยาลัย คือ เป็นการดูแลทั้งครอบครัว (family care) เน้นการคลอดแบบธรรมชาติ ให้พ่อมาอยู่ด้วยขณะคลอด ผดุงครรภ์มีบทบาทสูงในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ คลอด และหลังคลอด ห้องคลอดมีเก้าอี้หนึ่งสำหรับพ่อร่วมเฝ้า เตียงหลังคลอดเป็นเตียงคู่ให้ทั้งแม่และพ่อ มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน BFHI ไม่มีการแยกแม่ลูก ไม่มีห้อง nursery เด็กปกติ

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใน NICU สำหรับทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ของโรงพยาบาลออสเตอซุนด์ ให้นมแม่โดยเริ่มจากให้แบบ minimal enteral feeding ซึ่งถ้ายังไม่มีน้ำนมแม่ตนเองเพียงพอ จะใช้นมแม่จากธนาคารน้ำนม (banked breastmilk) ไม่ได้ใช้ premature formula

Banked breastmilk ได้มาจากการบริจาคของแม่ โดยจะมีการกรอกแบบฟอร์มความต้องการบริจาค ต้องเป็นแม่ที่มีสุขภาพดี ไม่ได้ใช้ยา สูบบุหรี่ย หรือดื่มสุรา มีการตรวจคัดกรอง เอชไอวี ตับอักเสบบี และซี เก็บน้ำนมแม่ที่บริจาคแช่แข็งที่ -20 ถึง -25 องศาเซลเซียส มีการวิเคราะห์ค่าโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมันและพลังงานในน้ำนมแม่ที่เก็บไว้ และทำการพาสเจอไรส์ก่อนนำไปใช้

ในกลุ่มทารก VLBW และ ELBW มีการ fortified นมแม่ และใช้ ESPGHAN guidelines ในการคำนวณความต้องการอาหารทารกต่อกิโลกรัมต่อวัน และประเมินน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ความยาว และขนาดรอบศีรษะ ส่งเสริมให้ลูกได้อยู่กับแม่เร็วที่สุด ถึงแม้จะยังดูนมแม่เองไม่ได้ (as early as possible) เพื่อให้ได้สัมผัสกับแม่ ใช้เวลาเร็วที่สุดเป็นชั่วโมง เพื่อการกระตุ้นให้น้ำนมแม่มาเร็ว

รพ. ออสเตอซุนด์ มีจุดเด่นในเรื่อง มี "Mammot" ในระยะหลังคลอด Mammot คือ การจัดการบริการให้การปรึกษา ให้ความรู้แก่ครอบครัวหลังคลอด โดยกลุ่ม midwife โรงพยาบาลจัดห้องเฉพาะในการบริการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรืออาจเป็นเรื่องการเลี้ยงดูอื่นๆ ถ้ามีปัญหาที่ต้องปรึกษาแพทย์ แพทย์ก็จะมาให้บริการที่จุดนี้ และจุดนี้ กลายเป็นศูนย์ความรู้ของเขตปกครองแอมแลนด์ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการแก้ไขปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### โรงพยาบาลระดับชุมชน (Municipality Hospital)

โรงพยาบาลระดับชุมชนที่ไปศึกษาดูงาน คือ โรงพยาบาลโซเลฟเทีย (Solleftea Hospital) มีการจัดบริการเป็นมาตรฐานเดียวกันกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลระดับเขต คือ เป็นการดูแลทั้งครอบครัว (family care) เน้นการคลอดธรรมชาติ ให้พ่อมีส่วนร่วมในการดูแลแม่และลูกคลอด ผดุงครรภ์มีบทบาทสูงในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ คลอด และหลังคลอด มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน BFHI ไม่มีการแยกแม่ลูก

### สถานพยาบาลปฐมภูมิด้านแม่และเด็ก

#### (Child and Maternal Health Care Unit)

เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่บูรณาการงานบริการด้านแม่และเด็กทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ที่จะนำสู่สุขภาพที่ดีของเด็ก การบริการประกอบด้วย การดูแลแม่ขณะตั้งครรรภ์ การวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพเด็ก การให้บริการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และการให้บริการด้านสังคม (social services) เช่น เรื่อง child protection

นอกจากนี้ ยังมีบริการตรวจทั่วไปโดยแพทย์ การบริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ การให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยนักจิตวิทยา การให้บริการห้องปฏิบัติการ การบริการด้านเภสัชกรรม

บุคลากรที่ทำงานหลักด้านแม่และเด็ก ประกอบด้วย พยาบาลผดุงครรภ์ health visitor nurse นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ (social worker)

การให้บริการด้านสุขภาพแม่ มีพยาบาลผดุงครรภ์ให้บริการ 50% ของงาน เป็นการดูแลระหว่างตั้งครรรภ์ และการให้ความรู้พ่อแม่ ในเรื่องการดูแลตัวเอง การลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาด้านจิตใจ มีแนวทางการทำงานตามแนวทางระดับชาติ (National guideline) และปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่ (Local basic guideline) ในครรรภ์แรกแม่ฝากครรรภ์ประมาณ 10-11 ครั้ง ครรรภ์ที่สองอาจมาน้อยครั้งกว่า มีการวางแผนในแต่ละคน เป็น individual plan มีการค้นหาปัญหาและโรคแทรกซ้อน จะปรึกษาส่งต่อแพทย์เมื่อมีปัญหาและไปคลอดที่โรงพยาบาล ในครรรภ์ที่ปกติ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์

การให้ความรู้แม่ในระหว่างตั้งครรรภ์ ให้ทั้งลักษณะเป็นรายกลุ่มเด็กประมาณ 10 คนและเป็นรายคน ให้ความรู้เรื่องนมแม่ ในช่วง 32 สัปดาห์ ให้ความสำคัญในการให้ความรู้พ่อในเรื่องนมแม่ว่าเป็นงานของพ่อด้วย มีการจัดให้มีการให้ความรู้ "กลุ่มคุณพ่อ" (father group) มานานกว่า 10 ปี ให้ความรู้แก่กลุ่มคุณพ่อก่อนลูกเกิด และ 2 ครั้งหลังลูกเกิด ในเรื่องการดูแลลูก

การวางแผนครอบครัว มีการให้บริการใส่ห่วง ยาคุม มีการตรวจ pap smear ให้ผู้หญิงทุกปี

#### การให้บริการด้านสุขภาพเด็ก

ให้บริการดูแลตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ขวบ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตามแนวทางระดับชาติ (National guideline) เหมือนกันหมด พยาบาลมีบทบาทหลักในด้านการติดตามดูแลสุขภาพเด็ก รวมทั้งการให้วัคซีน จะปรึกษาแพทย์เมื่อมีปัญหา

เมื่อเด็กทารกแรกเกิดถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลเด็กมาที่หน่วยบริการสุขภาพแม่และเด็ก (child and maternal health care unit) ใกล้บ้าน พยาบาลจะไปเยี่ยมบ้านเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าไม่ต้องการก็ให้มาที่ศูนย์แทน หลังจากนั้นให้มาที่ศูนย์ทุกสัปดาห์ ในเดือนแรก ต่อมาทุก 2 สัปดาห์ บางครั้งบ่อยกว่านั้นถ้ามีปัญหา เช่น น้ำหนักไม่ขึ้น พ่อแม่นิยมมารับบริการ สามารถมาพบได้ทุกวัน เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาแพทย์ ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี จะได้พบแพทย์ประมาณ 5-6 ครั้ง

### สถานเลี้ยงเด็กกลางวันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน (Kindergarten)

ประเทศสวีเดนมีการจัดระบบสถานเลี้ยงเด็กกลางวันสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนที่สอดคล้องกับกฎหมายการลาหยุดงานของพ่อแม่ โดยจะรับเด็กอายุ 1-5 ปี การดูแลเด็กจะเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง (child center) โดยมีพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม มีกิจกรรมร่วมกันกับพ่อแม่ทุกวัน มีการกระตุ้นพัฒนาการตามวัย โดยจัดมุมกิจกรรมต่างๆ ให้เด็กเลือกเล่นด้วยตนเอง ตามความสนใจของแต่ละคน (learning from their own interest, making learning visible) สอนให้เด็กเคารพในสิทธิของตนเองและผู้อื่น กล้าแสดงออก และมีความมั่นใจในตนเอง มีอัตราจำนวนบุคลากรต่อจำนวนเด็กอย่างเหมาะสม มีครูที่มีคุณภาพดูแลเด็ก มี preschool teacher, social worker ให้การช่วยเหลือในรายที่มีปัญหา

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้ง การดูแลสุขภาพแม่และเด็กในสวีเดน

#### 1. ปัจจัยด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

สวีเดน มีรากฐานจากการเป็นรัฐสวัสดิการ เป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจดีในอันดับต้นๆ ของโลก มีประชากรน้อย โครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ได้พัฒนาไปมากทำให้รัฐสามารถทุ่มเทให้กับทั้งการสาธารณสุขและการศึกษาได้อย่างทั่วถึง

#### 2. นโยบายด้านสุขภาพ

ถือเป็นนโยบายและเป้าหมายหลักของประเทศ ในการสร้างภาวะ หรือเงื่อนไขทางสังคมที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกันเป็นนโยบายหลักด้านการเมืองในทุกระดับตั้งแต่รัฐบาลกลาง จนถึงสภาการปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการสนับสนุนงบประมาณ และให้การลงทุนด้านสุขภาพสูงมาก ไม่มีปัญหาด้านการขาดแคลนงบประมาณ มีนโยบายลดความแตกต่างของสถานภาพทางสังคม โดยการเก็บภาษีมาก แล้วนำมาใช้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีส่วนเข้าถึงเท่าเทียมกันในด้านการรักษาพยาบาล

#### 3. ระบบการจัดการด้านสุขภาพ

สวีเดนมีนโยบายเชิงระบบที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะเห็นความสำคัญว่าเด็ก คือ ทรัพยากรที่สำคัญและเป็นอนาคตของชาติ จึงจัดระบบต่างๆ ด้านสุขภาพ เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาของเด็กดังนี้

3.1 มีการกระจายอำนาจและงบประมาณสู่เขตการปกครองและเทศบาลในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ทำให้มีระบบบริการด้านสุขภาพที่เท่าเทียมทั่วถึงและเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยรัฐบาลกลางเป็นเพียงผู้กำหนดหลักการ นโยบาย กฎหมาย และหลักประกันสุขภาพ

3.2 มีกฎหมายสนับสนุนการลาหยุดงานของพ่อแม่ เพื่อให้มีเวลาดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด (พ่อแม่และแม่สามารถหยุดงานได้รวมกัน 15 เดือน) และในกรณีลูกป่วย พ่อแม่สามารถลาพักดูแลได้ทั้งคู่ ถึง 60 วันต่อปี

3.3 การดูแลสุขภาพแม่ (การฝากครรภ์ การคลอด ดูแลหลังคลอด) และการดูแลสุขภาพเด็ก (0-19 ปี) ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมการใช้บริการ

3.4 ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ มีการบูรณาการในระดับปฐมภูมิ ที่เข้มแข็ง มีระบบการประสานงานเชื่อมโยง ส่งต่อ ผู้การให้บริการที่โรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดตั้ง Maternal health center และ Child health center ที่มีคุณภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย โดยผู้ให้บริการหลักที่มีศักยภาพสูง 4 สาขาวิชาชีพ คือ ผดุงครรภ์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ มีแพทย์ให้การปรึกษาเมื่อมีปัญหา มีระบบการปรึกษา และส่งต่อกับโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือการมารับบริการที่ศูนย์ตามพ่อแม่ต้องการ

3.5 มีการจัดตั้งสถานดูแลเด็กวัยก่อนเรียน (preschool day care) ที่มีคุณภาพ โดยมีระบบการเรียนการสอนแบบเน้นเด็กเป็นศูนย์กลาง (child center) มีอัตราจำนวนบุคลากรต่อจำนวนเด็กอย่างเหมาะสม มีครูที่มีคุณภาพสูงดูแลเด็ก

3.6 มีการจัดตั้ง family center ที่บูรณาการทั้งด้านการดูแลสุขภาพแม่/ ลูก และการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน (pre-school) ไว้ในสถานที่เดียวกัน เป็นศูนย์รวมของครอบครัว ครอบคลุมการให้บริการทั้งแม่และเด็ก และเป็นสถานที่ที่ครอบครัวมาพบปะสังสรรค์กัน เพื่อให้เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ต่อยอดไปเรื่อยๆ

3.7 มี national guideline ให้ปฏิบัติในแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ รวมทั้งมี local guideline ทำให้มีแนวทางการทำงานที่ชัดเจน มีคุณภาพตามมาตรฐาน และยึดหยุ่นตามสภาพพื้นที่และปัญหา

4. บุคลากรผู้ให้บริการ มีบุคลากรพอเพียงในการทำงานครบทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีขีดความสามารถสูง ผู้ให้บริการในแต่ละวิชาชีพมีความเป็นอิสระ (independent) และรับผิดชอบในขอบเขตงานตนเอง แต่ก็มีลักษณะการทำงานเป็นทีมอย่างดี มีเจตคติที่ดีต่อการทำงาน เน้นคุณภาพของบุคลากร มีการฝึกอบรม ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง มีการทำการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่อยู่ตลอดเวลา
5. สถานบริการด้านสุขภาพ เป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน สำหรับผู้ให้บริการ มีอุปกรณ์ด้านการแพทย์และพยาบาลครบถ้วนทันสมัย เป็นสถานบริการที่เป็นมิตรต่อผู้รับบริการในทุกระดับการบริการ มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี มีบรรยากาศเหมือนบ้าน เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการที่สร้างความพึงพอใจแก่พ่อแม่ และครอบครัว
6. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่อง เกณฑ์การตลาดผลิตภัณฑ์อาหารทารกทดแทนนมแม่ชัดเจน มีมาตรการและบทลงโทษ เมื่อมีการละเมิดเกณฑ์ฯ
7. มีกลุ่มสนับสนุนนมแม่ที่ก่อตั้งมาอย่างยาวนานและมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง ทั้งในกลุ่มที่มาจากมารวมกลุ่มแม่ และกลุ่มที่มาจากมารวมกลุ่มเครือข่ายองค์กรวิชาชีพ
8. ผู้รับบริการ คือ พ่อแม่ และครอบครัว มีการศึกษาดี มีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือสูงในการมีส่วนร่วมในการดูแลลูก หรือให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ

# How Breastfed Babies Grow?

## มาตรฐานสากลชุดใหม่สำหรับการเจริญเติบโตของเด็กทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ : ต่างจากมาตรฐานสากลเดิมและมาตรฐานไทยอย่างไร

ผศ.ดร.อุไรพร จิตต์แจ้ง  
สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งต่อการเจริญเติบโตที่เหมาะสมของทารกในช่วงปีแรก เพื่อการพัฒนาเด็กวันนี้ให้เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพในอนาคต เป็นที่น่ายินดีที่การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับประเทศอย่างจริงจังของเครือข่ายต่างๆ สามารถสร้างกระแสความสนใจและความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่รุ่นใหม่เพิ่มมากขึ้น แต่คงปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีแม่บางส่วนที่แม้จะมีความพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้แต่กลับเลี้ยงด้วยนมผสม และบางส่วนของแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวแต่ในที่สุดก็ให้นมผสมควบคู่ไปด้วย เนื่องจากขาดความมั่นใจว่านมตนเองเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของลูก ดังนั้น การช่วยให้แม่สามารถติดตามการเจริญเติบโตของลูกได้อย่างอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ ได้ด้วยตนเองจะช่วยให้แม่มีความสบายใจและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

การติดตามการเจริญเติบโตของเด็กโดยใช้เกณฑ์อ้างอิงหรือมาตรฐานการเจริญเติบโตมีการปฏิบัติกันในการสาธารณสุขมากกว่าครึ่งศตวรรษ แต่เกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสมควรเป็นมาตรฐานเฉพาะของแต่ละประเทศหรือควรใช้มาตรฐานสากลเป็นบรรทัดฐานเดียวกันยังเป็นประเด็นถกเถียงกันอยู่

ในปี ค.ศ. 2005 มาตรฐานสากลชุดใหม่ WHO Child Growth Standards ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการติดตามแบบแผนการเจริญเติบโตของกลุ่มตัวอย่างทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ใน 6 ประเทศจาก 5 ทวีป ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดหวังที่จะให้นานาประเทศพิจารณาใช้เป็นมาตรฐานสากล (international standard) สำหรับการเจริญเติบโตของเด็กทุกคนในโลก มีใช้เป็นเพียงเกณฑ์อ้างอิงสากล (international reference) อีกต่อไป

ในปี ค.ศ. 2006 สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประสานการจัดประชุมให้แก่ WHO-SEARO และ UNICEF-EAPRO ร่วมกันจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ "Introducing the New WHO Child Growth Standards" ขึ้นในกรุงเทพฯ เพื่อแนะนำมาตรฐานการเจริญเติบโตสากลชุดใหม่นี้แก่กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภาคพื้นแปซิฟิก และขอความคิดเห็นถึงโอกาสของการยอมรับหรือปัญหาอุปสรรคในการนำไปสู่การใช้เป็นมาตรฐานการเจริญเติบโตในแต่ละประเทศ

### ปัจจัยต่อมาตรฐานอ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก

การติดตามการเจริญเติบโตของทารกและเด็กเป็นกระบวนการสำคัญที่ผู้ดูแลเด็กจำเป็นต้องเข้าใจ

และสามารถปฏิบัติได้ หลายท่านอาจเคยได้ยินว่า ทารกแรกเกิดจะมีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยประมาณ 3,000 กรัม และน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงขวบปีแรก โดยมีน้ำหนักเป็น 2 เท่าของแรกเกิดเมื่ออายุ 5 เดือน และประมาณ 3 เท่าของแรกเกิดเมื่ออายุ 1 ปี หลังจากนั้น การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวจะชะลอตัวลง คือ เพิ่มขึ้นเพียงปีละ 2-3 กิโลกรัม

สำหรับความยาวของเด็กแรกเกิดนั้นโดยเฉลี่ยจะเป็น 50 เซนติเมตร โดยมีการเพิ่มขึ้นของส่วนสูงเป็น 1.5 เท่าของแรกเกิดหรือ 75 เซนติเมตร เมื่ออายุ 1 ปี และเป็น 2 เท่าของแรกเกิดหรือประมาณ 100 เซนติเมตรเมื่ออายุ 4 ปี ซึ่งเป็นเกณฑ์โดยประมาณเพื่อให้จดจำง่าย

แต่ในทางปฏิบัติ การประเมินระดับการเจริญเติบโตของเด็กจะมีค่าอ้างอิงสำหรับเปรียบเทียบอย่างละเอียดในช่วงอายุต่างๆ เป็นรายเดือน ซึ่งรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงทั้งน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กชาย-หญิง ก็แตกต่างกัน ชัดที่พันธุกรรมมีส่วนที่จะทำให้มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันในด้านน้ำหนักและส่วนสูงเมื่อเติบโตเต็มวัย ดังนั้นค่าอ้างอิงหรือค่ามาตรฐานของแต่ละชาติและแต่ละเพศจะมีความแตกต่างกันมากบ้างน้อยบ้าง แม้แต่ค่ามาตรฐานของประเทศเดียวกันก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวาระ การสำรวจใหม่แต่ละครั้งมักพบว่า ค่ามาตรฐานมักมีค่าขยับสูงขึ้น อันเนื่องจากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เปลี่ยนแปลงไป และกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเดิมอาจยังมีการเจริญเติบโตยังไม่เต็มศักยภาพของตน

### ดัชนีชี้วัดที่นิยมใช้ในงานเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในงานเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการก็มีหลายอย่างขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและความเหมาะสม สำหรับเด็กปฐมวัยนั้นจะนิยมใช้การแปลผลจากบันทึกการเจริญเติบโตของเด็กแต่ละคน โดยมีกราฟบ่งบอกค่าปกติและแสดงพื้นที่ในกราฟในส่วนที่เป็นการขาดสารอาหารระดับต่างๆ การประเมินว่าเด็กมีการเติบโตสมวัยหรือไม่ โดยนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงของเด็กอายุเดียวกัน ตัวบ่งชี้ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการประเมินการเจริญเติบโตนั้นควรใช้ "ความยาวตามเกณฑ์อายุ" (ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่าสองปี) หรือ "ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ" ซึ่งสะท้อนการขาดอาหารลักษณะเรื้อรังจนมีผลต่อการเจริญเติบโต และในการประเมินภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน และใช้บ่งชี้ภาวะขาดอาหารแบบเฉียบพลันที่ทำให้เด็กผอมลงโดยใช้ "น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว" (ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่าสองปี) หรือ "น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง" ส่วน "น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ" ซึ่งหลายท่านคุ้นเคยนั้นปกติจะใช้ประเมินว่ามีปัญหาการขาดอาหารในภาพรวมหรือไม่ (เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุเดียวกัน ไม่อาจจะบ่งชี้ว่ามีภาวะผอมหรือมีการเติบโตไม่สมวัย/ มีความยาวน้อยกว่าเด็กอายุเดียวกัน หรือมีทั้งสองลักษณะปัญหา) ในกรณีที่ไม่มีการวัดความยาว และเป็นพื้นที่ที่เด็กยังไม่มีปัญหาภาวะอ้วน อาจยังใช้ตัวชี้วัด "น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ" ในช่วงสองขวบปีแรกได้

### การพัฒนามาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกชุดใหม่

แม้ว่ามีหลายการศึกษาสนับสนุนว่าเด็กปฐมวัยในประเทศต่างๆ มีการเจริญเติบโตใกล้เคียงกันมากในช่วง 5 ปีแรก หากได้รับการเลี้ยงดูในปัจจัยแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพอนามัยและโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม และการใช้มาตรฐานสากลเดียวกันเพื่อการเปรียบเทียบสถานการณ์ระหว่างนานาประเทศ แต่หลายประเทศก็ยังลังเลที่จะใช้มาตรฐานสากลร่วมกัน สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต



เติบโตสากลที่องค์การอนามัยโลกใช้อยู่เดิมหรือที่เรียกกันว่า National Centre for Health Statistics growth reference (NCHS) มีความเอนเอียงของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กอเมริกันเชื้อสายยุโรป และเลี้ยงด้วยนมผสมในวัยทารก

จากปัญหาดังกล่าวในปี ค.ศ. 1993 WHO ได้ทำการทดลองประมวลผลการเจริญเติบโตของเด็กทารกสุขภาพดีที่เลี้ยงด้วยน้ำนมแม่อย่างน้อยสองครั้งต่อวัน ไม่น้อยกว่า 12 เดือน 2,478 คนจากพื้นที่ของ Human Reproduction Program (HRP) ที่ WHO ดำเนินการอยู่ 7 แห่งใน 5 ประเทศ (ชิลี อียิปต์ ยังการี เคนยา และไทย) มารวมกันทำเป็นเกณฑ์อ้างอิงสำหรับทารกที่กินน้ำนมแม่ (pooled breastfed data set) เปรียบเทียบกับ NCHS พบว่าแบบแผนน้ำหนักต่ออายุของ pooled breastfed data set นี้มีความแตกต่างจาก NCHS อย่างชัดเจน และเมื่อนำข้อมูลทารกในพื้นที่ของ HRP ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการกินนมแม่อย่าง เดียวไม่น้อยกว่า 4 เดือน ร้อยละ 30 มาประเมินด้วยเกณฑ์จาก pooled breastfed data set นี้ จะพบว่า ทารกจะมีอัตราน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่า เมื่อประเมินด้วย NCHS ใน 6 เดือนแรก แต่กลับต่ำกว่าใน 6 เดือน หลัง โดยมีอัตราค่อนข้างคงที่ตลอดขวบปีแรก ขณะที่เมื่อประเมินด้วย NCHS จะมีอัตราน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์สูงขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละเดือนตลอดขวบปีแรก ซึ่งอาจเกิดจากทารกที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างของ NCHS เลี้ยงด้วยนมผสมสูตรดั้งเดิมของสมัยนั้นมีโอกาสได้รับพลังงานเกินความต้องการ<sup>2</sup>

จากผลการศึกษา นำมาสู่แนวความคิดที่จะพัฒนามาตรฐานการเจริญเติบโตที่มีกลุ่มตัวอย่างจาก ทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูตามแนวทางปฏิบัติที่ดีทั้งโภชนาการ สิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพ เกิดเป็นการ ศึกษาเกณฑ์อ้างอิง WHO ชุดใหม่ หรือ Multicentre Growth Reference Study (MGRS) ขึ้น ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2003 มีกลุ่มตัวอย่างจากภูมิภาคต่างๆ ของโลก 5 ทวีปใน 6 ประเทศ คือ บราซิล กานา อินเดีย นอร์เวย์ โอมาน และสหรัฐอเมริกา มีข้อกำหนดในการคัดกรองเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อ การเจริญเติบโตของเด็ก ทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพของแม่ (ไม่สูบบุหรี่ทั้ง ระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด) และมีความตั้งใจที่จะทำตามแนวทางปฏิบัติที่ดีต่างๆ ในการเลี้ยงเด็ก ซึ่งจะ ได้รับคำแนะนำจากโครงการ ซึ่งมีการเยี่ยมบ้าน 21 ครั้งในระหว่างการศึกษาระดับติดตามต่อเนื่องระยะยาวใน เด็กกลุ่มเดิมตั้งแต่แรกเกิดจนครบ 24 เดือน เริ่มจากผู้เข้าร่วมโครงการ 1,743 คน โดยมีประมาณครึ่งหนึ่ง ที่สามารถทำตามแนวทางปฏิบัติได้สมบูรณ์ตลอดการติดตาม 24 เดือนนั้น ผนวกกับกลุ่มตัวอย่างจากการ ศึกษาแบบภาคตัดขวางในเด็กอายุ 18-71 เดือนอีก 6,669 คน มีการระดมผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสถิติและด้าน การเจริญเติบโตของเด็กจากทุกมุมโลกให้มีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานอ้างอิงชุดนี้<sup>4</sup>

### พัฒนาการของมาตรฐานการเจริญเติบโตของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการพัฒนามาตรฐานการเจริญเติบโตจากกลุ่มประชากรตัวอย่างเด็ก ในประเทศตนเองมาเป็นระยะๆ โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างเด็กปกติที่มาจากครอบครัวฐานะปานกลางในกรุงเทพฯ จำนวน 7,354 คน พัฒนาเป็นมาตรฐานการเจริญเติบโตของเด็กไทยชุดแรก ในปี พ.ศ. 2518 ซึ่งใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ เด็กไทย 0-5 ปี ใช้วิธีแบ่งระดับภาวะโภชนาการตามความรุนแรงของการขาดโปรตีนและพลังงานเป็น 3 ระดับ (Gomez's classification) และได้นำมาใช้ในการติดตามการเจริญเติบโต ตลอดจนการเฝ้าระวังทาง โภชนาการ ของเด็กอายุ 0-60 เดือน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั่วประเทศมาเกือบ 30 ปี

กรมอนามัยได้สำรวจทำมาตรฐานชุดที่สองหรือชุด พ.ศ. 2530 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 49,756 คน พัฒนามาเป็นเกณฑ์อ้างอิง "มาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน-19 ปี"<sup>6</sup> โดยมีกรณำเสนอข้อมูลแยกเป็นเพศหญิง-ชาย และแสดงค่าเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ระดับต่างๆ แต่ วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นลักษณะ semi-potential group กล่าวคือ มีเพียงการคัดกรองเด็กที่มีภาวะ หูพโภชนาการชัดเจนและเด็กที่มีความผิดปกติต่างๆ รวมทั้งเด็กที่มีโรคเรื้อรังหรือเจ็บป่วยในวันสำรวจออก จากกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น บางส่วนที่เป็นตัวแทนอาจเติบโตไม่เต็มศักยภาพ ประกอบกับตัวแทนจากกรุงเทพฯ และ 9 จังหวัดในภาคต่างๆ อยู่ในสัดส่วน 1:5.5 สุ่มตัวอย่างถึงระดับอำเภอ พบว่าเส้นมาตรฐานของน้ำหนัก ต่ออายุในเด็ก 0-60 เดือนไม่ค่อยแตกต่างจากชุดเดิม ดังนั้นมาตรฐานชุดนี้จึงนำไปใช้เฉพาะในเด็กวัยเรียน แต่ในส่วนของการประเมินการเจริญเติบโตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสมุดบันทึกสุขภาพของกรมอนามัย หรือที่เรียก ติดปากกันว่า สมุดลิขิมพู่ ยังคงใช้มาตรฐานชุด พ.ศ. 2518 ต่อเนื่องมาจนถึงแผนฯ 9

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำมาตรฐานการเจริญเติบโตชุดปัจจุบันขึ้น ในปี พ.ศ. 2537-2538 (THAI 1997) ซึ่งคณะทำงานจัดทำ "เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการอื่นๆ ของประชาชน ไทย" มีมติให้เก็บรวบรวมข้อมูลในเด็กอายุ 1 วัน-19 ปี มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเลือกตัวแทนที่จะมาเป็น กลุ่มตัวอย่างให้เป็นเด็กสุขภาพดีและเติบโตเต็มศักยภาพ (full potential) มีเงื่อนไขการคัดกรองมากขึ้นโดย ใช้ socio-economic score ของครอบครัว ร่วมกับการคัดกรองผู้มีอาการป่วย โรคเรื้อรัง โรคโภชนาการ อากาศพิการทางร่างกาย ประสาทพิเศษ และประวัติน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าหรือเกินเกณฑ์ปกติ การเป็นลูก แผลด ออกจากกลุ่มตัวอย่าง<sup>7</sup> มีข้อมูลจากเด็กกรุงเทพฯ และในเขตตัวเมือง 16 จังหวัด จากภาคต่างๆ ใน สัดส่วน 1:3 ช่วงเด็กวัยทารกอายุ 1 เดือนถึงเกือบ 3 ปี เก็บข้อมูลได้ค่อนข้างยาก ทำให้ได้จำนวนข้อมูลต่ำกว่าที่กำหนดไว้ แสดงค่าข้อมูลทั้งแบบเปอร์เซ็นต์ไทล์ และ SD ระดับต่างๆ ในรูปแบบเดียวกันกับมาตรฐาน สากล กรมอนามัย ได้เริ่มนำมาตราฐานแทนที่มาตรฐานเดิม (ชุด พ.ศ.2518) ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ในช่วงปี พ.ศ. 2546 มีการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบแยกเพศหญิงและชาย รวมทั้งการเปลี่ยนเกณฑ์ตัดสินจาก การแบ่งระดับความรุนแรง 3 ระดับที่คุ้นเคยกันมานาน มาเป็นเกณฑ์เดียว โดยกำหนดให้ค่าที่ต่ำกว่า -2 SD ของมาตรฐานเป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะทุพโภชนาการ ด้านการขาดอาหารในระดับที่ต้องแก้ไข และระดับที่ต่ำกว่า -1.5 SD เป็นระดับเตือนให้ปรับปรุงก่อนที่จะมีปัญหาจนตกเกณฑ์ ใช้กับดัชนีชี้วัดภาวะทุพ โภชนาการทั้งสามตัวบ่งชี้ คือ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตาม เกณฑ์ส่วนสูง (ภาวะผอม) สำหรับดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการเกิน ใช้เฉพาะตัวบ่งชี้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง กำหนดให้ค่าที่สูงกว่า +2 SD เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการเกินในระดับที่ต้องแก้ไข (หรือเริ่มอ้วน) และ ระดับที่สูงกว่า +1.5 SD เป็นระดับเตือนให้ปรับปรุงก่อนที่จะมีปัญหาจนเกินจนเกิดปัญหาภาวะอ้วน<sup>8</sup>

### เหมือนหรือแตกต่างระหว่างมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลกชุดเก่า-ใหม่ และไทย

เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานซึ่งปกติจะใช้เป็นค่ามาตรฐานของภาวะโภชนาการชุดนั้นๆ จะเห็นได้ว่า มาตรฐานการเจริญเติบโตสากลชุดใหม่หรือ WHO Child Growth Standards (WHO 2005) มีระดับค่า มัธยฐานของน้ำหนักและความยาวแรกเกิดทั้งสองเพศใกล้เคียงกันกับทั้ง NCHS และ THAI 1997 ค่า มัธยฐานของความยาวในช่วงอายุ 0-24 เดือน ของ WHO 2005 และ NCHS อยู่ในระดับเดียวกันทั้ง เพศชายและหญิง แต่สูงกว่าของ THAI 1997 ซึ่งแสดงว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยน้ำนมแม่ไม่ได้มีการเจริญเติบโต



## เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Report of a Regional Workshop: Introducing the New WHO Child Growth Standards. Bangkok, Thailand, 5-7 June 2006. WHO-SEARO, Dec. 2006.
2. Cutberto Garza and Mercedes de Onis. Rationale for developing a new international growth reference. Food Nutr Bull. 2004; 25 Suppl 1: S5-14.
3. Mercedes de Onis, Cutberto Garza, Cesar G. Victora, Adelheid W. Onyango, Edward A. Frongillo and Jose Martines, for the WHO Multicentre Growth Reference Study. The WHO Multicentre Growth Reference Study: Planning, study design, and methodology. Food Nutr Bull. 2004; 25 Suppl 1: S15-26.
4. WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study. Acta Paediatrica. 2006, suppl 450: 7-15
5. พวงทอง ดันติวงษ์, ไพฑูรย์ ปวีร์พรหม และสุนันท์ แข็งแรง. การศึกษาเบื้องต้นในการจัดทำมาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. การอนามัยและสิ่งแวดล้อม 1979; 2: 3 Sep-Dec.
6. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน-19 ปี, พ.ศ. 2530.
7. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน-19 ปี, พ.ศ. 2542
8. กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะการเจริญเติบโตของเด็กไทย, พ.ศ. 2543.
9. WHO. WHO Child Growth Standards: Methods and Development. WHO, Geneva, 2006
10. ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544
11. Uraiporn Chittchang. Poster presentation in: Regional Workshop: Introducing the New WHO Child Growth Standards. Bangkok, Thailand, 5-7 June 2006
12. Khanjanasthiti P. Anthropometric nutritional classification in Thai infants and preschool children. 1977; 60 suppl, 1:1-19
13. Sesvaste C. Weights and measurements of the Siamese new-bom. JMAT 1932; 15: 385-389
14. มนตรี มงคลสมัย. สถิติน้ำหนักและความสูงของเด็กไทยจดหมายเหตุทางแพทย์ พ.ศ. 2482; 22: 369-381
15. เพ็ญศรี กาญจนชัยวุฒิ, จวิวัฒน์ จุฑณานนท์, ศิริพัฒน์ วัฒนเกษตร และคณะ. การเจริญเติบโตของเด็กในกรุงเทพฯ อายุ 0-18 ปี ใน พ.ศ. 2524-2527, รายงานทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ พ.ศ. 2529
16. Agarwal K.N., Agarwal D.K., Benakappa D.G., Gupta S.M., Khanduja P.C., Khatua S.P., Ramachandran K., Udani of affluent Indian children (Under-fives), Growth standard for Indian children. Nutrition Foundation of India, 1991
17. Sophie S.F. Leung. Growth standards for Hongkong: a territory wide survey in 1993. Department of Paediatric, The Chinese University of Hongkong, October 1994
18. Sakamoto M, Takaishi M. Asian children-Are they taller and heavier? Trend in growth and body composition. (Personnel contract)

"แม่ที่ดีกับแม่ไม่" ทุกที่... ทุกคน... สนิบสนุนแม่ได้

## การเจริญเติบโตของทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียว

รศ. พญ. กุสุมา ชูศิลป์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การเจริญเติบโตของทารกขึ้นกับการผสมกลมกลืนของพันธุกรรมและปัจจัยแวดล้อมตั้งแต่อยู่ในครรภ์ และระยะหลังเกิด พันธุกรรมเป็นปัจจัยทางธรรมชาติของเด็กแต่ละคนที่ได้รับจากบิดามารดา การเจริญเติบโตของอวัยวะได้รับอิทธิพลสูงจากพันธุกรรม เช่น การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อสมองระดับสติปัญญาและความสูง การเจริญเติบโตของร่างกายขึ้นกับการทำงานของฮอร์โมนภายใต้การกำกับของพันธุกรรมและการเลี้ยงดูทารกและเด็ก ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ระยะปริกำเนิด และการเลี้ยงดูในระยะหลังเกิดทำให้อวัยวะต่างๆ มีการเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ การเลี้ยงดูที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสิ่งแวดล้อมตามขั้นตอนการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ช่วยเพิ่มการสร้างเนื้อเยื่อประสาทและสมอง การได้รับอาหารที่มีสารอาหารและสารชีวภาพที่แตกต่างกันจะทำให้การเจริญเติบโตของทารกและเด็กเข้าสู่ภาวะเจริญเติบโตที่ต่างกัน การกระตุ้นพัฒนาการที่ต่างกันจะทำให้การเชื่อมโยงของสมองเพื่อการเรียนรู้ และการแปลผลประสบการณ์จากการเรียนรู้ก็จะแตกต่างกัน

### ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโต

แม้ว่าการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ขึ้นกับการถ่ายทอดลักษณะพันธุกรรม การสัมผัสสารกระตุ้นความพิการ การติดเชื้อจากมารดาขณะตั้งครรภ์ โรคและภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการของมารดา เป็นปัจจัยสำคัญที่รบกวนการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งมีผลต่อเนื่องไปยังการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลังเกิด

โภชนาการหลังเกิดมีอิทธิพลสูงมากต่อการเจริญเติบโตโดยเฉพาะในช่วงปีแรก สรีรวิทยาในการรับอาหารเข้าสู่ร่างกายของทารกจำกัดมากในช่วงอายุ 3-4 เดือนแรกหลังเกิด ถ้าใส่ทารกยังมีน้ำย่อยไขมันจากตับอ่อนที่ค่อนข้างจำกัด แต่ทารกที่ได้รับนมแม่สามารถย่อยไขมันได้ดี เพราะได้น้ำย่อยไขมันในนมแม่ไปช่วยย่อยไขมัน การย่อยโปรตีนต้องอาศัยกรดในกระเพาะและน้ำย่อยเปปซินที่มีปริมาณจำกัด จึงย่อยโปรตีนเวย์ที่พบสูงมากในน้ำนมแม่ได้ดีกว่าโปรตีนเคซีนที่มีสูงมากกว่าในนมวัว ทารกสามารถย่อยน้ำตาลบางชนิดได้ดี เช่น แลคโตสที่มีมากที่สุดในน้ำนมแม่ เมื่อเปรียบเทียบกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ชนิดอื่นๆ นอกจากนี้สภาพที่ไตยังทำงานไม่เต็มที่ การขับทิ้งโปรตีน โซเดียม และภาวะกรดยังจำกัดมาก ทารกที่ได้รับนมวัวจะได้โปรตีนและโซเดียมสูงเกิน ทำให้ไตทำงานหนักและเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ช่วงแรกเกิดถึงอายุ 1 ปี ทารกต้องการกำลังงานสูงสุดเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และต้องการโปรตีนที่มีคุณภาพเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้

อย่างเต็มที่ ทารกไทยที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมชั้นหวาน มีภาวะทุพโภชนาการและความเจ็บป่วยสูงกว่าทารกที่ได้รับนมแม่

การให้แร่ธาตุบางชนิดเสริมการให้อาหารทารกช่วยให้ทารกมีการเจริญเติบโตดีขึ้น เช่น การทดลองในทารกอายุ 4-9 เดือนที่เคยได้รับนมแม่อย่างเดียวมาแล้ว กลุ่มทารกที่ได้รับธาตุสังกะสีปริมาณ 5 มิลลิกรัม/วัน นาน 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนเบียงเบนมาตรฐานของความยาวเทียบอายุ (Z-Score of length for age) เพิ่มขึ้น (+0.21) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเบียงเบนมาตรฐานของความยาวเทียบอายุลดลง (-0.13)<sup>2</sup>

การรับประทานอาหารและสุขภาพของมารดาทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับน้ำหนักแรกเกิดของทารก ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ของมารดาชาวเดนมาร์กมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับน้ำหนักแรกเกิดของทารก มารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ <math>18.5, 18.5-24.9, 25.0-29.9</math> และ >math>30.0</math> กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> คลอดลูกที่มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักแรกเกิด (ค่าเบียงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 3436 (436) กรัม 3648 (477) กรัม 3746 (505) กรัม และ 3804 (514) กรัมตามลำดับ อัตราการเพิ่มของน้ำหนักตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 1 ปี แปรตามดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของทารกและระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่น้อยกว่า 20 สัปดาห์ มารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ > 30.0 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และเริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกก่อนอายุ 16 สัปดาห์ ส่งผลให้ลูกอายุ 1 ปีมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเกินกว่าเด็กอื่นๆ เท่ากับ 0.7 กิโลกรัม<sup>3</sup>

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมของมารดามีอิทธิพลมากต่อการเจริญเติบโตของทารกในช่วงอายุ 0-2 ปี เด็กในประเทศบราซิลที่มีการเจริญเติบโตช้าอยู่ในครอบครัวที่มีอุปกรณ์เครื่องใช้ น้อย มีมารดาที่ไม่ฝากครรภ์ และมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย การศึกษาเด็กที่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเรื้อรัง (ค่าคะแนนเบียงเบนมาตรฐานของน้ำหนักเทียบอายุต่ำกว่าค่า -2) พบว่า เด็กที่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเรื้อรังเป็นเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และพบว่ามารดาของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีลักษณะตัวเตี้ยและมีการศึกษา น้อย ในสภาพของครอบครัวที่มีน้ำใช้ในบ้านคุณภาพไม่ดีและยังเลี้ยงทารกด้วยนมผสมอย่างสม่ำเสมอ ยิ่งเพิ่มโอกาสให้เด็กที่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเรื้อรังมีภาวะอูจาระร่วงตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป

ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของทารกและเด็ก การศึกษาผลของภาวะโลหิตจางต่อการเจริญเติบโตของทารกและเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 35 เดือน ในประเทศอัฟริกา พบว่า กลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง (จำนวน 238 ราย) มีภาวะน้ำหนักขึ้นช้ากว่าเกณฑ์เป็น 1.89 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง (จำนวน 241 ราย)<sup>4</sup> ภาวะความเจ็บป่วย เช่น อูจาระร่วงมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในช่วง 12 เดือนแรก ทารกที่มีภาวะอูจาระร่วงนานเกิน 7 วัน มีอัตราการเพิ่มความยาวน้อยกว่าทารกที่มีอูจาระร่วงน้อยกว่า 7 วัน<sup>5</sup>

#### ข้อกำหนดการให้อาหารทารก

ตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ทั่วโลกยอมรับว่าทารกทุกคนควรได้รับนมแม่ในช่วง อายุ 4-6 เดือนแรก อีก 10 ปีต่อมา องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟได้ออกแถลงการณ์การปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยตั้งเป้าหมายให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4-6 เดือน ร้อยละ 30 ขึ้นไปในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก<sup>6</sup> นักวิชาการยอมรับว่านมแม่มีสารอาหารครบถ้วน ไม่ควรเสริมเครื่องดื่มหรือนมผสมและอาหารอื่นๆ ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนแรก เพียงพอ

สำหรับการเจริญเติบโต ทารกที่หย่านมแม่ก่อนอายุ 12 เดือน ยังไม่ควรได้นมวัว แต่ควรได้นมผสมที่เสริมธาตุเหล็ก การให้อาหารควรเริ่มทีละอย่าง อย่างละน้อยๆ อาหารควรอุดมด้วยธาตุเหล็ก ถ้าเป็นไปได้ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 12 เดือน น้ามนแม่ช่วยลดอัตราการเกิดและความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หูชั้นกลางอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสน้ำโลหิต การติดเชื้อโบทิลิซึม ทางเดินปัสสาวะอักเสบ และโรคลำไส้เน่า (necrotizing enterocolitis) มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันภาวะทารกตายกะทันหัน (sudden infant death syndrome) โรคเบาหวาน โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคเมริงท่อม้ำเหลือง โรคภูมิแพ้ และโรคต่างๆ ที่มีปัญหาการย่อยและการดูดซึมสารอาหารไม่ครบถ้วน<sup>6</sup>

ในปี พ.ศ. 2544 นักวิชาการบางท่าน ยังมีความขัดแย้งเกี่ยวกับอายุที่เหมาะสมในการให้นมแม่อย่างเดียว ผลการทบทวนผลงานวิจัยที่มีอยู่มากมายยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่สนับสนุนอายุที่ควรเริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกที่ได้รับนมแม่หรือนมผสม<sup>7</sup> การให้นมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือนแก่ทารกในประเทศที่กำลังพัฒนาช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อทางเดินอาหาร แต่อาจทำให้ทารกมีปัญหาภาวะขาดธาตุเหล็กหลังอายุ 6 เดือนเพิ่มขึ้น<sup>8</sup> อย่างไรก็ตามในปีเดียวกันนั้น ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเด็กเน้นการให้อาหารเสริมตามวัยเมื่อทารกต้องการสารอาหารเกินกว่าปริมาณสารอาหารที่ได้รับจากนมแม่อย่างเดียว อาหารเสริมต้องมีสารอาหารเพียงพอทั้งกำลังงาน โปรตีน รวมทั้งวิตามิน และเกลือแร่ อาหารเสริมควรเตรียมและจัดใส่ในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย และมีการให้อาหารเสริมอย่างเหมาะสม องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว นาน 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นจนเข้าขวบปีที่ 2 หรือนานกว่านั้น<sup>12</sup>

#### ลักษณะการเจริญเติบโต

ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่มีรูปแบบการเจริญเติบโตที่แตกต่างจากทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม ทารกที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงแต่ได้รับพลังงานน้อยกว่าทารกที่ได้นมผสม แต่สัดส่วนสารอาหารที่ให้พลังงานนั้นก็แตกต่างจากนมผสมด้วย เพราะสารอาหารที่ให้กำลังงานในนมแม่มาจากโปรตีนน้อยกว่าคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เมื่อทารกอายุ 1 เดือนดัชนีมวลกายของทารกที่ได้รับนมแม่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับ Leptin ในนมแม่ ในขณะที่ปริมาณ Leptin ในนมแม่สูงตามดัชนีมวลกายของแม่ เมื่อทารกมีอายุ 5 ปี ทารกที่ได้รับและไม่ได้รับนมแม่มีปริมาณไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกัน<sup>9</sup>

การศึกษาติดตามทารกตั้งแต่อายุ 6 เดือนจนถึง อายุ 24 เดือน ในทารกที่ได้นมแม่ 40 ราย และในกลุ่มทารกที่ได้นมผสม 36 ราย แม้ว่าทารกทั้ง 2 กลุ่มมีน้ำหนักและความยาวแรกเกิดไม่แตกต่างกัน กลุ่มทารกที่ได้นมแม่ทั้งเพศหญิงและเพศชาย นาน  $315 \pm 152$  วัน และ  $362 \pm 190$  วัน ตามลำดับ ได้นมผสมเมื่ออายุเฉลี่ย  $4.4 \pm 4.5$  เดือน และได้อาหารอื่นเมื่ออายุ 5 เดือนโดยเฉลี่ย กลุ่มที่ได้นมผสมเริ่มอาหารอื่นเมื่ออายุประมาณ 4 เดือนหรือน้อยกว่านั้น เมื่ออายุ 3 เดือนทารกกลุ่มนมแม่ได้ปริมาณนมเฉลี่ย  $814 \pm 177$  กรัม และ  $715 \pm 111$  กรัมในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ ทารกกลุ่มนมผสมได้ปริมาณนมเฉลี่ย  $867 \pm 1159$  กรัม และ  $809 \pm 123$  กรัมในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มนมแม่เมื่ออายุ 3 เดือนและ 6 เดือน ทารกกลุ่มนมแม่จึงได้รับสัดส่วนพลังงานจากโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตที่น้อยกว่าทารกกลุ่มนมผสม ตั้งแต่อายุ 6 เดือนทารกกลุ่มนมแม่ได้นมผสมเสริมกับการให้นมแม่อย่างต่อเนื่อง เมื่อถึงอายุ 12 เดือนและ 24 เดือน ทารกทั้ง 2 กลุ่มได้รับปริมาณสารอาหารไม่แตกต่างกัน

ขณะอายุ 9 และ 12 เดือน ทารกกลุ่มนมผสมมีน้ำหนักมากกว่าทารกกลุ่มนมแม่ อัตราการเพิ่มน้ำหนักของทารกกลุ่มนมผสมเร็วกว่าทารกกลุ่มนมแม่ ขณะที่ช่วง 3-6 เดือน สัดส่วนทั้งความยาว เส้นรอบศีรษะ เส้นรอบอก และเส้นรอบต้นขาไม่แตกต่างกัน ส่วนประกอบของร่างกายที่แตกต่างระหว่างทารกกลุ่มนมแม่และทารกกลุ่มนมผสมได้แก่ปริมาณน้ำในร่างกายที่ทารกกลุ่มนมแม่มีน้อยกว่าทารกกลุ่มนมผสมที่อายุ 3 เดือน เฉพาะอายุ 3 เดือนแรกเท่านั้นที่ร่างกายของทารกกลุ่มนมแม่มีปริมาณโปรตีนน้อยกว่าทารกกลุ่มนมผสม ส่วนประกอบที่ไม่ใช่ไขมันในร่างกายของทารกกลุ่มนมแม่น้อยกว่าทารกกลุ่มนมผสมเฉพาะช่วงอายุ 3 เดือนเท่านั้น แต่สัดส่วนร้อยละของเนื้อเยื่อไขมันของทารกกลุ่มนมแม่สูงกว่าทารกกลุ่มนมผสมเมื่ออายุ 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือนโดยเฉพาะในเด็กผู้ชาย<sup>14</sup>

### การเจริญเติบโตของทารกและเด็กในประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมแม่ในประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรปมีรูปแบบที่แตกต่างจากทารกที่ได้รับนมผสมและเส้นมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก<sup>15</sup>

ในปี พ.ศ. 2523 การศึกษาทารกในประเทศบราซิลจำนวน 96 ราย มีระยะเวลาเฉลี่ยของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 7 เดือน มีทารก 3 รายใน 96 ราย ที่ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังอายุ 12 เดือน ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังอายุ 6 เดือนยังคงมีน้ำหนักและความยาวอยู่ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ของค่ามาตรฐาน ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังอายุ 9 และ 10 เดือน มีขนาดร่างกายอยู่ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียวยังอายุ 12 เดือนมีน้ำหนักและความยาวลดต่ำลงจากเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ไปสู่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานมากกว่า 6 เดือนไม่มีการเจริญเติบโตที่แตกต่างจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหรือน้อยกว่านั้น<sup>16</sup> ในประเทศสวีเดน ที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2528 ทารกยังคงมีการเจริญเติบโตที่อายุ 6 เดือนตามเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกัน แต่ทารกในประเทศอังกฤษที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เมื่อทารกอายุ 3-4 เดือน<sup>17</sup>

ในปี พ.ศ. 2543 ทารกจำนวน 94 รายในสหรัฐอเมริกายังคงเริ่มให้อาหารอื่นๆ นอกเหนือจากนมแม่ก่อนอายุ 6 เดือน โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มให้ธัญพืชเท่ากับ 4 เดือน (0.5-6.5 เดือน) ให้น้ำผลไม้อายุ 4.5 เดือน (1-11 เดือน) ให้นมแม่ 5.0 เดือน (1-7.7 เดือน) และให้อาหารผสม 7.0 เดือน (3-12.2 เดือน) เด็กจำนวน 60 รายใน 94 รายที่เริ่มให้อาหารอื่นเมื่ออายุ 4 เดือน การให้อาหารเสริมไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มน้ำหนัก การเจริญเติบโตของทารกหลังอายุ 12 เดือน คล้ายคลึงกับการเจริญเติบโตในช่วงก่อน 12 เดือน การเพิ่มอาหารประเภทผักอาจทำให้น้ำหนักเปลี่ยนแปลงทางลบเล็กน้อย<sup>18</sup> การศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2542-2544 พบว่า ทารก 35,526 รายในอเมริกา มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสัมพันธ์ผกผันกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้นมแม่อย่างเดียวย การให้นมแม่อย่างเดียวนานกว่า 6 เดือนมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนเพียง 0.94 เท่า (95% CI 0.83, 1.07) ของเด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน<sup>19</sup>

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังให้ผลดีต่อการเจริญเติบโตของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-1,500 กรัม ที่ได้รับนมแม่มีน้ำหนักเพิ่มเป็น 2 เท่า และ 3 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดเมื่ออายุ 10 และ 18 สัปดาห์ตามลำดับ สำหรับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,501-2,000 กรัม มีน้ำหนักเพิ่มเป็น 2 เท่า และ 3 เท่าของน้ำหนักแรกเกิดเมื่ออายุ 12 และ 16

สัปดาห์ตามลำดับ ก่อนอายุ 11 สัปดาห์มีอัตราเพิ่มน้ำหนัก 30 กรัมต่อวัน และมีอัตราเพิ่มน้ำหนัก 20 กรัมต่อวันหลังอายุ 12 สัปดาห์<sup>20</sup>

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมที่เคยได้นมแม่อย่างเดียวยังในช่วง 4 เดือนแรก หลังเกิด มีอัตราการเพิ่มน้ำหนักตลอด 4 เดือนแรก เฉลี่ย 14.78 กรัม/กก./วัน หลังจากน้ำหนักกลับสู่น้ำหนักแรกเกิดทารกมีค่าเฉลี่ยอัตราเพิ่มน้ำหนัก 23.2 กรัม/วัน โดยมีอัตราการเพิ่มของความยาวและเส้นรอบศีรษะเฉลี่ย 0.84 ต่อสัปดาห์ และ 0.71 ซม.ต่อสัปดาห์ตามลำดับ ปริมาณของโปรตีน BUN และ albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ<sup>21</sup>

ในปี พ.ศ. 2551 การสุ่มทดลองให้นมแม่อย่างเดียวยังและการให้นมแม่เสริมธาตุอาหารในทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 750-1,800 กรัมจำนวน 39 ราย พบว่า กลุ่มที่เคยได้นมแม่มากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนมือนมและนมแม่เสริมสารอาหารครบถ้วนนาน 12 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีขนาดศีรษะโตกว่ากลุ่มทารกที่ได้นมแม่โดยไม่เสริมสารอาหาร แต่ไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเทียบอัตราการเพิ่มน้ำหนักตัวระหว่าง 2 กลุ่ม<sup>22</sup>

การติดตามผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังเทียบกับดัชนีมวลกายของมารดาในประเทศไอร์แลนด์ พบว่า ดัชนีมวลกายของมารดาสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง และมีผลเชิงบวกกับพัฒนาการด้านการเรียนรู้เมื่ออายุ 6 ปี<sup>23</sup>

### การเจริญเติบโตของทารกและเด็กในประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศเบลารุสเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ทำการวิจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลก และเป็นประเทศที่ใช้การศึกษาสุ่มทดลองการปั๊มนมได้ 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกในปี พ.ศ. 2545 การศึกษาพบว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่ทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง 3 เดือน (43.3%) สูงกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ควบคุม (6.4%) น้ำหนักเมื่ออายุ 1 เดือนของเด็กที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทดลอง (4,341 กรัม) สูงกว่าเด็กในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ควบคุม (4,290 กรัม) เมื่อดำเนินจนถึง 3 เดือน เด็กที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวยังในโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทดลองยังคงมีน้ำหนัก (6,153 กรัม) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (6,047 กรัม) ที่อายุ 6 เดือน เด็กในพื้นที่ทดลองกลุ่มทดลองยังคงมีน้ำหนัก (8,333 กรัม) มากกว่ากลุ่มควบคุม (8,042 กรัม) แสดงว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง 6 เดือนไม่มีผลเชิงลบต่อการเจริญเติบโตของทารก และเมื่อติดตามทั้งสองกลุ่มจนถึงอายุ 9 เดือน และ 12 เดือน ทารกมีน้ำหนักตัวไม่แตกต่างกัน<sup>24</sup>

การศึกษาความสัมพันธ์ของการเจริญเติบโตกับการเจ็บป่วย พ.ศ. 2546 เมื่ออายุ 3 เดือน การศึกษาเด็ก 1,115 รายพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยัง 97% (381/483) ในกลุ่มทดลอง และ 48% (197/412) ในกลุ่มควบคุม อัตราการเกิดอุจจาระร่วงมากกว่า 7 วันเมื่ออายุ 3 เดือน ในกลุ่มทดลองเป็น 0.64 เท่า (95% CI 0.44, 0.95, p = 0.028) ของกลุ่มควบคุมเมื่ออายุ 3 เดือน และ 6 เดือน สัดส่วนของเด็กที่มีน้ำหนัก/อายุ หรือส่วนสูง/อายุไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สรุปว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังมีความเป็นไปได้ในประเทศกำลังพัฒนา และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังลดความเสี่ยงภาวะอุจจาระร่วง<sup>25</sup>

พ.ศ. 2546 Kramer MS. และคณะ ได้ทำการศึกษาศึกษาเด็กในประเทศเบลารุส และสุ่มเลือกเด็กที่ได้รับนมแม่จนถึงอายุ 3 เดือน มาจัดแบ่งเด็กที่อายุ 3 เดือนออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก (จำนวน 2,862 ราย) ได้กินนมแม่อย่างเดียว 3 เดือนเท่านั้น แล้วให้อาหารอื่นๆ หลังจากอายุ 3 เดือน และกลุ่มที่สอง (จำนวน 621 ราย) ได้รับนมแม่อย่างเดียว  $\geq 6$  เดือน ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน ได้รับนมผสม ร้อยละ 14.5 (ประมาณ 1-4 ครั้งต่อวัน) ร้อยละ 83.6 ได้รับน้ำผลไม้ (ประมาณ 1-2 ครั้งต่อวัน) ร้อยละ 54.8 ได้รับธัญพืช (ประมาณ 1 ครั้งต่อวัน) และร้อยละ 78.2 ได้รับอาหารเติมมือ (ประมาณ 1 ครั้งต่อวัน) ที่อายุ 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 5.2 ที่ได้รับน้ำ ร้อยละ 5.1 ได้รับนมวัว และร้อยละ 0.2 ที่ได้รับนมชนิดอื่นๆ ขณะทารกมีอายุระหว่าง 3-6 เดือน กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน มีน้ำหนักเพิ่ม  $640 \pm 186$  กรัมต่อเดือน กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีน้ำหนักเพิ่ม  $612 \pm 180$  28 กรัมต่อเดือน ทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียว 3 เดือน มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นสูงกว่าทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เท่ากับ 28 กรัมต่อเดือน (95% CI 12, 44) กลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน และกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีอัตราการเพิ่มของน้ำหนักไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในช่วงที่เด็กมีอายุระหว่าง 6-9 เดือน (น้ำหนักเพิ่มแตกต่างกัน 5 กรัมต่อเดือน และมีค่า 95% CI -11, 21) และช่วงที่เด็กมีอายุระหว่าง 9-12 เดือน (น้ำหนักเพิ่มแตกต่างกัน 1 กรัมต่อเดือน และมีค่า 95% CI -15, 17) ขณะทารกมีอายุระหว่าง 3-6 เดือน กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน มีอัตราเพิ่มความยาว  $20.3 \pm 7.0$  มิลลิเมตรต่อเดือน ทารกทั้งกลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีอัตราเพิ่มความยาว  $19.2 \pm 6.4$  มิลลิเมตรต่อเดือน ทารกทั้งสองกลุ่ม มีอัตราการเพิ่มความยาวไม่แตกต่างกัน ทั้งในช่วงอายุ 3-6 เดือน (ความแตกต่างของอัตราการเพิ่ม ความยาวเท่ากับ 1.1 มิลลิเมตรต่อเดือน และมีค่า 95% CI 0.5, 1.6) และในช่วงอายุ 6-9 เดือน (ความแตกต่างของอัตราการเพิ่มความยาวเท่ากับ 0.5 มิลลิเมตรต่อเดือน และมีค่า 95% CI -0.1, 1.1) แต่ในช่วงอายุ 9-12 เดือน ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน มีอัตราการเพิ่มความยาว ( $13.3 \pm 6.3$  มิลลิเมตรต่อเดือน) ในขณะที่ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีอัตราการเพิ่มความยาว ( $14.2 \pm 6.8$  มิลลิเมตรต่อเดือน) กลุ่มที่ได้นมแม่อย่างเดียว 3 เดือนจึงมีอัตราการเพิ่มความยาวน้อยกว่ากลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว  $\geq 6$  เดือน เท่ากับ  $-0.9$  มิลลิเมตรต่อเดือน (95% CI -1.5, -0.3) ขนาดเส้นรอบคอที่อายุ 6 เดือนของกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว  $\geq 6$  เดือน ( $43.44 \pm 1.46$  เซนติเมตร) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว 3 เดือน ( $43.34 \pm 1.53$  เซนติเมตร) เมื่ออายุ 12 เดือน กลุ่มที่ได้นมแม่อย่างเดียว 3 เดือน ( $47.06 \pm 1.49$  เซนติเมตร) น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว  $\geq 6$  เดือน ( $47.25 \pm 1.50$  เซนติเมตร) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความแตกต่างเท่ากับ  $-0.19$  เซนติเมตร และค่า 95% CI -0.31, -0.07 เซนติเมตร)<sup>26</sup>

พ.ศ. 2548 การศึกษาเปรียบเทียบเด็กไทย 2 กลุ่ม จากเด็กจำนวน 156 ราย ติดตามจนครบ 12 เดือน 140 ราย กลุ่มทารกที่ได้รับนมแม่ 71 ราย และกลุ่มทารกที่ได้รับนมผสม 69 ราย น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย  $3.1 \pm 0.4$  กรัม ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง กลุ่มที่ได้รับนมแม่และได้นมผสม เมื่ออายุ 1 ปี ภาวะโภชนาการทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารไม่แตกต่างกัน ทารกกลุ่มที่ได้รับนมแม่คิดเป็น 5/71 ราย (7.0%) และ 2/69 ราย (2.9%) และมีเด็กอ้วนในกลุ่มที่ได้รับนมแม่ 1/71 ราย (1.4%) ในกลุ่มนมผสม 8/69 ราย (11.6%) กลุ่มเด็กที่ได้รับอาหารเสริมไม่ถูกต้องมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการขาดสารอาหาร 4.7 เท่า (95% CI 1.1, 21.9,  $p = 0.08$ ) เด็กที่อ้วนมีครอบครัวที่รายได้สูง ( $> 10,000$  บาท

ต่อเดือน) คิดเป็นร้อยละ 13.0 และมีแม่ทำงานนอกบ้านสูงถึงร้อยละ 22.7 สรุปว่าเด็กไทยที่ได้รับนมแม่หรือนมผสมมีการเจริญในช่วง 6 เดือนแรกคล้ายกัน หลังอายุ 6 เดือน ทารกนมผสมมีน้ำหนักมากกว่าทารกนมแม่ ทารกที่ได้รับนมแม่สามารถเทียบเทียบการเจริญเติบโตกับมาตรฐานการเจริญเติบโตของไทยได้ โอกาสเกิดทั้งน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์และน้ำหนักเกินเกณฑ์สัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว การทำงานนอกบ้านของมารดา และการได้รับอาหารเสริมไม่ถูกต้อง

การศึกษาศึกษาเด็กในฮ่องกง 7,298 ราย ที่มีอายุ 0-24 เดือน ในปี พ.ศ. 2536 มีอัตราการให้นมแม่ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดเพียงร้อยละ 8.4<sup>27</sup> ส่วนทารกในเมืองปักกิ่งของประเทศจีนมีอัตราการให้นมแม่ใน 4 เดือนแรกหลังเกิดสูงร้อยละ 47.9 ทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียวช่วง 4 เดือนแรกหลังเกิดมีน้ำหนักตามเกณฑ์ช่วง 0-6 เดือน แต่ทารกอายุ 4 เดือนมีภาวะโลหิตจางสูงที่สุด<sup>28</sup>

### ความเสี่ยงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ในประเทศที่พัฒนาแล้วการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดความเสี่ยงโรคอ้วนได้ถึงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับการเลี้ยงทารกด้วยนมผสมหลังควบคุมปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากทารกที่ได้รับนมแม่มีอัตราการเพิ่มน้ำหนักที่น้อยกว่า นมผสมมีโปรตีนสูงกว่านมแม่ร้อยละ 55-80 การได้รับโปรตีนที่เกินความต้องการจากนมผสมหรืออาหารอื่นๆ ทำให้น้ำหนักเพิ่มเร็วและอ้วนได้<sup>29</sup>

การศึกษาศึกษาทารกที่มีอายุ 5-10 เดือนในประเทศเดนมาร์ก พบว่า ทารกที่ได้รับนมแม่มากกว่า 7 เดือน มีน้ำหนักเพิ่ม (198 กรัม) น้อยกว่าทารกที่ได้รับนมแม่เท่ากับหรือน้อยกว่า 7 เดือน ทารกจำนวนร้อยละ 10 ที่ได้รับโปรตีนสูงสุดมีน้ำหนักเพิ่ม 262 กรัมหรือมากกว่านั้น ทารกที่ได้รับนมแม่มากกว่า 7 เดือนได้รับนมวัว น้อยขอบอาหารที่มีเนื้อสัตว์ ขนมหวาน และขนมเค้กน้อย<sup>30</sup>

การศึกษาศึกษาเด็กอายุ 9-14 ปี จำนวน 15,253 รายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคอ้วน เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่ได้รับนมผสม ทารกที่ได้นมแม่อย่างเดียวมีโอกาสอ้วน 0.66 เท่า (95% CI, 0.49, 1.09) ทารกที่มารดาไม่เป็นเบาหวานและมีน้ำหนักปกติมีโอกาสอ้วน 0.73 เท่า (95% CI, 0.53, 0.82) ภาวะน้ำหนักเกินของทารกสัมพันธ์ผกผันกับการเป็นเบาหวานและการเพิ่มน้ำหนักของมารดา<sup>31</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาปริมาณไขมันในเด็กอายุ 5 ปี ยืนยันว่าไม่พบความแตกต่างระหว่างทารกที่เคยได้รับนมแม่กับทารกที่ไม่ได้รับนมแม่<sup>32</sup>

### ข้อสรุป

การเจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวแตกต่างจากทารกที่ได้รับนมผสมในช่วงหลังอายุ 6 เดือนในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราการเพิ่มน้ำหนักของทารกอาจแตกต่างกันตามเชื้อชาติ ดัชนีมวลกายของมารดาทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ภาวะเพิ่มน้ำหนักของมารดาและการเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อยและการเกิดก่อนกำหนด ทารกส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์จากการให้อาหารเสริมที่มีพลังงานและโปรตีนสูงเร็วเกินไป ในประเทศที่กำลังพัฒนาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือนแรกหลังเกิดยังพบน้อยมาก การศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันบ่งชี้ว่าการเจริญเติบโตของทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวเริ่มช้ากว่าเกณฑ์ตั้งแต่ทารกที่ได้รับนมแม่มีอายุ 3-4 เดือน และอาจมีภาวะขาด

ธาตุเหล็ก ถ้าให้นมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือนเต็ม อย่างไรก็ตาม การดูดซึมธาตุเหล็กจากนมแม่สูงถึงร้อยละ 50 ขณะให้นมแม่อย่างเดียว และมีการดูดซึมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 10 เมื่อได้รับอาหารอื่นๆ ร่วมกับนมแม่ การให้อาหารเสริมที่มีธาตุเหล็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ การค้นคว้าเพื่อหาแนวทางการให้อาหารทารกที่เหมาะสมจึงจำเป็นในอนาคต

## เอกสารอ้างอิง

1. Viseshakul D. Growth rate, feeding practices and dietary intake of Thai infants under two years old in central Bangkok. *J Hum Nutr.* 1976; 30(2): 71-8.
2. Walravens PA, Chakar A, Mokni R, Denise J, Lemonnier D. Zinc supplements in breastfed infants. *J Trop Pediatr.* 1993; 39(3): 152-9.
3. Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, Sorensen TIA. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80: 1579-88.
4. Oliveira VA, Assis AM, Pinheiro SM, Barreto ML. Determinants of weight and linear growth deficits in children under two years of age. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(5): 874-82.
5. Alasfoor D, Traissac P, Gartner A, Delpeuch F. Determinants of persistent underweight among children, aged 6-35 months, after huge economic development and improvements in health services in Oman. *J Health Popul Nutr.* 2007; 25(3): 359-69.
6. Assis AM, Barreto ML, Santos LM, Fiaccone R, da Silva Gomes GS. Growth faltering in childhood related to diarrhea: a longitudinal community based study. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59(11): 1317-23.
7. Jelliffe DB. World trends in infant feeding. *Am J Clin Nutr.* 1976; 29(11): 1227-37.
8. World Health Organization and UNICEF. Protecting Promotion and Supporting breastfeeding. The special role of Maternity services. A Joint WHO/UNICEF statement WHO Geneva 1990.
9. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatr.* 1997; 100(6):1035-9.
10. Lanigan JA, Bishop J, Kimber AC, Morgan J. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. *Eur J Clin Nutr.* 2001; 55(5): 309-20.
11. Kramer MS, and Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1): CD003517.
12. World Health Organization. Infant and child nutrition: Global Strategy on infant and young child feeding. Geneva 2002.
13. Burdette HL, Whitaker RC, Hall WC, Daniels SR. Breastfeeding, introduction of complementary foods, and adiposity at 5 yr of age. *Am J Clin Nutr.* 2006; 83(3): 550-8.
14. Butte NF, Wong WW, Hopkinson JM, Smith E O'B, Ellis KJ. Infant feeding mode affects early growth and body composition. *Pediatrics.* 2000; 106(6).

15. Sachs M, Dykes F, Carter B. Weight monitoring of breastfed babies in the UK-centile charts, scales and weighing frequency. *Matern Child Nutr.* 2005; 1(2): 63-76.
16. Ahn CH, MacLearn WC. Jr. Growth of the exclusively breast-fed infant. *AMJ Clin Nutr.* 1980; 33: 183- 92.
17. Huffman SL. Breastfeeding: growth of exclusively breastfed infants. *Mothers Child.* 1985; 5(1): 5, 7.
18. Carruth BR, Skinner JD, Houck KS, Moran JD. Additional of supplementary foods and infant growth (2 to 24 months). *J Am Coll Nutr.* 2000; 19(3): 405-12.
19. Michels KB, Willett WC, Graubard BI, Vaidya RL, Cantwell MM, Sansbury LB, Forman MR. A longitudinal study of infant feeding and obesity throughout life course. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31(7): 1078-85.
20. Ramasethu J, Jeyaseelan L, Kirubakaran CP. Weight gain in exclusively breastfed preterm infants. *Lancet.* 1992; 340(8821): 683-5.
21. Mathur NB, Seth A, Mishra TK. Physical growth and biochemical indicators of protein adequacy in exclusively breastfed neonates weighing less than 1500 g. *J Trop Pediatr.* 2000; 46(5): 288-92.
22. O'Connor DL, Khan S, Weishuhn K, Vaughan J, Jefferies A, Campbell DM, Asztalos E, Feldman M, Rovet J, Westall C, Whyte H. Postdischarge Feeding Study Group. 1: Growth and nutrient intakes of human milk-fed preterm infants provided with extra energy and nutrients after hospital discharge. *Pediatrics.* 2008; 121(4): 766-76.
23. Thorsdottir I, Gunnarsdottir I, Kvaran MA, Gretarsson SJ. Maternal body mass index, duration of exclusive breastfeeding and children's developmental status at the age of 6 years. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59(3): 426-31.
24. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, et al. Breastfeeding and infant growth : Biology or Bias? *Pediatrics.* 2002; 110: 343-7.
25. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth : a cluster randomized controlled trial. *Lancet.* 2003; 361: 1418-23.
26. Kramer MS., Guo T, Platt RW., Sevkovskaya Z., Dzikovich I, Collet JP., Shapiro S., Chalmers B., Hodnett E, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shisko G, Bogdanovich N. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78: 291-5.
27. Lee WT, Lui SS, Chan V, Wong E, Lau J. A population-based survey on infant feeding practice (0-2 years) in Hong Kong: breastfeeding rate and patterns among 3,161 infants below 6 months old. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2006; 15(3): 377-87.
28. Gong YH, Ji CY, Zheng XX, Shan JP, Hou R. Correlation of 4-month infant feeding modes with their growth and iron status in Beijing. *Chin Med J (Engl).* 2008; 121(5): 392-8.
29. Koletzko B. Long-term consequences of early feeding on later obesity risk. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2006; 58: 1-18.
30. Nielsen GA, Thomsen BL, Michaelsen KF. Influence of breastfeeding and complementary food on growth between 5 and 10 months. *Acta Paediatr.* 1998; 87(9): 911-7.
31. Mayer-Davis EJ, Rifas-Shiman SL, Zhou L, Hu FB, Colditz GA, Gillman MW. Breast-feeding and risk for childhood obesity: does maternal diabetes or obesity status matter?. *Diabetes Care.* 2006; 29(10): 2231-7.
32. Burdette HL, Whitaker RC, Hall WC, Daniels SR. Breastfeeding, introduction of complementary foods, and adiposity at 5 yr of age. *Am J Clin Nutr.* 2006; 83(3): 550-8.



## การเริ่มต้นชีวิตที่ดีของเด็ก ... ด้วยนมแม่

จากบทเรียนการทำงานของมูลนิธิเด็กก่อนในสลัม ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

คีลดา รังสิกรรพุม (ครูต๋อ)  
มูลนิธิเด็กก่อนในสลัม ในพระอุปถัมภ์ฯ

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์  
องค์อุปถัมภ์ของมูลนิธิเด็กก่อนในสลัมฯ มีพระราชดำริที่ให้ไว้แก่มูลนิธิฯ ความว่า

“การเริ่มต้นชีวิตที่ดีของเด็ก เป็นสิ่งสำคัญที่สุด”

มูลนิธิฯ ได้ดำเนินการในเรื่องการช่วยให้เด็กได้เริ่มต้นการมีชีวิตที่ดี ด้วยการสนับสนุนให้เด็กในชุมชนแออัดกว่า 90 แห่ง ในกรุงเทพฯ ได้กินนมแม่ ตามพระราชดำริของสมเด็จพระองค์อุปถัมภ์ฯ กลุ่มแม่ตั้งครรภ์ที่มูลนิธิฯ ให้ความช่วยเหลือโดยส่วนใหญ่จะมีสภาพความเป็นอยู่ที่ยากไร้ ประสบปัญหาแตกต่างกันไป อาทิ ถูกสามีทอดทิ้ง ยากจน ตกงาน อายุน้อย ติดยาบ้า ติดกาว ไม่ไปฝากครรภ์ มีปัญหาด้านสุขภาพ และมีบางส่วนที่มีความพร้อม มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่กลุ่มนี้มีจำนวนน้อย

มูลนิธิเด็กก่อนในสลัมฯ มีเป้าหมายที่ชัดเจนในเรื่องการสนับสนุนให้เด็กทารกได้กินนมอย่างเตี้ยตั้งแต่แรกเกิด - 6 เดือน แต่การทำงานกับแม่ตั้งครรภ์ที่มีปัญหา ขาดความพร้อม มีความจำเป็นที่ต้องช่วยเหลือ พร้อมทั้งแก้ไขปัญหาคือของแม่ตั้งครรภ์ และครอบครัวด้วย ซึ่งเป็นการทำงานที่ยากในการทำงานเพื่อช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ แต่บุคลากรทุกคนก็มีความตั้งใจที่จะทำงานเรื่องนี้อย่างจริงจัง

มูลนิธิเด็กก่อนในสลัมฯ ทำงานอย่างไร

- เริ่มจากคนทำงานต้อง “ทำงานด้วยใจ”
- แม่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความเปราะบางในด้านจิตใจ มีความทุกข์ตามปัญหาที่มารุมเร้า ผู้ทำงานจึงต้องมีความตั้งใจเอาใจใส่ ด้วยหัวใจที่พร้อมจะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เสมือนช่วยญาติพี่น้องหรือคนที่ห่วงใย คนทำงานต้องมีความพร้อมที่จะเปิดใจมีความเข้าใจแม่ตั้งครรภ์ และมีเป้าหมายที่ชัดเจนในเรื่องการช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ และการคลี่คลายปัญหาอื่นๆ ร่วมกับแม่ตั้งครรภ์และผู้เกี่ยวข้อง
- ทำงานกับผู้ใกล้ชิดกับแม่ตั้งครรภ์

“แม่แม่ดีที่นั่นนะ” ทุกก็... ทุกคน... สนับสนุนนมแม่ได้

ปัญหาสำคัญที่ทำให้แม่ตั้งครรภ์ไม่สามารถให้นมแม่ได้ มีหลายปัญหามาเนื่องจาก ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เช่น ต้องทำงาน ไม่พร้อมที่จะให้ลูกกินนมแม่ ญาติแนะนำให้เด็กกินอาหารเสริมก่อนวัย ต้องฝากลูกให้ญาติหรือคนรับเลี้ยงเด็ก ดูแลเมื่อต้องไปทำงาน จึงไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ต้องให้ลูกกินนมผง เพราะมีความสะดวกมากกว่า แต่ลืมคิดถึงเรื่องที่ต้องหาเงิน มาซื้อนมผงให้กับลูก หรือขาดการให้ความสำคัญในเรื่องการให้ความรัก ความผูกพันอันแนบแน่นระหว่างลูก และแม่ ลืมคิดถึงประโยชน์อีกมากมายของนมแม่ที่ช่วยให้ลูกได้รับอาหารที่พิเศษที่สุดจากอกแม่ มีประโยชน์ต่อการเจริญเติบโต พัฒนาสมอง การสร้างภูมิคุ้มกัน ลูกมีสุขภาพที่แข็งแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้แม้ว่า แม่ตั้งครรภ์บางรายจะมีความรู้ ความเข้าใจ แต่ด้วยปัจจัยและความเชื่อบางอย่างก็ทำให้ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำได้

ผู้ใกล้ชิดกับแม่ตั้งครรภ์คือใครบ้าง



มูลนิธิฯ ได้ทำงานกับผู้ใกล้ชิดกับแม่ตั้งครรภ์ อาทิ สามี ญาติ อาสาสมัคร ผู้รับเลี้ยงเด็ก ให้ความสำคัญ ความจำเป็นที่จะช่วยกัน สนับสนุนให้เด็กได้กินนมแม่ เพื่อให้แม่มีความสบายใจ มีความมั่นใจให้สิ่งที่ดีที่สุดในแง่ลูก คือ การให้นมแม่ การดูแลลูกด้วยความรัก เอาใจใส่

ทุกกิจกรรม ทุกวิธีการทำงานที่มูลนิธิฯ ทำในเรื่องการสนับสนุนให้เด็กได้กินนมแม่ จึงต้องให้ผู้เกี่ยวข้องกับแม่ตั้งครรภ์เข้ามาเรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้วย

เป้าหมายของการเรียนรู้ และการสร้างจิตสำนึกของแม่ตั้งครรภ์ และครอบครัว

1. มีความตั้งใจเลี้ยงลูกเอง โดยไม่ทอดทิ้งลูก
2. มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เห็นคุณค่า เห็นประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อลูก
3. แม่และผู้เกี่ยวข้องมีความภูมิใจที่ช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้อื่นในชุมชน

4. ได้รับความรู้ และการฝึกปฏิบัติเรื่องการให้นมแม่ การให้อาหารเสริมหลัง 6 เดือน และการดูแลเด็ก
5. ได้รับการปลูกฝังแนวคิดในเรื่องการส่งต่อความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลครรภ์ และการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่แม่อื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือพึ่งพาตนเอง

#### ตัวอย่างของกิจกรรมกับแม่ตั้งครรภ์ และครอบครัว

- **ค้นหาคั้งในชุมชนว่ามีจำนวนเท่าไร**  
การสำรวจข้อมูลของแม่ตั้งครรภ์ อาศัยการทำงานร่วมกับอาสาสมัครของมูลนิธิ ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ จึงมีความคุ้นเคย รู้จักกันดีในชุมชน
- **เยี่ยมบ้านแม่ตั้งครรภ์ และครอบครัว**  
การลงไปเยี่ยมบ้านจะมีเจ้าหน้าที่มูลนิธิ ร่วมกับอาสาสมัคร เพื่อทำความรู้จักสร้างความคุ้นเคย ถามทุกข์สุข รับรู้ถึงชีวิตความเป็นอยู่ และปัญหาต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางในการทำงานให้เข้าถึงปัญหาเป็นรายกรณี
- **การจัดกิจกรรมค่ายกลางวัน ค่ายครอบครัว**  
มูลนิธิ จะเชิญชวนแม่ตั้งครรภ์ และสามี ญาติมาเข้าค่ายกลางวัน หรือค่ายครอบครัวแม่ตั้งครรภ์ เพราะผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีความสำคัญต่อการช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ แต่ถ้าบุคคลเหล่านี้ขาดความเข้าใจ ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
จากประสบการณ์ของมูลนิธิ ที่ได้ดำเนินมา เข้าค่ายพร้อมกับแม่ตั้งครรภ์ โดยเฉพาะคุณพ่อมือใหม่ พ่อวัยรุ่นหลายคน บอกกับเราว่ามีความเข้าใจผิดว่า การมารับความรู้เรื่องนมแม่ หรือการดูแลครรภ์เป็นหน้าที่ของแม่ตั้งครรภ์ พ่อส่วนใหญ่จึงไม่เคยมีโอกาสเข้าอบรมเรื่องนี้มาก่อน จึงเป็นครั้งแรกที่ได้มาเรียนรู้ร่วมกับภรรยา ทำให้มีความเข้าใจภรรยามากขึ้น เห็นคุณค่า ประโยชน์ของนมแม่ จึงมีความตั้งใจและยินดีสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- **การให้คำปรึกษาพ่อแม่และครอบครัวมีปัญหา**  
การทำงานเรื่องการให้คำปรึกษามีผู้ทำงาน คือ เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิ ร่วมกับอาสาสมัครทั้งการเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจ หรือช่วยเหลือในเรื่องอื่นๆ แก่แม่ตั้งครรภ์ หรือผู้เกี่ยวข้อง
- **การทำงานผ่านอาสาสมัครแม่ช่วยแม่**  
เมื่อหลายปีก่อน มูลนิธิ ได้จัดการเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้กับแม่ตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้แม่ตั้งครรภ์มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความรู้เรื่องการดูแลลูก หลายคนเป็นแม่ที่ดี เป็นแบบอย่างแก่แม่รายอื่นได้ **มูลนิธิ จึงเชิญชวนให้แม่ตั้งครรภ์ที่คลอดลูกแล้ว มาเป็นอาสาสมัครแม่ช่วยแม่** เพื่อเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำให้กำลังใจกับแม่ตั้งครรภ์รายอื่นๆ ในชุมชน ต่อมาได้ขยายอาสาสมัครแม่ช่วยแม่เป็นผู้หญิงในชุมชนมาทำงานช่วยเหลือเด็ก และแม่ตั้งครรภ์ด้วย  
ในขณะเดียวกัน มูลนิธิ ยังทำงานกับ**อาสาสมัครชุมชนปกป้องเด็ก** ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ในชุมชน มีหน้าที่ช่วยเหลือเด็กๆ และพัฒนาเด็กๆ ในชุมชนของตนเอง อีกกลุ่มหนึ่ง คือ **อาสาสมัครจิต** ซึ่งเป็นเด็กอายุ 12-18 ปี เด็กกลุ่มนี้มีศักยภาพสูง มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ มีใจที่เปิดรับสิ่งใหม่ๆ ในขณะเดียวกัน

เด็กวัยนี้ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์ มีครอบครัวเร็ว ดังนั้นการทำงานกับเด็กกลุ่มจึงเป็นการป้องกันปัญหา และปลูกฝังแนวคิดที่ดีแก่เด็กด้วย

มูลนิธิ ได้ถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และสร้างแรงบันดาลใจให้แก่กลุ่มอาสาสมัครเป็นทิศทางเดียวกัน เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือแม่ตั้งครรภ์ คอยช่วยเหลือให้เด็กได้กินนม และการพัฒนาเด็กๆ ให้เติบโตอย่างอบอุ่นในชุมชน ในปัจจุบัน มูลนิธิ มีอาสาสมัครแม่ช่วยแม่ จำนวน 96 คน

ในปัจจุบันอาสาสมัครแม่ช่วยแม่ อาสาสมัครจิต อาสาสมัครชุมชนปกป้องเด็ก ได้เป็นแกนหลักในการทำงานกับแม่ตั้งครรภ์ และการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยกันพัฒนาเด็กๆ ในชุมชน อาทิ การจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยของแม่ตั้งครรภ์ การเดินรณรงค์ให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้ด้วย

#### - สนับสนุนให้ผู้รับเลี้ยงเด็กช่วยให้เด็กได้กินนมแม่

มูลนิธิ ได้ทำงานพัฒนาผู้รับเลี้ยงเด็กในชุมชนแออัด 90 ชุมชน 30 เขตของกรุงเทพฯ มีผู้รับเลี้ยงเด็กที่เปิดบ้านรับเลี้ยงเด็กในความดูแลจำนวน 108 หลัง บ้านรับเลี้ยงเด็กเหล่านี้สามารถดูแลเด็กได้ประมาณ 2,000 คน เป็นเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี นอกจากมูลนิธิ จะให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กแล้ว ยังกระตุ้นให้ผู้รับเลี้ยงเด็ก มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมูลนิธิ พยายามสอดแทรกเรื่องการสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้รับเลี้ยงเด็กเห็นความสำคัญ ให้ความร่วมมือทั้งในเรื่องการทำงานช่วยเหลือแม่ตั้งครรภ์ในชุมชน โดยออกเยี่ยมบ้าน พาไปฝากครรภ์ ช่วยประสานเรื่องจัดทำเอกสาร จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยกับแม่ตั้งครรภ์ และอนุญาตให้แม่มาให้นมลูกเองได้ ในช่วงที่แม่พักกลางวัน หรือฝากน้านมแช่ตู้เย็นไว้ให้เด็กได้กิน ในขณะที่แม่ต้องไปทำงาน

#### - มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัมฯ เปิดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กเล็ก

มูลนิธิ ได้เปิดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลเด็กเล็กให้กับผู้รับเลี้ยงเด็กที่อยู่ในความดูแล โดยมี การอบรมทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติจำนวน 25 เรื่อง มูลนิธิ ได้เพิ่มเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้อาหารเสริม การเลี้ยงดูเด็กเล็กในหลักสูตรนี้ด้วย โดยมี รศ.ภรณ์ภรณ์ วิจิตรสุนทร เป็นวิทยากรประจำหลักสูตร โดยมีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 10 รุ่น จำนวน 166 คน ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เด็กได้กินนมแม่

#### - การจัดงานนมธรรมการประกวด "เพื่อเจ้าตัวเล็ก"

ในทุกๆ ปีมูลนิธิ จะรณรงค์สร้างกระแสให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ผู้รับเลี้ยงเด็ก อาสาสมัคร และผู้เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการจัดประกวดสุขภาพเด็กที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการประกวด ร้องเพลงกล่อมเด็ก ผลิตรายการจากวัสดุเหลือใช้ และประกวดเล่นละครหุ่น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมมือกัน สนับสนุนให้เด็กได้กินนมแม่ และร่วมมือ ร่วมใจในการพัฒนาเด็กๆ

#### - มูลนิธิ ติดตามแม่ตั้งครรภ์อย่างไร

มูลนิธิ จะติดตามความเป็นอยู่ของแม่ตั้งครรภ์ โดยอาสาสมัคร ผู้รับเลี้ยงเด็กเพื่อติดตามเยี่ยมเยียนทั้งขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด เพื่อให้ความช่วยเหลือในเรื่องการให้นมแม่ การให้อาหารเสริมตามวัย หลังเด็กอายุ 6 เดือน รวมถึงการให้ความช่วยเหลือในกรณีอื่นๆ ตามปัญหา และประสานมายังมูลนิธิ หรือ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ได้บอกเล่าปัญหาต่างๆ มายังมูลนิธิฯ ผ่านการโทรศัพท์และเขียนจดหมายมาถึงเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิฯ ได้ทราบทั้งในเรื่องของความสุขที่ได้ดูแลลูกด้วยนมแม่ หรือบอกเล่าเรื่องการเจริญเติบโตของลูก และปัญหาต่างๆ ให้กับมูลนิธิฯ ได้ทราบ

#### สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากสถิติปี 2550 ตั้งครรภ์ที่อยู่ในความดูแลจำนวน 235 คน มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 6 เดือน 5 คน (2.2%) นมแม่แรกเกิด - 6 เดือน จำนวน 17 คน (7.2%) นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน 88 คน (37.5%) นมแม่ และนมผสม 74 คน (31.4%) นมผสม 51 คน (21.7%)

ถึงแม้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อยแรกเกิด - 6 เดือนมีอัตราที่ไม่สูง แต่ก็มีเด็กได้กินนมแม่จำนวนที่มากขึ้น และสิ่งที่ดีถือว่าเป็นความสำเร็จอย่างมาก คือ เด็กๆ ไม่ถูกทอดทิ้งจากแม่และครอบครัว

ความสำเร็จอีกเรื่องหนึ่ง คือ ในชุมชนแออัดที่มูลนิธิฯ ทำงานผู้มีอาสาสมัครแม่ช่วยแม่ อาสาสมัครชุมชนปกป้องเด็ก อาสาสมัครจิว และผู้รับเลี้ยงเด็กเป็นแรงสนับสนุนช่วยเหลือแม่ตั้งครรภ์ และการช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ ซึ่งในอนาคตหวังว่าเรื่องการช่วยให้เด็กได้กินนมแม่จะเป็นเรื่องที่ผู้ใหญ่ในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนมากขึ้น

การดำเนินการในเรื่องการสนับสนุนให้เด็กได้กินนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน มีบทเรียนอันสำคัญ คือ การมุ่งที่จะสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แม่ตั้งครรภ์ สามี ครอบครัว ผู้เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักที่จะช่วยให้เด็กได้มีโอกาสการเริ่มต้นการมีชีวิตที่ดี ดังพระราชดำริขอสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ด้วยการช่วยให้เด็กได้กินนมแม่ ได้อยู่ในอ้อมกอดที่อบอุ่น มีกำลังใจจากพ่อ ญาติ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเจริญเติบโตในช่วงวัยต่อไป

## บทคัดย่อ FREE PAPER & Experience Sharing ประกอบการบรรยายวิทยากร

# ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช

(Factors Related to Breastfeeding among Postpartum mother in Siriraj Hospital)

• ปิยพช สายสุขอนันต์ • ปริยาภา สิริเลิศเมฆาสกุล และทีมวิจัยนมแม่  
งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช  
เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลศิริราช

**วิธีการวิจัย** กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่อยู่ในระยะหลังคลอด ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดทั้งพิเศษและ  
สามัญของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 552 ราย ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแบบประเมินความสามารถ  
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอด และแบบติดตามความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
ของศูนย์ฝึกรวมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป การประเมิน  
STT score (Siriraj Tongue Tie Score) ปัญหาเต้านม ลานหัวนม หัวนม และปัญหาอื่นๆ ของการให้นมแม่  
รวมทั้งวิธีการแก้ไขและการติดตามการให้นมบุตรเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยติดตามความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูก  
ด้วยนมของมารดาหลังคลอด 7 วัน และติดตามต่อในรายที่ยังคงให้นมแม่จนถึง 6 เดือนหลังคลอด

**ผลการวิจัย** พบว่า มารดาหลังคลอด 7 วัน มีสัดส่วนของผู้ให้นมแม่อย่างเดียวย้อยละ 59.4 โดยมารดาเริ่มให้  
นมผสมเมื่อทารกมีอายุเฉลี่ย 20 วัน อายุน้อยที่สุด 2 วัน อายุมากที่สุด 2 เดือน และหยุดให้นมแม่เมื่อทารก  
มีอายุเฉลี่ย 26 วัน อายุน้อยที่สุด 3 วัน อายุมากที่สุด 2 เดือน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ในมารดาหลังคลอด พบว่า ปัจจัยด้านกายภาพของมารดา มารดาที่มีลานหัวนมและหัวนมผิดปกติ มีสัดส่วน  
ของผู้ที่ให้นมแม่อย่างเดียวน้อยกว่ากลุ่มที่มีลานหัวนมและหัวนมปกติ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านทารกที่พบว่า  
ทารกที่มี STT score ด้าน nipple ปกติ มีสัดส่วนของผู้ที่ให้นมแม่อย่างเดียวมกกว่ากลุ่มที่ผิดปกติ ส่วน  
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า มารดาในหอผู้ป่วยสามัญ มีสัดส่วนของผู้ที่ให้นมแม่อย่างเดียวมกกว่ากลุ่มที่อยู่ใน  
หอผู้ป่วยพิเศษ แม้จะพบว่า อาชีพและสถานที่ฝากครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่  
มารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชมีสัดส่วนของผู้ที่ให้นมผสมอย่างเดียวน้อยที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่  
รับราชการมีสัดส่วนของผู้ที่ให้นมแม่อย่างเดียวยุ่งที่สุด สอดคล้องกับเหตุผลสำคัญที่สุดที่มารดาต้องหยุดให้นม  
แม่หรือให้นมผสมร่วมด้วย คือ มารดาต้องออกไปทำงานหรือไปทำธุระนอกบ้าน

**สรุป** ปัจจัยที่ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่อง มารดาที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช มารดา  
และทารกไม่มีความผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก

• พัชรินทร์ เหล่าคนคำ • นิภาพรณ มณีโชติวงศ์ • วิไลลักษณ์ บิยวัฒน์พงศ์  
งานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

**หลักการและเหตุผล** ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรักออกแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงานบริการการช่วยเหลือทารกดูนมมารดาภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอดและป้องกันการพลัดตกของทารก

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก ในการอุ้มทารกดูนมมารดาภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอด

**ชนิดของการวิจัย** การศึกษาเชิงทดลอง (experimental study)

**วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาและทารกที่คลอดปกติ ในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ไม่มีข้อห้ามในการให้นมบุตรและไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 60 คู่ โดยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยระบบ 1:1 กลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มมารดาที่ใช้ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรักอุ้มดูนมภายในหนึ่งชั่วโมง กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มมารดาที่อุ้มดูนมภายในหนึ่งชั่วโมงแบบวิธีเดิม เครื่องมือประกอบด้วยชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก แบบประเมินความพึงพอใจมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเจ้าหน้าที่ห้องคลอดขณะใช้ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก

**วิธีการทางสถิติ** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบร้อยละ

**ผลการศึกษา** มารดาและทารกในกลุ่มทดลอง มีลักษณะการอุ้มดูนมแบบเนื้อแนบเนื้อ ร้อยละ 96.67 ความพึงพอใจต่อการใช้ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก มารดากลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.0 กลุ่มควบคุมเพียงร้อยละ 61.0 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $P < 0.001$ ) เจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีความพึงพอใจต่อชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก ร้อยละ 82.00 ภาวะอุณหภูมิกายของทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อุณหภูมิกายอยู่ในระดับปกติและไม่แตกต่างกัน

**สรุป** มารดาที่ใช้ชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรักในการอุ้มทารกดูนมมารดาภายในหนึ่งชั่วโมงหลังคลอดมีความพึงพอใจและมั่นใจในความปลอดภัยของลูกขณะดูนม ช่วยให้มารดากับทารกได้อบกอดเนื้อแนบเนื้อ และกอดรัดสัมผัสกันมากขึ้น ทำให้ทารกได้ดูนมมารดาอย่างต่อเนื่องและนานขึ้น ส่วนเจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีความพึงพอใจต่อชุดอุ้งกายใจเสริมสายใยรัก เนื่องจาก ไม่ต้องยืนคอยจับทารก เพื่อเฝ้าระวังความปลอดภัย สามารถให้การพยาบาลและปฏิบัติงานอื่นภายในห้องคลอดได้

## ความสัมพันธ์ของขนาดของเต้านมต่อปริมาณน้ำนม

• พงศ์ จันทร์ประภาพ • อรกนิษฐา เจนถนอมมา • ดิฐกานต์ บริบูรณ์ให้รัฐสาร  
หน่วยนมแม่ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของเต้านมและปริมาณน้ำนม

**สถานที่ทำการวิจัย** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยแบบ cross-sectional study

**วิธีการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างศึกษาเป็นมารดาที่ตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก มีสุขภาพดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ฝากคลอดทารกปกติที่โรงพยาบาลศิริราช และต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ล้วนเท่านั้น มารดาที่มีประวัติติ่มเหล้า สูบบุหรี่ มารดาที่ใช้ยาที่มีผลต่อการสร้างน้ำนมหรือมีปัญหาในการให้นมแม่จะไม่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายหลังคลอดวันที่ 3 มารดาแต่ละคนจะได้รับการประเมินขนาดของเต้านมโดยวัดเส้นรอบอก 2 ระดับ (ระดับหัวนมและระดับใต้ราวนม) ด้วยสายวัด ณ เวลา 3 ชั่วโมงหลังการให้นมบุตรครั้งสุดท้าย จากนั้นวัดปริมาณน้ำนมโดยใช้เครื่องบีบน้ำนม (Spectra 2 ประเทศเกาหลี) ทั้ง 2 ข้างจนหมดเต้าใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ซึ่งการวัดทั้งขนาดเต้านมและปริมาณน้ำนมจะถูกเก็บโดยแพทย์ผู้ทำวิจัยเพียงคนเดียวซึ่งได้รับการฝึกการใช้เครื่องมือดังกล่าวจนชำนาญเพื่อลดความแปรปรวนในการเก็บข้อมูล

**วิธีการทางสถิติ** ทหาความสัมพันธ์ทางสถิติแบบ Pearson correlation ระหว่างขนาดของเต้านมและปริมาณน้ำนม

**ผลการวิจัย** จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 53 ราย ค่าเฉลี่ยของอายุมารดา อายุครรภ์เฉลี่ยตอนคลอด และน้ำหนักแรกทารกแรกคลอด คือ  $21.6 \pm 4.1$  ปี,  $38.8 \pm 1.3$  สัปดาห์และ  $2,960 \pm 309$  กรัมตามลำดับ ขนาดของเต้านมและปริมาณน้ำนมโดยเฉลี่ย คือ  $13.5 \pm 3.7$  ซม.  $47.8 \pm 18.3$  มล. ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของเต้านมและปริมาณน้ำนม (สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์  $-0.112$ ,  $p = 0.409$ ) เช่นเดียวกับขนาดของรอบอกและดัชนีมวลกายของมารดา แต่ปริมาณน้ำนมมีค่าแปรผกผันกับอายุของมารดาอย่างมีนัยสำคัญ (สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์  $-0.27$ ,  $p = 0.047$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ( $>15$  ซม.) และขนาดเล็ก ( $<15$  ซม.) พบว่า ทารกที่ได้รับพลังงานพอเพียงต่อความต้องการในหนึ่งวันมีจำนวนใกล้เคียงกัน

**สรุป** ปริมาณน้ำนมไม่มีความสัมพันธ์กับขนาดเต้านมอย่างมีนัยสำคัญ แต่แปรผกผันกับอายุมารดา ข้อมูลที่ได้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีขนาดเต้านมเล็ก

## ผลของการใช้กระหล่ำปลีต่อการลดอาการปวดคัดตึงเต้านม

Effects of Cabbage Leaves Compress on Painful Breast engorgement

• อังสนา วงศ์ศิริ<sup>1</sup> • กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

<sup>2</sup>ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**หลักการและเหตุผล** การช่วยเหลือลดอาการปวดคัดตึงเต้านมจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ เป็นการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นจัดสลับเย็น นวดเต้านม และบีบน้ำนมออก พบว่าบรรเทาได้ในระยะสั้นๆ และเพียงเล็กน้อย ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาวิธีเพื่อที่จะลดอาการปวดโดยใช้กระหล่ำปลี ซึ่งพบว่า ได้ผลดี เพราะกระหล่ำปลีมีคุณสมบัติในทางวิทยาศาสตร์ ที่ช่วยในการดูดซับความร้อน และในศาสตร์แผนไทยจัดว่าเป็นพืชเย็น สามารถลดอาการปวดบวมได้ดี

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบระดับการปวดคัดตึงเต้านมระหว่างแม่กลุ่มที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยกระหล่ำปลีกับกลุ่มที่ได้รับการประคบตามปกติ

**วิธีวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group post test design) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นแม่ครบกแรกหลังคลอดที่มีอาการปวดคัดตึงเต้านม ประเมินความปวด VAS (visual analogue scale) เท่ากับ 9 คะแนนขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน โดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดๆ ประคบเป็นเวลา 20 นาที ประเมินความปวดโดยใช้ VAS จนครบ 20 คน จึงทำในกลุ่มทดลอง นำกาบกระหล่ำปลีสดล้างสะอาดมาหุ้มรอบเต้านม และหุ้มด้วยผ้าแห้งอีกชั้นหนึ่ง นาน 20 นาที จากนั้นจึงประเมินความปวดโดยใช้เครื่องมือเดิม

**วิธีการทางสถิติ** หาค่าเฉลี่ยโดยการทดสอบค่าที

**ผลการวิจัย** พบว่า แม่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปวดคัดตึงเต้านมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นการใช้กระหล่ำปลีประคบเต้านมจึงเป็นวิธีที่ช่วยลดอาการปวดคัดตึงได้ดี เพราะเป็นพืชสมุนไพรชนิดเย็น มีฤทธิ์ดูดซับความร้อน ช่วยลดการคั่งของสารน้ำในเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม และสามารถรองรับ และโอบรอบเต้านมขณะประคบได้เป็นอย่างดี อาการปวดคัดตึงจึงลดลงอย่างรวดเร็ว และที่สำคัญ คือ สามารถแก้ปัญหาที่พบได้ตรงกับความต้องการ

**สรุป** วิธีการลดอาการปวดคัดตึงเต้านมโดยใช้กระหล่ำปลีน่าจะเป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งสำหรับการแก้ไข ปัญหา ที่สำคัญคือ ลดอาการปวดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง และเป็นพืชที่ทำได้ง่ายในครัวเรือน

## Training Program for Mother Support Group

• ลมัย แสงเพ็ง • จตุพร เพิ่มพรสกุล • นงเยาว์ บรรณโคภิษฐ์  
โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้แม่อาสามีความรู้ความเข้าใจถึงผลดีและวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีทักษะการช่วยเหลือแม่ที่มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**กลุ่มเป้าหมาย** แม่อาสาที่มีจิตอาสา 3 อำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช รวม 46 ชุมชน จำนวน 95 คน

**วิธีการดำเนินงาน** การฝึกอบรมได้พัฒนาวิธีการและเนื้อหาให้เหมาะสมกับศักยภาพของแม่อาสา และตอบสนองต่อความต้องการของแม่ในชุมชน ระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2550 รวม 3 ปี ดังนี้

ระยะที่ 1 ภาคทฤษฎี มีเนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของนมแม่ ประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภาคปฏิบัติมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในคลินิกนมแม่

ระยะที่ 2 ปรับปรุงเนื้อหาให้ตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของชุมชนตามข้อมูลที่ได้จากแม่อาสา

ระยะที่ 3 ปรับปรุงการอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของแม่อาสา ดังนี้

1. ภาคทฤษฎี 1 วัน เน้นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงดูเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และการให้อาหารที่เหมาะสมตามวัย

2. ภาคปฏิบัติแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-7 คน ฝึกอบรมกลุ่มละ 1 วัน

2.1 ทักษะด้านการให้ความรู้ การให้คำแนะนำปรึกษา

2.2 ทักษะด้านปฏิบัติการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเบื้องต้น รูปแบบ บรรยาย-สาธิต แสดง-ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง-ฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการจริง

3. การให้ความรู้ และทักษะอย่างต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานในชุมชนของแม่อาสาซึ่งตอบสนองต่อสภาพปัญหา ความเชื่อ และความต้องการของแต่ละพื้นที่ โดยการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ การร่วมอภิปรายปัญหาและแนวทางการแก้ไข การเรียนรู้ผ่านกรณีตัวอย่าง ฯลฯ

**การประเมินผล ประเมินความรู้ ความเข้าใจ** เป็น 3 ระดับคือ ดี (คะแนน 8-10) ปานกลาง (คะแนน 6-7) และพอใช้ (คะแนน <6)

**ประเมินทักษะปฏิบัติ** จากการฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการจริง เป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 สามารถทำได้ ระดับที่ 2 ทำได้เมื่อได้รับคำแนะนำหรือสาธิตแสดงซ้ำ ระดับที่ 3 ต้องช่วยเหลือจึงทำได้

**ผลการดำเนินงาน** พบว่า ความรู้ความเข้าใจหลังการอบรมอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เทียบกับ

ก่อนอบรม ร้อยละ 68 เข้าใจความหมายและความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ก่อน และหลังการอบรม : ร้อยละ 24 และ 76 ตามลำดับ

#### การประเมินทักษะปฏิบัติการให้คำแนะนำและส่งเสริมช่วยเหลือแม่

- การชักจูงให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ผ่านเกณฑ์ระดับ 1, 2, 3 ร้อยละ 73, 27, 0 ตามลำดับ
- การให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาจากการให้นมไม่ถูกวิธี ผ่านเกณฑ์ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 71, 25, 4 ตามลำดับ
- การตรวจเต้านมผ่านเกณฑ์ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 25, 39, 36 ตามลำดับ
- การแก้ไขความผิดปกติของเต้านมผ่านเกณฑ์ ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 78, 22, 0 ตามลำดับ
- การบีบนมและการประเมินปริมาณน้ำนมผ่านเกณฑ์ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 23, 24, 53 ตามลำดับ
- การช่วยจัดทำอุ้มผ่านเกณฑ์ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 12, 27, 61 ตามลำดับ
- การประเมินประสิทธิภาพการดูนมผ่านเกณฑ์ระดับที่ 1, 2, 3 ร้อยละ 62, 38, 0 ตามลำดับ

การติดตามผลการปฏิบัติงานในชุมชนระยะเวลา 12 เดือน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ (ที่ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีร้อยละ 45.15 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด) ได้รับการตรวจเต้านม โดยแม่อาสาครบถ้วน และพบความผิดปกติ ร้อยละ 13.14 ได้รับการแก้ไขโดยแม่อาสา ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครบทุกราย และในกลุ่มเต้านมผิดปกติสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 95.12 แม่หลังคลอดได้รับการเยี่ยมติดตามโดยแม่อาสาครบทุกราย และสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 91 โดยการปฏิบัติงานที่ได้ผลดีของแม่อาสา คือ สามารถชักจูงแม่ที่ให้อาหารอื่นก่อนวัยกลับมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ

**สรุป** จากการพัฒนาหลักสูตรการอบรมแม่อาสาในระยะ 3 ปี พบว่า แม่อาสาส่วนใหญ่มีทักษะด้านกระบวนการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้นดีและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนทักษะด้านปฏิบัติการช่วยเหลือส่วนใหญ่ยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงควรเพิ่มระยะเวลาและประสบการณ์การฝึกทักษะด้านปฏิบัติการแก่แม่อาสาอย่างต่อเนื่องในชุมชน

## ผลการพัฒนาชุดประกอบเต้านมเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านมและเพิ่มปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอด

• ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี • ปิยะนุช ชูโต  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**หลักการและเหตุผล** การแก้ไขอาการคัดตึงเต้านมที่ปฏิบัติกันอยู่ คือ ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดประคบบริเวณเต้านม 10-15 นาทีและใช้มือนวดเต้านม จากนั้นกระตุ้นให้บุตรดูดนมมารดาแล้วบีบน้ำนมที่เหลือภายในเต้านมออก ซึ่งวิธีการประคบเต้านมโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดนั้นจำเป็นต้องเปลี่ยนน้ำร้อนในภาชนะเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้อุณหภูมิตามต้องการซึ่งสร้างความยุ่งยากในการปฏิบัติ ดังนั้น เพื่อลดความยุ่งยากในการปฏิบัติดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการที่จะพัฒนาชุดประกอบเต้านมที่สามารถให้ความร้อนอยู่ในระดับที่มีผลต่อการรักษาและไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ สามารถเก็บความร้อนได้นาน รวมทั้งสามารถบรรเทาอาการคัดตึงเต้านมและทำให้ปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบอาการคัดตึงเต้านมและปริมาณน้ำนมก่อนและหลังการใช้ชุดประกอบเต้านม

**วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-post test design) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ชุดประกอบเต้านมที่บรรจุข้าวเหนียวดำทำให้ร้อนด้วยไมโครเวฟใช้อุณหภูมิสูงสุด นาน 1 นาที และสลับด้านล่างขึ้นมาทำแบบเดียวกัน นำออกมาตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง 5 นาทีจึงนำไปประคบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกปริมาณน้ำนม และแบบประเมินอาการคัดตึงเต้านม ดัดแปลงจากแบบวัดอาการคัดตึงเต้านมของฮิลล์และฮิวเมนนิก (1994) และสเตอร์ (1988) โดยประเมินจาก 4 ลักษณะ คือ tenderness, redness, hotness และ pain ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดที่บุตรมีชีวิตและมีอาการคัดตึงเต้านม เข้ารับบริการที่หน่วยสูติกรรม รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 27 คน ดำเนินการวิจัยดังนี้

- 1). ประเมินอาการคัดตึงเต้านมตามแบบประเมิน และบีบน้ำนมด้วยมือเป็นเวลา 5 นาที พร้อมกับบันทึกปริมาณน้ำนมที่ได้
- 2). ประคบเต้านมด้วยชุดประคบเป็นเวลา 20 นาที
- 3). หลังการประคบประเมินระดับอาการคัดตึงเต้านมอีกครั้ง พร้อมกับบีบน้ำนมและบันทึกปริมาณน้ำนมที่ได้

**วิธีการทางสถิติ** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

**ผลการวิจัย** พบว่าก่อนใช้ชุดประกอบเต้านมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนระดับอาการคัดตึงเต้านมอยู่ที่

10-27 คะแนน ( $X = 19.07$ ,  $SD. = 7.46$ ) ภายหลังจากใช้ชุดประเมินระดับอาการคัดเต้านมและ  
 อยู่ที่ 2-16 คะแนน ( $X = 8.88$ ,  $SD. = 6.22$ ) ซึ่งลดลงจากก่อนใช้ชุดประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 ( $p < .001$ ) ส่วนปริมาณน้ำนมพบว่า ก่อนใช้ชุดประเมินกลุ่มตัวอย่างบีบน้ำนมได้ 1-30 มิลลิลิตร  
 ( $X = 10.30$ ,  $SD. = 8.51$ ) ภายหลังจากใช้ชุดประเมินบีบน้ำนมได้ 5-70 มิลลิลิตร ( $X = 24.30$ ,  $SD. = 14.75$ )  
 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้ชุดประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**สรุป** จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าชุดประเมินที่บรรจุข้อหาเกี่ยวกับความสามารถลดอาการคัดเต้านมและ  
 เพิ่มปริมาณของน้ำนมได้ทำให้มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาอาการคัดเต้านม อีกทั้งยังได้นวัตกรรม  
 ประดิษฐ์ที่ทำจากข้าวเหนียวดำซึ่งเป็นพืชไร่เฉพาะถิ่น และเป็นพื้นฐานให้กับบุคลากรในวิชาชีพในการพัฒนา  
 และประดิษฐ์นวัตกรรมใหม่ๆ แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการวิจัย จึงทำให้  
 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ดังนั้นหากจะทำการวิจัยต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

## ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้แบบ คัดกรองปัญหาการให้นมแม่

(5- Item Breastfeeding Triage Screening Form) ต่อการเพิ่มน้ำหนักทารก

• นันทพร พ่วงแก้ว<sup>1</sup> • จุฬิชา โดมนาย<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช  
<sup>2</sup>ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

**หลักการและเหตุผล** ที่ผ่านมายังไม่มีการคัดกรองปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดที่หน่วยตรวจ  
 โรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ทำให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สิ้นสุดลง เมื่อมารดาและทารก  
 หลังคลอดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น การคัดกรองปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการถามมารดาเกี่ยวกับ  
 พฤติกรรมการให้นมแม่จำนวน 5 ข้อ จะสามารถคัดแยกกลุ่มที่มีปัญหาการให้นมแม่ออกจากกลุ่มที่ไม่มีปัญหา  
 การให้นมแม่ เพื่อส่งต่อไปรับการประเมินความรู้/ พฤติกรรมการให้นมแม่และการช่วยเหลือ ลดระยะเวลา  
 ในการคัดกรองปัญหา และสามารถประเมินในรายที่มีปัญหาซับซ้อน/ รุนแรงเพื่อส่งต่อไปยังคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนม  
 แม่ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความต่อเนื่อง

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อหาความชุกของปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคกุมาร  
 เวชศาสตร์
  2. เพื่อเปรียบเทียบการเพิ่มน้ำหนักทารกในกลุ่มที่มีกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการให้นมแม่

**วิธีการวิจัย** ชักประวัติการให้นมแม่ 5 ข้อ (5 - Item Breastfeeding Triage Screening Form) ในมารดาที่  
 พบบุตรอายุ < 2 เดือน (30-40ราย/วัน มาตรวจตามแพทย์นัดที่หน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช  
 โดยทำก่อนการชั่งน้ำหนักทารก เพื่อคัดแยกกลุ่มที่มีปัญหาการให้นมแม่ไปรับการช่วยเหลือ/ ส่งต่อคลินิกเลี้ยงลูก  
 ด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย** การคัดกรองปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ( $N = 115$ ) พบว่า ไม่พบปัญหาการให้นมแม่ 35.43%  
 แม่เจ็บหัวนม/หัวนมแตก 27.83% ให้นมแม่บ่อยกว่า 2 ชั่วโมงอย่างสม่ำเสมอ 26.96% ให้นมแม่นานมากกว่า 30 นาที  
 ต่อมือ 20% เริ่มให้นมผสมเพราะรู้สึกว่ามีนมไม่เพียงพอ 13.91% (ผลรวม>100% เพราะผู้ป่วยบางรายมีมากกว่า  
 1 ปัญหา) ทารกที่ไม่มีปัญหาการให้นมแม่ก่อนการศึกษาทารกมีน้ำหนักเพิ่มเฉลี่ย 19.74 กรัม/วัน หลังการศึกษา  
 ทารกมีน้ำหนักเพิ่มเฉลี่ย (อายุ 1 เดือน) 40.09 กรัม/วัน ส่วนทารกที่มีปัญหาการให้นมแม่ก่อนการศึกษามีน้ำหนัก  
 เพิ่มเฉลี่ย 12.60 กรัม/วัน ซึ่งเป็นน้ำหนักที่ต่ำกว่าเกณฑ์ หลังการศึกษามีน้ำหนักเฉลี่ย (อายุ 1 เดือน) 37.17 กรัม/วัน  
 ( $p < .005$ ) และทุกรายกินนมแม่อย่างเดียว

**สรุป** การใช้ 5 - Item Breastfeeding Triage Screening Form ช่วยลดระยะเวลาในการคัดกรองปัญหา  
 ปัญหาการนมแม่เนื่องจากสามารถคัดแยกเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาการให้นมแม่เพื่อส่งต่อไปรับการประเมินความรู้  
 สังเกตพฤติกรรมการให้นมแม่ของมารดา น้ำหนักของทารก และให้การช่วยเหลือ



## นมแม่กับอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดในทารกคลอดก่อนกำหนด

• พญ.วาสนา วินัยพานิช  
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

**หลักการและเหตุผล** ปัจจุบันเทคโนโลยีในการดูแลทารกแรกเกิดมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น ได้นำไปสู่ปัญหาความพิการเรื้อรังตามมาหลายประการ โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกแรกเกิด (retinopathy of prematurity) เป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะพิการทางสายตาหรือตาบอดในเวลาต่อมา จากข้อมูลสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการรับส่งต่อผู้ป่วยโรค ROP ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2542-เมษายน 2544 มีทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม มารับการตรวจจอประสาทตาจำนวน 430 ราย ผลการตรวจพบว่า ทารกมีอาการจอประสาทตาที่ผิดปกติ 22.33%<sup>(1)</sup> ในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กันอย่างกว้างขวาง ทั้งในเด็กคลอดครบกำหนดและเด็กคลอดก่อนกำหนด และเริ่มมีการศึกษาที่ช่วยสนับสนุนว่า นมแม่สามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดในเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดได้

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติในเด็กคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว นมแม่ร่วมกับนมผสม และเด็กคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมผสมเพียงอย่างเดียว

**วิธีการวิจัย** ทำการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของเด็กทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 โดยแยกกลุ่มศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม ตามชนิดของอาหารที่ได้รับคือ กลุ่มที่ได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ได้รับนมผสมเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับนมแม่ร่วมกับนมผสม

**ผลการวิจัย** พบอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดร้อยละ 11.02 และพบว่าเด็กคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับนมผสมเพียงอย่างเดียวเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดเมื่อเทียบกับเด็กที่ได้รับนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 6.25, 95% CI = 1.31-29.61, P = 0.008)

**สรุป** การให้นมแม่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิดในทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ควรสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติแต่กำเนิด

## การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลลำปาง

• ประสมพร วชิรรัตนกรกุล • กฤษณา ศรีคำหล่อ • พัชรภรณ์ บุญอยู่  
• ศศิพันธ์ สุพงษ์ • สุมาลี ตีรณวัฒนากุล • ศศิธร หุ่นแจ่ม  
• มณฑา ลีเสด • อัมพร วิเศษศิริ • โสภิส กันทา • เสาวลักษณ์ เวียงทอง

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อมารดาหลังคลอดจากโรงพยาบาลให้ได้รับการติดตามเยี่ยมหลังคลอดเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน

**วิธีการดำเนินงาน** พัฒนาระบบการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วย การขอคำปรึกษาและการตอบกลับข้อมูล การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด พัฒนาความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย จำนวน 325 คน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือสนับสนุนแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาและผู้ดูแล จัดทำแบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมบ้าน วางแผนการจำหน่ายมารดาหลังคลอดโดยการสอนให้ความรู้ ฝึกทักษะ การดูแลตนเองหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ทำอุ้ม การอมหัวนมที่ถูกต้อง การสังเกตอาการที่แสดงว่าลูกได้รับน้ำนมเพียงพอ การบีบเก็บน้ำนม และประเมินความรู้ความสามารถของมารดาก่อนกลับบ้านพร้อมทั้งส่งต่อปัญหาให้กับสถานีอนามัยติดตามเยี่ยมหลังคลอด 6 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน 7 วัน ครั้งที่ 2 14 วัน ครั้งที่ 3 ครบ 45 วัน ครั้งที่ 4 เมื่อลูกครบ 2 เดือน ครั้งที่ 5 เมื่อลูกครบ 4 เดือน ครั้งที่ 6 เมื่อลูกครบ 6 เดือน ในการเยี่ยมหลังคลอดแต่ละครั้งมีกิจกรรมการดูแลมารดาและทารก ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพมารดา การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประเมินพัฒนาการทารก การวางแผนครอบครัว และการรับประทานอาหาร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่พบขณะเยี่ยมบ้าน และสอนการบีบเก็บน้ำนม การบ่อนนมเด็กแก่ผู้เลี้ยงดู และทบทวนการไปรับบริการที่โรงพยาบาลตามนัดครั้งต่อไป

**ผลการดำเนินงาน** การติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง ที่คลอดตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2550 - 30 กันยายน 2550 จำนวน 160 ราย สามารถเยี่ยมครบ 6 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 75 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เมื่ออายุ 2 เดือน ร้อยละ 75.31 เมื่ออายุ 4 เดือน ร้อยละ 69.14 เมื่ออายุ 6 เดือนร้อยละ 53.70 บุตรได้รับนมแม่ร่วมกับน้ำนมผสมชั่วคราวร้อยละ 28.13 โดยพบว่าแม่มีน้ำนมไหลดีต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน ร้อยละ 75 จากการติดตามเยี่ยม พบปัญหาว่า มารดาต้องไปทำงานต่างจังหวัดโดยไม่มารดาตนเองหรือมารดาของสามีเลี้ยงลูกจึงต้องหยุดให้นมแม่ หรือให้อาหารอื่นร่วมกับนมแม่ และพบว่ามารดาบางคนถึงแม้จะมีความรู้และทราบถึงประโยชน์ของนมแม่แต่ต้องให้อาหารอื่นร่วมกับนมแม่เพราะต้องทำตามคำแนะนำของบุคคลในครอบครัวเพื่อลดข้อขัดแย้งในครอบครัว

**สรุป** การที่มารดาจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน จำเป็นต้องพัฒนาระบบการประสานงานและระบบการส่งต่อมารดาหลังคลอดไปสู่สถานีอนามัยให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม

## ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่

A STUDY OF EMOTIONAL QUOTIENT IN BREASTFED CHILDREN

• วิธนา จิระแพทย์ • ณัฐธิดา อนุกุล<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <sup>2</sup>หอผู้ป่วยกุมารเวช 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ โดยการเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว เลี้ยงด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม และเลี้ยงด้วยนมผสมร่วมกับอาหารเสริมอื่นๆ และศึกษาระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลาที่ต่างกันกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก

**วิธีการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3 ปี และแม่ที่อาศัยด้วยกัน ในเขตชุมชนเมือง จำนวน 350 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ แบบสอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนม แบบสังเกตสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กอายุ 0-3 ปี และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กอายุ 3-5 ปี ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยทรงคุณวุฒิ มีค่าความเที่ยงของครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .95, .89 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา chi-square, Mann-Whitney U-test, t-test, และ ANCOVA เพื่อควบคุมปัจจัยแปรร่วมที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางอารมณ์ คือ สภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยแบบ ex post facto design ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบสาเหตุโดยศึกษาย้อนรอยจากผลหรือความจริงที่ปรากฏแล้ว เพื่อค้นหาสาเหตุที่เป็นไปได้

**ผลการวิจัย** พบดังนี้

1. เด็กกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมและรายด้าน (ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม และของเด็กกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมผสมร่วมกับอาหารเสริมอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมีความเกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์ โดยพบว่า เด็กกลุ่มที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ โดยรวมสูงกว่าของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน และ 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป** ผลการวิจัยสนับสนุนคุณประโยชน์ของนมแม่ ต่อการพัฒนาเด็กให้เติบโตเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นดัชนีสำคัญที่บ่งชี้การประสบความสำเร็จของมนุษย์

## การลดความเจ็บปวดทารกแรกเกิดที่ได้รับการเจาะเลือดบริเวณสันเท้าด้วยการดูดนมมารดา

• รุ่งฤดี อุสาทะ • ศศิธร คำพันธ์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง

**หลักการและเหตุผล** หัตถการของทารกแรกเกิดมีผลทางด้านสรีรวิทยา อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจเพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อสาร catecholamine และ cortisol ทารกแสดงความเจ็บปวดโดยร้องเสียงดังหรือร้องกวน หน้าผากย่น คิ้วขมวด อารมณ์แปรปรวน ทางด้านจิตสังคมอาจมีภาวะซึมเศร้าในอนาคต และที่สำคัญ มารดาหรือผู้ดูแลไม่สามารถเข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองของทารก เกิดอาการหงุดหงิดไม่มีความสุข สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกหรือครอบครัวอาจได้รับผลกระทบด้วย การดูดนมทำให้ทารกได้รับความสุข โดยกระตุ้นให้ endorphins หลั่งมากขึ้น และในนมมารดาอาจมีกลไกตามธรรมชาติที่ช่วยลดกลไกในความเจ็บปวดได้ ซึ่งมีสารคล้ายสารยับยั้งความเจ็บปวด เช่น analgesic หรือ pain-killing ทารกแรกเกิดได้รับความสุขจากการสัมผัส ความรักความเอาใจใส่จากมารดา จะเพิ่มเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ไปกระตุ้น S.G. cell ทำให้ประจูดควบคุมความเจ็บปวดปิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวดน้อยลง

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดของทารกขณะเจาะเลือดที่สันเท้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูดนมมารดาก่อนเจาะเลือดกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ดูดนมมารดา

**วิธีการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย เป็นทารกแรกเกิดปกติ โรงพยาบาลตรัง ไม่เกิน 48 ชั่วโมง ทารกก่อนเจาะเลือดระยะตื่นสงบ (Alert) ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ดูแลให้ทารกดูดนมมารดา 20 นาที ในช่วง 2 ชั่วโมง ก่อนเจาะเลือด กลุ่มควบคุม ทารกไม่ได้รับนมมารดา 2 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด บันทึกภาพเริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด แล้วนำไปแปลค่าคะแนนตามรายพฤติกรรม เครื่องมือ คือ การสังเกตการแสดงออกความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ PIPP ของ Stevens, et.al., (1996) ในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การขมวดคิ้ว (brow bulge) การหลับตาแน่น (eye squeeze) และลักษณะการหายใจปึกจมูกบาน (nasolabial furrow) โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0-3 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือทางพฤติกรรมให้ 0 มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือทางพฤติกรรมมากให้ 3 โดยคิดคะแนนรวมทั้งหมด 9 คะแนน

**วิธีการทางสถิติ** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการตอบสนองความเจ็บปวด ณ นาทีต่างๆ ของการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test

**ผลการวิจัย** ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตอบสนองความเจ็บปวดของทารกที่ได้รับการเจาะเลือดกลุ่มที่ได้รับนมมารดาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับนมมารดา ที่ระดับคะแนน 5.29 และ 7.48 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

**สรุป** การให้ทารกดูดนมมารดา อย่างน้อย 20 นาที ก่อนเจาะเลือดหรือการทำหัตถการ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของทารกได้ จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้เห็นความสำคัญในการบรรเทาความเจ็บปวดโดยการไม่ใช้ยา

## ลักษณะของพังผืดใต้ลิ้นกับผลกระทบต่อการดูดนมแม่ ในทารกไทย

• โสภพรณ เงินฉ่ำ<sup>1</sup> และ care team tongue tie<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
<sup>2</sup>ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
<sup>3</sup>ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**วัตถุประสงค์** 1) เพื่อทราบความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงในทารกไทย 2) เพื่อทราบความชุกของปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพที่สัมพันธ์กับการมีภาวะลิ้นติด 3) เพื่อหาว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการเล่นลูกด้วยนมแม่หรือไม่

**วิธีการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า ในทารกปกติที่คลอดในโรงพยาบาลศิริราช มารดาจะได้รับการตรวจเต้านม ทารกจะได้รับการตรวจดูตำแหน่งของการยึดเกาะของพังผืดใต้ลิ้น ระหว่างการประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ มารดาจะถูกถามว่าลิ้นของลูกอยู่ที่ใดด้วย

**ผลการวิจัย** มีทารกเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 2,679 ราย ความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรง ร้อยละ 16 (428 ราย) ปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพพบทั้งหมด ร้อยละ 9.2 ความชุกของทารกที่ดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพสัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดระดับปานกลางและรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 2.7 และร้อยละ 6 ตามลำดับ ทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับปานกลางถึงรุนแรงเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 15.7 เท่า (OR 15.7: 95% CI 8.5, 29.4) และ 71.2 เท่า (OR 71.2: 95% CI 39.6, 130.3) ตามลำดับ นอกจากนี้ มารดาที่มีหัวนมสั้น และบอด/นูนเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 1.8 เท่า (OR 1.8: 95% CI 1.4, 2.4) และ 2 เท่า (OR 2.0: 95% CI 0.8, 4.7) ตามลำดับ ความรู้สึกของมารดาว่าลิ้นของลูกอยู่ที่หัวนมหรือไม่รู้สึกเลยเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 7.2 เท่า (OR 7.2: 95% CI 4.8, 10.9) และ 21.8 เท่า (OR 21.8: 95% CI 10.3, 45.7) ตามลำดับ มารดาที่เพิ่งมีบุตรคนแรกเพิ่มความเสี่ยงต่อการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ 1.4 เท่า (OR 1.4: 95% CI 1.1, 1.9)

**สรุป** ความชุกของภาวะลิ้นติดระดับรุนแรง คือ ร้อยละ 16 ทารกที่มีภาวะลิ้นติดระดับรุนแรงไม่จำเป็นต้องมีปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพเสมอไป โดยพบความชุกของทารกที่มีปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพที่สัมพันธ์กับภาวะลิ้นติดอย่างรุนแรง คือ ร้อยละ 6 ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อปัญหาการดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพเรียงตามลำดับความสำคัญ ดังนี้ ภาวะลิ้นติดระดับรุนแรง ภาวะลิ้นติดระดับปานกลาง และความรู้สึกของมารดาขณะให้ลูกดูดนมว่าลิ้นของลูกไม่อยู่ที่หัวนมหรือลานหัวนมเลย

## ผลของการกระตุ้นเต้านมต่อระยะเวลาการหลังของน้ำนม ในมารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย

• ปิยรัตน์ จินาพันธุ์<sup>1</sup> • นันทิญา ทองชัย<sup>2</sup> • นุสรา ศักดิ์ธานี<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
<sup>2</sup>กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลของการกระตุ้นเต้านมต่อระยะเวลาการหลังของนม ในมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาน้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย

**วิธีการวิจัย** การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่พักฟื้น ณ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2550 โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 75 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้วิธีการดูดทุก 2-3 ชั่วโมงอย่างเดียว กลุ่มที่ใช้วิธีการนวดเต้านมร่วมกับการดูดทุก 2-3 ชั่วโมง และกลุ่มที่ใช้วิธีการประคบความร้อนด้วยผ้าห่มไฟฟ้าร่วมกับการดูดทุก 2-3 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมวิจัยประเมินระดับการไหลของน้ำนมและ Latch โดยเริ่มประเมินใน ชั่วโมงที่ 24 หลังคลอด และประเมินต่อเนื่อง ทุก 3 ชั่วโมง จนระดับการไหลของน้ำนมเป็นระดับ 3 หรือจำหน่าย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรม SPSS ข้อมูลทั่วไปแจกแจงเป็นจำนวนและร้อยละ ระยะเวลาการหลังของน้ำนมแสดงค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาการหลังของน้ำนมโดยการทดสอบที (t-test)

**ผลการวิจัย** พบว่า

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงระดับการไหลของน้ำนม (ชม.)	กลุ่มที่ใช้การดูดทุก 2-3 ชั่วโมง (กลุ่มที่ 1)	กลุ่มที่ใช้วิธีการนวดเต้านมร่วมกับการดูดทุก 2-3 ชั่วโมง (กลุ่มที่ 2)	กลุ่มที่ใช้การประคบความร้อนด้วยผ้าห่มไฟฟ้า ร่วมกับการดูดทุก 2-3 ชั่วโมง (กลุ่มที่ 3)
จากไม่ไหลเป็นเริ่มไหล	15	6	8
กลุ่มที่ 1 และ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.674)			
เริ่มไหลเป็นไหลแล้ว	12.28	15	13.29
จากไหลแล้วเป็นไหลดี	9.27	8.81	12
เริ่มไหลเป็นไหลแล้ว จากไหลแล้วเป็นไหลดี กลุ่มที่ 1, 2 และ 3 แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05			
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับการไหลของน้ำนมจากไม่ไหลจนถึงไหลดีของกลุ่มที่ 1 และ 3 แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05			

**สรุป** การกระตุ้นเต้านมต่อระยะเวลาการหลังของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย โดยวิธีการนวดเต้านมร่วมกับการดูดทุก 2-3 ชั่วโมงใช้เวลาสั้นกว่า 2 วิธี

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

(THE EFFECT OF BREASTFEEDING-PROMOTING PROGRAM ON SUCCESSFUL BREASTFEEDING BEFORE DISCHARGE IN MOTHERS WITH CESAREAN SECTION)

• ยูพา เตมีย์ธีรกุล พย.ม.<sup>1</sup> • นิตยา สิ้นสุกใส • ยาวลักษณ์ เสรีเสถียร<sup>2</sup> • กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์<sup>1</sup>

<sup>1</sup> วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (การพยาบาลมารดา-ทารกแรกเกิด และสุขภาพสตรี)

<sup>2</sup> ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา <sup>3</sup> ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของมารดาที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (C/S) ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

**วิธีการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ และได้รับการวินิจฉัยให้คลอดโดยวิธี C/S ที่โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อศึกษาในกลุ่มควบคุมครบตามจำนวนแล้วจึงเริ่มศึกษาในกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผนการให้ความรู้ แผนการช่วยเหลือมารดา คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับมารดาที่ C/S สื่อการสอน ได้แก่ หุ่นจำลองทารกแรกเกิด หุ่นจำลองเต้านม

**วิธีการทางสถิติ** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที และการทดสอบไคสแควร์

**ผลการวิจัย** คุณลักษณะทางด้านสังคมประชากร ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ และผู้สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย LATCH SCORE และมีสัดส่วนของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) มีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็น 14 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว (95% CI = 3.79-54.72)

**สรุป** หญิงตั้งครรภ์แรกคลอดโดยวิธี C/S ที่ได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การได้รับข้อมูลและความรู้อย่างถูกต้อง ร่วมกับการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนในระยะหลังผ่าตัดคลอด มีผลให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## MOTHER'S WORK RELATED FACTORS AND BREASTFEEDING PRACTICES IN BANGKOK, THAILAND

T Aikawa<sup>1</sup>, P Pavadhgul<sup>1</sup>, R Chongsuwat<sup>1</sup>, S Sawasdivorn<sup>2</sup>, C Boonshuyar<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Public Health, Mahidol University, <sup>2</sup> Queen Sirikit National Institute of Child Health

This study explored the association between mother's work related factors and breastfeeding practices in Bangkok, Thailand. Data was collected from 84 working mothers with their child age of 6-24 months who visited at the breastfeeding mobile clinic in mother and child exhibition. Thai-interviewers collected data using structured questionnaire. Exclusive breastfeeding for 3 months was 78.6% and for 6 months was 38.1%. Mothers who returned work after 3 months from birth were more breastfed without formula milk use. (Crude OR 4.26, 95% CI 1.39-13.05, Adjusted OR 4.15, 95% CI 1.15-14.95). Moreover, self/family owned business and some private company worker tend to return to work less than 3 months. Results may imply that long enough maternity leave would help to extend the duration exclusive breastfeeding. Therefore, advocating for the improvement of maternity protection legislation will be valuable and effective to improve the breastfeeding practices further more.

บทคัดย่อ

POSTER PRESENTATION

ประกอบการบรรยายวิทยากร

## ประสบการณ์การแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันและเต้านมอักเสบ ด้วยเต้าประคบนมวนิดา

• วนิดา เทพจันทร์ • ภัทรภร ชันเดช • จันทนา คงมา  
ทีมงานสหวิชาชีพ สตรี-กุมารเวช สถาบันการสุขภาพพิเศษมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**หลักการและเหตุผล** ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมอักเสบเกิดได้ตลอดระยะเวลาในการให้นมลูก ใน 6 เดือนแรก ซึ่งอาจพบได้ 20% และจะพบได้บ่อยใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ถ้าปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขที่ดีอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นเต้านมบวมแดงมีโอกาสที่จะเป็นหนอง วิธีการรักษาทั่วไป คือ การประคบเต้านมอุ่นถึงอุ่นมาก ด้วยผ้าชุบน้ำอุ่นจัดประคบประมาณ 10 นาที แต่จะช่วยให้ความอุ่นนาน 3 นาที ต้องเปลี่ยนน้ำอุ่นประมาณ 3-4 ครั้ง จึงจะช่วยให้อาการดังกล่าวดีขึ้น ต่อมาทดลองใช้แผ่นเจลประคบพบว่าให้ความอุ่นนานขึ้นประมาณ 5 นาที แต่มีปัญหาราคาแพงและแตกง่าย จึงได้มีแนวคิดผลิตนวัตกรรมขึ้นในปี 2549 โดยมีชื่อว่า "เต้าประคบนมวนิดา"

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ เต้าประคบนมวนิดา

**วิธีการศึกษา** "เต้าประคบนมวนิดา" ได้แนวคิดจากอุ้งนอให้ความอบอุ่นทารก ขณะเคลื่อนย้ายเด็กของ ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ นำมาปรับให้เป็นลักษณะรูปทรงวงกลมให้พอดีกับเต้านมแม่ โดยตัดผ้าใยหรือลูกฟูกเป็นเส้นยาวเส้นผ่าศูนย์กลาง 8-10 ซม. ใส่ถั่วเขียวหรือธัญพืชแล้วม้วนเป็นวงกลมเย็บติดกันให้พอดีเต้าตามที่ต้องการ ก่อนใช้น้ำไปอุ่นไมโครเวฟกำลัง 800 วัตต์ นานนาทีครึ่ง นำไปใส่ซองเต้าประคบ วางบนเต้านมแม่ จะให้ความอุ่นนาน 15-20 นาที ถ้าต้องการความอุ่นเพิ่มเติม ให้อุ่นไมโครเวฟต่อ ครั้งละครั้งนาทีถึงหนึ่งนาทีได้

**ผลการศึกษา** การใช้เต้าประคบนมวนิดาร่วมกับการนวดเบาๆ บีบน้ำนมที่อุดตันหรือหนองออกใช้ได้ผลดี สะดวกในการดูแล ระยะเวลาในการดูแลต่อเนื่องสั้นลงจาก 2-7 วัน ลดลงเป็น 1-3 วัน บางรายใช้เวลาเพียง 1-2 ชั่วโมง อาการจะดีขึ้น หนึ่งในรายที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันเป็นก้อนแดงขนาด 10 x 10 ซม. ใช้เวลาประคบนาน 50 นาที อาการหายเป็นปกติ จากการประเมินความพึงพอใจของมารดาโดยรวม พบว่าร้อยละ 86 มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ที่เหลือตอบ มีความพึงพอใจในระดับสูง

**สรุป** การใช้เต้าประคบนมวนิดา จะให้ความอบอุ่นนานกว่าการใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น 3 เท่า มารดารู้สึกสบาย ได้กลิ่นหอมของถั่วเขียว ไม่ชื้นและเหมือนใช้ผ้า ที่สำคัญ คือ เต้าประคบนมวนิดาราคาถูกและสามารถที่จะประยุกต์ผลิตใช้เอง

## ผลจากการมีส่วนร่วมของสามีในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของหญิงทำงานนอกบ้าน ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวในเดือนแรก

EFFECTS OF SPOUSE INVOLVEMENT IN BREAST-FEEDING PROMOTION PROGRAM  
FOR WORKING MOTHER ON EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN FIRST MONTH

• เฉลิมศรี เกิดมากมี • ยวดี ภาษา<sup>1</sup> • จริญญา วิริยะคุณ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

<sup>2</sup>ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**วัตถุประสงค์** เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวภายในเดือนแรก  
ของหญิงทำงานนอกบ้านที่มีบุตรคนแรก ระหว่างกลุ่มที่ใช้การมีส่วนร่วมของสามีในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยง  
ลูกด้วยนมแม่อย่างเดียรร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงทำงานนอกบ้านที่มาฝากครรภ์และคลอด  
ปกติที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ  
50 คู่ เริ่มศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ  
ประกอบด้วย การสอนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการ  
สอนพร้อมสามีในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเสริมบทบาทของสามีให้เป็น  
ผู้ช่วยเหลือมารดาในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค ประเมินความถูกต้องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง  
เดียว และติดตามเยี่ยมสามีทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำแก้ไขปัญหาเบื้องต้น

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีส่วนร่วมจากสามี  
คู่มือคุณพ่อกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แบบสอบถามระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่

**ผลการวิจัย** หญิงทำงานนอกบ้านที่มีบุตรคนแรก กลุ่มที่ใช้การมีส่วนร่วมของสามีในโปรแกรมส่งเสริมการ  
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (29.30วัน)  
นานกว่ากลุ่มควบคุม (14.36 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
อย่างเดียวแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ 2 สัปดาห์หลังคลอด (96% ในกลุ่มทดลอง 34% ในกลุ่มควบคุม)  
และที่ 4 สัปดาห์หลังคลอด (94% ในกลุ่มทดลองและ 10% ในกลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .001

**สรุป** การให้สามีได้เรียนรู้ไปพร้อมกับมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด และก่อนจำหน่ายสามารถ  
ทำให้ระยะเวลาและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในเดือนแรกเพิ่มขึ้น

## ผลของการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง สำหรับหญิงทำงานนอกบ้าน ต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 4 เดือน

• เพ็ญจันทร์ แจ่มใส<sup>1</sup> • จริญญา วิริยะคุณ<sup>2</sup> • ยวดี ภาษา<sup>2</sup>

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

<sup>2</sup>ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง  
ต่อเนื่อง สำหรับหญิงทำงานนอกบ้าน ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 4 เดือน

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเป้าหมาย คือ หญิงทำงานนอกบ้านและคู่สมรส ที่มีลูกคนแรก  
อายุ 1-4 เดือน ที่นำลูกมาตรวจคลินิกเด็กดี วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล  
แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คู่ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วย การตรวจร่างกายเด็กและการรับ  
วัคซีนตามเกณฑ์อายุ และกลุ่มทดลอง 50 คู่ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรม ใน  
ระยะ 1, 2 และ 4 เดือนหลังคลอด ประกอบด้วย การเสวนากลุ่ม การทบทวนประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วย  
นมแม่ กระตุ้นให้พ่อแม่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง และให้คำปรึกษาแก้ไขอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น  
สาธิตและฝึกวิธีการบีบ-เก็บน้ำนมแม่ การป้อนน้ำนมแม่ด้วยถ้วย แจกเอกสารเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  
โทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ กระตุ้นให้พ่อช่วยเหลือแม่ เพื่อให้พ่อเกิดความมั่นใจที่จะสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูก  
ด้วยนมแม่อย่างเดียว และทำให้แม่เกิดกำลังใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากคู่  
สมรส คู่มือสำหรับผู้วิจัยในการให้คำปรึกษาพ่อแม่ เอกสารสำหรับพ่อแม่เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ  
แบบสอบถามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
ทดสอบค่าที ไค-สแควร์ และ Mann-Whitney U test

**ผลการวิจัย** กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (14.04 สัปดาห์) นานกว่ากลุ่มควบคุม  
(2.73 สัปดาห์) และกลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1, 2 และ 4 เดือน (ร้อยละ 94, 90  
และ 74 ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 10, 6 และ 4 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.001

**สรุป** การที่ให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ตั้งครรภ์ถึง 4 เดือน  
หลังคลอด ช่วยให้พ่อแม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดี และรับรู้สมรรถนะของตนเองมาก  
พอที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ ส่งผลให้ระยะเวลาและอัตราเพิ่มสูงขึ้น

## ผลของเปลือกนมนางต่อการบำรุงน้ำนมแม่

• อัมพร วิเศษศิริ • กฤษณา เครือคำหล่อ  
โรงพยาบาลลำปาง

**หลักการและเหตุผล** ชาวบ้านหลายจังหวัดในภาคเหนือนิยมใช้เปลือกต้นนมนางต้มกับน้ำรับประทานเป็นยาบำรุงน้ำนม (แสงยม 2519, มัชยัสต์ 2526) แม้ว่า ผลการวิจัยของเปลือกต้นนมนางในคนยังไม่มีรายงาน แต่มีการทดลองในหนู พบว่า สารสกัดน้ำจากผงป่นแห้งของเปลือกต้นนมนาง (*Pouteria cambodiana*) เพิ่มปริมาณ PRL ในหนูที่กีดการหลั่งน้ำนมด้วยเอสตราไดออล และยาคุมกำเนิด DMPA ซึ่งมีระดับ PRL (โปรแลคติน) ลดต่ำ จึงเป็นไปได้ว่าสารสกัดผลป่นแห้งนี้มีผลเพิ่มการหลั่งน้ำนมโดยการเพิ่มระดับ PRL ในหนูที่อยู่ในภาวะให้นมที่มีระดับ PRL ต่ำเท่านั้น ในขณะที่พบว่าหนูที่อยู่ในภาวะให้นมปกติ นั้น สารสกัดนี้มีผลเพิ่มระดับ Growth Hormone แต่ไม่มีผลต่อระดับ PRL

**วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดตั้งแต่ 7 วัน - 6 เดือน ที่มีน้ำมน้อย มารดาหลังคลอดที่ลูกป่วยอยู่ที่ NICU และมารดาที่บีบน้ำนมที่มูมนมแม่ในโรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2550 - พฤษภาคม 2551 มีจำนวนทั้งสิ้น 27 ราย การประเมินน้ำนมแม่มีน้อยหรือไม่มี โดยการบีบน้ำมนาน 15 นาที มีน้ำนม 15 cc. หรือไม่มีเลย ให้ดื่มน้ำต้มเปลือกนมนาง ที่มีเปลือกนมนาง 50 กรัม ท่อด้วยผ้าแล้วนำไปต้มในน้ำ 2,000 cc. นาน 15 นาที น้ำที่ได้จะมีรสฝาด บางต้นจะมีรสหวาน มีสีแดง ต้มวันละ 6-8 แก้วทุกวัน (ดื่มแทนน้ำ) จนกระทั่งมีน้ำนมเพียงพอ โดยรับประทานอาหารและน้ำตามปกติ

**ผลการศึกษา** มารดาที่ดื่มน้ำต้มเปลือกนมนาง และให้บีบน้ำนมอย่างน้อยวันละ 6-8 ครั้ง พบว่าปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้นหลังการใช้ในวันที่ 1-4 มีจำนวน 18 ราย 4-7 วันมีจำนวน 9 ราย ปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้น 30-200 cc./วัน มีจำนวน 12 ราย น้ำนมเพิ่มมากขึ้นจนเพียงพอให้บุตร 16 ราย คิดเป็น 59.25% มี 9 รายที่ต้องให้ยา Motilium ควบคู่กันหลังใช้เปลือกนมนาง 4-5 วันคิดเป็น 33.33% มี 2 ราย น้ำนมเพิ่มขึ้นไม่มาก เนื่องจากแม่เป็นโรคโลหิตจางคิดเป็น 7.42%

**สรุป** จากประสบการณ์การใช้เปลือกนมนางควบคู่กับวิธีการทำให้น้ำนมแม่หลังได้มากขึ้นจะพบว่าน้ำนมจะเพิ่มมากขึ้นใน 1-7 วัน มีปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้น 30-200 cc./วัน ร่วมกับการบีบน้ำนมอย่างสม่ำเสมอ สิ่งที่สำคัญคือมารดาต้องไม่มีความเครียด

## ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

• มณฑา ไชยะวัฒน์ • ศิริรัตน์ รักยงค์ • นุชญา แพงบุปผา  
'กลุ่มงานกุมารเวชกรรม / 'กลุ่มงานห้องคลอด / 'กลุ่มงานผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

**วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี คลอดระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2549 - 31 มกราคม 2550 ซึ่งฝากครรภ์หรือไม่ได้ฝากครรภ์จำนวน 301 ราย ได้รับการบริการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในตึกหลังคลอด คลินิกนมแม่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หลังคลอดและโทรศัพท์ติดต่อได้เมื่อทารกอายุครบ 6 เดือน

**วิธีการทางสถิติ** เป็นสถิติเชิงพรรณนาร้อยละ สถิติเชิงเปรียบเทียบ ใช้ odds ratio (OR) และ chi-square test ใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P value < 0.05

**ผลการศึกษา** จากการสัมภาษณ์หญิงหลังคลอดทางโทรศัพท์เมื่อทารกอายุครบ 6 เดือนจำนวน 239 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ แม่บ้าน (P value = 0.00) แม่ที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ช่วงก่อนตั้งครรภ์ (P value = 0.013) มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (P value = 0.042) และได้รับการบริการและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [ OR = 0.316 (95% CI 0.179-0.557) ] แบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะ [ OR = 4.012 (95% CI 2.083-7.726) ] ได้แรงสนับสนุนจากสามีหรือครอบครัว [ OR = 4.402 (95% CI 1.885-10.279) ] และไม่มีปัญหาการให้นมแม่ในระยะ 1 เดือนแรกหลังคลอด [ OR = 5.089 (95% CI 1.418-17.401) ] น่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.3 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 34.7 ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550

**สรุป** ปัจจัยที่มีผลทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น พบในแม่บ้าน แม่ที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมตั้งแต่ช่วงก่อนตั้งครรภ์ รวมทั้ง รูปแบบบริการและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงทุกระยะ โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตลอด



## การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน โรงงานอุตสาหกรรม

• พัชรวิวรรณ เจนสาริกรณ์ • รัตนา เพชรพรรณ • ยูพา ชัยเพชร  
• วรณมาพร พรมสุรินทร์ • ปณิติ สุพรรณ • สุวิพร สียงาม  
ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

**หลักการและเหตุผล** ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก เป็นแหล่งนิคมอุตสาหกรรม ดังนั้น จึงส่งผลให้สตรีต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น และไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทาง และขยายโอกาสให้มารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ จึงได้พัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงงานอุตสาหกรรมขึ้น

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนา รูปแบบ ทักษะบวรการในการถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนาศักยภาพแกนนำพนักงาน เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงงานอุตสาหกรรม

**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแกนนำพนักงาน โดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 24 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ หลักสูตรการสร้างพลังแกนนำพนักงาน เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การถ่ายทอดความรู้จากกระบวนการสร้างพลังของการอบรม มี 3 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 1 วัน คือ มารู้อัจฉริยะ/ บุตรที่ฉันคาดหวัง เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคย และการตั้งเป้าหมายอนาคตเกี่ยวกับบุตร

Walk Rally ให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มี 5 ฐาน คือ มหัศจรรย์นมแม่ คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำงานก็สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การปฏิบัติตนเพื่อคุณแม่และลูกรัก และสายใยรักผูกพันโยงโย่ปัญหา/ แนวทางพิชิตปัญหา เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการค้นหาคำตอบ ปัญหา สาเหตุ แนวทางในการแก้ไข ปัญหาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

**เก็บรวบรวมข้อมูลโดย** สังเกต ทดสอบ ประเมินผล นิเทศติดตามหลังการอบรม 3 เดือน

**วิธีการทางสถิติ** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้ t-test

**ผลการวิจัย** ระดับความรู้เฉลี่ยก่อนการอบรม .61 หลังการอบรมระดับความรู้เฉลี่ย .74 และระดับทัศนคติเฉลี่ยก่อนการอบรม 2.89 หลังการอบรมมีระดับทัศนคติ เฉลี่ย 3.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้และทัศนคติก่อนและหลังการอบรมพบว่าเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < 0.05$ )

ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการอบรม เนื้อหาสาระมีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ วิทยากรถ่ายทอดความรู้เหมาะสมระดับมากที่สุด การนิเทศติดตามหลังการอบรม 3 เดือนโรงงานจัดมุมนมแม่ในห้องพยาบาล

**สรุป** การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงงานอุตสาหกรรม โดยพัฒนาหลักสูตรการสร้างพลังแกนนำพนักงานเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับนำมาใช้ในการอบรมแกนนำพนักงาน ทำให้แกนนำพนักงานมีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้เกิดมุมนมแม่ในโรงงาน อันจะเอื้อให้หญิงที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จ

# ผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นเตือนต่อความพึงพอใจ ระยะเวลา และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น

(THE EFFECTS OF GROUP SUPPORT AND PROMPTING ON SATISFACTION, DURATION  
AND BEHAVIOR OF BREASTFEEDING IN TEENAGE MOTHERS)

• นิตยา สุขแสน

ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลของการใช้กลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นเตือนต่อความพึงพอใจ ระยะเวลา และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ที่คลอดและเข้าพักพื้นที่แผนกสูติกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชกลุ่มเป้าหมาย ...มารดาวัยรุ่น

**วิธีวิจัย** quasi experimental research

**ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ** มารดากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีระดับความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 374.5, P = .131$ ) ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 202.5, P < .001$ ) เช่นเดียวกับคะแนนพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 10.65, P = .002$ )

**สรุป** การใช้กลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นเตือน จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุตร มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการให้นมบุตรและช่วยเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เห็นเด่นชัด อย่างไรก็ตาม กลุ่มสนับสนุนและกระตุ้นเตือนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ 6 เดือนหลังคลอดของมารดาวัยรุ่นยังคงต้องการการศึกษาต่อไป

# การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในบริบทโรงพยาบาลรามัน

• มาริยา ปัตยะบุตร

โรงพยาบาลรามัน อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

**หลักการและเหตุผล** หญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ในอำเภอรามันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง มีการให้อาหารเสริมเร็วกว่าที่ควร ร่วมกับให้นมแม่ควบคู่กันไป ในบางรายให้นมแม่ร่วมกับนมผสมตั้งแต่หลังคลอด เนื่องจากมีความเชื่อ และวิตกกังวล กลัวว่าทารกจะได้รับอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบงานดูแล ส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของโรงพยาบาลแต่เดิมที่วางไว้ยังไม่ชัดเจน โรงพยาบาลรามันจึงได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางระบบและจัดตั้งคลินิกนมแม่ขึ้นมา เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน

**วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยมี Miss นมแม่ เป็นผู้เชื่อมโยงบริการ

## วิธีดำเนินงาน

1. จัดตั้งคลินิกนมแม่ เพื่อบริการตรวจเต้านมหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ทุกราย พร้อมทั้งติดตามให้การช่วยเหลือจนคลอด เยี่ยมมารดาหลังคลอด เพื่อแนะนำวิธีการให้นมลูกที่ถูกต้อง รวมทั้งให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง แก่หญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเจ้าหน้าที่โดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน
3. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น ผดุงครรภ์โบราณ โดยรวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการนัดกระตุ้นเต้านมและสมุนไพรต่างๆ
4. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ทุกระดับเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
5. จัดกิจกรรมรณรงค์ "สัปดาห์นมแม่" ทุกปี และส่งเสริมการเรียนรู้ เกี่ยวกับเรื่องนมแม่ ในรูปแบบของการจัดแหล่งเรียนรู้ และผลิตสื่อต่างๆ

**ผลการดำเนินงาน** ตั้งแต่ปี 2548-ปัจจุบัน (เม.ย. 51) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในกลุ่มผู้รับบริการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.33, 27.77, 39.24 และ 38.52 ตามลำดับ นอกจากนี้ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ ปี 2550 มีเจ้าหน้าที่คลอดทั้งหมด 12 ราย สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั้งสิ้น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 66

**สรุป** การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จได้ จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกๆหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และต้องดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ผสมผสานกับการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาสนับสนุนการดำเนินงาน เพื่อให้เข้ากับบริบทของสังคม และที่สำคัญ คือ การได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน

# การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถานีนอามัย บ้านม่วงแกว จังหวัดลำปาง

• ปรานอม อินตะคำ  
สถานีนอามัยบ้านม่วงแกว จังหวัดลำปาง

จากผู้บริหารในองค์กร

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน
3. เพื่อส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของ พ่อ แม่ และสมาชิกทุกคนในครอบครัว

## วิธีดำเนินการ

1. ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดและบุตรโดยเร็วที่สุด ตามมาตรฐานการเยี่ยมตามแนวทางของ รพ.ลำปาง 6 ครั้ง พุดคุยให้กำลังใจแม่และครอบครัว ขณะเยี่ยมครั้งแรก ประเมินปัญหาและตรวจร่างกาย ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือมารดาได้ฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ และมีความมั่นใจ พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถขอคำแนะนำได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ในรายที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจะนัดมาดูแลที่มูนนมแม่ในสถานีนอามัย
3. ให้คำแนะนำประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมสุขภาพมารดาและบุตร
4. ประชาสัมพันธ์ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว พร้อมกับเชิญชวนเข้าร่วมสมัครเป็นสมาชิกชมรม

## ผลการดำเนินงาน

- มารดาหลังคลอดในเขตรับผิดชอบได้รับการเยี่ยมบ้านทุกคน
- ทารกอายุครบ 6 เดือน 18 คน กินนมแม่อย่างเดียว 12 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66
- ทารกอายุครบ 4 เดือน 31 คน กินนมแม่อย่างเดียว 20 คน คิดเป็นร้อยละ 64.51

**สรุป** มารดาหลังคลอดได้รับการช่วยเหลือรวดเร็วและต่อเนื่อง และทารกได้กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มากขึ้น แต่ถ้าจะให้ดีกว่านี้ จะต้องให้แม่ที่เคยได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จนสามารถเลี้ยงลูก ด้วยด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ 6 เดือน มาเป็นอาสาสมัครนมแม่ เพื่อแนะนำและช่วยเหลือแม่ในชุมชนของตนเองและมีทีมอาสาสมัครนมแม่ในหมู่บ้าน ติดตามดูแลแม่และครอบครัวอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง



ทุกที่... ทุกคน... สนับสนุนแม่ได้

ISBN 978-974-16-4468-1

สำนักงานเลขานุการการประมุขวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 2  
 ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 11  
 ถ.ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Tel. 0-2354-8404 | [www.thaibreastfeeding.org](http://www.thaibreastfeeding.org)