

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในมารดาครรภ์แรก เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

#### 2.1 ความรู้พื้นฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1.1 กายวิภาคศาสตร์ของเต้านม

2.1.2 การเจริญเติบโตของเต้านม

2.1.3 กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม

2.1.4 การคงสภาพให้น้ำนมมีอยู่ตลอดไป

2.1.5 กลไกการควบคุมต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม

2.1.6 ความสำคัญของนมแม่ต่อมารดาและเด็ก

#### 2.2 สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่ทำให้มารดาให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน

#### 2.3 การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.3.1 ความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง

2.3.2 การดูแลในระยะตั้งครรภ์

2.3.3 การดูแลในระยะคลอด

2.3.4 การดูแลในระยะหลังคลอด

2.3.5 การดูแลในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### 2.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.4.2 ผลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

#### 2.5 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## 2.1 ความรู้พื้นฐานของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

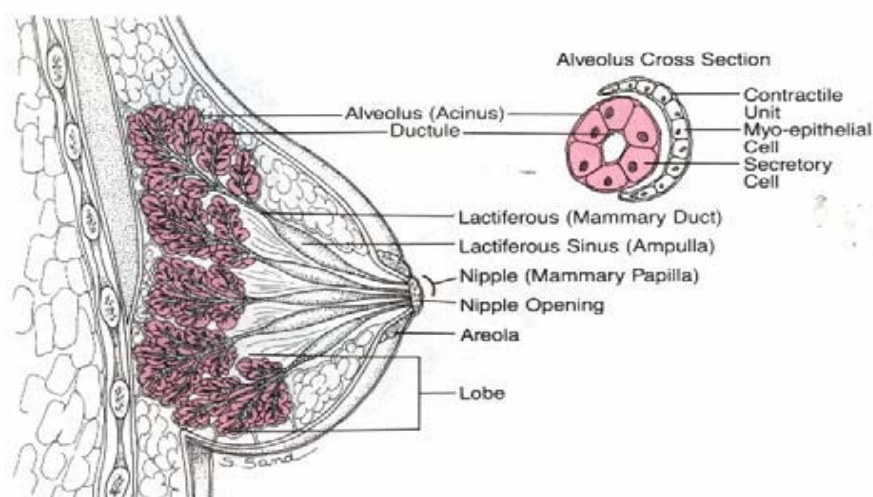
การให้คำแนะนำให้นมแม่ได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนเข้าใจปัญหาต่าง ๆ และสามารถแก้ไขได้ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบโครงสร้างและกลไกการทำงานของเต้านมเป็นหลัก

### 2.1.1 กายวิภาคศาสตร์ของเต้านม (Anatomy and Structure of the Breast) (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 14)

ตำแหน่งของเต้านมทั้งสองข้าง อยู่บริเวณด้านหน้าผนังทรวงอก ซึ่งอยู่ระหว่างกระดูกซี่โครงที่ 2 และ 6 ภายในเต้านมประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) ที่เรียงตัวกันอย่างหนาแน่น และลึกลงไปถึงชั้นกล้ามเนื้อทรวงอก (Pectoris Muscle) เต้านมมีเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 – 12 เซนติเมตร ส่วนที่หนาที่สุดประมาณ 5 -7 เซนติเมตรขนาดของเต้านมสตรีในขณะที่ไม่ตั้งครรภ์จะหนักประมาณ 200 กรัม ในระหว่างตั้งครรภ์และใกล้คลอดหนักประมาณ 400-600 กรัม และในระหว่างให้นมบุตรหนักประมาณ 600- 800 กรัม เต้านมแต่ละข้างประกอบไปด้วยต่อมน้ำนมประมาณ 15 – 20 โลบ (Lobe) อยู่ภายใต้ชั้นไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีหลอดเลือดท่อน้ำเหลืองและเส้นประสาทมาหล่อเลี้ยง ในแต่ละโลบจะมีผนังกันภายในโlob ประกอบด้วยท่อน้ำนม (Lactiferous Duct) ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร และแตกกิ่งก้านสาขาเหมือนกิ่งก้านต้นไม้ ออกเป็นโlobเล็ก ๆ ประมาณ 20 – 40 โlobย่อย หรือโlobิว (Lobule) แต่ละโlobิวยังแตกกิ่งก้านสาขาย่อยออกไปอีกจนถึงส่วนปลายจะพองออกมาเป็นกระเปาะ เรียกว่า แอลวิโอล (Alveoli) หรือแอซิไน (Acini) มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.2 มิลลิเมตร ในแต่ละโlobิวจะมีแอลวิโอลประมาณ 10-100 ถุง แอลวิโอลเป็นส่วนที่สร้างและเก็บน้ำนมไว้ในกระเปาะ บริเวณรอบแอลวิโอลมี

ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์ (Myoepithelial Cells) การทำงานของไมโอเอพิทีเลียลเซลล์เกิดจากการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) กระตุ้นให้ไมโอเอพิทีเลียลเซลล์หดตัว บีบไล่น้ำนมในแอลวิโอลให้ไหลผ่านไปสู่อ่อน้ำนมเล็ก ๆ และไหลไปรวมในอ่อน้ำนมที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และรวมกันเป็นกระเปาะใหญ่ เรียกว่า แลคทิเฟอร์รัส ไชนัส (Lactiferous Sinus) หรือแอมพูลลา (Ampulla) ซึ่งจะอยู่ใต้เต้านมทำหน้าที่พักน้ำนมไว้ จากนั้นอ่อน้ำนมนี้จะตีบเล็กลงและทอดออกเป็นรูเปิดที่หัวนมประมาณ 15 – 20 ท่อ โดยลักษณะการเรียงตัวของแลคทิเฟอร์รัส ไชนัส จะเป็นรัศมีออกไปจากหัวนมโดยรอบ (ภาพที่ 2.1)

ภาพที่ 2.1  
กายวิภาคศาสตร์ของเต้านม



ที่มา : Reeder S.J., Martin L.L., Koniak-Griffin D. (1997 : 768)

ภายในเต้านมจากชั้นผิวหนังจะมีไขมันหุ้มต่อมและท่อน้ำนม ทำหน้าที่พุงและรองรับการทอดผ่านของท่อน้ำนม ไขมัน จะทำให้เต้านมมีรูปร่างสวยงาม กลม เรียบและนุ่ม ปริมาณไขมันที่มีในเต้านมทำให้เต้านมมีขนาดเล็กและใหญ่แตกต่างกันไป แต่ขนาดของเต้านมไม่ได้บ่งบอกถึงปริมาณของน้ำนม ดังนั้น มารดาที่มีเต้านมขนาดเล็กหรือบางคนอาจมีความผิดปกติของต่อมน้ำนม แต่ก็ยังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นกัน (Lowdermilk and Perry. 2004)

แต่ละโลบภายในเต้านมจะมีผนังกัน (Connective Tissue Septum) แยกออกจากกัน โดยเฉพาะที่บริเวณใต้ลานนมจะมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโยงใยแข็งแรงอยู่รอบ ๆ ท่อน้ำนม ทำหน้าที่เป็นเอ็นช่วยพุงส่วนอื่น ๆ (Suspensory Ligament) เรียกว่า คูเปอร์ ลิกามেন্ট (Cooper's Ligament) ซึ่งตั้งยึดระหว่างโลบกับผิวหนังและพังผืดบริเวณทรวงอก (Pectoris Fascia) ถ้าเอ็นยึดนี้ถูกยึดมาก ๆ และเป็นเวลานานจากน้ำหนักเต้านมที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เสียความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุทำให้เต้านมหย่อนยาน ไม่สามารถพุงเต้านมให้คงทรวดทรงเดิมได้ การใส่เสื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะพุงเต้านมไว้ตลอดเวลาในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูก จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยรักษาเต้านมให้คงสภาพเดิมอยู่ได้

บริเวณหัวนม (Nipple) และลานนม (Areola) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและเส้นใยกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth Muscle) เรียงประสานกันในลักษณะเป็นรัศมีออกไปจากหัวนมและเป็นวงกลม เมื่อกล้ามเนื้อเหล่านี้ถูกกระตุ้น จะทำให้หดตัว หัวนมจะมีขนาดเล็กลงและนูนขึ้นสูงขึ้น ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนมประมาณ 15 - 20 ท่อ หัวนมมีรูปร่างคล้ายกรวยเล็ก ๆ มีความยาว

ประมาณ 1 เซนติเมตร หัวนมจะมีขนาดเล็กใหญ่ไม่เท่ากัน มีลักษณะนุ่มและสามารถดูไปตามรูป และขนาดของปากเด็ก ดังนั้น แม้หัวนมที่มีขนาดใหญ่มาก ๆ เด็กก็จะสามารถอมหัวนมได้ดี

บริเวณลานนมจะมีสีค่อนข้างคล้ำเป็นวงกลมล้อมรอบหัวนม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5–2.5 เซนติเมตร ขณะตั้งครรภ์จะมีขนาดใหญ่ขึ้นสีน้ำตาลคล้ำยิ่งขึ้น และจะไม่อาจลงภายหลังคลอด บริเวณลานนมนี้จะมีต่อมเหงื่อและต่อมไขมันที่เป็นตุ่มนูนขึ้นมา เรียกว่า มอนโกเมอรี ทูเบอร์เคิล (Montgomery's Tubercle) ทำหน้าที่สร้างสารประเภทไขมัน ซึ่งจะช่วยให้บริเวณผิวหนังบริเวณหัวนมและลานนมไม่ให้แห้งและแตกง่าย ช่วยให้หัวนมเกิดความชุ่มชื้นตั้งแต่ใน ระยะตั้งครรภ์จนถึงช่วงให้นมลูก บางครั้งสารนี้อาจถูกขับออกมาที่บริเวณรูเปิดและแห้งแข็ง ทำให้ ดูคล้ายหัวสิวหรือเข้าใจว่ามีการติดเชื้อเป็นหนอง ตามปกติหัวนมและลานนมจะมีความยืดหยุ่นเวลา จับดึง และสามารถถูกดึงยึดเข้าไปในปากเด็กได้เป็นอย่างดี ถ้าหัวนมสั้นหรือยืดหยุ่นไม่ดีจะรบกวน กลไกการดูดนมแม่และส่งผลกระทบต่อ การสร้างและหลั่งน้ำนม หัวนมสั้นหรือบอดมีความสำคัญกับ การดูดนมของเด็ก เนื่องจากเด็กจะต้องดูดหัวนมและลานนมให้ยึดลึกเข้าไปในปากกรวมเป็นหัวนม ใหม่อันขึ้นมา (Teat) โดยลิ้นของเด็กจะต้องสามารถรองรับอยู่ใต้ลานนม ถ้าหัวนมสั้นและยืดหยุ่นไม่ดี เด็กจะดูดหัวนมและลานนมเข้าไปได้ไม่ลึก ทำให้ดูดไม่ติด ดังนั้น การแก้ไขหัวนมสั้นและบอดให้ ยื่นออกมาได้ก่อนจึงมีความสำคัญ ควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากต้องใช้ ระยะเวลาและควรติดตามการแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนคลอด มิฉะนั้นเด็กจะไม่สามารถอมหัวนมและ ดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กได้น้ำนมไม่เพียงพอ และยังเป็นเหตุให้หัวนมแตกหรือเต้านม คัดคั่งได้

### 2.1.2 การเจริญเติบโตของเต้านม (Mammogenesis) (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 51)

เต้านมเริ่มปรากฏเป็นสันจากรักแร้ถึงขาหนีบเมื่อมนุษย์เป็นตัวอ่อนอายุ 4 สัปดาห์ ช่วงอายุ ครรภ์ 12-16 สัปดาห์ มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อเรียบของหัวนมและลานนม และขณะเดียวกัน มีตุ่มเต้านมที่แตกกิ่งเป็นต่อมน้ำนม 15- 20 อัน

ฮอร์โมนเพศจากรกที่เข้าสู่กระแสโลหิตของเด็กในครรภ์ กระตุ้นให้เยื่อไขมันกลายเป็นต่อ ต่อเนื่องกันไปจนถึงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ หลังจาก 32-40 สัปดาห์ มีการสร้างหัวน้ำนม (Colostum) ทำให้ขนาดเต้านมของเด็กในครรภ์ขยายใหญ่ขึ้น ลานนมและหัวนมมีสีคล้ำขึ้น หลังเกิดเต้านมของ ทารกแรกเกิดอาจคัดหลังน้ำนม ได้เรียกว่า Witches Milk ซึ่งจะหายไปเองใน 2-3 สัปดาห์

ในวัยเด็กขนาดเต้านมเพิ่มตามการเจริญเติบโตของร่างกายจนเข้าสู่วัยรุ่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เต้านมของเด็กผู้หญิงอายุ 10-12 ปี มีการสร้างต่อมเพิ่มมากขึ้นจนเต้านมขยายขนาด เป็นรูปถั่ว ซึ่งสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของ Hypothalamus Pituitary-ovarian Axis ที่อนมเริ่ม

เปลี่ยนแปลงส่วนปลายเป็นต่อมน้ำนมทวารอกของการตกไข่ ฮอร์โมน Progesterone ทำให้เต้านมเจริญขึ้นตลอดเวลาจนถึงอายุ 35 ปี การเจริญของเต้านมต้องอาศัยฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ estrogen, progesterone, prolactin, epithelium growth factor และฮอร์โมนชนิดอื่น ๆ

เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ รังไข่ทำงานสมบูรณ์เต็มที่ เป็นผลให้มีประจำเดือนและมีการตกไข่ รังไข่จะให้ฮอร์โมน 2 ชนิด ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเต้านมต่อไป คือ Estrogen มีผลต่อการเจริญเติบโตของระบบท่อน้ำนม และ Progesterone มีผลต่อการเจริญเติบโตของระบบต่อมน้ำนม

เมื่อตั้งครรภ์จะได้รับฮอร์โมนจากรก ได้แก่ Estrogen, Progesterone และ Human Placental Lactogen (HPL) และ Prolactin ทำให้มีการเจริญเติบโตทั้งระบบท่อน้ำนมและต่อมน้ำนม โดยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงต่อมน้ำนมเพื่อเตรียมที่จะสร้างและหลั่งน้ำนมต่อไป อย่างไรก็ตามระยะนี้ยังไม่มีการสร้างน้ำนมถึงแม้ว่าระดับฮอร์โมน Prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมจะมีระดับสูงก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ที่มีระดับสูงเช่นเดียวกัน มีผลยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนม (Lactogenesis) Estrogen จะยับยั้งการจับของฮอร์โมน Prolactin กับเซลล์เต้านม (Mammary Cells) และยับยั้งการย้าย Prolactin ในการเข้าสู่นิวเคลียส ส่วน Progesterone จะยับยั้งการสร้าง Lactoalbumin ซึ่งเป็นโปรตีนที่สำคัญของกระบวนการสร้างน้ำนมในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมน Estrogen กระตุ้นให้ Myoepithelium Cell ขยายตัวส่งผลให้เต้านมขยายใหญ่สามารถมองเห็นเส้นเลือดดำได้ผิวหนังได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การไหลเวียนภายในเต้านมเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ต่อมน้ำนมเล็ก ๆ และ Aveoli จะรวมตัวกันเกิดเป็นโลบิว และเริ่มมีการสร้างน้ำนมที่เรียกว่า Precolostrum ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ฮอร์โมน Progesterone, Human Placental Lactogen (HPL) และ Lactogen จะกระตุ้นให้ Aveoli สร้างน้ำนมเก็บไว้ได้เต็มที่

### 2.1.3 กลไกการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนม (Lactogenesis) (ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, 2547 : 14)

#### กลไกการสร้างน้ำนม

ภายหลังรกลคลอด ฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone จะลดระดับลง ซึ่งจะทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin มีระดับสูงขึ้น Prolactin หลั่งมาจากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Pituitary Gland) กระตุ้นให้ Aveoli สร้างน้ำนมเก็บไว้ ภายใน Aveoli มีการสังเคราะห์ Lactos, ไขมัน, เคซีน (Casein) และโปรตีนอื่น ๆ ผสมผสานกับโปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ จากพลาสมาของมารดา Prolactin จะทำงานร่วมกันกับ Growth Hormone, Insulin, Cortisol และ Thyrotrophin-releasing Hormone (TRH)

ฮอร์โมน Prolactin จะทำงานได้ต้องเกิดจากการดูดกระตุ้นของเด็ก ในขณะที่เด็กดูดนม (Sucking) จะมีการกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานนมตามไขสันหลังเข้าไปสู่สมอง แล้วไปกระตุ้นที่ต่อมใต้สมอง ยับยั้งไม่ให้มีการหลั่งปัจจัยที่ขัดขวางการหลั่ง Prolactin (Prolactin Inhibiting Factor : PIF) เป็นผลให้ Prolactin จากต่อมใต้สมองส่วนหน้ากระตุ้น Aveoli ให้สร้างน้ำนม PIF เป็นโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (Inhibitor) ซึ่งอยู่ในน้ำนมและจะหลั่งเพิ่มขึ้น หากมีปริมาณน้ำนมสะสมอยู่ในเต้านมจำนวนมาก หรือหากเด็กดูดนมได้ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำนมไม่สามารถขับออกจากเต้านมไม่หมด จะทำให้ Prolactin ซึ่งช่วยในกระบวนการสร้างน้ำนมถูกยับยั้งได้จะเห็นได้ว่าการสร้างน้ำนมจะถูกควบคุมภายในเต้านมเองด้วย เป็นการอธิบายข้อสังเกตที่พบว่า มารดาบางรายให้เด็กดูดนมเพียงข้างเดียว เต้านมข้างนั้นยังคงสร้างน้ำนมอยู่ แต่อีกข้างจะหยุดสร้างน้ำนมแม้ว่า Prolactin ยังคงไปกระตุ้นทั้ง 2 เต้าเท่า ๆ กันก็ตาม เต้านมที่มีน้ำนมจำนวนมากเหลือค้างอยู่ PIF ในน้ำนมจะยับยั้ง Aveoli ไม่ให้สร้างน้ำนมอีก เป็นการช่วยป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเต้านมถ้ามีน้ำนมเต็มเต้ามากเกินไป ดังนั้น หากน้ำนมถูกขับออกจากเต้าโดยการดูดของเด็กหรือการบีบออก PIF ก็จะถูกขับออกไปด้วย เต้านมก็จะสร้างน้ำนมต่อไปเรื่อย ๆ

โดยสรุป Prolactin จะทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับการดูดนมของเด็กและเต้านมว่าง เมื่อไหล่ก็ตามที่น้ำนมถูกขับออกจากเต้านม Prolactin ก็จะกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมมาทดแทน เพื่อให้ Prolactin ในกระแสเลือดมีระดับสูงอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องให้เด็กดูดนมบ่อย ๆ สม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ จะทำให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ดังนั้น ควรแนะนำมารดาหลังคลอดกระตุ้นให้เด็กดูดนมโดยเร็วภายหลังคลอด ในช่วง 30 – 45 นาทีแรกหลังคลอดและไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงภายหลังคลอด เพราะในช่วงนี้ระดับฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenaline) ลดต่ำลง และทำให้ระดับ Prolactin เพิ่มขึ้น พบว่า ระดับ Prolactin มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นภายหลังจากให้เด็กดูดนม หรือหลังจากเด็กดูดนมแล้วประมาณ 20 – 30 นาที และสร้างออกมามากในเวลากลางคืน แต่พบว่า การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และการเลี้ยงเด็กด้วยนมผสมแทนการให้เด็กดูดนมจากเต้า จะทำให้การสร้างน้ำนมลดลงได้ (Ackerman, 2004)

#### กลไกการหลั่งน้ำนม (นิภาวัลย์ สุวรรณสุรงค์, 2549)

ในขณะที่เด็กดูดนมแม่ จะกระตุ้นปลายประสาทที่หัวนมและลานนมโดยส่งสัญญาณไปตามไขสันหลังสู่สมองส่วน Hypothalamus ทำให้เกิดผล 2 ประการ คือ ประการแรก ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน Prolactin ออกมาทางกระแสเลือดซึ่ง Prolactin จะกระตุ้นเซลล์ผลิตน้ำนมให้สร้างน้ำนมภายใน 2-3 นาที ประการที่สอง ขณะที่เด็กดูดนมจะมีผลไปกระตุ้น

ต่อมาได้สมองส่วนหลังให้หลังฮอร์โมน Oxytocin สู่กระแสเลือด ซึ่งฮอร์โมนนี้ออกฤทธิ์อวัยวะ 2 แห่ง คือ

1. กระตุ้นให้ Myoepithelium Cell ที่อยู่รอบ ๆ Alveoli หดตัว ขับน้ำนมที่ขังอยู่ใน alveoli ให้ไหลออกจากท่อน้ำนม (Milk-ejection Reflex : MER) หรืออาจเรียกว่า Let-down Reflex ทำให้มีแรงดันภายในท่อน้ำนมดันให้น้ำนมไหลเข้าสู่ Lactiferous Sinus และออกไปสู่รูเปิดบริเวณหัวนม น้ำนมจะไหลออกจาก Lactiferous Sinus ได้ด้วยการกดและดูดบริเวณลานนม Milk-ejection Reflex นี้เป็นส่วนสำคัญในการทำให้เด็กได้รับน้ำนมเป็นปริมาณที่มากเพียงพอด้วย เพราะถ้าปราศจาก Reflex นี้ เด็กจะได้แต่จำนวนน้ำนมที่อยู่ในท่อน้ำนมเท่านั้น การเกิด Milk-ejection Reflex หรือ Let-down reflex อาจเกิดได้จากการกระตุ้นของประสาททั้งห้า เช่น เมื่อคิดถึงเด็ก มองเห็นเด็กหรือได้ยินเสียงเด็กร้อง มารดาบางคนอาจมีน้ำนมไหลก่อนเวลาให้นมลูก โดยจะรู้สึกเจ็บแปล็บ ๆ ที่เต้านมคล้ายกับถูกของแหลมหรือเข็มทิ่มภายในเต้านม (Pins and Needles) (Lowdermilk and Perry. 2004) และสังเกตเห็นได้ว่ามีน้ำนมหยดออกมา หรือระหว่างที่ให้เด็กดูดนมข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งก็อาจมีน้ำนมหยดออกมาได้ Let-down Reflex จะถูกยับยั้งได้ง่าย เช่น เกิดความวิตกกังวล อ่อนเพลีย เจ็บปวด ความขัดแย้งทางอารมณ์ ความกลัวใจ ความตกใจ ความเศร้า โศก หรือ ความกังวล

2. ออกฤทธิ์ต่อ Myometrium ทำให้มดลูกมีการหดตัว ช่วยขับน้ำคาวปลาและทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น

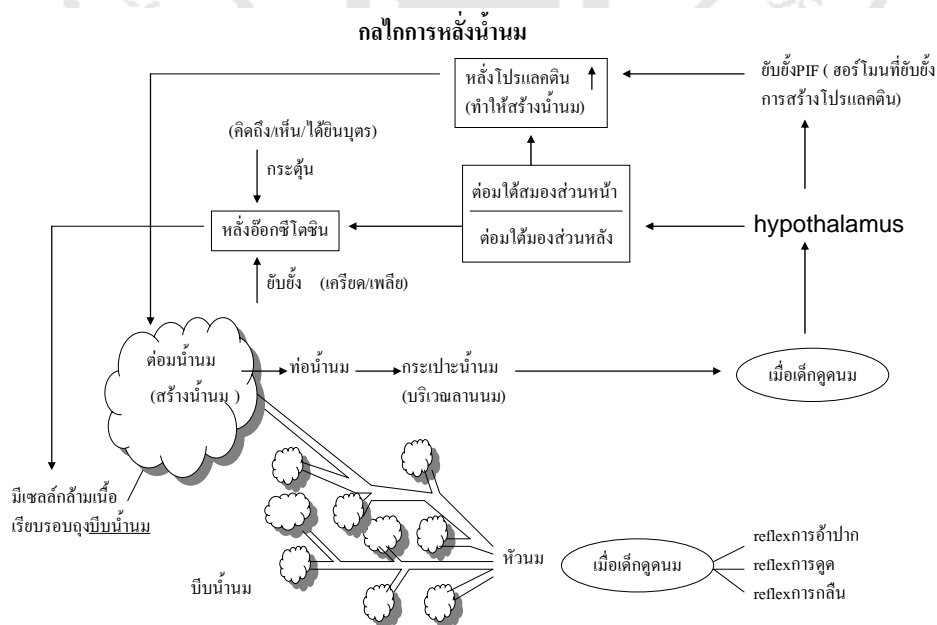
#### 2.1.4 การคงสภาพให้น้ำนมมีอยู่ตลอดไป (Galactopoiesis or Maintenance of Established Lactation) (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 16-18)

กระบวนการที่ทำให้ให้น้ำนมเกิดขึ้นตลอดเวลา อาศัยการทำงานร่วมกันของ Prolactin และ Oxytocin หรือเรียกว่า Neurohormonal Reflex ต้องอาศัยการกระตุ้นโดยการดูดนมของเด็ก ส่วนฮอร์โมนตัวอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องดังที่ได้กล่าวในเรื่องการเจริญเติบโตของเต้านมนั้น จะทำงานกันไปต่อเนื่องและมีความสำคัญตลอดระยะเวลาในการให้นมลูก น้ำนมจะสร้างออกมาประมาณ 50-500 ซีซีต่อวัน ภายใน 36 ชั่วโมงหลังคลอด และอาจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของมารดาที่มีเด็กแฝด ปริมาณน้ำนมจะเพิ่มขึ้นไปถึง 800 ซีซีต่อวัน ในช่วง 3 เดือนหลังคลอด ดังนั้น เมื่อต้องการให้เต้านมมีการสร้างและหลั่งน้ำนมตลอดไป ต้องให้เด็กดูดนมบ่อย ๆ และสม่ำเสมอเท่าที่ความต้องการให้นมลูก

ในช่วงระยะเวลาที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขณะที่เด็กดูดนมแม่ทุกครั้งจะกระตุ้น Hypothalamus ให้ยับยั้งการหลั่งของ PIF ทำให้ระดับ Prolactin ในกระแสเลือดของมารดาสูงขึ้น เป็นผลทำให้ไม่มีการตกไข่ (Ovulation) โดยยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน Gonadotrophin – Releasing

hormone : GnRH) ซึ่งเป็นผลทำให้ฮอร์โมน Luteinizing Hormone (LH) หลั่งออกมาในระดับที่ค่อนข้างต่ำและไม่คงที่เหมือนก่อนตั้งครรภ์ ส่วนฮอร์โมน Follicle-stimulating hormone (FSH) จะหลั่งออกมามากกว่าในระยะ Follicular Phase ของรอบประจำเดือน แต่ก็ไม่สามารถกระตุ้นไข่ให้เจริญเติบโตได้ เพราะ Prolactin ที่มีระดับสูงจะไปแย่งจับกับตัวรับการกระตุ้น (Receptor) ของ Gonadotrophin ที่สูงไข่ ทำให้ไข่ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของ FSH นอกจากนี้ Prolactin อาจทำให้เปลือกหุ้มเซลล์ (Theca Cells) ทำงานผิดปกติ เมื่อไข่ไม่เจริญจึงไม่มีการตกไข่ ระดับของ Estradiol จึงไม่เพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับต่ำตราบใดที่ Prolactin ยังคงมีระดับสูงอยู่ เช่นเดียวกับกับระดับของ LH อาจถือได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยธรรมชาติวิธีหนึ่ง ถึงแม้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะไม่ทำให้มีการตกไข่ภายหลังคลอด แต่พบว่ามีประสิทธิภาพไม่แน่นอน ทั้งนี้ เนื่องจากระดับของ Polactin จะเพิ่มและลดเป็นพัก ๆ สัมพันธ์กับความถี่ห่างของการดูดนมของเด็ก มารดาหลังคลอดส่วนหนึ่งอาจมีการตกไข่ มีประจำเดือนและตั้งครรภ์ได้ ดังนั้น มารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงควรมีการคุมกำเนิดร่วมด้วย เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์และช่วยเว้นระยะของการมีเด็กให้เหมาะสม แต่ควรเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการสร้างและหลั่งน้ำนมผู้วิจัยได้สรุปกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมดังแผนภูมิที่ 2.1

## แผนภูมิที่ 2.1 สรุปกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม





### ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม (สุอารีย์ อันตระการ. 2548 : 33)

ปัจจัย หมายถึง ภาวะใดก็ตามที่ทำให้การหลั่ง Prolactin และ หรือ oxytocin ลด ได้แก่

1. ความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวดต่าง ๆ ทำให้มีการหลั่ง Dopamine จาก Hypothalamus ซึ่งเป็นสารที่ยับยั้งการหลั่ง Prolactin มีผลทำให้การสร้างน้ำมน้อยลง ดังนั้น มารดาจึงควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (นิภาวัลย์ สุวรรณรงค์. 2549 : 11-12)

2. ขาดการกระตุ้นเต้านมที่ถูกต้องเป็นสาเหตุสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ คุณนมไม่ถูกวิธี คุณไม่บ่อยหรือไม่สม่ำเสมอ การใช้หัวนมปลอม เป็นต้น

3. ยาและสารบางอย่าง ยาบางอย่างมีฤทธิ์ต่อการหลั่ง Prolactin

3.1 ฮอโมน estrogen, androgen, androgen

3.2 Ergot Alkaloid เช่น Bromocriptine ทำหน้าที่เสริมฤทธิ์ Dopamine ยับยั้งการหลั่ง

Prolactin

4. ภาวะที่ทำให้การให้นมลูกน้อยลง

4.1 มารดาไม่สบายหรือได้รับยา เป็นผลให้ต้องหยุดให้นมชั่วคราว

4.2 ให้นมผสม น้ำ หรืออาหารอื่นร่วมด้วย

4.3 มารดาทำงานนอกบ้านและไม่ได้บีบนมไว้ให้เด็ก

5. ภาวะความผิดปกติของเด็ก ทำให้เด็กไม่สามารถดูดนมได้

5.1 เด็กได้รับอันตรายจากการคลอด

5.2 ภาวะขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด

5.3 เด็กมีน้ำหนักน้อย

5.4 เด็กซึมกินนมได้น้อย เนื่องจากมารดาได้รับยาแก้ปวดในระยะคลอด หรือมารดา

กินยาต่องแล้า

6. ภาวะเต้านมคัดรุนแรง ทำให้เต้านมเสียหน้าที่ เนื่องจากมีน้ำนมคั่งมากทำให้ความดันในท่อน้ำนมสูงเป็นสาเหตุทำลายเนื้อเยื่อเต้านมให้เสียไป (นิภาวัลย์ สุวรรณรงค์. 2549 : 11-12)

7. ภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรงของมารดามีส่วนทำให้การหลั่งน้ำมน้อยลง

## 2.1.5 กลไกการดูดนมต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม

กลไกการดูดนมของเด็ก (สุอาเรียห์ อันตรระการ. 2548 : 27)

การดูดนมของเด็กจะไม่ใช้แรงดูดน้ำนมออกจากเต้าเหมือนการดูดผ่านหลอดดูด แต่ต้องอาศัยการทำงานของฮอร์โมนและลิ้นเด็กร่วมกัน เด็กจะดูดนมได้ดีต้องอมหัวนม (Latch on) ได้อย่างถูกต้อง และต้องอาศัย Reflex ต่าง ๆ ได้แก่

1. รีเฟล็กซ์การอ้าปาก (Rooting Reflex) การใช้หัวนมสัมผัสที่ริมฝีปากล่าง จะกระตุ้นให้เด็กอ้าปาก จังหวะที่เด็กอ้าปากเต็มที่ มารดาจะต้องเคลื่อนศีรษะเด็กเข้าเด็กจะเริ่มหุบปากลง เพื่อให้ปากเด็กสามารถเข้าถึงลานนมและอมหัวนมได้ลึกเพียงพอ ทั้งนี้ เพราะเด็กไม่สามารถเคลื่อนศีรษะเข้าหาเต้านมด้วยตัวเองได้

2. รีเฟล็กซ์การดูด (Sucking Reflex) เมื่อเด็กอมหัวนมและลานนมได้ดีแล้ว เหงือกจะจับลงบนลานนม และลิ้นเด็กจะอยู่ใต้ลานนมและกดลานนมแนบกับเพดานปาก เด็กจะเริ่มดูดนมแรงดูดของเด็กจะดึงหัวนมและลานนมลึกเข้าไปในปากเพิ่มอีก ทำให้เกิดเป็นหัวนมขึ้นมาใหม่ (Teat) เด็กจะดูดและยึดหัวนมนี้ไว้ในปาก ลิ้นของเด็กจะรองรับใต้ลานนมซึ่งเป็นตำแหน่งของ Lactiferous Sinus

3. รีเฟล็กซ์การกลืน (Swallowing Reflex) ขณะเด็กดูดนมจะเกิดคลื่นของลิ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ เริ่มจากปลายไปสู่โคนลิ้น คลื่นที่ปลายลิ้นจะกด Lactiferous Sinus กับเพดานปากไล่น้ำนมส่วนนั้นให้ไหลผ่านท่อน้ำนม และเมื่อคลื่นของลิ้นเลื่อนไปที่โคนลิ้นก็จะค่อย ๆ ริดน้ำนมจากท่อน้ำนมให้ไหลสู่ปากเด็ก ในขณะเดียวกันก็จะกระตุ้น Oxytocin Reflex ช่วยให้น้ำนมจาก Alveoli ถูกขับออกมายัง Lactiferous Sinus และคลื่นของลิ้นก็จะริดน้ำนมจากท่อน้ำนมเข้าสู่ปากเด็กอีกทีหนึ่ง กลไกการดูดนมจากขวดจะแตกต่างจากการดูดนมแม่ โดยเด็กจะใช้เหงือกกัดหัวนมยางเพื่อชะลอการไหลของน้ำนม ซึ่งจะดูง่ายกว่าดูดนมแม่ ทำให้เด็กติดจุกนม และไม่ยอมดูดนมแมื่อดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2  
Reflex ของเด็กที่เกี่ยวข้องกับการดูดนม

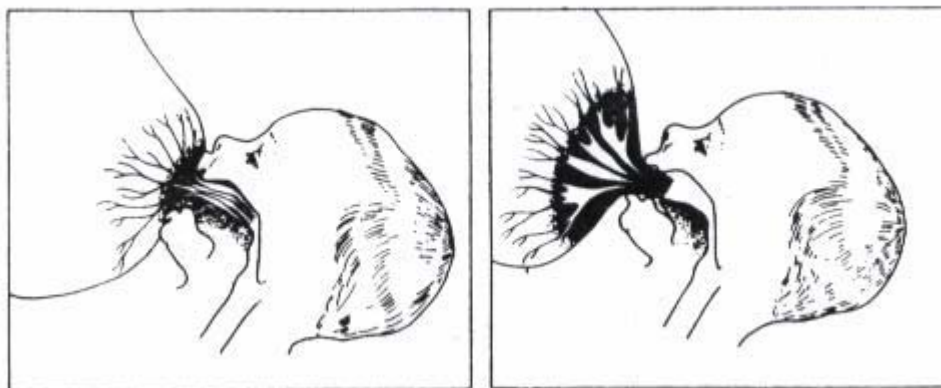


ที่มา : มานี ปิยะอนันต์ และคณะ (บรรณาธิการ) (2544 : 557)

ลักษณะการดูดนมของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ (สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ และ ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. 2546) ได้แก่

1. อมหัวนมและเต้านมให้ลึก ริมฝีปากคลี่บานแนบชิดเต้านม
2. ปลายลิ้นอยู่หลังริมฝีปากล่างเหนือแนวเหงือกของขากรรไกรล่าง
3. หัวนมแม่ยืดยาว 2 – 3 เท่า ของหัวนมปกติขณะอยู่ในปากเด็ก
4. ขากรรไกรล่างดันขึ้นไปกดบริเวณลานนม
5. ขณะลิ้นส่วนหน้ายกขึ้น ลิ้นหลังต้องกดลงเคลื่อนเป็นจังหวะคลื่น ลิ้นห่อเป็นร่องให้น้ำนมไหลไปด้านหลัง
6. มีปริมาณน้ำนมมากพอ กระตุ้นการกลืนโดยอาศัยการปิด เปิด ของเพดานอ่อนเพื่อปิดแยกทางเดินหายใจ
7. มีการเคลื่อนลงของขากรรไกรล่างหลังกลืน

ภาพที่ 2.3  
การอมหัวนม



การอมหัวนมที่ถูก (ก)

การอมหัวนมผิด (ข)

ที่มา : มานี ปิยะอนันต์ และคณะ (บรรณาธิการ) (2544 : 557)

### 2.1.6 ความสำคัญของนมแม่ต่อมารดาและเด็ก

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพื้นฐานสำคัญของพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ความสำคัญเป็นเรื่องของคุณค่าในน้ำนมแม่ที่เหมาะสมกับร่างกายของเด็ก (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2546 : 128) เพราะร่างกายของเด็กยังมีระบบภูมิคุ้มกันและโครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง พร้อม ๆ กับอยู่ในระยะที่สมองมีการเจริญเติบโตสูงสุดและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นสิ่งที่ธรรมชาติจัดไว้เพื่อให้เด็กได้มีมารดาต้องอยู่เคียงเด็กอย่างใกล้ชิดและมีโอกาสให้อาหารที่ดีและปลอดภัยต่อการเจริญเติบโตระยะนี้ (ศิริภรณ์ สวัสดิ์. 2548 : 5) ใน 6 เดือนแรกปริมาณน้ำนมแม่เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 700-800 มิลลิลิตรต่อวัน จะให้โปรตีนประมาณ 8.3-9.5 กรัม และให้พลังงาน 500-600 แคลอรี ซึ่งเพียงพอสำหรับเด็ก หลังจากนั้นปริมาณน้ำนมจะค่อย ๆ ลดลงประมาณ 600 มิลลิลิตรต่อวัน ในช่วง 6-12 เดือน และเป็น 550 มิลลิลิตรต่อวัน ในช่วง 6-12 เดือน ในระยะ 12 - 24 เดือนหลังคลอดแต่น้ำนมยังมีประโยชน์อยู่ สามารถให้กินต่อได้ถึง 18 เดือน โดยให้เด็กกินอาหารตามวัยเป็นอาหารหลักและกินนมแม่ควบคู่กันไป (นิภาวัลย์ สุวรรณรงค์. 2549 : 11-12)

ชนิดของน้ำนมแบ่งออกเป็น 3 ชนิด แต่ละชนิดจะมีส่วนประกอบที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีปริมาณสารอาหารที่จำเป็นและเหมาะสมต่อทารกแรกเกิด (Burroughs and Leifer. 2001) ดังนี้

1. น้มนมเหลืองหรือหัวน้ำนม (Colostrum) มีสีเหลืองข้น เริ่มสร้างตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึง 3-4 วันแรกหลังคลอด จะให้พลังงานประมาณ 58-67 แคลอรี/100 มิลลิลิตร มีสีเหลืองเนื่องจาก

ปริมาณ Carotene มากกว่านระยะหลังถึง 10 เท่า (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 102) ในหัวน้ำนมจะมีโปรตีน กลีโคแร และวิตามินที่ละลายในไขมันปริมาณที่สูง แต่มีปริมาณไขมันและน้ำตาลต่ำ จึงทำให้ย่อยง่าย หัวน้ำนมยังช่วยให้แบคทีเรียในลำไส้ของเด็กทำงานได้เป็นปกติและช่วยขับขี้เทา (Meconium) ออกได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรค (Immunoglobulin) ได้แก่ IgA เป็นภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญ

2. นำนระยะปรับเปลี่ยนหรือนำนก่อนนำนแม่ (Transitional Milk) เป็นนำนที่หลังออกมาต่อจากหัวน้ำนมจนถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด เป็นระยะที่อยู่ระหว่างเริ่มเปลี่ยนจากหัวน้ำนมไปเป็นนำนแม่ ระยะนี้ปริมาณของน้ำตาลแลคโทส ไขมัน วิตามินที่ละลายในไขมัน และพลังงานสูงกว่าหัวน้ำนม

3. นำนแม่ (Mature Milk) เป็นนำนที่สร้างออกมาเป็นระยะสุดท้าย ลักษณะจะคล้ายกับนมที่สกัดเอาไขมันออก (Skim Milk) นำนแม่มีลักษณะสีขาวนวลและไม่เข้มข้นเหมือนหัวน้ำนม และจะให้พลังงานประมาณ 20 กิโลแคลอรี/ออนซ์ ประกอบด้วยน้ำประมาณร้อยละ 90 ที่เหลือเป็นคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งเหมาะสมและเพียงพอกับความ ต้องการของเด็กและสามารถป้องกันการขาดน้ำ (Olds, London and Ladewig. 2000)

นำนแม่ยังแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ นำนส่วนหน้า (Fore Milk) เป็นนำนที่หลังออกมา ก่อนในขณะที่เด็กดูดนมในช่วงแรก ๆ ส่วนใหญ่ประกอบด้วยน้ำ โปรตีน และวิตามิน นำนอีกส่วนหนึ่ง เรียกว่า นำนส่วนหลัง (Hind Milk) เป็นนำนที่หลังออกมาในขณะที่เกิดเลททาวน์ รีเฟลกซ์ นำนในส่วนนี้มีปริมาณไขมันที่สูงกว่านำนส่วนหน้าถึง 4 เท่า ซึ่งจะทำให้เด็กมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ดี

### ประโยชน์ต่อเด็ก

1. ได้รับสารอาหารครบถ้วนที่ใช้เป็นมาตรฐานในการใช้เลี้ยงเด็ก (วิระพงษ์ ฉัตรานนท์. 2550 : 1 และ ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 5) คือ ประกอบด้วยโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตวิตามิน และกลีโคแร

#### 1.1 โปรตีน (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 19-22)

นำนมารดา มีโปรตีนประมาณร้อยละ 0.9 เหมาะสมกับไตเด็กที่ยังทำงานได้ไม่เต็มที่ โปรตีนในนมแม่มีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ เคซีนและเวย์ ถ้านำนแม่มาดกตะกอนในกรด ส่วนเวย์ จะแยกเป็นส่วนใส ส่วนเคซีนจะเป็นส่วนข้น ในนมแม่จะมีสัดส่วนเวย์กับเคซีนเท่ากับ 90 : 10 และลดลงเป็น 80 : 20 และลดลงเป็น 50 : 50 ในนมนระยะหลัง

โปรตีนเวย์ในนมแม่ประกอบด้วย Alpha Lactalbumin (ซึ่งต่างกับนมวัวที่เป็น Beta Lactalbumin ซึ่งก่อให้เกิดอาการแพ้ได้) Lactoferrin, Lysozyme และ Immunoglobulin การที่โปรตีนเวย์เป็นส่วนประกอบมากทำให้นมแม่ย่อยง่าย

ส่วนเคซีนในนมแม่เป็นเบต้าเคซีนซึ่งย่อยง่ายต่างกับเคซีนในนมวัว ซึ่งเป็นอัลฟาเคซีน ย่อยยาก เบต้าเคซีนในนมแม่จะถูกย่อยเป็น Micelle เล็ก ๆ ซึ่งดูดซึมแคลเซียม ธาตุเหล็ก สังกะสีและทองแดง แต่เบต้าเคซีนในนมวัวหลังจากย่อยจะได้ Micelle ที่มีขนาดใหญ่กว่าไม่เหมาะสมในการดูดซึมแร่ธาตุ การที่โปรตีนในนมแม่ย่อยง่ายจึงผ่านกระเพาะเร็วทำให้หิวบ่อย นอกจากนี้นมแม่ยังมีสารไนโตรเจนที่ไม่ใช่โปรตีนถึง ร้อยละ 30 (นมผสมมี ร้อยละ 5) กลุ่มนมผสมที่ไม่ใช่โปรตีนมีสารที่มีความสำคัญ เช่น

- Epidermal Growth Factor ที่สำคัญต่อการควบคุมการเจริญเติบโตของเยื่อทางเดินอาหาร
- Somatomedin-Cหรือ Insulin like Growth Factor สำคัญต่อเซลล์ของเยื่อทางเดินอาหาร
- Taurine สำคัญต่อการทำงานของระบบประสาท จอตา และการดูดซึมไขมัน
- Carnitine สำคัญในการสังเคราะห์ไขมันสำหรับสมอง
- Nucleotide ช่วยระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก ช่วยในการเจริญเติบโต การซ่อมแซมเยื่อลำไส้ ตลอดจนช่วยให้ร่างกายมีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ดีหลังได้รับวัคซีน

## 1.2 ไขมัน(ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร.2548:19-22)

เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญในนมแม่ใน Colostum มีประมาณ 2 กรัม และเพิ่มเป็น 4-4.5 กรัม / 100 มิลลิลิตร ใน Mature Milk ไขมันในนมแม่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดเมื่อเทียบกับสารอาหารอื่น เช่น ในระหว่างการดูนมแต่ละครั้ง นมแม่ส่วนหลังจะมีปริมาณไขมันมากกว่านมแม่ส่วนหน้าอาจถึง 5 เท่า ระดับไขมันในนมแม่ค่อนข้างคงที่ เพราะไขมันในนมแม่ได้มาจาก 3 ทาง คือ อาหารที่รับประทาน ไขมันที่สะสมในร่างกายและการสังเคราะห์น้ำตาลกลูโคสในเนื้อเยื่อเต้านม ซึ่งพลังงานจากไขมันในนมแม่จะเป็นร้อยละ 50 ของพลังงานทั้งหมด ซึ่งเหมาะสมกับพลังงานที่เด็กอายุช่วง 2 ปีแรกควรได้รับ เนื่องจากกระเพาะอาหารยังเล็กอยู่ อาหารจึงควรมีความเข้มข้นของพลังงานสูงและระบบประสาทสมองมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จึงต้องการไขมันซึ่งเป็นอาหารที่ช่วยพัฒนาประสาทและสมอง หลังจากนั้นสัดส่วนของพลังงานที่ต้องการจากไขมันจึงจะลดลง

- ไตรกรีเซอไรด์ เป็นไขมันที่อยู่ประมาณร้อยละ 98 ของปริมาณไขมันทั้งหมดที่เหลือเป็นฟอสโฟไลปิด โคลเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และโมโนกลีเซอไรด์ ฯลฯ ไตรกรีเซอไรด์มีส่วนประกอบย่อยคือ ไขมันซึ่งจับกับกลีเซอรอล กรดไขมันจำเป็นในนมแม่เป็นคาร์บอนชนิดสายกลางและยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งสายยาวที่ไม่อิ่มตัว นมแม่จึงเป็นแหล่งที่อุดมไปด้วยไขมันจำเป็น นมแม่มีกรดไขมันจำเป็นในกลุ่มโอเมก้า 3 คือ Linolenic Acid (C18:3 3) Docosahexaenoic acid, DHA (C22 : 6 3) และกลุ่มโอเมก้า 6 คือ Linoleic Acid (C18 : 2 6) Arachidonic acid, AA (C20 : 4 6) กรด ในเด็ก DHA และ AA จัดเป็นกรดไขมันจำเป็นด้วย เนื่องจากยังสังเคราะห์เองไม่ได้ DHA เป็นกรดไขมันที่สำคัญในการพัฒนาระบบประสาท และการมองเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 6 เดือนแรก ปริมาณ DHA ในนมแม่มีระดับการเปลี่ยนแปลงตามอาหารที่มารดากิน ต่อมน้ำนมจะมีกระบวนการควบคุม การผลิตน้ำนมในปริมาณ DHA ที่เพียงพอสำหรับเด็ก การส่งเสริมให้มารดาได้รับประทานอาหารที่มี DHA เช่น ปลาทะเล ในระหว่างตั้งครรภ์เป็นการช่วยส่งเสริมให้มารดา มี DHA สรรองในร่างกายอย่างเพียงพอ สำหรับ AA เป็นกรดไขมันจำเป็นในการสังเคราะห์กลูโคส ไตรอิน และพอสตาเกลนดิน ซึ่งเป็นสาระสำคัญในกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย

- โคลเลสเตอรอล นมแม่มีปริมาณโคลเลสเตอรอล 11-14 มก / 100 มิลลิลิตร ซึ่งระดับโคลเลสเตอรอลในนมแม่ไม่ขึ้นกับอาหารที่มารดากินมีระดับค่อนข้างคงที่ ซึ่งเหมาะกับการเจริญเติบโตของสมองในระยะนี้ จึงไม่แนะนำให้ควบคุมปริมาณการได้รับโคลเลสเตอรอลในเด็กช่วงอายุ 2-5 ปี

### 1.3 คาร์โบไฮเดรต (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วิธ. 2548 : 19-22)

- น้ำตาลแล็กโตส เป็นคาร์โบไฮเดรตหลักในนมแม่ ใน Colostum มีประมาณ 4 กรัม และเพิ่มเป็น 6.2 - 7.2 กรัม / 100 มิลลิลิตร ใน Mature Milk น้ำตาลแล็กโตสเมื่อถูกย่อยจะได้ น้ำตาลกาแล็กโตสและกลูโคส น้ำตาลแล็กโตสเป็นส่วนประกอบสำคัญของกาแลคโตไลปิด และ สารซีรีโบไรซ์ ซึ่งเป็นสารสำคัญในการช่วยพัฒนาสมอง

- น้ำตาลโอลิโกแซคคาไรด์ เป็นสารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ประกอบไปด้วย 5-10 โมเลกุลของน้ำตาลเชิงเดี่ยว ไม่ถูกย่อยไม่ถูกดูดซึมในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก แต่จะถูกย่อยในลำไส้ใหญ่ น้ำตาลโอลิโกแซคคาไรด์ ในนมแม่มีมากกว่า 100 ชนิด มากกว่านมวัวเกิน 100 เท่า

- น้ำตาลกลูโคส มีปริมาณเล็กน้อย คือ 0.2 กรัม / 100 มล.

### 1.4 วิตามินและเกลือแร่

วิตามิน แบ่งเป็นกลุ่มละลายในน้ำและกลุ่มละลายในไขมัน

- วิตามินกลุ่มละลายในน้ำ ปริมาณวิตามินขึ้นกับปริมาณอาหารที่มารดากิน มารดามีสุขภาพดีจะมีวิตามินเพียงพอสำหรับเด็ก วิตามินกลุ่มละลายในน้ำได้ ได้แก่

(1) วิตามินซี นมแม่มีวิตามินซีสูงกว่านมวัว 2-3 เท่า มีการดูดซึมที่ดีกว่าและยังช่วยให้การดูดซึมเหล็กดีขึ้นอีกด้วย

(2) วิตามินบี1 มารดาที่รับประทานอาหารคาวที่ตากแห้ง ปลาดิบหรือชาจะมี Thiaminase ก็ทำให้นมแม่มีปริมาณวิตามินบี 1 ต่ำกว่าปกติได้

(3) วิตามินบี 12 มารดาที่รับประทานมังสวิรัต จะมีปริมาณวิตามินบี 12 ต่ำกว่าปกติ ควรได้รับการเสริมด้วยการดื่มนมและไข่

- วิตามินที่ละลายในไขมัน ปริมาณวิตามินขึ้นกับปริมาณอาหารที่มารดากินและระดับวิตามินที่สะสมอยู่ในตัวมารดา ถ้าขาดวิตามินกลุ่มละลายในไขมันจะมีการดึงจากที่สะสมในตัวมารดามาใช้วิตามินที่กลุ่มละลายในไขมัน ได้แก่

(1) วิตามินเอและอี มีในนมแม่มากกว่าในนมวัว โดยเฉพาะน้ำมันในระยะเวลาที่ยังเป็น Colostum

(2) วิตามินดี นอกจากเด็กจะได้รับวิตามินดีจากนมแม่แล้ว ผิวหนังของเด็กยังสามารถสังเคราะห์วิตามินดีได้เองอีกด้วย ซึ่งวิตามินดีจะช่วยให้การดูดซึมฟอสฟอรัสดียิ่งขึ้น

(3) วิตามินเค ถึงแม้ทารกแรกเกิดจะมีวิตามินเคที่สะสมในร่างกาย แต่เนื่องจากแบคทีเรียในลำไส้ใช้เวลา 2-3 วัน ยังสร้างขึ้นมาได้น้อย จึงต้องเพิ่มวิตามินเค 1 มิลลิกรัมในทารกแรกเกิดทุกคนทันที แต่หลังจากนั้นเด็กที่กินนมแม่ก็จะได้รับวิตามินเคที่เพียงพอ

**เกลือแร่** ปริมาณเกลือแร่ขึ้นกับปริมาณอาหารที่มารดากิน นมแม่จะมีปริมาณเกลือแร่น้อยกว่านมวัว 3 เท่า แต่ดูดซึมดีกว่า ทำให้เด็กที่ดื่มนมแม่ได้รับเกลือแร่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และมีของเสียที่ขับออกทางไตต่ำมาก จึงเป็นผลดีต่อไตของเด็ก ซึ่งยังทำงานได้ไม่เต็มที่เกลือแร่ที่สำคัญ ได้แก่

- สังกะสีมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของ Cellular Immunity ต่อโครงสร้างและการทำงานของเอ็นไซม์ในเด็ก แม้จะพบในน้ำนมแม่น้อยแต่เพียงพอต่อความต้องการของเด็ก และยังไม่รบกวนการดูดซึมของธาตุเหล็กและทองแดงด้วย (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. 2533 : 51)

- เหล็ก นมแม่มีธาตุเหล็ก 0.3-0.5 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิตร ธาตุเหล็กในนมแม่ถูกดูดซึมได้ร้อยละ 50 และเด็กจะใช้ธาตุเหล็กที่มีสะสมในตัวเองมาใช้ร่วมด้วย (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 24)

- แคลเซียม นมแม่มีแคลเซียม 25-30 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิตร และมีระดับค่อนข้างคงที่ต่อระยะเวลาการให้นมลูก แคลเซียมในนมแม่สามารถถูกดูดซึมได้ ร้อยละ 40-70 (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 25)



## 2. มีประโยชน์เรื่องลดโอกาสเจ็บป่วยได้ชัดเจน (ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร. 2548 : 102)

2.1 โรคภูมิแพ้ในเด็ก มีข้อจำกัดในการย่อยสลายโปรตีนแปลกปลอม เพราะเยื่อทางเดินอาหารไม่แข็งแรง ระบบน้ำย่อยยังไม่ดีพอ สารภูมิคุ้มกันที่เชื่อมุ่ล้ได้ โดยเฉพาะ IgA ยังไม่พัฒนาและมีไม่มากพอ ดังนั้น หากในขณะนี้เด็กได้รับโปรตีนแปลกปลอม เช่น เนื้อสัตว์ ข้าว โปรตีนเหล่านี้มีโมเลกุลขนาดใหญ่ ซึ่งก่อให้เกิดอาการแพ้ได้ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 6) สำหรับนมผสม โปรตีนในนมวัวแตกต่างจากนมแม่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาในระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดอาการแพ้ในนมวัวได้ (จรุงจิตร งามไพบุลย์. 2546 : 75) นอกจากนี้ E Blance-Maria และคณะ (2001 : 642-651) พบว่า เด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคภูมิแพ้ เช่น มีประวัติเป็นภูมิแพ้ในครอบครัว ถ้าได้รับนมผสมจะมีโอกาสเกิดโรคแพ้โปรตีนนมวัว ร้อยละ 20 ในขวบปีแรก และพบว่า ได้รับนมแม่อย่างเดียวมีโอกาสแพ้เพียงร้อยละ 0.5-1.5 การเพิ่มระยะเวลาการให้นมแม่อย่างเดียวจะช่วยลดปัญหาการแพ้ในนมวัวและแพ้อาหารอื่นได้ อนึ่ง ที่พบในเด็กที่กินนมแม่ ก็พบว่า สัมพันธ์กับการที่มารดาได้รับนมวัวมากในระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างให้นมลูก

2.2 โรคเรื้อรัง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลดีระยะยาวมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่รายงานว่าอัตราการเกิดลดลงในเด็กที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (กตุมา ชูศิลป์. 2546 : 42) เช่น

- โรคเบาหวานมีการศึกษา พบว่า ระยะเวลาที่ให้นมแม่สั้นเกินไปหรือเสริมนมผสมเร็วเกินไป จะเพิ่มความเสี่ยงให้เด็กเล็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมากยิ่งขึ้น (Kimpimaki T. 2001)

- โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง นำนมแม่ช่วยป้องกันการอักเสบเรื้อรังของเยื่อเมื่ล้ได้ เช่น Ulcerative Colitis และ Crohn's Disease ซึ่งเกิดจากการแพ้ในนมวัวเป็นส่วนใหญ่ การให้นมแม่อย่างเดียวในระยะ 4-6 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะที่เยื่อเมื่ล้ได้ยังเลือกดูดซึมโปรตีนเฉพาะโมเลกุลเล็กไม่ได้ นมแม่จึงช่วยปกป้องเยื่อเมื่ล้ได้ ช่วยป้องกันการติดเชื้อและลดโอกาสการดูดซึมโปรตีนที่มีโมเลกุลใหญ่ซึ่งทำให้เกิดภาวะแพ้ได้ง่าย (กตุมา ชูศิลป์. 2546 : 45)

2.3 โรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังการวิจัยของ Benjamin Estrada (2003) พบว่า นมแม่ป้องกันการติดเชื้อจากสาเหตุของ Notavirus, Enterobacteria and Streptococcus Pneumoniae และมีการศึกษาว่าเด็กที่กินนมแม่มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ น้อยกว่าเด็กที่กินนมผสมหลายการศึกษา เช่น

- (1) โรคท้องเสีย ระบบภูมิคุ้มกันของเด็กยังไม่แข็งแรง การให้อาหารอื่นในขณะ เป็นโอกาสนำเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่เด็ก (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 6) นมแม่จะสะอาดและปลอดภัยกว่าในน้ำนมแม่พบเชื้อจุลินทรีย์ต่าง ๆ อยู่น้อยชนิด ในขณะที่นมผสมซึ่งผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว มักจะพบเชื้อโคลิฟอร์ม (Coliform) ซึ่งมักพบในอุจจาระและบาชิลลัส (วิลพรธณ

สวัสดิ์พาณิชย์. 2546 : 94) ดังการศึกษาของ ศศิธร วิบุรณวัฒน์กิจ (2547) เกี่ยวกับการศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน และอัตราการเจ็บป่วย จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน ในเด็กที่ได้รับการติดตาม โดยคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในปี 2546 พบอัตราป่วยของเด็กด้วยโรคท้องเสีย มีสาเหตุมาจากการได้รับนมแม่อย่างเดียวมานาน 4 เดือน ร้อยละ 1.5 และนมผสมและนมแม่นาน 4 เดือน ร้อยละ 15.70 เหมือนกับการศึกษาของ Kramer MS.JAMA (2001) พบว่า ในชุมชนที่ให้นมแม่อย่างเดียวมานาน 6 เดือน มีโอกาสป่วยเป็นโรคท้องเสียน้อยกว่า ร้อยละ 40

(2) การติดเชื้อในกระแสเลือด Ashraf et al (1991) ศึกษาทารกแรกเกิด พบว่า ถ้าได้รับนมผสมจะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็น 18 เท่าของเด็กที่ยังได้รับนมแม่

(3) ระบบทางเดินหายใจ Oddys WH et al. (2003) พบว่า เด็กที่หยุดการได้รับนมแม่ก่อน 6 เดือน จะมีโอกาสเกิดปัญหาหลอดลมตีบร่วมกับการเกิดปอดอักเสบมากกว่ากลุ่มที่ได้รับนมแม่นานกว่า 6 เดือน และ Galton Bachrach VR et al (2003) ศึกษาในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจรุนแรงในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับเด็กที่ไม่ได้นมแม่และเด็กที่ได้รับนมแม่ 4 เดือนว่าโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจลดลง ร้อยละ 70 Coroline Chantry (2002) พบว่า เด็กที่ให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจใน 2 ปีแรก เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กให้นมแม่อย่างเดียว 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษา Case Control Study ในบราซิล 15 พบว่า เด็กโอกาสเกิดโรคปอดบวมในขวบปีแรกเป็น 3.8 เท่า ในกลุ่มได้รับนมแม่และนมผสม และในกลุ่มที่ไม่ได้รับนมแม่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว (Cesar JA, Victora CG. 1999)

2.4 โรคอ้วน เด็กที่กินนมแม่มีโอกาสเกิดโรคอ้วนได้น้อยกว่าเด็กที่กินนมผสม อาจอธิบายได้จากกระบวนการที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก เด็กที่กินนมแม่จะควบคุมการกินนมได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม แต่เด็กที่กินนมผสมมารดาจะเป็นคนจัดโปรแกรมการกินนมให้กับเด็ก (สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ. 2546 : 47) เด็กอาจได้รับนมมากเกินไปเนื่องจากเตรียมที่ไม่ถูกสัดส่วน โดยผสมนมข้นกว่าปกติ มีการเติมเกลือโคกลงไปในน้ำนม หรือกระตุ้นให้เด็กดูดจนหมดขวด เป็นต้น (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. 2546 : 94) ประการที่ 2 มีการศึกษาว่าเด็กที่กินนมแม่มีระดับฮอร์โมนอินซูลินและฮอร์โมนที่ช่วยในการสะสมของไขมันน้อยกว่าเด็กที่กินนมผสม (สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ. 2546 : 47) ซึ่งถ้าหากเด็กเป็นโรคอ้วนมักจะมีปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. 2546 : 94)

3. การพัฒนาของระบบการย่อยและการดูดซึมของทารกแรกเกิดยังไม่พร้อมในการย่อยการดูดซึมอาหารอื่น แต่นมแม่ย่อยง่ายและมีสารช่วยย่อยในน้ำนม ทำให้ถ่ายอุจจาระสะดวกท้อง

ไม่ผูก ท้องไม่อืด นอกจากนี้ทารกแรกเกิดจะมี Extrusion Reflex โดยการห่อปากเอาลิ้นคุนอาหารออกมาเมื่อถูกป้อนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว เมื่ออายุได้ 4-5 เดือน Reflex นี้จะหายไปและสามารถวัดลิ้น ผลักอาหารเข้าสู่ลำคอ กลืนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลวได้ ในวัยนี้กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดและน้ำย่อย Pepsin มากขึ้น น้ำย่อยของผนังลำไส้เล็กที่ข่อยน้ำตาล Lactro ในนมแม่จะมีมากเพียงพอแต่แรกเกิดแต่ยังไม่สามารถย่อยแป้งซึ่งเป็น Polysaccharide ได้มากนัก เพราะปริมาณน้ำย่อยที่สำคัญในการย่อยแป้ง คือ Amylase จากตับอ่อนยังต่ำมาก ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน หลังจากนั้นจึงมากขึ้นตามลำดับ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 6)

4. การเจริญเติบโตของสมอง เด็กมีการเจริญเติบโตของร่างกาย โดยเฉพาะสมองที่มากและรวดเร็ว ซึ่งเด็กที่ได้รับนมแม่มีการเจริญเติบโตและเพิ่มขนาดของเซลล์สมองอย่างเหมาะสม เพราะในนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนและมีสารอื่น ๆ เช่น มี Lactose (ร้อยละ 7) สูงกว่านมวัว (ร้อยละ 4.8) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญที่จับกับ Galacto-lipid ในเนื้อสมอง นอกจากนี้ในนมแม่มี Long-chain Polyunsaturated Fatty Acids โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Docpsahexaenoic Acid (DNA) และ Arachidonic (AA) ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการเจริญเติบโตของสมอง (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. 2546 : 10-11)

5. การพัฒนาการทางด้านเชาวน์ปัญญาและจิตสังคม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเสริมปฏิกริยาตอบสนองที่มีตั้งแต่เกิด เช่น การดูด การกลืน เมื่อเด็กเกิดระบบประสาทและสมองพร้อมที่จะสื่อถึงมารดาได้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงหรือสัมผัส หากได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมต่อเนื้อเยื่อและสมองตั้งแต่แรกเกิด ในขณะที่คุณแม่เด็กจะสื่อถึงมารดาทางสายตา รสนมแม่ กลิ่น เสียง และสัมผัสอันนุ่มนวลอ่อนโยนของมารดา ทำให้เกิดสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาเด็กซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของการเจริญเติบโตและความสมบูรณ์ของร่างกาย มีความฉลาดทั้งสมองและอารมณ์ มีจิตใจและมีสุขภาพจิตดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของชีวิต (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 6) การเลี้ยงเด็กให้อบอุ่นนำไปสู่การปรึกษาและความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้มากกว่า การวางรากฐานให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา มีการหล่อหลอมพื้นฐานอารมณ์ และสุขภาพจิตที่ดี ให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมทั้งวุฒิปัญญาและวุฒิอารมณ์ (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. 2546 : 11 และ รัตโนทัย พลับรู้อการ. 2546 : 17)

ทางการเรียนรู้ เด็กที่กินนมแม่มีการพัฒนาความสามารถทางสมองดีกว่าเด็กที่ไม่ได้กินนมแม่ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาที่มีคุณภาพที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่กินนมแม่มีระดับพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่าเด็กที่ได้รับนมผสม แตกต่างกันตั้งแต่ 2-3 จุด จนถึง 8-11 จุด เช่น การศึกษาของ Quinn-PJ et al. (2001) ได้ติดตามเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี จำนวน 3,880 คน พบว่า เด็กที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือน มีระดับพัฒนาการดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่เลย 5.8-8.2 จุด

และการศึกษาของ Rao MR et al (2002)ติดตามพัฒนาการของเด็กน้ำหนักตัวน้อยตั้งแต่แรกเกิดจำนวน 220 ราย พบว่าเด็กที่ได้รับนมแม่นาน 6 เดือน เมื่ออายุ 5 ปี มีระดับเซรั่มปัญญาเบื้องต้นดีกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่เพียง 3 เดือน ถึง 11จุด

### ประโยชน์การให้นมแม่ต่อมารดา

1. ทำให้ผู้เป็นมารดามีความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง และรู้สึกว่าตัวเองประสบความสำเร็จได้ให้อาหารที่ดีที่สุดแก่เด็ก ซึ่งมีเพียงผู้เป็นมารดาเท่านั้นที่จะสามารถให้ได้ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

2. การให้เด็กดูดนมแม่เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา-เด็ก ให้ใกล้ชิดกันมากยิ่งขึ้นขณะให้นมมีผลให้เด็กเกิดความมั่นคง อบอุ่นและสุขสบาย มีการศึกษาในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์มารดา-เด็กในประเทศต่างๆที่สนับสนุนให้มารดาและเด็กอยู่ด้วยกัน และทำให้เด็กดูดนมตั้งแต่แรกคลอดมีอัตราการทิ้งเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. 2546 : 83)

3. การให้เด็กดูดนมแม่ช่วยลดน้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยที่พลังงานส่วนหนึ่งได้จากไขมันที่สะสมในร่างกายมารดา ดังนั้น การให้เด็กดูดนมแม่จึงช่วยให้น้ำหนักของมารดามีโอกาสกลับสู่ปกติเร็วกว่ามารดาที่ไม่ได้ให้นมแม่ จึงทำให้ออกาสที่มารดาให้นมแม่จะเป็นโรคอ้วนน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

4. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สะดวก สะอาด ประหยัด มีน้ำนมพร้อมที่จะให้เด็กดูดนมได้ทันทีและมีอุณหภูมิพอเหมาะ อีกทั้งจำนวนยังเหมาะสมกับความต้องการของเด็ก (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

5. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ เนื่องจากช่วงระหว่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจไม่มีประจำเดือนเพราะระดับฮอร์โมนโพรแลคตินเพิ่มขึ้น จึงทำให้การตกไข่เกิดขึ้นช้า (สมศักดิ์ สุทัศนวีรวิ. 2548 : 39)

6. ลดโอกาสที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอด ในขณะที่เด็กดูดนมแม่ ฮอร์โมนออกซิโทซินจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior Pituitary Gland) จะกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวและกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ดี (สมศักดิ์ สุทัศนวีรวิ. 2548 : 39 และ ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

7. ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มะเร็งรังไข่ พบว่า ระยะเวลาที่ให้นมแม่นานขึ้นและมารดาที่ให้นมแม่มีอายุน้อย จะมีส่วนทำให้เป็นมะเร็งเต้านมในวัยที่ยังมีประจำเดือนลดลงได้มากขึ้น มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกเป็นมะเร็งที่มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่มดลูกได้รับการกระตุ้นจากฮอร์โมนเอสโตรเจนทั้งจากภายในและภายนอกร่างกายในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะยับยั้งการทำงานของรังไข่ ทำให้รังไข่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนน้อยลง มีผลทำให้ออกาสเกิดมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูกลดลงได้ ใน

มะเร็งรังไข่ ปัจจัยที่มีผลทำให้มะเร็งรังไข่ชนิดอิมพิเลียล (Epithelial Ovarian Cancer) ในสตรีลดลงได้แก่ การมีเด็กหลายคน การกินยาคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการให้นมแม่เป็นระยะเวลานานด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า โอกาสเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดนี้สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ เพราะการตั้งครรภ์สามารถยับยั้งการทำงานของรังไข่ได้ดีกว่าการให้นมแม่ (สมศักดิ์ สุทัศนาวุฒิ. 2548 : 39 และ ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

8. โอกาสการเป็นโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) จะต่ำสุดในกลุ่มสตรีที่คลอดเด็กและให้นมแม่ ถึงแม้ว่ากระดูกจะบางลงบ้างเล็กน้อยขณะตั้งครรภ์และให้นมแม่ แต่เป็นเพียงชั่วคราวระยะสั้น ๆ ภายหลังกคลอดและให้นมแม่ไประยะหนึ่ง ความหนาแน่นของกระดูกจะกลับสู่ปกติและอาจจะหนาแน่นมากกว่าเดิมด้วย การให้นมแม่กระตุ้นการดูดซึมแคลเซียมและภายหลังหยุดให้นมแม่ จะพบว่า ระดับพาราไธรอยด์ฮอร์โมน (Parathyroid Hormone) และวิตามินดี (Calcitriol) ในกระแสเลือดสูงขึ้น (ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากมีโดยตรงต่อสุขภาพของเด็กและมารดาแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ คือ

1. นมแม่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสามารถผลิตน้ำนมได้ถึง 100 – 150 ลิตร หรือประมาณ 1 ใน 4 ของนมทั่วโลก เมื่อคิดเป็นปริมาณโปรตีนจะได้ถึง 2 ล้านตัน/ปี น้ำนมแม่จึงเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่ไม่ต้องลงทุน ช่วยประหยัดค่ารักษาโรคติดเชื้อในเด็ก ลดค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยโรค ทั้งยังช่วยให้ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติสามารถนำเงินที่ต้องไปซื้อหรือผลิตนมผสมปีละหลายพันล้านบาทมาพัฒนาประเทศด้านอื่นได้ อีกทั้งยังช่วยลดการขาดดุลทางเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย (ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

2. ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งระดับครอบครัวและระดับประเทศชาติ ประเทศไทยมีเด็กเกิดประมาณปีละ 8 แสนคน ค่าใช้จ่ายจากการกินนมผสมต่อคน ต่อเดือนประมาณ 2,000 บาท ถ้าเด็กทุกคนกินนมแม่อย่างเดียวยังน้อย 4 เดือน ประเทศไทยจะสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการนำเข้านมกระป๋องถึง 6,400 ล้านบาทต่อปี ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายที่เด็กจากโรคท้องเสียและปอดบวมและการติดเชื้ออื่น ๆ ที่ป้องกันได้โดยการกินนมแม่ (สุอารีย์ อันตระการ. 2547 : 128)

3. ลดการใช้ทรัพยากรจากธรรมชาติ ได้แก่ การผลิตขวดนมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ลดการใช้พลังงานในผลิตและการขนส่ง (ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547 : 7-8)

## 2.2 สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่ทำให้มารดาให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน

แม้ว่าทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยจะมีการรณรงค์ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และเลี้ยงควบคู่กับอาหารที่เหมาะสมตามวัยจนถึง 2 ปี ตามที่องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะเพื่อประโยชน์สูงสุดของมารดาและเด็ก ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 ในประเทศไทยการรณรงค์ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ผ่านมาได้ดำเนินการอย่างจริงจังในโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวน 864 แห่ง หรือร้อยละ 80 และโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ซึ่งผลจากการดำเนินงานในปี 2549 พบว่า เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 15 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 30 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาสาเหตุที่ยังคงทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังไม่สามารถได้ตามเป้าหมาย พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นวัยแรงงานส่วนใหญ่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมากกว่าร้อยละ 50 และเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองมากกว่าชนบท ภาระการเลี้ยงดูเด็กจึงเป็นหน้าที่ของปู่ ย่า ตา ยาย ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดเป้าหมายให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 25 โดยรณรงค์ให้หญิงหลังคลอดได้เลี้ยงเด็กด้วยนมตัวเองเพิ่มมากขึ้น และขอความร่วมมือบริษัทนมผสมไม่ให้แจก แกรม นมผสมในสถานพยาบาลหรือมอบให้กับมารดาที่คลอดใหม่ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงเด็กด้วยนมตนเองเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งได้ใช้มาตรการทางสังคมให้มีทูตนมแม่ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำมาคลอดใหม่ให้ชุมชนและสังคมมีส่วนร่วมผ่านทางชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวทั่วประเทศ พร้อมสนับสนุนให้มีมาตรการทางกฎหมายให้ผู้หญิงในโรงงานลาคลอดได้มากกว่า 45 วัน ส่งเสริมให้เก็บน้ำนมแม่ในภาชนะที่สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งให้มีมูมนมแม่ในสถานที่ทำงาน โรงงาน ตลอดจนส่งเสริมให้มีศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่จะอำนวยความสะดวกให้มารดาสามารถให้นมลูกได้ (กรมอนามัย, 2549)

แม้ว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบัน ได้จัดระบบการดำเนินงานให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนทำให้เกิดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลสูงขึ้น แต่ไม่สามารถครอบคลุมการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ปัญหาที่มักพบภายใน 2 สัปดาห์แรก หลังคลอด (ยุพียง แห่งเชาวนิช, 2548 : 171) ดังผลการประเมินอัตราการผลิตนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน มีอัตราสูงขึ้นร้อยละ 16.3 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2548 และจากการสำรวจ

ในช่วง 6 เดือนแรก พบว่า ทำได้มากที่สุดในช่วงอายุ 3-6 วัน รองลงมา คือ ช่วงอายุ 7 วัน -2 สัปดาห์ และช่วงอายุระหว่าง 1-2 เดือน (ศูนย์นมแม่. 2547)

## 2.2.1 ปัจจัยที่ทำให้มารดาให้นมแม่น้อยกว่า 6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการให้นมลูกมีทั้งระบบบริการสุขภาพ ตัวมารดาและเด็กดังนี้

1. ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ บทบาทของระบบบริการสุขภาพเป็นทั้งปัจจัยขัดขวางและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทำให้ นมลูกในระยะแรกเริ่มและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลและบุคลากร (สุกัญญา ยิ้มแย้ม. 2545 : 23)

1.1 นโยบายโรงพยาบาลวินิคอฟฟ์ (Winikoff. 1987) กล่าวว่า นโยบายของโรงพยาบาลบ่งบอกถึงระยะเวลาและวิธีการที่มารดาสามารถได้เห็น สัมผัส และให้นมลูก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าโรงพยาบาลจำนวนมากมีนโยบายและการปฏิบัติเป็นกิจวัตรที่คุกคามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (WHO. 1993) ดังการศึกษาปัจจัยทางด้านนโยบายและระบบสุขภาพของโรงพยาบาลมีอิทธิพลที่สำคัญต่อการให้นมในระยะเริ่มแรกของ สุกัญญา ยิ้มแย้ม (2545) พบว่า สถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยในโรงพยาบาลต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การแยกเด็กออกจากมารดา และการให้สิ่งอื่นทดแทนนมแม่ ซึ่งปี 2549 กรมอนามัยได้สำรวจโรงพยาบาลหลาย แห่งพบโรงพยาบาลบางแห่งจะแยกเด็กดูอาการทุกราย 6 ชม. ถ้าดูคนมาแล้วสาลักนม บุคลากรจะสังเกตอาการเด็กไว้ห้องเด็กอ่อน 1 วัน ในกรณีที่เด็กน้ำหนักเกิน มารดาอ่อนเพลีย มารดาเป็นโรค เอคส์ มารดาเป็นความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจะนำเด็กมาให้อยู่กับมารดาเมื่อครบ 3 วัน นอกจากนี้การปฏิบัติของโรงพยาบาลบางอย่างต่อมารดาทั้งวิธีการ และการให้ยาทำให้มารดา มีความยุ่งยากในการเริ่มให้นมแม่

1.2 ตัวบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการให้นมลูก (WHO. 1993) ทั้งด้านทัศนคติและความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคลากร โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ทัศนคติ ถ้าบุคลากรมีทัศนคติที่ดีและได้รับการสนับสนุนในการปฏิบัติ จะช่วยส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น (กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. 2548 : 105) แต่ถ้าบุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติ ซึ่งแสดงถึงความลังเลไม่สม่ำเสมอ อาจให้ข้อมูลที่สับสนไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้นมลูกแก่มารดา และส่งผลที่เป็นอันตรายต่อการเริ่มให้นมลูกของมารดาในระยะแรก (Van Esterik. 1989)

- ความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคลากร ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เริ่มต้นที่โรงพยาบาลและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ถ้าบุคลากรที่มีสุขภาพมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่มารดา จะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความมั่นใจให้แก่มารดา แต่ปัจจุบันบุคลากรที่มีบทบาทในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังขาดความรู้และทักษะดังกล่าว จะเห็นได้จากการประเมินซ้ำโรงพยาบาลสายสัมพันธ์มารดา-เด็กในปี 2544 พบว่า การดำเนินงานขั้นที่ 2 ที่มีการประเมินความรู้ บุคลากรส่วนใหญ่จะได้เพียงร้อยละ 50-60 ซึ่งไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2546 : 131) ดังปัญหาในคลินิกนมแม่โรงพยาบาลศิริราช ที่พบว่า มารดาขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการให้นมแม่ที่ถูกต้องจนทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น นำนมน้อย ทำให้นมลูกไม่ถูกวิธีร่วมกับการนำเด็กเข้าดูคนนมแม่ไม่ลึกพอ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ได้แก่ เจ็บหัวนม หัวนมแตกเต้าคัด เด็กได้น้ำนมไม่เพียงพอน้ำหนักไม่ขึ้น ตัวเหลือง มีผลให้แพทย์หรือมารดาตัดสินใจให้นมผสมเสริมโดยให้เด็กดูคนมาจากขวด เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากการไม่ให้เด็กดูคนนมหลังคลอดทันที หรือผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการช่วยให้เด็กดูคนนมแม่อย่างถูกวิธี และช่วยให้มารดามีความสุขสบายขณะให้นมแม่ เมื่อเด็กดูคนนมแม่ไม่ได้ให้นมอื่นแทนด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้อง (ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. 2548 : 165-166) แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้และทักษะในการช่วยเหลือมารดา (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. 2548 : 105)

### 1.3 ระบบงานการดูแลต่อเนื่อง

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นต้องเริ่มต้นตั้งแต่ฝากครรภ์ ห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหลังคลอด คลินิกนมแม่ จนถึงคลินิกเด็กดี ที่สำคัญต้องมีระบบการประสานงานที่ดี เชื่อมโยงให้เสมือนหนึ่งว่าเป็นหน่วยงานเดียวกันจึงจะประสบความสำเร็จ (รุ่งทิพย์ ดัชนีวรรณนะ. 2548 : 125) ดังการศึกษาของ กาญจนา เอกปรัชญา (2547) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุบ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานที่ฝากครรภ์ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่ได้รับการดูแลหลังคลอดโดยบุคลากร การที่เด็กได้ดูดหัวนมยางหรือหัวนมปลอม การที่มารดามีปัญหาขณะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาในการเลี้ยง หรือคิดจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจริยา อภิชาตวรพงษ์ (2547) กล่าวว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรร่วมกันส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย โดยให้ความรู้ที่ถูกต้องและปรับทัศนคติของมารดาให้ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะการให้นมลูก ส่วนในมารดาที่ทำงานนอกบ้านควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปอีก เมื่อต้องกลับไปทำงานนอกบ้าน



การดูแลในทุกระยะของการตั้งครรภ์จะมีความสำคัญเชื่อมโยงกันเพราะถ้าขาดการเตรียมตัวที่ดีในระยะฝากครรภ์แล้วการให้ความรู้ในระยะหลังคลอดจะไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งปัจจุบันระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้น ๆ ไม่สามารถช่วยให้มารดามีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้นมแม่ได้ทั้งหมด เมื่อมารดาประสบปัญหาที่บ้านจึงแก้ปัญหาไม่ได้ส่งผลให้มารดาไม่ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกหรือหยุดให้ก่อนเวลาอันควร ดังมีการศึกษาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

- ในระยะฝากครรภ์ การศึกษาของ นางนุช ดันทะรา (2543) ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการให้ความรู้ เพื่อเตรียมความพร้อมแก่มารดาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จ และสามารถให้นมแม่ได้อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลาอันสมควร

- ระยะคลอด มีงานวิจัยประเทศสวีเดน พบว่า หากริมฝีปากเด็กแตะหัวนมแม่ในช่วงโมงแรกของชีวิต มารดาตัดสินใจให้เด็กอยู่ห้องเดียวกับมารดาขณะอยู่โรงพยาบาลนานกว่ามารดาที่ไม่มีโอกาสให้เด็กดูดนมแม่ มารดาและเด็กจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการให้นมแม่มากกว่าและมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า (Widstrom AM อ้างถึงใน เกரியศักดิ์ จิระแพทย์. 2550 : 110)

- ระยะหลังคลอด การที่มารดาและเด็กอยู่ด้วยกันในโรงพยาบาล (Rooming In) ช่วยให้มารดาเรียนรู้ความต้องการของเด็ก และรูปแบบในเรื่องการนอนของเด็ก จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีโอกาสอยู่กับเด็กในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลยิ่งมาก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นด้วย (เกரியศักดิ์ จิระแพทย์. 2550 : 110)

- ระยะหลังจำหน่าย เมื่อมารดากลับไปอยู่บ้านควรมีการติดตาม เช่น การโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหา ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผน แก้ไข และให้กำลังใจแก่มารดา การให้คำแนะนำและติดตามเยี่ยมหรือโทรศัพท์ติดต่อในช่วงเวลา 1-2 สัปดาห์หลังคลอดจะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกในระยะต่อมา (สุกัญหา ยิ้มแย้ม. 2545)

ซึ่ง ศิราภรณ์ สวัสดิ์ (2548) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาแก่มารดาด้วยการเยี่ยมหลังคลอดหรือการพบมารดาในคลินิกสุขภาพเด็กดีเป็นสิ่งสำคัญในการที่ช่วยให้มารดายังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เพราะเมื่อมารดามีปัญหาแล้วได้รับคำปรึกษาจะสามารถช่วยให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสม

## 2. ปัจจัยทางด้านมารดา

2.1 ประสบการณ์ มารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จสูงกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ หรือมารดาที่มีลูกคนแรกแต่ยังไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กมาก่อน (ศิริลักษณ์ ถาวรวิฒนะ. 2548 : 198) เพราะมารดาครั้งแรกไม่มีประสบการณ์ตรงจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาและความยากลำบากในการให้เด็กกินนมแม่ ซึ่งอาจมีผลทำให้ระยะเวลาการให้นมลูกสั้นลง (อังสนา ศิริวิฒนเมธานันท์. 2545) อุบลวรรณ กุลสันต์ (2541) ได้ศึกษาความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 ของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมตัวเป็นมารดาการเลี้ยงดูเด็ก การให้นมลูก การดูแลเต้านม ดังนั้น การตอบสนองความต้องการของมารดา โดยการให้ความรู้และสร้างประสบการณ์สำหรับมารดาครั้งแรกหลังคลอดจึงเป็นเรื่องสำคัญ

2.2 ระดับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาต่างกันจะมีระยะเวลาและพฤติกรรมกรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่างกัน จากการศึกษาของ จิรพรรณ สุปัญญา (2540) พบว่า มารดาที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา จะมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เมื่อมีความสงสัยหรือไม่เข้าใจอะไร ก็อาจจะอ่านหนังสือหรือรับฟังสิ่งที่ผู้อื่นถ่ายทอดให้ได้มากที่สุด แล้วนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองมากกว่ามารดาที่จบประถมศึกษา

2.3 ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อรุณช เชาว์ปรีชา (2548) กล่าวว่า มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก็จะทำให้มารดามีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างยาวนาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนิษฐา ห้วยท่าทอง (2543) พบว่า การปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ ตัวมารดาเอง ร้อยละ 83.9

2.4 ความเชื่อ วัฒนธรรม และทัศนคติ การศึกษาของ วิณา เทียงธรรม (2548) พบว่า ความเชื่อมีผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของสังคมคนรอบข้าง ความเชื่อที่เป็นอุปสรรค โดยเฉพาะความเชื่อที่มาจากยายและย่า เช่น การให้น้ำ (เพชรนภา อังค์ตระกูลกิจ. 2542) และอาหารเสริม เช่น ข้าวบด ก่อนวัยอันควร เพราะกลัวนมแม่ไม่อยู่ท้อง ดังการสำรวจของ แอแบคโพลส์ (2547) พบว่า มารดามากกว่าร้อยละ 90 ให้อาหารอื่นนอกเหนือจากนมแม่ โดยให้กล้วยร้อยละ 78.7 ให้ข้าวบดร้อยละ 72.3 ให้นมผสมร้อยละ 66.8 หรือแม้แต่ความเชื่อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในขณะให้นมลูกดัง เช่น หญิงให้นมลูกในราชบุรี ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม คือ มีการงดอาหารแสดงถึง 17.2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้งด (บุษบา อรรถวีร์. 2542)

2.5 มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เอแบคโพลส์ (2547) สำรวจ พบว่า มารดา ร้อยละ 44.4 หยูดให้นมแม่เพราะต้องไปทำงาน (สุกัญหา ยิ้มแย้ม, 2545 และ วิณา เทียงธรรม, 2548) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของมารดาเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่ทำให้มารดาไม่สามารถ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ รุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค (2541) ที่พบว่า มารดาที่มี ระยะเวลาลาคลอดจริงมากกว่า 90 วัน มีสัดส่วนให้นมแม่มากกว่า 3 เดือน มากกว่ามารดาที่มี ระยะเวลาลาคลอดจริงน้อยกว่า 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 36.2 และ 13.8 ตามลำดับ และมารดาที่ให้นม ถึง 3 เดือนมากที่สุด คือ มารดาที่ทำงานในโรงแรม ร้านค้า และหน่วยราชการ

2.6 ปัญหาและอุปสรรคเรื่องหัวนม เช่น สั้น บอด บวม เป็นสาเหตุสำคัญของการที่ มารดาไม่สามารถให้นมลูกได้ (สมคิด กอเจริญรัตน์, 2548 : 175, ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2548 : 165, สุธิดา ปรางสุรางค์, 2543, ทรงศิริ นิลจุลกะ, 2548 : 198, จินดา ลัทธลาภกุล และคณะ, 2542) ซึ่ง ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ดังการศึกษาของ สมคิด กอเจริญรัตน์ (2548) คัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของหัวนมที่มาฝากครรภ์โดยใช้ Care Map เรื่องการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ให้สำเร็จช่วยให้สตรีตั้งครรภ์แก้ไขหัวนมที่มีความผิดปกติและสามารถให้นมลูกได้

2.7 การสนับสนุนของครอบครัว สามี และบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการ ตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งถ้ามารดาได้รับการสนับสนุนจาก สามี และมารดา (วิณา เทียงธรรม, 2548) จะส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ มานี เจนการศึก และคณะ (2546) พบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยได้รับแรงสนับสนุนจากสามี มีผลให้ความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้นสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิมลวรรณ ตรียะโชติ (2546) และ ศิริรัตน์ อังคะนาวิน (2544) พบว่า รูปแบบการ พยายามระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์มากขึ้น

### 3. ปัจจัยทางด้านสุขภาพของเด็ก

เด็กที่คลอดออกมาต้องมีความสมบูรณ์ ไม่มีความพิการของร่างกาย จนทำให้ไม่ สามารถดูดนมได้ ดูดได้ไม่ดี หรือ เด็กมีภาวะลิ้นติดซึ่งอาจเป็นปัญหาหรือไม่เป็นปัญหาก็ได้

ในภาวะลิ้นติด (แผ่นเนื้อที่ยึดติดใต้ลิ้น) เด็กบางรายสามารถดูดได้เมื่อ ได้รับการ ช่วยเหลือโดยการจัดทำอุ้มซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะเต้านมด้วย ถ้ามารดามีหัวนมขนาดเล็กจนถึงขนาด กลางและเนื้อเยื่อเต้านมมีความยืดหยุ่นเด็กก็สามารถดูดได้ดี เด็กบางรายไม่สามารถดูดได้เพราะที่ ยึดใต้ลิ้นสั้นจนไม่สามารถแลบลิ้นไปถึงเพดานปากได้ หรือแลบลิ้นพันริมฝีปากได้เล็กน้อยแต่ลิ้น ไม่กระดกติดเพดานปาก ทำให้ไม่สามารถยื่นลิ้นออกมาห่อหุ้มรองรับได้ลานนมได้ ถ้าเป็นเช่นนั้น

เด็กจะน้ำหนักไม่ขึ้น หงุดหงิดเวลาคุณนมและต้องการคุณนมบ่อย (ศิริลักษณ์ ภาววิวัฒน์. 2548 : 154)

## 2.3 การดูแลต่อเนื่องเพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้ 6 เดือน

### 2.3.1 ความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Care) เป็นกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ที่มีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลและครอบครัวได้รับการดูแลในทุกภาวะของสุขภาพที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ คือ สุขภาวะ โดยครอบคลุมถึงการดูแลด้านการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ ในการดูแลทุกด้านจะต้องประสานเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างการพยาบาลและการดูแลสุขภาพของครอบครัว (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2548 : 5)

การดูแลต่อเนื่อง เป็นกรอบแนวคิดที่มีเจตนาให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในแต่ละหน่วยของการบริการสุขภาพและบ้านหรือที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ หรือประชาชน โดยใช้กระบวนการที่มีประสิทธิภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล (อุษาวดี อัครวิเศษ. 2548)

การจัดการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง (Continuous of Care) เป็นการจัดการเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตลอดช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยครั้งหนึ่ง ๆ ซึ่งแนวคิดในการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ ได้ระบุไว้เป็นมาตรฐานข้อที่ 4 ของการปฏิบัติการและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) (อรพรรณ โตสิงห์. 2546 : 76-79) โดยมีใจความว่า “ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม”

กระบวนการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (Continuous Care Process) นั้นพยาบาลต้องเป็นผู้สร้างระบบให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างงานดูแลผู้ป่วยก่อนการเจ็บป่วยกับงานดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล และงานดูแลผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลกับงานดูแลผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้องให้บริการเชิงรุกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการทางการแพทย์ ทั้งในส่วนของการบริการก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งบริการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนหรือการ

กลับเป็นซ้ำก่อนเวลาอันควร หรือสร้างระบบประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ซึ่งเป็นแนวคิดเบื้องต้นที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยและรูปแบบดังกล่าวเป็นรูปแบบที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตลอด ระยะเวลาการเจ็บป่วยระยะหนึ่ง ๆ อย่างไม่ขาดช่วง (อรพรรณ โตสิงห์. 2546 : 76-79)

ดังนั้น การจัดการการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นจึงมีเป้าหมาย เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน ซึ่งต้องมีการสร้างระบบการดูแลให้เกิดความเชื่อมโยงตั้งแต่ฝากครรภ์ ระยะเวลาคลอด หลังคลอดและการติดตามเมื่อมารดากลับบ้าน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพมารดาและเด็ก โดยการให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ ในระยะแรกหลังคลอด ติดตามและประเมินปัญหาเมื่อมารดากลับไปอยู่บ้านและทำงานอย่างทัน เหตุการณ์ สนับสนุนให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก และจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวย ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เผยแพร่ความรู้ และร่วมสร้างสังคมของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เกิด ระดับครอบครัว หน่วยงาน ชุมชน และสังคม (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. 2548)

### 2.3.2 การดูแลในระยะตั้งครรภ์ (มานี ปิยะอนันต์. 2546 : 63-66)

1. ดูแลมารดาให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงเด็กด้วยนมตนเอง มีความมั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จและให้ความรู้แก่มารดาโดย

1.1 บอกประโยชน์นมแม่ ในแง่คุณค่าทางอาหาร ส่วนประกอบของนมแม่จะมี ประโยชน์ต่อเด็กหลังคลอด ในแต่ละระยะของการคลอด เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด นมแม่จะมี ประโยชน์ต่อเด็กระยะนั้น ส่วนมารดาที่เป็นเบาหวาน นมแม่จะมีส่วนประกอบของน้ำตาลกลูโคส สูงกว่านมแม่ที่ไม่เป็นเบาหวาน ซึ่งทำให้เด็กเจริญเติบโตได้ดีเนื่องจากเต้านมมีความไวต่อ Insulin และบอกผลเสียของการเลี้ยงเด็กด้วยนมผสม (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547)

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับกายวิภาคสรีรวิทยาของการสร้างและหลั่งน้ำนม รวมทั้งวิธีการ กระตุ้นให้เต้านมสร้างให้น้ำนมมาเร็ว มาก และมานานตามที่ต้องการ เพื่อให้มารดาเกิดความรู้ ความเข้าใจและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมั่นใจ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547)

1.3 ขั้นตอนการให้นม ต้องทำให้มารดาเข้าใจกระบวนการให้นมลูกตั้งแต่เริ่มต้นให้ เด็กดูดนมโดยเร็วภายใน 30 นาทีหลังคลอด เพื่อให้ให้น้ำนมออกเร็ว การที่เด็กดูดนมบ่อย ๆ ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยเด็กควรดูด 8-10 ครั้ง และต้องให้เด็กดูดให้ถูกวิธี คือ ให้เด็กอมหัวนม ให้ลึกถึงลานหัวนมเพื่อให้เด็กได้รับน้ำนมเพียงพอ ซึ่งจะป้องกันการเกิดนมคัดหรือหัวนมแตกใน มารดาได้

1.4 ผลดีของการให้นม นอกจากความรัก ความผูกพันระหว่างมารดา-เด็กแล้ว ทำให้รูปร่างที่เปลี่ยนไปขณะตั้งครรภ์กลับมาสวยเหมือนเดิม เนื่องจากไขมันที่สะสมในขณะตั้งครรภ์จะถูกนำมาใช้ในการสร้างน้ำนม

1.5 กรณีมารดาทำงานนอกบ้านสามารถให้เด็กกินนมแม่อย่างเดียวได้ โดยไม่ต้องให้อาหารเสริมได้นาน 6 เดือน หลังจากนั้นควรให้กินนมแม่พร้อมให้อาหารเสริมไปนานจนอายุ 2 ปี สอนการบิบ การเก็บน้ำนม การป้อนนมด้วยถ้วย โดยป้อนเมื่อมารดาไม่อยู่ และให้นมแม่ในเวลากลางคืนจะทำให้เด็กได้อาหารที่ดีที่สุด

1.6 ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูก โดยมารดาควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในระหว่างตั้งครรภ์มารดาควรดื่มนมวันละ 2 ถ้วย รับประทานผักผลไม้ พร้อมทั้งดื่มน้ำมาก ๆ เนื่องจากผัก ผลไม้ มีสารอาหาร กลิ่น รสชาติต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเด็ก เช่น แคลเซียม เหล็ก เป็นต้น นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย ซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนที่มีในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้มีปัญหาของริดสีดวงทวาร ปวดท้องน้อยเรื้อรัง ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ อาจมีผลไปถึงระยะหลังคลอดได้

2. จัดกิจกรรมเสริมความรู้ให้กับมารดาและบุคคลในครอบครัว เช่น สามี มารดาของหญิงตั้งครรภ์ มารดาของสามี เป็นต้น เพื่อให้บุคคลใกล้ชิดเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ เป็นการให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องอดทนและอาศัยเวลาพอสมควร

3. ตรวจสอบความผิดปกติของหัวนม เต้านมและลานนมและแก้ไข การเตรียมเต้านมให้พร้อมก่อนคลอด ช่วยให้มารดามั่นใจว่าไม่มีความผิดปกติของเต้านมและหัวนม เข้าใจลักษณะและการทำงานของเต้านม พร้อมทั้งจะให้เด็กดูดนมได้โดยไม่มีปัญหา คงความสวยงามอยู่ในสภาพเดิมให้มากที่สุดในระยะหลังคลอด การตรวจเต้านมและหัวนม ในระยะนี้เป็นโอกาสที่ดีที่จะได้อธิบายเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา

3.1 การตรวจหัวนม การตรวจหัวนมว่าปกติหรือผิดปกตินั้น นิยมตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ การตรวจหัวนมมี 2 วิธี ได้แก่ วิธีของวอลเลอร์ (Waller's Test) และวิธีตรวจที่เรียกว่า พินช์เทสต์ (Pinch Test) ซึ่งมีวิธีการตรวจคล้ายคลึงกัน คือ วางมือลงบนเต้านม ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ไว้ที่ฐานของหัวนมใกล้ขอบลานนม กดนิ้วมือทั้งสองลงไปตรง ๆ เล็กน้อยแล้วบีบเข้าหากันจับหัวนมขึ้นมาเบา ๆ ถ้าหัวนมที่ปกติจะพุ่งออกมาและสามารถจับหัวนมขึ้นได้ หัวนมที่สั้น แบน หรือบวม หัวนมจะอยู่กับที่หรือเคลื่อนเล็กน้อย หรือผลุบกลับลงไประหว่างนิ้วมือ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547)

การตรวจหัวนมบางครั้งอาจจะมองดูสั้นหรือบอดเนื่องจากถูกเสื้อกดทับ และบางรายเวลาจับดึงหัวนมจะหดสั้นเข้าไป เรียกว่า ซูโดอินเวอร์ต นิบเพิล (Pseudoinverted Nipple) ดังนั้น เวลาตรวจหัวนมควรใช้นิ้วกระตุ้นหัวนมและลานนม ด้วยการจับดึงดูว่าสั้นจริงหรือไม่ และความยืดหยุ่นเป็นอย่างไร แต่ความยืดหยุ่นของลานนมมีความสำคัญมากกว่าความยาวของหัวนม ในขณะที่เด็กคุณนมแม่ จะพบว่า 1 ใน 3 ส่วนเป็นหัวนม และ 2 ใน 3 ส่วนเป็นลานนม ถ้าลานนมแข็งความยืดหยุ่นไม่ดี จะทำให้เด็กคุณนมแม่ลำบาก เพราะจะลื่นจับไม่ลง มารดาจะสูญเสียความมั่นใจในตัวเองที่จะให้เด็กคุณนมแม่ โดยทั่วไปแล้ว หัวนมมีหลายลักษณะ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547) ดังนี้

- หัวนมปกติ (Normal Nipple) คือ หัวนมที่ควรมีความยาวเกินกว่า ½ เซนติเมตร ปากเด็กสามารถจับหัวนมได้
- หัวนมสั้น (Short Nipple) คือ หัวนมที่มีความยาวต่ำกว่า ½ เซนติเมตร ปากเด็กอาจสามารถจับหัวนมได้แต่จับได้ไม่เต็มที่
- หัวนมแบน (Flat Nipple) คือ ปลายหัวนมอยู่ในระดับเดียวกับพื้นผิวของผิวหนัง หรือระดับเดียวกับลานนม ปากเด็กไม่สามารถหัวนมจับได้
- หัวนมบวมหรือบอด (Inverted Nipple) คือ หัวนมอยู่ต่ำกว่าระดับพื้นผิวของผิวหนัง หรือต่ำกว่าระดับลานนมเป็นรูหรือหลุมลงไป ปากเด็กไม่สามารถจับหัวนมได้

### 3.2 การแก้ไขปัญหาหัวนมผิดปกติ

ปัญหาหัวนมผิดปกติ มีวิธีการช่วยหลายวิธี การดึงและคลึงหัวนม (Nipple Pulling and Rolling) ในระยะตั้งครรภ์ ต้องระมัดระวังและทำอย่างนุ่มนวล เพราะจะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและคลอดก่อนกำหนดได้ จึงควรระมัดระวังในมารดาที่มีประวัติแท้งหรือประวัติคลอดก่อนกำหนด (สำหรับจิตตินันท์, วีระพงษ์ ฉัตรานนท์ และ ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. 2546) การแก้ไขและป้องกันปัญหาหัวนมผิดปกติ (ภานุมาศ คุณยศยิ่ง. 2547) มีดังนี้

3.2.1 วิธีของฮอฟแมน (Hoffman's Maneuver) แก้ไขปัญหาหัวนมสั้นหรือบวม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือของมือทั้งสอง แตะที่รอยต่อระหว่างหัวนมและลานนมในด้านตรงข้ามกันของหัวนมข้างนั้น แล้วกดนิ้วทั้งสองและรูดแยกออกจากกันไปทางข้าง ๆ และตรง ๆ ทำซ้ำเช่นนี้ในทิศทางต่างกันโดยรวม 2 – 3 ครั้ง จากนั้นจึงใช้นิ้วมือจับหัวนมที่ยื่นออกมา ดึงออกมาตรง ๆ เบา ๆ ทำ 2-3 ครั้ง ซึ่งวิธีนี้ควรทำในไตรมาสที่ 2 เพราะจะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและคลอดก่อนกำหนดได้

3.2.2 ปทุมแก้ว (Breast Shells) แก้ไขปัญหาลานนมตึงหรือหัวนมสั้น ปทุมแก้ว เป็นเครื่องมือที่ทำจากแก้วหรือพลาสติก ใช้ครอบให้หัวนมอยู่ตรงกลางรูของฐานปทุมแก้ว หัวนม

จะขึ้นขึ้นมา ขอบรูและส่วนของปทุมถั่วที่แนบกับลานนม จะช่วยนวดผิวหนังให้นุ่มในขณะที่มารดาขยับแขนเวลาเคลื่อนไหว ควรให้มารดาใส่ไว้ในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ในระยะแรกประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อวัน และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนถึง 8 – 10 ชั่วโมงต่อวัน และต้องถอดปทุมถั่วออกทุก 2-3 ชั่วโมง และดูแลเต้านมให้แห้งอยู่เสมอ การติดตามผลถ้าลานนมยืดหยุ่นดีแล้ว ให้หยุดการใช้ปทุมถั่ว มิฉะนั้นอาจทำให้ลานนมหย่อนยานไป อาจใช้เวลา 1 สัปดาห์ หรือเป็นเดือนแล้วแต่ความตึงตัวของผิวหนังแต่ละคน

3.2.3 อุปกรณ์ดึงหัวนม (Nipple Puller) แก้ไขปัญหาหัวนมบวมหรือบอด หรืออาจดัดแปลงโดยใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) ขนาด 20 ซีซี โดยตัดปลายที่ต่อกับเข็มฉีดยาของกระบอกใส่ยา ใส่เด็กสูบที่ดันยาเข้าทางปลายกระบอกใส่ยาที่ตัดออกแล้วจนสุดกระบอก วางปลายกระบอกใส่ยาที่ไม่ได้ตัดบนหัวนม ดึงเด็กสูบบอกช้า ๆ ให้หัวนมยาวประมาณ 15 มิลลิเมตร ระวังอย่าดึงเร็วเกินไปจะทำให้หัวนมแตกได้ เรียกอุปกรณ์ชนิดนี้ว่า อีเวอร์ด-อิท นิพเพิล เอ็นฮานเซอร์ (Evert-It Nipple Enhancer)

4. แนะนำการดูแลรักษาความสะอาดของเต้านมและหัวนม โดยให้อาบน้ำตามปกติ ไม่ใช้สบู่หรือสารเคมีใด ๆ ล้างหรือเช็ดหัวนม เพราะจะทำให้แห้งและแตกได้ง่าย สวมยกทรงในขนาดที่พอเหมาะและสามารถปรับระดับของสายได้ (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 34-35)

5. แนะนำให้แม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ด้วยการมาฝากครรภ์ตั้งแต่วัยแรกและมาตรวจตามนัดเป็นระยะ เพื่อให้แม่และเด็กมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด และปราศจากภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดน้อยที่สุด เพื่อแม่และเด็กจะได้แข็งแรง และพร้อมที่จะเริ่มกระบวนการให้นมลูกอย่างถูกต้องภายหลังคลอด และประสบความสำเร็จ (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 34-35)

6. สนับสนุนให้พ่อแม่มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ ชี้แจงให้พ่อเข้าใจ และเรียนรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิธีการช่วยเหลือและผ่อนคลายความวิตกกังวลและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับมารดา (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 34-35)

### 2.3.3 การดูแลมารดาในระยะคลอด (มานี ปิยะอนันต์. 2546 : 63-66)

ระยะคลอด หมายถึง ระยะภายหลังรกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาต้องอยู่ในห้องคลอด การช่วยเหลือให้เด็กดูดในรยะนี้มีความสำคัญ โดยการให้เด็กดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังรกคลอด ภายหลังเด็กคลอด พยาบาลจะใช้ผ้าซับเลือดและเช็ดไข่ออกจากตัวเด็ก ให้นำเด็กมาวางบนอกมารดาโดยให้ผิวหนังมารดากับเด็กสัมผัสกัน (Skin to Skin Contact) ใช้ผ้าอุ่น ๆ คลุมตัวเด็กไว้เพื่อป้องกันอุณหภูมิของเด็กลดลง ควรให้เด็กนอนบนอกมารดานาน



อย่างน้อย 30 นาที และพยายามให้เด็กดูดนมครั้งแรก (Early Sucking) (มานี ปิยะอนันต์. 2546 : 67) ดังนั้น จึงควรให้การคลอดนั้นเป็นไปโดยธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการใช้หัตถการต่าง ๆ และการใช้ยา ความแข็งแรงของแม่และเด็กภายหลังคลอด เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังกล่าว (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 34-35)

1. ประโยชน์ที่เด็กได้รับการดูดนมครั้งแรก มานี ปิยะอนันต์ (2546 : 67) ได้อธิบายไว้ ดังนี้

1.1 เมื่อนำเด็กมาวางบนอกมารดา (Bonding) อุณหภูมิในร่างกายมารดา จะทำให้เด็กเกิดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันระหว่างมารดา-เด็ก

1.2 การที่ผิวหนังของมารดาและเด็กสัมผัสกัน (Skin to Skin Contact) เด็กจะได้รับเชื้อที่เป็น normal Flora จากมารดา (Colonization) และเมื่อได้กิน Colostrums จากมารดาจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อสมบูรณ์

1.3 ในระยะชั่วโมงแรกหลังคลอด เด็กจะอยู่ในภาวะตื่นตัว (Quiet Alert) เมื่อให้เด็กดูดนม เด็กจะดูดนมได้สำเร็จมากกว่าในระยะหลังคลอดนาน (มานี ปิยะอนันต์. 2546 : 67) เนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ได้เป็นสัญชาตญาณที่แท้จริงของมนุษย์และสัตว์ชั้นสูงอื่น แต่เป็นพฤติกรรมที่ทั้งแม่และเด็กจะต้องเรียนรู้ด้วย ดังนั้น จึงเป็นระยะที่เหมาะสมที่สุดที่จะให้เด็กมีประสบการณ์ในการหัดดูดนมแม่ หลังจากนั้นแล้วเด็กจะกลับเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การหัดให้เด็กดูดนมแม่ลำบากยิ่งขึ้น (สุอารีย์ อ้นตระกูล. 2548 : 34-35)

1.4 กระตุ้นให้แม่เริ่มสร้างน้ำนมโดยเร็ว เพื่อจะให้มึน้ำนมเพียงพอแก่ความต้องการของเด็ก

2. ประโยชน์ทางด้านมารดา สุอารีย์ อ้นตระกูล (2548 : 34-35) ได้อธิบายไว้ดังนี้

2.1 กระตุ้นให้เกิดความผูกพันทางจิตใจระหว่างแม่และเด็ก (Bonding & Attachment) โดยที่ระยะหลังคลอดหากนำเด็กมาสัมผัสและให้ดูดนมแม่ทันที จะกระตุ้นให้แม่และเด็กมีพันธะผูกพันทางจิตใจได้ดีที่สุด

2.2 กระตุ้นให้มารดาเกิดความเป็นแม่ (Maternal Behaviour) มากขึ้น ผลการทดลองพบว่า ฮอร์โมน Oxytocin ในเลือดแม่ที่มีระดับสูงขึ้น เนื่องจากการดูดของเด็คนั้นจะกระตุ้นให้แม่เกิดความเป็นแม่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้แม่ดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิด แต่ความเป็นมารดาที่ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้นนั้นจะคงอยู่ชั่วระยะเวลาอันสั้นเด็กต้องดูดนมแม่ต่อไปเรื่อย ๆ จึงจะกระตุ้นให้แม่เอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 ให้เชื้อโรคที่จะเกิดขึ้นที่ผิวหนังเด็ก (Colonization) เป็นเชื้อที่มาจากผิวหนังมารดา เพราะมารดาจะสร้างภูมิคุ้มกันเชื้อโรคนั้น ๆ (ในรูป Secretory IgA) และหลั่งออกมาในน้ำนม ทำให้เด็กที่ได้ดูดนมแม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื่อนั้น ๆ ด้วย

### 2.3.4 การดูแลในระยะหลังคลอด

ทารกแรกเกิดสามารถมองเห็นได้ยินเสียง ฐัฐส และรู้สึกสัมผัสได้ ทำให้พร้อมที่จะรับการกระตุ้น ทั้งนี้ เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตได้ดีที่สุด ควรให้เด็กได้มาอยู่กับมารดาและเริ่มให้เด็กดูดนมเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้ ที่ดีที่สุดควรย้ายเด็กมาอยู่ในห้องพักหลังคลอดพร้อมมารดา ทันทีที่มารดาเริ่มให้เด็กดูดนมเป็นครั้งแรก แพทย์หรือพยาบาลจะต้องช่วยเหลือมารดาในการให้นมลูกได้อย่างถูกต้อง มิฉะนั้นอาจเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ที่สำคัญ คือ หัวนมแตก น้ำนมมาช้า หรือน้ำนมไม่พอ แนวทางการดูแลระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ควรสอบถามความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จัดให้มารดาและเด็กอยู่ด้วยกัน (Rooming In) หรือนอนเตียงเดียวกับมารดา (Bedding In) (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. 2546) ควรให้มารดาและเด็กอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมงโดยเร็ว หากมารดาและเด็กต้องแยกกันมารดาจะขาดการดูดกระตุ้นจากเด็กไป (สุอารีย์ อ้นตระกูล และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธ์. 2549 : 49-50)

2. ให้เด็กดูดนมบ่อยๆอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง สนับสนุนให้เด็กดูดนมแม่ทุกครั้งที่เด็กต้องการ ไม่จำกัดเวลา ไม่ว่าจะกลางวันหรือกลางคืน โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้นและให้เด็กดูดนมได้ทุกครั้งที่ต้องการ

3. สร้างความมั่นใจให้แก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้การช่วยเหลือตามแนวทาง ซึ่ง กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ (2546 : 70-75) อธิบายไว้ดังนี้

- 3.1 ให้มารดาดำมือด้วยสบู่และน้ำให้สะอาดและเช็ดให้แห้งก่อนให้นมลูกทุกครั้ง

- 3.2 จัดท่ามารดาและเด็กให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม และสะดวกในการให้นมแม่ ไม่ว่าจะ เป็นท่านั่งหรือท่านอน เด็กนอนตะแคงตัวเข้าหามารดาเสมอ ท้องเด็กแนบท้องมารดา ศีรษะของเด็กอยู่สูงกว่ากันเล็กน้อย ให้ปากเด็กอยู่ระดับเดียวกับหัวนมของมารดา ท่านั่งมี 3 ท่า ควรใช้เมื่อมารดาพร้อมจะลุกขึ้นนั่งได้ และพิจารณาใช้ท่าแต่ละท่าให้เหมาะกับปัญหาของมารดามีรายละเอียด (ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธ์. 2549 : 120-121) ดังต่อไปนี้

- ท่าอุ้มเด็กแบบครีเดิล มารดาอุ้มเด็กไว้บนตักและโอบกอดเด็กไว้ในวงแขน เป็นท่าที่มารดาทุกคนนิยมและเด็กไม่มีปัญหาการดูดนมแม่

- ท่าอุ้มเด็กแบบครอส ครีเดิล มารดาอุ้มเด็กไว้บนตัก แต่เปลี่ยนมือจากท่าครีเดิล เป็นใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่เด็กดูดจับเต้านมไว้ และใช้แขนอีกข้างโอบกอดเด็กมือจับและพยุง

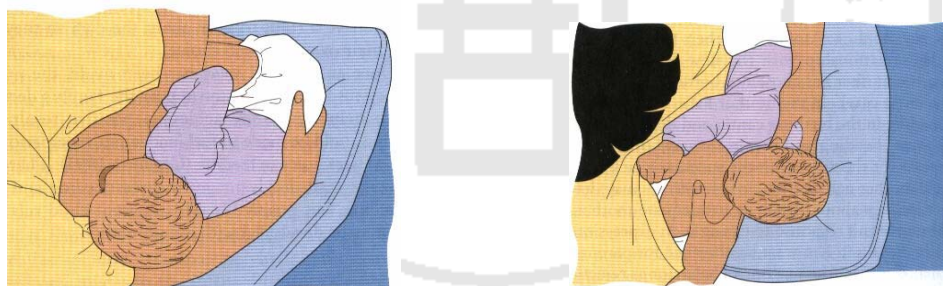
บริเวณท้ายทอยเด็ก เป็นท่าที่ใช้กับเด็กที่มีปัญหาการดูดนม เพื่อประคับประคองเด็กได้ถนัดและนำเด็กเข้าหาลานห้วนมแม่ได้เร็วขึ้น เพื่อเด็กจะได้อมห้วนมแม่ได้ลึกพอ ทำให้เด็กไม่หงุดหงิดหรือปฏิเสธการดูดนมแม่ เช่น preterm, sick baby และในกรณี Sore Nipple ใช้เพื่อเปลี่ยนรอยจับของเด็ก ลดการเจ็บห้วนมแม่ลง

- ท่าฟุตบอล เด็กตะแคงตัวเข้าหาด้านข้างลำตัวมารดา ปลายเท้าเด็กชี้ไปด้านหลัง มีหมอนรองตัวเด็ก 2 ใบ มารดาใช้มือข้างเดียวกับเต้านมที่เด็กดูดจับและพยุงบริเวณท้ายทอยเด็ก ส่วนแขนโอบกอดเด็กให้กระชับเข้าหาตัวมารดาใช้กับมารดาผ่าตัดหน้าท้อง เพื่อไม่ให้เด็กนอนทับแผลมารดา มารดาที่มีเต้านมแฝดให้เด็กพร้อมกัน มารดาห้วนมสั้น ห้วนมแตกเพื่อเปลี่ยนทิศทางรอยจับของเด็ก มารดานมคัดบางส่วนเพื่อให้เด็กได้เปลี่ยนทิศทางการดูดรีดน้ำนมส่วนที่คัดออกมา

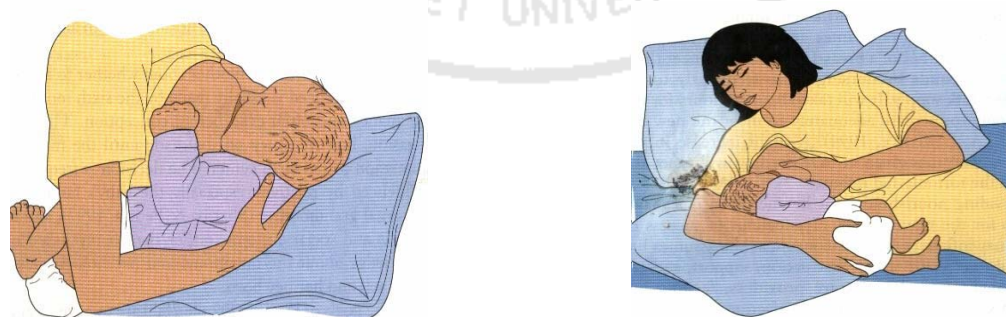
- ท่านอน โดยให้มารดาโอบกอดเด็กไว้ในวงแขนเป็นท่าที่เหมาะสมที่สุด เพราะมารดาได้พัก ใช้กับมารดาหลังคลอดเด็กในวันแรก มารดาผ่าตัดหน้าท้อง มารดาทำงาน มารดาน้ำนมพุ่งแรง เด็กร้องกวน เด็กต้องการดูดนมมากกว่าปกติ

ภาพที่ 2.4

ทำอุ้มให้นม



ทำอุ้มเด็กแบบ เครเดิล และ ครอส เครเดิล



ทำนั่งแบบฟุตบอลและท่านอนให้นมลูก

ที่มา : Olds B.S., London M.L. & Ladewig P.A. (2000 : 786)

3.3 การจับเต้านมของมารดาเพื่อเอาหัวนมเข้าปากเด็ก มารดาควรประคองเต้านมไว้ตลอด เวลาจนกว่าเด็กจะดูดนมแม่ได้ติด จึงปล่อยมือที่ประคองได้ มือมารดาควรอยู่ห่างลานนม นิ้วมือทั้ง 4 อยู่ด้านล่าง นิ้วหัวแม่มือเด็กอยู่ด้านบน ปรับมือที่ประคองเต้านมไปตามแนวปากของเด็กเป็นรูปตัว U หรือตัว C กรณีหัวนมสั้นมากให้ดึงลานหัวนมยืดออกคล้ายหัวนม เพื่อช่วยให้เด็กดูดติดง่ายขึ้น (ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธ์. 2549 : 121) ดังภาพที่ 2.5

ภาพที่ 2.5

การจับเต้านมขณะให้นมลูก



ที่มา : คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.4 ช่วยเด็กอมหัวนมแม่ (Latch On) โดยมารดาใช้หัวนมแม่เขี่ยริมฝีปากเด็กให้อ้ากว้างที่สุด และเคลื่อนเด็กเข้าหาเต้านมโดยเร็ว เพื่อให้เด็กอมหัวนมได้ลึกถึงลานหัวนม โดยสังเกตจากปลายจมูกเด็กอยู่ชิดเต้านม เว้นปีกจมูกไว้หายใจ ริมฝีปากบนและล่างบานออก คางแนบเต้านม แก้มป้อง (ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธ์. 2549 : 122) ดังภาพที่ 2.6

## ภาพที่ 2.6 วิธีการเอาหัวนมเข้าปากเด็ก



(ก) ใช้หัวนมเขี่ยปากเด็ก

ให้อ้าปาก



(ข) เคลื่อนศีรษะเด็ก

เข้าหาเต้านม



(ง) ลักษณะปากเด็ก

ที่ดูดนมอย่างถูกวิธี

ที่มา : Breastfeeding.com. (2006). Latch on. [Online].

3.5 กระตุ้นให้เด็กดูดนมให้อิ่มในแต่ละมื้อ ถ้าหลับต้องปลุกโดยขยับเต้านมหรือมารดาใช้นิ้วกดที่เต้านมแม่เบา ๆ กระตุ้นให้เด็กดูดต่อ ถ้ายังหลับให้คลี่ผ้าที่ห่อออก จับนั่งลูบหลังไล่ลม หรือเขี่ยเท้าเบา ๆ เปลี่ยนผ้าอ้อมที่เปื้อนและเช็ดก้นให้

3.6 เอาหัวนมออกจากปากเด็กใช้นิ้วมือสอดเข้ามุมปากระหว่างช่องเหงือกของเด็กแล้วค่อย ๆ ดึงหัวนมออกจากปากเด็ก อย่าดึงหัวนมออกทันทีจะทำให้หัวนมแตก

3.7 แนะนำให้เด็กดูดนมตามต้องการประมาณ 8-12 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง หรือดูดทุก 1-3 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน และทุก 2-3 ชั่วโมง ในเวลากลางคืน อาการแสดงว่าเด็กหิว คือ หลับไม่สนิท ร้องดูดปาก ดูดนิ้ว หาวถ้าเด็กหลับนานเกิน 3 ชั่วโมง ถ่ายปัสสาวะ วันละ 6-8 ครั้ง ถ่ายอุจจาระอ่อนนุ่ม มากกว่า 4 ครั้งใน 1 เดือนแรก และลดลงหลังจากนั้นและน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ปกติ

3.8 ให้เด็กดูดนมจากเต้าทั้ง 2 ข้าง โดยให้ดูดเกลี้ยงเต้าทีละข้างเพื่อให้มีน้ำนมทั้งส่วนต้นและส่วนหลังได้มีการสร้างได้อย่างเต็มที่ การดูดมือต่อไปให้เริ่มดูดข้างที่ค้างไว้มือก่อน แต่ถ้าเด็กดูดนมข้างเดียวอึด มือต่อไปก็ให้เริ่มดูดอีกข้างได้เลย

3.9 ไม่ให้น้ำ นมผสม หรืออาหารอื่นแก่เด็ก เพราะไม่จำเป็นและทำให้เด็กอึด ไม่ยอมดูดนมแม่และไม่ให้เด็กดูดนมยาง หัวนมหลอก เพราะทำให้เกิดความสับสนในการดูดนมแม่ (Nipple Confusion)

3.10 ดูแลให้มารดารับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และน้ำอย่างเพียงพอ จัดเวลาพักผ่อน และผ่อนคลายโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลมารดา

3.11 แนะนำวิธีการบีบนมด้วยมือ เพื่อที่จะบีบน้ำนมตัวเองทั้งสองข้างออกให้มากที่สุด ทุกช่วงเวลาที่เด็กเคยอดนม ซึ่งจะมีผลทำให้น้ำนมยังคงมีปริมาณมากอยู่ เช่น เวลามารดาหรือเด็กต้องอยู่โรงพยาบาลและมารดาอยู่ให้นมลูกไม่ได้ หรือเวลาที่มารดาต้องไปทำงานหรือไปทำธุระนอกบ้าน เป็นต้น (สุอารีย์ อันตระการ และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. 2550 : 49-50)

3.12 ก่อนที่มารดาและเด็กจะกลับบ้าน ควรสอนให้รู้วิธีการเก็บน้ำนม การป้อนนมลูก ด้วยถ้วยตลอดจนรู้วิธีการป้องกันและแก้ไขห้วนมแตก เต้านมคัดและน้ำนมมาน้อยได้ การติดตามหลังจากกลับบ้านของมารดาและเด็กมีความสำคัญยิ่งในการที่จะช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง (สุอารีย์ อันตระการ และ ชิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. 2550 : 49-50)

3.13 แนะนำวิธีการป้องกันและปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งแหล่งที่ให้ข้อมูลหรือปรึกษาได้

### 2.3.5 การดูแลในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การติดตามหลังจำหน่าย เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการช่วยเหลือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน ซึ่งแม้ว่ามารดาจะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ และอุปสรรคของเต้านม เช่น ห้วนมแตก เต้านมคัด เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมารดาหลังคลอดกลับบ้านและประสบปัญหาดังกล่าว อีกทั้งขาดที่ปรึกษาช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง ก็อาจจะหยุดให้นมลูกและใช้นมผงแทน (จินตนา พัฒนพงษ์ธร. 2551 : 34)

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายมีความสำคัญที่จะช่วยให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานทำได้หลายวิธี (นงนุช บุญเกียรติ และ ยุพยง แห่งเชาวนิช. 2548) เช่น

- การมาตรวจหลังคลอด โดยเร็ว หรือการนัดเข้าคลินิกสุขภาพเด็กดี
- การเยี่ยมบ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและเด็ก ที่สำคัญคือช่วยแก้ปัญหาที่อาจเกิดจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- การจัดตั้งกลุ่มมารดาช่วยมารดาในชุมชน และแนะนำให้มารดาไปติดต่อเมื่อมีปัญหา

ระยะเวลาการติดตามหลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร. 2551 : 34)

ระยะที่ 1 7 วันหลังคลอด หลังจากรดกลับบ้านเป็นช่วงที่ต้องอดทนสูงและต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ สามิและญาติ สนับสนุนให้กำลังใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ระยะที่ 2 7-14 วัน ในสัปดาห์ที่ 2 นี้ แม้ว่ามารดาจะพยายามให้เด็กกินนมแม่แต่ยังกังวลใจว่าเด็กได้รับสารอาหารไม่เต็มที่ เมื่อเด็กได้นมผสมเสริม จะทำให้น้ำนมน้อยลง บุคลากรทีมสุขภาพ สามิและญาติ สนับสนุนให้กำลังใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 30-45 วันหลังคลอด มารดาบางรายจะหยุดทำงานได้เพียง 45 วัน หรือ 60 วัน จะกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะทำงานนอกบ้าน ดังนั้น มารดาส่วนใหญ่จะเตรียมให้เด็กกินนมผสมแทนนมแม่ แต่ในความเป็นจริงมารดาที่ทำงานนอกบ้านก็เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องได้ เพียงแต่ในช่วงนี้บุคลากรสาธารณสุขจะต้องนัดมารดาเพื่อสอนบีบ เก็บ ป้อนนม ให้มารดาหรือผู้ช่วยมารดาที่จะดูแลเด็กต่อไป ดังนั้น จึงควรนัดมารดาเรียนรู้วิธีบีบนมที่ถูกระบาย เก็บน้ำนมแม่ที่ถูกต้อง และการป้อนนมด้วยถ้วย

ระยะที่ 4 เมื่อเด็กอายุ 2 เดือน ระยะที่ 5 เมื่อเด็กอายุ 4 เดือน และระยะที่ 6 เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน ทั้ง 3 ระยะนี้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถติดตามมารดาได้ที่คลินิกเด็กดี เพราะมารดาจะนำเด็กมารับวัคซีน ตรวจสอบสุขภาพและประเมินพัฒนาการ

## 2.4 วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) เป็นกระบวนการที่มี Research และ Action เป็นวิธีการวิจัยที่เน้นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา ใช้การมีส่วนร่วมหรือการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหรือผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย มีวงจรการพัฒนาต่อเนื่องจนกว่าผลการพัฒนาจะเป็นที่พึงพอใจ (วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2547) ซึ่งปัจจุบันได้รับความสนใจมาก เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวิจัยที่บูรณาการเชื่อมโยงทฤษฎีและปฏิบัติเข้าด้วยกัน ตลอดจนการให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วม (Participation) และการร่วมมือร่วมใจ (Collabolation) ของสมาชิกในชุมชนหรือสังคมฝ่ายต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการการแก้ไขภายใต้บรรยากาศของการเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งรับฟังความคิดเห็น ให้เกียรติซึ่งกันและกัน

### 2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) หรือ PAR

เป็นรูปแบบหนึ่งที่พัฒนามาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เกิดจากการบูรณาการผสมผสานแนวคิดระหว่างการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) กับวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เข้าด้วยกัน โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยในฐานะผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน ในฐานะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นจริงในสถานที่ดังกล่าว

#### ลักษณะการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยตลอดกระบวนการ โดยมีองค์ประกอบหลักร่วมกัน 3 ประการได้แก่ การสืบค้นหาความรู้ความจริงหรือการวิจัย (Inquiry or Research) การมีส่วนร่วม (Participation) และมีการลงมือ (Action) กระทำการเปลี่ยนแปลงใด ๆ องค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดหายไป กระบวนการวิจัยจะไม่เรียกว่า PAR (Kemmis & Mc Taggar อ้างถึงใน องอาจ นัยพัฒน์. 2548 : 339)

ดังนั้น ลักษณะกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม จึงประกอบด้วยการค้นหาปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากงานวิจัยมีรายละเอียด (ททัยชนก บัวเจริญ. 2547) ดังนี้

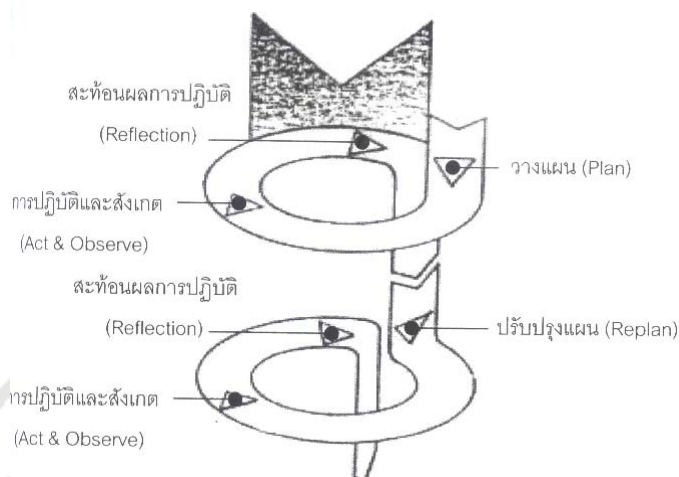
1. การค้นหาปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสถานการณ์ของปัญหานั้น ๆ เป็นกระบวนการในระยะแรกที่สำคัญของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ต้องค้นหาปัญหาร่วมกัน
2. การมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นกระบวนการหลักที่จะช่วยให้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ร่วมงาน เป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดความคิด วิเคราะห์ถึงประเด็นตามกระบวนการวิจัยตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ลงมือปฏิบัติ สะท้อนคิดและปรับแผนให้เหมาะสม ผู้วิจัยต้องส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยการใช้การมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมแก่ผู้ร่วมวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ปัญหาและการแก้ปัญหาด้วยตนเอง จนสามารถพัฒนาตนเองได้ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้

ดังนั้น เมื่อมีการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาในเบื้องต้นจนมีชัดเจนแล้ว จึงนำเข้าสู่กิจกรรมในกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท มีดังนี้ (Kempis & McTaggart. 1988 และ องอาจ นัยพัฒน์. 2548 : 342-346) (ภาพที่ 2.7)



## ภาพที่ 2.7

### วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท



ที่มา : Kempis & McTaggart. 1988 : 11

กระบวนการดำเนินการงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกการ์ทประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) เพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลง และสุดท้าย คือ การสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-Planning) จากนั้นมีการดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

**1. การวางแผน (Planning)** เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้ เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งและ

เป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์เวลานั้น

**2. การปฏิบัติการ (Action)** เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในเวลานั้นได้ด้วยเหตุนี้แผนการปฏิบัติการที่ดีจะต้องเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขในขณะนั้นและต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ

**3. การสังเกตการณ์ (Observation)** เป็นการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติว่ามีสภาพหรือลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

**4. การสะท้อนกลับ (Reflection)** เป็นการหวนระลึกถึงการกระทำจากการสังเกตอย่างครุ่นคิด ไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้การสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พื้นฟูวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทบทวนและวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของเคมีสและแมคแทกการ์ท

#### 2.4.2 ผลของการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า มีการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหลายเรื่อง โดยมีกลุ่มเป้าหมายและปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น ในปัญหาการเกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยในกลุ่มของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนริมทางรถไฟ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จนได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ (วนิดา ศุรงค์ฤทธิชัย, 2546) ในปัญหาของการเสพสารเสพติดในกลุ่มเยาวชนซึ่ง ทรงสุดา ไตรปกรณ์ (2545) ได้ศึกษาถึงการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหา โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุให้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนราชินี กรุงเทพมหานคร สมจิตนา คำพินิจ (2549) ใช้การมีส่วนร่วมของเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ครู และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ตำรวจจราจร นักการภารโรง มาพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้แก่เด็กนักเรียน และปัญหาการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ทรรศนีย์ นาคราช (2550) สร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งผลการศึกษาทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำและพฤติกรรมดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพในชุมชนเพิ่มบทบาทด้านเวชปฏิบัติในการตรวจรักษาแก่เด็ก สร้างความตระหนักต่อผู้ดูแลเด็กและวางระบบการดูแลต่อเนื่องและคณะกรรมการหมู่บ้านเพิ่มการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนมากขึ้น สำหรับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มี 2 เรื่อง ดังนี้

วัชรภรณ์ เชี่ยววัฒนา (2545) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ใช้วิธีวิจัยเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยความร่วมมือของพยาบาลอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย 14 คน ผลที่ได้ คือ โปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด เมื่อนำไปใช้ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยเด็กคลอดก่อนกำหนดดีขึ้น และหอผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น ในขณะที่การให้นมขวดลดน้อยลง ระยะเวลาที่เด็กได้นมแม่ขยายมากขึ้น พยาบาลอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยยังมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา ตลอดจนเกิดความร่วมมือที่ดีขึ้นของบุคลากรสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วิไลวรรณ คมขำ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ใช้วิธีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการมีส่วนร่วม ทำให้ได้แนวทางในการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนความรู้มารดาที่มีเด็กอายุ 0-24 เดือน หลังการดำเนินโครงการมารดาที่มีเด็กอายุ 0-24 เดือน มีความรู้และทัศนคติและปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินโครงการ และจากการที่มารดาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมกิจกรรมตลอดกระบวนการ ทำให้ได้รับทราบถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นถ้าให้หย่านมและให้อาหารเสริมเด็กเร็วเกินไป รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว ชุมชนทำให้มารดามีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเพิ่มขึ้นที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ทำให้ชุมชนมีความภาคภูมิใจ มีความสามัคคีและยังช่วยให้โครงการต่าง ๆ ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีกลไกหนึ่งที่ช่วยให้ชุมชนสามารถดูแลและดำเนินการพัฒนาได้อย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของผู้เป็นเจ้าของปัญหา (Steak Holder) อย่างแท้จริงสามารถแก้ไขปัญหาคือ

## 2.5 บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันทั้งด้านผู้ใช้บริการ คือ มารดาและญาติ และด้านผู้ให้บริการตั้งแต่สูติแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์และกุมารแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลในระบบสุขภาพใหม่ ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะที่สามารถตอบสนองความต้องการ การให้นมแม่แก่เด็กได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในทุกระยะของการตั้งครรถ์จนถึงระยะการให้นมลูก โดยเฉพาะสามารถแก้ปัญหาการให้นมแม่ ซึ่งมีประเด็นต่าง ๆ กันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สภาการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) ได้แบ่งระดับการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General Nursing Practice) และการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Nursing Practice) โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลแต่ละระดับไว้แตกต่างกัน คือ

### การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป (General Nursing Practice)

#### พยาบาล

1. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
2. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลรวมทั้งการตัดการสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการโรค การลุกลามของโรคและการฟื้นฟูสภาพ
3. การกระทำตามวิธีการที่กำหนดไว้ในการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

#### ผดุงครรภ์ การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

1. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรถ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด
2. การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว
3. ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Nursing Practice) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ โดยใช้ความรู้ที่กว้างขวางลึกซึ้ง ใช้วิจารณญาณในการไตร่ตรองหาเหตุผล เพื่อตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการกับ

ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีทักษะสูงในการจัดการเกี่ยวกับองค์กร ระบบ สิ่งแวดล้อม มีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและบุคลากรอื่น ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ มีเอกสิทธิ์สูงในการปฏิบัติ สามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระ และรับผิดชอบผลที่ตามมา

ปัจจุบันสภาการพยาบาล (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2551) ได้วางนโยบายออกกฏบัตรรับรอง ผู้มีความรู้ความชำนาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาเฉพาะทาง ได้แก่ 1. การพยาบาลมารดาและเด็ก (CNS) 2. การพยาบาลชุมชน (CNS) 3. การพยาบาลเด็ก (CNS) 4. การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (CNS) 5. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (CNS) 6. การพยาบาลผู้สูงอายุ (CNS) 7. การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (NP) 8. การผดุงครรภ์ (NP, CNS) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผดุงครรภ์และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546 : 5)

**พยาบาลผดุงครรภ์** (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) เป็นพยาบาลผู้ชำนาญที่มีความรู้ขั้นสูง มีทักษะ สมรรถนะ และการใช้เหตุผลทางคลินิกในการจัดการดูแลผู้หญิงและเด็ก จุดเน้นของการปฏิบัติ คือ การดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด การดูแลเด็ก การวางแผนครอบครัว และการดูแลทางนรีเวชในภาวะปกติ

**พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน** (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพในชุมชน ให้การบำบัดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีปัญหาเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องทำกิจกรรมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในสถานที่ต่าง ๆ โดยทำงานอิสระหรือร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ใหญ่ ครอบครัว สุขภาพจิตและจิตเวช เป็นต้น

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบัน แม้ว่าจะได้จัดระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จนทำให้ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลสูงขึ้น แต่ไม่สามารถครอบคลุมการช่วยเหลือมารดาเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ปัญหาที่พบบ่อยมักเกิดโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด คือ มารดาขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการให้นมที่ถูกต้อง เมื่อมารดาให้นมลูกไม่ถูกวิธีร่วมกับนำเด็กเข้าดูนมไม่ลึกพอ จะส่งผลให้เกิดปัญหาตามมามากมาย ได้แก่ เจ็บหัวนม หัวนมแตก เต้านมคัด เด็กได้น้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักไม่ขึ้น ตัวเหลือง มีผลทำให้แม่ตัดสินใจให้นมผสมเสริม โดยให้เด็กดูนมจากขวด (ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, 2547) จะเห็นว่าเป็นปัญหาที่มีความต่อเนื่องกันเป็นวงจร ดังนั้น พยาบาลผู้แก้ปัญหา นอกจากมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมและการให้เด็กดูนมแล้ว ยังต้องมี

การจัดการที่มีประสิทธิภาพ และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ หากมารดาได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องแล้ว มารดาจะมีความมั่นใจและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ จึงได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีระบบส่งต่อมารดาไปยังหน่วยงานหรือกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงเด็กด้วยนมแม่ ในกรณีที่มารดาต้องการความช่วยเหลือ แสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ครบวงจร มีการบริการทั้งในส่วนของการดูแลมารดาในระยะฝากครรภ์ ระยะหลังคลอดรวมถึงการดูแลทารกและเด็กเล็ก ซึ่งหน่วยปฐมภูมิจะเป็นส่วนเชื่อมต่องานบริการของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดีและสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้หน่วยปฐมภูมียังทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะมีโอกาสสร้างความยั่งยืนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้เกิดขึ้นในชุมชน (ยุพยง แห่งเชาวนิช, 2548 : 171)

ดังนั้น ตามนโยบายระบบสุขภาพปัจจุบัน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนรับผิดชอบในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด คือ เป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและเด็ก คัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพทั้งก่อนคลอดและระยะให้นม รวมทั้งแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้นม โดยเฉพาะในระยะหลังคลอดที่บ้านที่ยังมีปัญหาดังที่กล่าวไปแล้ว สามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาลูกอย่างต่อเนื่อง ตามวิธีการที่เหมาะสมกับมารดาแต่ละราย สามารถดึงครอบครัวและชุมชนเข้ามาร่วมแก้ปัญหา ซึ่งถือเป็นบริการเชิงรุกทางด้านสุขภาพของมารดาและทารก สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิ จะประจำอยู่ในหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น โรงพยาบาลหัวเฉียว เป็นต้น เมื่อประเมินภาวะสุขภาพขึ้นต้น พบว่า มารดาและเด็กมีปัญหาพยาบาลเวชปฏิบัติจะเป็นผู้วิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกได้ว่าเกิดจากสาเหตุใดและจะมีผลอย่างไร ควรแก้ไขอย่างไรให้สามารถช่วยให้มารดาสามารถให้เด็กกินนมแม่ได้ต่อไปและต่อเนื่อง ซึ่งวิธีปฏิบัติในแต่ละโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน พยาบาลเวชปฏิบัติจึงมีบทบาทที่จะดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดตั้งคลินิกนมแม่สำหรับแก้ปัญหาให้มารดา กลุ่มเสี่ยงที่จะไม่สามารถให้นมแม่ได้ อีกทั้งยังเป็นหน่วยงานที่สามารถพัฒนางานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มต้นที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลพยาบาล โดยการประสานงานกับแผนกที่เกี่ยวข้องให้มาร่วมกันวางแผน พัฒนางานให้เกิดความยั่งยืนได้ เมื่อมารดากลับบ้านสามารถวางแผนการจำหน่ายเพื่อติดตามมารดาต่อไปในชุมชน เช่น การออกเยี่ยมบ้านในชุมชนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนนมแม่ในชุมชนเพื่อเป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือมารดาคลอดใหม่ในชุมชน นอกจากนั้นในชุมชนที่อยู่ไกล

จากโรงพยาบาลสามารถส่งต่อปัญหา กับโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านของมารดา โดยระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้นไป

