

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมแม่: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Perception of Insufficient Breast Milk: Nurse-midwife Role

กฤติกา ธรรมรัตน์กุล¹ เทียมสร ทองสวัสดิ์² ลาวัลย์ สมบูรณ์³

Krittika Thummarattanakul¹ Tiamsorn Tongswat² Lawan Somboon²

บทคัดย่อ

“น้ำนมมีน้อย” “น้ำนมไม่พอ” “ลูกกินนมไม่อิ่ม” เป็นคำพูดที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอดที่แสดงถึงการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่นำไปสู่การให้นมผสมแก่ทารกและการเลิกให้นมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมแม่ไม่ได้แสดงถึงการมีปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของทารกอย่างแท้จริง พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของมารดา โดยการประเมินและคัดกรองมารดาหลังคลอดผู้ซึ่งเสี่ยงต่อการรับรู้ว่ามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ และให้การพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น บทความนี้นำเสนอความหมาย และปัจจัยการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของมารดา และบทบาทของพยาบาลในการประเมิน คัดกรอง และดูแลมารดาที่รับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

คำสำคัญ การรับรู้ ความไม่เพียงพอของน้ำนม มารดาหลังคลอด บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

Common words "small amount of milk" "not enough milk" and "the baby is not full" seem to represent perception of insufficient breast milk in postpartum mothers. Such perception is a main reason leading to stop breastfeeding and start feeding infant formula. In fact, perception of insufficient breast milk of the mothers might not indicate an insufficient milk supply to the needs of the baby. Nurse-midwives play an important role to correct understanding about the meaning of insufficient breast milk perception and its related factors; assess and screen mothers who are at risk of having perception of

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่ Assistant Professor, Nursing faculty, Chiang Rai University Corresponding author, Email: Jufkrittika@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่ Associate Professor, Nursing faculty, Chiang Rai University

insufficient breast milk; and provide appropriate nursing care to improve postpartum mothers' perception and confidence in continuing exclusive breastfeeding. This article presents definition and factors related to perception of insufficient breast milk and roles of nurse-midwife in assessing, screening, and providing nursing care of mothers regarding perception of insufficient breast milk.

Keywords perception, insufficient breast milk, postpartum mothers, nurse-midwife role

น้ำนมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากอุดมไปด้วยสารอาหารที่ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ มีสัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของทารก มีภูมิคุ้มกัน ทำให้ทารกสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าทารกที่ไม่ได้รับน้ำนมมารดาในช่วง 4 เดือนแรกภายหลังคลอด จะเสียชีวิตจากภาวะท้องเสียมากกว่าทารกที่ได้รับนมมารดาถึง 14 เท่า เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมากกว่า 3 เท่า และเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้ออื่นๆ มากกว่า 2 เท่า (Sultana, Rahman, & MS, 2013) มีรายงานว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยลดอัตราการตายในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ถึง 23,000 ราย/ปี ทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว พบว่า ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะอ้วนและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ภูมิแพ้ และหอบหืด เป็นต้น (WHO, 2000) น้ำนมมารดายังมีสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของสมอง ทารกที่ได้รับน้ำนมมารดาจะมีพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ มีความมั่นใจและไว้วางใจผู้อื่น เนื่องจากขณะทารกดูดนมมารดาจะเกิดการถ่ายทอดความรัก ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพัฒนาด้านบุคลิกภาพ (American Academy of Pediatrics [AAP], 2005) ขณะทารกดูดนม ยังทำให้มารดารู้สึกมีความสุข เกิดความภาคภูมิใจในบทบาทการเป็นมารดาด้วย (ibid) สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่และภาวะเบาหวานลดลง (Much, Beyerlein, Roßbauer, Hummel, & Ziegler, 2014) นอกจากนี้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดายังสะดวกและช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม (UNICEF, 2017)

สถานการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) แนะนำให้ทารกดูดนมมารดาตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด และส่งเสริมให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (Exclusive breastfeeding, EBF) อย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากนั้นให้อาหารตามวัยร่วมกับนมมารดาจนถึง 2 ปีหรือมากกว่าตามความต้องการ (UNICEF, 2017) เพื่อให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวเป็นไปอย่างยั่งยืน องค์การอนามัยโลกจึงตั้งเป้าหมายการเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวให้ได้ร้อยละ 50 ในปี 2558 และเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ในปี 2573 นอกจากนี้ตั้งแต่ปี 2552 องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การยูนิเซฟ

(UNICEF) และองค์การพันธมิตรนมแม่โลก (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA) ได้กำหนดให้ทุกประเทศใช้นโยบายบันได 10 ขั้น ในการสนับสนุนมารดาหลังคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 2018) ภายหลังจากดำเนินการ แม่สตรีส่วนใหญ่จะสังเกตเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยพบว่าสตรีหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 75 ตั้งใจและเลือกที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รวมทั้งทารกแรกเกิดร้อยละ 44 ได้รับนมมารดาภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด แต่อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากลับลดลงทุกเดือนภายหลังคลอด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานในระยะเวลา 6 เดือน มีอัตราร้อยละ 40 และมีเพียง 23 ประเทศจากทั่วโลกที่มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานในระยะเวลา 6 เดือน สูงกว่าร้อยละ 60 (UNICEF, 2017)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเริ่มประกาศนโยบายให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือนไว้ร้อยละ 30 ตั้งแต่ปี 2547 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) มีการกำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวใช้บันได 10 ขั้น เป็นยุทธวิธีในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้ปรับเพิ่มอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน เป็นร้อยละ 50 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา, 2559) ภายหลังจากการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือนเริ่มเพิ่มสูงขึ้น จากปี 2549 ที่มีอัตราร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 12.3 ในปี 2555 และร้อยละ 23.1 ในปี 2559 (วชิระ เฟื่องจันทร์, 2560) จะเห็นได้ว่าแม้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนั้นพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของประเทศไทยยังคงมีอัตราต่ำที่สุดในกลุ่มประเทศอาเซียนอีกด้วย (วชิระ เฟื่องจันทร์, 2560)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือนต่ำกว่าเป้าหมาย ได้แก่ การขาดความรู้ มีปัญหาในการให้นม การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมไม่เพียงพอ ปัญหาทางด้านบรรทัดฐานทางสังคม ความยุ่งยากใจ ปัญหาจากการทำงานและการดูแลบุตร รวมทั้งปัญหาการให้บริการทางสุขภาพ (El-Houfey, Saad, Abbas, & Rashad 2017) การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม เป็นปัญหาที่พบบ่อยของมารดาหลังคลอดทั่วโลกที่มีปัญหาในการให้นม (Gatti, 2008) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Sharma & Byrne, 2016) รวมทั้งความต่อเนื่องของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 1996-2007 พบว่าสตรีหลังคลอดร้อยละ 35 ให้นมบุตรไม่ต่อเนื่องในช่วง 1-2 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากคิดว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Gatti, 2008) รวมทั้งยังมีรายงานการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 44.3 ของสตรีหลังคลอดที่เริ่มต้นเลี้ยงบุตรด้วยนม

มารดา มีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้นที่ยังคงเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะ 6 เดือนหลังคลอด โดยให้เหตุผลของการหยุดให้นมแม่ว่า ไม่แน่ใจว่าตนเองมีน้ำนมเพียงพอ (Arora, Wehrer, & Kuhn, 2000)

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม (Perception of insufficient breast milk, PIM) เป็นการประเมินของมารดาหลังคลอดว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก (Hill & Humenick, 1989) มารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองจะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่สำเร็จและหยุดให้นมบุตรตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังคลอด (Gatti, 2008) ร้อยละ 16.7 ของมารดาหลังคลอด เลิกให้นมมารดาก่อนออกจากโรงพยาบาล (Binns & Scott, 2002) และร้อยละ 35 เลิกให้นมมารดาในระยะ 1-4 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Ahluwalia, Morrow, & Hsia, 2005; Binns & Scott, 2002; Lewallen et al., 2006) นอกจากนี้การรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดเลิกเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเวลาต่อมา (Ahluwalia et al., 2005; Binns & Scott, 2002) แสดงให้เห็นว่ามารดาหลังคลอดที่รับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด มีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเลิกให้นมบุตรตลอดเวลาหากมีการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพออย่างต่อเนื่อง การรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอทำให้อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวลดลง เนื่องจากมารดาจะเริ่มให้นมผสมร่วมกับการให้นมมารดาเมื่อเริ่มรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Lewallen et al., 2006) พบว่าร้อยละ 76.9 ของมารดาหลังคลอดที่รับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอในระยะ 8 สัปดาห์หลังคลอด จะให้นมผสมเสริมในระยะ 12 สัปดาห์หลังคลอด โดยร้อยละ 82-85 ให้เหตุผลว่าเพื่อลดความวิตกกังวล (Hill & Aldag, 2007)

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมเกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางตรง และปัจจัยทางอ้อม ปัจจัยทางตรง ได้แก่ พฤติกรรมการให้นมบุตร (Breastfeeding behavior) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่กระตุ้นความถี่ ระยะเวลาในการให้นมบุตร และพฤติกรรมการดูแลนมของทารก ปัจจัยด้านจิตวิทยาของมารดา (Maternal psychologic factors) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทศนคติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และปัจจัยด้านสรีรวิทยาของมารดา (Maternal physiologic factors) สำหรับปัจจัยทางอ้อม ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลาของมารดา (Maternal time restraints) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ปัจจัยด้านความสบายของมารดา (Maternal comfort factors) และปัจจัยด้านทารก (Infant factors) (Hill & Humenick, 1989)

ในขณะที่การรับรู้ปริมาณน้ำนมมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก รวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม ปัจจัยทางด้านมารดา ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การได้รับความรู้ขณะตั้งครรภ์ ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การวางแผนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การสนับสนุนของครอบครัว ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาล การอยู่ร่วมกันกับทารก ชนิดของน้ำนม อาการเจ็บหัวนม และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยด้านทารก ประกอบด้วย อายุครรภ์

น้ำหนักแรกคลอด แบบแผนและพฤติกรรมการดูแลของทารก รวมทั้งน้ำหนักที่ลดลงของทารก สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม ประกอบด้วยระยะเวลาและความถี่ของการดูแล ระยะเวลาที่ทารกเริ่มดูแลหลังคลอด วิธีการให้นม รวมทั้งความถี่และปริมาณในการเสริมนม (Huang, Lee, Huang, & Gau, 2009) หากพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมและการรับรู้ปริมาณน้ำนม จะเห็นได้ว่าแม้จะมีปัจจัยบางอย่างที่สอดคล้องกัน เช่น ความรู้และทัศนคติของมารดา พฤติกรรมการให้นม พฤติกรรมการดูแล การสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นต้น แต่ยังมีปัจจัยบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นการประเมินการรับรู้จึงมีความแตกต่างกัน

การประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

การประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมประเมินจาก 3 ตัวชี้วัด (Indicators) ได้แก่ (1) ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของมารดา (Maternal confidence) ว่าสามารถให้นมบุตรได้ (2) ความพึงพอใจของมารดา (Maternal satisfaction) ว่าตอบสนองต่อความหิวและทำให้ทารกอิ่มได้ และ (3) การรับรู้ความพึงพอใจของบุตร (Perceived infant satisfaction) ที่ทำให้ทารกผลิตเพลินขณะให้นม (Hill & Humenick, 1989) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ประเมินจากการรับรู้ของมารดาเพียงอย่างเดียว ดังนั้นมารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม จึงอาจไม่ได้แสดงถึงการมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก

การมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ

การมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ (Insufficient milk supply, IMS) เกิดจากกระบวนการสร้างน้ำนมผลิตน้ำนมลดน้อยลงจนไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก (Lawrence, 1994) เป็นกระบวนการที่เกิดจากปัจจัยด้านมารดาพร้อมกับปัจจัยด้านทารก ภายหลังรกคลอดฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone จะลดระดับลงทันที ทำให้ฮอร์โมน Prolactin ไม่ถูกยับยั้ง จึงออกฤทธิ์กระตุ้นต่อมน้ำนม (Alveolar cell) ให้เริ่มสร้างน้ำนมได้ทันที เรียกว่า Prolactin reflex อย่างไรก็ตามภายหลังคลอดฮอร์โมน Prolactin ก็จะมีระดับลดลงเช่นเดียวกัน ทำให้การผลิตน้ำนมในระยะ 1-2 วันหลังคลอดจะยังคงมีปริมาณน้อย การให้ทารกดูดนมทันทีเมื่อแรกคลอด จะทำให้มีการกระตุ้นปลายประสาทบริเวณหัวนมและลานนม ให้ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง Hypothalamus และต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมน Prolactin ดังนั้นภายหลังทารกดูดนมระดับ Prolactin จึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะมีระดับสูงสุดในช่วง 30 นาที หลังทารกหยุดดูดนม ฮอร์โมน Prolactin จะค่อยๆ ลดระดับลงจนอยู่ในระดับปกติ ประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากทารกหยุดดูดนม จึงทำให้มีการสร้างน้ำนมเพียงพอสำหรับมื้อต่อไป ดังนั้นหากทารกดูดนมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง แต่หากทารกดูดนมไม่ต่อเนื่องจะทำให้ Prolactin ลดระดับลงจนอยู่ในระดับปกติภายใน 3 เดือนหลังคลอด และทำให้การสร้างน้ำนมค่อยๆ ลดน้อยลง ดังนั้นหากมารดามีพยาธิสภาพหรือมีความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วน Hypothalamus หรือต่อมใต้สมองส่วน

หน้า มารดาที่ไม่ได้ให้ทารกดูนมบ่อยๆ บุตรได้รับนมผสม หรือให้ทารกเริ่มดูนมช้าเกินไป อาจทำให้มีการผลิตน้ำนมได้น้อย (Lawrence, 1994)

ขณะทารกดูนมยังกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ให้หลั่งฮอร์โมน Oxytocin โดยจะไปกระตุ้น Myoepithelial cells บริเวณเต้านมให้หดตัว ทำให้เกิดการหลั่งน้ำนมจากต่อมน้ำนม (Alveolus) ผ่านออกมาทางท่อน้ำนม (Lawrence, 1994) การกระตุ้นประสาทสัมผัสหรืออารมณ์ของมารดาซึ่งส่งผลต่อการหลั่งของฮอร์โมน Oxytocin พบว่า เมื่อมารดาได้ยินเสียงร้องหรือมองเห็นทารก จะกระตุ้นการหลั่ง Oxytocin และทำให้น้ำนมไหลได้ แต่หากมารดากังวลใจ เครียด เจ็บปวด ขาดความมั่นใจ อ่อนล้า หรือมีภาวะซึมเศร้า Oxytocin จะหลั่งน้อยลง ทำให้น้ำนมไม่ไหลแม้ทารกจะดูนมอย่างถูกต้องก็ตาม การสร้างน้ำนมยังถูกควบคุมจากปัจจัยของเต้านมอีกด้วย เนื่องจากน้ำนมมีโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (Inhibitor) ดังนั้นหากมีน้ำนมคงค้างในเต้านมปริมาณมากจะทำให้การสร้างน้ำนมลดน้อยลง การให้ทารกดูนมจนเกลี้ยงเต้าจะทำให้โปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนมถูกขับออกไปด้วย จึงทำให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง (Lawrence, 1994) แต่หากทารกดูนมไม่เกลี้ยงเต้าจะทำให้การสร้างน้ำนมลดน้อยลงอย่างต่อเนื่องได้เช่นกัน

การประเมินปริมาณน้ำนม

การประเมินปริมาณน้ำนมว่ามีปริมาณน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารกหรือไม่ โดยประเมินจากข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะต่อวัน ความตื่นตัว สีผิว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทารกด้วยการชั่งน้ำหนักก่อนและหลังให้นมทุกครั้งในระยะเวลา 24 ชั่วโมง (Gatti, 2008)

จะเห็นได้ว่าการประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจ ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด และการรับรู้ของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุตร (Hill & Humenick, 1989) ซึ่งเป็นการแปลความหมายจากการรับรู้และความรู้สึกของมารดาหลังคลอดเท่านั้น ในขณะที่การประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนมกับความต้องการของทารก ประเมินจากการวัดข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการขับถ่าย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทารก (Gatti, 2008) การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมจึงมีความแตกต่างจากการมีปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นมารดาหลังคลอดที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม จึงไม่ได้แสดงถึงการมีปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมและการมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอมีความหมายและกระบวนการที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อมารดามีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมจึงอาจไม่ได้หมายถึงมี

น้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก อย่างไรก็ตามเมื่อมารดามีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมมารดาอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรไให้นม โดยเริ่มให้นมผสมเสริมแก่ทารก ทำให้บุตรคนนมมารดาน้อยลง พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้กระบวนการผลิตน้ำนมถูกขัดขวาง การผลิตน้ำนมจึงลดลง จนทำให้ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารกได้ การประเมินการรับรู้ของมารดาจึงเป็นสิ่งจำเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินการรับรู้ของมารดาตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด ทั้งนี้เพื่อให้การดูแลป้องกันและแก้ไขไม่ให้นมมารดาหลังคลอดเกิดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมด้วยการลดปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมเป็นระยะๆ เพื่อส่งเสริมให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางดังนี้

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม

พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของมารดาตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด เนื่องจากในระยะ 1-2 วันแรกหลังคลอด น้ำนมจะถูกผลิตในปริมาณน้อยตามกระบวนการผลิตน้ำนม หากมารดาไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้นมมารดาเกิดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมและมีความเสี่ยงที่จะเลิกเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ขณะเดียวกันหากมารดาที่ไม่มีปัญหาการให้นมในระยะแรกหลังคลอดแต่ไให้นมไม่ถูกวิธี เช่น ไม่ได้ให้บุตรคนนมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ บุตรคนนมไม่ถูกวิธีหรือคนนมไม่เกลี้ยงเต้า เป็นผลให้กระบวนการสร้างน้ำนมถูกขัดขวาง ทำให้การสร้างน้ำนมลดน้อยลง จนอาจทำให้นมมารดาเกิดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม นำไปสู่การให้นมผสมเสริมแก่ทารกและเลิกเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ การประเมินมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมจึงควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อพบว่ามารดาประสบปัญหาในการให้นมบุตร

แบบสอบถามการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม (Hill & Humenick, 1989) เป็นเครื่องมือที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถใช้ประเมินมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงที่จะมีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมได้ แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความเชื่อมั่นของมารดาในการให้นมบุตร การรับรู้ความพึงพอใจของทารกในการดูดนม และความพึงพอใจในการให้นมของมารดาและการดูดนมของทารก เมื่อพยาบาลประเมินแล้วพบว่ามารดามีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่ส่งผลให้นมมารดาเกิดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ทั้งนี้เพื่อการแก้ไขได้อย่างถูกต้อง

บทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของมารดาที่มีผลทำให้เกิดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม (Hill & Humenick, 1989) แม้นโยบายบันได 10 ขั้น จะเน้นการให้ความรู้ที่ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ สรีรวิทยาของกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม วิธีการให้นมที่ถูกต้อง การคงการสร้างน้ำนม ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และวิธีการแก้ไข เป็นต้น อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเพียงพอของน้ำนม รวมทั้งการสื่อสารสัญญาณหรือการแสดงพฤติกรรมของทารก เป็นความรู้ที่พยาบาลควรสอนและให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด รวมทั้งสามี ผู้ดูแลหรือญาติ เนื่องจากปัจจัยหนึ่งที่เป็นปัญหาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดเกิดจากความเครียดและความรู้สึกกดดันจากสมาชิกในครอบครัวที่เมื่อเห็นลูกร้อง จะรู้สึกว่าลูกกินไม่อิ่ม และคิดว่าน้ำนมแม่ไม่เพียงพอ (Payakkaraung, Sangperm, & Samart, 2016) พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งแนวทางการสอนและให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมารดาหลังคลอด มีดังนี้

การให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนม

พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลแก่มารดาหลังคลอดและผู้ดูแลว่า การที่มารดาหลังคลอดมีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ไม่ได้หมายถึงการมีน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก ดังนั้นเมื่อมารดาหลังคลอดมีการรับรู้ที่น้ำนมไม่เพียงพอ พยาบาลควรแนะนำให้มารดาหลังคลอดประเมินความเพียงพอของน้ำนม โดยประเมินจำนวนครั้งในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะต่อวัน ความตื่นตัว สีผิว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวทารกด้วยการชั่งน้ำหนักก่อนและหลังให้นมทุกครั้งในระยะเวลา 24 ชั่วโมง การประเมินปริมาณน้ำนมว่ามีความเพียงพอกับความต้องการของทารกหรือไม่ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจแก่มารดาว่าน้ำนมให้บุตรอย่างเพียงพอ เนื่องจากพบว่ามารดาที่รับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอจะมีคะแนนความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ (Hill & Humenick, 1989; McCarter-Spaulding & Kearney, 2001) มารดาที่มีความเชื่อมั่นในระดับต่ำมักคิดว่าร่างกายของตนเองมีความสามารถในการผลิตน้ำนมไม่เพียงพอ (McCarter-Spaulding & Kearney, 2001) ดังนั้นหากมารดาสามารถประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนมได้อย่างถูกต้อง และพบว่าปริมาณน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของทารก จะทำให้มารดาหลังคลอดและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ ช่วยลดปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมได้

การให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารสัญญาณหรือการแสดงพฤติกรรมของทารก

มารดาหลังคลอดที่ใช้สัญญาณแสดงความพึงพอใจของทารกเป็นตัวบ่งชี้การมีน้ำนมไม่เพียงพอ (Gatti, 2008) พบว่า สตรีที่มีการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอมีคะแนนการรับรู้ความพึงพอใจของทารกแตกต่างจากสตรีที่เชื่อว่ามีน้ำนมเพียงพออย่างมีนัยสำคัญ (Cooke, Sheehan, & Schmied, 2003) มารดาหลังคลอดจะประเมินความพึงพอใจของทารกจากการสังเกตสัญญาณหรือพฤติกรรมการแสดงออกของทารก พบว่า การร้องไห้และร้องกวนของทารกเป็นสัญญาณหรือพฤติกรรมสำคัญที่ทำให้มารดาประเมินว่าทารกมีความรู้สึกไม่พึงพอใจ และทำให้มารดามีการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Binns & Scott 2002; Lewallen et al., 2006; McCarter-Spaulding & Kearney, 2001) อย่างไรก็ตามการร้องไห้ของทารกไม่ได้หมายถึงความต้องการนมแม่เสมอไป การร้องไห้ของทารกอาจเป็นการส่งสัญญาณว่าไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับมารดา ไม่สุขสบาย มีสิ่งรบกวนกระทบ ต้องการพักผ่อน เป็นต้น (Barnard, 1994)

พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการสื่อสารสัญญาณแสดงการหิวของทารก (Baby feeding cues) ทารกจะมีการสื่อสารสัญญาณที่มีลักษณะแตกต่างกันตามระดับความหิว สัญญาณแรก (Early cues) ที่ทารกแสดงออกเมื่อเริ่มมีอาการหิว ได้แก่ ตื่นตัว (Stirring) อ้าปาก หันศีรษะไปมา และดูดปาก หลังจากนั้นทารกจะสื่อสารสัญญาณว่าหิวจริง (Mid cues) ได้แก่ เขยิบคางขึ้นมา เคลื่อนไหวมากขึ้น และเอามือเข้าปาก หากไม่ได้รับการตอบสนอง ทารกจะส่งสัญญาณสุดท้ายเพื่อแสดงว่าหิวมาก (Late cues) ได้แก่ ร้องกวน สีผิวแดงขึ้น และร้องไห้อย่างหนัก มารดาควรเริ่มให้นมเมื่อทารกสื่อสารสัญญาณว่าเริ่มหิวหรือหิวจริง แต่หากทารกสื่อสารสัญญาณว่าหิวมาก ให้มารดาปลอบทารกให้หยุดร้องโดยการกอดทารกให้แนบตัวและลูบหลังเบาๆ จนกว่าทารกจะสงบจึงเริ่มให้นม (Barnard, 1994)

การปฏิบัติตามนโยบายบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว

พยาบาลผดุงครรภ์ควรแสดงบทบาทในการปฏิบัติตามนโยบายบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (WHO, 2018) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การมีนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนได้เป็นประจำ พยาบาลผดุงครรภ์ควรมีส่วนร่วมในการเสนอแนะให้โรงพยาบาลกำหนดนโยบายไม่ส่งเสริมนมผสม น้ำ หรืออาหารอื่นแก่ทารกแรกคลอดนอกจากนมมารดา เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และไม่ให้อาหารอื่นแก่ทารกแรกคลอด เนื่องจากในระยะแรกหลังคลอดก่อนมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือเป็นระยะวิกฤติที่อาจพัฒนาให้เกิดการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ และมีการให้นมผสมเสริมแก่ทารก เนื่องจากกระบวนการสร้างน้ำนมยังมีการผลิตน้ำนมได้น้อย จากการศึกษาพบว่า การให้นมผสมเสริมแก่ทารก เนื่องจากกระบวนการสร้างน้ำนมยังมีการผลิตน้ำนมได้น้อย จากการศึกษาพบว่า การให้นมผสมเสริมในโรงพยาบาลมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับการรับรู้ว่ามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Chan, Nelson, Leung, & Li, 2000; McCarter-Spaulding & Kearney, 2001) โดยร้อยละ 77 ของการให้นมผสมเสริมในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากมารดามีน้ำนมไม่เพียงพอ (Chan, et al., 2000) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึง

ควรมีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ ชี้แจง จัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งควรมีการกำกับติดตามเพื่อให้มีการดำเนินการตามนโยบายอย่างเคร่งครัด

ขั้นที่ 2 ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จะนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะบุคลากรในหน่วยหลังคลอดเกี่ยวกับปัญหาของการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนมของมารดาหลังคลอด การประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนมกับความต้องการของทารก รวมทั้งการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาและให้การดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้ข้อมูลและมารดาหลังคลอด รวมทั้งผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง

ขั้นที่ 3 ชี้แจงให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับรู้ความเพียงพอของน้ำนม ปริมาณน้ำนมที่เพียงพอต่อความต้องการของทารก การสังเกตสัญญาณจากการแสดงอาการของทารก รวมทั้งวิธีการประเมินความเพียงพอของน้ำนม ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อให้สตรีมีครรภ์และผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ในระยะหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง

ขั้นที่ 4 ช่วยแม่เริ่มให้ลูกดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยนำลูกมาวางบนอกแม่ทันทีหลังคลอด (Skin to skin contact) ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้รู้จักความพร้อมของลูกในการดูดนมแม่ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือเมื่อมารดาหลังคลอดต้องการ

ขั้นที่ 5 สอนแม่ให้รู้วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การให้ลูกนมประมาณ 8-12 ครั้ง/วัน หรือทุก 2-3 ชั่วโมง ระยะเวลาการดูดนมประมาณ 15-20 นาที/ครั้ง โดยการดูดแต่ละครั้งควรดูดให้เกลี้ยงเต้า เป็นต้น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการทำให้น้ำนมมีปริมาณพอเพียงแม้ว่าแม่จะต้องแยกจากลูก เช่น สอนมารดาบีบและเก็บน้ำนมใน 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นต้น

ขั้นที่ 6 อย่าให้นมผสม น้ำ หรือสารอาหารอื่นแก่เด็กแรกคลอดนอกจากแม่ เว้นแต่จะมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ จากการสังเกตพบว่าแม่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีนโยบายไม่ให้เสริมนมผสมแก่ทารกและไม่ให้ใช้ขวดนมในการป้อนนมทารก อย่างไรก็ตามยังพบมีการเสริมนมผสมให้แก่ทารกเมื่อมารดามีการรับรู้ที่น้ำนมไม่เพียงพอ โดยไม่ได้มีการประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนมอย่างถูกต้อง การให้นมผสมเสริมในระยะที่น้ำนมยังสร้างได้น้อย จะขัดขวางกระบวนการผลิตน้ำนม ทำให้การสร้างน้ำนมลดน้อยลง ส่งผลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่าโรงพยาบาลที่ให้นมผสมเสริมมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเร็วในระยะ 4 เดือน และตลอดระยะเวลาของการให้นมบุตร (Alikassifogglu et al., 2001) การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการสร้างน้ำนมในระยะแรกหลังคลอดทั้งกับ

บุคลากรทางการแพทย์ มารดาหลังคลอด รวมทั้งผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น อีกทั้งควรส่งเสริมให้มีการประเมินความเพียงพอของปริมาณน้ำนมอย่างต่อเนื่องและทุกครั้งก่อนตัดสินใจให้นมผสมเสริมแก่ทารก

ขั้นที่ 7 ให้แม่และลูกอยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 8 สนับสนุนให้ลูกได้ดูดนมแม่ตามต้องการ บทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ คือ การกระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดให้นมบุตรตามหลัก 4 ค. คือ “ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า” เพื่อกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมโดยเร็วและต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างน้ำนมให้มีปริมาณเพียงพอ กับความต้องการของทารก

ขั้นที่ 9 อย่านำลูกดูดหัวนมยางหรือหัวนมปลอม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสับสนระหว่างการดูดจากจุกนมยางหรือหัวนมปลอมกับการดูดนมมารดา ทำให้ทารกดูดนมได้ไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 10 ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และส่งแม่ไปติดต่อกับกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก พยาบาลผดุงครรภ์ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มมารดาหลังคลอดได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเริ่มเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและระยะเวลาในการเลี้ยงนมบุตร การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมเป็นเพียงการประเมินของมารดาจากการรับรู้ของตนเอง แต่ไม่ได้หมายความว่ามารดามีน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก อย่างไรก็ตามมารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมจะทำให้ขาดความมั่นใจ จนส่งผลให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของมารดาหลังคลอดทุกรายตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด เพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการได้รับน้ำนมไม่เพียงพออย่างแท้จริง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินปริมาณน้ำนม และการฝึกให้มารดาสังเกตสัญญาณหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของทารกที่บ่งบอกถึงการได้รับน้ำนมเพียงพอตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด เพื่อให้มีความมั่นใจในการให้นมแม่ รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดี๋ยวยอย่างต่อเนื่องนานกว่าหกเดือนตามนโยบายบันได 10 ขั้น สู่ความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดี๋ยวย ซึ่งเป็นการส่งเสริมการสร้างสุขภาวะที่ดีของทารกอันเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างเป็นประชากรที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- วชิระ เฟ็งจันทร์. (2560). *การขับเคลื่อนนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทย*. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างแกนนำวิทยากรระดับเขต พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ.2560. วันที่ 24 กรกฎาคม 2560.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ.2560-2564*. สืบค้น 10 มีนาคม 2563, จาก <https://th.city/zquAhluwalia>, I. B., Morrow, B., & Hsia, J. (2005). Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*, 116, 1408–1412
- Alikassifogglu, M., Erginoz, E., Gur, E. T., Baltas, Z., Beker, B., & Arvas, A. (2001). Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. *Journal of Human Lactation*, 17(3), 220–226.
- American Academy of Pediatrics [AAP]. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100, 1035-1039.
- Arora, S., McJunkin, C., & Wehrer, J. (2000). Kuhn P Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*, 106(5), E67.
- Barnard, K. (1994). *What the feeding scale measures*. In G. Sumner & A. Spietz (Eds.), NCAST caregiver/parent child interaction: Feeding manual (pp.100-127). Seattle, WA: NCAST publications, University of Washington, School of Nursing.
- Binns, C. W., & Scott, J. A. (2002). Breastfeeding: Reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Review*, 10, 13-19.
- Chan, S. M., Nelson, E. A., Leung, S. S., & Li, C. Y. (2000). Breastfeeding failure in a longitudinal postpartum maternal nutrition study in Hong Kong. *Journal of Pediatric & Child Health*, 36, 466–471.
- Cooke, M., Sheehan, A., & Schmied, V. (2003). A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *Journal of Human Lactation*, 19, 145–156.



- El-Houfey A., Saad, K., Abbas, A. M., & Rashad, S. (2017). Factors That Influence Exclusive Breastfeeding: A literature Review. *International Journal of Nursing Didactics*, 7(11), 24-31.
- Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*. 40(4), 355-363.
- Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1989). Insufficient milk supply. *Journal of Nursing Scholarship*, 21, 145–148.
- Hill, P. D., & Aldag, J. C. (2007). Predictors of term infant feeding at week 12 postpartum. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, 21, 250–255.
- Huang, Y., Lee, J., Huang, C., & Gau., M. (2009). Factors related to maternal perception of milk supply while in the hospital. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 17(3), 179–188.
- Lawrence, R. A. (1994). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (4th Ed.). St.Louis: Mosby.
- Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., & Wall, Y. G. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 166–172.
- McCarter-Spaulding, D. E., & Kearney, M. H. (2001). Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, 515–522.
- Much, D., Beyerlein, A., Roßbauer, M., Hummel, S., & Ziegler, A. G. (2014). *Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. Molecular metabolism*, 3(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.molmet.2014.01.002>
- Sharma, I. & Byrne, A. (2016). Early initiation of breastfeeding: A systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *International Breastfeed Journal*, 11, 17. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0076-7>
- Sultana, A., Rahman, K. U., & MS, M. S. (2013). Clinical update and treatment of lactation insufficiency. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 21(1), 19-28.
- UNICEF (2017). *Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes*, Retrived March 20, 2020, from <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>

WHO. (2000). Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000, 355, 451–5.

WHO. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)*. Geneva: World Health Organization.