



มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

## แบบติดตาม และประเมินผลการจัดมุนนมแม่ในสถานประกอบการ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานประกอบการ

**คำชี้แจง** 1. กรอกข้อมูลตามแบบประเมินครบตนเองให้ครบทุกช่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้า สถานประกอบการ  
นําร่อง ศูนย์สร้างเสริมคุณภาพชีวิตสตรีวัยทำงานและครอบครัว 16 แห่ง เพื่อรับรองมาตรฐาน  
“มุนนมแม่ในสถานประกอบการ” พ.ศ.2559

วันที่ให้ข้อมูล .....

1. ชื่อสถานประกอบการ .....

◆ ที่ตั้งเลขที่ .....ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล.....  
อำเภอ/เขต .....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร .....

◆ ประเภทกิจการ (โปรดระบุ) .....

( ) สำนักงานใหญ่ ( ) สำนักงานสาขา ( ) สำนักงานแห่งเดียว ไม่มีสาขา

◆ จำนวนพนักงาน ณ วันที่เขียนใบสมัคร(รวมลูกจ้างผู้รับเหมาช่วงงาน) ทั้งหมด..... คน

⊕ เพศชาย จำนวน..... คน เพศหญิง จำนวน..... คน

⊕ เพศหญิง (ช่วงวัยเจริญพันธุ์18-42 ปี) จำนวน..... คน

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์/ลาคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่(ข้อมูลตั้งแต่ ม.ค.57 - 31 ธ.ค.58 รวม 2 ปี)

◆ จำนวนพนักงานตั้งครรภ์ต่อปี จำนวน..... คน

◆ จำนวนพนักงานที่ตั้งครรภ์ ณ วันที่กรอกข้อมูล จำนวน..... คน

◆ จำนวนพนักงานที่ลาคลอดบุตร ณ วันที่กรอกข้อมูล จำนวน..... คน

3. จำนวนพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่(ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนถึง ณ วันที่กรอกข้อมูล)

◆ พนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน6 เดือน จำนวน..... คน

◆ พนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนควบคู่กับอาหารตามวัยโดยไม่ให้นมผสม  
จำนวน..... คน

◆ พนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับอาหารตามวัย 7 - 9 เดือน จำนวน..... คน

◆ พนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับอาหารตามวัย10 - 12 เดือน จำนวน..... คน

◆ พนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควบคู่กับอาหารตามวัยมากกว่า 12 เดือน จำนวน..... คน

3. เริ่มดำเนินการจัดตั้งมุนนมแม่เมื่อ..... รวมระยะเวลา..... ปี..... เดือน



## แบบติดตาม และประเมินผลการจัดมุนนมแม่ในสถานประกอบการ

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเอง

**คำชี้แจง** ใช้สำหรับตรวจประเมินตนเอง และตรวจสอบมาตรฐาน “มุนนมแม่ในสถานประกอบการ” พ.ศ. 2559

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  มี  ไม่มี ให้ชัดเจน และกรอกข้อมูลตามแบบประเมินตนเองให้ครบทุกช่อง เพื่อประโยชน์ในการติดตามประเมินผล

#### 1. นโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- 1.1 มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นลายลักษณ์อักษร  มี  ไม่มี
- 1.2 มีการประกาศนโยบายให้ทราบทั่วทั้งองค์กร  มี  ไม่มี
- 1.3 มีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อให้มีการดำเนินงานตามนโยบาย  มี  ไม่มี

#### 2. ลักษณะการจัดมุนนมแม่

- 2.1 เป็นห้องหรือมุม ที่สงบและมิดชิด  มี  ไม่มี
- 2.2 เป็นห้องหรือมุมที่สะอาด  มี  ไม่มี
- 2.3 มีเก้าอี้ที่นั่งที่สะดวก สบาย เหมาะกับการบีบเก็บน้ำ นม  มี  ไม่มี
- 2.4 มีอ่างล้างมือ สบู่ กระดาษเช็ดมือ ผ้าสะอาด ถังขยะ  มี  ไม่มี
- 2.5 มีตู้เย็นสำหรับแช่ นม ตู้แช่แข็ง  มี  ไม่มี
- 2.6 มีโต๊ะเล็กสำหรับวางของ  มี  ไม่มี
- 2.7 มีเครื่องนึ่ง / หม้อต้ม เพื่อทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้  มี  ไม่มี
- 2.8 ลักษณะของสถานที่ที่จัดมุนนมแม่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

อยู่ในห้องพยาบาล  เป็นห้องแยก  อื่นๆ (ระบุ) .....

#### 2.9 ระยะทางระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานกับมุนนมแม่

เดินทางสะดวก ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 5 นาที  ใช้เวลาเดินทางเกิน 5 นาที

อื่น ๆ (โปรดระบุ) .....

#### 2.10 มีสื่อความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แผ่นพับ  หนังสือคู่มือ  โปสเตอร์  VCD

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.11 การสร้างบรรยากาศ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย(รูป รส กลิ่น เสียง) อาทิ สื่อ เสียงเพลงบรรเลง  
รูปภาพลูก และภาพที่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกลืน(อโรมาเทอราพี)

มีอะไรบ้าง (โปรดระบุ).....

.....  
.....

### 3. การประชาสัมพันธ์การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3.1 มีการประชาสัมพันธ์ให้กับพนักงานทราบ  มี  ไม่มี

โดยวิธี  แผ่นพับ (โปรดระบุชื่อเรื่อง).....

โปสเตอร์ (โปรดระบุชื่อเรื่อง).....

VCD (โปรดระบุชื่อเรื่อง).....

จัดนิทรรศการ (โปรดระบุชื่อเรื่อง).....

กิจกรรมอื่นๆ (โปรดระบุ) .....

### 4. การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้แก่พนักงาน

4.1 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่  มี  ไม่มี

ถ้ามี อบรมโดย.....จำนวน.....ครั้ง/ปี

4.2 สื่อความรู้ในการประชาสัมพันธ์ให้พนักงานทราบ  แผ่นพับ  หนังสือคู่มือ

4.3 ชุดของขวัญสำหรับพนักงานที่คลอดบุตร  มี  ไม่มี

ภายในบรรจุ (โปรดระบุ).....

### 5. การเก็บสถิติพนักงานที่มาใช้บริการมูมนมแม่

5.1 จำนวนพนักงานที่มาใช้บริการมูมนมแม่ตั้งแต่เริ่มโครงการ-ปัจจุบัน ..... คน

5.2 จำนวนพนักงานที่มาใช้บริการมูมนมแม่ ณ ปัจจุบัน ( ว / ค /ป ..... ) จำนวน..... คน

5.3 วิธีการบีบเก็บน้ำนมตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

บีบด้วยมือ  ใช้เครื่องปั๊มด้วยมือ  ใช้เครื่องปั๊มนมไฟฟ้า

อื่นๆ (ระบุ) .....

6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดที่ทำให้การจัดมมนมแม่ในสถานประกอบการของท่านประสบความสำเร็จ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. ปัญหาหรืออุปสรรค

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. ข้อเสนอแนะ หรือสิ่งที่ต้องการให้ช่วยเหลือ

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง)

(ผู้ตอบแบบสอบถาม)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Email.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....