

ผลของการดูแลแบบแังกการูในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อปริมาณน้ำนมมารดา

Effect of Kangaroo Care in Preterm Infants on Breast Milk Volume

ทิพวัลย์ ดารามาต*¹ จริยา วิทยะสุกร¹ ชลinda คำศรีพล²

Tipawan Daramas*¹ Jariya Wittayasoon¹ Chalinda Khamrison²

¹โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย 10400

¹Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University, Thailand 10400

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จ. นครพนม ประเทศไทย 48000

²Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom, Thailand 48000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแังกการูกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความปวด 3) แบบประเมินความเครียด และ 4) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมทั้งหมดของมารดาที่ได้รับการดูแลแบบแังกการู เท่ากับ 4,544.20 มิลลิลิตร (S.D. = 1519.77) ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมทั้งหมดของมารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เท่ากับ 2,616.25 มิลลิลิตร (S.D. = 844.36) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมพบว่า ปริมาณน้ำนมของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแังกการูมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนด/การดูแลแบบแังกการู/ปริมาณน้ำนมมารดา

Abstract

The purpose of this quasi-experimental design research was to compare breast milk volume of the mothers of preterm infants received kangaroo care with those who received usual nursing care. The samples consisted of 32 mothers and premature infants. The samples were purposively selected and divided into control group and experimental group. Research tools were 1) general information questionnaire, 2) pain assessment, 3) self-stress assessment and 4) breast milk recording form. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test. The result of the study revealed that the average of breast milk volume of the mothers receiving kangaroo care was 4,544.20 (S.D. = 1519.77) while that of those receiving normal nursing care was 2,616.25 ml (S.D. = 844.36). When milk volume was compared, the average amount of breast milk of the mothers receiving kangaroo care was higher than that of the mothers receiving usual nursing care with statistical significance ($p < .001$).

Keywords: preterm infants / kangaroo care / breast milk volume.

Corresponding Author: *Email: tipawan.dar@mahidol.ac.th

วันที่รับ (received) 3 มิ.ย. 2562 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ก.ย. 2562 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 พ.ย. 2562

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญและมีอุบัติการณ์การเกิดสูง จากข้อมูลทั่วโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกมีถึงร้อยละ 9.6 พบมากที่สุดในทวีปแอฟริกา คิดเป็นร้อยละ 11.9 รองลงมาคือ ทวีปอเมริกาเหนือและทวีปเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 10.6 และ 9.1 ตามลำดับ¹ ในทวีปเอเชียพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม² สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 11.3 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือไม่เกินร้อยละ 7.5 ของการเกิดมีชีพ³ ทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านี้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จากความไม่สมบูรณ์ในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก อาจเกิดความรู้สึก และเสียชีวิตได้⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า ติดเชื้อง่าย พร่องการเรียนรู้ มีความผิดปกติด้านการได้ยินและการมองเห็น⁵ เป็นต้น

ทารกเกิดก่อนกำหนดหากได้รับนมแม่อย่างเพียงพอจะสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับทารกเกิดก่อนกำหนดได้ แต่ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ไม่สามารถดูดนมเองได้ จึงไม่มีการดูดกระตุ้นเต้านมของแม่ส่งผลให้น้ำนมแม่มีปริมาณลดลง จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับทารกเกิดครบกำหนด นอกจากนี้อัตราการได้รับนมแม่มายังลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ช่วง 22-27 สัปดาห์⁶ และยังพบว่ามารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดมีปริมาณน้ำมน้อย ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก โดยพบว่ามีปริมาณน้ำมน้อยที่สุด 20 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมากกับมารดาที่มีบุตรครบกำหนด โดยจะมีปริมาณน้ำมน้อยที่สุด 240 มิลลิลิตรต่อวัน⁷

ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณน้ำนมของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดได้แก่ การดูดของทารก การนวดเต้านม การนวดประคบอุ่นหรือสมุนไพร⁸ ความรู้สึกผ่อนคลาย ความมั่นใจในการให้นมบุตร การพักผ่อน การได้รับน้ำ อาหารอย่างเพียงพอหรือการได้รับอาหารหรือสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม⁹ ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณน้ำนมมากขึ้น ส่วนปัจจัยที่ทำให้ปริมาณน้ำนมของมารดาน้อยลง ได้แก่ ความเจ็บปวด ความเครียด ความวิตกกังวล การไม่ได้ดูแลบุตร พักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะโภชนาการต่ำ

แหล่งสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่มีน้อย¹⁰ เป็นต้น

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแนวทางการส่งเสริมให้มารดามีปริมาณน้ำนมมากขึ้น สามารถทำได้โดยการนวดประคบเต้านมด้วยสมุนไพร⁸ การรับประทานอาหารที่เพียงพอและครบถ้วน การดื่มน้ำและการพักผ่อนที่เพียงพอ การกระตุ้นด้วยการดูดจากทารก การนวดกระตุ้นเต้านม การใช้ยากระตุ้นน้ำนม¹¹ รวมถึงการส่งเสริมให้มารดาตีมนมผสม¹² ซึ่งแนวทางที่กล่าวมาอาจมีข้อจำกัด เช่น มีความยุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการหาแนวทางในการส่งเสริมให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นและเพียงพอต่อความต้องการของทารกจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาล เพื่อที่จะนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อทั้งมารดาและทารก

การดูแลแบบแกงการู (Kangaroo care) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ใช้ในการส่งเสริมปริมาณน้ำนมของมารดาสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการดูแลแบบแกงการูสามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ¹³ นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนวันนอน เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สูงขึ้น เพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร¹⁴ เสริมสร้างสัมพันธภาพความรักความผูกพันระหว่างบิดามารดากับทารก เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความเครียดลดลง¹⁵ และยังมีผลให้การร้องไห้ลดลง หลับได้ดีขึ้น ระยะเวลานอนหลับลึกเพิ่มขึ้น การตื่นลดลง การใช้พลังงานลดลงซึ่งมีผลทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายของทารกเพิ่มขึ้น¹⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาผลของแกงการูในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อปริมาณน้ำนมมารดามีเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ทำให้ยังไม่ทราบถึงความชัดเจนของ แนวทางการปฏิบัติ และระยะเวลาที่ใช้ในการทำแกงการูเพื่อเพิ่มปริมาณน้ำนมมารดา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลแบบแกงการูในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการเพิ่มปริมาณน้ำนมมารดา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลแบบแกงการูและช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนมมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมระหว่างมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูกับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมีปริมาณน้ำนมมากกว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการู มีปริมาณมากกว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโมเบิร์ก ซึ่งกล่าวถึงการหลั่งของฮอร์โมน Oxytocin ในมารดาหลังคลอดว่า เกิดจากการกระตุ้นด้วยการสัมผัสอย่างนุ่มนวล และการมี

สัมผัสสภาพที่ดีระหว่างมารดาทารกตั้งแต่แรกเกิด ทำให้มีการเพิ่มของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และฮอร์โมน Oxytocin การหลั่งฮอร์โมน Oxytocin นั้นเป็นแบบ Positive feedback กล่าวคือ ถ้ามีการกระตุ้นมากยิ่งขึ้นทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนมาก มารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดและทารกยังไม่สามารถดูดนมมารดาได้ทำให้มีปริมาณฮอร์โมนนี้ลดลง เนื่องจากไม่ถูกกระตุ้นด้วยการดูดของทารก ดังนั้นหากต้องการให้มีการหลั่งของฮอร์โมน Oxytocin เพิ่มขึ้น ต้องมีการกระตุ้นด้วยการสัมผัส อุ้มกอดทารกของมารดา¹⁶ การดูแลแบบแกงการูเป็นวิธีการหนึ่งตามแนวคิดทฤษฎีของโมเบิร์ก ที่ช่วยให้มารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดได้สัมผัสทารกด้วยความนุ่มนวล ทำให้เกิดความรักความผูกพันที่ดีระหว่างมารดาทารก จึงเกิดการกระตุ้นการหลั่งของ Endorphin และ Oxytocin เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มมากขึ้น

Kangaroo care

เป็นการให้มารดาอุ้มกอดสัมผัสทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างนุ่มนวล ซึ่งจะกระตุ้นให้ Hypothalamus เกิดการสร้าง Oxytocin hormone และ Endorphin แล้วส่งผ่าน Axons of the Hypothalamic-Hypophyseal tract ทำให้ Posterior Pituitary สร้างและหลั่ง Oxytocin hormone เข้าสู่ bloodstream และไปกระตุ้น Myoepithelial cell in alveoli

ปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2559/378 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์เมื่อแรกเกิดระหว่าง 28 – 36⁺6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์เมื่อแรกเกิดระหว่าง 28 – 36⁺6 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน

มกราคม พ.ศ. 2560 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาผลของการดูแลแบบแกงการูในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตต่อปริมาณน้ำนมมารดา¹³ โดยใช้โปรแกรมสตาตัสปาวเวอร์ (G*Power program) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.49 (Large effect size) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 32 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ คือ 1) มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์เมื่อแรกเกิดระหว่าง 28 – 36⁺6 สัปดาห์ 2) ทารกไม่สามารถดูดนมได้ 3) ทารกมีอาการคงที่สามารถให้การดูแลแบบแกงการูได้ ไม่มีภาวะช็อค ไม่มีเลือดออกในสมอง Grade III-IV ไม่มีสายหรือท่อระบายที่สะดือหรือทรวงอก ไม่มีแผลผ่าตัดที่หน้าอกหรือช่องท้อง 4) มารดาสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น 5) มารดาไม่ได้รับยากระตุ้นน้ำนม 6) มารดาไม่มีภาวะตกเลือด

หรือซีมีเศร้าหลังคลอด 7) มารดาไม่มีข้อจำกัดในการเลี้ยงบุตรด้วยนม เช่น ติดเชื้อ HIV ได้รับยาเคมีบำบัด หรือได้รับยาอื่นๆ ที่มีผลต่อการให้นมบุตร 8) มารดาสามารถอยู่ดูแลบุตรได้ตลอดช่วงเวลาการดำเนินการวิจัย 9) มารดาสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ทารกมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำวิจัย เช่น มีอาการเขียวหยุดหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน < 80% อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส และไม่สามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้ 2) ไม่สามารถทำแก๊งการุได้จนสิ้นสุดการวิจัย 3) ทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดการวิจัย 4) มารดาได้รับยากระตุ้นการหลั่งน้ำนมระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบการปฏิบัติแก๊งการุ (Kangaroo care) ใช้ในการปฏิบัติดูแลแบบแก๊งการุกับกลุ่มตัวอย่าง¹⁷ 2) คู่มือการปฏิบัติตัวของมารดา ใช้สำหรับแนะนำการปฏิบัติตัวของมารดา 3) เครื่องปั๊มไฟฟ้า ใช้สำหรับปั๊มนมมารดา เป็นแบบปั๊มคู มีแรงดูดต่ำ (100 mmHg) เลียนแบบการดูดตามธรรมชาติของทารก Calibrate ก่อนนำมาใช้ 4) นาฬิกา ใช้จับเวลาในการปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการุและการปั๊มนมของมารดา เทียบเวลามาตรฐานจากกรมอุทกศาสตร์ กองทัพเรือทุกวันก่อนการใช้งาน 5) Syringe ชนิด Disposable syringe ใช้สำหรับวัดปริมาณน้ำนมที่ได้จากการปั๊มนม 6) เสื้อผ้า ประกอบด้วย เสื้อสำหรับมารดา เป็นลักษณะผ่าเปิดด้านหน้า และผ้าผูกทารกลักษณะรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาด 50 X 250 เซนติเมตร ผ้ามีความอ่อนนุ่มยืดหยุ่น และมีความหนาพอควร ใช้ในการพุงจัดทำทารก และช่วยป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย 7) แก้วเป็นแก้วที่มีผนังบาง มีที่วางแขน มารดาสามารถนั่งและอุ้มบุตรในการปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการุได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ วิธีการคลอด ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ความมั่นใจในการดูแลบุตร ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยปัจจุบัน และความปวด 2) แบบบันทึกการปฏิบัติแก๊งการุ

และปริมาณน้ำนม ใช้ในการบันทึกวัน เวลา ระยะเวลาในการปฏิบัติแก๊งการุ เวลาที่ปั๊มนม และปริมาณน้ำนมที่ปั๊ม 3) แบบประเมินความปวด (Numeric Rating Scale: NRS)¹⁸ เพื่อประเมินความปวดของมารดาหลังคลอด มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย คะแนน 1-3 หมายถึง มีอาการปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง คะแนน 7-9 หมายถึง มีอาการปวดมาก และคะแนน 10 หมายถึง มีอาการปวดมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92 4) แบบประเมินความเครียด ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มารดาหลังคลอดประเมินความเครียดด้วยตนเอง มีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย จนถึงเป็นประจำ มีคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผลมี 5 ระดับ คือ คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 6-17 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ คะแนน 18-25 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย คะแนน 26-29 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง คะแนน 30-60 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.94 5) แบบบันทึกอาการทารก ได้แก่ สัญญาณชีพของทารก ความอิ่มตัวของออกซิเจน และอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติการดูแลแบบแก๊งการุ 6) แบบบันทึกการดื่มน้ำ การพักผ่อน และการรับประทานอาหาร ใช้บันทึกปริมาณน้ำดื่ม จำนวนชั่วโมงการนอน และชนิดของอาหารที่มารดาได้รับประทานในแต่ละวัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลและสถานที่เก็บข้อมูล จึงทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล และหอผู้ป่วย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า โดยสุ่มให้ 16 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและเก็บข้อมูลให้เสร็จสิ้นก่อนจากนั้นจึงจัดให้ 16 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในงานวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดต่างๆ ในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นยินยอมในหนังสือยินยอม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง วันที่ 1 ของการวิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ประเมินความเครียดและความปวด จากนั้นสอนวิธีการดูแลแบบแกงการูให้แก่มารดา และให้มารดาปั๊มและบีบเก็บน้ำนมตามเวลาทุก 3 ชั่วโมง ระหว่าง 06.00 น. - 21.00 น. โดยใช้เครื่องปั๊มที่จัดเตรียมไว้ ปั๊ม 15 นาทีและบีบด้วยมือจนไม่มีหยดน้ำนม วัดและบันทึกปริมาณน้ำนมทุกครั้งโดยผู้วิจัย วันที่ 2-8 ให้มารดาปฏิบัติตามการดูแลแบบแกงการูกับบุตร อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที และบีบเก็บน้ำนมตามช่วงเวลาเหมือนวันที่ 1 ของการวิจัย

กลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติทุกอย่างเหมือนกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นการเรียนการดูแลแบบแกงการู วันที่ 2-8 ได้รับการพยาบาลตามปกติ และปั๊มและบีบเก็บน้ำนมตามเวลาทุก 3 ชั่วโมง ระหว่าง 06.00 น. - 21.00 น. โดยใช้เครื่องปั๊มที่จัดเตรียมไว้ ปั๊ม 15 นาทีและบีบด้วยมือจนไม่มีหยดน้ำนม วัดและบันทึกปริมาณน้ำนมทุกครั้งโดยผู้วิจัย เมื่อครบ 8 วัน จึงได้รับการสอนการดูแลแบบแกงการู

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะพื้นฐาน ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test, Analysis of covariance (ANCOVA) และ Chi-square

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 16)			กลุ่มทดลอง (n = 16)			t	p
	Min-Max	Mean	S.D.	Min-Max	Mean	S.D.		
อายุมารดา (ปี)	14-40	26.38	7.58	16-41	26.81	8.81	-.159	.875
รายได้ (บาท/เดือน)	4,000-40,000	13,375.00	8,578.07	6,000-38,000	15,750.00	9,560.33	-.740	.465
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	28-36	31.88	2.60	28-36	31.56	2.25	.363	.719
ความปวด (คะแนน)	0-8	2.56	2.65	0-10	5.00	2.75	-.546	.016*
ความเครียด (คะแนน)	2-20	7.50	4.65	0-36	11.00	11.10	-.163	.254
ปริมาณน้ำดื่ม (มิลลิลิตร/วัน)	800-5,000	2,256.30	1,356.45	500-5,000	2,193.80	1,298.96	.133	.895
การนอน (ชั่วโมง/วัน)	1-11.	7.38	2.25	6-15	9.00	2.73	-.837	.076
ปริมาณน้ำนม (baseline) (มิลลิลิตร/วัน)	2. -481	182.71	161.35	6.30-478.00	105.92	123.38	1.512	.141
อายุทารก (วัน)	1-29	9.06	9.16	1-11	3.19	2.81	2.452	.001*

* p < .05

3. เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมเฉลี่ยต่อวันและค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมทั้งหมดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.59 ปี (S.D. = 7.68) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีอาชีพเป็นแม่บ้านและเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ รายได้กลุ่มควบคุมเฉลี่ยเท่ากับ 13,375 บาท (S.D. = 8,578.07) กลุ่มทดลองเฉลี่ย เท่ากับ 15,750 บาท (S.D. = 9,560.33) ทั้งสองกลุ่มมีความเพียงพอของรายได้ การตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 59.40 โดยอายุครรภ์ส่วนใหญ่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 56.25 ส่วนกลุ่มทดลองผ่าตัดคลอดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 56.25 ทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรคิดเป็นร้อยละ 81.30 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลองตามลำดับ ส่วนข้อมูลอายุ รายได้ อายุครรภ์ ความปวด ความเครียด ปริมาณน้ำดื่ม การนอน ปริมาณน้ำนมพื้นฐาน อายุวันของทารกได้นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติที ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 พบว่าความปวดและอายุทารกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้สถิติ ANCOVA พบว่าอิทธิพลของตัวแปรความปวด และอายุทารก มีค่า $F_{1,29} = .325$ และ $.139$ ตามลำดับ ($p = .573$ และ $.712$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าความปวดและอายุทารกไม่มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมารดาของทั้งสองกลุ่ม โดยควบคุมตัวแปรความปวดและอายุทารกพบว่า มีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมารดาในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่า $F_{1,29} = 19.146$ และ 15.211 ตามลำดับ ($p = .000$ และ $.001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมมารดาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อควบคุมตัวแปรความปวดโดยใช้สถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	P
กลุ่ม	29601503.600	1	29601503.600	19.146	.000*
ความปวด (คะแนน)	502137.566	1	502137.566	.325	.573
ความคลาดเคลื่อน	44837856.270	29	1546132.975		
รวม	75075923.460	31			

* $p < .05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมมารดาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อควบคุมตัวแปรอายุทารกโดยใช้สถิติ Analysis of covariance (ANCOVA)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
กลุ่ม	23668733.590	1	23668733.590	15.211	.001*
อายุทารก (วัน)	216447.352	1	216447.352	.139	.712
ความคลาดเคลื่อน	45123546.490	29	1555984.362		
รวม	75075923.460	31			

* $p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมารดาเฉลี่ยต่อวันและปริมาณน้ำนมเฉลี่ยทั้งหมดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 16)			กลุ่มทดลอง (n = 16)			t	p
	Min-Max	Mean	S.D.	Min-Max	Mean	S.D.		
ปริมาณน้ำนม	907.00-4,289.00	2,616.25	844.36	3,159.00-9,168.00	4,544.20	1,519.77	-4.436	.000*

* $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมารดาโดยรวมกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2,616.25 มิลลิลิตร ($S.D. = 844.36$) ส่วนปริมาณน้ำนมของมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4,544.20 มิลลิลิตร ($S.D. = 1519.77$)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 26.59 ปี ($S.D. = 7.68$) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะเลี้ยงดูบุตรได้เป็นอย่างดี และทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ แสดงถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามี ปู่ย่า ตา ยาย ในการช่วยเหลือสนับสนุนในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้มารดามีความมั่นใจและลดความวิตกกังวลอันจะส่งผลต่อปริมาณน้ำนมได้ อีกทั้งระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ มีความเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ส่งผลต่อพฤติกรรมและการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ด้านการประกอบอาชีพกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นแม่บ้านและเกษตรกร มีรายได้ครอบครัวและมีความเพียงพอของรายได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาทางสถานะเศรษฐกิจที่ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด และยังทำให้มารดาสามารถเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อส่งเสริมให้มีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น และยังมีโอกาสสูงที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากกว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำและมีรายได้ไม่เพียงพอ¹⁹

การตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ส่วนมากอยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ จัดอยู่ในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดประเภท Very preterm ทำให้ปริมาณน้ำนมมารดาน้อยลงจากอายุครรภ์ที่น้อย กระบวนการสร้างน้ำนมไม่สมบูรณ์ รวมถึงทารกยังไม่สามารถดูดนมได้เอง²⁰ อีกทั้งมารดาก็มีความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตรทำให้ปริมาณน้ำนมมารดาลดลงได้¹⁷ แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีการคลอดโดยการผ่าตัด และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดที่มากกว่าเมื่อได้รับการดูแลแบบแกงการูทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผ่อนคลายลงได้¹⁶ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์หลัง จึงทำให้มีประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร และมีความมั่นใจในการดูแลบุตร รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถและมีสมรรถนะ

ในการดูแลบุตร²⁰ จึงมีผลที่ดีกับปริมาณน้ำนมมารดา

มารดาโดยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพปกติ ไม่มีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย มีไข้ แต่กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีผลต่อการสร้างน้ำนม (Lactogenesis) อาจทำให้การสร้างน้ำนมลดลง¹¹ และเมื่อวิเคราะห์และควบคุมตัวแปรทั้งความปวดด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าปริมาณน้ำนมของกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองมีผลมาจากการดูแลแบบแกงการู กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปกติ และปริมาณการดื่มน้ำที่เพียงพอ มารดาหลังคลอดโดยทั่วไปควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000-5,000 มิลลิลิตร เพื่อส่งเสริมให้มีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนต่อวันของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 6-12 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าเป็นการพักผ่อนที่เพียงพอ การนอนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ทำให้การหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย เกิดการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซินเพิ่มขึ้น มีผลต่อทั้งการสร้างและการหลั่งของน้ำนม ทำให้ปริมาณน้ำนมมารดาเพิ่มขึ้น^{11,21} ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อายุ อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ความมั่นใจในการเลี้ยงบุตร และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ภาวะสุขภาพทั่วไป ความเครียด ปริมาณการดื่มน้ำต่อวัน จำนวนชั่วโมงการนอนต่อวัน ปริมาณน้ำนมพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านความปวดและอายุทารกของทั้งสองกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน พบว่าอิทธิพลของความปวดและอายุทารกไม่มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนม

การอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมมากกว่ามารดาทารกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยพบว่าปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการู เท่ากับ 4,544.20 มิลลิลิตร ($S.D. = 1519.77$) สูงกว่าปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบแกงการู เท่ากับ 2,616.25 มิลลิลิตร ($S.D. = 844.36$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบแกงการูในทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มปริมาณน้ำนมได้ โดยการดูแลแบบแกงการู ทำให้มีการเพิ่มสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin ในร่างกายของมารดา อีกทั้งลดภาวะเครียด และความวิตกกังวล^{17,21} เกิดการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน Cortisol

และ Catecholamine เมื่อมารดาได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลทารกแบบแคงการูกับบุตรอย่างสม่ำเสมอ วันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 20 นาที เป็นเวลา 7 วัน ทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมน Oxytocin อย่างสม่ำเสมอและเพิ่มมากขึ้น กระตุ้นเซลล์ Myoepithelial cell ให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆ Alveoli น้ำนมไหลเข้าไปสู่ท่อน้ำนมและหลั่งออกมาได้ดีขึ้น จึงเป็นผลให้ปริมาณน้ำนมของมารดาเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำการดูแลแบบแคงการูไปใช้เพื่อกระตุ้นให้มารดามีปริมาณน้ำนมที่เพียงพอ ทั้งในกลุ่มที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดและครบกำหนด

2. ควรมีการประยุกต์การดูแลแบบแคงการูไปใช้ในการเพิ่มปริมาณน้ำนมมารดาในกลุ่มที่มีปริมาณน้ำนมน้อย ไม่เพียงพอ หรือการกีดกันแม่กลับคืน ร่วมกับวิธีการอื่น เพื่อให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำวิธีการดูแลแบบแคงการูไปใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ ในการส่งเสริมให้มารดามีปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้น เช่น การนวดประคบเต้านม การทำ Nipple stimulation เป็นต้น เพื่อให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องที่เกิดจากผลของการดูแลแบบแคงการูร่วมด้วย เช่น อุณหภูมิกายทารก ระยะเวลาการหลับตื่น การเจริญเติบโต พัฒนาการ สายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ระยะเวลาในการให้นมบุตร เป็นต้น เพื่อประเมินผลของการดูแลแบบแคงการูที่มีต่อทั้งมารดา และทารกต่อไป

References

- World Health Organization. Born too soon: The global action report on preterm birth. World Health Organization, Geneva. 2012.
- Chandradey A, Mannan A, Saha L, Hossain I, & Shahidullah M. Magnitude of problems of prematurity nation and global perspective: A review. Bangladesh Journal Child Health. 2012; 36: 146-152.
- National Statistical Office Ministry of information and communication technology. Key Statistic of Thailand 2012. Bangkok. Thailand; 2012.
- McCabe ERB, Carrino GE, Russell RB, & Howse JL. Fighting for the next generation: US prematurity in 2030. American Academy of Pediatrics. 2014; 134: 1193-1199.
- Kumar C, Sharma D, & Pandita A. Late preterm and early term neonates: A new group of high risk newborn in neonatology with varied complications. Journal of neonatal biology. 2014; 3: 108-112.
- Ericson J, Flacking R, Hellström-Westas L, & Eriksson M. Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 year. BMJ Open 2016; 6: 1-9.
- Sharon P, Melinda B, & Donna G. Breastfeeding the preterm infant. In S. Patole (Ed), Nutrition for the preterm neonate. Australia, WA: Springer science and business media Dordrecht; 2013.
- Trainapakul C, et al. Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. Journal of Nursing and Education. 2010; 3: 75-91. (in Thai)
- Yimyam S. Galactagogue Herbs. Nursing Journal. 2018; 45(1): 133-145. (in Thai)
- Boonchalerm P, Prasopkittikun T, Sangperm P. Effects of the Mother-preterm Infant Preparation Program on Breastfeeding Self-efficacy and Sucking Quality. J Nurs Sci. 2012; 30: 61-71. (in Thai)
- Puapornpong P, Aimjirakul K, Relactation. Chomtho S, Dumrongwongsiri O. Clinical practice of breastfeeding. Bangkok: Beyond enterprise; 2016. (in Thai)

12. Chaibhas P, Rotjananirunkit N, Boonprasert C. The effect of whole milk supplement on breast milk volume in 48 hour postpartum mothers in Ramathibodi Hospital. *Ramathibodi Nursing Journal*, 2009; 15: 25-35. (in Thai)
13. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, Burn P. & Ferlic L. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*, 1997; 17(3): 213-217.
14. Almeida DH, Venancio IS, Sanches MTC, & Onuki D. The impact of kangaroo care on exclusive breast feeding in low birth weight newborns. *Jornal de Pediatria*, 2010; 86: 250-254.
15. Sangsawang R, Punthmatharith B, Prateepchaikul L. Effect of Kangaroo care on father-premature infant bonding. *Thai journal of Nursing Council*. 2010; 25: 100-110. (in Thai)
16. Moberg MU. & Petersson. Oxytocin, a medication of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. 2003.
17. Ludington-Hoe SM. Kangaroo care as a neonatal therapy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 2013; 13: 73-75.
18. MaCaferry M. & Pasero C. Assment underlying clomplexities, misconception and practical tool. (35-92). Missouri: Mosby. 1999.
19. Wongphinit U, Sinsuksai N, Yusamran C. Personal Factors, Social Support and Effective Suckling at Discharge in Predicting Exclusive Breastfeeding at one Month Among First-Time Mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 2016; 17: 88-95. (in Thai)
20. Sanbunsong P, Maliwan W. Quality breastfeeding: Factors influencing breastfeeding and the role of the midwife. *Pathumthani University Academic Journal*. 2016; 8: 235-47. (in Thai)
21. Phahawattakon W. Breastfeeding guideline in the postpartum period. *Preechapanich*; Bangkok 155-169. 2011. (in Thai)