



ผลของการให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกที่แยกกับแม่หลังคลอด

เกษมสิทธิ์ แก้วเกียรติคุณ พ.บ. วว. สุนิธิเวช^{1*}

ประกิจ ไผทศิริพัฒน์ พ.บ.¹

¹ ภาควิชาสูติศาสตร์รีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: kasem38@hotmail.com

Vajira Med J. 2018; 62(4): 315-26

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.33>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการดูนมของลูกในลูกที่แยกกับแม่หลังคลอด 6-24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่โดยตรงกับกลุ่มที่ไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ ในวันที่ออกจากโรงพยาบาล 1 และ 3 เดือนหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในแม่และลูกที่คลอดปกติทางช่องคลอด และถูกแยกจากกันหลังคลอด 6-24 ชั่วโมง จำนวน 64 คู่ ถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีการสัมผัสผิวหนังแม่ (skin-to-skin contact; SSC) จำนวน 32 คู่ และอีกกลุ่มเป็นการดูแลแบบปกติ (conventional care; CC) จำนวน 32 คู่ ผลลัพธ์หลักคือความสำเร็จในการดูนมครั้งแรกของลูก และในระยะเวลาที่ห่างออกไปจากครั้งแรก 6-12 ชั่วโมง โดยใช้ Infant Breast-Feeding Assessment Tool (IBFAT) ในการประเมินผลลัพธ์รองคือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในวันที่ออกจากโรงพยาบาล ที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังคลอด

ผลการวิจัย: ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ คะแนน IBFAT ครั้งแรกและครั้งที่สองของกลุ่มที่มีการสัมผัสผิวหนังแม่สูงกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.47 ± 1.41 vs. 8.00 ± 1.42 และ 11.94 ± 0.25 vs. 10.53 ± 1.11 , $p < 0.001$ ตามลำดับ) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในวันที่ออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มที่มีการสัมผัสผิวหนังแม่สูงกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 96.9 ในกลุ่มที่สัมผัสผิวหนังแม่ และร้อยละ 65.6 ในกลุ่มที่ดูแลแบบปกติ, $p < 0.001$) แต่ผลของที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังคลอดไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สรุป: ลูกที่แยกกับแม่หลังคลอดที่ลูกมีการสัมผัสผิวหนังแม่ ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการดูนมของลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล



Effects of Mother-Infant Skin to Skin Contact on Successful Breastfeeding in Postpartum Mother-Infant Separation: A Randomized Controlled Trial

Kasemsis Kaewkiattikun M.D., Dip. Thai Board of Obstet & Gynecol., MBA., MPA., DM.^{1*}

Prakit Phathaisiriphat M.D.¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address: kasem38@hotmail.com

Vajira Med J. 2018; 62(4): 315-26

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2018.33>

Abstract

Objective: To compare successful infant sucking between skin-to-skin contact and non-skin-to-skin contact in postpartum mother-infant separations of 6-24 hours.

Methods: A randomized-controlled trial in 64 mother-infant dyads with normal vaginal delivery and separation of 6-24 hours. Samples were randomized and equally allocated to skin-to-skin contact (SSC) and conventional care (CC). The primary outcome was successful infant sucking rate at the first breastfeed and the second assessment at 6-12 hours later using the Infant Breast-Feeding Assessment Tool (IBFAT). The secondary outcomes were exclusive breastfeeding rate at discharge day, one month and three months postpartum.

Results: Baseline characteristics were similar between groups. The mean IBFAT scores at the first and second breastfeed in the SSC group were significantly higher than the CC group (10.47 ± 1.41 vs. 8.00 ± 1.42 and 11.94 ± 0.25 vs. 10.53 ± 1.11 , $p < 0.001$ respectively). The exclusive breastfeeding rate at discharge was significantly higher in the SSC group (96.9% in SSC group and 65.6% in CC group, $p < 0.001$), but not significantly different at one and three months postpartum.

Conclusions: postpartum mother-infant separation with SSC significantly enhanced successful infant sucking and the rate of exclusive breastfeeding at discharge.

Keywords: Postpartum mother-infant separation, skin-to-skin contact, breast feeding, IBFAT

บทนำ

นมแม่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกทั้งในด้านร่างกาย สมอ อารมณ์และจิตใจของเด็กใน 2 ขวบปีแรก นอกเหนือจากปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและการเลี้ยงดูเอาใจใส่ นมแม่ประกอบด้วยสารอาหาร วิตามินและภูมิคุ้มกันที่จำเป็นต่อลูก นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ขณะลูกดูดนมแม่ ร่างกายแม่จะมีระดับฮอร์โมน oxytocin สูงขึ้น กระตุ้นรีเฟล็กซ์ให้น้ำนมไหล สภาพอารมณ์ของแม่เกิดความสงบเยือกเย็น เกิดความรักความผูกพันต่อลูก¹

จากความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนสหประชาชาติ (UNICEF) จึงได้กำหนดบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ten Steps to Successful Breastfeeding) เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนแล้วว่าบันได 10 ขั้นมีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่² โดยขั้นตอนสำคัญขั้นตอนหนึ่งที่ต้องการอนามัยโลกได้แนะนำไว้คือ การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่และดูดนมแม่ภายใน 30 นาทีหลังคลอด (early skin-to-skin contact and suckling) เนื่องจากมีผลต่อการไหลของนมแม่และประสิทธิภาพการดูดนมของลูก ซึ่งต่อมามีรายงานการศึกษาพบว่า การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายใน 30 นาทีหลังคลอดส่งผลให้ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก (exclusive breastfeeding) ภายหลังคลอดมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่หรือถูกห่อตัวขณะดูดนมแม่³⁻⁵

การสัมผัสผิวหนังระหว่างแม่กับลูกหลังคลอด หรือการดูแลแบบจึงใจ มีรายงานโดย Anderson GC. และคณะ ในปี พ.ศ.2523 ซึ่งเป็นการศึกษาในทารกที่คลอดก่อนกำหนดพบว่าช่วยลดการเสียชีวิตของทารกที่คลอดก่อนกำหนดได้⁶ รายงานในระยะต่อมายังพบว่า การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ยังส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกคงที่สม่ำเสมอมากขึ้น ประสิทธิภาพการหายใจของทารกดีขึ้น การหยุดหายใจชั่วคราของทารกลดลง เพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดของทารก ช่วยลดภาวะตึงเครียดหรือร้องไห้ การนอนหลับดีขึ้น

น้ำหนักตัวทารกเพิ่มขึ้น การพัฒนาของสมองดียิ่งขึ้น การตื่นตัวของทารกดีขึ้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น และการออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น⁷⁻¹⁰

นอกจากนั้น ยังมีรายงานการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่เร็วมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพในการดูดนมของลูก โดยประเมินจากคะแนน IBFAT (Infant Breastfeeding assessment tool) พบว่า กลุ่มที่สัมผัสผิวหนังแม่มีคะแนน IBFAT เฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹⁻¹⁶ การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่เร็วยังส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวก่อนกลับบ้านและที่ระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดเพิ่มขึ้น^{13,14,16-19}

จะเห็นว่า งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่สนับสนุนการให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่เร็ว (Early Skin-to-Skin Contact) มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งประสิทธิภาพในการดูดนมของลูกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก ภายหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ในบางสถานการณ์ที่แม่ไม่สามารถให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่หลังคลอดทันที เช่น ในกรณีที่แม่มีความเหนื่อยอ่อนจากการคลอดบุตรที่ใช้เวลานาน แม่ตกเลือดหลังคลอด แม่ไม่สามารถดูแลบุตรได้เอง แม่ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม opioids ที่ต้องสังเกตอาการของแม่และลูกอย่างใกล้ชิด ลูกที่มีการถ่ายอุจจาระในครรภ์และสงสัยว่าลูกสำลักน้ำคร่ำ เป็นต้น หากพบว่ามีสาเหตุเหล่านี้ ก็มีความจำเป็นที่แม่และลูกต้องแยกกันเพื่อให้การดูแลแม่หรือลูกอย่างใกล้ชิด จนแน่ใจว่าปลอดภัยทั้งแม่และลูก จึงจะนำลูกกลับมาส่งให้กับแม่ การให้นมแม่ครั้งแรกในเวชปฏิบัติทั่วไป มักจะให้ลูกดูดนมแม่โดยห่อตัวลูกให้แม่อุ้มดูดนม ไม่ได้ให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ขณะดูดนม จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่า ในกรณีลูกต้องแยกกับแม่และไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ตั้งแต่แรกเกิด หากให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ในระยะหลังจาก 30 นาทีไปแล้ว (late skin-to-skin contact) จะมีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับการให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่เร็วหรือไม่ ซึ่งในปัจจุบันนี้ ยังไม่มีรายงานการศึกษาในประเด็นนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของการให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกที่แยกกับแม่หลังคลอด

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสำเร็จในการดูนมของลูกในแม่และลูกที่มีการแยกจากกันหลังคลอด 6 – 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่กับกลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ และวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในวันที่ออกจากโรงพยาบาล และที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังคลอด ในแม่และลูกที่มีการแยกจากกันหลังคลอด ระหว่างกลุ่มที่ให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่กับกลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

Randomized controlled trial

สถานที่ทำการวิจัย

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กลุ่มตัวอย่างและการแบ่งกลุ่ม

แม่หลังคลอดบุตรปกติทางช่องคลอด ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยแม่และลูกถูกแยกจากกัน 6 – 24 ชั่วโมงหลังคลอด และลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ตั้งแต่แรกคลอด

เกณฑ์การคัดเข้า

1. แม่อายุมากกว่า 18 ปี ตั้งครรภ์แรก ครรภ์เดียว
2. อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์
3. แม่ได้รับการอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แล้ว
4. ลูกได้ดูนมแม่ครั้งแรกและครั้งที่ 2 ในเวลาราชการ

เกณฑ์การคัดออก

1. แม่มีโรคประจำตัว เช่น การติดเชื้อ HIV, วัณโรค, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตร
2. แม่ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาปฏิชีวนะ เคมีบำบัด ยาเสพติด

3. แม่มีการติดเชื้อบริเวณเต้านม ลักษณะหัวนมของแม่มดปกติ เช่น หัวนมบอด

4. ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,000 หรือมากกว่า 4,000 กรัม

5. ทารกได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพหลังคลอด หรือมีการบาดเจ็บจากการคลอด

6. ทารกป่วย ได้แก่ ติดเชื้อในกระแสเลือด โรคทางระบบหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบประสาท โรคในระบบทางเดินอาหาร หรือโรคในระบบทางเดินปัสสาวะ ตัวเหลือง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อุณหภูมิแรกคลอดต่ำ พิการแต่กำเนิด เช่น imperforated anus, cleft lip cleft palate

กลุ่มตัวอย่างจะถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ (skin-to-skin contact; SSC) ลูกจะได้สัมผัสผิวหนังแม่ทุกครั้งที่แม่ให้ลูกดูนมแม่ และกลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ (conventional care; CC) ลูกจะได้รับการดูแลแบบปกติโดยการห่อตัวลูกทุกครั้งที่ไม่ให้ลูกดูนมแม่ การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใส่ในซองที่ถูกปิดผนึก และจะถูกเปิดในช่วงหลังคลอดที่แม่และลูกได้กลับมาพบกันอีกครั้ง โดยผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลทารกแรกเกิด) ซึ่งเข้าใจขั้นตอนการวิจัยและวิธีการประเมิน IBFAT score จะเป็นผู้ดำเนินการและเก็บข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยเป็นคนเดียวกันตลอดการวิจัย จึงไม่มีอคติในการประเมิน IBFAT ระหว่างบุคคล (inter-personal bias) ผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการสุ่มคะแนน IBFAT และกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่มีการแทรกแซงหรือการดูแลเฉพาะใด ๆ ที่ให้กับแม่หรือลูกระหว่างการประเมินครั้งที่หนึ่งและครั้งที่สอง อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ไม่สามารถปกปิด (blinding) ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยว่าอยู่ในกลุ่มใด เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทราบว่ามีการสัมผัสผิวหนังหรือไม่สัมผัสผิวหนัง แต่ผู้วิจัยจะไม่ทราบกลุ่มการสุ่มของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทดลอง กระบวนการประเมิน IBFAT และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มใดเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

ลูกต้องแยกจากแม่อีกครั้งด้วยเหตุผลใด ๆ หรือแม่ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยต่อไป

ขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ Moore ER. และ Anderson GC. พบว่า IBFAT ในกลุ่มที่ลูกสัมผัสแม่ได้คะแนนเฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยของ IBFAT ของสองกลุ่ม คือ 8.7 ± 2.11 และ 6.3 ± 2.58 คะแนนตามลำดับ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Hypothesis testing for two population means

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อ n คือขนาดตัวอย่าง

$\mu_1 - \mu_2$ คือความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากรทั้งสองกลุ่ม ($8.7 - 6.3$)

$\sigma_1^2 + \sigma_2^2$ คือผลรวมของค่าความแปรปรวนของประชากรทั้งสองกลุ่ม ($2.11^2 + 2.58^2$)

$Z_{\alpha/2}$ เป็นค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับ α หรือค่าความผิดพลาดชนิด type I error (α) 0.05 หรือระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

Z_{β} เป็นค่าความผิดพลาดชนิด type II error (β) 0.05 หรืออำนาจในการทดสอบ 95% = 1.645

คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง = 25.06 ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 สำหรับกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการติดต่อ จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 ตัวอย่าง

นิยามตัวแปร

1. **ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** หมายถึง ลูกมีความสามารถในการดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินจากคะแนน IBFAT ครั้งแรกที่ลูกดูดนมแม่ และครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 6 – 12 ชั่วโมง และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding) ในวันที่ยออกจากโรงพยาบาล ที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังคลอด

2. **การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding)** หมายถึง แม่ที่ให้นมลูกโดยให้ลูกดูดนมแม่อย่างเดียว ไม่มีการใช้นมผสมเพิ่มเติม

3. **IBFAT (Infant Breastfeeding assessment tool)** หมายถึง เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูดนมของลูกถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Matthews M.K.²⁰ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1. Readiness to feed (ความพร้อมในการรับนม) 2. rooting (การเข้าหาปากกว้าง) 3. Fixing (การอมคาบหัวนมและลานนม) และ 4. Suckling (รูปแบบการดูดนม) โดยแต่ละองค์ประกอบมีคะแนน 0 ถึง 3 คะแนน คะแนนรวมจึงตั้งแต่ 0 ถึง 12 คะแนน

คะแนนการประเมินเท่ากับ 10-12 แสดงว่า การดูดนมของลูกมีประสิทธิภาพดี

คะแนนการประเมินเท่ากับ 7-9 แสดงว่า การดูดนมของลูกมีประสิทธิภาพปานกลาง

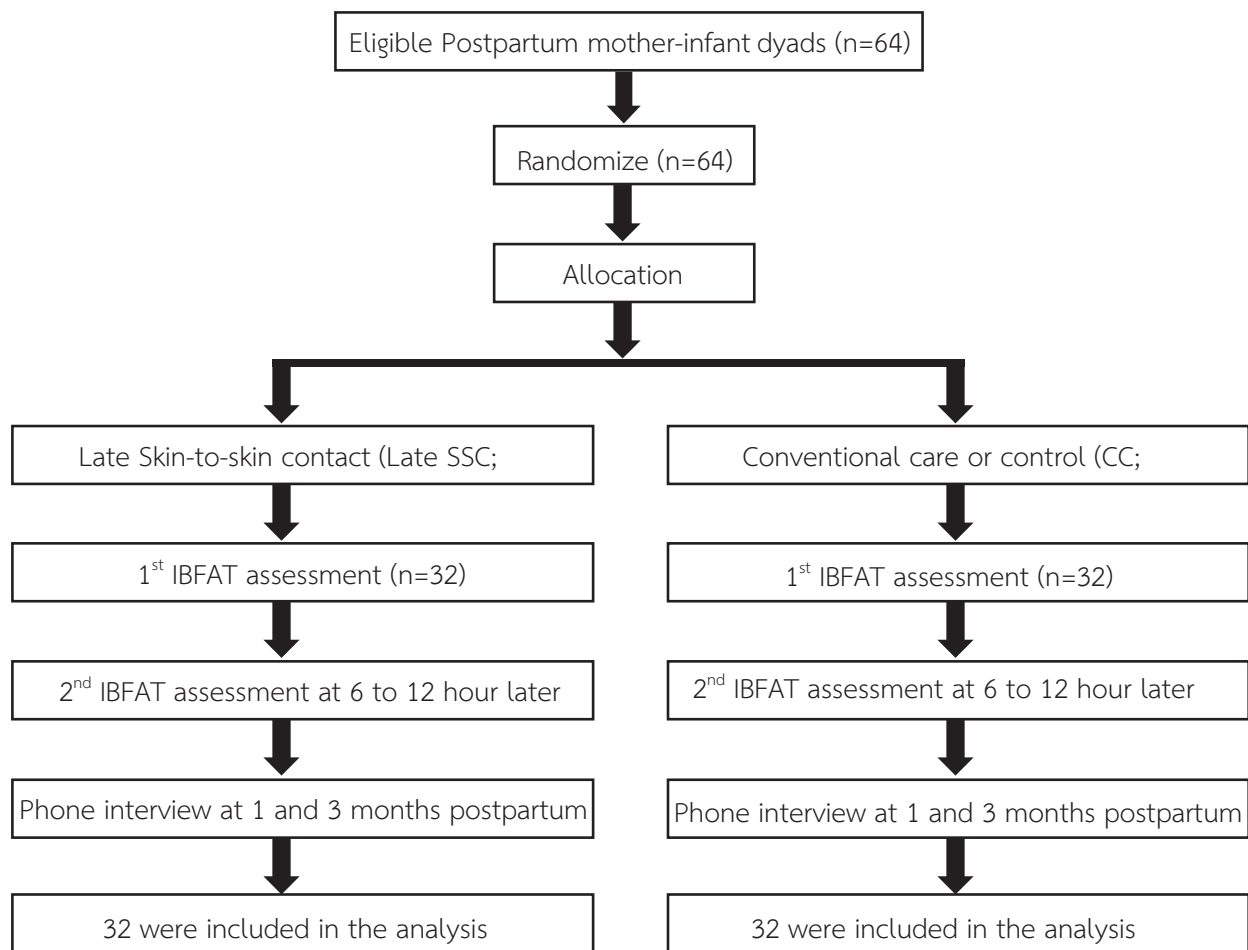
คะแนนการประเมินเท่ากับ 0-6 แสดงว่า การดูดนมของลูกไม่มีประสิทธิภาพ

ซึ่งจากการศึกษาของ Janice M. และคณะ ในปี 1996 ซึ่งหาค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือของ

เครื่องมือชนิด IBFAT, MBA(the mother baby assessment tool) และ LATCH เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินแล้วให้ผลไม่แตกต่างกันทางสถิติ²¹

วิธีดำเนินการวิจัย (รูปที่ 1)

1. แม่ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกได้รับการอธิบายพร้อมทั้งให้อ่านวิธีการวิจัยและซักถามจนเข้าใจโดยผู้วิจัย และเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ (Informed consent) หลังจากคลอด ลูกจะได้รับการดูแลตามปกติทั่วไปที่หออภิบาลทารกแรกเกิด แม่จะได้รับการเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนม โดยการให้ความรู้และฝึกการให้นมลูกโดยพยาบาลที่มีทักษะ โดยปราศจากการบีบกระตุ้นเต้านมหรือปั๊มนม ระหว่างนี้แม่สามารถเยี่ยมลูกได้ในขณะที่แยกกัน หากลูกยังคงต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดไม่พร้อมที่จะให้ดูดนมแม่ แม่จะไม่ได้รับอนุญาตให้เลี้ยงลูกด้วยนมของตนเอง ส่วนลูกจะได้รับน้ำนมสำหรับทารกที่คลอดอายุครรภ์มากกว่า หรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ (Infant formula) คำนวณตามน้ำหนักตัวต่อวัน ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของทารก



รูปที่ 1: แผนภูมิการดำเนินการวิจัย

2. เมื่อลูกปลอดภัย พร้อมที่จะสามารถให้ดูนมแม่ได้ จะส่งลูกกลับไปหาแม่ แม่จะเริ่มให้นมลูกทันที โดยกลุ่มศึกษา (SSC group) ผู้ช่วยวิจัยจะให้ลูกสัมผัสผิวหนังกับแม่และดูนมแม่ (suckling and skin to skin contact) เป็นเวลา 30 นาที โดยแม่ไม่สวมเสื้อและลูกไม่ถูกห่อตัว แม่อุ้มลูกบนตัวแม่ให้ตัวลูกสัมผัสกับหน้าอกหรือท้องของแม่โดยตรงและปากอยู่ที่เต้านมแม่ แล้วใช้ผ้าห่มคลุมตัวลูกไว้ เพื่อป้องกันลูกไม่ให้เกิดภาวะ hypothermia และไม่ให้เกิดอาการหนาวสั่น การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่จะทำทุกครั้งที่แม่ให้ลูกดูนมแม่ ส่วนกลุ่มควบคุม (CC group) ผู้ช่วยวิจัยจะให้ลูกดูนมแม่

โดยห่อตัวลูกไว้ตามปกติ โดยไม่มีการสัมผัสของผิวหนังตัวลูกกับตัวแม่ (suckling and swaddles) หากลูกตื่นแล้วมีมือหรือเท้าหลุดออกมาจากผ้าห่อตัวแล้วมีการสัมผัสของมือหรือเท้าของลูกกับตัวแม่เกิดขึ้น ไม่นับเป็นการสัมผัสผิวหนังโดยตรง ทั้ง 2 กลุ่มจะควบคุมอุณหภูมิโดยไม่เปิดเครื่องปรับอากาศ ปิดม่านรอบเตียงอย่างมิดชิดเพื่อความเป็นส่วนตัว และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหอพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิดจะเป็นผู้ดูแลลูกและแม่ตลอดช่วงเวลาที่ให้ลูกดูนมครั้งแรกเป็นเวลา 30 นาที พร้อมทั้งประเมินความสามารถในการดูนมของลูก (IBFAT score)

3. หลังจากการดูนมครั้งแรกประมาณ 6-12 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยจะประเมินความสามารถในการดูนมของลูก (IBFAT score) ในครั้งที่สอง โดยแม่ทั้ง 2 กลุ่มจะปฏิบัติเช่นเดียวกับการให้ลูกดูนมครั้งแรก

4. ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเพียงพอของปริมาณน้ำนม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ที่ 1 และ 3 เดือนหลังคลอด

5. เก็บข้อมูลอายุแม่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ระยะเวลาที่แม่กับลูกแยกกันหลังคลอด ระยะเวลาที่แม่สามารถทำงานได้ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สาเหตุของการแยกกันของแม่กับลูกหลังคลอด คะแนน IBFAT อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว วันที่ออกจากโรงพยาบาล และที่ระยะเวลา 1 และ 3 เดือนหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 22 (IBM Corp.) โดยเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสองกลุ่มใช้การทดสอบ Mann-Whitney U test และข้อมูลที่ต่อเนื่องใช้การทดสอบของ Fisher's exact โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในเดือนพฤษภาคม 2559 และโดย Thai Clinical Trials Registry Committee (www.clinicaltrials.in.th) เลขที่ TCTR20170719001 นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้เพิ่มค่าใช้จ่ายของผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด และการวิจัยนี้ยังได้ดำเนินการ

ตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติและข้อมูลทุกอย่างเก็บเป็นความลับ จึงไม่มีผลกระทบด้านจริยธรรม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ลักษณะพื้นฐานของแม่ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) อายุแม่ส่วนใหญ่ 22 ปี ในกลุ่ม SSC และ 21 ปี ในกลุ่ม CC ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือระดับมัธยมศึกษา ความตั้งใจของแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทั้งสองกลุ่มเท่ากันคือ 6 เดือนหลังคลอด และสาเหตุส่วนใหญ่ของการแยกกันของแม่กับลูกทั้งสองกลุ่มคือแม่อ่อนล้าจากการคลอดบุตร

ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกที่แยกกับแม่หลังคลอด ในกลุ่ม SSC และ CC ประเมินโดยใช้ IBFAT score มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย IBFAT ของกลุ่ม SSC และ CC ครั้งแรกเท่ากับ 10.47 ± 1.41 และ 8.00 ± 1.42 ($p < 0.001$) ครั้งที่สองเท่ากับ 11.94 ± 0.25 และ 10.53 ± 1.11 ($p < 0.001$) การวิเคราะห์ repeated ANOVA เพื่อประเมิน intra-personal correlations พบว่ากลุ่ม SSC สูงกว่ากลุ่ม CC ทั้งสองครั้ง ($F = 64.85$, $p\text{-value} < 0.001$) (รูปที่ 2)

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาลของกลุ่ม SSC สูงกว่ากลุ่ม CC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (96.9% และ 65.6%, $p = 0.001$) แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยรวมลดลงเมื่อเวลาผ่านไปและอัตราดังกล่าวไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ทั้งที่ 1 และ 3 เดือนหลังคลอดตามตารางที่ 2 ซึ่งอาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เช่น ระยะเวลาคลอดของแม่ ภาวะน้ำนมไม่เพียงพอ ภาวะเครียดของแม่ เป็นต้น

ตารางที่ 1:

ลักษณะพื้นฐานประชากรและลักษณะทางคลินิกของผู้เข้าร่วมการศึกษาในสองกลุ่ม

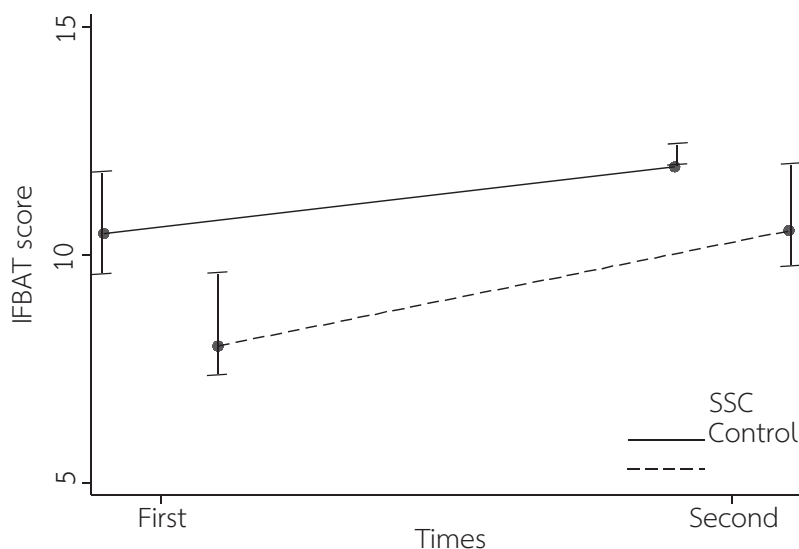
ลักษณะ	SSC (n=32)	CC (n=32)	p-value
อายุ, ปี, median (IQR)	22 (7)	21 (5)	0.140*
การศึกษา, n (%)			
ประถมศึกษา	5 (16.7)	6 (18.8)	0.598
มัธยมศึกษา	15 (50.0)	19 (59.4)	
ปริญญาตรี	10 (33.3)	7 (21.8)	
อาชีพ, n (%)			
พนักงานลูกจ้าง / เกษตรกร / ค้าขาย	12 (37.5)	16 (50.0)	0.570
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	6 (18.8)	4 (12.5)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / นักเรียน	14 (43.7)	12 (37.5)	
รายได้ต่อเดือน, n (%)			
≤ 5,000 บาท	13 (41.9)	13 (40.6)	0.916
> 5,000 บาท	18 (58.1)	19 (59.4)	
ระยะเวลาที่แม่แยกกับบุตรหลังคลอด (ชม.), median (IQR)	16 (12)	19 (10)	0.270*
ระยะเวลาที่แม่สามารถทำงานได้ (เดือน), median (IQR)	1 (3)	2.5 (3)	0.218*
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (เดือน), median (IQR)	6 (6)	6 (0)	0.246*
สาเหตุการแยกกันของแม่กับลูก, n (%)			
ทารกสำลักน้ำคร่ำที่มีซีพีเท	4 (12.5)	3 (9.4)	0.878
แม่ได้รับการฉีดยา Opioid	10 (31.3)	12 (37.5)	
แม่อ่อนล้าจากการคลอดลูก	18 (56.2)	17 (53.1)	

Fisher's exact test, *Mann-Whitney U test

ตารางที่ 2: เปรียบเทียบ IBFAT scores และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ระหว่างสองกลุ่ม

Variable	SCC (n=32)	CC (n=32)	p-value
1 st IBFAT score, mean ± SD	10.47 ± 1.41	8.00 ± 1.42	< 0.001
2 nd IBFAT score, mean ± SD	11.94 ± 0.25	10.53 ± 1.11	< 0.001
EBF Before discharge, n (%)	31 (96.9)	21(65.6)	0.001*
EBF 1-month afterbirth, n (%)	27 (84.4)	26 (81.3)	0.697*
EBF 3-months after birth, n (%)	20 (62.4)	17 (53.1)	0.598*

* Fisher's exact test Abbreviations: IBFAT = Infant Breastfeeding Assessment Tool; EBF = Exclusive breast feeding



รูปที่ 2: การวิเคราะห์ repeated ANOVA

บทวิจารณ์

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายใน 30 นาทีหลังคลอด (early skin-to-skin contact) เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่³⁻⁵ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ลูกจำเป็นต้องแยกกับแม่ภายหลังคลอด ทำให้ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ตั้งแต่แรกคลอด การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลัง (late skin-to-skin contact) ในกลุ่มนี้ ยังไม่มีรายงานการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของการให้ลูกสัมผัสผิวหนัง แม่ที่แยกจากกันภายหลังคลอดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่

ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะเบื้องต้นของแม่ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินจากความสามารถในการดูดนมของลูกโดยใช้ คะแนน IBFAT พบว่า กลุ่มที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ (SSC) สูงกว่ากลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ (CC) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในครั้งแรกของการให้นมลูก (11 (IQR1) เทียบกับ 8 (IQR3), $p < 0.001$) และครั้งที่สอง ภายหลังจากรั้งแรก 6-12 ชั่วโมง (12 (IQR0) เทียบกับ

10.5 (IQR1), $p < 0.001$) เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่ม ลูกได้สัมผัสผิวหนังแม่แตกต่างกัน การศึกษานี้ได้ผลเช่นเดียวกับรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในกลุ่มลูกที่สัมผัสผิวหนังแม่ทันทีตั้งแต่หลังคลอด¹¹⁻¹⁵ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแม่ลูกแยกจากแม่และไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ตั้งแต่แรกคลอด การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลัง ก็ยังมีผลให้ความสามารถในการดูดนมของลูกมากกว่าการที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่เช่นเดียวกับลูกที่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอด การที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลังยังมีผลต่อความสามารถในการดูดนมของลูกอาจอธิบายได้จากข้อเท็จจริงที่ว่าลูกที่ถูกแยกออกจากแม่จะมีภาวะเครียดและความตื่นตัวน้อย การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่จะช่วยให้ลูกมีภาวะเครียดลดลง หุตุร้องไห้ และช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ทำให้ลูกรู้สึกอบอุ่นมากขึ้นและเพิ่มความถี่ในการเคลื่อนไหวปากของลูก⁷⁻¹⁰

นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังพบว่าแม่และลูกที่แยกจากกันหลังคลอด มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ มากกว่ากลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวกลับไม่แตกต่างกันเมื่อติดตามไปถึง 1 เดือนและ 3 เดือนภายหลังคลอด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาการสัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอดจำนวนมากที่บ่งชี้ว่าการสัมผัสผิวหนังแม่ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาลและระยะยาวหลังคลอด^{12,13,24,25} การวิเคราะห์อภิมานล่าสุด วิเคราะห์จากคู่แม่กับลูกจำนวน 552 คู่ พบว่าลูกที่สัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอดมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 1-4 เดือนหลังคลอดมากกว่ากลุ่มที่ลูกไม่ได้สัมผัสผิวหนังแม่ ถึงแม้จะมีเพียง 2 รายงานที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ดังนั้นระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอดในกลุ่มที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอดน่าจะยาวนานกว่ากลุ่มที่ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลัง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอดขึ้นกับหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาคลอดของแม่ ภาวะน้ำหนักไม่เพียงพอ ภาวะเครียดของแม่ และการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น เช่นการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาคลอดของแม่ทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 3 เดือน อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานการศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอดเปรียบเทียบกลุ่มลูกสัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอดกับกลุ่มลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลัง

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมและเป็นการศึกษาแรกที่ประเมินผลของการสัมผัสผิวหนังของแม่กับลูกที่แยกกันหลังคลอด จุดแข็งอีกประการหนึ่งคือมีการประเมินประสิทธิภาพในการดูนมของลูก โดยประเมินสองครั้งใน 2 เวลา เพื่อให้เห็นประโยชน์ของการสัมผัสผิวหนังที่ชัดเจนมากขึ้น และช่วยลดตัวแปรที่อาจส่งผลต่อการให้นมลูกและพารามิเตอร์อื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการให้คะแนน IBFAT

ข้อจำกัดของการศึกษามี 2 ประการ ประการแรก แม้ว่าการใช้ IBFAT เป็นเครื่องมือในการวัด ซึ่งมีความแม่นยำและใช้งานง่าย แต่ก็ขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้วัด (subjective measurement) ที่อาจนำไปสู่การวัดที่มีอคติ อย่างไรก็ตามผู้ช่วยวิจัยได้รับการฝึกฝนการประเมิน IBFAT มาเป็นอย่างดีจนมีความแม่นยำและมีประสบการณ์การใช้ IBFAT มานาน นอกจากนี้ ผู้ช่วยวิจัยยังไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการออกแบบการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ประการที่สองการศึกษานี้

ไม่ได้ประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมของแม่ เช่น ทักษะและความเชื่อเกี่ยวกับการให้นมบุตร อิทธิพลของสามี สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว และเหตุผลในการเลิกให้นมบุตร

การศึกษานี้ทำให้ทราบว่า การให้ลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลังจากแยกกันหลังคลอด ยังคงมีผลช่วยให้เกิดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในเรื่องของความสามารถในการดูนมของลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนคลอด จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้โดยกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางปฏิบัติสำหรับแม่และลูกที่แยกจากกันหลังคลอดด้วยเหตุจำเป็นต่าง ๆ รวมทั้งในรายที่ผ่าตัดคลอดทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกที่ต้องดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นการช่วยสนับสนุนความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างแม่และลูกจากการให้สัมผัสกัน และลูกมีสุขภาพร่างกายที่ดีจากการได้รับน้ำนมแม่ ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไปในอนาคต ควรทำการศึกษาความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เปรียบเทียบกลุ่มลูกสัมผัสผิวหนังแม่ทันทีหลังคลอดกับกลุ่มลูกสัมผัสผิวหนังแม่ภายหลัง

สรุป

การให้ลูกที่แยกกับแม่หลังคลอดมีการสัมผัสผิวหนังแม่ระหว่างดูนม ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งความสามารถในการดูนมของลูกและอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรสนับสนุนการสัมผัสผิวหนังระหว่างแม่กับลูก ไม่ว่าจะเป็นช่วงหลังคลอดทันทีหรือภายหลังจากที่แม่และลูกแยกกัน

Conflict of interest

ผู้เขียนไม่มี conflict of interest ไต ๆ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณคณะกรรมการแพทยศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย ห้วหน้า
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยาที่อนุญาตให้เสนอผลงานวิจัยนี้
และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. The World Health Organization. *Infant and Young Child Feeding*. Lyon, France: World Health Organization; 2009.
2. The World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization; 1998.
3. The World Health Organization. Protecting, promoting and supporting breast-feeding. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 1989.
4. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding (Results of WHO systemic review). Geneva: World Health Organization; 2001.
5. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomized control trial. *Women Birth*. 2014; 27(1): 37–40.
6. Anderson GC. Kangaroo care of the premature infant. In E. Goldson (Ed.), *Nurturing the premature infant: Developmental interventions in the neonatal intensive care nursery*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 1168–80.
7. Chia P, Sellick K, Gan S. The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Aust J Adv Nurs*. 2006;23(4):20–7.
8. Feldman R. Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo Care). Theoretical, clinical, and empirical aspects. *Infants and Young Children*. 2004;17(2):145–61.
9. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002; 110(1):16–26.
10. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(3): 226–32.
11. Moore ER, Anderson GC. Randomized Controlled Trial of Very Early Mother–Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *J midwifery women health*. 2007;52(2):116–25.
12. Gouchon S, Gregori D, Picotto A, Patrucco G, Nangeroni M, Di Giulio P. Skin-to-Skin Contact After Cesarean Delivery: An Experimental Study. *Nurs Res*. 2010;59(2):78–84.
13. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011;21(10):601–5.
14. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, Gupta N, Deorari AK, Paul VK. Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology*. 2012; 102(2):114–9.
15. Svensson K E, Velandia MI, Matthiesen AT, Welles-Nyström BL, Widström AE. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *Int Breastfeed J*. 2013;8(1):1–13.
16. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of Very Early Skin to Skin Contact on Success at Breastfeeding. *Indian J Public Health*. 2014;58(1): 22 – 6.
17. Thomson ME, Hartsock TG, Larson C. The Importance of Immediate Postnatal Contact Its Effect on Breastfeeding. *Can Fam Physician*. 1979; 25:1374–8.

18. Marin Gabriel MA, Martin IL, Escobar AL, Villalba EF, Blanco IR, Pol PT. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Pediatr.* 2010;99(11):1630-4.
19. Suzuki S. Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *J Obstet Gynecol.* 2013;2(1):15-9.
20. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. *Midwifery.* 1988; 4(4):154-65.
21. Riordan JM, Mary K. Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding Assessment Tools. *J Obstet Gynecol & Neonatal Nurs.* 1997; 26(2):52-8.
22. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;16(5), CD003519.
23. Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr.* 2004;93(12):1640-5.
24. Sosa R, Kennell, JH, Klaus M, Urrutia JJ. The effect of early mother-infant contact on breastfeeding, infection and growth. In: Elliott K, Fitzsimons DW editor(s). *Breastfeeding and the mother: Ciba Foundation Symposium.* Vol. 45, New York: Elsevier Excerpta Medica; 1976. p. 179-93.
25. Thomson ME, Hartsock TG, Larson C (1979) The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Can fam physician,* 25:1374-8.