

การดูแลลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact)

พันโทแพทย์ธานินทร์ พิรุณเนตร
พันเอกนายแพทย์ณัฐพงศ์ จิตร์ตสานนท์
ดร. สุรีย์พร สุวรรณโกศล ผู้ถอดบทเรียน
ผศ.ดร.จรรยา วิทยะศุภกร ผู้ทบทวนและเรียบเรียง

การดูแลลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) บันไดขั้นที่ 5 จากบันได 10 ขั้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

ประวัติความเป็นมา

เริ่มมากกว่า 3 ทศวรรษในปีค.ศ. 1978 โดยนายแพทย์ Edgar Rey และ Martinez ที่ Instituto Materno-Infantil เมือง Bogotá ประเทศโคลัมเบียได้ประสบปัญหาขาดแคลน ผู้ควบคุมอุณหภูมิทารกแรกเกิด เนื่องจากมีทารกป่วยจำนวนมาก จึงได้ริเริ่มให้มีการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการู (Kangaroo Mother Care; KMC) ในทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2000 กรัม/ เกิดก่อนกำหนด โดยทารกจะได้รับการสัมผัสจากแม่แบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact, SSC) ในขณะที่แม่อยู่ในท่านั่ง ตลอด 24 ชั่วโมง (continuous KMC) พร้อมกับการให้ทารกดูดนมแม่ เพื่อเป็นอีกทางเลือกในกรณีที่ผู้ควบคุมอุณหภูมิทารกไม่มีประสิทธิภาพและไม่เพียงพอสำหรับทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยเริ่มใช้เนื้อแนบเนื้อแต่แรก ต่อเนื่องและนานเพียงพอ ต่อมานำมาใช้ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดในกลุ่มที่อยู่ในภาวะที่สัญญาณชีพคงที่และเจริญเติบโตได้ดี และขยายมายังกลุ่มทารกที่ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยครั้งแรกได้มีการนำเสนอโดย Drosten และ Brookers ในค.ศ.1993 ช่วยทำให้ทารกหลับได้ดีขึ้นและลดการใช้ออกซิเจน ผลลัพธ์การดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการูพบว่า มีความปลอดภัย ช่วยลดค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการดูแลทารกในผู้ควบคุมอุณหภูมิ ช่วยเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก ลดอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อ ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล การเจริญเติบโตดีขึ้น น้ำหนักตัว ความยาว และเส้นรอบศีรษะทารกดีขึ้น

คำจำกัดความ

- องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามการของการดูแลทารกแบบแกงการู มีองค์ประกอบ 4 ข้อ คือ
1. แม่โอบกอดทารกไว้บนหน้าอกโดยให้ผิวหนังของแม่และทารกสัมผัสกันแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) โดยเริ่มทำให้เร็วที่สุด (early) ทำอย่างต่อเนื่อง (continuous) และเป็นระยะเวลานาน (prolonged)
 2. ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding)
 3. เริ่มที่โรงพยาบาลและทำต่อเนื่องหลังจำหน่ายทารกกลับบ้านในช่วงแรกจนทารกอายุครบ 40 สัปดาห์
 4. นัดตรวจติดตามหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ปัจจุบันจะเน้นที่การทำสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ สำหรับทารกแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยและคลอดก่อนกำหนดแบบเป็นช่วง ๆ ในตำแหน่งตั้งตรงอยู่ระหว่างหน้าอกผู้ดูแล

คำแนะนำในการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการูในหออภิบาลทารกวิกฤติ^{2-5,7,9-10}

การดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดก่อนกำหนด/น้ำหนักตัวน้อย ภายในผู้ควบคุมอุณหภูมิกาย ถือเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐาน อย่างไรก็ตามในสถานพยาบาลบางแห่ง ยังประสบปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์นี้ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ทารก ดังนั้นการดูแลทารกแบบแกงการูเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

สามารถนำมาใช้ เพื่อดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหรือครบกำหนด โดยสามารถทำการดูแลทารกแบบแกงการูไม่ต่อเนื่อง (intermittent KMC) 1-3 ชั่วโมงต่อครั้ง แต่อาจทำได้หลายครั้งในแต่ละวันราบเท่าที่ต้องการ หากทารกยังมีอาการคงที่ และสามารถทำได้ทั้งแม่หรือพ่อ ซึ่งเหมาะกับการนำมาปรับใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนด/น้ำหนักตัวน้อย หลังจากผ่านพ้นช่วงวิกฤตแล้ว ไม่จำเป็นต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หรือให้ความอบอุ่นทดแทนการใช้ตู้ควบคุมอุณหภูมิระหว่างการเคลื่อนย้ายทารก พบว่ามีประโยชน์ทั้งในทารกและในพ่อ-แม่ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาและความถี่ในการทำ (ตารางที่ 1) โดยหออภิบาลทารกวิกฤตที่จะริเริ่มให้มีการทำการดูแลทารกแบบแกงการู ต้องมีการกำหนดเกณฑ์ทารกที่มีข้อบ่งชี้ในการทำ นอกจากนี้ต้องจัดอบรมด้านความรู้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องก่อน เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ และติดตามสังเกตอาการของทารกระหว่างทำแม้ว่าในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตบางแห่ง เริ่มมีการทำการดูแลทารกแบบแกงการูในทารกระหว่างที่ทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือทารกน้ำหนักน้อยกว่า 600 กรัม/ อายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์ แต่ยังคงต้องรอผลการศึกษเกี่ยวกับผลลัพธ์เพิ่มเติม

ตารางที่ 1 ประโยชน์ของการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการู^{7,10-11}

<p>ประโยชน์สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันการติดเชื้อ ● น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นดีกว่า ● การหายใจคงที่ และไม่ก่อให้เกิดปัญหา ระดับออกซิเจนลดลง (desaturation), หยุดหายใจ (apnea), หัวใจเต้นช้า (bradycardia) เพิ่มขึ้น ● ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ● ควบคุมอุณหภูมิกายคงที่กว่าการใช้ตู้อบควบคุมอุณหภูมิ ● ความดันโลหิตคงที่ ● ลดอาการเจ็บปวดจากการทำหัตถการ เช่น ฉีดยา เจาะเลือด ● วงรอบการนอนหลับดีขึ้น ● ส่งเสริมพัฒนาการทางระบบประสาท ● ระยะเวลาการได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding) ยาวนานกว่า
<p>ประโยชน์สำหรับครอบครัว</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริม ความผูกพันของพ่อ-แม่และทารก ● ส่งเสริมให้ความมั่นใจของ-พ่อแม่ในการดูแลทารก

ทารกที่มีข้อบ่งชี้ในการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการู^{7,12-13}

1. ทารกที่น้ำหนักตั้งแต่ 1800 กรัมขึ้นไป หรืออายุครรภ์ตั้งแต่ 30-34 สัปดาห์ขึ้นไป
2. ทารกมีอาการทางคลินิกคงที่ เช่น สัญญาณชีพปกติ ระดับออกซิเจนที่วัดผ่านทางผิวหนังคงที่และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะหายใจลำบาก ไม่มีภาวะหยุดหายใจในรุนแรงในช่วง 8 ชั่วโมงที่ผ่านมา หรือหยุดหายใจบ่อยตั้งแต่ 4 ครั้ง/ชั่วโมงขึ้นไป

ข้อบ่งชี้ในการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการูในทารกที่ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁴



1. น้ำหนักตัวมากกว่า 600 กรัมและอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 30 สัปดาห์
2. ใส่เครื่องช่วยหายใจอย่างน้อยมากกว่า 24 ชั่วโมงก่อนการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการูครั้งแรก
3. ใน SIMV ใช้อัตราการหายใจน้อยกว่า 35 ครั้งต่อนาทีและ FiO_2 น้อยกว่า 0.5 (50%)
4. สัญญาณชีพและความอึดตัวของออกซิเจนคงที่
5. ระดับบิโนลิบูบิโนและการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (Blood gas) คงที่
6. ไม่มีสัญญาณของการติดเชื้อในกระแสเลือด
7. ไม่ได้รับยากระตุ้นหัวใจ
8. ไม่มีสายทางหน้าอก
9. สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางได้รับการดูแลและป้องกันการเลื่อนหลุดเป็นอย่างดี

ทารกที่มีข้อห้ามในการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการู^{4,10}

1. ทารกที่มีภาวะ neural tube defects, abdominal wall defects
2. ทารกที่พ่อ-แม่มีภาวะติดเชื้อ เช่น tuberculosis, staphylococcus aureus เป็นต้น
3. ทารกที่มีอาการไม่คงที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น อุณหภูมิกายไม่คงที่ อยู่ในตู้ควบคุมอุณหภูมิที่ต้องใช้ Humidity มีภาวะตัวเหลืองรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิต/ระบบหายใจไม่คงที่ ใส่สายระบายทางช่องอกหรือช่องท้อง ได้รับการผ่าตัดรักษาในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา หรือมีแนวโน้มต้องรับการผ่าตัดภายใน 12 ชั่วโมงข้างหน้า เป็นต้น

ขั้นตอนในการดูแลทารกโดยแม่แบบแกงการูในหออภิบาลทารกวิกฤติ^{2,6-7,9,12-13}

1. อธิบายให้พ่อ-แม่ทราบถึงประโยชน์ของการทำ
2. พ่อ-แม่ ล้างมือให้สะอาดก่อนอุ้มทารก
3. ตรวจสอบผิวของผู้ปกครองว่าไม่มีการติดเชื้ออาจจะต้องการทำความสะอาดโดยเฉพาะทารกที่มีแผลเปิด
4. ควรจัดบริเวณห้องให้เป็นสัดส่วน หรือมีม่านกั้น แสงสว่างภายในห้องไม่มาก/น้อยเกินไปและอุณหภูมิห้องควรอยู่ระหว่าง 26-28°C
5. ให้ทารกใส่หมวกปิดคลุมถึงบริเวณใบหู ใส่ผ้าอ้อม และสวมถุงเท้า ใช้ผ้าห่มอุ่นคลุมตัวทารกโดยที่ไม่ต้องสวมเสื้อผ้าให้ทารก
6. แม่ นั่งในท่าเอนตัวประมาณ 15 องศา
7. ให้แม่อุ้มทารกโดยให้ทารกอยู่ในท่านั่งคว่ำหน้า งอแขน-ขา งอสะโพก ลำตัวแนบไปบนอกและหน้าท้องของแม่ที่ไม่ได้ใส่เสื้อชั้นใน หันศีรษะทารกไปด้านใดด้านหนึ่ง เยกหน้าเล็กน้อย ระวังอย่าให้คอแหงนมากหรือคอพับ โดยให้มือแม่ประคองขากรรไกรล่างของทารกเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ส่วนมืออีกข้างหนึ่งประคองก้นทารก สบตากับทารกระหว่างที่ทำ และให้ปากของทารกอยู่ใกล้กับหัวนมแม่ เพื่อกระตุ้นการผลิตน้ำนม

8. ติดตามอาการทารกอย่างต่อเนื่อง เช่น อุณหภูมิทางรักแร้ สัญญาณชีพ อัตราการไหลของสารน้ำ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับออกซิเจนที่วัดผ่านทางผิวหนัง โดยเปิดสัญญาณเตือนในระดับเสียงเบา หากพบว่าทารกมีอาการไม่คงที่ บุคลากรทางแพทย์ควรเข้าไปประเมินทารกและเตรียมเครื่องมือช่วยกู้ชีพให้พร้อม
9. สามารถทำการดูแลทางการพยาบาลระหว่างที่ทำการดูแลทารกโดยแม่แบบแคงการูได้ เช่น การฉีดยา การให้สารน้ำ การดูดเสมหะ และการให้นมผ่านทางสายยางให้อาหาร
10. ยึดตริ้งท่อช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือด และอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด
11. จัดบันทึกเวลาที่เริ่มทำ และหยุดทำการดูแลทารกโดยแม่แบบแคงการู
12. ควรทำการดูแลทารกโดยแม่แบบแคงการูอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งทารกอายุครบ 40 สัปดาห์ หรือน้ำหนักตัว 2500 กรัม

ข้อค้นพบชุดองค์ความรู้/ และการนำสู่ข้อเสนอแนะ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลนำร่อง

1. พ่อแม่ที่ทำ KMC หน้าตามีความสุข ก็อยากทำ
2. ควรจัด workshop KMC ให้กับพยาบาลทั้งที่อยู่ใน NICU และ Sick new born ให้ครบ 100% ก่อนปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย มีการวางแผนเกี่ยวกับการสอนของพยาบาล มีการวัด vital sign ก่อนและหลังทำพร้อมลงบันทึก ควรเริ่มทำในทารกน้ำหนัก 1800 กรัม พิจารณาความพร้อมของทารกพร้อมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เริ่มแรกทำแค่ 1 ชั่วโมงต่อวันเท่านั้น หลังจากทำได้วันละครั้ง ในครั้งแรกจะมีการสอนหรือช่วยจัดการทำให้ทุกอย่าง แต่ครั้งต่อไปแม่สามารถทำเองได้ โดยเอามานมากัน มีผู้ช่วยพยาบาลคอยช่วยเหลือแม่
3. ควรเริ่มทำใน cases ที่ง่าย ๆ ที่ Stable ทำโดยไม่บังคับ สมมติใจทำ ตามเวลาที่เขามาเยี่ยม พอคนหนึ่งทำ รู้สึกดี ก็จะไปถ่ายทอดให้แม่ที่อยู่เตียงข้างๆ เป็นตัวกระตุ้นให้คุณแม่ท่านอื่นอยากทำ
4. บุคลากรตระหนักแล้วว่า KMC มีความสำคัญในการดูแลทารก

ตาราง 2 สรุปผลการประชุม KM เรื่อง การดูแลลูกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) วันที่ 13 มิถุนายน 2561 ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โรงพยาบาล	Kangaroo Mother Care (KMC)
เจริญกรุงประชารักษ์	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำทุกวัน เพราะมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ ● ทำก่อนทารกกินนมทุกมื้อ ● ทำเฉพาะทารกที่มีอาการคงที่ และออกนอกตู้ได้แล้ว ● กลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องทำอย่างยิ่ง คือ unwanted / teenage ● เพื่อให้เกิดความผูกพัน (bonding) แต่กลุ่มที่เหลือหากไม่ยกทำก็ไม่บังคับ ● ทำอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง ● ป้อนนมด้วยเครื่องปั๊มไปด้วยขณะทำ KMC ● หากกระจกมาส่องให้แม่เห็นท่าอุ้มลูก ● เริ่มมีทำในทารกที่ยังใส่ ET tube / catheter โดยพยาบาลคอยช่วยเหลือตอนที่มารดาเริ่มอุ้ม เพื่อดูแลให้สายยึดตริ้งร่วมกับให้มารดาช่วยสังเกตตำแหน่ง ET tube ระหว่างทำ และพบว่าไม่เกิดการเลื่อนหลุดของ ET tube ขณะที่ทำ
สถาบันสุขภาพเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องทำอย่างยิ่ง คือ unwanted / teenage

แห่งชาติมหาราชินี	<p>เพื่อให้เกิดความผูกพัน (bonding)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการทำ KMC โดยสมัครใจ ● ทำมาได้ 20 ปี แต่ยังไม่ประสบผลถึง 100% เป้าหมายคืออยากทำในคนไข้ BPD
ปทุมธานี	<ul style="list-style-type: none"> ● ยังไม่ได้เริ่มทำ KMC ใน NICU แต่มีการทำ KMC ในชั้น rooming in ก่อนจำหน่ายทารก ● ประโยชน์ที่พบคือ ทารกสงบขึ้น, ยอมเข้าเต้านางขึ้น และอัตรา BF เพิ่มขึ้น ● เจ้าหน้าที่คอย support ให้พ่อแม่เกิดความมั่นใจในการทำ และ ในวันที่นัดตรวจ follow-up หลังจากจำหน่าย พ่อแม่พาทารกมาพบเจ้าหน้าที่ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดกำลังใจในการทำ ● เชิญแม่เข้ากลุ่ม line นมแม่ เพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน
โรงพยาบาล	Kangaroo Mother Care (KMC)
สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำไม่สำเร็จ เพราะอัตรากำลังจำกัด
สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำไม่สำเร็จ เพราะอัตรากำลังจำกัดและภาระงานเจ้าหน้าที่เยอะ
พุทธชินราชพิษณุโลก	<ul style="list-style-type: none"> ● ครั้งแรกที่เริ่มทำ KMC มารดาจะได้รับการสอนจากพยาบาล ● เลือกเวลาที่เหมาะสมที่จะทำ โดยให้มารดาเป็นศูนย์กลาง/ผู้เลือกเวลาที่จะทำด้วยตนเอง ● แม่มานอนเฝ้าทารกได้ตลอดเวลา ● มีการสอนแม่ก่อนทำโดยใช้รูปถ่ายของแม่ที่เคยทำ ให้แม่ทำตาม ● เมื่อทำงานชำนาญ ให้แม่ฝึกดู monitor เอง ● ประโยชน์ที่พบคือ จำนวนทารกที่เป็น BPD ลดลง
พระปกเกล้าจันทบุรี	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำในทารก BPD ที่ stable แล้วก่อน เพราะทารกเยอะ ● ทำในทารกที่ออกจากตู้อบแล้ว (น้ำหนักทารก 1600 กรัมขึ้นไป เพราะตู้อบมีน้อย) ● แพทย์จะเป็นผู้สอนวิธีทำ KMC แก่พ่อแม่ -เจ้าหน้าที่ ● เน้นทำในกลุ่มพ่อแม่ teenage ● เมื่อแม่เห็นว่าทำแล้วส่งผลให้ทารก BPD สามารถ off oxygen ได้จึงเกิดความอยากที่จะทำอย่างต่อเนื่อง ● เชิญแม่เข้ากลุ่ม line นมแม่ เพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยกัน ● อัตราการรอดถึงบุตรเป็นศูนย์ ● ผ้าที่นำมาห่อทารก ใช้ผ้าอะไรก็ได้
ขอนแก่น	<ul style="list-style-type: none"> ● อาจารย์แพทย์อบรมเรื่อง KMC ให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลและ fellow ทารกแรกเกิดที่ train ที่สถาบันนี้ ดังนั้นเมื่อ fellow เหล่านี้จบออกไปก็ไปทำในร.พ.ตนเองไปอยู่ ● monitor vital signs, SpO2 ระหว่างทำ ● ทำในทารกน้ำหนัก < 1800 g ทำ 1 ชั่วโมง/ครั้ง/วัน ● พบว่าอัตรา exclusive breastfeeding เป็น 100% และลดอัตราการเกิด NEC
เชียงรายประชานุเคราะห์	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำมาได้ 7-8 ปี มีนวัตกรรม ผ้าห่ม นาโน

	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำในทารกน้ำหนักตัว 500-1500 g ที่ stable/ growing แล้ว ● พ่อ-แม่เยี่ยมได้ตลอดวัน ทำอย่างน้อย 4 ครั้ง/การ admission เพราะอากาศหนาว ● มีห้องนอนให้แม่ 4 เตียง ● อุปสรรคคือ คนไข้อยู่เขตชายแดน จึงไม่ค่อยมาเยี่ยมลูก
--	--

โรงพยาบาล	Kangaroo Mother Care (KMC)
สุรินทร์	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการจัด workshop เรื่อง KMC เป็นประจำทุกปี ● ทำ 1 ชั่วโมง/ครั้ง/วัน หรือบ่อยเท่าที่ต้องการ ● แจ้งประโยชน์ให้มารดาทราบ ● อัตราการให้นมแม่ 100% ● อัตราการเกิด severe ROP ลดลง ● แม่วัยรุ่นที่ได้ทำเกิด bonding ● ทำได้ทั้ง พ่อและแม่ ระหว่างที่ทำแม่สามารถเดินไป-มา ● ทำในเวลาที่เหมาะสม หรือหลังบ่าย 2 แต่หากคนไข้เยอะอาจมีการปรับเปลี่ยน ● ให้มารดาดู SpO2, RR เป็น

ข้อคิดที่ได้จากการทำ KM sharing คือ

1. ไม่มีข้ออ้างใดๆ ในการไม่ทำ KMC ให้แก่ทารก
2. มีการเริ่มทำ KMC ในหลายโรงพยาบาลแล้ว
3. Outcome ที่ได้ไม่ต่างจาก evidence based ที่ review มา
4. การเพิ่ม immunity / การลด pain ในทารกที่ทำ KMC โดยบิดาทำ
5. การทำควรทำ KMC 1 ชม. / ครั้งหรือบ่อยเท่าทารกที่ต้องการ

Reference

1. Ruiz-Pelaez JG, Charpak N, Cuervo GL. Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries. BMJ. 2004; 329:1179-81.
2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practical guideline. Geneva(Switzerland); 2003.
3. United States Agency International Development. Kangaroo Mother Care Implementation Guide. Massachusetts Ave (USA): USAID; 2012.
4. Jefferies AL. Kangaroo care for the preterm infant and family. Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Paediatr Child Health. 2012; 17(3):141-3.
5. Salam RA, Mansoor T, Mallick D, Lassi ZS, Das JK, Bhutta ZA. Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal death. Reproductive Health. 2014; 11(Suppl 1):S3:1-17.

6. United States Agency International Development. Improving outcomes of premature and low birth weight babies through kangaroo mother care. Wisconsin Ave (USA): USAID; 2011.
7. Hardy W. Integration of Kangaroo Care Into Routine Caregiving in the NICU What Is Stopping You?. *Advances in Neonatal Care*. 2011; 11(2):119-21.
8. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Utility of kangaroo mother care in preterm and low birthweight infants. *S Afr Fam Pract*. 2013; 55(4):340-44.
9. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 8: CD002771
10. Baley J. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*. 2015; 136(3):596-9.
11. Susan M, Ludington-Hoe, Morgan KL. Kangaroo care in the NICU, part 1: Understanding the impact of kangaroo care on neonatal vital signs. March of Dimes Foundation. 2013;1-13.
12. Davanzo R, Brovedani P, Travan L, Kennedy J, Crocetta A, Sanesi C, et al. Intermittent Kangaroo Mother Care: A NICU Protocol. *Journal of Human Lactation*. 2013; XX(X):1-7.
13. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*. 2010; 99:820-26.
14. Ludington-Hoe S, Morgan K, Abouelfrettoh A: A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age, *Adv Neonatal Care* 2008; 8:S3.