คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

Quality of Life of Muslim Preterm Infants in Three Southernmost Provinces of Thailand

วนิสา หะยีเซะ พย.ม. (Wanisa Hayeese, M.N.S.)[1]
นุชสรา ทรัพย์อินทร์ พย.บ. (Nootsara Sap-In, B.N.S)[1]
ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ พย.ม. (Tidarat Wangsawat, M.N.S.)[1]
นุจรี ไชยมงคล Ph.D. (Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด อายุ 1 - 12 เดือน ที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 118 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยนักวิจัย คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด (2) แบบประเมินความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย น้ำหนักตัว ความยาว ระดับพัฒนาการ และประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลของทารกเกิดก่อนกำหนด และ (3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด โดยแบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยมีดังนี้ (1) ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 32.2) ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 81.5) และมีประสบการณ์การเลี้ยงทารกมาก่อน (ร้อยละ 76.3) ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.04 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,905 กรัม และมีความยาวเฉลี่ย 37.59 เซนติเมตร (2) ความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.19 (S.D. = 1.36) และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 77.1) (3) คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 (S.D. = 3.05) และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ร้อยละ 54.2) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรใช้ข้อมูลพื้นฐานเหล่านี้ในการจัดกิจกรรมหรือโครงการ เพื่อส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการของทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม, ความสมบูรณ์แข็งแรง, พื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย

Astract

This descriptive survey research aimed to examine Quality of Life (QoL) of Muslim preterm infants in the three southernmost provinces of Thailand. Sampling had included 118 dyads of caregivers and their preterm infants aging between 1 and 12 months. Data were collected from the sampling of well-baby clinics at Narathiwas, Pattani and Yala hospitals. Research instruments used for data collection were developed by the researchers. There were (1) a demographic information record form for the caregivers and the preterm infants,

[1]อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
[2]รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(2) an assessment form for health and wellness of the preterm infants including body weight, length, developmental level and post-discharge illness history from the hospital , and (3) a QoL of the preterm infants' questionnaire. Content Validity Indices (CVI) was at .80 and Cronbach's alpha coefficients' reliability was at .88. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results revealed that: (1) most of the caregivers had accomplished their highest education at high school level (32.2%) , mostly a monthly income of 10,000 Baht or less (81.5%) and experiencing infants' caring before (76.3%). Mean gestational age of the preterm infants was 33.04 weeks, and their averages birth weight and length were 1,905 grams and 37.59 centimeters, respectively. (2) Mean score of health and wellness of preterm infants was 8.19 (S.D. = 1.36), and most of them were in a good level (77.1%). (3) Mean score of QoL of the Muslim preterm infants was 33.0 (S.D. = 3.05), and most of them were in a good level (54.2%). These findings revealed that healthcare providers should use this information as basic data for applying activities or intervening programs to promote caregivers' knowledge in order to respond basic needs and to improve QoL of preterm infants.

Keywords : Quality of Life, Muslim Preterm Infants, Health and wellness, Three Southernmost Provinces of Thailand

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นทารกที่เกิดจากมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วีณา จีระแพทย์, 2551) ซึ่งทารกกลุ่มนี้มักเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญโดยนำมาซึ่งการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและตายปริกำเนิด และในแต่ละปีทั่วโลกจะมีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 13 ล้านคน (Simmons, Rubens, Darmstadt & Gravett, 2010) โดยอัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มากกว่าร้อยละ 10 ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพทารกกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2006) ในส่วนของประเทศไทยสถิติการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีรายงานเฉพาะทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเท่านั้น คือ ในปี พ.ศ. 2549 - 2553 พบว่า มีอัตราการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.4, 11.0, 10.8, 11.0 และ 11.3 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และเมื่อพิจารณาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา ยังอยู่ในระดับที่มีปัญหาอยู่ กล่าวคือ อัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 7, 7.4 และ 12 ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, 2551) ซึ่งอัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดนี้ยังสูงกว่าเป้าหมายของรัฐบาลที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 7 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังนั้นอัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่ต้องการนั้น ย่อมหมายถึงปัญหาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการจัดการดูแลสุขภาพทารกกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอีกด้วย อันเนื่องจากทารกเหล่านี้มักมีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรงจากการคลอดก่อนกำหนดนั่นเอง

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นทารกที่มีการพัฒนาของระบบประสาท โครงสร้าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ ทำให้ส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกคลอด ซึ่งทารกจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมทั้งแสง เสียง และการกระตุ้นต่างๆ จากการรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับ จากสาเหตุดังกล่าวอาจทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงในการเกิดปัญหาด้านพัฒนาการที่ล่าช้าและการได้รับการตอบสนองความต้องการได้ไม่เต็มที่ (Khan, Muslima, Parveen, et al., 2006) นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนด แม้จะหายจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกคลอดแล้ว



และสามารถกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ แต่ก็ยังเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาและการเจ็บป่วยตามมา ซึ่งแต่ละครั้งของการเจ็บป่วยจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและซับซ้อนกว่าทารกครบกำหนด ส่งผลให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการรักษาและดูแลสุขภาพทารกกลุ่มนี้มากขึ้นและค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดจะยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในขวบปีแรก (Raju, Higgins, Strak, et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพเยาว์ สิงห์อาจ, และวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล (Varaporn, Yupayao, & Wiboon, 2011) ศึกษาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกน้ำหนักตัวน้อยมากที่มีอายุปัจจุบันระหว่าง 18-24 เดือน ที่มารับการติดตาม การดูแลจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีอย่างต่อเนื่อง พบว่า ทารกที่น้ำหนักตัวน้อยส่วนใหญ่จะเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและมักมาโรงพยาบาลด้วยภาวะพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ล่าช้า ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลต้องมีการติดตามทารกกลุ่มนี้ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลกระทบระยะยาวในทารกเกิดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตแต่ขาดการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องหรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกเกิดนั้น เด็กเหล่านี้จะมีปัญหาด้านพัฒนาการและด้านพฤติกรรมตามมา เช่น ขาดสมาธิ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่มากผิดปกติ (hyperactive) ซึ่งจะมีผลต่อการเรียน การใช้ชีวิตในสังคมต่อไปในอนาคต

จากผลกระทบดังกล่าวที่ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจได้รับจากการดูแลหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้องนั้น อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดไม่ดีตามมา ดังนั้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมถึงเกณฑ์ต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นที่นิยมใช้ในเด็กมีจำนวนน้อย อาทิเช่น เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานสำหรับคนไทย (จปฐ.) ซึ่งเป็นเกณฑ์ชี้วัดสำหรับประชาชนและครอบครัวโดยทั่วไปไม่เหมาะสมกับเด็ก หรือการกำหนดตัวชี้วัดสถานภาพงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งไม่มีความเฉพาะโดยตรงกับทารกหรือเด็ก แต่เน้นในการดูแลมารดาหลังคลอดมากกว่า (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) และเมื่อศึกษาเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2533) โดยกำหนดแนวคิดสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กและเยาวชน (สพด.) ที่เด็กควรได้รับมีทั้งหมด 7 ด้าน ซึ่งมีนักวิจัยหลายท่านประยุกต์ใช้มาเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัยพบว่า มีความครอบคลุมในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กเกือบทุกวัย เช่น วัยทารก 4-12 เดือน (รสสุคนธ์ ศรีใส, 2548) วัยหัดเดิน อายุ 1-3 ปี (วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550) เป็นต้น แต่ในทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะยังไม่พบ ดังนั้นนักวิจัยจึงได้ศึกษาองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน และพบว่าองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกับทารกเกิดก่อนกำหนดมีเพียง 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ตัวอย่างเช่น การได้รับนม อาหารเสริม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การดูแลความสะอาด การป้องกันอุบัติเหตุ และการรักษาเบื้องต้น (2) ด้านพัฒนาการ เป็นพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ ของผู้ดูแลเพื่อให้ทารกมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดตามแบบประเมินอนามัย 55 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการและกำหนดวิธีการส่งเสริมพัฒนาการทารกในทุกวัยและเป็นที่นิยมใช้ในงานสาธารณสุขของประเทศไทย (3) ด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย การตอบสนองด้านภาษา การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของศาสนาหรือขนบธรรมเนียมประเพณีในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ที่ปฏิบัติต่อทารก เช่น การเชือดสัตว์ให้ทารก (อากีเกาะ) การโกนศีรษะ และการเปิดปากทารกด้วยอินทผลัม (ตะหฺนีก) เป็นต้น และการสอนจริยธรรมต่างๆ ตามหลักการอิสลาม (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง เนื่องด้วยสามจังหวัดชายแดนใต้ มีพื้นที่ติดกับประเทศมาเลเซีย ซึ่งประชากรบางกลุ่มที่มี 2 สัญชาติ และไม่มีสัญชาติแต่สามารถอาศัยตามขอบชายแดนทั้ง 2 ประเทศ ซึ่งหากทารกมี 2 สัญชาติหรือไม่มีสัญชาตินั้น อาจมีผลต่อทารกในด้านสิทธิต่างๆ ที่ทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อาทิเช่น สิทธิการเรียน การรักษา เป็นต้น (อนุวัติ สงสม, 2549) ดังนั้นเพื่อให้ทารกมีสิทธิตามกฎหมาย จึงควรได้รับการแจ้งเกิดและการมีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น และในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย

(1) ความแข็งแรงของร่างกาย โดยเน้นในความสามารถของการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ของทารก เช่น ความสามารถในการเดิน วิ่ง นั่ง ซึ่งจากแบบประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินอนามัย 55 ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) พบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่จะเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการที่ต้องได้รับการประเมินและการส่งเสริมอยู่แล้ว จึงอาจเกิดการซ้ำซ้อนของข้อมูลได้ (2) การศึกษา เป็นการเตรียมตัวเด็กให้ได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม จากหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ทั้งนี้วัยทารกควรให้อยู่กับครอบครัว มากกว่าจะเร่งรีบเรื่องการศึกษาของทารก (3) การเตรียมตัวเข้าสู่อาชีพโดยการส่งเสริมความถนัดให้เต็มศักยภาพเพื่อให้เด็กได้มีอาชีพที่มั่นคง นอกจากนี้การที่ทารกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นทารกควรมีความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่ดีด้วย ซึ่งได้จากการประเมินน้ำหนักตัว ความยาวลำตัว ระดับพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยและการเจ็บป่วยที่น้อยครั้งและไม่รุนแรงจากประวัติการเจ็บป่วยของทารกหลังจากที่ทารกออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่ายังมีน้อยมากและที่มีอยู่ก็เป็นการศึกษาเพียงด้านพัฒนาการของทารกเพียงด้านเดียว นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่มักอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่การศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ทั้งในด้านศาสนาที่ส่วนมากเป็นศาสนาอิสลาม วัฒนธรรม สังคม การดำเนินชีวิตตามความเชื่อของศาสนา ตลอดจนเป็นพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่แนวทางในการจัดทำโปรแกรมการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งอาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทารกเกิดก่อนกำหนดอีกด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากรอบแนวคิดสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กและเยาวชน (สพด.) ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2533) ที่มีความเกี่ยวข้องกับทารกเกิดก่อนกำหนดมี 4 ด้าน ดังนี้ (1) โภชนาการและสุขภาพอนามัย (2) พัฒนาการ (3) วัฒนธรรม และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ทารกจะต้องมีความสมบูรณ์แข็งแรงด้านร่างกาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เลือกจากประชากรแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมและทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ที่มีอายุ 1-12 เดือน (เป็นอายุปรับใหม่ คือ อายุที่คำนวณจาก อายุหลังเกิด – จำนวนอายุครรภ์ที่เกิดก่อนกำหนด โดยกำหนดอายุครรภ์ที่ครบกำหนด คือ 40 สัปดาห์) ที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 118 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ทารกเกิดขณะมารดามีอายุครรภ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์
2. ปัจจุบันทารกมีอายุอยู่ระหว่าง 1-12 เดือน (อายุปรับใหม่)
3. ทารกต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาต่อเนื่องหรือต้องติดตามเป็นพิเศษ เช่น โรคหัวใจ ปอด หรือพัฒนาการของสมองล่าช้า เป็นต้น
4. ผู้ดูแลต้องเป็นบุคคลคนเดียวที่ดูแลทารกเป็นหลักขณะอยู่ที่บ้าน เช่น พ่อ แม่ ตา ยาย ปู่ ย่า พี่เลี้ยง หรือญาติ เป็นต้น และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับทารก
5. ผู้ดูแลทารกสามารถฟังคำถามเข้าใจ อ่านภาษาไทยและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูป กล่าวคือ ขนาดประชากรที่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดและได้ลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีทั้ง 3 โรงพยาบาลระหว่างเดือน มกราคม – กรกฎาคม 2557 รวมทั้งสิ้น 160 ราย จะมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 113 ราย (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างตาม บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2551)

ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละเท่าๆ กัน คือจำนวนละ 40 ราย รวมทั้งหมด 3 โรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 120 ราย แต่เมื่อผู้วิจัยได้จัดการข้อมูล พบว่ามีข้อมูล 2 ราย ที่ไม่สมบูรณ์จึงตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีทั้งสิ้น 118 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด
2. แบบประเมินความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยน้ำหนักตัวปัจจุบัน ความยาวลำตัวปัจจุบัน พัฒนาการ และประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่านมา โดยมีการกำหนดการให้คะแนน ดังนี้

2.1 ประเมินน้ำหนักตัวปัจจุบันของทารกเกิดก่อนกำหนด มีหน่วยวัดเป็นกิโลกรัม จากการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันในทุกราย โดยผู้ชั่งคือนักวิจัยเพียงคนเดียว หลังจากการบันทึกน้ำหนักตัวนักวิจัยจะนำน้ำหนักตัวทารกไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักตัวตามเกณฑ์อายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) โดยแบ่งเกณฑ์และให้คะแนน ดังนี้ (1) น้ำหนักตัวของทารกเป็นไปตามเกณฑ์อายุ ให้ 3 คะแนน (2) น้ำหนักตัวของทารกมากกว่า

เกณฑ์อายุ ให้ 2 คะแนน (3) น้ำหนักตัวของทารกต่ำกว่าเกณฑ์อายุ ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุด - สูงสุด เท่ากับ 1 - 3 คะแนน

2.2 ความยาวลำตัวปัจจุบันของทารกเกิดก่อนกำหนด มีหน่วยวัดเป็นเซนติเมตร จากการวัดความยาวด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักพร้อมวัดความยาวลำตัวเครื่องเดียวกันในทุกราย โดยผู้วัดคือนักวิจัยเพียงคนเดียว หลังจากบันทึกความยาวลำตัวจะนำความยาวลำตัวทารกไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานความยาวลำตัวตามเกณฑ์อายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) โดยแบ่งเกณฑ์และให้คะแนน ดังนี้ (1) ความยาวลำตัวของทารกเป็นไปตามเกณฑ์อายุ ให้ 3 คะแนน (2) ความยาวลำตัวของทารกมากกว่าเกณฑ์อายุ ให้ 2 คะแนน (3) ความยาวลำตัวของทารกต่ำกว่าเกณฑ์อายุ ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุด - สูงสุด เท่ากับ 1 - 3 คะแนน

2.3 ประเมินพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดตามอายุที่ปรับใหม่ แล้วประเมินพัฒนาการโดยใช้แบบประเมินอนามัย 55 (ฉบับปรับปรุง 49) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยแบ่งเกณฑ์และให้คะแนนตามกิจกรรมที่ทารกแต่ละช่วงวัยควรทำได้ โดยแบ่งแต่ละช่วงวัยได้ดังนี้ (1) พัฒนาการเด็กอายุ 1 เดือน (± 7 วัน) (2) พัฒนาการเด็กอายุ 2 เดือน (± 7 วัน) (3) พัฒนาการเด็กอายุ 4 เดือน (± 15 วัน) (4) พัฒนาการเด็กอายุ 6 เดือน (± 15 วัน) (5) พัฒนาการเด็กอายุ 9 เดือน (± 15 วัน) (6) พัฒนาการเด็กอายุ 12 เดือน (± 15 วัน) ซึ่งแต่ละช่วงวัยจะประกอบด้วยแบบทดสอบช่วงวัยละ 4 กิจกรรม โดยมีการแบ่งเกณฑ์และให้คะแนน ดังนี้ คือ (1) ระดับพัฒนาการปกติ คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถผ่านกิจกรรมการทดสอบในช่วงวัยนั้นๆ ได้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ให้ 2 คะแนน (2) ระดับพัฒนาการที่สงสัยว่าจะล่าช้า คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถผ่านกิจกรรมการทดสอบในช่วงวัยนั้นๆ ได้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 1 - 2 คะแนน

2.4 ประเมินประวัติการเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด ได้จากการบันทึกไว้ในแบบบันทึกการรักษา (OPD card) ในการมารับบริการรักษาสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยกำหนดเกณฑ์และให้คะแนน ดังนี้ (1) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย หลังจากออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด ให้ 2 คะแนน (2) มีประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมต่ำสุด – สูงสุด เท่ากับ 1 - 2 คะแนน

จากนั้นรวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (1) คะแนนเกณฑ์ประเมินน้ำหนักตัวของทารกปัจจุบัน (2) คะแนนเกณฑ์ประเมินความยาวลำตัวของทารกปัจจุบัน (3) คะแนนเกณฑ์การประเมินพัฒนาการ และ (4) คะแนนเกณฑ์การเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด โดยมีคะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 4 – 10 คะแนน แล้วนำมาหาระดับความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (1) ระดับดี มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มีคะแนน 8 - 10 คะแนน) (2) ระดับไม่ดี มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนน 4 - 7 คะแนน)

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน โดยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กและเยาวชน (สพด) (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, 2533) มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย มีจำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัยของทารกเกิดก่อนกำหนด (2) ด้านพัฒนาการ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้ประยุกต์จากวิธีการส่งเสริมพัฒนาการทารกในแต่ละช่วงวัยของทารกตามแบบประเมินอนามัย 55 (ฉบับปรับปรุง 49) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2555) (3) วัฒนธรรม จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมการดูแลทารกในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ซึ่งมักจะมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อและศาสนา และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกฎหมายในการให้สิทธิต่างๆที่ทารกควรได้รับ โดยแต่ละข้อจะมีเกณฑ์การให้คะแนนตามลักษณะคำตอบ ดังนี้ (1) 0 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานในข้อนั้นๆ ได้ไม่ถูกต้อง (2) 1 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานในข้อนั้นๆ ได้ถูกต้องบางส่วน (3) 2 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานในข้อนั้นๆ ได้ถูกต้องทั้งหมด จากนั้นรวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน โดยมีคะแนนรวมทั้งหมดที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 – 40 คะแนน แล้วนำมาหาระดับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดโดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับดี มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (มีคะแนน 32 - 40 คะแนน) (2) ระดับไม่ดี มีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 80 (มีคะแนน 0 - 32 คะแนน)

โดยเกณฑ์การประเมินระดับความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและระดับคุณภาพชีวิตได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งส่วนใหญ่การให้เกณฑ์ระดับดี ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (รสสุคนธ์ ศรีใส, 2548; วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550; อุทัยวรรณ สกลวสันต์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และ ปริศนา สุนทรไชย, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แต่ละแบบสอบถามผู้วิจัยได้มีการหาค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือ (Content Validity index: CVI) พบว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดได้เท่ากับ 0.80

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสัมภาษณ์การได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดได้เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา และได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งนี้จะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามเหตุผลได้ตลอด โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอเรียกเข้าพบแพทย์หรือหลังเข้าพบแพทย์ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยดูแลทารกตลอดเวลาและข้อมูลที่ได้รับจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีผลใดๆ ต่อแนวทางการรักษาพยาบาลทารก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแสดงความขอบคุณ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่ใช่ บิดา/มารดา หรือผู้ปกครองทารกที่ถูกต้องตามกฎหมายนั้น ผู้วิจัยจะทำการโทรศัพท์ขออนุญาตก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาลแล้ว นักวิจัยจัดทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลในคลินิกสุขภาพเด็กดี

2. เมื่อได้รับอนุญาต นักวิจัยแจ้งให้หัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าคลินิกสุขภาพเด็กดี และพยาบาลประจำการในหน่วยงานแต่ละโรงพยาบาลรับทราบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอเรียกเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยจะทำการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิโดยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ผู้วิจัยพากลุ่มตัวอย่างไปที่สถานที่จัดเตรียมไว้ พร้อมของเล่นสำหรับทารก และมีผู้ช่วยวิจัยช่วยในการดูแลทารกระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 - 60 นาที

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ แจ้งการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ไปรับบริการตามปกติ

6. ผู้วิจัยทำตามขั้นตอนขั้นต้น จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่และคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด

ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 32.2) รองลงมาประถมศึกษา (ร้อยละ 27.1) อายุเฉลี่ยที่ 26.23 ปี (S.D. = 1.50) อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกรรม (ร้อยละ 44.1) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 19.5) รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000–10,000 บาท (ร้อยละ 41.5) รองลงมา ≤ 5,000 บาท (ร้อยละ 39.8) มีความสัมพันธ์เป็นมารดา เท่ากันกับความสัมพันธ์เป็นยายและหรือย่า (ร้อยละ 32.2) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์เลี้ยงทารก (ร้อยละ 76.3)

ทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.9) อายุครรภ์เฉลี่ยที่ 33.04 สัปดาห์ (S.D. = 2.53) โดยปัจจุบันทารกอายุเฉลี่ยที่ 8.4 เดือน (S.D. = 2.60) เมื่อปรับอายุโดยมีการคำนวณอายุใหม่ พบว่า ทารกมีอายุเฉลี่ยที่ 6.71 เดือน (S.D. = 2.33) น้ำหนักตัวแรกเกิดเฉลี่ยที่ 1,905 กรัม (S.D. = 414.17) ความยาวลำตัวแรกเกิดเฉลี่ยที่ 37.59 เซนติเมตร (S.D. = 3.13) ทารกส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดโดยแพทย์วินิจฉัยว่ามีปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 44.07) ส่งผลให้ทารกต้องรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อเนื่องหลังคลอด ระยะเวลารักษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 30 วัน (ร้อยละ 39.83) โดยข้อมูลนี้ได้จากการบันทึกในแบบบันทึกการรักษา (OPD Card)

2. การประเมินความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด มีน้ำหนักตัวปัจจุบันเฉลี่ยที่ 7.6 กิโลกรัม (S.D. = 1.31) เมื่อนำน้ำหนักตัวมาเทียบกับเกณฑ์อายุ พบว่าส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 66.9) ความยาวลำตัวปัจจุบันเฉลี่ยที่ 67.89 เซนติเมตร (S.D. = 4.75) เมื่อนำความยาวลำตัวมาเทียบกับเกณฑ์อายุ พบว่าส่วนใหญ่มีความยาวลำตัวตามเกณฑ์อายุ (ร้อยละ 78.8) ประวัติการเจ็บป่วยของทารกหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิดพบว่า ส่วนใหญ่เคยเจ็บป่วยซ้ำที่ต้องเข้าโรงพยาบาล (ร้อยละ 62.7) โดยมากป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 69.45) ตลอดจนเมื่อตรวจสอบพัฒนาการทารก พบว่า ส่วนใหญ่มีพัฒนาการเป็นไปตามวัย (ร้อยละ 58.5) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความสมบูรณ์แข็งแรงของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละด้าน (n=118)

ความสมบูรณ์แข็งแรง	จำนวน	ร้อยละ
1. น้ำหนักตัวปัจจุบัน (กิโลกรัม) ($\overline{X}$ = 7.60, S.D. = 1.31, min-max = 5.0 - 11)		
ตามเกณฑ์	79	66.9
เกินเกณฑ์	23	19.5
ต่ำกว่าเกณฑ์	16	13.6
2. ความยาวลำตัวปัจจุบัน (เซนติเมตร) ($\overline{X}$ = 67.89, S.D. = 4.75, min-max = 56 - 80)		
ตามเกณฑ์	93	78.8
เกินเกณฑ์	12	10.2
ต่ำกว่าเกณฑ์	13	11
3.ประวัติเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อแรกเกิด จากการบันทึกในแบบบันทึกการรักษา (OPD card)	74	62.7
เคย	44	37.3
ไม่เคย		
4. ภาวะเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาลซ้ำ จากการบันทึกในแบบบันทึกการรักษา (OPD card)	82	69.49
ระบบทางเดินหายใจ	21	17.79
ระบบทางเดินอาหาร	15	12.72
ติดเชื้อต่างๆ		
5. ระดับพัฒนาการประเมินโดยแบบประเมินอนามัย 55 (พัฒนาการเด็กปฐมวัย)	49	41.5
สามารถผ่านกิจกรรมทดสอบได้บางข้อ	69	58.5
สามารถผ่านกิจกรรมทดสอบได้ทุกข้อ		

เมื่อนำการประเมินความสมบูรณ์แข็งแรงด้านร่างกายทุกด้านของทารกเกิดก่อนกำหนด มารวมคะแนน พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสมบูรณ์แข็งแรงที่ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 8.17 คะแนน (S.D. = 1.36) และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับดี (ร้อยละ 77.1)

คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในด้านต่างๆ ดังนี้ (1) ด้านโภชนาการและอนามัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 65.2) (2) ด้านพัฒนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 57.5) (3) ด้านวัฒนธรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 58.86) (4) ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 81.35) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในแต่ละด้าน (n=118)

คุณภาพชีวิตได้รับตอบสนองความต้องการพื้นฐาน	จำนวนร้อยละการได้รับตอบสนองความต้องการ		
	ถูกต้องครบถ้วน	ถูกต้องบางส่วน	ไม่ถูกต้อง
1. ด้านโภชนาการและอนามัย	65.2	27.9	6.9
2. ด้านพัฒนาการ	57.5	38.9	3.6
3. ด้านวัฒนธรรม	58.86	32.84	8.3
4. ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง	81.35	18.65	0

เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการทุกด้านมารวมคะแนน พบว่า คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 33 คะแนน (S.D. = 3.05) และส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับดี (ร้อยละ 54.2)

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 33 คะแนน (S.D. = 3.05) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 54.2 และในระดับไม่ดี ร้อยละ 45.8 จะเห็นได้ว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างเกณฑ์ระดับดีและระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ แต่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการของทารกและพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดา พบว่าส่วนใหญ่ให้การตอบสนองความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (รสสุคนธ์ ศรีใส, 2548; วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550; อุทัยวรรณ สกลวสันต์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และปริศนา สุนทรไชย, 2550) อาจเนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง โดยแต่ละครั้งของการเจ็บป่วยต้องให้การดูแล รักษาที่ซับซ้อน ยุ่งยากและระยะเวลานานกว่าทารกครบกำหนด โดยการเข้ามารักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง อาจส่งผลให้ทารกเกิดความเครียด และความปวดที่เรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากหัตถการในการรักษา โดยผลกระทบของการปวดส่งผลได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในระยะยาวจะมีผลต่อพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม อาจทำให้ระบบประสาทส่วนกลางถูกทำลายและมีความผิดปกติอย่างถาวร มีผลให้พัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว สมองพิการ การเรียนรู้และความจำที่ช้าลง (สุธิต คุณประดิษฐ์, 2548) จึงอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นอยู่ในระดับที่ไม่ดี

นอกจากนี้เมื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล เห็นได้ว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลอยู่ในระดับประถมถึงมัธยมศึกษา ซึ่งค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์ที่รัฐบาลกำหนด คือ ประชาชนควรได้รับการศึกษาอย่างต่ำเป็นระยะเวลา 12 ปี หรือเทียบเท่า คือสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 6 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเลือกสรรสื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูทารกหรือตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อทารกได้ (Isaranurug, Nanthamongkolchai, & Kaewsiri, 2005) โดยเมื่อศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงทั้งด้านศาสนาและสามัญ จะมีบทบาทในการเลี้ยงดูทารกได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (ฟัยซอล มะหะหมัด, ปราณี ทองคำ, และมารุต ดำชะอม, 2550) ยิ่งในผู้ดูแลที่เรียนศาสนาระดับสูง ผู้ดูแลจะสามารถประยุกต์ใช้ความรู้

เรื่องศาสนาดังกล่าวมาเลี้ยงดูทารก ส่งผลให้ทารกมีพฤติกรรมที่ดีได้ในอนาคต (ฟารีดาห์ ยงกิจ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของเฮส ทีตี และฮุสเซ เกรนเดน (Hess, Teti, & Hussey-Gardner, 2004) ศึกษาในผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ในการดูแลทารกในประเด็นต่างๆ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยได้ดี เป็นต้น ประกอบกับเมื่อศึกษาในงานวิจัยนี้เกี่ยวกับรายได้ของผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่อาศัยในครอบครัวเดียวกับทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า รายได้ต่อเดือนยังค่อนข้างน้อย กล่าวคือรายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ยังน้อยกว่าค่าครองชีพของประชาชนที่รัฐบาลกำหนดไว้ คือประชาชนต้องมีรายได้ขั้นต่ำต่อเดือน 12,000 บาท (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) อาจส่งผลให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดไม่ได้เต็มที่เท่าที่ควร เนื่องด้วยผู้ดูแลต้องหาอาชีพเสริมเพื่อให้มีรายได้ในการจุนเจือครอบครัวให้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะสามารถเลือกสรรสิ่งของต่างๆ หรือเลือกสิ่งต่างๆ ที่ดีและมีประโยชน์ต่อทารกได้อย่างเต็มที่ และมีกำลังเงินที่จะเลือกซื้ออาหาร หรือจัดสภาพแวดล้อมในครอบครัวได้ดี อีกด้วย (ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุคนธ์, 2550) ทั้งนี้จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากนัก

เมื่อศึกษาคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในแต่ละด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้ (1) ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย พบว่าทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 65.2 โดยผลวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และขาดความตระหนักในการติดตามการเจริญเติบโตของทารก ทำให้ทารกได้รับการดูแลและส่งเสริมด้านการเจริญเติบโตของร่างกายได้ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของศิราคริน พิชัยสงคราม นุชสรา ทรัพย์อินทร์ ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และทวีพร เพ็งมาก (2554) ได้ศึกษาสาเหตุภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-72 เดือน ชุมชนชายทะเล จังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้ดูแลมักขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินติดตามภาวะขาดสารอาหารของทารก จึงส่งผลให้ทารกส่วนใหญ่มีพัฒนาการการเจริญเติบโตด้านร่างกายล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (2) ด้านพัฒนาการ พบว่าทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 57.5 โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา มีค่าร้อยละการตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อาจคิดว่าการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาสามารถส่งเสริมได้ดี ในขณะที่เด็กอยู่วัยเรียนโดยโรงเรียนจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ มโนวงศ์ (2550) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน พบว่า ในช่วงวัยทารกและวัยหัดเดินผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เจริญเติบโตมากกว่าการดูแลพัฒนาการด้านสติปัญญา (3) ด้านวัฒนธรรม พบว่าทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 58.86 ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักขาดการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของศาสนาที่ปฏิบัติต่อทารก โดยเฉพาะการเชือดสัตว์ให้ทารก (อากีเกาะ) โดยใช้แพะหรือแกะ อายุ 2 ปี ในการประกอบพิธีกรรม โดยทารกเพศหญิงใช้จำนวน 1 ตัว และเพศชายใช้จำนวน 2 ตัว แต่ด้วยราคาของแพะหรือแกะที่ค่อนข้างแพง และจำกัดด้วยอายุของแพะหรือแกะ ทำให้หามาประกอบพิธีกรรมได้ยาก ประกอบกับรายได้ของผู้ดูแลมีรายได้ค่อนข้างน้อยส่งผลให้ทารกไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านวัฒนธรรมเท่าที่ควร (4) ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง พบว่าทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 81.35 อาจเนื่องจากปัจจุบันด้วยสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้รัฐบาลมีความเข้มงวดในการดูแลเกี่ยวกับการให้สัญชาติกับทารกมากขึ้น ทั้งการแจ้งเกิด การขึ้นชื่อในทะเบียนบ้าน โดยมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ตลอดจนทารกเกิดก่อนกำหนด เมื่อแรกเกิดมักมีร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ยังไม่ดี ซึ่งอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ทุกขณะ ดังนั้นในช่วงแรกเกิดจึงต้องมีการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้ทารกและมารดาเกิดการแยกจากตั้งแต่แรกเกิด มารดาขาดโอกาสได้เห็นทารก แต่หากได้เห็นก็อยู่ในช่วงเวลาสั้นๆ

ขณะที่อยู่ในห้องคลอดเท่านั้น และเมื่อมารดามีโอกาสเข้าไปเยี่ยม มารดาต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจากลักษณะสภาพของทารก เช่น ทารกตัวเล็กไม่สมส่วน อ่อนแอ บอบบาง ตลอดจนแสง เสียงจากเครื่องมือทางการแพทย์ที่มารดาไม่คุ้นเคย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้มารดารู้สึกว่าทารกมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และอาจเสียชีวิตได้ (Davis, Edward, Mohay, et al., 2003) ประกอบกับการทำงานของแพทย์และพยาบาลที่มีความเร่งรีบที่ต้องช่วยเหลือทารกโดยที่มารดาเองไม่สามารถปลอบโยน หรือช่วยเหลือใดๆ เมื่อทารกร้องด้วยความเจ็บปวด ไม่สามารถกอด หรืออุ้มทารกได้ ส่งผลให้มารดาเป็นห่วงทารก กระวนกระวายใจ กลัว โกรธ และอาจรู้สึกผิด ว่าตนเองเป็นต้นเหตุให้บุตรต้องเกิดการเจ็บป่วยเช่นนี้ (Feeley, Zelkowitz, Goulet, et al., 2006) ซึ่งความรู้สึกนี้ อาจกระทบต่อบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้ เช่น มารดาไม่กล้าสัมผัสทารก ไม่มั่นใจในการดูแลทารก และหลีกเลี่ยงการดูแลทารกได้ (ปาริชาติ บัวหลวง, 2552; Davis, Edward, Mohay, et al., 2003) จากปัญหาดังกล่าว อาจนำไปสู่การปฏิเสธทารก การทอดทิ้งทารก และการเลี้ยงดูทารกที่ไม่เหมาะสมของมารดาได้ในอนาคต และเมื่อมีการปฏิเสธทารกเกิดขึ้น ผู้ดูแลก็อาจขาดการใส่ใจ ดูแลทารกได้ ทำให้ทารกอาจได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมาได้

สรุป

คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในทุกๆ ด้าน อยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก ไม่ว่าจะเป็นด้านโภชนาการและอนามัย ด้านพัฒนาการทารก และด้านวัฒนธรรม ดังนั้นจึงควรเน้นให้พยาบาลจัดทำการวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดก่อนกลับบ้านให้ชัดเจน โดยเฉพาะคำแนะนำในการส่งเสริมการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในด้านโภชนาการและอนามัย และพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด อาจจะอยู่ในรูปแบบการจัดอบรมผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หรือการให้คู่มือและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติได้จริงและประเมินผลการให้ความรู้ดังกล่าวได้ รวมทั้งการให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและครอบครัวโดยมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อของพื้นที่นั้นๆ ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลและใส่ใจด้านจิตวิญญาณที่พยาบาลควรตระหนักเพื่อให้การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลทารกให้ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพิ่มขึ้นเพื่อให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำโปรแกรมในการให้ความรู้กับผู้ดูแลในเรื่องการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในทารกเกิดก่อนกำหนดให้อยู่ในรูปแบบของการให้ความรู้ผู้ดูแลทารก ติดตามการเลี้ยงดู และการส่งต่อในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักคณะกรรมการอุดมศึกษาที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัยนี้ ขอขอบคุณที่ปรึกษาวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ พี่ๆ และเพื่อนร่วมงานในคณะพยาบาลศาสตร์ และหน่วยงานส่งเสริมงานวิจัยและตำรา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกสุขภาพเด็กดีทุกโรงพยาบาลที่ได้ไปเก็บข้อมูล ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมและผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

รายการอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2553).**สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2553).**การศึกษาและพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดความมั่นคงของมนุษย์.** วันที่ค้นหา 7/10/56 จาก www.M-society.go.th/lld/article/no29.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก.** กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **อนามัย 55 แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (เฝ้าระวัง) (อนามัย 49 ฉบับปรับปรุง)**. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์. (2551). **การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2551). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปาริชาติ บัวหลวง. (2552).**ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาต่อความเครียดและการแสดงบทบาทมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. (2551). อัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนด. **ประชากรและการพัฒนา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 28**(5), 36-39.

ฟารีดาห์ ยงกิจ. (2551). **วิธีการปลูกฝังความศรัทธาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวไทยมุสลิมในอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศิลปศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.

ฟัยซอล มะหะหมัด, ปราณี ทองคำ, และมารุต ดำชะอม. (2550). บทบาทของครอบครัวในการปลูกฝังในด้านจริยธรรมแก่เยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี. **วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 14**(1), 35-54.

รสสุคนธ์ ศรีใส. (2548). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการของทารกและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการเลี้ยงดูทารกอายุ 4-12 เดือน ในจังหวัดพัทลุง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วันเพ็ญ มโนวงศ์.(2550). **การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศิราครินทร์ พิชัยสงคราม, นุชสรา ทรัพย์อินทร์, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และทวีพร เพ็งมาก. (2554). **สาเหตุของภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-72 เดือน ชุมชนชายทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส.** รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, นราธิวาส.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และปราณี สุทธิสุคนธ์. (2550). **การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 5**(1), 105-118.

สุธิต คุณประดิษฐ์. (2548). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: จุดเริ่มต้นในทารกสู่โรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่. **Chula Med Journal, 48**(5), 309 - 322.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2553,ตุลาคม23).**แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ.2554-2559.** สืบค้นเมื่อ กุมภาพันธ์ วันที่ 20, 2555, จาก http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395.

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ.(2533).**สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพด.).** กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

อนุวัต สงสม. (2549). การกระจายรายได้ระหว่างภาคเศรษฐกิจของสามจังหวัดชายแดนใต้. **วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 14**(1), 6-9.

อุทัยวรรณ สกลวสันต์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น และปริศนา สุนทรไชย. (2550). ความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแล. **พยาบาลสาร,** 35(4), 86-97.

Davis, L., Edward, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very preterm birth on the psychological health of mothers. **Early Human Development, 73,** 61-70.

Feeley, N., Zelkowitz, P., Goulet, C., Charbonneau, L., Cormier, C., Papageorgiou, A., et al. (2006). **Stress of mothers of very low birthweight infants during the NICU hospitalization.** Retrieved October 25, 2012, from http://allacademic.com/meta p94274_index.html.

Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infant: The moderating role of parent knowledge of infant development. **Applied Developmental Psychology, 25,** 423-437.

Isaranurug, S., Nanthamongkolchai, S., & Kaewsiri, D. (2005). **Factor influencing development of children aged one to under six years old. Journal Medicine Association Thai, 88**(1), 86-90.

Khan, N. Z., Muslima, H., Parveen, M., Bhattacharya, M., Begum, N., Chowdhury, S., et al. (2006). Neuro developmental outcomes of preterm infant in Bangladesh. **Pediatrics, 118**(1), 280-289.

Raju, T.N., Higgins, R.D., Strak, A.R., & Leveno, K.J. (2006). Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infant: A Summary of the workshop sponsored by the National Institute of child Health and Human Development. **Pediatrics, 118**, 1207-1214.

Simmons, L.E., Rubens, C.E., Darmstadt, G.L. & Gravett, M.G. (2010). Seminars in Perinatology, Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the **Epidemiology, Causes, and Intervention. 34**(6), 408-415.

Varaporn Sangtawesin, Yupayao Singarj, & Wiboon Kanjanapattanakul. (2011). Growth and Development of Very Low Brith Weight Infants Aged 18-24 Months at Queen Sirikit National Institute of Child Health. **J Med Assoc Thai, 94**(3). 101-106.

World Health Organization. (2006). **The incidence of Low Birth weight: a critical review of available information,** Health Statistic: World Health Organization Geneva.