

รหัสโครงการ SUT8-805-61-12-02



รายงานการวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด
(Factors Predicting Quality of Life of Children
who were Born with Preterm Condition)

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

รหัสโครงการ SUT8-805-61-12-02



รายงานการวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด
(Factors Predicting Quality of Life of Children
who were Born with Preterm Condition)

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

วรัชชล พิเชียรวิไล

สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ผลงานวิจัยเป็นความรับผิดชอบของหัวหน้าโครงการวิจัยแต่เพียงผู้เดียว

สิงหาคม 2564

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา ถิ่นกาญจน์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และเสนอข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุน และให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาช่วยตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ เด็ก พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ที่สำคัญขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยให้สำเร็จ ลุล่วง และทำยประสบความสำเร็จของรายงานวิจัยนี้ขอมอบส่วนดีให้บุพการีและคณาจารย์

วรัชชล พิเชียรวิไล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนดต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เด็กเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุ 18 – 24 เดือนและผู้ดูแลเด็ก จำนวน 110 คู่ ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน แบบประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยแบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.88 และค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาปัจจัยทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่คือมารดา มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย มีการให้เด็กใช้เทคโนโลยี ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ ความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 55.5 เด็กเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 32–36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,000–2,499 กรัม คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมกำหนดอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมคือ รายได้ของครอบครัว ($r = 0.25, p < 0.01$) โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 6.5 ส่วนปัจจัยทางด้านผู้ดูแลและปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการส่งเสริมความรู้ในการดูแลเด็ก ส่งเสริมการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของเด็ก ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยต้องคำนึงถึงเรื่องราวได้ของครอบครัวเป็นหลักในการให้คำแนะนำ

Abstract

Purposes of this descriptive research were to study factors predicting quality of life of children who were born with preterm condition, and factors (caregiver, social support, preterm) related to their quality of life. The sample included preterm infants aged 18-24 months and 110 dyads of caregivers who received health check-up services at provincial hospitals and sub-district health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima, Surin, Buriram and Chaiyaphum provinces. Data were collected using a three-part questionnaire 1) general information and knowledge of children care 2) personal information of children and 3) The quality of life of children includes: basic necessities, growth and development assessment. Content validity indices(CVI) was 0.88 and the reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.83. Data were analyzed by using Pearson's product moment correlation coefficient and determining the predictive factors by stepwise multiple regression analysis.

The result revealed that most of the caregivers were mothers aged 35 years and over, out of work, not enough income to spend, and give the children using mobile phone. The knowledge of children care of most caregivers was poor. (55.5%) Most of children were 32-36 weeks of gestational age, and birth weight was between 2,000-2,499 grams. The quality of life of children was good. (40.9%) There was only one factor that was statistically related to quality of life: social support (family income). ($r = 0.25$, $p < 0.01$) could predict quality of life 6.5%. Whereas caregiver factor and preterm factor could not predict quality of life of children who were born with preterm condition.

The result of this study suggest that nurses can promote quality of life of children who were born with preterm condition by providing knowledge of children care, promote responses to children's basic necessities, promote growth and development. Appropriate suggestions were made bases on the family income as the key to giving advice.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ทฤษฎีและกรอบแนวความคิดของการวิจัย.....	6
นิยามตัวแปร.....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ทารกเกิดก่อนกำหนด.....	10
คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด.....	11
ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด	17
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	21
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การวิเคราะห์ข้อมูล	27
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ผลการวิจัย	28
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	42
อภิปรายผล	43
ข้อเสนอแนะ	45

บรรณานุกรม	46
ภาคผนวก	
ก. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม	54
ข. ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	56
ค. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	59
ง. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	63
จ. เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ (EC-60-61)	73
ประวัติผู้วิจัย	74



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ.2559 และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	22
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้เด็กใช้เทคโนโลยี	29
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตอบความรู้ในการดูแลเด็ก ถูกและผิดเป็นรายข้อ	32
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ในการดูแลเด็ก	33
5. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความรู้ในการดูแลเด็กโดยรวม	34
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บป่วย หลังออกจากโรงพยาบาล น้ำหนักแรกเกิด และความยาวแรกเกิด	34
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวใน การเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน เป็นรายข้อ	36
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความจำเป็นพื้นฐาน	39
9. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน โดยรวม	39
10. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (weight by height) พัฒนาการของเด็กในปัจจุบัน และระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	39
11. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต	40
12. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนดกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด	41
13. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน	41

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1. แผนผังกรอบแนวคิดในการวิจัย

7



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึงทารกคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (World Health organization, 1970) ทุกปีจะพบทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน และทุกประเทศมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจ 184 ประเทศทั่วโลกพบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5 – 18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และในปี 2559 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคน โดยสาเหตุเกิดจากการที่คลอดก่อนกำหนด (World Health organization, 2017) ในประเทศไทยมีการสำรวจอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Low Birth Weight) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 7 ของเด็กที่คลอด จากการสำรวจอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตั้งแต่ปี 2557 - 2559 ในประเทศไทยพบร้อยละ 5.22, 6 และ 5.8 ตามลำดับ และในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์พบร้อยละ 5.17, 6.53 และ 6.21 ตามลำดับ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2560) ในปัจจุบันมีองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้น ทำให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดลดลง สามารถช่วยชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนดได้มากขึ้น แต่ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา เนื่องจากการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายยังทำงานไม่สมบูรณ์ เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ จากความไม่สมบูรณ์ของปอด การติดเชื้อจากการขาดภูมิคุ้มกันโรค ความไม่สมบูรณ์ของระบบทางเดินอาหาร ภาวะโลหิตจาง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งอายุครรภ์แรกเกิดของทารกคือปัจจัยสำคัญของการอยู่รอด พบว่าอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการอยู่รอดของทารก (Escobar, Clark, & Greene, 2006)

ในทศวรรษที่ผ่านมา มีงานวิจัยเกี่ยวกับทารกคลอดก่อนกำหนดที่ศึกษาพัฒนาการเด็กในภาพรวม โดยศึกษาทั้งด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านภาษา ด้านสังคม และการช่วยเหลือตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะโรคหรือแยกศึกษาพัฒนาการเฉพาะด้าน (Mottram & Holt, 2010; Vieira & Linhares, 2011; Berbis, Einaudi, Simeoni, Brevaut-Malaty, Auquier, d'Ercole, et al., 2012; Verrips, Brouwer, Vogels, Taal, Drossaert, Feeny, et al., 2012) จากการศึกษาติดตามด้านพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะยาว พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่เคยเข้ารับการรักษาดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เมื่อโตขึ้นจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้าร้อยละ 40 (Stoelhorst et al., 2003) พัฒนาการล่าช้าเป็นปัญหาที่พบได้

บ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพัฒนาการเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้างและความสามารถ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์สังคม สติปัญญา (สกลสุภา อภิชัยบุญโชค, 2557) ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีอัตราการเกิดพัฒนาการล่าช้าสูงกว่าทารกเกิดครบกำหนดในทุกด้าน จากการศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในทารกคลอดก่อนกำหนดขณะมีอายุปรับแล้ว 6 เดือน กับทารกคลอดครบกำหนดขณะมีอายุ 6 เดือน พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในท่านอนหงาย นอนคว่ำ นั่งและยืนต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด (Maia, Silva, Oliveira, & Cardoso, 2011) ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าเด็กที่คลอดปกติในช่วงระยะแรกเพราะระบบสมองของทารกยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจะต้องติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ เช่น การได้ยิน การมองเห็น และจะค่อย ๆ พัฒนาเทียบเท่าเด็กปกติเมื่ออายุครบ 2 ปี ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่จึงแนะนำให้ติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนดตอนอายุ 2 ปี แต่ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุในครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ ควรประเมินพัฒนาการที่อายุ 3 – 4 ปี (Rugolo, 2005; Rugolo¹, Bentlin, Rugolo², Dalben, & Trindade, 2007) ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีการเจริญเติบโตไม่ดีในช่วงขวบปีแรก จะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติในการเจริญเติบโตในช่วงปีที่ 2 (Kiya, Rugolo, Luca, & Corrente, 2015) การศึกษาในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด พบว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีการเจริญเติบโตในด้านความสูงต่ำกว่าเด็กคลอดครบกำหนด นอกจากนี้ยังมีการลงทะเบียนเรียนล่าช้าและมีแนวโน้มจบการศึกษาต่ำ (Reuner, Hassenpflug, Pietz, & Philippi, 2009) และปัญหาพัฒนาการล่าช้ายังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กบางรายเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า (จุฬารักษ์ สมใจ, 2546) ส่วนครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องพาเด็กไปพบแพทย์บ่อยมากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อการทำงานได้ (กาญจนา คุณรังษีสมบูรณ์, 2555)

นอกจากมีการศึกษาด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโตในทารกคลอดก่อนกำหนดแล้ว ยังมี การศึกษาผลกระทบของทารกคลอดก่อนกำหนดในด้านสุขภาพองค์รวม เช่น ความสามารถในการทำ หน้าที่ต่าง ๆ การศึกษาคุณภาพชีวิต เป็นต้น โดยเฉพาะการศึกษาคุณภาพชีวิตที่กลายมาเป็นผลลัพธ์ สำคัญในการพิจารณาปัญหาสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงระดับอาชีวศึกษา อัตรา การตาย และอัตราการเจ็บป่วยของประชากรได้ (Saigal & Tyson, 2008) ในต่างประเทศมีวิธีการ ประเมินคุณภาพชีวิตและมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงวัยของคนที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด พบว่าส่วนใหญ่ศึกษาคุณภาพชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและเลือก ผู้ปกครองเป็นคนให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็ก ทบทวนการศึกษาพบว่าการประเมินคุณภาพ ชีวิตกับระดับสติปัญญา มีการวัดไอคิว (I.Q.) (Hack et al., 2011) ส่วนการศึกษาในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ จะใช้การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเอง (Vieira & Linhares, 2016) จากการประเมินคุณภาพชีวิต ของตนเองโดยวัยรุ่นที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะพบปัญหาด้านภาษา ด้านสติปัญญาและ

การรับรู้ และด้านความเจ็บปวด(Wolke, Chernova, Eryigit-Madzwamuse, Samara, Zwierzynska, & Petrou, 2013) การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยมาก ๆ พบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลงสัมพันธ์กับปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากได้รับการรักษาในช่วงแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติหลายอย่างซึ่งอาจมีผลต่อพัฒนาการทางความคิด (Breeman, van der Pal, Verrips, Baumann, Bartmann, & Wolke, 2017) ในประเทศไทยการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสมโดยใช้แนวคิดความจำเป็นพื้นฐาน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) กล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนรวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยกำหนดเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 สุขภาพ หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม หมวดที่ 3 การศึกษา หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ หมวดที่ 5 ค่านิยม (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2559) ส่วนการวัดคุณภาพชีวิตประชาชนหรือเด็กที่คลอดก่อนกำหนดในต่างประเทศนั้น มีความคล้ายคลึงกับการวัดคุณภาพชีวิตในประเทศไทย คือวัดจากความจำเป็นพื้นฐาน (OECD, 2016) การดูแลคุณภาพชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนดให้ดีขึ้น ทารกควรได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับการเอาใจใส่จากผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด ในส่วนของประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ อายุ 1 – 12 ปี พบว่าคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมอยู่ในเกณฑ์ดี ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลมีอิทธิพลและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเฉพาะในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (วนิสา หะยีเซะ, นุชสรุา ทรัพย์อินทร์, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และนุจรี ไชยมงคล, 2558) การศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกอายุ 6 เดือนที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด พบว่าสภาวะภายหลังคลอดของทารกคลอดก่อนกำหนด ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของทารก จึงควรส่งเสริมให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้คำแนะนำและความรู้แก่มารดาในเรื่องการให้นมมารดา การให้อาหารเสริม การรักษาความสะอาดช่องปาก ภูมิคุ้มกันโรค การให้บิดามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร (สมสิริ อัทธเสรี, 2540)

แรงงานสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเด็ก สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัยมากขึ้น ครอบครัวมีการปรับตัวโดยการส่งสมาชิกครอบครัวไปทำงานในเขตอุตสาหกรรมและเมืองใหญ่ของประเทศ ทิ้งบุตรหลานให้อยู่กับปู่ย่า ตายายเป็นผู้เลี้ยงดูในเขตชนบท โดยเฉพาะในเขตภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งบริบทครอบครัวไทยในภาคอีสานนั้นส่วนใหญ่จะมีปู่ ย่า ตา ยายช่วยเลี้ยงหลาน บางคนก็เลี้ยงตั้งแต่แรกเกิด บางคนก็เริ่มเลี้ยงเมื่ออายุ 1 ปีหลังจากหย่านมแล้ว (ชนินทร์

จารุจันทร์, 2541) เด็กปฐมวัยและวัยรุ่นที่บิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเป็นส่วนใหญ่ มีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดูด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และการส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจ สังคมและสติปัญญาดีกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูโดยบุคคลอื่นที่มีใช้บิดามารดา ซึ่งโดยมากมักเป็นปู่ย่า ตายาย (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่สมาชิกมีการย้ายถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่คือ บิดา มีโอกาสที่จะมีไอคิวต่ำกว่าปกติ 1.4 เท่าของเด็กที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีการย้ายถิ่น (สุธรรม นันทมงคลชัย, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรื่องดารกานนท์ และศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอายุ 1-5 ปี โดยเด็กที่บิดามารดามีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวและมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดีมีส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่มีลักษณะตรงกันข้าม (Isaranurug, Nanthamongkolchai, & Kaewsiri, 2005)

ในปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน เทคโนโลยีสารสนเทศทุกรูปแบบเป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวเด็กมากเพราะสามารถเข้าถึงตัวเด็กได้อย่างรวดเร็วในทุกที่ทุกเวลา (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2556) เทคโนโลยีสารสนเทศมีหลากหลายองค์ประกอบทั้งเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสื่อสารโทรคมนาคม ซึ่งมีการใช้งานผ่านหลากหลายรูปแบบ โดยอุปกรณ์ที่มีแนวโน้มในการใช้เป็นจำนวนมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต ได้แก่ แท็บเล็ต (tablet) สมาร์ทโฟน (smartphone) (สุขุม เฉลยทรัพย์, 2555) ซึ่งการใช้งานแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ทั้งต่อผู้ดูแลเด็กและตัวเด็กเอง ในส่วนข้อดีของการใช้เทคโนโลยีในผู้ดูแลเด็ก พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลเรื่องโรค อาการเจ็บป่วยและการรักษา วิธีการป้องกัน ปัญหาสุขภาพ ข้อมูลสมุนไพร บทความที่แพทย์เขียนการออกกำลังกาย วิธีการบำรุงสุขภาพร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ ข้อมูลโรงพยาบาล อาหารเสริมช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ (วรรณรัตน์ รัตนวรงค์, 2558) ส่วนข้อเสีย ได้แก่ การที่ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถเข้าถึงความรู้โดยใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นหรือเสพติดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากเกินไป การใช้สมาร์ทโฟนที่มากเกินไปทำให้เกิดผลที่ตามมาคือความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและสุขภาพแย่ลง (Thomé e, Härenstam, & Hagberg, 2011) สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า ผู้ใหญ่มักจะ让孩子เล่นแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนมากขึ้น การศึกษาการใช้อินเทอร์เน็ตในเด็กอายุ 6 – 14 ปี พบว่าใช้ในเล่นเกมร้อยละ 27.9 ใช้เพื่อความบันเทิงร้อยละ 19.2 และใช้หาความรู้ร้อยละ 17.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) สมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Pediatrics, AAP) เตือนว่าไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ใช้เวลากับสื่อแบบหน้าจอของอุปกรณ์สื่อสารทุกชนิดที่ไม่ใช่ทีวีโอเอชดี เนื่องจากอาจทำให้พัฒนาการทางภาษาล่าช้าและรบกวนการนอนหลับของเด็ก สำหรับเด็กอายุ 2 ถึง 5 ปี ให้จำกัดการใช้งานหน้าจอเป็นเวลา 1 ชั่วโมงต่อวันสำหรับโปรแกรมที่มีคุณภาพสูง และผู้ดูแลควรร่วมดูสื่อกับเด็ก ๆ เพื่อช่วยให้พวกเขาเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาเห็น และนำมาใช้กับโลกรอบตัว (The American Academy of Pediatrics, 2016) สมาคมกุมารแพทย์

แห่งญี่ปุ่นออกโปสเตอร์เตือนอันตรายของการใช้สมาร์ทโฟน ซึ่งมีผลกระทบด้านลบต่อเด็กทั้งสุขภาพกาย การเรียน และพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยกระทรวงศึกษาธิการ วัฒนธรรม กีฬา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ตั้งแต่ปีค.ศ. 2014 นักเรียนชั้นประถมและมัธยมที่ใช้เวลากับโทรศัพท์มากจะยังมีผลการเรียนถดถอยลง การจ้องมองจอภาพเป็นเวลานานยังมีส่วนทำลายสมองและทำให้ประสิทธิภาพเรื่องความจำถดถอยอีกด้วย และผลวิจัยในปี 2004 เคยพบว่าโทรศัพท์ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กเพราะเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้เด็กขาดพัฒนาการด้านการสื่อสารและความคิดสร้างสรรค์ แต่การใช้สมาร์ทโฟนซึ่งมีจอขนาดเล็กจะยังมีผลเสียมากกว่า ผู้ดูแลเด็กควรจำกัดเวลาการดูโทรศัพท์ เล่นเกม และการใช้สมาร์ทโฟนของเด็กให้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรให้ดูโทรศัพท์หรือใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์โดยสิ้นเชิง (Mainichi Japan, 2017)

จากข้อมูลข้างต้นพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเด็กคลอดก่อนกำหนดหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านทารกคลอดก่อนกำหนด การทบทวนการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งศึกษาในเด็กอายุ 6 เดือน (สมสิริ อัทธเสรี, 2540) และพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ที่ทำการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี (วนิสา หะยีเซะ และคณะ, 2558) ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีวัฒนธรรมอีสานและมีจำนวนการย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่นสูง ทำให้ปู่ย่า ตายายเป็นผู้ดูแลเด็กแทนบิดามารดา และในปัจจุบันพบการใช้เทคโนโลยีแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนที่เข้ามามีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กมากขึ้น แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยนี้กับคุณภาพชีวิตเด็กคลอดก่อนกำหนดพบเพียงการศึกษาในเด็กทั่วไป

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์ เนื่องจาก การศึกษาข้อมูลเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์ ประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ ในปี 2560 พบว่ามีจำนวนประชากรประมาณ 6.7 ล้านคน มีความคล้ายคลึงกันในบริบทของวัฒนธรรม อาหาร และการดำเนินชีวิตในรูปแบบภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง และมีอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ร้อยละ 5.17 เป็นร้อยละ 6.21 ในปี 2559 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2560) การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กคลอดก่อนกำหนดจะค่อย ๆ พัฒนาเทียบเท่าเด็กปกติเมื่ออายุครบ 2 ปี (Rugolo, 2005; Rugolo, & et.al., 2007) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเด็กอายุ 18 - 24 เดือนที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด เนื่องจาก ยังไม่พบการศึกษาในช่วงอายุนี้นี้ในประเทศไทย โดยการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์ คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อช่วยลดปัญหาที่ตามมาของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ทั้งในเรื่องสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงสร้างพื้นฐานสุขภาพที่ดีตั้งแต่แรกเกิด ช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนดต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลเทรตัน โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คู่ (ผู้ดูแลและเด็ก) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2562

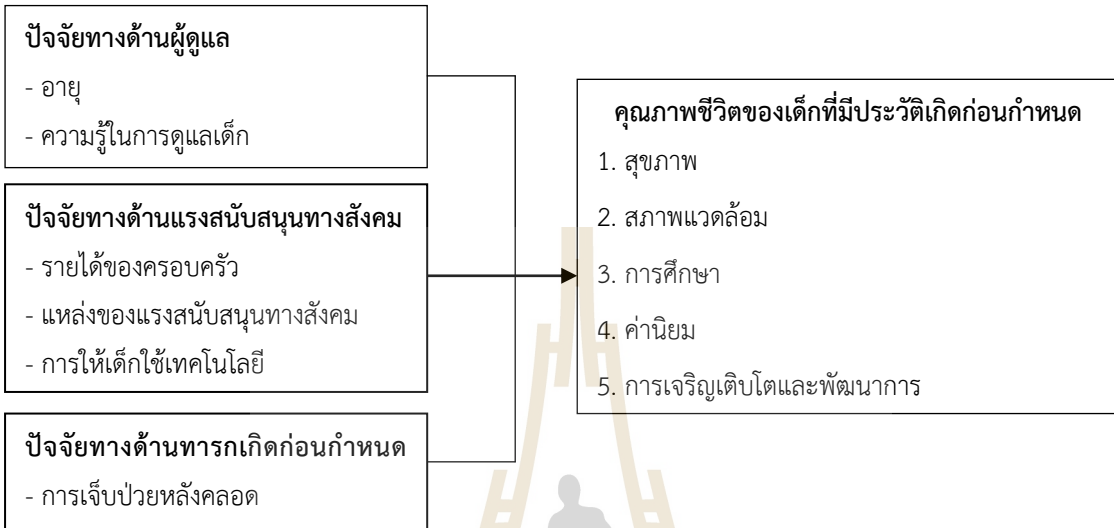
ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัย

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึงทารกที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม จากแนวคิดความจำเป็นพื้นฐานช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) กล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนรวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยกำหนดเครื่องชี้วัดทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 สุขภาพ หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม หมวดที่ 3 การศึกษา หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ หมวดที่ 5 ค่านิยม (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2559) ในส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยขอใช้เครื่องชี้วัดที่มีความเกี่ยวข้องในการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของเด็ก 4 หมวด จาก 5 หมวด เนื่องจากหมวดที่ 4 ไม่เกี่ยวข้องกับทารกคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มเติมการวัดการเจริญเติบโต และพัฒนาการซึ่งเป็นพื้นฐานของการประเมินสุขภาพเด็ก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยได้มาตรฐาน ใช้ยาบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม มีน้ำใช้เพียงพอ มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน การป้องกันอุบัติเหตุ ความปลอดภัย
3. ด้านการศึกษา ประกอบด้วย การส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม ได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์

4 ค่านิยม ประกอบด้วย คนในครอบครัวไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีความอบอุ่น สมาชิกในครัวเรือนมีเวลาอยู่พร้อมหน้าและได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งรุนแรง

5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูงเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน การประเมินพัฒนาการโดยใช้เดนเวอร์ II (Denver II)



ภาพที่ 1 แผนผังกรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามตัวแปร

1. **คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด** หมายถึง การที่เด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดความสุขและการเป็นอยู่ที่ดี ในการประเมินครั้งนี้ได้จากการที่เด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดได้รับการได้รับการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐานในด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อม การศึกษา และค่านิยม ร่วมกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ คือมีน้ำหนัก ส่วนสูงและพัฒนาการเป็นไปตามปกติ โดยมีค่าจำกัดความและการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐาน หมายถึง การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายประเมินจากสุขภาพ คือ การที่เด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ได้รับนมแม่อย่างเดียวยอย่างน้อย 6 เดือนแรกติดต่อกัน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยและได้มาตรฐาน ได้รับยาเพื่อบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ได้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ประเมินจากค่านิยมในครอบครัว คือการที่เด็กมีครอบครัวโดยที่คนในครอบครัวไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีความอบอุ่น สมาชิกในครัวเรือนมีเวลาอยู่พร้อมหน้าและได้ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรืออย่างน้อยเดือนละ 4 ครั้ง สมาชิกใน

ครอบครัว มีความเคารพนับถือกัน และไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งรุนแรง เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาหารือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนการตอบสนองความต้องการด้านสังคมประเมินจากสภาพแวดล้อมและการศึกษา คือการที่เด็กมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม มีน้ำใช้เพียงพอ มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน การป้องกันอุบัติเหตุ มีความปลอดภัยและการที่เด็กได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม ได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์

1.2 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

1.2.1 การเจริญเติบโต หมายถึง น้ำหนัก/ส่วนสูง เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2542 โดยปกติควรประเมินการเจริญเติบโตโดยดูจากกราฟทั้งหมด 3 กราฟ ได้แก่ กราฟน้ำหนักเทียบกับอายุหรือที่เรียกว่า Weigh by Age กราฟส่วนสูงเทียบกับอายุหรือที่เรียกว่า Height by Age และกราฟน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงหรือที่เรียกว่า Weight by Height ในการศึกษาเลือกใช้ดัชนีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (Weight by Height) เนื่องจากเป็นการแสดงถึงความอ้วนผอม

1.2.2 ระดับพัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพที่เป็นการแสดงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านสังคม และด้านภาษา โดยเพิ่มขึ้นตามอายุของทารกตลอดก่อนกำหนด โดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการเดนเวอร์ 2 (Denver II) (Frankenburg et al., 1996) ประเมินทารกในวันที่มารับบริการตรวจสุขภาพ แบ่งระดับพัฒนาการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พัฒนาการปกติ สงสัยว่ามีพัฒนาการช้า และไม่สามารถประเมินได้

2. ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับทารก

2.1 อายุ หมายถึง อายุของผู้ดูแลเด็กในวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับตามปฏิทินเป็นจำนวนปีเต็ม เศษของเดือนถ้าเกิน 6 เดือนนับขึ้นเป็น 1 ปี

2.2 ความรู้ในการดูแลเด็ก หมายถึง ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลเด็กในเรื่องการให้อาหารที่เหมาะสมตามอายุ การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด การรักษาเมื่อเจ็บป่วย การส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มตัวแปรทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงเทคโนโลยี

3.1 รายได้ของครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพของบิดามารดาและ/หรือบุคคลในครอบครัว เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่ของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ที่ให้รายได้ในการดูแลเด็ก รวมกันในแต่ละเดือน

3.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง บุคคล/สิ่งที่มีส่วนร่วมในการช่วยดูแลเด็ก บุคคล เช่น ปู่ย่า ตายาย ญาติ เพื่อนของผู้ดูแลเด็ก สถานที่ทำงานของผู้ดูแลเด็ก การศึกษาหาความรู้ จากทางอินเทอร์เน็ต

3.3 การให้เด็กใช้เทคโนโลยี หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กให้เด็กดูโทรทัศน์ ใช้แท็บเล็ตและ/หรือ สมาร์ทโฟน แบ่งออกเป็นประเภทของเทคโนโลยีที่ใช้ ระยะเวลาที่ใช้ และจำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน

4. ปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง คุณลักษณะบางประการของเด็กที่มีประวัติ คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การเจ็บป่วยหลังคลอด

4.1 การเจ็บป่วยหลังคลอด หมายถึง ลักษณะของทารก ได้แก่ อายุในครรภ์มารดา น้ำหนัก แรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อน กำหนด ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ไม่เคยเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์นี้ คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อช่วยลดปัญหาที่ตามมาของทารก เกิดก่อนกำหนด ทั้งในเรื่องสุขภาพ การเจริญเติบโตและ พัฒนาการ รวมถึงสร้างพื้นฐานสุขภาพที่ดี ตั้งแต่แรกเกิด ช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจะนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์ ในการวางแผน ทำการศึกษาต่อเนื่อง โดยอาจจะวางแผนจัดทำเป็นแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเด็กที่มีประวัติเกิด ก่อนกำหนด และส่งเสริมผู้ดูแลเด็กในการดูแลคุณภาพชีวิตของเด็กต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้ 1. ทารกเกิดก่อนกำหนด 2. คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด และ 3. ทบพทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด

1.1 คำจำกัดความของทารกเกิดก่อนกำหนด

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (World Health organization, 1970)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่คลอดอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ (ครบ 259 วันเต็ม) (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2551; ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2551)

ระดับของการเกิดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Simmons, et al., 2010)

1.1.1 ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (moderately or late preterm) หมายถึง การคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ 32 - 36 สัปดาห์

1.1.2 ระดับมาก (very preterm) หมายถึง การคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์

1.1.3 ระดับมากที่สุด (extremely preterm) หมายถึง การคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์

1.2 ปัญหาที่พบบ่อยของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความไม่สมบูรณ์ในทุกะบบของร่างกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลายประการดังนี้ (จรรยาพร วรรณโชติ, 2554)

1.2.1 ปัญหาระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome; RDS) ภาวะหยุดหายใจในทารกคลอดก่อนกำหนด (apnea of prematurity; AOP) โรคปอดเรื้อรังในเด็ก (bronchopulmonary dysplasia) และภาวะปอดมีลมรั่ว (pneumothorax)

1.2.2 ระบบประสาทที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูงเกินไป (hypothermia and Hyperthermia) ภาวะพิษของออกซิเจนต่อตาในทารกคลอดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity; ROP) และภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage; IVH)

1.2.3 ระบบหัวใจและระบบเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด หลอดเลือดที่เชื่อมระหว่าง หลอดเลือดดำเข้าสู่ปอดและหลอดเลือดแดงที่ออกไปเลี้ยงร่างกาย (patent ductus arteriosus; PDA) และภาวะบิลิรูบินในกระแสเลือดสูง (hyperbilirubinemia)

1.2.4 ระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะลำไส้ขาดเลือด มาเลี้ยง (necrotizing enterocolitis; NEC) และภาวะขาดสารอาหาร (malnutrition)

1.2.5 ระบบภูมิคุ้มกันที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

1.2.6 ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) และภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย ผิดปกติแต่กำเนิด (congenital hypothyroidism/cretinism)

1.3 เครื่องชี้วัดภาวะโรค (Burden of Disease)

ทารกเกิดก่อนกำหนดนอกจากจะมีอัตราการตายสูงแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวที่มีผลต่อความพิการและ เสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ เช่น ปัญหาเลือดออกในโพรงสมอง ลำไส้อักเสบ ติดเชื้อ จอประสาทตาผิดปกติ ในทารกเกิดก่อนกำหนด โรคปอดเรื้อรัง การได้ยินบกพร่อง ขาดสารอาหาร เลี้ยงไม่โต และพัฒนาการ ช้า การดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มนี้จะต้องเหมาะสมทันที่ตั้งแต่ระยะแรกจึงมีความจำเป็นและ สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของทารกอย่างมาก การดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้สูญเสียงบประมาณ เกิด ประชากรที่มีความพิการและมีภาระโรคมามากขึ้น ขาดความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการ การรักษาในแต่ละโรค (วรารักษ์ แสงทวีสิน, ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล และสุนทร ฮ่อเผ่าพันธุ์, 2557)

2. คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่นิยมใช้กันทั่วโลกถือเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดเป้าหมายและตัวชี้วัดการ พัฒนาของประเทศ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการพัฒนาทางสังคม แบบยั่งยืน สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วนิยมใช้แนวคิดมาตรฐานคุณภาพชีวิตกับการพัฒนาแบบยั่งยืน เข้าด้วยกัน โดยเลือกใช้เฉพาะตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ เท่านั้น ไม่นิยมใช้ตัวชี้วัดที่มีจำนวนมาก แต่เลือกวัด ตัวที่แสดง และชี้ให้เห็นถึงสถานภาพที่เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไป เพื่อแสดงความก้าวหน้าของตัวชี้วัด ว่าใช้ได้ผลดีมากขึ้นเพียงใด การวัดคุณภาพชีวิตในทารกโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่มี การศึกษาที่ระบุแนวทางการวัดอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงทบทวนความหมายของคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะ นำไปสู่การตีความคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดต่อไป

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” และ “ชีวิต” โดยคำว่า คุณภาพ หมายถึงลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต

หมายถึงความเป็นอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับความตาย สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลในความเป็นอยู่

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2548) กล่าวว่า ความสุขที่เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอกหรือทั่ว ๆ ไปใช้คำว่า “ความอยู่ดีมีสุข” หรือ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นรูปธรรมและวัดเชิงภาวะวิสัย (Objective) ดัชนีที่ใช้ในปัจจุบันเป็นการวัดองค์ประกอบความสุขจากปัจจัยภายนอก เช่น สุขภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพครอบครัว ความเป็นอยู่สภาพความเป็นอยู่ในชุมชน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ (สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครราชสีมา, 2559)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1994) ให้ความหมายว่า “คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดหลายมิติที่มีการผสมผสานทั้งการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกายและจิตใจ มีความเป็นอิสระ มีความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมาย ในชีวิตของแต่ละบุคคล”

2.2 องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกกำหนดองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตสำหรับบุคคลทั่วไปว่าควรประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ (กัญจนพร อ่วมสำอางค์, 2547)

2.2.1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์

2.2.2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนและการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล เป็นต้น

2.2.3 ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of Independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่พึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2.2.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย

2.2.5 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

2.2.6 ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal Beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำรงชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ความหมายที่กล่าวมาอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดความสุขและการเป็นอยู่ที่ดี

ดังนั้น คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด หมายถึง เด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดโดยคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ และได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดความสุขและการเป็นอยู่ที่ดี

2.3 การประเมินและการวัดคุณภาพชีวิตเด็ก

จากที่กล่าวมาเป็นความหมายของคุณภาพชีวิต เพื่อให้มีหลักในการประเมินคุณภาพชีวิตเด็ก นักวิชาการขององค์การสหประชาชาติจึงได้ร่วมกันพิจารณาและตั้งเป็นข้อกำหนดให้ทุกประเทศได้ถือเป็นแนวทางปฏิบัติ เรียกว่า “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กและเยาวชน” (เด็ก หมายถึง บุคคลทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี) ประกอบด้วย 10 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 เด็กและเยาวชน พึงได้รับสิทธิเท่าเทียมกันโดยปราศจากการแบ่งแยกหรือกีดกัน ไม่ว่าจะโดยวิธีใด ๆ ในเรื่อง เชื้อชาติ ผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง เผ่าพันธุ์แห่งชาติ หรือสังคมทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่น ๆ ไม่ว่าจะของเด็กหรือของครอบครัวก็ตาม

ข้อ 2 เด็กและเยาวชน พึงได้รับการพิทักษ์คุ้มครองเป็นพิเศษ อันจะช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาทั้งทางกาย ทางสมอง และจิตใจเพื่อให้ร่วมอยู่ในสังคมได้อย่างปกติชน

ข้อ 3 เด็กและเยาวชน มีสิทธิที่จะได้มีชื่อและมีสัญชาติแต่กำเนิด

ข้อ 4 เด็กและเยาวชน พึงได้รับความมั่นคงทางสังคมและเติบโตอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นทั้งแม่และเด็ก ควรได้รับการดูแลและคุ้มครองเป็นพิเศษ ทั้งเมื่ออยู่ในครรภ์และภายหลังเมื่อคลอดแล้ว โดยได้รับ

สิทธิในเรื่องที่อยู่อาศัย ได้รับอาหาร ได้รับการดูแลทางแพทย์ และโดยเฉพาะเด็ก ๆ ให้ได้รับการเล่นรื่นเริงเพลิดเพลินด้วย

ข้อ 5 เด็กและเยาวชน ที่พิการทั้งทางร่างกาย สมอง และจิตใจ มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพิเศษ หมายถึง การดูแลรักษาและการศึกษาที่เหมาะสมกับสภาวะของเด็กโดยเฉพาะ

ข้อ 6 เด็กและเยาวชน พึงได้รับความรักและความเข้าใจ อันจะช่วยพัฒนาบุคลิกของตน โดยเติบโตอยู่ในความรับผิดชอบของบิดามารดาของเด็กเอง และในทุกกรณี เด็กจะต้องอยู่ในบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความรัก ความอบอุ่น ปลอดภัย และไม่พลัดพรากจากพ่อแม่ ในกรณีที่เด็กไม่มีครอบครัวหรือมาจากครอบครัวที่ยากจนและมีลูกมาก ก็จะได้รับความช่วยเหลือเป็นพิเศษ จากรัฐหรือองค์การต่าง ๆ

ข้อ 7 เด็กและเยาวชน มีสิทธิที่จะได้รับการศึกษา ซึ่งครูควรจะต้องจัดให้เปล่าอย่างน้อยในชั้นประถมศึกษา เพื่อเป็นการส่งเสริมวัฒนธรรมโดยทั่ว ๆ ไป และให้เด็กเติบโตเป็นสมาชิกผู้ยังประโยชน์ต่อสังคมคนหนึ่ง การศึกษานี้คลุมไปถึงการแนะแนวทางชีวิต ซึ่งมีบิดามารดาเป็นผู้รับผิดชอบก่อนบุคคลอื่น ๆ เด็กจะต้องมีโอกาสได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน จากการเล่นและรื่นเริงพร้อมกันไปด้วย

ข้อ 8 เด็กและเยาวชน จะเป็นบุคคลแรกที่ได้รับการคุ้มครองและสงเคราะห์ในทุกกรณี

ข้อ 9 เด็กและเยาวชน พึงได้รับการปกป้องให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง จากความโหดร้ายทารุณ และการถูกข่มเหง รังแกทุกชนิด เด็กจะต้องไม่กลายเป็นสินค้า ไม่ว่าในรูปใด จะต้องไม่มีการรับเด็กเข้าทำงานก่อนวัยอันสมควร ไม่มีการกระทำความผิด ๆ อันจะมีชกจูงหรืออนุญาตเด็กให้จำต้องรับจ้างทำงาน ซึ่งอาจจะเป็นผลร้ายต่อสุขภาพของเด็ก หรือเป็นเหตุให้การพัฒนาทางกายทางสมองและทางจิตใจของเด็กต้องเสื่อมลง

ข้อ 10 เด็กและเยาวชน พึงได้รับการคุ้มครองให้พ้นจากการกระทำที่แสดงถึงการกีดกันแบ่งแยก ไม่ว่าจะทางเชื้อชาติ ศาสนาหรือรูปใด ๆ เด็กจะต้องได้รับการเลี้ยงดูให้เติบโตขึ้นมา "ในภาวะแห่งจิตที่เต็มไปด้วยความเข้าใจ และมีการหย่อนหนักหย่อนเบา มีมิตรภาพระหว่างชนชาติต่าง ๆ สันติภาพ และภาพสากล และด้วยการสำนึกเต็มที่ว่าพลจะกำลังและความสารถพิเศษในตัวเอง ควรจะอุทิศเพื่อรับใช้เพื่อนมนุษย์ด้วยกัน"

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) เป็นสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่ได้รับความนิยมชอบมากที่สุดในโลก โดยทุกประเทศในโลกได้ให้สัตยาบันยกเว้นประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยได้ลงนามเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 อนุสัญญานี้ระบุรายละเอียดว่าด้วยสิทธิขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ที่ทุกประเทศต้องรับประกันเด็กในประเทศของตน สิทธิขั้นพื้นฐาน ดังกล่าวครอบคลุมถึงสิทธิที่จะมีชีวิตรอด ได้รับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน มีสันติภาพ และความปลอดภัย รวมถึงสิทธิที่จะได้รับการพัฒนา อันได้แก่การมีครอบครัวที่อบอุ่นดูแล ได้มีโอกาสได้รับการศึกษาที่ดีและเหมาะสมตามช่วงวัย และได้รับ

โภชนาการที่เหมาะสม เห็นได้ชัดแจ้งว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กคนหนึ่งมีผู้เกี่ยวข้องกับเด็กมากมาย ตั้งแต่ตัวเด็กเอง ผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ครู ที่โรงเรียน เพื่อนบ้าน สังคม ชุมชนที่เด็กอยู่ โรงพยาบาลที่เด็กจะต้องไปหาแพทย์ ตำรวจ อัยการ ศาลในการที่จะคุ้มครองเด็ก (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2556)

นอกจากจะดำเนินการตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กแล้ว ในต่างประเทศยังมีการวัดคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่เป็นส่วนหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิตเด็กและประชาชนของประเทศ ดังต่อไปนี้

2.3.1 ประเทศแถบทวีปยุโรป มีการวัดคุณภาพชีวิตจาก 1) สภาพความเป็นอยู่ 2) กิจกรรมที่มีประสิทธิผล 3) ภาวะสุขภาพ 4) การศึกษา 5) การพักผ่อนและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 6) ความปลอดภัยทางเศรษฐกิจและร่างกาย 7) การกำกับดูแลและสิทธิขั้นพื้นฐาน 8) สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและการใช้ชีวิต และ 9) ประสบการณ์โดยรวมของชีวิต (Eurostat, 2017) เช่น ประเทศสวีตเซอร์แลนด์ เป็นประเทศเล็ก ๆ ในทวีปยุโรปที่มีคะแนนการวัดคุณภาพชีวิตดีที่สุดในได้คะแนนดีมาก ๆ ในเรื่องระบบสังคม การปกป้องสิทธิมนุษยชน และมีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อภาคธุรกิจ ดัชนีคุณภาพชีวิตของประเทศสวีตเซอร์แลนด์ จำแนกออกเป็น 10 ตัว ประกอบด้วย 1) รายได้และรายจ่าย 2) งานและค่าตอบแทน 3) ที่อยู่อาศัย 4) คุณภาพสิ่งแวดล้อม 5) ภาวะสุขภาพ 6) การศึกษาและทักษะ 7) การติดต่อกันทางสังคม 8) การมีส่วนร่วมและสิทธิทางการเมือง 9) ความปลอดภัยส่วนบุคคล และ 10) ความอยู่ดีของบุคคล (OECD, 2016)

2.3.2 ประเทศแคนาดา ดัชนีคุณภาพชีวิตจำแนกคุณภาพชีวิตออกเป็น 11 มิติ ประกอบด้วย 1) ที่อยู่อาศัย 2) รายได้ 3) งาน 4) ชุมชน 5) การศึกษา 6) สิ่งแวดล้อม 7) การมีส่วนร่วมและสิทธิทางการเมือง 8) สุขภาพ 9) ความอยู่ดีของบุคคล 10) ความปลอดภัย และ 11) ความสมดุลของงานและชีวิต (OECD, 2016)

ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตประชาชนหรือเด็กที่คลอดก่อนกำหนดในต่างประเทศ จึงมีความคล้ายคลึงกับการวัดคุณภาพชีวิตในประเทศไทย คือวัดจากความจำเป็นพื้นฐาน ซึ่งในประเทศไทย นอกจากจะดำเนินการตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กแล้วยังมีแนวคิดสภาวะความจำเป็นหรือสิทธิพื้นฐาน ซึ่งวัตถุประสงค์ของข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน คือเพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน โดยมีเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือ

2.4 แนวคิดและความเป็นมาของข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

ปี 2525 แนวความคิดความจำเป็นพื้นฐานเกิดขึ้นครั้งแรก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดรูปแบบลักษณะของสังคมไทยและคนไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต โดยกำหนดเป็นเครื่องชี้วัดความจำเป็น พื้นฐานของคนไทย ซึ่งได้ข้อสรุปว่า "การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยจะต้องผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานทุกตัวชี้วัด"

ปี 2528 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบและอนุมัติ เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2528 ให้มีการดำเนินการโครงการปිරณรงค์ คุณภาพชีวิตและประกาศให้เป็น "ปिरณรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (ปรช.)" (20 สิงหาคม 2528 – 31 ธันวาคม 2530) โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน 8 หมวด 32 ตัวชี้วัด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทยว่าอย่างน้อยคนไทยควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องอะไรบ้างและควรมีระดับไหนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ

ปี 2531 คณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) มีมติให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติมอบโครงการปिरณรงค์ให้กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชนเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ดำเนินงานต่อภายใต้ชื่องานว่า "งานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบท (พชช.)"

ปี 2533 กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการพัฒนาชุมชน ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานเป็นประจำทุกปีและมีการปรับปรุงเครื่องชี้วัด ทุก 5 ปี ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

ปี 2555 อยู่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) มีเครื่องชี้วัด 5 หมวด 30 ตัวชี้วัด

ปี 2560 อยู่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) มีเครื่องชี้วัด 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด

จากการทบทวนความหมายของคุณภาพชีวิต พบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ทารกที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดความจำเป็นพื้นฐานช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) กล่าวถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนรวมถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยกำหนดเครื่องชี้วัดทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 สุขภาพ หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม หมวดที่ 3 การศึกษา หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ หมวดที่ 5 ค่านิยม (กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2559) ในส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดที่มีความเกี่ยวข้องในการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของเด็ก 4 หมวด จาก 5 หมวด เนื่องจาก หมวดที่ 4 ไม่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด และเพิ่มเติมการวัดการเจริญเติบโตและการพัฒนาการซึ่งเป็นพื้นฐานของการประเมินสุขภาพเด็ก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1. สุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยได้มาตรฐาน ใช้ยาบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.4.2. สภาพแวดล้อม ประกอบด้วย มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม มีน้ำใช้เพียงพอ มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน การป้องกันอุบัติเหตุ ความปลอดภัย

2.4.3. ด้านการศึกษา ประกอบด้วย การส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม ได้
รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์

2.4.4. ค่านิยม ประกอบด้วย คนในครอบครัวไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีความอบอุ่น
สมาชิกในครัวเรือนมีเวลาอยู่พร้อมหน้าและได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งรุนแรง

2.4.5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูงเปรียบเทียบกับ
เกณฑ์มาตรฐาน การประเมินพัฒนาการโดยใช้เดนเวอร์ II (Denver II)

3. ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

เมื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิดนั้นพบว่า มี
หลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจำแนกเป็นปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้ใน
การดูแลทารก ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรง
สนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี ปัจจัยทางด้านทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การเจ็บป่วย
หลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ และความรู้ในการดูแลทารก

3.1.1 อายุ เป็นตัวแปรประชากรตัวหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการเล่นดูบุตร ทั้งนี้
เพราะอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระและวุฒิภาวะทางด้านจิตใจ อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงควมมี
วุฒิภาวะของบุคคล มารดาที่มีอายุมากกว่ามีประสบการณ์มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยจึงมีการรับรู้หรือ
สามารถปรับตัวได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย มารดาวัยรุ่นจะมีความไวและตอบสนองต่อสื่อสัญญาณ
ทารกน้อยกว่า มารดาวัยผู้ใหญ่ (Mercer, 1990) มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมน้อยเกี่ยวกับการพูดคุยกับ
ทารก การยิ้ม การเล่นกับทารก (Barratt & Roach, 1995) ซึ่งอุทัยวรรณ ตรีรัตน์พันธ์ (2539) ได้ศึกษา
ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับ
ระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของสุนิสา
ปัทมาภรณ์พงศ์ (2551) พบว่า มารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างต่ำ
เนื่องจาก มารดาวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา การที่
มีวุฒิภาวะไม่เพียงพอทำให้ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ในการตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับข้อขัดแย้งหรือ
ภาวะเครียดต่างๆ ทำให้ความสามารถในการรับรู้ แก้ปัญหา การพิจารณาไตร่ตรอง มักทำตามความ
ต้องการของตนเองเน้นความสบายของตนเอง

3.1.2 ความรู้ในการดูแลทารก การให้ความรู้แก่มารดามีความสำคัญเนื่องจากบุคคล
จะทำกิจกรรมใด ๆ ต้องมีความเข้าใจในเนื้องานก่อน เมื่อรู้เนื้องานจึงจะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ
ความสามารถของตน การสอนวิธีการดูแลบุตรผ่านคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่ามีผลต่อ
ความรู้ที่สูงขึ้น (ภาริตา ตันตระกูล, ทศนี ประสภกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2556) การเตรียม

ความพร้อมแก่การตลาดทำให้การตลาดมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรที่คลอดก่อนกำหนดดีกว่าการตลาดที่ไม่ได้เตรียมความพร้อม (สุภาวดี นาคสุขุม, 2544)

3.2 ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี

3.2.1 รายได้ของครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล การดูแลเด็ก และเป็นตัวบ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญ โดยพบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะสามารถจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้ เช่น จัดหาของเล่นหลากหลายที่กระตุ้นพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ของเด็ก เป็นต้น (ลดาวลัย ประทีปชัยกูร, 2545) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรของมารดาทารกอายุ 1 เดือนถึง 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ชูศรี ติวสกุล, 2540)

3.2.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ย่ายาย และญาติใกล้ชิดจะเป็นผู้แนะนำมารดาให้อาหารอื่นแก่ทารกนอกจากนมแม่ เพราะเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลกับมารดา ในการตัดสินใจเลือกให้อาหารแก่ทารก (พิมลพรรณ ตริยะโชติ, 2546) แหล่งที่ให้การสนับสนุนมารดาวัยรุ่นระยะหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุดคือ ยาย รองลงมาคือ สามี (ศิริภรณ์ จันทน์วัฒนภรณ์, 2544) สามีก็เป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดูแลบุตร การออกนโยบายของรัฐบาลบางประเทศ เช่น ประเทศสวีเดนได้ออกนโยบายให้มีการส่งเสริมให้บิดาได้มีส่วนเลี้ยงดูทารกเพื่อลดค่าใช้จ่ายและเกิดความใกล้ชิด ความผูกพันระหว่างบิดากับทารก และเกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (Well & Sarkadi, 2012) ในส่วนของสังคมที่ทำงานก็มีส่วนสำคัญตามระเบียบการลาพักหลังคลอดกำหนดให้มารดาสามารถลาคลอดได้ในระยะ 3 เดือน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีเวลาพักหลังคลอดน้อยกว่ากำหนด 90 วัน (รุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค, 2542; สุพัตรา สุทธิประภา, 2544; Theerakulchai et al., 2004) เนื่องจาก ความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ รวมไปถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้บทบาทของมารดาที่ต้องเลี้ยงดูบุตรนั้นไม่สามารถทำได้เต็มที่ที่ต้องกลับไปทำงาน

นอกจากนี้ปัจจุบันเทคโนโลยีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาความเจริญของประเทศ และได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความเหมาะสมในหลากหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน การศึกษา ตลอดจนชีวิตประจำวันทำให้เกิดการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว รวมไปถึงเทคโนโลยีการสื่อสารไร้สายผ่านเครื่องมือสื่อสารแบบพกพา เช่น สมาร์ทโฟน และสมาร์ทแท็บเล็ต มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและได้รับความนิยมมาก เพราะเป็นการสื่อสารแบบจอสัมผัส ใช้งานง่าย และพกพาสะดวก เมื่อมีเทคโนโลยีสื่อสารไร้สายความเร็วสูงรองรับก็ยิ่งทำให้ผู้ใช้สามารถสื่อสารได้ทุกที่ ทุกเวลา และในหลายโอกาสมากยิ่งขึ้น (รุ่งนภาพร ภูษาดา และสวียา สุรมณี, 2558) ประเทศไทยมีสถิติการใช้สมาร์ทโฟนเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการสำรวจในปี 2555 - 2559 พบว่าผู้ใช้โทรศัพท์มือถือทุกประเภทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.2 (จำนวน 44.1 ล้านคน)

เป็นร้อยละ 81.4 (จำนวน 51.1 ล้านคน) และผู้ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 (จำนวน 5 ล้านคน) เป็นร้อยละ 50.5 (จำนวน 31.7 ล้านคน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ซึ่งการใช้งานแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนมีทั้งข้อดีและข้อเสียทั้งต่อผู้ดูแลเด็กและตัวเด็กเอง ในส่วนข้อดีของการใช้งานพบว่าการใช้งานอินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลเรื่องโรค อาการเจ็บป่วยและการรักษา วิธีการป้องกัน ปัญหาสุขภาพ ข้อมูลสมุนไพร บทความที่แพทย์เขียน การออกกำลังกาย วิธีการบำรุงสุขภาพ ร่างกาย ข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์ ข้อมูลโรงพยาบาล อาหารเสริม ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ (วรรณรัตน์ รัตนารงค์, 2558) ในส่วนของข้อเสีย ได้แก่ การที่ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถเข้าถึงความรู้โดยใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นหรือเสพติดการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากเกินไป การใช้สมาร์ทโฟนที่มากเกินไปทำให้เกิดผลที่ตามมาคือความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงและสุขภาพแย่ลง (Thomé e, Härenstam, & Hagberg, 2011)

3.2.3 การให้เด็กใช้เทคโนโลยี ในปัจจุบันเป็นยุคที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตประจำวัน เทคโนโลยีสารสนเทศทุกรูปแบบเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก ซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวเด็กมากเพราะสามารถเข้าถึงตัวเด็กได้อย่างรวดเร็วในทุกที่ทุกเวลา (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, 2556) นอกจากนี้เทคโนโลยีสารสนเทศยังมีอิทธิพลในการดูแลเด็ก สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าผู้ใหญ่มักจะให้เด็กเล่นแท็บเล็ตและสมาร์ทโฟนมากขึ้น ผู้ดูแลเด็กเล็กส่วนใหญ่จะนำโทรศัพท์มือถือให้เด็กเล่น เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็ก และชอบที่เด็กอยู่นิ่ง ๆ ทำให้ผู้ดูแลสามารถไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้ขณะเด็กดูโทรศัพท์มือถือ โดยการศึกษาการใช้งานอินเทอร์เน็ตในเด็กอายุ 6 – 14 ปี พบว่า ใช้ในการเล่นเกมร้อยละ 27.9 ใช้เพื่อความบันเทิงร้อยละ 19.2 และใช้หาความรู้ร้อยละ 17.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) สมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Pediatrics, AAP) เตือนว่าไม่ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ใช้เวลากับสื่อแบบหน้าจอของอุปกรณ์สื่อสารทุกชนิดที่ไม่ใช่ทีวีโอแชนท์ เนื่องจากอาจทำให้พัฒนาการทางภาษาล่าช้า และรบกวนการนอนหลับของเด็ก สำหรับเด็กอายุ 2 ถึง 5 ปี ให้จำกัดการใช้งานหน้าจอเป็นเวลา 1 ชั่วโมงต่อวันสำหรับโปรแกรมที่มีคุณภาพสูง และผู้ดูแลควรร่วมดูสื่อสำหรับเด็ก ๆ เพื่อช่วยให้พวกเขาเข้าใจในสิ่งที่พวกเขาเห็นและนำมาใช้กับโลกรอบตัว (The American Academy of Pediatrics, 2016) สมาคมกุมารแพทย์แห่งญี่ปุ่นออกโปสเตอร์เตือนอันตรายของการใช้สมาร์ทโฟน ซึ่งมีผลกระทบด้านลบต่อเด็กทั้งสุขภาพกาย การเรียน และพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยกระทรวงศึกษาธิการ วัฒนธรรม กีฬา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2014 นักเรียนชั้นประถมและมัธยมที่ใช้เวลากับโทรศัพท์มากจะยังมีผลการเรียนถดถอยลง การจ้องมองจอภาพเป็นเวลานานยังมีส่วนทำลายสมองและทำให้ประสิทธิภาพเรื่องความจำถดถอยอีกด้วย และผลวิจัยในปี 2004 เคยพบว่าโทรศัพท์ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กเพราะเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้เด็กขาดพัฒนาการด้านการสื่อสารและความคิดสร้างสรรค์ แต่การใช้สมาร์ทโฟนซึ่งมีจอขนาดเล็กจะยังมีผลเสียมากกว่าผู้ดูแลเด็กควรจำกัดเวลาการดูโทรทัศน์ เล่นเกม และการใช้สมาร์ทโฟนของเด็กให้ไม่เกิน 2 ชั่วโมงต่อวัน

ส่วนเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ไม่ควรให้ดูโทรทัศน์หรือใช้คอมพิวเตอร์และโทรศัพท์โดยสิ้นเชิง (Mainichi Japan, 2017)

3.3 ปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การเจ็บป่วยหลังคลอด

การเจ็บป่วยหลังคลอด ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาความเจ็บป่วยของทารกเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจาก ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อย รูปร่างเล็ก ผอมบาง หรือทารกที่มีความเจ็บป่วยร่วมด้วย อาจทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้น้อย และคู่อ่อนเปลี้ย ซึ่งลักษณะของทารกเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนในพฤติกรรมของทารก และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารก รวมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสม การศึกษาของสมสิริ อัทธเสรี (2540) พบว่าสภาวะภายหลังคลอดของทารกคลอดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ทารกที่มีอายุในครรภ์มารดาและน้ำหนักตัวใกล้เคียงกับทารกปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดน้อย มีคุณภาพชีวิตดี ส่วนทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์และน้ำหนักตัวน้อยหรือมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมาก คุณภาพชีวิตของทารกไม่ดี



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ คลินิกเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ

1.2 กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรดังกล่าว โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1.2.1 เด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

- 1) เด็กเพศหญิงและชายที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด คือ มีอายุในครรภ์มารดาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม
- 2) มีอายุระหว่าง 18 - 24 เดือน นับถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการรักษาโดยเฉพาะ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ สมองพิการ โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

1.2.2 ผู้ดูแล

- 1) เป็นผู้ดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับเด็ก
- 2) สามารถอ่านหนังสือออกและเขียนได้
- 3) ผู้ดูแลและผู้ปกครองของเด็กยินยอมและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ลงนามยินยอมต้องเป็นผู้ดูแลเด็กและผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ 1. บิดาหรือมารดา 2. ผู้ที่มาทำหน้าที่ดูแลแทนบิดามารดาของเด็ก 2 กรณีคือ กรณีที่ 1 เด็กไม่มีบิดามารดา กรณีที่ 2 บิดามารดาถูกถอนอำนาจปกครอง

2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีตัวแปรในงานวิจัยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) เพื่อทดสอบสหสัมพันธ์ ใช้สูตร $n = 10K + 50$ เมื่อ K คือจำนวนปัจจัยที่ศึกษา (Thorndike, 1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2550) การศึกษานี้มี 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ และความรู้ในการดูแลทารก ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี ปัจจัยทางด้านเด็ก ได้แก่ การเจ็บป่วยหลังคลอด

$$\begin{aligned} \text{ใช้สูตร} \quad n &= 10K + 50 \quad (\text{เมื่อ } K \text{ คือจำนวนปัจจัยที่ศึกษา}) \\ &= 10(6) + 50 \\ &= 110 \end{aligned}$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้มีจำนวน 110 คู่

2.2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคาดคะเนตามสัดส่วนของจำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี พ.ศ. 2559 (มกราคม - ธันวาคม 2559) ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดชัยภูมิ

ตารางที่ 1 จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ.2559 และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	จำนวนทารกแรกเกิดน้ำหนัก	จำนวน
	น้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ.2559 (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
จังหวัดนครราชสีมา	594	32
จังหวัดสุรินทร์	631	34
จังหวัดบุรีรัมย์	440	23
จังหวัดชัยภูมิ	402	21
รวม	2,067	110

2.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากทารกที่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่ คลินิกเด็กดี ณ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2561

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก

3.1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเติมคำและเลือกตอบ

3.1.2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็ก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดใน เรื่องการให้อาหารที่เหมาะสมตามอายุ การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย การ

ส่งเสริมพัฒนาการ และการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถาม เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยแบ่งคำตอบเป็น

“ใช่” จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30

“ไม่ใช่” จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 3, 4, 10, 11, 15, 17, 20, 22, 28, 29

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามความรู้ในการดูแลเด็ก คือ

0 หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ไม่ถูกต้อง

1 หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้ถูกต้อง

คะแนนรวมสูงสุด 30 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งความรู้ ในการดูแลเด็ก ด้วยเกณฑ์ 2 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 23 (ได้น้อยกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ความรู้ในการดูแลเด็กควรปรับปรุง

คะแนนรวม 24 คะแนนขึ้นไป (ได้มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง ความรู้ในการดูแลเด็กดี

3.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองสำหรับสอบถามผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ วันเดือนปีเกิด เพศ อายุปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อคลอด Apgar score ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ไม่เคยเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้ำหนักแรกเกิด ความยาวแรกเกิด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเติมคำและเลือกตอบ

3.3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากแนวคิดความจำเป็นพื้นฐานช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ผู้วิจัยกำหนดเครื่องชี้วัดทั้งหมด 4 หมวด จากแนวคิด ความจำเป็นพื้นฐาน 5 หมวด และเพิ่มเติมการวัดการเจริญเติบโตและพัฒนาการซึ่งเป็นพื้นฐานของการ ประเมินสุขภาพเด็ก จำนวน 35 ข้อ ลักษณะคำถามเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติเลย ซึ่งการตอบคำถามเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กและครอบครัว ปฏิบัติต่อเด็กจริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) สุขภาพ คำถามจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยได้มาตรฐาน ใช้น้ำบำบัดบรรเทาอาการเจ็บป่วย เบื้องต้นอย่างเหมาะสม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) สภาพแวดล้อม คำถามจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม มีน้ำใช้เพียงพอ มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมป้องกันอุบัติเหตุ ความปลอดภัยของเด็ก

3) ด้านการศึกษาของเด็ก คำถามจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม ได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์

4) ค่านิยม คำถามจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย คนในครอบครัวไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีความอบอุ่น สมาชิกในครัวเรือนมีเวลาอยู่พร้อมหน้าและได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งรุนแรง ซึ่งค่านิยมในครอบครัวนี้จะมีผลต่อการดูแลเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด

การประเมินเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกครั้ง
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่/ปฏิบัติบ่อย ๆ
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง
- ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม คือ

- 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ
- 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง
- 2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย

คะแนนรวมสูงสุด 140 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 35 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งการได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้วยเกณฑ์ 2 ระดับ ดังนี้

การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี หมายถึง คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 (ตั้งแต่ 112 คะแนนขึ้นไป)

การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี หมายถึง คะแนนรบน้อยกว่าร้อยละ 80 (ได้น้อยกว่า 112 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ

การประเมินเจริญเติบโต ได้แก่ น้ำหนัก/ส่วนสูง เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2542 โดยปกติควรประเมินการเจริญเติบโตโดยดูจากกราฟทั้งหมด 3 กราฟ ได้แก่ กราฟน้ำหนักเทียบกับอายุหรือที่เรียกว่า Weigh by Age กราฟส่วนสูงเทียบกับอายุหรือที่เรียกว่า Height by Age และกราฟน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงหรือที่เรียกว่า Weight by Height ในสถานการณ์นี้ผู้วิจัยขอเลือกใช้ดัชนีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (Weight by Height) เนื่องจากเป็นการแสดงถึงความอ้วนผอม แบ่งเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 3 SD	ถือว่า อ้วน	ให้ 0 คะแนน
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 2 SD	ถือว่า ผอม	ให้ 1 คะแนน
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 2 SD ถึง 3 SD	ถือว่า เริ่มอ้วน	ให้ 1 คะแนน
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 1.5 SD ถึง 2 SD	ถือว่า ท้วม	ให้ 2 คะแนน
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 1.5 SD ถึง - 2 SD	ถือว่า ค่อนข้างผอม	ให้ 2 คะแนน
ช่วงค่ามัธยฐาน +/- 1.5 SD	ถือว่า สมส่วน	ให้ 3 คะแนน

การประเมินพัฒนาการ โดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการเดนเวอร์ 2 (Denver II)

(Frankenburg et al., 1996) แบ่งเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 2 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พัฒนาการปกติ	ให้ 2 คะแนน
ไม่สามารถประเมินได้	ให้ 1 คะแนน
สงสัยว่ามีพัฒนาการช้า	ให้ 0 คะแนน

สำหรับการแปลผลระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ คือการนำคะแนนที่ได้จากการประเมินการเจริญเติบโต มารวมกับคะแนนที่ได้จากการประเมินพัฒนาการ คะแนนรวมสูงสุด 5 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน จากนั้นผู้วิจัยนำผลคะแนนมาแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 2 ระดับ คือ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการดี คือ คะแนนรวมของการน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงและพัฒนาการมากกว่าร้อยละ 80 (ได้ 4 คะแนนขึ้นไป)

การเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี คือ คะแนนรวมของการน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงและพัฒนาการน้อยกว่าร้อยละ 80 (ได้น้อยกว่า 4 คะแนน)

จากข้างต้น สามารถประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด โดยสรุปจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน และส่วนที่ 2 การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ

การแปลผลคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี หมายถึง การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดี

คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี หมายถึง 3 กรณี ดังนี้

- 1) การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี
- 2) การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดี
- 3) การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี

4. การหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

และแบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็ก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐานและการประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังต่อไปนี้

4.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ดังนี้

4.1.1 ศึกษาหาความรู้ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ โดยละเอียดจากหนังสือ เอกสาร บทความ วิทยุ และวิทยุที่เกี่ยวข้อง ขอคำแนะนำจากที่ปรึกษาวิทยุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการสร้างแบบสอบถาม เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ

4.1.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถาม โดยยึดเนื้อหาที่ถูกต้องตามแนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.1.3 สร้างและดัดแปลงข้อคำถามของแบบสอบถาม จากนั้นกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

4.1.4 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกและเด็กจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบรูปแบบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามความเห็นและข้อเสนอแนะให้ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงและนำไปใช้จริงถือเกณฑ์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) กำหนดเกณฑ์คุณภาพคือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012: 337) ซึ่งจากแบบสอบถามทั้งฉบับมี 3 ส่วน ผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของทั้งฉบับได้ 0.88

4.1.5 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ยอมรับค่าที่ 0.7 ซึ่งผู้วิจัยคำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้เครื่องมือได้ 0.83

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังตรวจสอบ ปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ถึงศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการวิจัย

5.2 ติดต่อขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อชี้แจงให้ทราบลักษณะของงานวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล

5.5 หลังจากที่ได้ตอบคำถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและซักถามเพิ่มเติมเมื่อพบคำตอบไม่ครบถ้วน

5.6 ผู้วิจัยทำการตรวจประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังต่อไปนี้

6.1 ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ตัวแปรทุกตัวที่วัดอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป ยกเว้น แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

6.2 ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดและผู้ดูแลเด็ก ปัจจัยที่ศึกษา และคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.3 คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยแต่ละประการ ได้แก่ อายุ ความรู้ในการดูแลทารก รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี การเจ็บป่วยหลังคลอด กับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้การทดสอบที (t-test)

6.4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) และคัดเลือกตัวแปรโดยวิธี Stepwise

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ที่ปัจจุบันมีอายุระหว่าง 18 - 24 เดือน มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ จำนวน 110 คน ซึ่งผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้เด็กใช้เทคโนโลยี ตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลเด็ก เรื่องการให้อาหารที่เหมาะสมตามอายุ การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย การส่งเสริมพัฒนาการ และการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก ตารางที่ 3 - 5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หลังคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล น้ำหนักแรกเกิด ความยาวแรกเกิด ตารางที่ 6

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย วิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ ตารางที่ 7 - 11

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้ในการดูแลทารก ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การเจ็บป่วยหลังคลอด กับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด ตารางที่ 12 - 13

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้เด็กใช้เทคโนโลยี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้เด็กใช้เทคโนโลยี (n = 110)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้ดูแลเด็ก		
15 – 19 ปี	6	5.5
20 – 24 ปี	12	10.9
25 – 29 ปี	23	20.9
30 – 34 ปี	26	23.6
35 ปีขึ้นไป	43	39.1
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก		
ประถมศึกษา	23	20.9
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	47	42.7
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	12	10.9
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	23	20.9
สูงกว่าปริญญาตรี	5	4.5
สถานภาพสมรสของบิดา/มารดาเด็ก		
คู่	94	85.5
หย่า / แยกกันอยู่	13	11.8
หม้าย	3	2.7
อาชีพของผู้ดูแลเด็ก		
ไม่ได้ทำงาน	26	23.6
รับราชการ พนักงานของรัฐ	18	16.4
ลูกจ้างในบริษัท/โรงงาน	22	20.0
ค้าขาย	15	13.6
เกษตรกร	16	14.5
รับจ้าง	13	11.8
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	50	45.5

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
10,001 – 20,000 บาท	31	28.2
20,001 – 30,000 บาท	13	11.8
30,001 – 40,000 บาท	8	7.3
40,001 บาทขึ้นไป	8	7.3
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	48	43.6
ไม่เพียงพอ	62	56.4
ลักษณะของครอบครัว		
เดี่ยว	33	30.0
ขยาย	77	70.0
ผู้ดูแลหลัก		
บิดา	5	4.5
มารดา	78	70.9
ญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย	27	24.5
แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (เมื่อผู้ดูแลหลักไม่ว่าง)		
บิดา	12	10.9
มารดา	5	4.5
ญาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย	70	63.6
คนข้างบ้าน	1	0.9
ไม่มีผู้ดูแลช่วย	22	20.0
การให้เด็กใช้เทคโนโลยี		
ไม่ได้ให้เด็กใช้เทคโนโลยี	21	19.1
ให้เด็กใช้เทคโนโลยี	89	80.9
แบ่งเป็น โทรศัพท์มือถือ	41	37.3
โทรศัพท์	23	20.9
ทั้งโทรศัพท์มือถือและโทรศัพท์	25	22.7
ระยะเวลาที่เด็กใช้เทคโนโลยี (จำนวนเวลาต่อวัน)		
โทรศัพท์มือถือ		
ไม่ได้ให้เด็กใช้	44	40.0
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ต่อวัน	49	44.5
1 ชั่วโมง 1 นาที – 2 ชั่วโมง ต่อวัน	10	9.1

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
2 ชั่วโมง 1 นาที – 3 ชั่วโมง ต่อวัน	5	4.5
3 ชั่วโมง 1 นาทีขึ้นไป ต่อวัน	2	1.8
โทรทัศน์		
ไม่ได้ให้เด็กใช้	62	56.4
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ต่อวัน	31	28.2
1 ชั่วโมง 1 นาที – 2 ชั่วโมง ต่อวัน	6	5.5
2 ชั่วโมง 1 นาที – 3 ชั่วโมง ต่อวัน	8	7.3
3 ชั่วโมง 1 นาทีขึ้นไป ต่อวัน	3	2.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.1 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 42.7 สถานภาพสมรสของบิดา/มารดาเด็กเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.5 อาชีพของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 23.6 รองลงมาคือลูกจ้างในบริษัท/โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 20 รายได้ของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.5 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 56.4 ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 70 ผู้ดูแลหลักคือมารดา คิดเป็นร้อยละ 70.9 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (เมื่อผู้ดูแลหลักไม่ว่าง) คือญาติ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย คิดเป็นร้อยละ 63.6 มีการให้เด็กใช้เทคโนโลยี คิดเป็นร้อยละ 80.9 โดยเทคโนโลยีที่ใช้ ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 37.3 ระยะเวลาที่ให้เด็กใช้โทรศัพท์มือถือ น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 44.5

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลเด็ก เรื่องการให้อาหารที่เหมาะสมตามอายุ การให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย การส่งเสริมพัฒนาการ และการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตอบความรู้ในการดูแลเด็ก ถูกและผิด เป็นรายชื่อ (n = 110)

ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก	ถูก	ผิด
ด้านอาหาร		
1. นมแม่เหมาะสมที่สุดในการเลี้ยงดูทารก	95.5	4.5
2. ควรให้นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน และหลังจาก 6 เดือน สามารถให้ต่อไปได้เรื่อย ๆ แต่ควรให้อาหารเสริมตามวัย	97.3	2.7
3. เด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ควรได้รับประทานอาหารเสริมตามวัยจำนวน 2 มื้อ ต่อวัน	15.5	84.5
4. เด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ควรดื่มนมอะไรก็ได้ ทั้งจืด หวาน ช็อคโกแลต หรือนมเปรี้ยว วันละ 2 – 3 มื้อ	51.8	48.2
5. ควรให้เด็กอายุ 7 เดือนขึ้นไป กินไข่วันละ 1 ฟอง	80.9	19.1
6. เด็กอายุ 18 เดือน ควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่หั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ ทุกวัน	78.2	21.8
ด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรค		
7. เด็กควรมารับวัคซีนให้ตรงตามวันนัด	99.1	0.9
8. หากมีอาการบวมมีก้อนไตแข็งที่ตำแหน่งรับวัคซีนให้ประคบน้ำอุ่น	87.3	12.7
9. หากมีไข้ต่ำ ๆ หลังได้รับวัคซีน ควรเช็ดตัวลดไข้ให้เด็ก	97.3	2.7
10. วัคซีนรวมหัด หัดเยอรมัน คางทูม หลังให้ 1 สัปดาห์ พบว่ามีผื่นขึ้น แสดงว่าเด็กแพ้วัคซีน ให้รีบมาโรงพยาบาล	20.0	80.0
11. หลังหยอดวัคซีนโปลิโอแล้ว ควรรีบให้เด็กดื่มน้ำหรือนมตาม	53.6	46.4
12. หลังให้วัคซีนแล้วต้องอยู่โรงพยาบาลดูอาการอย่างน้อย 30 นาที	70.0	30.0
ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
13. เมื่อเด็กมีอาการหายใจเร็ว หอบ ทั้งที่ไม่มีประวัติโรคหอบหืดให้รีบนำเด็กมาโรงพยาบาล	96.4	3.6
14. เมื่อเด็กถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้ดื่มน้ำเกลือแร่	84.5	15.5
15. เมื่อเด็กสำลักสิ่งแปลกปลอม ให้จับเด็กนอนคว่ำหน้าแล้วเขย่าแรง ๆ	48.2	51.8
16. เมื่อเด็กมีอาการท้องผูก ควรให้รับประทานน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มคั้น หรือผลไม้ เช่น มะละกอ กัวยาว เป็นต้น	90.9	9.1
17. หากเด็กมีอาการคัดจมูก จามบ่อย น้ำมูกไหล ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่โล่ง ปลอดภัย	51.8	48.2

ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก	ถูก	ผิด
18. หากเด็กมีตุ่มแดงขึ้นที่มือ เท้า และในช่องปาก ผู้ดูแลไม่ควรพาเด็กไปเล่นนอกบ้านหรือเล่นของเล่นร่วมกับผู้อื่น	85.5	14.5
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ		
19. ควรส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 7 – 9 เดือน โดยการเล่นจ๊ะเอ๋	96.4	3.6
20. ควรฝึกให้เด็กอายุ 1 ปี เล่นยืนขาเดียว เพราะเด็กยืนได้แล้ว 2 ขา	50.9	49.1
21. ควรสอนให้เด็กอายุ 1 ปี ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หยิบของเล็ก ๆ ได้	96.4	3.6
22. เด็กอายุ 1 ปี ควรสอนให้พูดทักทาย 3 คำ เช่น สวัสดีครับ/ค่ะ	21.8	78.2
23. เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ควรสอนให้ชื่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย	99.1	0.9
24. เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ควรฝึกให้จับแก้วน้ำดื่มได้เอง	100.0	0
ด้านการป้องกันอันตราย		
25. ไม่ควรปล่อยให้เด็กอาบน้ำตามลำพัง	94.5	5.5
26. ควรติดตั้งรูปปลั๊กไฟไว้ที่สูงหรือหาเทปกาวมาปิด เพื่อป้องกันไฟฟ้าดูด	97.3	2.7
27. เมื่อเด็กเล่นน้ำในสระหรือแหล่งน้ำ ควรสวมเสื้อชูชีพและดูแลใกล้ชิด	96.4	3.6
28. สอนให้เด็กรักสัตว์ โดยเล่นกับสัตว์และให้อาหารแก่สัตว์ทุกตัวที่พบเห็น	68.2	31.8
29. สามารถนำเด็กนั่งหน้าหรือซ้อนรถจักรยานยนต์ได้โดยไม่ต้องมีคนจับ	78.2	21.8
30. ไม่นำน้ำยาต่าง ๆ เช่น สบู่ น้ำมันก๊าด น้ำมันรถ มาใส่ขวดน้ำดื่ม เพื่อป้องกันเด็กเข้าใจผิดหยิบดื่มได้	94.5	5.5

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลเด็กยังมีบางเรื่องที่มีความรู้ในการดูแลเด็กไม่ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 50 คือ ด้านอาหารเสริมของเด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ตอบไม่ถูกต้องร้อยละ 84.5 ด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเรื่องผลข้างเคียงของการให้วัคซีน ตอบไม่ถูกต้องร้อยละ 80 ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยกรณีเด็กสำคัญสิ่งแปลกปลอม ตอบไม่ถูกต้องร้อยละ 51.8 และด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเรื่องภาษา ตอบไม่ถูกต้องร้อยละ 78.2

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ในการดูแลเด็ก (n = 110)

ความรู้ในการดูแลเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ในการดูแลเด็กดี	49	44.5
ความรู้ในการดูแลเด็กควรปรับปรุง	61	55.5

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่พบส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลเด็กควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 55.5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนความรู้ในการดูแลเด็กโดยรวม (n = 110)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความรู้ในการดูแลเด็ก	30	23.01	2.481	ควรปรับปรุง

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลเด็ก เท่ากับ 23.01 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล น้ำหนักแรกเกิด ความยาวแรกเกิด

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล น้ำหนักแรกเกิด และความยาวแรกเกิด (n = 110)

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	51.8
หญิง	53	48.2
อายุปัจจุบัน		
18 เดือน	3	2.7
19 เดือน	4	3.6
20 เดือน	4	3.6
21 เดือน	5	4.5
22 เดือน	16	14.5
23 เดือน	6	5.5
24 เดือน	72	65.5
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
น้อยกว่า 28 สัปดาห์	4	3.6
28 – 31 สัปดาห์	25	22.7
32 – 36 สัปดาห์	81	73.6
น้ำหนักแรกเกิด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 999 กรัม	5	4.5
1,000 – 1,499 กรัม	11	10.0

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด	จำนวน	ร้อยละ
1,500 – 1,999 กรัม	44	40.0
2,000 – 2,499 กรัม	50	45.5
ความยาวแรกเกิด		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 เซนติเมตร	17	15.5
41 - 45 เซนติเมตร	47	42.7
46 – 50 เซนติเมตร	43	39.1
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 เซนติเมตร	3	2.7
ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด		
1 – 10 วัน	47	42.7
11 – 20 วัน	27	24.5
21 – 30 วัน	16	14.5
31 วันขึ้นไป	20	18.2
ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล		
ไม่เคยเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	60	54.5
การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	50	45.5

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.8 อายุปัจจุบัน 24 เดือน คิดเป็นร้อยละ 65.5 อายุครรภ์เมื่อคลอด 32 – 36 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.6 น้ำหนักแรกเกิด 2,000 – 2,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 45.5 ความยาวแรกเกิด 41 - 45 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 42.7 ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนดอยู่ในช่วง 1 – 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 42.7 ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ไม่เคยเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.5

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย วิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน เป็นรายข้อ (n = 110)

วิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน	ร้อยละ			
	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ด้านสุขภาพของเด็ก				
1. การได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือน	13.6	12.7	11.8	61.8
2. พาเด็กไปรับวัคซีนตรงตามวันนัดในสมุดวัคซีน	0.9	1.8	2.7	94.5
3. ปัจจุบันเด็กได้รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	1.8	8.2	13.6	76.4
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ไม่ใส่ผงชูรส/ผงปรุงรส	2.7	9.1	23.6	64.5
5. รับประทานข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ น้ำมัน ผัก และผลไม้ทุกวัน	0	15.5	21.8	62.7
6. เด็กกินนมแม่อยู่หรือดื่มนมรสจืด วันละ 2 – 3 มื้อ	2.7	10.0	10.9	76.4
7. ให้อาหารบรรจุสำเร็จ เช่น น้ำปลา นม อาหารกล่องที่ใช้ในการปรุงอาหารต้องมีเครื่องหมาย อย. เพื่อความปลอดภัยของเด็กในการรับประทาน	1.8	15.5	10.9	71.8
8. กินผักปลอดสารพิษ หรือได้ทำการแช่ด้วยน้ำผสมด่างทับทิม หรือน้ำยาล้างผักแล้วล้างด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง	9.1	23.6	18.2	49.1
9. ก่อนรับประทานอาหาร ให้เด็กล้างมือทุกครั้ง	3.6	10.9	25.5	60.0
10. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หากยังไม่ได้ไปรับการรักษากับแพทย์ หรือไปโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติครบทั้ง 3 เรื่อง คือ	3.6	7.3	11.8	77.3
- ไม่กินยาชุด				
- ไม่กินยาสมุนไพร				
- เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยใช้ยาสามัญประจำบ้านรักษา เช่น มีไข้ ได้รับประทานยาลดไข้ตามขนาดที่แพทย์สั่ง มีแผลเล็กน้อย ได้ล้างแผลและใช้ยาทาแผล				
11. เด็กใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	3.6	3.6	2.7	90.0

วิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มี ประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน	ร้อยละ			
	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
ด้านสภาพแวดล้อม				
12. บ้านมีความมั่นคงสามารถอยู่ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีปัญหา เรื่องที่พักอาศัย เช่น การไม่อยู่ในเขตป่าสงวน ไม่ถูกไล่ที่ เป็นต้น	6.4	2.7	0.9	90.0
13. บ้านมีสภาพคงทนถาวร คือ มีหลังคามุงกระเบื้องหรือสังกะสี และมีฝาครอบทั้ง 4 ด้าน อยู่คงทนต่อไปได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี	1.8	0.9	5.5	91.8
14. มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี อย่างน้อย คนละ 5 ลิตรต่อวัน (ใช้สำหรับดื่ม 2 ลิตร และอื่น ๆ อีกจำนวน 3 ลิตร เช่น ใช้ประกอบอาหาร ล้างหน้า บ้วนปาก และแปรงฟัน)	1.8	1.8	6.4	90.0
15. มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตร (ประมาณ 2 ปี๊บ) ต่อวัน เช่น อาบน้ำ ชักเสื้อผ้า ทำความสะอาด เป็นต้น	0.9	1.8	5.5	91.8
16. มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน โดยมีที่ประกอบอาหาร/ ห้องนอนเป็นสัดส่วน	1.8	3.6	5.5	89.1
17. มีที่เก็บน้ำสะอาดไว้ใช้ดื่มกิน	0	2.7	2.7	94.5
18. มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้านให้ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ สัตว์/แมลงนำโรค/ไม่มีแหล่งน้ำเสียขัง	4.5	14.5	20.0	60.9
19. มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างเป็นระเบียบ เช่น มีฝาปิดมิดชิด	0.9	7.3	17.3	74.5
20. สภาพในบ้านและบริเวณรอบบ้านสะอาด วางของเป็นระเบียบ	0	9.1	19.1	71.8
21. มีส่วนถูกสุขลักษณะและสะอาด	0	1.8	9.1	89.1
22. ดูแลครัวเรือนไม่ให้ถูกรบกวนจากฝุ่นละออง กลิ่น หรือมลพิษ ทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ หรือสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	1.8	9.1	25.5	63.6
23. เมื่อเด็กโดยสารทางรถยนต์/มอเตอร์ไซค์ ได้มีการป้องกัน อุบัติเหตุอย่างถูกวิธี เช่น คาดเข็มขัดนิรภัย นั่งเบาะนิรภัยเด็ก (คาร์ซีท) สวมหมวกกันน็อค เป็นต้น	20.0	17.3	12.7	50.0
24. มีการตรวจซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านให้อยู่ใน สภาพดี เช่น สายไฟฟ้า ปลั๊ก หรือสวิตช์ไฟ พัดลม หม้อหุงข้าว	0.9	8.2	16.4	74.5
25. ดูแลครัวเรือนและเด็ก ไม่ให้เสี่ยงต่อการถูกลักทรัพย์ ถูกทำ ร้าย การบุกรุกที่อยู่อาศัยหรืออาชญากรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับชีวิต และทรัพย์สิน	1.8	2.7	10.9	84.5

วิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มี ประวัติเกิดก่อนกำหนดตามความจำเป็นพื้นฐาน	ร้อยละ			
	ไม่ได้ ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ
ด้านการศึกษาของเด็ก				
26. เด็กได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับ ผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การอ่านนิทาน การช่วยทำงานบ้าน	3.6	20.0	19.1	57.3
27. เด็กได้มีการเล่น และมีของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย	0.9	10.0	17.3	71.8
28. คนในครอบครัวพูดคุยกับเด็กทุกวัน	0	0	3.6	96.4
29. ผู้ดูแลเด็กศึกษาข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือ หลายอย่าง ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ ด้านการตลาด (การซื้อ ขายผลผลิต) ด้านอาหารการกิน ด้านสุขภาพอนามัย ด้านกฎหมาย ที่ควรรู้ หรือด้านข่าวสารบ้านเมือง โดยได้รับอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง	9.1	14.5	31.8	44.5
ด้านค่านิยม				
30. สมาชิกในครอบครัวทุกคน ไม่ติดสุรา (เหล้า เบียร์ ยาตอง กระจ แช่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)	17.3	30.9	12.7	39.1
31. สมาชิกในครอบครัวทุกคน ไม่สูบบุหรี่ (ยาสูบหรือยาฉุน)	27.3	19.1	10.9	42.7
32. ในปีที่ผ่านมา มีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน มีการปรึกษาหารือกัน เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ	2.7	20.9	17.3	59.1
33. ในปีที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีการทะเลาะ เบาะแว้งรุนแรง	7.3	10.9	23.6	58.2
34. ครอบครัวพาเด็กทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร	0.9	20.0	23.6	55.5
35. สมาชิกในครอบครัวมักทำให้เด็กกราบเรไร ยิ้ม ดูมีความสุข เช่น พาเด็กไปเดินเล่น พุดคุยเล่นกับเด็ก เป็นต้น	0	1.8	7.3	90.9

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดได้รับการเลี้ยงดูในการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานโดยปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานโดยปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือไม่ได้ปฏิบัติเลยคือ ด้านสภาพแวดล้อมเมื่อเด็กโดยสารทางรถยนต์/มอเตอร์ไซค์ได้มีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี พบว่า ไม่ได้ปฏิบัติเลย คิดเป็นร้อยละ 20 ด้านค่านิยมในเรื่องของการมีสมาชิกในครอบครัวทุกคนไม่ติดสุรา พบว่า ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.9 และสมาชิกในครอบครัวทุกคนไม่สูบบุหรี่ พบว่า ไม่ได้ปฏิบัติเลย คิดเป็นร้อยละ 27.3

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความจำเป็นพื้นฐาน (n = 110)

การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ในเกณฑ์ดี	90	81.8
อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	20	18.2

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 81.8

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน โดยรวม (n = 110)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน	140	122.7	12.34	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนการได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานเฉลี่ย เท่ากับ 122.7 อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (weight by height) พัฒนาการของเด็กในปัจจุบัน และระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (n = 110)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง		
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 3 SD ถือว่า อ้วน	11	10.0
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 2 SD ถือว่า ผอม	13	11.8
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 2 SD ถึง 3 SD ถือว่า เริ่มอ้วน	8	7.3
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 1.5 SD ถึง 2 SD ถือว่า ท้วม	2	1.8
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 1.5 SD ถึง - 2 SD ถือว่า ค่อนข้างผอม	16	14.5
ช่วงค่ามัธยฐาน +/- 1.5 SD ถือว่า สมส่วน	60	54.5
พัฒนาการของเด็กในปัจจุบัน		
สงสัยว่ามีพัฒนาการช้า	49	44.5
ไม่สามารถประเมินได้	2	1.8
พัฒนาการปกติ	59	53.6

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ		
การเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในระดับดี	48	43.6
การเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในระดับไม่ดี	62	56.4

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด มีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ร้อยละ 54.5 พัฒนาการของเด็กในปัจจุบันมีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 53.6 ส่วนระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.4

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 110)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ดี	45	40.9
คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี	65	59.1
แบ่งเป็น		
กรณีที่ 1 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี แต่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี	45	40.9
กรณีที่ 2 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี แต่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดี	4	3.6
กรณีที่ 3 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี และมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี	16	14.5

จากตารางที่ 11 พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.9 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 59.1 โดยแบ่งเป็นกรณีที่ 1 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี แต่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี ร้อยละ 40.9 กรณีที่ 2 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี แต่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการดี ร้อยละ 3.6 และกรณีที่ 3 การได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานไม่ดี และมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี ร้อยละ 14.5

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ความรู้ในการดูแลทารก ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การเจ็บป่วยหลังคลอด กับคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยวิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้การทดสอบที (t-test)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด กับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยทางด้านผู้ดูแล	
อายุ	.024
ความรู้ในการดูแลทารก	-.098
ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	
รายได้ของครอบครัว	.255**
แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	-.101
การให้เด็กใช้เทคโนโลยี	.163
ปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด	
การเจ็บป่วยหลังคลอด	-.071

**P < .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คือ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยทางด้านผู้ดูแลและปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

ตารางที่ 13 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (n = 110)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE(b)	t
รายได้ของครอบครัว	.520	.255	.190	2.745
R = 0.255 R ² = 0.065 F = 7.533 p value < 0.01				

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ศึกษาในตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัว ได้แก่ อายุ ความรู้ในการดูแลทารก รายได้ของครอบครัว แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การให้เด็กใช้เทคโนโลยี และการเจ็บป่วยหลังคลอด โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายการมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 6.5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนดต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อายุ 18 – 24 เดือน ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ คลินิกเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเมืองนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ จำนวน 110 ราย โดยมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88 และค่าความเที่ยง (Reliability) คำนวณสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค จากการทดลองใช้เครื่องมือได้ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดกับปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้การทดสอบที (t-test) และหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise)

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักคือมารดา มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่าย แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม (เมื่อผู้ดูแลหลักไม่ว่าง) คือ ปู่ย่า ตายาย มีการให้เด็กใช้เทคโนโลยี โดยเทคโนโลยีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ ความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 55.5 โดยมีบางเรื่องที่มีความรู้ในการดูแลเด็กไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านอาหารเสริมของเด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรค ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุครรภ์เมื่อคลอด 32-36 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2,000-2,499 กรัม ความยาวแรกเกิด 41-45 เซนติเมตร ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หลังคลอดก่อนกำหนดอยู่ในช่วง 1-10 วัน ส่วนใหญ่ได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 81.8 แต่มีระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.4 เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.9 และคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 59.1 โดยพบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอธิบายการมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 6.5 ส่วนปัจจัยทางด้านผู้ดูแลและปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรัมย์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรัมย์ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนดต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรัมย์

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม คือ รายได้ของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยทางด้านผู้ดูแล และปัจจัยทางด้านทารกเกิดก่อนกำหนด ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายการมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 6.5 เมื่อพิจารณา ด้านรายได้ของครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 45.5 และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 56.4 ส่วนคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ร้อยละ 59.1 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดไม่ดี ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้ของครอบครัวสูง คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สมสิริ อัทธเสรี (2540) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สภาวะภายหลังคลอดของทารกคลอดก่อนกำหนด ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และรายได้ของครอบครัว จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กเกิดก่อนกำหนด หมายถึง การที่เด็กได้รับการได้รับการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐานในด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อม การศึกษา และค่านิยม ร่วมกับส่งเสริมการ

เจริญเติบโตและพัฒนาการ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเด็ก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้สูง สามารถตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐานของเด็กได้ดี ได้แก่ การได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยและได้มาตรฐาน มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย มีน้ำสะอาดสำหรับดื่ม มีน้ำใช้เพียงพอ และยังสามารถส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กได้ดี ครอบครัวที่มีบิดามารดามีการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่พอเพียง มีโอกาสทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2559) มีหลายการศึกษาที่ยืนยันว่า รายได้ครอบครัวมีผลต่อการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (พนิต โสเสถียรกิจ และคณะ, 2560; G.C.Pramod Singh, Manju Nair, Ruth B, Grubestic, Frederic A. Connell, 2009) จากการศึกษาพบว่า การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 56.4 ทั้งนี้เด็กกลุ่มนี้ร้อยละ 44.5 มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์สงสัยว่ามีพัฒนาการช้า สามารถอธิบายเพิ่มเติมจากผลแบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กเรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาผู้ดูแลตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 78.2 ซึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กคือ การที่เด็กได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว เพราะครอบครัวที่มีรายได้มากกว่าบิดามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กมากกว่า และมีแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า เนื่องจาก บิดามารดาที่มีรายได้มากกว่าสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กได้ง่ายกว่า และมักอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือชุมชนที่ปลอดภัย มีแหล่งประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากกว่า ตรงกันข้ามครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักจะอยู่ในชุมชนที่มีพื้นที่เสี่ยง (จินตนา วัชรสินธุ์, มณีนรัตน์ ภาครูป, สุนทราวดี เอียรพิเชฐ และณัชนันท์ ชิวานนท์, 2556) สอดคล้องกับข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณของสุธรรม นันทมงคลชัย (2547) ที่ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย พบว่า การที่มีรายได้ครอบครัวดีจะมีโอกาสทำให้เด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของยุภาติ สงวนพงษ์ (2563) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยอายุ 2-4 ปี พบว่า สถานการณ์ที่มีส่วนช่วยให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า คือ เวลาในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองมีจำกัด เด็กอยู่กับสื่อนานเกินไป ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ และขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลเด็กต้องออกไปทำงานหารายได้ จึงมีเวลาจำกัดในการเลี้ยงดูเด็ก และไม่มีเวลาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย ทำให้เด็กอาจมีพัฒนาการไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดไม่ได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งที่ 6 พ.ศ.2560 ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการพยากรณ์โอกาสพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (จินตนา พัฒนพงษ์ธร และคณะ, 2561) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยปี พ.ศ.2557 ที่พบว่าครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท จะมีโอกาสที่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

1.71 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9,000 บาท (จินตนา พัฒนพงษ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร, 2558)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 40.9 และคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีร้อยละ 59.1 ซึ่งพบว่าเด็กได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานดี แต่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี โดยมีบางเรื่องที่คุณดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถส่งเสริมความรู้เริ่มตั้งแต่การเตรียมการตั้งครรภ์คุณภาพจนกระทั่งการดูแลหลังคลอด ในปัจจุบันเป็นยุคแห่งการใช้เทคโนโลยี จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวเด็กจะใช้โทรศัพท์มือถืออยู่แล้ว พยาบาลจึงสามารถนำเทคโนโลยี อันได้แก่ แอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือมาใช้ในการดูแลติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การติดตามมารดาในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเน้นให้ความรู้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ด้านการดูแลสุขภาพและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านภาษา เป็นต้น

2) ด้านการวิจัย ศึกษาติดตามเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดครั้งต่อไป ในช่วงอายุ 2 ปีขึ้นไป เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต การเจริญเติบโตและพัฒนาการ และยังสามารถติดตามเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กที่เกิดก่อนกำหนดกับเกิดครบกำหนดว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยเกี่ยวข้องกันอย่างไร การศึกษาครั้งนี้ทำในเขตนครชัยบุรินทร์ ซึ่งบริบทอาจแตกต่างกับภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย จึงควรมีการศึกษาในภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ควรมีการให้คำแนะนำ การส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาผลของการให้คำแนะนำมารดาและครอบครัวในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด อาจเป็นการให้คำแนะนำโดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ให้เหมาะสมกับปัจจุบัน

บรรณานุกรม

- กาญจนา คุณรังสีสมบุรณ์. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กพัฒนาการช้า. *วารสารสวนปรุง*, 28(1): 5-16.
- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2559). *คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานปี 2560-2564*. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.
- กัญจนพร อ่วมสำอางค์. (2547). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดกองการศึกษาสงเคราะห์ กรมสามัญศึกษา เขตภาคกลาง*. ปรินญาณินพนธ์ (กศ.ม. การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กุสุมา ชูศิลป์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก ในสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย*. คู่มือสำนักส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย หลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- จริยาพร วรรณโชติ. (2554). การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 22(1): 83-90.
- จันทิรา สิทธิโชค และนวลศรี วิจารณ์. (2542). บทบาทของบิดา มารดาในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 22(3): 50-56.
- จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาครูป, สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และณชนันท์ ชีวานนท์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและแนวโน้มการใช้ความรุนแรงต่อเด็กของครอบครัวที่มีเด็กเล็ก. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 8(2): 16-30
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และณฤมล ธนเจริญวัชร. (2558). *รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ.2557”*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร (2561). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- จุฬารัตน์ สมใจ. (2546). *ภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนินทร จารุจันทร์. (2541). *ผู้เฒ่ามีลูกแบบชีวิตและการปรับตัวของยายเลี้ยงหลาน ในพื้นที่อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ชูศรี ติวสกุล. (2540). *พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พบบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉันทพร เมฆรุ่งเรืองและอดิสุดา เฟื่องฟู. (2561). *ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก*. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจิตพงศ์และคณะ บรรณาธิการ *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีวี้ง.
- นิชรา เรืองดารากานนท์. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็ก ในทิวรรณ ธรรมชุกญาชัยและคณะบรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.
- เนตรนภา เทพชนะ. (2551). *ผลของการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่4)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต.
- พนิต โล่เสถียรกิจและคณะ. (2560). *สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี 2557*. วารสารวิชาการสาธารณสุข สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมลพรรณ ตรีชะโชติ. (2546). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ต่อความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *คุณภาพชีวิต* (ออนไลน์). ได้จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>
- พองคำ ดิลกสกุลชัย และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2551). *การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสียงสูง*. ในคณะกรรมการกลุ่มปรับปรุงชุดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (บรรณาธิการ). *การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ภาริดา ต้นตระกูล, ทศนี ประสพกิตติคุณ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาครรภ์แรกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด*. *วารสารเกื้อการุณย์*, 20(1): 42-54.
- ยุกดี สงวนพงษ์. (2563). *คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยอายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลนาผาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, (14): 389-409.
- รุ่งนภาพร ภูษาดา และสวียา สุรมณี. (2558). *การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้บนแท็บเล็ต เรื่ององค์ประกอบของระบบสารสนเทศสำหรับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4*. การประชุมวิชาการ

- ระดับชาติการจัดการเทคโนโลยีและนวัตกรรมครั้งที่ 1. หน้า 132-138. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- รุ่งทิพย์ สัมฤทธิ์โสภาค. (2542). *การวิเคราะห์ระยะเวลาคลอดกับแบบแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของแม่ที่ทำงานนอกบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกุล. (2545). *การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- วนิสา ทะยิเชะ, นุชสรา ทรัพย์อินทร์, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และนุจรี ไชยมงคล. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 23(3): 26-40.
- วรารภรณ์ แสงทิวสิน, ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2557). *ทารกคลอดก่อนกำหนด(Preterm) ในการแพทย์ไทย 2554-2557*. กองสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณรัตน์ รัตนวรงค์. (2558). พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*. 7(1): 169-186.
- วรวรรณ แพทย์หลักฟ้า. (2540). *การเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาที่เข้า ร่วมโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริภรณ์ จันทรวัดภรณ์. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติพัฒนาภกิจในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศุภนิศา เกษมสันต์. (2546). *บทบาทของการสื่อสารผ่านสื่อกลางคอมพิวเตอร์กับการสร้างความสัมพันธ์แบบชุมชนเสมือนของผู้สูงอายุสมาชิก*. กรุงเทพฯ: ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2560). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม(ออนไลน์)*. ได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/form_at_1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ce4f9fcd9cd41b6cb2f79b2440a6f4cc
- สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค. (2557). การเตรียมบิดามารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดในการส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่งที่บ้าน. *วารสารเกื้อการณย์*, 21(2): 38-50.

- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. (2556). *คุณภาพชีวิตเด็ก*. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมสิริ อัทธเสรี. (2540). *คุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุขุม เฉลยทรัพย์. (2555). *เทคโนโลยีสารสนเทศ*. กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2547). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวไทย: ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุธรรม นันทมงคลชัย, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรืองดารกานนท์ และศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2549). การย้ายถิ่นของครอบครัวกับไอคิวเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 22(1): 33-45
- สุธรรม นันทมงคลชัย (2559). ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 46(3): 205 – 210.
- สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลแพร์*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา สุทธิประภา. (2544). *การสนับสนุนของที่ทำงานในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี นาคสุขุม. (2544). *ความรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตรของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่ได้รับการเตรียมความพร้อมและไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุริยเดว ทรีปาตี และคณะ. (2556). *คุณภาพชีวิตเด็ก*. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัวมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริยเดว ทรีปาตี, วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์. (2556). *คุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2550-2557*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2559*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2548). *รวมตัวชีวิตเกี่ยวกับความอยู่เย็นเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: ธนัชการพิมพ์.

- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. (2559). รายงานคุณภาพชีวิตประชาชน จังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาชนบท ประจำปี 2559. สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครราชสีมา.
- อุทัยวรรณ ตรีรัตน์พันธุ์. (2539). ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อระยะ เวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Barratt, M.S., Roach, M.A. (1995). Early interaction process: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development*, 18(1): 97-109.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Berbis, J., Einaudi, M. A., Simeoni, M. C., Brevaut-Malaty, V., Auquier, P., d'Ercole, C., et al. (2012). Quality of life of early school-age French children born preterm: a cohort study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 162(1), 38-44.
- Breeman, L.D., van der Pal, S., Verrips, G.H., Baumann, N., Bartmann, P., & Wolke, D. (2017). Neonatal treatment philosophy in Dutch and German NICUs: health-related quality of life in adulthood of VP/VLBW infants. *Qual Life Res*, 26(4): 935-943.
- Escobar, G.J., Clark, R.H., & Greene, J.D. (2006). Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. *Semin Perinatol*, 30, 28-33.
- Eurostat. (2017). *Quality of life indicators*. (online). Retrieved July 20, 2017, from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-plained/index.php/Quality_of_life_indicators
- Frankenburg, W.K., Dodds J. et al. (1996) *DENVER II Training Manual*. Denver Developmental Materials, Inc., Denver CO. 18-21.
- Pramod Singh, G.C., Manju Nair, Ruth, B., Grubestic, Connell, F.A. (2009). Factors associated with underweight and stunting among children in rural terai of Eastern Nepal. *Asia-Pacific J Public Health*; 21(2):144-152.
- Hack, M., Forrest, C. B., Schluchter, M., Taylor, H. G., Drotar, D., Holmbeck, G., et al. (2011). Health status of extremely low birth-weight children at 8 years of age:

- Child and parent perspective. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(10), 922–927.
- Isaranurug, S., Nanthamongkolchai, S., Kaewsiri, D. (2005). Factors Influencing development of children aged one to under six years old. *J Med Assoc Thai*, 88: 86-90.
- Kiya, A.M., Rugolo, L.M., Luca, A.K., Corrente, J.E. (2015). Growth of preterm low birth weight infants until 24 months corrected age: effect of maternal hypertension. *J Pediatr (Rio J)*, 91(3). 256-262.
- London sustainable development commission. (2013). *London's Quality of life Indicators 2012 report*. London: Greater London Authority, city hall, The Queen's walk.
- MAIA, P.C., Silva, L.P, Oliveira, M.M.C., and Cardoso, M.VLMC. (2011). Motor development of premature and full-term children: use of the Alberta Infant Motor Scale. [Online]. *Acta paul. Sick*, 24(5), 670-675. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500012>.
- Mainichi Japan. (2017). *Medical associations warn against children's excessive use of smartphones*. (online). Retrieved July 20, 2017, from <http://mainichi.jp/english/articles/20170216/p2a/00m/0na/004000c>
- Mercer, R.T. (1990). *Parents at risk*. New York: Springer.
- Mottram, R., & Holt, J. (2010). Is gestational age a factor in determining the health-related quality of life of children and young people born preterm? A critical review of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, 16(2), 80–90.
- Nanthamongkolchai S, Eds. (2004). *Child rearing practices of Thai families: a quantitative and qualitative study*. Bangkok: The Thailand Research Fund.
- OECD (2016). *OECD Economic Surveys: Canada* . OECD Publishing, Paris. (online). Retrieved July 20, 2017, from http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-can-2016-en
- OECD (2016). *OECD calculation based on the OECD Better Life Index 2016 database*. (online). Retrieved July 20, 2017, from <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=BLI>
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Reuner, G., Hassenpflug, A., Pietz, J., Philippi, H. (2009). Long-term development of low-risk low birth weight preterm born infants: neurodevelopmental aspects from childhood to late adolescence. *Early Hum Dev*, 85(7), 409-13.
- Rugolo, L.M. (2005). Extreme long-term growth and development of premature infants. *J Pediatr (Rio J)*, 81, S101-S110.
- Rugolo, L.M., Bentlin, M.R., Rugolo, A.J., Dalben I., Trindade, C.E. (2007). Growth of extremely low birth weight infants during the first two years of life. *Rev Paul Pediatr*. 25, 142-149.
- Saigal, S., & Tyson, J. (2008). Measurement of quality of life of survivors of neonatal intensive care: Critique and implications. *Seminars in Perinatology*, 32(1), 59–66.
- Stoelhorst, G.M., Rijken, M., Martens, S.E., van Zwieten, P.H., Feenstra, J., Zwinderman, A.H., et al. (2003). Developmental outcome at 18 and 24 months of age in very preterm children: A cohort study from 1996-1997. *Early Human Development*, 72, 83–95.
- Simmons, L.E, Rubens, C.E., Darmstadt, G.L., Gravett, M.G. (2010). Preventing Preterm Birth and Neonatal Mortality: Exploring the Epidemiology, Causes, and Interventions. *J. semperi*, 34(6): 408-415.
- Theerakulchai, J., Tiansawad, S. (2004). Women's Experience of Postpartum Fatigue. *Thai journal of nursing research*, 8(3), 223-234.
- Thomé e, S., Härenstam, A. and Hagberg, M. (2011). Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults - a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 1-11.
- The American Academy of Pediatrics. (2016). *American Academy of Pediatrics Announces New Recommendations for Children's Media Use*. (online). Retrieved July 20, 2017, from <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/american-academy-of-pediatrics-announces-new-recommendations-for-childrens-media-use.aspx>
- Vieira, M. E., & Linhares, M. B. (2011). Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool and school-age. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, 87(4), 281–291.

- Vieira, M.E., & Linhares, M.B. (2016). Quality of life of individuals born preterm: a systematic review of assessment approaches. *Qual Life Res.*, 25(9): 2123-39.
- Verrips, G., Brouwer, L., Vogels, T., Taal, E., Drossaert, C., Feeny, D., et al. (2012). Long term follow-up of health-related quality of life in young adults born very preterm or with a very low birth weight. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 49.
- Wells, M. and Sarkadi, A. (2012). Do father-friendly policies promote father-friendly child-rearing practices? A review of Swedish parental leave and child health centers. *Journal of Child and Family Studies*, 21 (1), 25-31.
- World Health organization. (1970). *The prevention of perinatal mortality and morbidity*. Geneva, Switzerland: WHO Technical Report Series. Report 457.
- World Health Organization. (1994). *Declaration on Occupational health for all*. (online). Retrieved July 20, 2017, from http://www.who.int/occupational_health/publications/declaration/en/
- World Health organization. (2017). *Preterm birth*. (online). Retrieved July 20, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Wolke, D., Chernova, J., Eryigit-Madzwamuse, S., Samara, M., Zwierzynska, K., & Petrou, S. (2013). Self and parent perspectives on health-related quality of life of adolescents born very preterm. *The Journal of Pediatrics*, 163(4), 1020–1026.e2.

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดุขุฎี मुखสมบัติ

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น


2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปัญญทรี พวงสุวรรณ

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



	<p style="text-align: center;">Suranaree University of Technology Institutional Review Board</p>	<p style="text-align: center;">ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	--	---

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

ผู้สนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาววรรษชล พิเชียรวิไล

ที่อยู่ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) 044-223518, 093-5524545

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วม ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของเด็กได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในทุกปีจะพบทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น (World Health organization, 2017) ทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เคยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เมื่อโตขึ้นจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า ร้อยละ 40 (Stoelhorst et al., 2003) นอกจากนี้ยังมีการลงทะเบียนล่าช้าและมีแนวโน้มจบการศึกษาต่ำ (Reuner, Hassenpflug, Pietz, & Philippi, 2009) ผู้ดูแลเด็กบางรายเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า (จุฬารักษ์ สมใจ, 2546) ส่วนครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตได้ (กาญจนา คุณรังษีสมบุญ, 2555)

ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัด

สุรินทร์ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดคาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อช่วยลดปัญหาที่ตามมาของทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งในเรื่องสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงสร้างพื้นฐานสุขภาพที่ดีตั้งแต่แรกเกิด ช่วยให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

1. ผู้วิจัยจะขอสอบถามประวัติของเด็กว่ามีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์หรือไม่ ได้แก่

- เป็นเด็กเพศหญิงหรือชายที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด และมีอายุระหว่าง 18 - 24 เดือน นับถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล
- มีอายุในครรภ์มารดาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาโดยเฉพาะ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ สมองพิการ โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

ผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครองของเด็ก

- ท่านผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ดูแลหลักขณะอยู่ที่บ้าน เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น และต้องอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับเด็ก ส่วนผู้ลงนามยินยอมให้เก็บข้อมูลของเด็กมี 2 คน คือ ผู้ดูแลหลักและผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ได้แก่ 1) บิดาหรือมารดา 2) ผู้ที่มาทำหน้าที่ดูแลแทนบิดามารดาของเด็ก 2 กรณีคือ กรณีที่ 1 เด็กไม่มีบิดามารดา กรณีที่ 2 บิดามารดาถูกถอนอำนาจปกครอง

2. ท่านจะได้ทำแบบสอบถาม และเด็กจะได้รับการตรวจประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ซึ่งใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ในวันที่พาเด็กมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และพบผู้วิจัยครั้งนี้เพียงครั้งเดียว

3. หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจะตรวจการเจริญเติบโตของเด็กโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

4. ตรวจพัฒนาการของเด็ก โดยใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กเดนเวอร์ II ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับตรวจพัฒนาการเด็กอายุ 18 - 24 เดือน ประกอบด้วย ตุ๊กตาตัวเล็กสำหรับป้อนอาหาร ขวดปากแคบใส่ลูกเกด ลูกบอล และบล็อกไม้ เครื่องมือนี้สามารถใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก 4 ด้านคือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ด้านสังคม และด้านภาษา ส่วนการแปล

ผลพัฒนาการเด็กสามารถแบ่งเป็น 3 แบบ คือ พัฒนาการปกติ ไม่สามารถประเมินได้ และสงสัยว่ามีพัฒนาการช้า

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน คือ เสียเวลาเพิ่มมากขึ้น 1 ชั่วโมง จากการตอบแบบสอบถามและการตรวจประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาของโครงการวิจัยนี้บุคลากรที่มีสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดให้แก่ผู้ดูแลเด็กต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของเด็กทั้งในอดีต และปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านและเด็กเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ในกรณีที่ได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาววรรษชล พิเชียรวิไล ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการมาโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวนเงิน 200 บาท จำนวน 1 ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาของเด็กแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้


1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย อุปกรณ์ และความเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
5. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
6. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี หมายเลขโทรศัพท์ 044-224757 โทรสาร 044-224750 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ค

AF/05-08/01.0

 <p style="text-align: center;">Suranaree University of Technology Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ที่อยู่
..... ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ
วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการ
วิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว
โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
รักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ไม่ได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับ
การยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้อง
กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของบุตรหลานที่
เกิดก่อนกำหนดของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบ และมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย


(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

 <p style="text-align: center;">Suranaree University of Technology Institutional Review Board</p>	<p>หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Informed Consent Form)</p>
--	--

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

วันให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่..... ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น ของ ด.ช./ด.ญ..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ..... (ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ไม่ได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม

การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของบุตรหลานที่
เกิดก่อนกำหนดของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถ
ยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ด.ช./ด.ญ.
.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วย
ความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

..... ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (ตัว
บรรจง)

..... ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการ
วิจัย

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองของผู้เข้าร่วม
การวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
ด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ง

เลขที่แบบสอบถาม สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ท่านผู้ตอบแบบประเมิน

เนื่องด้วยดิฉันนางสาววรรษชล พิเชียรวิไล อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรีรินทร์

ท่านจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลเด็ก

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ

ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านประการใด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(นางสาววรรษชล พิเชียรวิไล)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับสถานภาพของท่านตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. จบการศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

() สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่น ๆ โปรดระบุ

3. สถานภาพสมรส

() คู่

() หย่า / แยกกันอยู่

() หม้าย

() อื่น ๆ โปรดระบุ

4. อาชีพของท่าน (หากไม่ได้ประกอบอาชีพให้ข้ามไปตอบ ข้อ 6)

() รับราชการ พนักงานของรัฐ

() ลูกจ้างในบริษัท/โรงงาน

() ค้าขาย

() เกษตรกรรม

() รับจ้าง

() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. ลักษณะงานที่ทำ (นอกเหนือจากการดูแลเด็ก)

() งานประจำ ช่วงเวลาทำงาน.....น. ถึง.....น.

() งานเป็นกะหรือเวรผลัด จำนวนชั่วโมงที่ทำงานต่อวัน.....

6. รายได้ของครอบครัว

รายได้ของตนเองเฉลี่ย.....บาท/ เดือน

รายได้ของสามีเฉลี่ย.....บาท/ เดือน

บุคคลอื่นในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในรายรับรายจ่ายของครอบครัว รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

รายได้รวมทั้งหมดของครอบครัว.....บาท/เดือน

7. รายได้ของครอบครัวเพียงพอหรือไม่

() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

8. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน ประกอบด้วย

(ระบุ).....

.....

.....

9. ผู้ดูแลหลัก

() บิดา

() มารดา

() ญาติ ระบุ.....

() จ้างพี่เลี้ยงมาเลี้ยงที่บ้าน

() ฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็ก

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ผู้ดูแลแทน (ผู้ดูแลแทน หมายถึง ผู้ที่ดูแลเด็กแทนเมื่อผู้ดูแลหลักไม่ว่าง)

() บิดา

() มารดา

() ญาติ ระบุ.....

() จ้างพี่เลี้ยงมาเลี้ยงที่บ้าน

() ฝากเลี้ยงที่สถานรับเลี้ยงเด็ก

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

() ไม่มี

11. การให้เด็กใช้เทคโนโลยี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่ได้ใช้

() โทรศัพท์มือถือ จำนวน.....ชั่วโมง/วันวัน/สัปดาห์

() แท็บเล็ต จำนวน.....ชั่วโมง/วันวัน/สัปดาห์

() โทรทัศน์ จำนวน.....ชั่วโมง/วันวัน/สัปดาห์

() คอมพิวเตอร์ โปรแกรม

(ระบุ).....

จำนวน.....ชั่วโมง/วันวัน/สัปดาห์

() อื่นๆ.....

จำนวน.....ชั่วโมง/วันวัน/สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้ในการดูแลเด็ก กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ ซึ่งตรงกับกรปฏิบัติของท่าน มีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ถูกต้อง ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นถูกต้อง

ข้อความ	คำตอบ	
	ไม่ใช่	ใช่
ด้านอาหาร		
23. นมแม่เหมาะสมที่สุดในการเลี้ยงดูทารก		
24. ควรให้นมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน และหลังจาก 6 เดือนสามารถให้ต่อไปได้เรื่อย ๆ แต่ควรให้อาหารเสริมตามวัย		
25. เด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ควรได้รับประทานอาหารเสริมตามวัยจำนวน 2 มื้อต่อวัน		
26. เด็กวัย 1 ปีขึ้นไป ควรดื่มนมรสอะไรก็ได้ ทั้งจืด หวาน ซ็อกโกแลต หรือนมเปรี้ยว วันละ 2 - 3 มื้อ		
27. ควรให้เด็กอายุ 7 เดือนขึ้นไป กินไข่วันละ 1 ฟอง		
28. เด็กอายุ 18 เดือน ควรรับประทานเนื้อสัตว์ที่หั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ ทุกวัน		
ด้านการให้ภูมิคุ้มกันโรค		
29. เด็กควรมารับวัคซีนให้ตรงตามวันนัด		
30. หากมีอาการบวมมีก้อนไตแข็งที่ตำแหน่งรับวัคซีนให้ประคบน้ำอุ่น		
31. หากมีไข้ต่ำ ๆ หลังได้รับวัคซีน ควรเช็ดตัวลดไข้ให้เด็ก		
32. วัคซีนรวมหัด หัดเยอรมัน คางทูม หลังให้ 1 สัปดาห์ พบว่ามีผื่นขึ้นแสดงว่าเด็กแพ้วัคซีน ให้รีบมาโรงพยาบาล		
33. หลังหยอดวัคซีนโปลิโอแล้ว ควรรีบให้เด็กดื่มน้ำหรือนมตาม		
34. หลังให้วัคซีนแล้วต้องอยู่โรงพยาบาลดูอาการอย่างน้อย 30 นาที		
ด้านการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
35. เมื่อเด็กมีอาการหายใจเร็ว หอบ ทั้งที่ไม่มีประวัติโรคหอบหืดให้รีบนำเด็กมาโรงพยาบาล		
36. เมื่อเด็กถ่ายเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้ง ควรให้ดื่มน้ำเกลือแร่		
37. เมื่อเด็กสำลักสิ่งแปลกปลอม ให้จับเด็กนอนคว่ำหน้าแล้วเขย่าแรง ๆ		
38. เมื่อเด็กมีอาการท้องผูก ควรรับประทานน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มคั้น หรือผลไม้ เช่น มะละกอ กัลฉ่าย เป็นต้น		
39. หากเด็กมีอาการคัดจมูก จามบ่อย น้ำมูกไหล ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่โล่ง ปลอดภัย โปร่ง		

ข้อความ	คำตอบ	
	ไม่ใช่	ใช่
40. หากเด็กมีตุ่มแดงขึ้นที่มือ เท้า และในช่องปาก ผู้ดูแลไม่ควรพาเด็กไปเล่นนอกบ้านหรือเล่นของเล่นร่วมกับผู้อื่น		
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ		
19. ควรส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 7 – 9 เดือน โดยการเล่นจ๊ะเอ๋		
20. ควรฝึกให้เด็กอายุ 1 ปี เล่นยืนขาเดียว เพราะเด็กยืนได้แล้ว 2 ขา		
21. ควรสอนให้เด็กอายุ 1 ปี ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หยิบของเล็ก ๆ ได้		
22. เด็กอายุ 1 ปี ควรสอนให้พูดทักทาย 3 คำ เช่น สวัสดีครับ/ค่ะ		
23. เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ควรสอนให้ชื่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย		
24. เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน ควรฝึกให้จับแก้วน้ำดื่มได้เอง		
ด้านการป้องกันอันตราย		
25. ไม่ควรปล่อยให้เด็กอาบน้ำตามลำพัง		
26. ควรติดตั้งรูปปลั๊กไฟไว้ที่สูงหรือหาเทปกาวมาปิด เพื่อป้องกันไฟฟ้าดูด		
27. เมื่อเด็กเล่นน้ำในสระหรือแหล่งน้ำ ควรสวมเสื้อชูชีพและดูแลใกล้ชิด		
28. สอนให้เด็กรักสัตว์ โดยเล่นกับสัตว์และให้อาหารแก่สัตว์ทุกตัวที่พบเห็น		
29. สามารถนำเด็กนั่งหน้าหรือซ้อนรถจักรยานยนต์ได้โดยไม่ต้องมีคนจับ		
30. ไม่นำน้ำยาต่าง ๆ เช่น สบู่ น้ำมันก๊าด น้ำมันรถ มาใส่ขวดน้ำดื่ม เพื่อป้องกันเด็กเข้าใจผิดหยิบดื่มได้		

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด (สอบถามผู้ดูแลเด็ก)

คำชี้แจง โปรดตอบข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับสถานภาพของท่านและเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดตามความเป็นจริง

1. วัน เดือน ปีเกิดของทารก.....
2. เพศ ชาย หญิง
3. อายุปัจจุบันของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนดเดือน
4. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์
5. ประเภทการคลอด
 - () คลอดปกติ
 - () ผ่าคลอด
 - () ใช้เครื่องมือช่วยคลอด ได้แก่
6. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
7. ความยาวแรกเกิด.....เซนติเมตร
8. Apgar score นาทีที่ 1, 5, 10
9. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด.....
10. สถานที่เกิด
 - () โรงพยาบาลประจำจังหวัด
 - () โรงพยาบาลประจำอำเภอ
 - () โรงพยาบาลเอกชน
 - () อื่น ๆ ระบุ).....
11. ระยะเวลาที่ทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดก่อนกำหนด วัน
12. ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล
 - () ไม่เคยเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - () การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่
 - (ระบุ).....

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด (สอบถามผู้ดูแลเด็ก)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความจำเป็นพื้นฐาน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบวิธีปฏิบัติของผู้ดูแลและครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ ซึ่งตรงกับ การปฏิบัติของท่าน มีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความนั้นทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติบ่อย ๆ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย

ข้อคำถาม	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ด้านสุขภาพของเด็ก				
1. การได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วงแรกเกิดถึง 6 เดือน				
2. พาเด็กไปรับวัคซีนตรงตามวันนัดในสมุดวัคซีน				
3. ปัจจุบันเด็กได้รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ				
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ไม่ใส่ผงชูรส/ผงปรุงรส				
5. รับประทานข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ น้ำมัน ผัก และผลไม้ทุกวัน				
6. เด็กกินนมแม่อยู่หรือดื่มนมรสจืด วันละ 2 – 3 มื้อ				
7. ให้อาหารบรรจุสำเร็จ เช่น นม ปลา นม อาหารกล่องที่ใช้ในการปรุงอาหารต้องมีเครื่องหมาย อย. เพื่อความปลอดภัยของเด็กในการรับประทาน				
8. กินผักปลอดสารพิษ หรือได้ทำการแช่ด้วยน้ำผสมด่างทับทิม หรือน้ำยาล้างผักแล้วล้างด้วยน้ำสะอาดหลาย ๆ ครั้ง				
9. ก่อนรับประทานอาหาร ให้เด็กล้างมือทุกครั้ง				
10. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หากยังไม่ได้ไปรับการรักษากับแพทย์ หรือไปโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติครบทั้ง 3 เรื่อง คือ <ul style="list-style-type: none"> - ไม่กินยาชุด - ไม่กินยาสมุนไพร - เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยใช้ยาสามัญประจำบ้านรักษา เช่น มีไข้ รับประทานยาลดไข้ตามขนาดที่แพทย์สั่ง มีแผลเล็กน้อย 				

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
ได้ล้างแผลและใช้ยาทาแผล				
11. เด็กใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า				
ด้านสภาพแวดล้อม				
12. บ้านมีความมั่นคงสามารถอยู่ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าจะมีปัญหาเรื่องที่พักอาศัย เช่น การไม่อยู่ในเขตป่าสงวน ไม่ถูกไล่ที่ เป็นต้น				
13. บ้านมีสภาพคงทนถาวร คือ มีหลังคามุงกระเบื้องหรือสังกะสี และมีฝาครอบทั้ง 4 ด้าน อยู่คงทนต่อไปได้ไม่น้อยกว่า 5 ปี				
14. มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 5 ลิตรต่อวัน (ใช้สำหรับดื่ม 2 ลิตร และอื่น ๆ อีกจำนวน 3 ลิตร เช่น ใช้ประกอบอาหาร ล้างหน้า บ้วนปาก และแปรงฟัน)				
15. มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตร (ประมาณ 2 ปี๊บ) ต่อวัน เช่น อาบน้ำ ซักเสื้อผ้า ทำความสะอาด เป็นต้น				
16. มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้าน โดยมีที่ประกอบอาหาร/ห้องนอนเป็นสัดส่วน				
17. มีที่เก็บน้ำสะอาดไว้ใช้ดื่มกิน				
18. มีการจัดบริเวณบ้านและภายในบ้านให้ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์/แมลงนำโรค/ไม่มีแหล่งน้ำเสียขัง				
41. มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างเป็นระเบียบ เช่น มีฝาปิดมิดชิด				
42. สภาพในบ้านและบริเวณรอบบ้านสะอาด วางของเป็นระเบียบ				
43. มีส่วนถูกสุขลักษณะและสะอาด				
44. ดูแลครัวเรือนไม่ให้ถูกรบกวนจากฝุ่นละออง กลิ่น หรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ หรือสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ				
23. เมื่อเด็กโดยสารทางรถยนต์/มอเตอร์ไซค์ ได้มีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี เช่น คาดเข็มขัดนิรภัย นั่งเบาะนิรภัยเด็ก (คาร์ซีท) สวมหมวกกันน็อก เป็นต้น				
24. มีการตรวจซ่อมแซมอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าในบ้านให้อยู่ในสภาพดี เช่น สายไฟฟ้า ปลั๊ก หรือสวิตช์ไฟ พัดลม หม้อหุงข้าว				
25. ดูแลครัวเรือนและเด็ก ไม่ให้เสี่ยงต่อการถูกลักทรัพย์ ถูกทำร้าย การบุกรุกที่อยู่อาศัยหรืออาชญากรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับชีวิต				

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
และทรัพย์สิน				
ด้านการศึกษาของเด็ก				
26. เด็กได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การอ่านนิทาน การช่วยทำงานบ้าน				
27. เด็กได้มีการเล่น และมีของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย				
28. คนในครอบครัวพูดคุยกับเด็กทุกวัน				
29. ผู้ดูแลเด็กศึกษาข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ ด้านการตลาด (การซื้อขายผลผลิต) ด้านอาหารการกิน ด้านสุขภาพอนามัย ด้านกฎหมายที่ควรรู้ หรือด้านข่าวสารบ้านเมือง โดยได้รับอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง				
ด้านค่านิยม				
30. สมาชิกในครอบครัวทุกคน ไม่ติดสุรา (เหล้า เบียร์ ยาตอง กระแช่หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)				
31. สมาชิกในครอบครัวทุกคน ไม่สูบบุหรี่ (ยาสูบหรือยาอมวน)				
32. ในปีที่ผ่านมา มีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน มีการปรึกษาหารือกันเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ				
33. ในปีที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งรุนแรง				
34. ครอบครัวพาเด็กทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ตักบาตร				
35. สมาชิกในครอบครัวมักทำให้เด็กรำเริง ยิ้ม มีความสุข เช่น พาเด็กไปเดินเล่น พุดคุยเล่นกับเด็ก เป็นต้น				

ส่วนที่ 2 การประเมินเจริญเติบโตและพัฒนาการ (ผู้วิจัยประเมิน)

การประเมินเจริญเติบโต ได้แก่ น้ำหนัก/ส่วนสูง เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 ผู้วิจัยขอเลือกใช้ดัชนีน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (Weight by Height) เนื่องจากเป็นการแสดงถึงความอ้วนผอม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 3 SD	ถือว่า อ้วน	ให้ 0 คะแนน
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 2 SD	ถือว่า ผอม	ให้ 1 คะแนน
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 2 SD ถึง 3 SD	ถือว่า เริ่มอ้วน	ให้ 1 คะแนน
ช่วงมากกว่ามัธยฐาน + 1.5 SD ถึง 2 SD	ถือว่า ท้วม	ให้ 2 คะแนน
ช่วงน้อยกว่ามัธยฐาน - 1.5 SD ถึง - 2 SD	ถือว่า ค่อนข้างผอม	ให้ 2 คะแนน
ช่วงค่ามัธยฐาน +/- 1.5 SD	ถือว่า สมส่วน	ให้ 3 คะแนน

1. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม ความยาวปัจจุบัน..... เซนติเมตร
2. สรุป ผลการเจริญเติบโต.....คิดเป็น.....คะแนน

การประเมินพัฒนาการ ใช้แบบทดสอบพัฒนาการเดนเวอร์ 2 (Denver II) (Frankenburg et al., 1996)

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พัฒนาการปกติ	ให้ 2 คะแนน
ไม่สามารถประเมินได้	ให้ 1 คะแนน
สงสัยว่ามีพัฒนาการช้า	ให้ 0 คะแนน

1. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่.....
2. พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก.....
3. พัฒนาการด้านสังคม.....
4. พัฒนาการด้านภาษา.....
5. สรุป ผลพัฒนาการ.....คิดเป็น.....คะแนน

การแปลผลระดับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ คะแนนรวมสูงสุด 5 คะแนน

คะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 2 ระดับ คือ

- การเจริญเติบโตและพัฒนาการดี คือ คะแนนรวมของการน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง และพัฒนาการมากกว่าร้อยละ 80 (ได้ 4 คะแนนขึ้นไป)
- การเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ดี คือ คะแนนรวมของการน้ำหนักเทียบกับส่วนสูง และพัฒนาการน้อยกว่าร้อยละ 80 (ได้น้อยกว่า 4 คะแนน)

สรุป ผลการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้..... คะแนน แปลว่า.....

การแปลผล คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดอยู่ในเกณฑ์ ดี ไม่ดี

ภาคผนวก จ. เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ (EC-60-61)

COA No. 52/2560



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ดำเนินการให้การรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) and 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
 เลขที่โครงการ : EC-60-61
 ผู้วิจัยหลัก : อาจารย์วรรัชชล พิเชียรวิไล
 หน่วยงาน : สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
 วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด
 รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
 เอกสารรับรอง : ข้อเสนอโครงการ, แบบสอบถาม

ลงชื่อ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พีระพงษ์ อุทธารสกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

วันที่รับรอง : 27 พฤศจิกายน 2560

วันหมดอายุ : 26 พฤศจิกายน 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาววรรษชล พิเชียรวิไล
ตำแหน่ง	อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วัน/เดือน/ปีเกิด	14 กรกฎาคม 2529
สถานที่เกิด	เมืองนครราชสีมา
ประวัติการศึกษา	ปี 2551 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง	ปี 2557 Certificate: Child Health Care, Lund University, Sweden ปี 2557 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาศาสตร์และศิลป์การสอนทางการ พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2559 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทารกแรกเกิดวิกฤติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ประสบการณ์และผลงานทางวิชาการ	วรรษชล พิเชียรวิไล. (2561). ผลการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดคอนสตรัคติวิสต์ ต่อความสามารถ ในการคิดวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. <i>วารสารเทคโนโลยีสุรนารี</i> , 12(1), 37-47. วรรษชล พิเชียรวิไล. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผนต่อพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาทำงานนอกร้าน. <i>วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ</i> , 37(1), 12-20.
สถานที่ติดต่อ	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี โทร 093-5524545