ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2551
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTORS OF MILK EXPRESSION BEHAVIOR IN MOTHERS OF PREMATURE INFANTS

Miss Patcharaporn Ratanasongkram

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of then Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
โดย	นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม
สาขาวิชา	การพยาบาลเด็ก
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พัชรพร รัตนสงคราม : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (PREDICTORS OF MILK EXPRESSION BEHAVIOR IN MOTHERS OF PREMATURE INFANTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ.ดร.วิฒา จีระแพทย์, 130 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด และการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาจำนวน 140 ราย ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลของรัฐ จากวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม แบบสอบถามการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมและแบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ .80 และ .90 ตามลำดับและมีค่าความเที่ยงโดยวิธีแอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.77 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าแฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 3.20, SD=.32)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 (r= 0.225, 0.244 ตามลำดับ)

3. การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 6 (R^2 =.060) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐานได้ดังนี้

$\hat{Z}_{\text{พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม}} = .244\ Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม}}$

สาขาวิชา:.....การพยาบาลเด็ก..... ลายมือชื่อนิสิต: .....

ปีการศึกษา:.....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:.....

4977587836 : MAJOR PEDIATRIC NURSING

KEY WORDS: MILK EXPRESSION BEHAVIOR/ PREMATURE INFANTS

PATCHARAPORN RATANASONGKRAM: PREDICTORS OF MILK EXPRESSION BEHAVIOR IN MOTHERS OF PREMATURE INFANTS. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: PROF VEENA JIRAPAET, RN, DNSc, 130 pp.

The purposes of this study were to explore milk expression behaviors, examined the relationships and predictive factors between modifying factors to promote milk expression, number of pregnancy, perception toward the susceptibility, severity, benefit and barrier of milk expression behavior in mothers of premature infants. A conceptual framework used in this study was the Health Belief Model (Becker, 1974). Samples were 140 mothers of premature infants whose premature infants were admitted at the Neonatal intensive care unit and premature infant unit in a government hospital and were recruited by simple random sampling technique. Research instrument included three parts of the demographic data, modifying factors, health perceived of milk expression behavior and milk expression behavior questionnaires. The questionnaires were tested for the content validity by a panel of experts and CVI were .80 and .90, respectively. The Cronbach's alpha reliability were .77 and .80, respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation, Pearson's correlation, Spearman correlation, Biserial correlation, Point biserial correlation and stepwise multiple regression.

The major findings were as follows:

1. Milk expression behaviors in mothers of premature infants was at high level (X= 3.20, SD=.32).

2. Perceived susceptibility and perceived benefit were significantly positive correlated with milk expression behaviors at the level of .01 (r= 0.225, 0.244, respectively).

3. Perceived benefit was significantly predicted the milk expression behaviors in mothers of premature infants at the level of.01. The predictive could explain 6 percent of the total variance (R^2 =.060).

The standardized prediction equation is as follows.

$$\hat{Z}_{\text{milk expression behavior}} = .244\, Z_{\text{perceived benefit}}$$

Field of study:..... Pediatric Nursing.. Student's signature: Patcharaporn Ratanasongkram

Academic year:.... 2008 ..... Thesis Principal Advisor's signature: Veena Jirapaet

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ โดยสละเวลาอันมีค่าเพื่อทุ่มเทสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ตามหลักวิชาการและให้กำลังใจเสมอมา โดยอาจารย์มิเคยย่อท้อในอุดมการณ์ของความเป็นครูที่มีจะให้แต่ในสิ่งที่ดีที่สุดกับศิษย์ ผู้วิจัยรู้สึกทราบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุศิลป ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่ง

กราบขอบพระคุณ คุณธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์ อาจารย์จุรีย์ นฤมิตเลิศ อาจารย์ ดร.วัชราภรณ์ เชี่ยววัฒนา คุณศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ และคุณสุกัญญา แสงตุ่น ที่กรุณาให้ความเมตตาช่วยเหลือในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามในการวิจัยพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้ากองการพยาบาล หัวหน้าหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หัวหน้าหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบพระคุณมารดา พี่น้อง ครอบครัวและเพื่อน ๆ ที่มีความปรารถนาดีที่ให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจอยู่ไม่ห่าง จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย…… ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ…….... จ

กิตติกรรมประกาศ……. ฉ

สารบัญ…….. ช

สารบัญตาราง…… ฌ

สารบัญแผนภูมิ…….. ฎ

สารบัญแผนภาพ…… ฏ

บทที่

1. บทนำ…… 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา…… 1

ปัญหาการวิจัย……... 5

วัตถุประสงค์……... 5

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย…….. 6

ขอบเขตการวิจัย…… 10

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย…… 10

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย……... 11

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทารกเกิดก่อนกำหนด

ความหมายทารกเกิดก่อนกำหนด…….. 13

ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด…… 15

ปัญหาด้านภาวะโภชนาการที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด…… 20

ลักษณะเฉพาะทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยาของระบบทางเดินอาหารในทารกเกิดก่อนกำหนด…… 21

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม……. 22

การจัดบริการทางการพยาบาลขณะอยู่ร.พ.เพื่อส่งเสริมมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่……. 23

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ……... 26

พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม…….. 32

บทที่ หน้า

ความหมายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 32

หลักและวิธีการบีบน้ำนมอย่างถูกวิธี..... 33

การประเมินพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 40

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม..... 41

ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม..... 43

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 46

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 49

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย..... 51

คุณภาพเครื่องมือ..... 52

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 55

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 56

การวิเคราะห์ข้อมูล..... 56

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 60

5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย..... 74

อภิปรายผลการวิจัย..... 78

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... 85

รายการอ้างอิง..... 86

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... 98

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 100

ภาคผนวก ค การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้..... 109

ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างและ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์..... 123

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 130

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1.แสดงรายชื่อโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป ……..... 50

2.แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม…… 55

3.จำนวนและร้อยละของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ 61

4.ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก จำแนกตามรายข้อ…….. 62

5. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามรายข้อ..... 63

6. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม จำแนกตามรายข้อ..... 64

7. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตฐานของคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม จำแนกตามรายข้อ..... 65

8. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามรายกิจกรรม..... 66

9. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมนและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด..... 68

10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด..... 69

11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์..... 70

12.ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย อำนาจการพยากรณ์ (R^2) อำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด 72

ตารางที่ หน้า

13. ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่พยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด..... 73
14. ผลการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม……..... 111
15 ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปรอิสระ ได้แก่ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม..... 112

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ หน้า

กรอบแนวคิดการวิจัย..... 48

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ หน้า
แผนภาพที่ 1 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง อายุ กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 114
แผนภาพที่ 2 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 114
แผนภาพที่ 3 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 115
แผนภาพที่ 4 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 115
แผนภาพที่ 5 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 116
แผนภาพที่ 6 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 116
แผนภาพที่ 7 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม..... 117
แผนภาพที่ 8 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ อายุ..... 117
แผนภาพที่ 9 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ ระดับการศึกษา..... 118
แผนภาพที่ 10 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์..... 118
แผนภาพที่ 11 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์..... 119
แผนภาพที่ 12 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก..... 119
แผนภาพที่ 13 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด..... 120
แผนภาพที่ 14 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม..... 120
แผนภาพที่ 15 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม..... 121
แผนภาพที่ 16 กราฟทดสอบความแปรปรวนมีค่าคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic)..... 121
แผนภาพที่ 17 กราฟทดสอบการแจกข้อมูลของพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมกับตัวแปรอิสระ 122

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดจัดว่าเป็นทารกกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องด้วยอวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานได้ไม่สมบรูณ์ประกอบกับน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีผลให้เกิดความเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ภาวะหายใจลำบาก ลำไส้เน่าตาย เลือดออกในโพรงสมอง โรคปอดเรื้อรัง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและซีด (Fongcum, 1993) ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่ารักษาเพิ่มขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้มารดาและครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่ยังไม่คงที่ของทารกและมีผลต่อการปรับบทบาทของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องดูแลแบบองค์รวมทั้งเด็กและครอบครัว (Lauwers and Shinskie, 1999: 379; ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2541)

ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า อัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ำกว่าร้อยละ 6 ซึ่งในประเทศไทยปี พ.ศ.2548 ยังพบอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยสูงถึงร้อยละ 8.7 แม้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2549) จะตั้งเป้าหมายของอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในประเทศไทยให้ไม่เกินร้อยละ 7 การเฝ้าระวังไม่ให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีอัตราที่เพิ่มขึ้น จะช่วยลดอัตราการป่วยและอัตราการตายในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น (สุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์, ศุภวิทย์ มุตตามระ, นิพรรณพร วรมงคล และ อรพินธิ์ เจริญผล, 2549)

จากรายงานสถิติทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า อัตราการเกิดของทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ อัตราเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 13.66 เป็นร้อยละ 14.22 ของยอดทารกแรกเกิดทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2548 และพ.ศ. 2549 ตามลำดับ และทารกเกิดก่อนกำหนดแต่ละคนมีอัตราการครองเตียงสูงและ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลในปี 2547 เท่ากับ 19.24 วันและในปี 2548 เท่ากับ 20.13 วัน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาล จัดว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานที่สุด (กองเวชสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2550) ชี้ให้เห็นว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลมากที่สุด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก เมื่อต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ ในบทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตโดยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาให้มากที่สุด เพื่อลดอัตราการป่วย อัตราการตายและส่งเสริมให้ทารกแต่ละคนสามารถรอดชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเจริญเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพ

การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจอาทิเช่น การช่วยหายใจ การป้องกันการสูญเสียความร้อน การดูแลให้ได้รับน้ำ

และสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยเป็นต้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่สำคัญต่อการดำรงชีวิตต่อไปของทารก (วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2550: 154-155) จะเห็นได้ว่า น้ำและอาหารเป็น 1 ในปัจจัยที่มนุษย์ต้องการเพื่อความอยู่รอด แต่เนื่องด้วยทารกเกิดก่อนกำหนดมีข้อจำกัด จากปัญหาด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ยังมีการพัฒนาของกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่สมบรูณ์ ระบบประสาทของการดูดกลืนและระบบการป้องกันการติดเชื้อที่ยังไม่สมบรูณ์ ล้วนแต่ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเกิดการเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขรักษา เพื่อให้ทารกเติบโตเสมือนทารกในครรภ์ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2541) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับปริมาณสารอาหาร เทียบเท่ากับตัวอ่อนที่อยู่ในครรภ์ โดยพลังงานที่ได้รับต้องเพียงพอต่อการเจริญเติบโตและทารกคนใดที่เจ็บป่วยอาจต้องการสารอาหารเพิ่มเติมอาจอยู่ในรูปของสารน้ำสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด (Wong, 2007)

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณสารอาหารในนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มีปริมาณของโปรตีนและโซเดียมสูงกว่านมแม่ของทารกเกิดครบกำหนด (Bremer, 1987:1-4) และโปรตีนในนมแม่มีความเหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากมี Whey ร้อยละ 70 และ Casein ร้อยละ 30 ซึ่งแตกต่างจากนมวัวที่มี Casein ร้อยละ 82 ซึ่งมีส่วนช่วยให้ทารกย่อยและดูดซึมได้ง่าย (Kemply, 2005) นอกจากคุณลักษณะของนมแม่จะเหมาะสมต่อทารกแรกเกิดแล้ว สารอาหารที่มีในนมแม่ของทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกครบกำหนดยังแตกต่างกัน การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสมจึงพยายามจัดให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่และส่งเสริมให้มารดามาบีบเก็บน้ำนมให้ทารกด้วยตนเองนอกจากนี้ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ยังช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ตามที่กล่าวมา

นมแม่เป็นสารอาหารที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดและมีส่วนป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากน้ำนมแม่มี IgA antibody เฉพาะ และน้ำนมแม่มีผลต่อพัฒนาการของสมองและสติปัญญา (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lucas et al. cited in Nutrition Reviews (1992) กล่าวว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ในระยะ 4 สัปดาห์แรกทางสายยาง (Gastric Tube Feeding) พบว่า ทารกกลุ่มดังกล่าวมีระดับคะแนนเชาว์ปัญญาสูงกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการเลี้ยงด้วยนมผสมอย่างเดียว นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะทำให้มารดาและทารกมีความใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้นนำไปสู่การปรึกษาหารือและไว้วางใจกันได้มากกว่า ช่วยให้มารดาอบรมสั่งสอน ชักนำและชี้นำลูกได้อย่างใกล้ชิด ลูกจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่พร้อมด้วยวุฒิอารมณ์ วุฒิคุณธรรมและวุฒิความอดทนอดกลั้น (วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, 2546)

เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีข้อจำกัดด้านสรีรวิทยาต่อการรับสารอาหาร (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วีณา จีระแพทย์, 2545) ทำให้ทารกมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคลำไส้เน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis) โดยเป็น 1 ใน 5 ของโรคที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่ง

เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตที่สำคัญ คือ โรคลำไส้เน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis) จากสถิติผู้ป่วยในของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีน้ำหนักต่ำกว่า1,500 กรัม เมื่อพ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยเป็นโรคลำไส้เน่าตาย 8 คนจากทั้งหมด 48 คน และในปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยเป็นโรคลำไส้เน่าตาย 6 คน จากทั้งหมด 39 คน (กองเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2550) แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคลำไส้เน่าตายของทารกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละปีไม่ลดลง และมีความรุนแรงถึงขั้นพิการจนเสียชีวิตได้ Kemply (2005) ศึกษาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่จะช่วยกระตุ้นเซลล์ในระบบทางเดินอาหาร ป้องกันไม่ให้ฝ่อลีบและได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดา การให้นมแม่ในปริมาณน้อย ๆ ทางสายยางให้อาหารผ่านลงสู่กระเพาะ จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อในลำไส้

ดังนั้นการส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับอาหารที่เหมาะสมและดีที่สุด เช่น นมแม่จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ แต่การแยกจากระหว่างมารดาและทารกตั้งแต่แรกเกิด เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงต้องอาศัยความร่วมมือและความพยายามจากมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นอย่างมากในการบีบเก็บน้ำนม จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่เพียงร้อยละ 50 เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่เข้าใจว่าทารกที่เกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถรับนมได้ (Callen, 2005) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงได้รับนมผสมเป็นอาหารหลักขณะอยู่โรงพยาบาล (สมพร โชตินฤมล, 2550: 171)

ทั้งนี้องค์กรส่งเสริมสุขภาพ (Health people 2010) ได้ตั้งเป้าหมายให้ทารกแรกเกิดได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) ตลอดช่วงอายุ 6 เดือนถึงร้อยละ 50 แต่จากการสำรวจพบว่า ทารกแรกเกิดได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวแค่ร้อยละ 29 (Ross Products Division, 1999) และเป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพนี้ยังครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น มารดาที่มีฐานะยากจนและมีการศึกษาระดับต่ำ มารดาวัยรุ่น และกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลเด็กจึงจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่ (NAPPAP, 2007) แต่การได้มาซึ่งนมแม่ ต้องอาศัยความร่วมมือและความพยายามจากมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นอย่างมาก เนื่องจากเหตุผลหลายประการ อาทิเช่น ในช่วงแรกมารดาบีบเก็บน้ำนมได้ปริมาณน้อย ทำให้มารดารู้สึกท้อและกังวล ซึ่งจะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่อ ๆ ไป(Callen, 2005: 97-98) มารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าน้ำนมมีปริมาณน้อยและทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถรับนม หรือเป็นระยะที่บุตรต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล มารดาต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร (Isaacson, 2006: 80) ทำให้การบีบเก็บน้ำนมไม่ประสบความสำเร็จ

Isaacson (2006) กล่าวว่า กรณีที่มารดามีความตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ใด ๆ ควรส่งเสริมให้มารดาเริ่มบีบกระตุ้นน้ำนมเป็นครั้งแรกภายใน 6 ชม. แรก หลังคลอดทันทีและการเริ่มกระตุ้นน้ำนมโดยการบีบเก็บจะทำให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำนม

(lactogeneisis) และคงสภาพให้มีน้ำนมตลอด (Galactopoiesis) (สุอารีย์ ต้นตระการ, 2542: 5-6) ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกหลังคลอด เมื่อน้ำนมหลั่งจะมีกระบวนการสร้างน้ำนมเนื่องจากฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin) จะถูกกระตุ้นในขณะที่ทารกดูดหรือมีการบีบน้ำนมโดยฮอร์โมนโปรแลคตินจะเพิ่มขึ้นสูงสุดใน 30 นาทีแรกที่มีการหลั่งน้ำนม ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาได้บีบเก็บน้ำนมบ่อยครั้งจะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมได้อย่างสม่ำเสมอแต่หลังจากช่วง 2 สัปดาห์หลังคลอดเป็นต้นไป ฮอร์โมนโปรแลคตินจะค่อยลดระดับลงเท่ากับระดับปกติ ดังนั้นในระยะแรกหลังคลอดมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนมทุก 3-4 ชั่วโมงให้ใกล้เคียงกับระยะเวลาที่ทารกดูดนมแม่จริง ๆ เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำนมจนคงสภาพน้ำนมไว้ได้จนกว่าทารกจะดูดนมจากเต้าได้เอง (Jelliffe and Jelifer,1978: 12-15)

การปั๊มด้วยมือหรือวิธีที่เรียกว่า C-Hold เป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสำหรับมารดาที่มีความชำนาญในการบีบน้ำนมและจำเป็นต้องบีบน้ำนมจนเกลี้ยงเต้าจึงจะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนมในรอบถัดไป (ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2549) แต่จำเป็นต้องอาศัยเทคนิคการวางมือและตำแหน่งที่กดบนลานนมให้ถูกต้องจึงจะสามารถบีบและกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้ การบีบน้ำนมด้วยมือต้องอาศัยการฝึกฝนปั๊มจนชำนาญจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ จากการศึกษาของ Jaeger, Lawson และ Filteau (1997:729-737) กล่าวว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอได้เพียง 10 วัน เนื่องจากประสบกับปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารก ไม่สามารถรักษาการคงสภาพน้ำนมไว้ได้นานจนกว่าทารกจะดูดนมเองได้ ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงต้องได้รับนมผสมทดแทน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดา ปริมาณนมที่ทารกได้รับ และการให้ข้อมูลของการเก็บน้ำนมแก่มารดามีผลต่อการตัดสินใจในการบีบเก็บน้ำนม

ดังนั้นการส่งเสริมให้ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับความรู้และทักษะในเรื่อง การบีบเก็บน้ำนมจึงเป็นเรื่องสำคัญ จำเป็นต้องบีบเก็บอย่างถูกวิธีและกระตุ้นจากการบีบเก็บอย่างสม่ำเสมอ (Aguayo, 2001) เพื่อให้มีน้ำนมอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันได้มีการจัดบริการให้มีคลินิกนมแม่หรือกลุ่มอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สร้างเครือข่ายในโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้บริการทางคลินิก และให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (กรมอนามัย, 2549) แต่ก็ยังไม่สามารถส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมให้สำเร็จได้ ทารกเกิดก่อนกำหนดยังได้รับนมแม่เพียงร้อยละ 20 (กองเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2548) แสดงว่า การสนับสนุนให้มารดาบีบเก็บน้ำนมให้สำเร็จพยาบาลต้องอาศัยปัจจัยส่งเสริมด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาในปัจจุบัน ดังนั้นจึงต้องการศึกษาว่า ปัจจัยใดจะช่วยส่งเสริมให้มารดาได้บีบเก็บน้ำนมสำเร็จ ซึ่งแนวคิดของBecker (1974) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล อาทิเช่นอายุ ระดับการศึกษาที่จะมีส่วนช่วยให้บุคคลเข้าใจและรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของ

ตนเอง และปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับนมแม่ที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยดังกล่าว คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมมารดา และปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม เพื่อนำมาวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้บีบเก็บน้ำนมให้สำเร็จ เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่มากขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่มีผลคุกคามต่อชีวิตของทารก

ปัญหาการวิจัย

1. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร

2. อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

4. อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

4. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จากตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของ Lawrence และ Lawrence (2005) เป็นแนวทางในการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการกระตุ้นให้น้ำนมหลั่งและเก็บน้ำนมจนกระทั่งคงสภาพไว้เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมจนกว่าจะดูดนมเองได้จากเต้า(California Perinatal Quality Care Collaborative, 2005) โดย Lawrence และ Lawrence (2005) กล่าวว่า การบีบเก็บน้ำนมจะสำเร็จได้ต้องอาศัยวิธีการบีบเก็บที่ถูกต้อง เวลาที่บีบเก็บแต่ละครั้ง ความถี่ในการบีบเก็บ การเตรียมตัวก่อนบีบเก็บน้ำนม การเก็บและถนอมรักษานมแม่และการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม การที่มารดาจะมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้สำเร็จต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งตามแนวคิดของ Becker (1974) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นจะเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก เป็นปัจจัยที่สำคัญที่บุคคลตัดสินใจได้ว่า พร้อมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลดีต่อสุขภาพเนื่องจากบุคคลเชื่อว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยนั้น ๆ และหาหนทางป้องกันตนเองจากโรค และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และมารดาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวเขาเผ่าม้งจะมารับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและฝากครรภ์เพิ่มขึ้นเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคบาดทะยัก (เดชา สุคนธ์, 2545) และจากการศึกษาของดารุณี คงผอม (2540) พบว่า เมื่อมารดามีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรคปอดอักเสบในบุตรอายุ 2-5 ปี ร่วมกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนให้มารดาเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

การรับรู้ความรุนแรงภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงจากสาเหตุที่ทำให้ตนเองเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอาจทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ จากศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุ 12-36 เดือนพบว่า มารดาที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมขวดอย่างเหมาะสมจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมขวดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (พิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ รัตนะ (2540) พบว่า มารดาเชื่อว่าโรคอุจจาระร่วงมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของเด็ก จะส่งผลให้มารดาเกิดการรับรู้ความรุนแรงจากโรคและจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงมากขึ้น แสดงว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อความรุนแรงจากการเจ็บป่วย บุคคลนั้นพึงหลีกเลี่ยงจากปัจจัยนั้น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะสุขภาพของทารกอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม เป็นการรู้คิดของบุคคลที่พยายามแสวงหาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้คิดและเชื่อว่าสิ่งที่ทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด มีการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างมาก จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ (Panyapisit, 2002) และจากการศึกษาของ Miracle, Meier และ Bennett (2004) พบว่า มารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมเป็นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมารดาเชื่อว่านมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิดมากที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่ทารกเกิดก่อกำหนดอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม

การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม เป็นปัจจัยที่บุคคลคิดรู้และเชื่อว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้นมีความยากลำบาก ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายหรือทำให้รู้สึกเจ็บปวด ไม่สุขสบายมากกว่าคิดว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นผลดีต่อตนเอง เช่น มารดาไม่ได้พาบุตรไปรับการตรวจสุขภาพตามนัดเนื่องจาก มารดาเชื่อว่า ถ้าบุตรเจ็บป่วยรุนแรง แพทย์ย่อมสามารถรักษาได้ และการพาบุตรไปรับการตรวจสุขภาพทำให้มารดาเสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น (Atiyeh and Mohandes, 2005) ดังนั้นในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้อุปสรรคอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ นอกจากปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ที่จะส่งเสริมให้มารดาบีบเก็บน้ำนมได้สำเร็จ คือ ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งประกอบด้วย

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถบอกได้ว่า บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะสามารถจัดการปัญหาเรื่องราวต่าง ๆ รับรู้ เข้าใจ แปลความหมายและตัดสินใจซึ่งแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 2001) และจะพัฒนาเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลยังขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของแต่ละคน เช่น มารดาที่อายุน้อยจะสัมพันธ์กับการปฏิเสธให้ทารกดูดกระตุ้นน้ำนมเป็นครั้งแรก (Lewallen, 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการบีบเก็บน้ำนมอย่างต่อเนื่องใน

สัปดาห์ที่ 12 หลังคลอดและเลือกเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมผสมทดแทน (Hill et al., 2006) ดังนั้นอายุอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะของบุคคล โดยการศึกษาจะช่วยพัฒนามนุษย์ให้สามารถอ่านออก เขียนหนังสือได้จะทำให้การรับรู้และเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ง่ายขึ้น (วันดี ไชยทรัพย์, 2540) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า (Rosenstock, 1974 cited in Becker, 1974) เพื่อเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น Smedley and Syme (2000) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และจากการศึกษาของ Smith et al. (2003) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะพยายามกระตุ้นให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยดูดนมเองจากเต้าแทนการได้รับนมแม่จากที่มารดาบีบเก็บได้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นระดับการศึกษาอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบน้ำนม

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นตัวแปรด้านโครงสร้างหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์ของมนุษย์เกิดจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นตัวกำหนด เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้และสะสมไว้เมื่อเผชิญกับสภาพแวดล้อมเช่นเดิมย่อมมีส่วนให้บุคคลคาดคะเนพฤติกรรมที่ควรจะเกิดขึ้นได้ (วิมลสิทธิ์ หรยางกูร, 2535) จากการศึกษาของ Toussaint (1988) พบว่า มารดาครรภ์แรกจะมีความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจากการสำรวจของ North Dakota (2003) พบว่า มารดาครรภ์แรกร้อยละ 33.5 เลิกให้นมแม่เมื่อทารกอายุ 12 สัปดาห์ซึ่งต่างจากมารดาครรภ์หลังพบเพียงร้อยละ 19.1 และในมารดาครรภ์หลังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงร้อยละ 40 ชี้ให้เห็นว่า มารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ความตั้งใจต่อจุดมุ่งหมายเป็นแรงจูงใจและเหตุผลส่วนบุคคลทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น (เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2549) และแรงจูงใจภายในบุคคล เช่น ความตั้งใจ จะเป็นตัวกระตุ้นหรือชักนำให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ (Becker, 1977 cited in Shumaker, 1998) ปัจจุบันได้ส่งเสริมให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่หญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเชื่อว่า ความรู้เรื่องนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาและทำให้มีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น (Cheezem, 2003) แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังคงมีน้อย ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดังกล่าวได้ คือ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น Duckett, et al. (1998) ศึกษาพบว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาในการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา เจียมอมรรัตน์(2548) พบว่า ความตั้งใจในมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ และ Wambach (1997) พบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ดังนั้น ปัจจัยของความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

จากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม และปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม และความสามารถในการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดย

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.4 ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.3 การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

3. ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนดยังได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษและหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 12 โรงพยาบาล

2. ตัวแปรที่ต้องการศึกษาประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้น้ำนมจากเต้าที่ใช้เลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดและสามารถคงสภาพน้ำนมไว้ได้นานจนกว่าทารกจะดูดนมจากเต้าเองได้ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lawrence และ Lawrence (2005) ซึ่งประกอบด้วย วิธีการบีบน้ำนม เวลาที่บีบเก็บน้ำนม การเก็บและถนอมรักษาน้ำนม การกระตุ้นการสร้างน้ำนม การเตรียมตัวของมารดาก่อนการบีบเก็บน้ำนม และการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม

ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม หมายถึง สิ่งที่สนับสนุนให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้แก่

1. อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของมารดาในขณะที่ทำการศึกษา
2. ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีการศึกษาสูงสุดของมารดา
3. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนการตั้งครรภ์ทั้งหมดรวมครั้งปัจจุบัน
4. ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หมายถึง การประเมินความคิดด้วยตนเองของ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมให้ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้แนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การแปลความของมารดาที่มีต่อสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีโอกาสจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้จากการไม่ได้รับนมแม่หรือจากการที่มารดาบีบเก็บน้ำนมไม่ถูกต้อง ได้แก่ ทารกเสี่ยงต่อการเกิดโรคลำไส้เน่าตาย มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสสร้างสายสัมพันธ์น้อยลง กระบวนการสร้างน้ำนมของมารดาลดลงไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีโอกาสเกิดภาวะรับนมไม่ได้จากการได้รับนมผสมทดแทน

2. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การแปลความของมารดาที่มีต่อความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ทำให้เจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนอาจพิการหรือเจ็บป่วยกลายเป็นโรคเรื้อรังยากต่อการรักษาได้ มีผลให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมารดาในระยะยาว

3. การรับรู้ประโยชน์จากการบีบน้ำนม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของมารดาที่เห็นคุณค่าหรือประโยชน์จากกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งน้ำนมแม่ ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับสารอาหารที่เหมาะสม มารดาได้แสดงบทบาทการปรับตัวเป็นมารดา

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบน้ำนม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของมารดาที่เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นตัวขัดขวางต่อการบีบน้ำนมและความเชื่อในการรับมือหรือจัดการกับอุปสรรค ได้แก่ การขาดความรู้กลไกการหลั่งน้ำนม การบีบน้ำนมเป็นเรื่องยากลำบาก ความไม่สะดวกต่อการบีบน้ำนม ความไม่มีเวลา การสูญเสียค่าใช้จ่ายต่อการเตรียมอุปกรณ์เก็บน้ำนม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลกับมารดา-ทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการประเมินการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลในทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งจะมีผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคในทารกเกิดก่อนกำหนด
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน ให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจและตระหนักในความสำคัญของปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดในประเด็นอื่นๆ และในทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยและไม่สามารถดูดนมมารดาเองได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมกับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พร้อมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ปัจจัยเหล่านี้กับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด
   - 1.1 ความหมายทารกเกิดก่อนกำหนด
   - 1.2 ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด
   - 1.3 ปัญหาด้านภาวะโภชนาการที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด
   - 1.4 ลักษณะเฉพาะทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยาของระบบทางเดินอาหารในทารกเกิดก่อนกำหนด
2. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม
3. ระบบการจัดบริการทางการพยาบาลขณะอยู่ร.พ.เพื่อส่งเสริมมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
5. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม
   - 4.1 ความหมายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม
   - 4.2 หลักและวิธีการบีบน้ำนมอย่างถูกวิธี
   - 4.3 การประเมินพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม
   - 5.1 ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม
   - 5.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature infant)

1.1 ความหมายทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (Matson and smith, 1993; AAP, 1997 cited in Avery, et al., 1999; Taeusch et al., 2005)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักแรกเกิด (Lowdermilk and Perry, 2006)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกเกิดมีชีพและเกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์และมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (Scanlon, 1997 cited in Pilltteri, 1999)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (259 วัน) ของการตั้งครรภ์ (พัญญู พันธ์บูรณะและจันทนา พันธ์บูรณะ, 2549)

ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่มีอายุในครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม (259วัน) ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุมักพบร่วมกับภาวะบางอย่างในมารดา เช่น Cervical incompetence การตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด การเจ็บป่วยของมารดา เป็นต้น (ประพุทธ์ ศิริปุณย์, 2536)

การตรวจอายุครรภ์ (Gestational age)

การประเมินอายุครรภ์ของทารกเพื่อติดตามการเจริญเติบโตในครรภ์ปัจจุบันนิยมใช้วิธีการซักประวัติจากมารดาเกี่ยวกับวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายร่วมกับการประเมินทารกในครรภ์ด้วยการอัลตราซาวด์ (Fanaroff et al., 2006) และเมื่อทารกเกิดวิธีที่นิยมใช้ในการประเมินอายุครรภ์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันและน่าเชื่อถือ คือ การประเมินด้านกายภาพและการประเมินด้านกล้ามเนื้อระบบประสาทร่วมกันที่เรียกว่า Ballard Maturation Score (Klaus and Fanaroff, 2001) ซึ่งประกอบด้วย

<u>ส่วนที่ 1 ประเมินความสมบรูณ์ด้านกายภาพ (Physical maturity)</u> (วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2548)

ควรเริ่มประเมินภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังเกิด เป็นการประเมินความแตกต่างของลักษณะทางกายภาพของทารกที่อายุครรภ์ต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย ลักษณะผิวหนัง Lanugo (ขนอ่อน) เส้นลายฝ่าเท้า ความชัดและความนูนของ areola และขนาดไตของเนื้อเยื่อนม (Breast bud) การปิดของเปลือกตาและลักษณะของใบหู (eye/ ear) และความสมบรูณ์ขออวัยวะเพศ การให้คะแนนแต่ละรายการเริ่มน้อยที่สุดเท่ากับ -1 หรือ -2 สำหรับการมีกายภาพไม่สมบรูณ์อย่างมาก (extremely immature) คะแนนสูงสุดคือ 4 หรือ 5 สำหรับลักษณะภาวะเกินกำหนด

<u>ส่วนที่ 2 ประเมินความสมบรูณ์ของกล้ามเนื้อและประสาท</u> (Neuromuscular maturity) (Klaus and Fanaroff, 2001) ควรประเมินภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิด ยกเว้นทารกที่มี

แอสฟิย์กเซียแรกเกิดหรือมารดาได้รับยาระงับปวดที่อาจทำให้มีคะแนนต่ำกว่าความเป็นจริง จึงควรประเมินซ้ำหลังเกิดในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมง โดยทำการประเมินขณะทารกนอนหงายใน 6 รายการดังนี้

- ท่านอน การงอข้อศอก-ข้อตะโพก-ข้อเข่า (posture) ควรประเมินในขณะที่ทารกนอนหงาย
- มุมที่ฝ่ามือทำกับส่วนปลายของแขน (forearm) เมื่องอข้อมือ (Square window)
- การงอกลับของแขน (arm recoil) หลังจากจับข้อศอกงอเต็มที่ 5 วินาทีแล้วใช้ฝ่ามือจับทารกเหยียดข้อศอกออกเต็มที่และปล่อยมือที่จับทารก
- มุมที่ขาพับ (popliteal angle) เมื่อจับกับข้อเข่าเหยียดโดยยึด sacrum ทารกให้แนบกับที่นอนและต้นขา
- ระยะไกลสุดที่ข้อศอกของทารกสามารถข้ามผ่านกึ่งกลางหน้าอก (scarf sign) เมื่อจับมือของทารกดึงไปทางหัวไหล่
- การเหยียดขาพับเพื่อให้เท้าใกล้ใบหู (heel to ear) โดยยึด sacrum ทารกให้แนบกับที่นอน ต้นขาชิดข้างท้องและผู้ตรวจจับเท้าทารกดึงมาใกล้ใบหูให้มากที่สุดโดยไม่ใช้แรง

Neuromuscular Maturity

Score	−1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)	> 90°	90°	60°	45°	30°	0°	
Arm recoil		180°	140–180°	110–140°	90–110°	< 90°	
Popliteal angle	180°	160°	140°	120°	100°	90°	< 90°
Scarf sign							
Heel to ear							

Physical Maturity

Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	
Plantar surface	Heel-toe 40–50 mm: −1 < 40 mm: −2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases anterior 2/3	Creases over entire sole	
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1–2 mm bud	Raised areola, 3–4 mm bud	Full areola, 5–10 mm bud	
Eye/Ear	Lids fused loosely: −1 tightly: −2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	

Maturity Rating

Score	Weeks
−10	20
−5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

ที่มา: Ballard, J.L., et al. (1991). New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. **The Journal of Pediatrics** 119 (3); 417–423.

โดยสรุป ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกเกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ (259วัน) โดยคำนวณจากวันมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดาโดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัวและประเมินด้วย Ballard Maturational score

1.2 ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด (ประพุทธ์ ศิริปุณย์, 2536; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วีณา จีระแพทย์, 2545; Crosse, 1975; Wong, 1999)

1. ศีรษะค่อนข้างใหญ่ เมื่อเทียบกับลำตัว
2. ความยาวของลำตัว ส่วนมากไม่เกิน 46-47 เซนติเมตร
3. น้ำหนักขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ ทั่วไปมีน้ำหนักแรกเกิดไม่เกิน 2500 กรัม
4. ผิวหนังบางสีแดง มองเห็นหลอดเลือดได้ง่าย มักบวมตามมือและเท้า
5. มีขนอ่อน (lanugo) ตามตัวโดยเฉพาะที่ไหล่และหน้า
6. ใบหูอ่อนนุ่ม งอพับได้ กระดูกอ่อนของใบหูพัฒนาการยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ใบหูแนบติดศีรษะเวลานอนทับและไม่คืนตัวหรือคืนตัวช้าเวลาจับพับ ขอบใบหูม้วนเข้าไม่หมดทั้งขอบ
7. มีไขเคลือบตามตัว (Vernix caseosa) น้อย
8. แขนขาเหยียดตรง มักไม่ค่อยงอ
9. กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย เวลาขยับแขนขาคล้ายมีอาการกระตุกทั้ง 2 ข้าง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี ทารกยิ่งมีอายุครรภ์น้อยเท่าใดการเคลื่อนไหวก็จะน้อยลง การร้องไห้เสียงจะเบาและเกิดไม่บ่อย
10. ทรวงอกค่อนข้างนิ่ม เวลาหายใจมักถูกดึงอกให้บุ๋มตามแนวกระบังลมได้ง่าย
11. หัวนมและบริเวณรอบหัวนมเล็ก แบนราบ เริ่มมองเห็นหัวนมชัดเจนเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์ครบ36สัปดาห์ เต้านมจะมีขนาดประมาณ1-2 มิลลิเมตร และขยายไปถึง 7-10 มิลลิเมตรเมื่อครรภ์ครบกำหนด
12. การหายใจไม่สม่ำเสมอ
13. การดูดกลืนยังไม่แข็งแรง การขย้อน (Gag reflex) และการไอน้อยกว่าปกติ และจะไม่ปรากฏในทารกที่เล็กมาก ๆ อาจสำลักได้ง่าย
14. การควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังไม่ดี มักมีอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติเพราะมีการสูญเสียความร้อนมากกว่าการสร้างความร้อนที่เกิดขึ้นในร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากทารกมีพื้นที่ผิวของร่างกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย โดยเฉพาะไขมันสีน้ำตาลซึ่งมีบทบาทในการสร้างความร้อน
15. การขับถ่ายสารต่าง ๆ โดยไตมีขีดจำกัด
16. มีเหล็กสะสมไว้น้อย มีโอกาสซีดได้ง่ายเมื่อเริ่มโตขึ้น

17. อาจมีน้ำหนักตัวลดได้มากกว่าทารกเกิดครบกำหนด ขึ้นอยู่กับวิธีการให้อาหารบางรายอาจลดลงถึงร้อยละ 15 ของน้ำหนักตัว

18. ทารกเพศหญิง แคมใหญ่จะคลุมแคมเล็กไม่มิด สำหรับเพศชายถุงอัณฑะจะเล็กและอัณฑะอาจจะยังไม่เคลื่อนลงถุง

19. รอยฝ่าเท้า จะเริ่มปรากฏจากส่วนปลายนิ้วเท้าก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มไปทางส่วนข้อเท้า จะเห็นชัดเจนและมีจำนวนมากเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์

20. รีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการดูด การกลืน การจาม และการไอ รวมทั้งอาการแสดงทางระบบประสาทอื่นๆ มีน้อยหรือไม่มี

21. การทำงานของระบบต่างๆ ไม่สมบูรณ์ เช่น การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายจะมีเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมและสูญเสียความร้อนได้มาก จึงมักมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ ความสามารถในการทำงานของไตมีจำกัด ระบบการย่อยอาหารยังเจริญไม่เต็มที่ทำให้ความสามารถในการดูดซึมไขมันมีน้อย ท้องอืด และอาเจียนบ่อย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายยังทำหน้าที่ไม่ดี ทำให้มีการติดเชื้อได้ง่าย เป็นต้น

ประเภทของทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. แบ่งตามอายุครรภ์มี 3 กลุ่ม คือ (Mattson and smith, 2004)

1.1 ทารกเกิดก่อนกำหนดมากที่สุด (Extremely preterm) หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 24-30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดมักอยู่ระหว่าง 450-1,500 กรัม พบร้อยละ 0.9 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบรูณ์ในหน้าที่ของร่างกายและระบบประสาทมากที่สุด ต้องการได้รับการพยาบาลและดูแลเป็นพิเศษ มีโอกาสรอดชีวิตประมาณร้อยละ 50 ถ้ารอดชีวิตอาจมีพยาธิสภาพของสมองและประสาทหลงเหลือ โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

1.2 ทารกเกิดก่อนกำหนดปานกลาง (Moderate preterm) หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดมักอยู่ระหว่าง 1,500 - 2,000 กรัม อาจพบสูงสุดถึง 2,500 กรัม โดยเฉพาะทารกที่เกิดระหว่างอายุครรภ์ 35- 36 สัปดาห์ พบร้อยละ 6-7 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบรูณ์ของร่างกาย แต่เมื่อได้รับการรักษาดูแลด้วยเครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วง 1-2 เดือนเดือนแรกเกิด ทำให้อัตราการตายของทารกลดน้อยลง

1.3. ทารกเกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (Slightly or borderline preterm) หมายถึง ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิด ใกล้เคียงกับ 2, 500 กรัม หรือมากกว่า 2,500 -3,000 กรัม ทารกกลุ่มนี้มักไม่พบปัญหาเหมือนสองกลุ่มแรก

2.แบ่งตามอายุครรภ์และน้ำหนัก มี 3 กลุ่ม คือ (Wong,1999)

2.1 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ (Preterm - large for gestational age: preterm - LGA) หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90

2.2 ทารกที่เกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Preterm - appropriate for gestational: preterm - AGA) หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10-90

2.3 ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (Preterm - small for gestational age: preterm - SGA) หมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10

ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด

ปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนดเกี่ยวข้องกับหลายระบบเนื่องจากความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งชนิดน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (AGA) ชนิดน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (LGA) และชนิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (SGA) จะมีปัญหาความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะต่างๆ คล้ายกัน แต่ในขณะเดียวกันยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่แตกต่างกันเฉพาะตัว ขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตในครรภ์เบี่ยงเบนไปจากปกติ และขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของทารกหลังเกิด (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) ปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่พบบ่อย มีดังนี้

1. ระบบทางเดินหายใจ (Pulmonary system) ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด โรคปอดเรื้อรังและภาวะมีลมรั่ว เนื่องจาก bronchiole เริ่มพัฒนาเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์และ surfactant เริ่มสร้างเมื่อ 26-28 สัปดาห์ ทารกที่เกิดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิด Perinatal asphyxia สูง เกิด respiratory distress syndrome เนื่องจากขาดสาร surfactant ในปัจจุบันจึงมีการเตรียมพร้อมก่อนที่ทารกกลุ่มนี้จะเกิด นอกจากนี้บุคลากรที่มีประสิทธิภาพร่วมกับอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหา เรื่องการหายใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วย (วิไล ราตรีสวัสดิ์และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์, 2540)

2. ระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (Thermoregulator control) ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีการสูญเสียความร้อนได้ง่ายกว่าทารกครบกำหนด ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพื้นที่ผิวกายต่อน้ำหนักตัวค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับทารกครบกำหนด ผิวหนังค่อนข้างบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยทำให้สูญเสียความร้อนได้ง่ายประกอบกับการสร้างพลังงานความร้อนในร่างกายก็ทำได้น้อยทำให้เกิดอุณหภูมิต่ำ(hypothermia) ได้ง่าย

3. ระบบประสาท (Central nervous system) ได้แก่ ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventicular hemorrhage) เนื่องจากเส้นเลือดฝอยเปราะบาง ฉีกขาดง่าย ทำให้เกิดอันตรายต่อสมอง ภาวะนี้พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยและอายุครรภ์น้อย ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเมื่ออายุ 3 วันและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเลือดออกในโพรงสมอง ได้แก่ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ขณะดูดเสมหะ ขณะเจาะหลัง (Lumbar puncture)และเวลาเริ่มให้สารน้ำทางหลอดเลือด เป็นต้น เมื่อมีเลือดออกในโพรงสมองตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพจะสูญเสียหน้าที่ในการไหลเวียนโลหิต (Blood flow) กรณีที่มีเลือกออกมากจะมีภาวะชีด ชัก กระหม่อมหน้าโป่ง หยุดหายใจและตาย ถ้ารอดชีวิตจะมีความพิการทางสมองส่งผลต่อพัฒนาการต่อไป (Littleton and Engebretson, 2002)

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) ได้แก่ Patent ductus Ateriosus ในทารกเกิดก่อนกำหนดมักมี blood volume ต่อน้ำหนักตัวค่อนข้างสูง ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงทนต่อการเกิด Volume overload ไม่ค่อยได้ เช่น หลังคลอด ผูกสายสะดือช้า ทารกอาจได้รับเลือดมากขึ้น ขณะเดียวกันกล้ามเนื้อหัวใจยังทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้หัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีความดันเลือดค่อนข้างต่ำ เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ น้อยอยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะขาดอากาศ (asphyxia) จะทำให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (วราภรณ์ แสงทวีสินและคณะ, 2550)

5.ระบบภูมิต้านทาน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อมากกว่าทารกครบกำหนด 3-10 เท่า (Stoll, 2004) เนื่องจากในทารกเกิดก่อนกำหนดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อและทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีลักษณะผิวหนังบอบบางประกอบกับได้รับหัตถการหลายอย่างที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนัง เช่น การให้สารน้ำ การเจาะเลือด การใช้แถบกาวเหนียวติดเครื่องตรวจสอบที่ผิวหนัง ทำให้เกิดผิวหนังถลอกทารกเกิดก่อนกำหนดจึงติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ทารกอาจมีการติดเชื้อจากมารดาในขณะผ่านช่องคลอด โดยทั่วไปในระยะไตรมาสที่สาม ทารกในครรภ์จะได้รับIgG Antibodyปริมาณมากจากมารดาแต่เนื่องจากเกิดก่อนกำหนดจึงได้รับภูมิคุ้มกันบางส่วนแต่ยังไม่สามารถต้านทานโรคได้เนื่องจากร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิต้านทาน (Antibodies) เองได้ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีโอกาสติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Lowdermilk and Perry, 2006) ดังนั้นควรสังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อเป็นระยะ ๆ เช่น ไข้ ดูดนมไม่ดี ท้องอืด ซึม อาเจียน หยุดหายใจเป็นต้น (Lowdermilk and Perry, 2004)

6.ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ และภาวะกระดูกบางในทารกเกิดกำหนด เป็นต้น เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่มีการสะสมกลัยโคเจนมากพอ กระบวนการสร้างกลูโคสจึงเสียไปและการสร้างคอร์ติโคสเตอรอยด์และสร้างเอพิเนฟรินเพื่อตอบสนองภาวะน้ำตาลต่ำยังไม่ดีจึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

นอกจากนี้ในภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำและภาวะกระดูกบางก็สามารถพบได้ในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากปกติร่างกายจะสะสมระดับแคลเซียมในเลือดของทารกจำนวนมากในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545)

7.ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะซีด เหลือง เป็นต้น ในทารกที่เกิดก่อนกำหนดสามารถพบภาวะซีดได้ เนื่องจากการสูญเสียเลือด การแตกตัวของเม็ดเลือดแดง หรือการผลิตเม็ดเลือดที่ยังน้อย ระหว่างที่ได้รับการรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการบ่อยครั้งทำให้เกิดการสูญเสียเลือด ในภาวะซีดที่เกิดจาการแตกตัวของเม็ดเลือดแดงหรือ Physiologic anemia ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา นอกจากทารกจะมีอาการแสดง เช่น ซึม รับนมไม่ได้ ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว เป็นต้น นอกจากนี้การสูญเสียเลือดแบบเฉียบพลันในระหว่างคลอด เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในมารดา (Abruptio placenta) การผูกสายสะดือช้าทำให้เกิดการสูญเสียเลือดจากทารกไปสู่มารดา (Fetomaternal transfusion) เป็นต้น และการสูญเสียเลือดภายใน เช่น ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง การได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บระหว่างคลอดที่มีผลต่อตับและม้าม ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนด ซีด หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำจนกระทั่งเกิดภาวะช็อค จำเป็นอย่างที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (Littleton and Engebretson, 2002)

8.ระบบไต เนื่องจาก Glomerular function และ tubular function ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้การ clearance ของเกลือแร่ยังไม่ดี ไม่สามารถขับน้ำได้ดีเมื่อมีภาวะน้ำเกิน ทำให้เกิดอาการบวมง่าย การขับ hydrogen ion ยังไม่ดี ทำให้เกิดภาวะ late metabolic acidosis ง่ายจากการได้รับนมวัว เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีปัญหาจาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง และต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยาบางกลุ่มที่ต้องขับออกทางไต แต่เนื่องจากการขับถ่ายยังไม่ดี ทำให้เกิดเป็นพิษต่อไตและโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ (Crosse, 1975)

9.ความพิการ (Morbidity) ทารกเกิดก่อนกำหนดในปัจจุบันมีอัตราการรอดชีวิตสูง แต่จำนวนไม่น้อยที่มีการเจริญเติบโตช้าและมีพัฒนาการช้า หรือมีความพิการติดตัวไป อาจเกิดจากตัวทารกเองหรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาการรักษาหรือเจ็บป่วย

10. ปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานาน ทำให้ขาดความผูกพัน บิดามารดาเกิดความเครียด (McKinney, et al., 2005) เด็กมีโอกาสเกิดความผิดปกติ และความพิการสูงอาจทำให้พ่อแม่ไม่ต้องการเด็ก หรือทำร้ายลูกได้ (วิไล ราตรีสวัสดิ์และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์, 2540)

จากปัญหาทางสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดในระบบต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าทารกเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจนกระทั่งเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียชีวิตได้ แต่ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพด้านหนึ่งที่ยังคงเป็นสาเหตุหลักทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะเจ็บป่วย เจริญเติบโตช้า เสี่ยงต่อพิการ คือ ปัญหาด้านระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการ

11. ปัญหาสุขภาพด้านระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะลำไส้เน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis) ภาวะรับนมไม่ได้ (Feeding intolerance) (Taeusch, et al., 2005) เนื่องจากระบบทางเดินอาหารและน้ำย่อยต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่เต็มที่จึงไม่สามารถย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดีพอ ประกอบการดูดและการกลืนยังไม่มีดีพลังงานที่สะสมก็มีน้อย หากทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพออาจทำให้เกิดปัญหาดังกล่าว (Matson and smith, 1993)

1.3 ปัญหาด้านภาวะโภชนาการที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด

ปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนดเกี่ยวข้องกับหลายระบบ เนื่องจากความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งชนิดน้ำหนักตัวเหมาะสมกับอายุครรภ์ (AGA) ชนิดน้ำหนักตัวมากกว่าอายุครรภ์ (LGA) และ ชนิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ (SGA) จะมีปัญหาความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะต่างๆ คล้ายกัน แต่ในขณะเดียวกันยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่แตกต่างกันเฉพาะตัว ขึ้นอยู่กับ สาเหตุที่ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตในครรภ์เบี่ยงเบนไปจากปกติ และขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของทารกหลังเกิด (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545)

ภาวะลำไส้เน่าตาย (Necrotizing Enterocolitis: NEC) พบได้บ่อยในทารกที่เกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักตัวน้อยประมาณ 2%-19% และในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม พบภาวะลำไส้เน่าตายสูงถึงร้อยละ 9-25 (Avery et al., 1999) ภาวะลำไส้เน่าตายเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น จากการขาดเลือด (Ischemia) ไปเลี้ยงที่ทางเดินอาหารซึ่งในทารกเกิดก่อนกำหนดเยื่อบุลำไส้ยังพัฒนาไม่เต็มที่ ขาดสาร secretory IgA ร่วมกับมีแบคทีเรียเติบโตจำนวนมาก (Bacteria over growth) เกิดจากหลังเริ่มให้อาหารทางปาก ทำให้การย่อยนมไม่ดี ทำให้คาร์โบไฮเดรตที่ได้รับเกิดการหมักหมม (Fermentation) โดยแบคทีเรียในลำไส้ได้เป็นตัวทำให้เยื่อบุผนังลำไส้เกิดการอักเสบ เกิดการติดเชื้อ ทำให้เกิดการเน่าตายของลำไส้ (Spitzer, 2005)

อัตราการตายของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เจ็บป่วยจาก ภาวะลำไส้เน่าตายโดยทั่วไปร้อยละ 25-30 จะแปรผกผันกับอายุครรภ์และน้ำหนักของทารกแรกเกิด ทารกยิ่งน้ำหนักตัวน้อยจะยิ่งมีอัตราการตายสูงขึ้น โดยเฉพาะทารกที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมแม่เพิ่มมากขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลำไส้เน่าตายได้อีกทางหนึ่ง (ประชา นันทนฤมิต, 2546) เนื่องจากนมแม่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดมีองค์ประกอบเฉพาะช่วยป้องกันการติดเชื้อ เช่น secretory IgA, lactoferrin, lysozome, oligosaccharides, growth factorและ cellular component ได้แก่ macrophage, lymphocyte, neutrophil (Lawrence and lawrence and Lawrence and lawrence, 2005) สามารถปกป้องการติดเชื้อโดยผ่านทางระบบภูมิคุ้มกันของลำไส้และเต้านม (Enteromammary immune system) โดยมารดาจะ

สร้างsecretory IgA antibody เมื่อได้รับ antigen แปลกปลอม มารดาจะสร้าง antibody และขับออกมาทางเยื่อบุและน้ำนมแม่ ทารกที่ได้รับนมแม่ที่มี IgA antibody เฉพาะก็จะได้ภูมิต้านทานเฉพาะ (Specific passive immune) (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2541)

1.4 ลักษณะเฉพาะทางกายวิภาคศาสตร์และสรีระวิทยาของระบบทางเดินอาหารในทารกเกิดก่อนกำหนด

ระบบทางเดินอาหารในทารกจะเจริญเต็มที่เมื่ออายุครรภ์ 36-38 สัปดาห์ โดยการดูด (Sucking Reflex) จะเริ่มเมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์และการกลืน (Swallowing reflex) เริ่มพัฒนาเมื่ออายุครรภ์ 16 สัปดาห์ แต่การดูดและการกลืนยังทำงานไม่สัมพันธ์กันโดยจะเริ่มสัมพันธ์กันเมื่ออายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์และจะเจริญเต็มที่เมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ (Beachy and Deacon, 1993; Wong, 2007) การกลืนและการหายใจต้องใช้ทางร่วมกัน คือ หลอดอาหารและหลอดลม (Laryngopharynx) ขณะกลืนช่องทางจมูก (nasal passage) จะเปิดกว้างฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis) จะปิดนมและอากาศจะผ่านสู่หลอดอาหาร เมื่อหายใจฝาปิดกล่องเสียงจะเปิดอากาศผ่านเข้าปอด ถ้าการกลืนและการหายใจไม่สัมพันธ์กันจะทำให้ทารกสำลักนม โดยปกติพบว่าทารกที่ดูดนมดีภายใน 1 วินาที จะมีการดูด 1 ครั้ง ถ้าทารกดูดถี่กว่านี้แสดงว่าทารกดูดไม่ดี (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2541)

นอกจากนี้ พบว่า กล้ามเนื้อชั้นกล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กยังพัฒนาไม่สมบรูณ์ ทำให้การบีบรูด (Peristalsis) ไม่ดี ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมจึงท้องอืดง่าย ซึ่งโดยปกติการบีบตัวของลำไส้ (Peristalsis) เริ่มพัฒนาเมื่ออายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์และจะพัฒนาสมบรูณ์เมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 3 (Littleton and Engebretson, 2002) ตลอดจนเวลาที่ทารกมีนมผ่านกระเพาะอาหารนาน เนื่องจากการว่างของกระเพาะ (Gastric empty) จำเป็นต้องใช้เวลานานในทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากการว่างของกระเพาะ (Gastric empty) จะเริ่มพัฒนาเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์และการเคลื่อนตัวของนมจากปากลงสู่ลำไส้ใหญ่จนกระทั่งเกิดการขับถ่ายจะเริ่มพัฒนาเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์โดยใช้เวลาในนาน 9 ชั่วโมงและเมื่อทารกมีอายุครรภ์ครบ 40 สัปดาห์จะใช้เวลาเพียง 4 ชั่วโมง (อรดี จันทวสุ, 2546) นอกจากอวัยวะต่าง ๆ ในระบบทางเดินอาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังทำงานไม่สมบรูณ์ ทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีข้อจำกัดทางสรีรวิทยาอื่น ๆ เช่น น้ำย่อย (Bile salt) ยังพัฒนาไม่เต็มที่ส่งผลให้การดูดซึมไขมันลดลง เอนไซม์ต่าง ๆ ยังมีน้อยส่งผลให้เกิดการย่อยโปรตีนลดลงและการดูดซึมคาร์โบไฮเดรตน้อยลง (Beachy and Deacon, 1993) ทารกเกิดก่อนกำหนดจึงเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและปัญหาที่พบได้บ่อยเนื่องจากความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะตามที่กล่าวมาคือ ภาวะลำไส้เน่าตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดจัดเป็นทารกกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ภาวะเจ็บป่วยอาจรุนแรงจนกระทั่งทารกเกิดก่อน

กำหนดเสียชีวิตหรือพิการ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในขณะที่อวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานไม่สมบรูณ์จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้การพยาบาลอย่างปลอดภัยและส่งเสริมการเจริญเติบโตให้มากที่สุด

ดังเช่น ปัญหาทางสุขภาพในภาวะโภชนาการตามที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ภาวะลำไส้เน่าตายเป็นปัญหาหลัก 1 ใน 5 ที่พบในประชากรกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดและมีความรุนแรงต่อชีวิต การลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญและแนวทางหนึ่งที่จะลดอัตราการเกิดโรคลำไส้เน่าตายได้ คือ ต้องส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภูมิต้านทานเพิ่มขึ้นและได้รับสารอาหารที่เหมาะสมต่อลักษณะทางกายภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดตามที่กล่าวมา คือ นมแม่ แต่น้ำนมแม่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดให้แข็งแรงได้ต่อเมื่อมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบรูณ์ของอวัยวะต่างๆและระบบการป้องกันการติดเชื้อยังทำงานได้ไม่แต็มที่จึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาด้านภาวะโภชนาการซึ่งพบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นการส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับสารอาหารที่เหมาะสมต่อสรีระวิทยาและความต้องการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากน้ำนมแม่ช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอดของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm milk) จะเป็นน้ำนมที่มีสารอาหารและพลังงานมากกว่าน้ำนมของมารดาที่คลอดครบกำหนด (Term milk) (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2541) ในระยะนี้จึงควรกระตุ้นให้มารดาได้บีบเก็บน้ำนมไว้เพื่อใช้เลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ในระยะนี้เป็นช่วงที่มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดต้องแยกจากกันทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (กรรณิการ์ บางสายน้อย, 2548) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (Biancuzzo, 2003; AAP, 2005)

1. ระยะตั้งครรภ์ (Antepartum period) จัดสอนในมารดากลุ่มเสี่ยง

- ส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด
- ให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับโอกาสที่ทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถดูดนมเองจากเต้าได้ ในระยะนี้มารดาจำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนมและเรียนรู้วิธีการเลือกใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อเก็บน้ำนม
- จัดให้มีกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและมีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ

- ประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น นักโภชนาการ กุมารแพทย์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด

- จัดให้ความรู้ที่สอดคล้องกับแหล่งข้อมูลที่มีในปัจจุบันและสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงหลังจากที่ทารกเกิดก่อนกำหนด

2. ระยะคลอด (Immediate postpartum period)

- ส่งเสริมและให้แรงสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- ช่วยเหลือประคับประคองในการส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่สามารถดูดนมจากเต้าเองได้

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเพิ่มปริมาณน้ำนม

- จัดหาแหล่งประโยชน์ เช่น ศูนย์บริการเครื่องปั๊มนม คลินิกนมแม่เพื่อช่วยเหลือในเรื่อง การฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนม

- จัดให้มีอุปกรณ์และบริการห้องนมแม่สำหรับบีบเก็บน้ำนม

3. ระยะของการคงสภาพน้ำนม (Continuation of breastfeeding)

- สนับสนุนให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- อธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญในการบีบเก็บน้ำนมในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอด เนื่องจากน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm milk) ในระยะนี้จะมีโปรตีนสูงและการบีบเก็บน้ำนมส่วนหลัง (Hind milk) อย่างถูกวิธีเพื่อส่งเสริมให้ทารกได้รับพลังงานจากไขมันที่เหมาะสม

- ติดตามผลการประเมินน้ำหนักของทารกเกิดก่อนกำหนดและปริมาณนมที่ได้รับพร้อมทั้งอธิบายให้มารดาทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นระยะ

- ให้แรงเสริมและกำลังใจเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดเริ่มดูดนมเองจากเต้าได้

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกใช้อุปกรณ์การให้นมชนิดอื่น ๆ นอกจากขวดนมแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด

- จัดให้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่มนมแม่ กลุ่มแม่ที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- จัดให้บริการคำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อปรึกษาแก้ไขปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ระบบการจัดบริการทางการพยาบาลขณะอยู่ร.พ.เพื่อส่งเสริมมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ผลักดันนโยบายต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาวะที่ดี เน้นการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพที่เหมาะสม เช่น การป้องกันโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ลดอัตราการเกิดโรคติดต่อทางในระบบทางเดินหายใจ รณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ และในด้านอนามัยแม่และเด็ก มีการรณรงค์ให้คุมกำเนิดอย่างถูกวิธี ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพทั้งแม่และเด็กอย่างเหมาะสม เป็นต้น (Leddy, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่ส่งเสริมให้มีการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้พร้อมด้วยสติปัญญา อารมณ์ ศีลธรรม โดยเน้นการพัฒนาเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเติบโตตามวัยอย่างเหมาะสม ด้วยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจของบิดา มารดาในการดูแลสุขภาพและพัฒนาเด็กตั้งแต่วัยทารกทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา (ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนไทยและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้, 2551: 51-53) จึงนำไปสู่การถ่ายทอดเป็นนโยบายที่สำคัญของกรมอนามัยประกอบด้วย 7 ประเด็นยุทธศาสตร์ดังนี้ (แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย, 2551)

1. งานพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก
2. ลดปัจจัยเสี่ยงเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น
3. แก้ปัญหาโรคอ้วนของคนไทย
4. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
5. พัฒนาชุมชนน่าอยู่
6. ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
7. งานตามพันธกิจ

จะเห็นได้ว่า งานอนามัยแม่และเด็กยังเป็นประเด็นหลักที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องในประเทศกำลังพัฒนาประกอบกับในปัจจุบันนี้ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังไม่บรรลุเป้าหมาย เป็นสิ่งที่ทุกหน่วยงานของภาครัฐได้ตระหนักดีว่า จำเป็นต้องเร่งรัดและผลักดันนโยบายเพื่อให้มารดาและทารกมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จเพิ่มขึ้น จึงได้ส่งเสริมให้มีโครงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการจัดตั้ง “คลินิกนมแม่” ซึ่งมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2548: 86)

1. เพื่อแก้ปัญหาและขจัดอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการจัดให้ความรู้ สอน สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ที่จะช่วยส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จ เช่น สอนให้มารดารู้จักวิธีการบีบเก็บน้ำนมเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมและคงสภาพน้ำนมให้เพียงพอตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. พัฒนาความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. พัฒนาสื่อในการให้ความรู้และคำปรึกษา
4. เพื่อจัดทำงานวิจัยในการพัฒนาส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในการจัดให้บริการของคลินิกนมแม่ได้ดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อประเมินความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนกลับบ้านและติดตามต่อเนื่องในรายที่พบปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบว่า การให้บริการคลินิกนมแม่ยังครอบคลุมถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยและทารกเกิดก่อนกำหนด ที่จำเป็นต้องแยกจากมารดานานเกิน 2 ชั่วโมง จำเป็นต้องเฝ้าติดตามและประเมินให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

ลักษณะของการจัดให้บริการสำหรับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, 2547)

1. พยาบาลเจ้าของไข้ประสานงานกับหอผู้ป่วยมารดาหลังคลอด กระตุ้นให้มารดามาเยี่ยมบุตรโดยเร็วและมาเยี่ยมทุกวัน

2. พูดคุยกับมารดาและให้ข้อมูลอาการป่วยของบุตร

3. แนะนำให้มารดามีโอกาสอยู่ใกล้ชิดกับบุตรและมีบทบาทในการดูแลบุตรมากที่สุด มีที่พักให้มารดามาพักค้างได้ตลอดเวลาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดยังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

4. พยาบาลเจ้าของไข้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกนมแม่ เพื่อสอนวิธีการบีบเก็บน้ำนม วิธีการเก็บรักษาน้ำนมและการนำน้ำนมมาส่งที่โรงพยาบาล

5. เก็บน้ำนมแม่ที่บีบเก็บไว้ในตู้เย็นที่เก็บรักษาโดยเฉพาะไม่ปะปนกับสิ่งของอย่างอื่น และเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดมีความพร้อมที่จะดูดนมได้ด้วยตนเอง จึงพยายามกระตุ้นให้มารดามาให้บุตรจากเต้า

6. เมื่อทารกแข็งแรงและสามารถกลับบ้านได้ หอผู้ป่วยจะติดตามประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยโทรศัพท์ติดตามหลังจากกลับบ้านแล้ว 1 วันและอีก 2 สัปดาห์หรือเมื่อกลับมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล จึงขอให้มารดาอุ้มทารกมาเยี่ยมที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเพื่อซักถามถึงการให้นมแม่และปัญหาต่าง ๆ

นอกจากนี้ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจะจัดให้มีห้องนมแม่ เพื่อส่งเสริมให้มารดาที่มาเยี่ยมบุตรหรือในรายที่มารดามาพักค้างตลอดคืนเพื่อดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจะได้บีบเก็บน้ำนม โดยจัดให้มีอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับบีบเก็บน้ำนมพร้อมใช้ เช่น เครื่องปั๊มนม สำลี สำหรับเช็ดทำความสะอาด อ่างล้างมือ สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ตู้เย็นสำหรับเก็บน้ำนมตลอดจนจัดห้องให้สะอาด สว่าง อากาศถ่ายเทและมีการจัดบรรยากาศให้น่าอยู่เพื่อกระตุ้นให้มารดามาใช้บริการ เช่น มีหนังสือเกี่ยวกับแม่และเด็ก เปิดเพลงเบา ๆ เป็นต้น (Lawrence and lawrence และ Lawrence and lawrence, 2005: 503)

ในระยะที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มารดาอาจรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าโศก เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน(พิกุล ขำศรีบุศ, 2549) รวมทั้งสภาพแวดล้อมของหออภิบาลทารกแรกเกิดยังเต็มไปด้วยอุปกรณ์ เสียงร้องเตือนของ

เครื่องมือชนิดต่าง ๆ ทำให้มารดารู้สึกผิด แยกตัวและคิดว่า ตนเองไม่มีความสามารถในการดูแลบุตร (Mohrbacher, 2003) ดังนั้นพยาบาลควรให้กำลังใจและส่งเสริมให้มารดาได้แสดงบทบาทของตนเองอย่างเต็มที่ตามความเหมาะสม (Riordan และ Auerbach, 1998: 452) ควรให้บริการทางการพยาบาลแบบองค์รวมโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางและจัดให้มีแหล่งประโยชน์อื่น ๆ สำหรับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดดังนี้

1. จัดให้มีกลุ่มครอบครัวช่วยครอบครัว (Parent support) เดือนละ 1-2 ครั้งเพื่อให้บิดาและมารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมาก่อน เข้าร่วมประชุมเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเป็นกำลังใจให้แก่มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดรายอื่น ๆ ที่มีบุตรอยู่ในระยะวิกฤต (เครือวัลย์ ติณสูลานนท์, 2547: 259-266)

2. จัดให้มีกิจกรรมแม่อาสา เช่น ชมรมดวงใจพ่อแม่ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ของกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหนักโดยแม่อาสาจะอธิบาย สาธิตวิธีการให้นมลูก การบีบเก็บน้ำนมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการกระตุ้นน้ำนม (วาสนา วินัยพานิช, 2551: 141-146)

ปัจจุบันในต่างประเทศมี รูปแบบการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหลายองค์กรด้วยกัน อาทิเช่น โปรแกรมการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงพยาบาลเด็ก รัฐเท็กซัส (Texas Children's hospital in Houston) ที่เริ่มมาตั้งแต่ ค.ศ.1984 เพื่อส่งเสริมมารดาให้บีบเก็บน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพและการทำกิจกรรมกลุ่มของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (Peer-support group) โดยโรงพยาบาลรัช (Rush-Presbyterian Hospital) ในรัฐชิคาโกที่เน้นกระบวนการกลุ่มให้มารดาได้แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ในเรื่องการบีบเก็บน้ำนม การป้อนนมให้ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นต้น (Riordan, 2005) จะเห็นได้ว่า การบีบเก็บน้ำนมเป็นเรื่องสำคัญต่อทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่สามารถดูดนมจากเต้าเองได้ นอกจากการได้รับบริการทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบันแล้ว มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ยังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อขั้นตอนและวิธีการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้องจึงจะส่งเสริมให้มารดาสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกวิธี และสม่ำเสมอจนกระทั่งสามารถคงสภาพน้ำนมไว้ได้นานจนกว่าทารกจะดูดนมจากเต้าเองได้

4. แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพคือพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) โดย Gochman (1982) ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากการกระทำที่เกิดจากความเชื่อของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อต่อสิ่งที่จะกระทำและคาดหวังต่อผลของการกระทำ โดยมีแรงจูงใจและการรับรู้ส่วนบุคคลเป็นตัวกำหนด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น นิสัยส่วนบุคคล สภาพอารมณ์ ที่มีผลต่อการกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Glanz et al., 1988) แนวคิดนี้ต้องอาศัยกระบวนการรู้คิด (Cognitive)

การใช้เหตุผล (Reasoning) เป็นองค์ประกอบสำคัญและใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974)

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย โดยชักนำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจนั้น ๆ จากการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การพัฒนาแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคมตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 ใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ โดย Atkinson ศึกษาเกี่ยวกับ การใช้แรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นอันตราย Feather ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (Becker, 1974: 9 -14) ต่อมาในช่วงปี 1950 -1960 ได้มีนักจิตวิทยาสังคม ได้แก่ Hochbaum Rosenstock และ Kegels ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อมารับบริการถ่ายภาพรังสีในการตรวจคัดกรองวัณโรค (Abraham and Sheeran, 1992) โดยการนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพตามของ Lewin มาผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจแล้วนำองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (Becker, 1974) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพหรือก่อให้เกิดความเจ็บป่วย
2. บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนได้รับ
3. บุคคลนั้นเชื่อในผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและการประเมินค่าของพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยแรก คือ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองนั้นประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย คือ ยอมรับว่าตนเองนั้น เสี่ยงต่อผลกระทบที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยที่สอง คือ การประเมินค่าของพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล เป็นการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับอุปสรรคที่จะขัดขวางไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (Abraham and Sheeran, 1992: 29-30) บุคคลจะตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเมื่อ มีความพร้อมและได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยที่เกิดขึ้นได้ทั้งจากตนเองหรือการได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก ซึ่งเรียกว่า ปัจจัยกระตุ้นหรือ

ปัจจัยส่งเสริม (Cues to action) เช่น การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งอาจจะได้รับการกระตุ้นทั้งจากภายในตนที่คิดว่าต้องไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ การเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเองและการได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรณรงค์จากสื่อต่าง ๆ การจัดโปรแกรมชุดตรวจสุขภาพราคาพิเศษ การมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็ง เป็นต้น (Haisch and Hornung, 2005: 85 - 86)

จะเห็นได้ว่า การใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก ๆ ใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยที่ชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถสรุปเป็นโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้ (Becker, 1974)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติ เป็นตัวกำหนดหรือตัดสินได้ว่าเกิดความพร้อมขึ้นแล้ว ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยง การรับรู้ต่อความรุนแรงจากการเจ็บป่วย

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง บุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับมีประโยชน์เพียงใดและได้เปรียบเทียบระหว่างประโยชน์จาการปฏิบัติและอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การเสียเวลา การเสียค่าใช้จ่าย หรือเมื่อปฏิบัติแล้วรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวด เป็นต้น

3. ปัจจัยที่ชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือแนวทางที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ความรู้จากสื่อต่าง ๆ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นต้น

Kasl and Cobb (1966 cited in Shumaker et al, 1993; cited in Glanz et al, 1997) ได้แบ่งกิจกรรมหรือการกระทำที่บุคคลปฏิบัติต่อสุขภาพนั้นสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หรือพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วย (Preventive health behavior) เป็นการกระทำเพื่อป้องกันตนเองจากภาวะเจ็บป่วยหรือเป็นการค้นหาโรค ภาวะเจ็บป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมต่อความเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อบุคคลนั้นมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสม เช่น การขอคำปรึกษาและความคิดเห็น การขอคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อประเมินภาวะเจ็บป่วยและรับการรักษา

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick- role behavior) เมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้สุขภาพดีขึ้นหรือไม่ให้อาการป่วยรุนแรงมากขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย เป็นต้น

ในระยะต่อมา Becker (1974) จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและได้นำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในภาวะเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) หมายถึง บุคคลคาดคะเน หรือเชื่อว่าตนเองมีโอกาสและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยและจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลที่พยายามหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและพยายามรักษาภาวะสุขภาพไว้ในระดับที่แตกต่างกัน เช่น ในกรณีที่บุคคลนั้นมีภาวะเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วจะมีการรับรู้ คาดคะเนว่าตนเองนั้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคมากขึ้นและทำให้รู้สึกว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น แสดงว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงจากการเจ็บป่วย (Perceived severity) หมายถึง บุคคลเชื่อว่าภาวะเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นหรือโรคที่เป็นนั้นมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง อาจรุนแรงถึงขั้นพิการ เสียชีวิต หรือมีความยากลำบากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ระยะเวลาที่ต้องรับการรักษาจากภาวะเจ็บป่วยอาจใช้เวลานานและมีผลกระทบต่อบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยอาจไม่เพียงพอ บุคคลนั้นจำเป็นต้องรับรู้ถึงความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยร่วมด้วยจึงจะเกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ต่อความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ปรารถนา พยายามที่จะหลีกเลี่ยงไป

3. การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง บุคคลพยายามหาวิธีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยหรือป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค โดยเชื่อว่า การกระทำกิจกรรมที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้ตนเองนั้นมีสุขภาพที่ดีหรือทำให้ตนเองนั้นหายจากโรคที่เป็น เช่น การเลิกสูบบุหรี่ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลดลงและทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายร่วมด้วย การตรวจมะเร็งเต้านมนอกจากจะเป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพของตนเองแล้วยังส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกสบายใจด้วย แสดงให้เห็นว่า นอกจากพฤติกรรมสุขภาพนั้นอาจจะมีผลต่อสุขภาพโดยตรงตามที่กล่าวมาหรืออาจจะมีผลต่อด้านสัมพันธภาพที่ดีของบุคคลในครอบครัว มีผลต่อด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

4.การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลต่อปัญหา อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกอาย ความไม่สะดวก เป็นต้น ถ้าบุคคลเชื่อในสิ่งที่เป็นอุปสรรคมากกว่าคิดว่าการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพย่อมไม่เกิด ดังนั้นการรับรู้ต่ออุปสรรคมนการปฏิบัติตนจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลสุขภาพได้

5. ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Cues to action) เป็นสิ่งที่ชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวกระตุ้น (Trigger) ให้เกิดการกระทำที่เหมาะสม โดยอาจจะอยู่ในตัวบุคคลนั้นเอง เช่น อาการไม่สุขสบาย หรือมีความรู้สึกปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตนเองหรือเกิดจากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อาทิเช่น คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ โทรทัศน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวจะสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของบุคคลนั้นเองร่วมด้วย

6. ปัจจัยส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Modifying factor) หมายถึง ปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคแบ่งเป็น

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร (Demographic variables) เช่น อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาเป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้ต้องการศึกษาเพื่อบ่งบอกความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมที่ป้องกันโรค

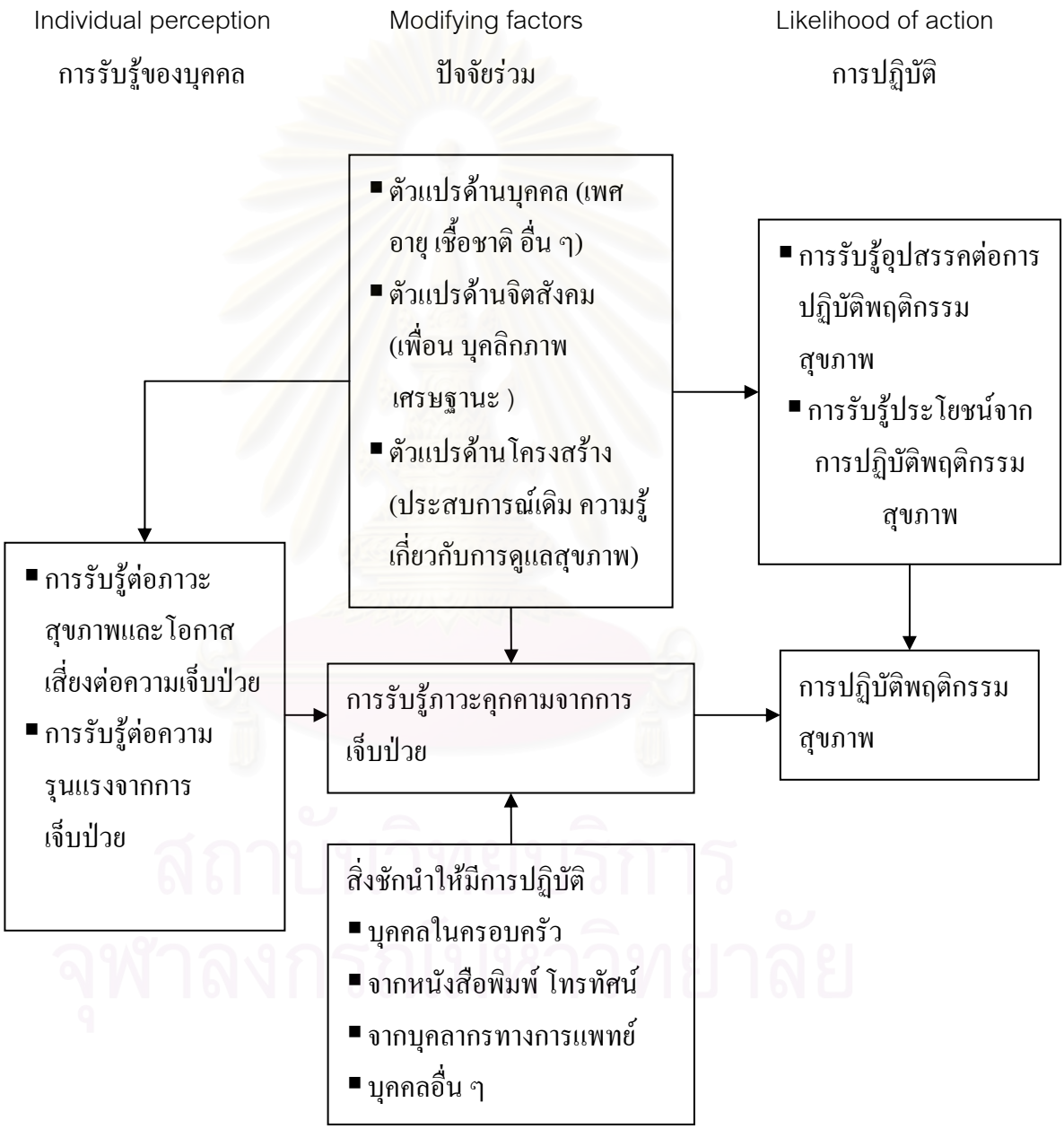
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio-psychological variables) เป็นแรงกดดันทางสังคมหรืออิทธิพลทางสังคมที่เป็นตัวแปรสำคัญในการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น บุคลิกภาพ กลุ่มเพื่อน เศรษฐานะ สถานภาพทางสังคม เป็นพื้นฐานให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) เช่น ความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรคในอดีต

นอกจากตัวแปรดังกล่าวข้างต้นแล้ว Rosenstock, Strecher and Becker (1988) ได้เพิ่มตัวแปรอีกตัวหนึ่ง คือ Self-efficacy (Bandura, 1997) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่แยกออกมาจากแบบแผนเดิมที่ใช้เพื่ออธิบายและทำนายความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่สามารถเปลี่ยนได้ทันทีหรือทำให้บุคคลนั้นเชื่อได้ทันทีว่า การกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพราะปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การออกกำลังกายและพฤติกรรม

สุขภาพทางเพศ เป็นเรื่องยากที่จะสามารถปรับเปลี่ยนได้ต้องอาศัยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Behavior pattern) และพฤติกรรมสุขภาพนั้นคงอยู่เมื่อบุคคลนั้นสามารถกระทำด้วยตนเอง (Self-efficacy) ดังนั้นองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถแสดงได้ตามแผนภาพดังนี้

แผนภูมิที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)



ที่มา : Glanz, K. Rimer, B.K. and Lewis, F.M. (2002). **Health Behavior and Education: Theory, Research, and Practice** (3rd ed). San Francisco: Jossey -Base. (pp52)

5. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

5.1 ความหมายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม เป็นการบีบหรือปั๊มน้ำนมออกจากเต้าเพื่อใช้เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (Lawrence and Lawrence, 2005: 763)

กลุ่มที่ 1 การบีบเก็บน้ำนมแม่สำหรับทารกที่แข็งแรง (Healthy infant) แต่มารดาไม่สามารถให้นมแม่ด้วยตนเองได้ตลอดจำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนมให้ทารก เช่น มารดาทำงานนอกบ้าน

กลุ่มที่ 2 การบีบเก็บน้ำนมสำหรับทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย (Sick infant) โดยมารดามีความตั้งใจที่จะเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาแต่ทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าเองได้ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะทารกที่น้ำหนักต่ำกว่าหรือเท่ากับ1,500 กรัมที่ยังไม่สามารถย่อยและดูดซึมนมชนิดอื่น ๆ ได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงทารกครบกำหนดที่ยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าเองได้ เช่น ทารกที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ เป็นต้น

ในระยะแรก ๆ มารดาที่มีทารกเกิดครบกำหนด แข็งแรงดีจะบีบเก็บน้ำนมไว้เพื่อลดอาการคัดตึงของเต้านมและช่วยเพิ่มการผลิตน้ำนมให้ได้ปริมาณเพียงพอต่อการใช้เลี้ยงทารก ต่อมาได้นำวิธีการบีบเก็บน้ำนมมาใช้ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อกระตุ้นให้น้ำนมหลั่งจนกระทั่งคงสภาพน้ำนมไว้จนกว่าทารกจะดูดนมเองจากเต้าได้ นอกจากช่วงเวลาที่เริ่มกระตุ้นครั้งแรกจะมีความสำคัญต่อปริมาณน้ำนมที่ผลิตได้แล้วยังขึ้นอยู่กับความถี่ในการบีบเก็บน้ำนมร่วมด้วย (Riordan, 2005) ทั้งนี้ การบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความตั้งใจของมารดาที่จะเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ในระยะแรกหลังคลอดมารดาที่ตัดสินใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำเป็นต้องกระตุ้นการสร้างน้ำนมแม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถดูดจากเต้าได้เองตามแนวปฏิบัติในการกระตุ้นการสร้างน้ำนมดังนี้

1. กรณีที่มารดาไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ให้เริ่มบีบเก็บน้ำนมหลังคลอดทันที
2. ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลควรกระตุ้นการสร้างน้ำนมด้วยการบีบเก็บจากเครื่องปั๊มไฟฟ้า
3. ในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ค่อย ๆ เพิ่มเวลาในการบีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้ง
4. เริ่มบีบเก็บเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมจนกระทั่งรู้สึกเริ่มคัดตึงหน้าอก
5. ควรบีบเก็บอย่างน้อยวันละ 5 ครั้ง
6. ช่วงกลางคืนที่ต้องพักผ่อน อนุโลมให้พักการบีบน้ำนมห่างกันได้อย่างน้อย 6 ชั่วโมง
7. ควรใช้เวลาในการบีบเก็บน้ำนมอย่างน้อย 100 นาทีต่อวัน
8. ควรกระตุ้นการสร้างน้ำนมโดยการบีบเก็บน้ำนมพร้อมกันทั้งสองข้างเพื่อลดระยะเวลาในการบีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้ง

9. ควรกระตุ้นเต้านมก่อนบีบเก็บด้วยการนวดและลูบเต้านมอย่างเบามือ

10. ควรส่งเสริมให้มารดาได้อุ้มและสัมผัสทารกเกิดก่อนกำหนดโดยตรง (Kangaroo care)

นอกจากการกระตุ้นการสร้างน้ำนมในระยะแรกหลังคลอดของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด การได้มาซึ่งนมแม่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดยังเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด โดย Lawrence และ Lawrence (2005) กล่าวว่า พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องประกอบด้วย การบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธี การเตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพและความสะอาดของน้ำนม การเก็บถนอมรักษาน้ำนม การเตรียมตัวของมารดาก่อนบีบเก็บน้ำนมและการกระตุ้นการสร้างน้ำนมที่มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องเข้าใจกลไกการหลั่งและสร้างน้ำนมเพื่อให้มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถคงสภาพน้ำนมไว้ได้นานจนกว่าทารกจะดูดจากเต้าเองได้ ซึ่งจะนำเสนอในขั้นต่อไป

5.2 หลักและวิธีการบีบน้ำนมอย่างถูกวิธี ประกอบด้วย วิธีการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม การเก็บและถนอมรักษาน้ำนม การกระตุ้นการสร้างน้ำนม และการเตรียมตัวมารดาก่อนบีบเก็บน้ำนม

5.2.1 วิธีการบีบน้ำนม สามารถบีบเก็บได้ 2 วิธี คือ

การบีบน้ำนมด้วยมือ (Hand expression) เป็นวิธีการบีบน้ำนมที่เหมาะสำหรับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในช่วงแรกก่อนที่จะบีบเก็บด้วยเครื่องปั๊มนมทั้งชนิดมือและไฟฟ้า (Lawrence and Lawrence 2005: 1016)

วัตถุประสงค์ของการบีบน้ำนมด้วยมือ

1. เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม
2. เพื่อส่งเสริมการผลิตน้ำนมเป็นการกระตุ้นถึงแม้ทารกจะยังไม่ได้ดูด เช่น ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยและทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เพื่อบรรเทาอาการคัดตึงเต้านม
4. เพื่อบีบน้ำนมออกเมื่อทารกไม่สามารถดูดนมจากเต้าเองได้
5. เพื่อคงสภาพน้ำนมไว้จนกว่าทารกจะสามารถดูดเองได้
6. เพื่อบีบเก็บน้ำนมไว้สำหรับมื้ออื่น ๆ
7. เพื่อส่งไปยังหน่วยเก็บน้ำนม (Milk bank)
8. เพื่อบีบน้ำนมทิ้ง ในกรณีที่มารดามีข้อห้ามทางการแพทย์ ไม่สามารถให้นมบุตรได้

การบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการบีบเก็บน้ำนม เพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเจือปนในน้ำนมที่บีบเก็บน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการบีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนม แต่การบีบน้ำนมด้วยมือจะมีประสิทธิภาพได้ต่อเมื่อมารดาได้บีบน้ำนมได้ถูกต้องตามเทคนิคและตำแหน่งที่บีบเก็บน้ำนม ควรส่งเสริมให้มารดาได้บีบเก็บน้ำนมด้วยตนเองตั้งแต่วันแรกหลังคลอดกรณีที่มารดาไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ควรกระตุ้นให้บีบเก็บน้ำนมตั้งแต่ 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและเน้นให้มารดาเห็นความสำคัญของความถี่ในการบีบเก็บน้ำนมจำเป็นต้องบีบให้บ่อยเท่ากับช่วงเวลาที่ทารกดูดนมเองจากเต้าเพื่อคงสภาพน้ำนมไว้และกระตุ้นการสร้างน้ำนมในมื้อถัดไป (WHO, 2003)

การบีบน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนม ประกอบด้วย 2 วิธีดังนี้ (Lawrence and lawrence, 2005: 782-794; Riordan, 2003: 399-403)

1) การบีบน้ำนมด้วยเครื่องชนิดมือกด (Hand Pump) มีจำหน่ายทั่วไป ราคาถูก สะดวกในการเคลื่อนย้าย วิธีการใช้งานง่ายแต่บางครั้งผู้ใช้งานอาจรู้สึกเมื่อยและล้าเมื่อต้องบีบน้ำนมเป็นเวลานาน เครื่องปั๊มนมชนิดมือกดมีหลากหลายชนิดควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การใช้งาน อาทิเช่น

1.1) แบบลูกสูบยาง (Rubber-Bulb Model) เป็นลักษณะของลูกยางติดกับพลาสติกรูปร่างเหมือนแตรใช้แนบกับบริเวณเต้านม อาศัยกลไกการบีบน้ำนมด้วยสุญญากาศจากการบีบลูกยาง ทำให้บีบน้ำนมออกมาในกระเปาะที่รองรับในเครื่องปั๊มนม การใช้เครื่องปั๊มนมชนิดมือกดแบบเหมาะสำหรับการบีบน้ำนมทิ้งเพื่อบรรเทาอาการคัดตึงเต้านม ไม่ควรใช้บีบเก็บน้ำนมเพื่อเลี้ยงทารกเนื่องจากน้ำนมที่ได้จากการบีบเก็บด้วยวิธีนี้มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียที่ติดอยู่กับลูกยาง

1.2) แบบที่ปั๊มกดชนิดด้ามจับ (Squeeze-Handle Model) เป็นเครื่องปั๊มชนิดที่มีด้ามกดยื่นออกมาจากแกนและต่อด้วยขวดนมที่รองรับน้ำนม อาศัยกลไกการดูดน้ำนมออกจากเต้าด้วยแรงดันสุญญากาศ อุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ในการบีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้งสามารถถอดล้างทำความสะอาดได้ น้ำนมจากการบีบเก็บนี้จึงเหมาะที่จะนำไปใช้เลี้ยงทารกได้

1.3) แบบกระบอกสูบ (Cylinder Pumps) ตัวกระบอกสูบภายนอกอาศัยแรงดันสุญญากาศเมื่อเคลื่อนลูกสูบจากตัวแกนด้านในที่ต่อกับฝาพลาสติกแนบกับเต้านมและต่อลงขวดรองรับน้ำนมอีกครั้งหนึ่ง หลังการใช้บีบเก็บน้ำนมทุกครั้งต้องถอดอุปกรณ์ทุกชิ้นล้างทำความสะอาดโดยเฉพาะแหวนพลาสติกที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างแกนกระบอกสูบกับตัวกระบอกสูบด้านนอกที่ต้องถอดก่อนล้างทุกครั้งเพื่อป้องกันการเสื่อมคุณภาพและป้องกันการเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค

2) การบีบน้ำนมด้วยเครื่องชนิดไฟฟ้า (Electric Pump) มีทั้งชนิดที่ใช้แบตตารี่และใช้ไฟฟ้าเหมาะสำหรับในรายที่ทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้เอง จำเป็นต้องบีบกระตุ้น เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยหลักการทำงานของเครื่องปั๊มนมชนิดไฟฟ้ากับแบบใช้แบตตารี่เหมือนกัน แต่ความแรงในการปั๊มและจำนวนรอบของปั๊มแต่ละครั้งต่อนาทีแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ

ความแรงของแหล่งจ่ายไฟ เช่น ประเภทถ่านอัลคาไลน์สามารถบีบน้ำนมได้ 32 ครั้ง/ นาที ประเภทถ่านที่สามารถนำกลับมาประจุไฟใหม่ได้ (Rechargeable) สามารถบีบน้ำนมได้ 30 ครั้ง/นาทีและประเภทที่สามารถต่อเข้ากับไฟฟ้าตามบ้านได้ (AC adapter) สามารถบีบน้ำนมได้ถึง 42 ครั้ง/ นาที ข้อดีของเครื่องปั๊มนมชนิดนี้ คือ น้ำหนักเบา ใช้งานง่าย มารดาสามารถพกพาไปใช้นอกบ้านได้ นอกจากนี้ยังประกอบด้วยเครื่องปั๊มนมชนิดใช้ไฟฟ้ารุ่นใหญ่ เหมาะสำหรับการใช้ที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ในรายที่มารดาต้องบีบเก็บน้ำนมเป็นเวลานาน โดยเครื่องชนิดนี้จะมีจำนอนรอบที่บีบน้ำนมแต่ละครั้งต่อนาทีใกล้เคียงกันขึ้นอยู่กับรุ่นที่ผลิตและแรงดันสุญญากาศที่ปั๊มนมใกล้เคียงกับที่ทารกครบกำหนดดูดเองจากเต้าโดยเฉลี่ย -50 ถึง -155 มม.ปรอท

เทคนิคการบีบเก็บน้ำนม

สิ่งที่มารดาควรคำนึงถึงมากที่สุดในการบีบเก็บน้ำนม คือ ความสะอาดของการบีบเก็บน้ำนมและปริมาณสารอาหารที่ได้จากการบีบน้ำนมในส่วนหลัง (ช่วง10-15 นาทีหลังของการบีบเก็บ) จะช่วยให้ทารกได้รับทั้งพลังงานและไขมันที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของทารก เพราะร้อยละ 50ของไขมันจากนมแม่เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ ในรายที่มารดาสามารถบีบน้ำนมได้ปริมาณมาก ๆ ควรแนะนำให้มารดาผสมนมที่ได้ทั้งหมดและเขย่าให้เข้ากันก่อนจะเก็บน้ำนมไว้ให้ทารกในมื้อถัด ๆ ไป เพราะน้ำนมส่วนหน้าของการบีบเก็บช่วงแรกจะมีไขมันน้อยกว่านมส่วนหลังที่ได้ ในสัปดาห์แรกของการบีบเก็บน้ำนม มารดาควรให้ความสำคัญต่อความถี่ในการบีบเก็บน้ำนม เนื่องจากช่วงหลังคลอดจะมีฮอร์โมนกระตุ้นการหลั่งน้ำนม สร้างและผลิตน้ำนมให้เพียงพอต่อความต้องการของทารก (Riordan, 2005: 373-375)

ขั้นตอนการบีบน้ำนมจากเต้า (Lawrence and Lawrence, 2005: 1016 -1017)

ขั้นที่ 1 ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนบีบน้ำนม

ขั้นที่ 2 เตรียมตัวมารดาก่อนบีบน้ำนมและกระตุ้นการสร้างน้ำนม ดังนี้

- ทำจิตใจให้สดชื่นผ่อนคลาย จินตนาการถึงลูก ดูรูปหรือนึกถึงเวลาลูกร้อง เพื่อช่วยให้ฮอร์โมน Oxytocin หลั่งและเกิด Milk let down reflex และสัมผัสบริเวณเต้านมอย่างนิ่มนวล
- ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนม นั่งในท่าที่สบาย ผ่อนคลายและปลดเสื้อ กระดุมให้สะดวกต่อการบีบเก็บน้ำนม
- เริ่มนวดเต้านมก่อนทุกครั้ง เมื่อวางแผนจะบีบเก็บน้ำนมทั้งจากการบีบเก็บด้วยมือหรือใช้เครื่องปั๊ม
- ทำการกระตุ้นเต้านม โดยใช้ปลายนิ้วลูบเต้านมเบา ๆ จากฐานนมเข้าสู่บริเวณลานนม นวดเบา ๆ มารดาบางรายอาจเลือกการอาบน้ำอุ่นก่อนทำการนวดเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตมาสู่ท่อน้ำนมร่วมด้วย

- ควรนวดเต้านมด้วยปลายนิ้วด้วยการคลึงเบา ๆ โดยแบ่งตำแหน่งที่นวดเป็นสี่ส่วนและทำการนวดเป็นระยะ ๆ ระหว่างที่บีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊ม เมื่อสังเกตว่ามีรอยแดงหรือรู้สึกเจ็บควรหยุดบีบน้ำนมทันที

ขั้นที่ 3 วิธีการบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือ

- วางตำแหน่งของนิ้วบนเต้านมให้ถูกต้อง โดยนิ้วหัวแม่มือต้องอยู่บนนิ้วชี้เสมอในลักษณะนิ้วทั้งสองอยู่ตรงกันข้าม

- ตำแน่งที่จะบีบน้ำนมจะเป็นบริเวณกระเปาะน้ำนม ซึ่งอยู่ห่างจากหัวนมประมาณ 3 ซม. หลังจากนั้นจึงเริ่มกดทั้ง 2 นิ้วเข้าหาตัวบนตำแน่งกระเปาะนมจะเห็นน้ำนมพุ่งออกมาจากกระเปาะนมแล้วจึงคลายนิ้ว เริ่มทำซ้ำใหม่โดยการกดบีบปล่อยเป็นจังหวะจนกระทั่งน้ำนมเริ่มน้อยลงจึงเปลี่ยนตำแน่งที่บีบน้ำนมโดยรอบ 360 องศา

- หลีกเลี่ยงการดึงหรือเค้นเต้านม

- ควรบีบน้ำนมออกจนกระทั่งน้ำนมเกลี้ยงเต้าจะใช้เวลาโดยประมาณ 20 -30 นาที กรณีที่มารดารู้สึกคัดตึงเต้านมอาจใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบก่อนบีบน้ำนมหรือการอาบน้ำอุ่นก่อนบีบน้ำนมจะช่วยบรรเทาอาการไม่สุขสบายได้

- ในกรณีที่ต้องการบีบน้ำนมเก็บ ควรบีบน้ำนมทิ้งก่อน 2-3 ครั้งแล้วจึงบีบใส่ภาชนะที่สะอาดปราศจากเชื้อ

- หลังจากสังเกตว่า น้ำนมที่บีบเริ่มออกน้อย เป็นหยด ๆ ให้ปั๊มต่อไปอีกประมาณ 2 นาที

- หลังจากบีบน้ำนมเสร็จเริ่มทำการนวดเต้านมอีกครั้งและลูบเต้านมเบา ๆ จากฐานเต้านมสู่ลานหัวนมอีกครั้งหนึ่งทำจนครบ 4 ส่วนของเต้านม

- การบีบน้ำนมควรบีบอย่างสม่ำเสมอทุก 3 ชั่วโมง ควรกระตุ้นให้มารดาเห็นความสำคัญของความถี่ในการบีบเก็บน้ำนม ควรบีบเก็บทุก 2-3 ชั่วโมงเท่ากับระยะเวลาที่ทารกทั่วไปดูดนมเองจากเต้าเพื่อคงสภาพน้ำนม (Galactopoiesis) ไว้ให้อยู่ตลอดไปและควรส่งเสริมให้มารดามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกลไกการหลั่งน้ำนมเพื่อให้มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมได้ตามเป้าหมาย คือ คงสภาพน้ำนมไว้จนกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะสามารถดูดนมจากเต้าเองได้

กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้ (สุอารีย์ ต้นตระการ, 2542; Jelliffe and Jellfee, 1978)

1.การสร้างน้ำนม (Lactogenesis) เมื่อมีการตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนที่สำคัญ คือ Estrogen Progesterone Prolactin และ Human Placental lactogen จะมีผลกระตุ้นต่อมน้ำนมและระบบท่อน้ำนมให้เซลล์เจริญเต็มที่พร้อมจะหลั่งน้ำนม โดยระดับ Estrogen ที่สูงขึ้นจะกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้สร้างและหลั่ง Prolactin เป็นฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อการสร้าง

โปรตีนในนมแม่และเอนไซม์ Lactose และฮอร์โมนชนิดนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงหลังคลอด เมื่อรกถูกตัดออกไปจากมารดาแล้ว เนื่องจากฮอร์โมน Oxytocin และฮอร์โมน Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็ว การยับยั้งการทำงานของ Prolactin จึงไม่ทำงาน ดังนั้นในมารดาหลังคลอดช่วง 2- 3 วันแรกจึงรู้สึกคัดตึงเต้านมมากขึ้น

2. การหลั่งน้ำนม (Galactokinesis) เป็นขั้นที่ทำให้น้ำนมบีบออกมา ซึ่งต้องอาศัยการดูดของทารก (Suckling reflex) เมื่อทารกดูดกระตุ้นบริเวณหัวนมและลานนมทำให้เกิดการส่งสัญญาณไปตามเส้นประสาททรวงอกที่ 3 4 5 และถูกส่งไปยังเส้นใยประสาท (Sensory fiber) ไปตามไขสันหลังสู่สมอง กระตุ้น Hypothalamus ทำให้เกิดผล 2 ประการดังนี้

2.1 ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) เข้าสู่กระแสเลือดผ่านยังเต้านมกระตุ้นให้ alveola cells สร้างน้ำนม ขณะดูดนม Prolactin จะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและพบว่าระดับ Prolactin ในเลือดจะสูงมากหลังจากหยุดให้ลูกดูดนม 30 นาทีซึ่งจะมีผลให้มีการสร้างน้ำนมในมื้อถัดไป ปริมาณ Prolactin จะสูงมากในเวลากลางคืนดังนั้นการให้ลูกดูดน้ำนมในเวลากลางคืนจะกระตุ้นการสร้างน้ำนมได้มากเป็นพิเศษกว่าเวลากลางวันเป็นการช่วยเร่งน้ำนมได้ดี พบว่าถ้าลูกดูดนมได้น้อยการสร้างน้ำนมย่อมน้อยแต่ถ้าดูดมากการสร้างน้ำนมย่อมมากตาม แม่ส่วนใหญ่สามารถสร้างน้ำนมได้มากกว่าที่ลูกต้องการ ทั้งนี้ระดับ Prolactin ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการกระตุ้นที่หัวนมด้วยและพบว่า Prolactin จะสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในแม่ที่คลอดลูกแฝดและให้ลูกดูดนมพร้อม ๆ กันทั้ง 2 เต้า การหลั่ง Prolactin จะไม่เกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ แต่ระดับ Prolactin จะหยุดหลั่งเมื่อลูกหยุดดูดนม ระดับฮอร์โมนในเลือดจะค่อย ๆ ลดจนถึงระดับปกติประมาณ 20 นาโนกรัม/มิลลิลิตรในช่วง 3 ชั่วโมงหลังดูดนม ดังนั้นเพื่อให้มีฮอร์โมนในเลือดสูงตลอดเวลาต้องให้ลูกดูดบ่อย ๆ และสม่ำเสมอเพื่อให้เต้านมมีการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้นและตลอดเวลา กล่าวคือ มีการคงสภาพให้มีการสร้างน้ำนมไว้ทดแทนตลอดเวลา (Galactopoiesis)

2.2 ต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) หลั่ง Oxytocin เข้าสู่กระแสเลือดทำให้ Myoepithelial cell หดตัวบีบน้ำนมออกมา (Milk ejection reflex หรือ Oxytocin reflex) การหลั่งของฮอร์โมนชนิดนี้ยังขึ้นอยู่กับประสาทสัมผัสทั้งห้าด้วย เมื่อได้ยินเสียงลูกร้องหรือมองเห็นลูกจะเกิดการกระตุ้นให้หลั่ง Oxytocin ทำให้น้ำนมไหลได้หรือทางตรงกันข้ามเมื่อมีความเจ็บปวด ความกังวลต่าง ๆ การขาดความเชื่อมั่นจะมีผลไปยับยั้ง Oxytocin แม้ลูกจะดูดอย่างสม่ำเสมอก็จะมีผลให้ลูกได้น้ำนมไม่เพียงพอ น้ำหนักลูกไม่ขึ้น

วิธีการบีบน้ำนมด้วยเครื่องปั๊ม (Mohrbacher and Stock, 2003: 645-646)

- ยึดหลักความสะอาดเป็นสิ่งสำคัญที่สุด มารดาควรล้างมือทุกครั้งก่อนบีบน้ำนม อุปกรณ์ที่ต่อกับเครื่องปั๊มต้องทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกวิธี ต้องไม่มีคราบนมเก่าเหลือติดอยู่ที่ภาชนะ

- เริ่มกระตุ้นเต้านมโดยการนวดเต้านมทั้งสี่ส่วนเหมือนกับวิธีการนวดก่อนบีบด้วยมือ

- ก่อนเริ่มเก็บน้ำนม จำเป็นต้องบีบทิ้งก่อนประมาณ 5-10 มล. เพื่อชำระแบคทีเรียบริเวณปลายท่อน้ำนม ในกรณีน้ำนมเหลืองในวันแรก ๆ อาจพิจารณาไม่ต้องบีบทิ้ง

- เช็ดทำความสะอาดหัวนมด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก

- วางโคนปั๊มนมให้อยู่ตรงกลางและเลือกขนาดที่ปั๊มให้เหมาะสมกับขนาดเต้านม

- ควรบีบน้ำนมจนเกลี้ยงเต้า สำหรับการบีบน้ำนมครั้งละ 1 ข้าง (Single Pumping) ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที แต่ในกรณีที่บีบน้ำนมพร้อมกันทั้งสองข้าง (Double-Pumping) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

- หลังจากบีบน้ำนมเสร็จเริ่มทำการนวดเต้านมอีกครั้งและลูบเต้านมเบา ๆ จากฐานเต้านมสู่ลานหัวนมอีกครั้งหนึ่งทำจนครบ 4 ส่วนของเต้านมเสมือนหลังการบีบน้ำนมจากเต้าด้วยมือ

5.2.2 การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม (Riordan, 2005: 433)

- อุปกรณ์ที่ใช้ในการบีบน้ำนม เช่น อะไหล่ของเครื่องปั๊มนมที่ต้องสัมผัสโดยตรงกับมารดาจำเป็นต้องถอดล้างทำความสะอาดทุกครั้งหลังการใช้งานและต้องทำการฆ่าเชื้อด้วยการต้มในน้ำเดือดนาน 10 นาที

- อุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม ได้แก่ ถุงเก็บน้ำนม ต้องเป็นพลาสติกชนิด Polyethylene ที่ใช้เก็บน้ำนมโดยเฉพาะ ใช้เก็บเพียงครั้งเดียว ไม่นำกลับมาใช้ซ้ำอีกและขวดนม เป็นขวดพลาสติกชนิดทนความร้อนได้ จำเป็นต้องล้างทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อนแล้วจึงนำไปฆ่าเชื้อด้วยการต้มผ่านน้ำเดือด 10-20 นาที

-อื่น ๆ เช่น สบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือ ปากกาเขียนชื่อ-สกุลทารกและวันเวลาที่เก็บน้ำนม

5.2.3 การเก็บและถนอมรักษาน้ำนม (Lawrence and Lawrence, 2005: 1018-1020)

ภาชนะที่ใช้เก็บน้ำนม เช่น ขวดเปล่า อาจจะเป็นพลาสติกหรือแก้วเหมาะสำหรับเก็บน้ำนมแม่ ที่จำเป็นต้องเก็บเวลานานและปิดฝาไม่ให้ถูกอากาศ และถุงพลาสติกสำหรับเก็บน้ำนมเหมาะสำหรับการเก็บน้ำนมแม่ในระยะสั้น (น้อยกว่า 72 ชั่วโมง) ไม่ควรใช้เก็บน้ำนมเป็นเวลานาน เนื่องจากถุงอาจรั่วหรือแตกได้ง่ายทำให้มีโอกาสปนเปื้อนได้มากกว่าการเลือกเก็บในขวด นอกจากนี้การเก็บน้ำนมแม่ในถุงอาจทำให้ไขมันในนมแม่จะเกาะติดผนังถุง ทำให้สูญเสียคุณค่าทางโภชนาการนมแม่

ข้อควรปฏิบัติในการเก็บน้ำนมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด

1. ล้างมือก่อนการบีบเก็บน้ำนมทุกครั้ง
2. กรณีที่มารดาต้องบีบน้ำนมเองที่บ้านสามารถเก็บน้ำนมได้ในถุงเก็บน้ำนม
3. ควรรักษาคุณภาพน้ำนมด้วยการเก็บน้ำนมที่บีบได้ในตู้เย็นหรือช่องแข็งในตู้เย็น
4. ถ้ามีโอกาสควรเลือกให้น้ำนมแม่ที่บีบเก็บใหม่ ๆ ก่อน
5. กรณีที่ยังไม่ได้ใช้นมที่บีบเก็บใหม่ภายใน 2 วันควรนำไปเก็บแช่แข็งไว้
6. น้ำนมที่แม่ที่เก็บในช่องแช่แข็งสามารถเก็บไว้ได้นาน 3 เดือน
7. น้ำนมแม่ที่เก็บไว้ในตู้แช่แข็งสามารถเก็บไว้ได้นานถึง 12 เดือน
8. ควรเลือกใช้น้ำนม จากถุงที่เก็บไว้ในช่วงแรกก่อน โดยดูจากวันที่ เวลาที่ระบุบนถุง

ความสำคัญของการบีบเก็บน้ำนมในทารกเกิดก่อนกำหนด

จากกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมตามที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การกระตุ้นบีบน้ำนมอย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยให้เต้านมสามารถผลิตน้ำนมได้เพียงพอต่อการเลี้ยงทารกและสามารถคงสภาพน้ำนมไว้จนกระทั่งทารกสามารถดูดนมเองจากเต้าได้ โดยเฉพาะในรายที่ทารกไม่สามารถดูดนมเองจากเต้าได้ เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนดหรือมารดาเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาและต้องแยกจากระหว่างมารดาทารกจำเป็นต้องส่งเสริมให้มารดาเริ่มบีบเก็บน้ำนมอย่างน้อยวันละ 8 ครั้ง (Riordan and Auerbach, 1998) เพราะความถี่ในการบีบเก็บน้ำนมมีผลต่อการผลิตน้ำนมอย่างชัดเจน ในมารดาที่สามารถบีบน้ำนมได้ทุก 3 ชั่วโมงจะสามารถผลิตน้ำนมได้ประมาณ 342± 229 มล. ส่วนมารดาที่บีบน้ำนมในระยะเวลาห่างขึ้นจะผลิตน้ำนมได้เพียง 221± 141มล.จากสภาพปัญหาที่พบในปัจจุบัน คือ มารดาส่วนใหญ่ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มักมีปัญหามาจากความรู้สึกนึกคิดของมารดาที่เข้าใจว่าทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถให้นมแม่ได้และไม่เข้าใจกลไกการสร้างและกลไกการหลั่งน้ำนม (Laura, 2006) ส่งผลให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดบีบเก็บน้ำนมไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดน้ำนมไม่เพียงพอและไม่สามารถคงสภาพน้ำนมไว้ได้นานจนกว่าทารกจะดูดนมเองจากเต้าได้ (Mohrbacher and Stock, 2003) จากการสำรวจของ Forte (1978) cited in Riordan (2005) พบว่ามารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 50 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง มีมารดาเพียงร้อยละ 24 ที่สามารถบีบน้ำนมได้ครบ 8 ครั้งต่อวัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความถี่ในการบีบน้ำนม คือ มารดากังวลต่อปริมาณน้ำนมที่มีน้อยและรู้สึกว่า การบีบน้ำนมแต่ละครั้งใช้เวลานานทำให้ความถี่ ความสม่ำเสมอในการบีบน้ำนมลดลง

ปัจจุบันได้มีการรณรงค์ส่งเสริมให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเลี้ยงลูกด้วยนมมารดามากขึ้นแต่จากสภาพปัญหาพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีน้ำนมไม่เพียงพอและไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมมารดานานเท่ากับที่ตั้งใจและวางแผนไว้ ถึงแม้มีการจัดบริการทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริม

ให้มารดาได้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยจัดเป็นรูปแบบการบริการเฉพาะในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

1) ระยะแรกเริ่มบีบเก็บน้ำนม

2) ระยะให้นมแม่ทางสายยางให้อาหาร (Gavage feeding)

3) ระยะเริ่มให้ดูดนมแม่จากเต้าที่โรงพยาบาล

4) การให้นมแม่ที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้การให้นมแม่ด้วยรูปแบบดังกล่าวทั้ง 4 ขั้นตอนจะประสบความสำเร็จด้วยดีต้องอาศัยพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านนมแม่ในการให้บริการดูแลตั้งแต่ระยะที่เข้ารับการรักษาในหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตโดยตรงจึงจะประสบความสำเร็จ (Riordan, 2005) จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนแรกของการส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับนมมารดา มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธีและกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อคงสภาพน้ำนมไว้จนกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะสามารถดูดจากเต้าได้

5.3 การประเมินพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

การวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Practice หรือ Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพโดยตรง เช่น การรับประทานอาหาร การเตรียม การเลือก การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น และเครื่องมือที่สามารถนำมาประยุกต์ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพและใช้วัดเพื่อประโยชน์ในการวิจัยทางการศึกษาหรือทางสังคมศาสตร์ ได้แก่ แบบทดสอบ (Test) แบบตรวจสอบ (Check lists) การสัมภาษณ์ (Interview) การสังเกต (Observation) สังคมมิติ (Sociometry) การศึกษารายบุคคล (Case Study) มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การให้สร้างจินตนาการ (Projective Techniques) แบบสำรวจ (Inventory) แต่การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ยากในการที่จะได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและถือได้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติที่แท้จริงของบุคคลเป็นปัญหาของการวัด คือไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมได้ทุกพฤติกรรม ต้องอาศัยเวลาที่เพียงพอรวมทั้งจำนวนบุคคลที่จะไปสังเกตด้วย อีกประการหนึ่งคือ เมื่อผู้ปฏิบัติรู้ว่ามีบุคคลอื่นคอยไปสังเกตก็อาจจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหรือระมัดระวังในการปฏิบัติมากขึ้น ดังนั้นผลที่ได้จึงไม่ใช่การปฏิบัติที่แท้จริง การศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพส่วนมากจึงใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามประกอบ มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interviews) หรือการใช้อภิปรายกลุ่ม (Focus Group) โดยการสังเกตเป็นระยะเวลานาน (ประพาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

แบบสอบถาม (Questionnaires) หมายถึง ชุดของข้อคำถาม หรือปัญหาที่ได้เตรียมเขียนไว้สำหรับรวบรวมข้อเท็จจริง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความสนใจ บุคลิกภาพ ค่านิยม ทัศนคติ ความถนัด จินตนาการฯลฯ เพื่อให้ได้คำตอบทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่มีคุณค่าตามที่เป็นจริง

อย่างถูกต้อง (สุภาพ วาดเขียน, 2525) และงานวิจัยที่ใช้แบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การศึกษาของ Hill et al. (1997) ที่วัดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับและการศึกษาของ Cheezem (2003) ที่วัดพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอดด้วยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ เป็นต้น

6.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเลือกศึกษาตัวแปรดังนี้

6.1 ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม

6.1.1 อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรในส่วนของปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อายุเป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่าง ๆ เกิดการรับรู้ แปลความหมาย เข้าใจและตัดสินใจซึ่งแตกต่างกันตามพัฒนาการ (Orem, 2001) การรับรู้จะพัฒนาเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2549) เพราะมนุษย์จะเริ่มเรียนรู้จากประสบการณ์ในชีวิต พยายามคิดแก้ปัญหา สนใจ มีความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสได้เรียนรู้มากกว่า (อารี พันธ์มณี, 2534) ดังนั้นการรับรู้ในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Bentley et al. (2003) ในหญิงหลังคลอดชาวอัฟริกาที่ชุมชนแออัดพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลให้มารดาตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพและระดับการศึกษา และ Lewallen et al. (2006) ศึกษาพบว่า มารดาที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงดูดกระตุ้นนมแม่เป็นครั้งแรก ดังนั้น อายุอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

6.1.2 ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรด้านคุณลักษณะประชากรอีกตัวหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาเป็นพื้นฐานของการรู้คิด การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่พึงแสวงหาเพื่อวิธีการแก้ปัญหา วิธีการเรียนรู้ (Muhlenkamp and Sayles, 1986) และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า (Rosenstock, 1974 cited in Becker, 1974) นอกจากนี้ Smedley and Syme (2000) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าแตกต่างจากมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าและ McCarter-Spaulding and Kearney (2001) ศึกษาพบว่า มารดาที่ขาดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อการ

ผลิตน้ำนมไม่เพียงพอต่อทารกและตัวแปรหนึ่งในการพยากรณ์การรับรู้ต่อการผลิตน้ำนมไม่เพียงพอต่อทารก คือ ระดับการศึกษา เนื่องจากมารดาที่มีการศึกษามากกว่าจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ แก้ปัญหาได้ดีกว่า ความมั่นใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเพิ่มมากขึ้น แสดงว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้และเข้าใจต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี ดังนั้นระดับการศึกษาของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อาจมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

6.1.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นตัวแปรด้านโครงสร้างหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์โดยทั่วไปของมนุษย์เกิดจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพเป็นตัวกำหนด เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้และสะสมไว้ เมื่อเผชิญกับสภาพแวดล้อมเช่นเดิมย่อมมีส่วนให้ บุคคลคาดคะเนพฤติกรรมที่ควรจะเกิดขึ้นได้ (วิมลสิทธิ์ หรยางกูร, 2535) จากการศึกษาของ Toussaint et al.(1988) พบว่า มารดาครรภ์แรกจะมีความวิตกกังวลต่อการเผชิญปัญหาจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาครรภ์หลังที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และจากการสำรวจของ North Dakota (2003) พบว่า มารดาครรภ์แรกร้อยละ 33.5 เลิกให้นมแม่เมื่อทารกอายุ 12 สัปดาห์ซึ่งต่างจากมารดาครรภ์หลังพบเพียงร้อยละ 19.1 และในมารดาครรภ์หลังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึงร้อยละ 40 ชี้ให้เห็นว่ามารดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

6.1.4 ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ความตั้งใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จูงใจและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดย Ajzen และ Fishbein (1980) กล่าวว่า ความตั้งใจ หรือความตั้งใจกระทำพฤติกรรม หมายถึง ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ในอนาคต โดยผ่านกระบวนการคิดและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ หรือไม่และเป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลได้ทุ่มเทความพยายาม ที่จะกระทำพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมาย นอกจากนี้ เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์ (2536) กล่าวว่า ความตั้งใจต่อจุดมุ่งหมาย เป็นแรงจูงใจในทางจิตวิทยาและเป็นเหตุผลส่วนบุคคลที่ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Hauck และ Jones (2007) ที่พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และได้รับสมุดบันทึกพร้อมคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้มารดาเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ามารดาที่ไม่ได้รับคู่มือ แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมารดามีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปหลังออกจากโรงพยาบาลจนกระทั่งทารกอายุ 7 เดือนหรือนานกว่า และจากการศึกษาของ Pugin et al (1996) ที่ทดลองให้มีการจัดให้ความรู้เบื้องต้น เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาที่กำลังตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์และเฝ้าติดตาม

มารดากลุ่มทดลองดังกล่าว ผลพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมเป็นระยะเวลานาน6 เดือนเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศออสเตรเลียจึงได้ผลักดันให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่หญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเชื่อว่าความรู้เรื่องนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาและทำให้มีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แม่ประสบความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น (Cheezem et al., 2003) ปัจจุบันยังมีการศึกษาจากนักวิชาการหลายคนที่สนับสนุนได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) ยังมีปริมาณน้อยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ ความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น Duckett et al. (1998) ศึกษาพบว่า ความตั้งใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wambach (1997) พบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แสดงว่า ปัจจัยของความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประกอบการได้รับความรู้เรื่องนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จและในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ปัจจัยของความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจจะมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

6.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่

6.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงว่า บุคคลนั้น ๆ ตัดสินใจได้ว่าพร้อมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากเชื่อว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากปัจจัยนั้น ๆ และหาหนทางป้องกันตนเองจากโรคหรือในบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยจะเป็นความเชื่อถือต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นจึงเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีและพยายามให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของ Tharapun (2001) พบว่า นักเรียนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้นักเรียนรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และศุภลักษณ์ รัตนะ (2540) ได้ทำการศึกษาโดยให้ความรู้แก่บิดาในจังหวัดนราธิวาสเรื่อง การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีผลพบว่า บิดามีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปีดีขึ้น เนื่องจากบิดามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อของการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีและในปัจจุบันได้มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการ

ให้นมแม่อย่างสม่ำเสมอถึงแม้มารดาทารกต้องแยกจากกันในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่ง Haish และ Hornung (2005) กล่าวว่า การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพเปรียบเสมือนปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพได้ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของทารกอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

6.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วย (Perceived threat) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยร่วมกับเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอาจทำให้ถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ การรับรู้ความรุนแรงจากการเจ็บป่วยจะเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยง จากการศึกษากลุ่มมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงจากการเจ็บป่วยของทารกมีความสัมพันธ์กับความเครียดของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้มารดาต้องหากลวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาด้วยการซักถามอาการบุตรจากพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียด (อำไพพร ก่อตระกูล, 2543)

จากการทบทวนของStout (1997) พบว่า ปัญหาสุขภาพหลักของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในชุมชนแออัดที่ประเทศสหรัฐอเมริกา คือ มีอัตราการเกิดของทารกน้ำหนักน้อยสูงที่สุดและมีอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดสูง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์น้อยและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว คือ มารดามีการศึกษาน้อย ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจากทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้น Stout จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลสุขภาพตนเองและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยองค์ประกอบหนึ่งของความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด โดยจัดให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบที่มีต่อทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งในด้านสติปัญญา พัฒนาการรวมทั้งทำให้ต้องสูญเสียค่าดูแลรักษาสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะยาว ดังนั้น การรับรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของมารดาทำให้เกิดพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้

6.2.3 การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้ประโยชน์ เป็นความรู้คิดของบุคคลที่พยายามหาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรค หรือคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้คิดและเชื่อว่าสิ่งที่ทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง เช่น การศึกษาของ Miracle, Meier และ Bennett (2004) พบว่ามารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเลี้ยงลูกด้วยนมผสมมาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แทน เนื่องจาก

มารดาคิดเห็นว่านมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด ช่วยให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง

นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เปรียบเสมือนการแสดงบทบาทหนึ่งของการเป็นมารดาและ สรัญญา จิตร์เจริญ (2537) ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์จากนมแม่และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สอดคล้องกับณัฐณิชา โพธิกานัน (2540) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดโภชนาการได้เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาของ Earle และ Burman (1998) ทำการศึกษาในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีพบว่า มารดามีพฤติกรรมการพาบุตรไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากมารดากลุ่มนี้เชื่อว่า การพาบุตรไปตรวจตรวจสุขภาพเป็นการคัดกรองภาวะเจ็บป่วยได้ทางหนึ่งและเชื่อว่าเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้มากกว่าเด็กวัยอื่น ๆ การตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับมารดาในการดูแลบุตร นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสที่เด็กจะได้รับการตรวจสุขภาพ เฝ้าติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการร่วมด้วย ถึงแม้มารดาบางรายต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองเนื่องจากไม่มีประกันสุขภาพ ไม่มีรถส่วนตัวเดินทางมาโรงพยาบาล สภาพภูมิอากาศไม่เอื้ออำนวยแต่มารดาก็พยายามพาบุตรมารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้มารดาจะรับรู้อุปสรรคต่อการพาบุตรมารับการตรวจสุขภาพแต่มารดาก็มีการรับรู้ต่อประโยชน์มากกว่าจึงเกิดพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว คือ การพาบุตรมารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมของมารดา

6.2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม พฤติกรรมสุขภาพจะไม่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลคาดคะเนและเชื่อว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้นมีความยากลำบาก ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายหรือทำให้รู้สึกเจ็บปวด ไม่สุขสบายมากกว่าคิดว่ากระทำแล้วจะเป็นผลดีต่อตนเอง เช่น จากปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดที่ประเทศเลบานอนไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเด็กดีเป็นส่วนใหญ่นั้นมีอิทธิพลมาจากความเชื่อของผู้เลี้ยงดู เช่น ย่า ยายเชื่อว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรงไม่มีความจำเป็นต้องออกไปพบแพทย์เพราะทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายและมารดาเชื่อว่าถ้าเจ็บป่วยจริงแพทย์ย่อมสามารถรักษาให้หายจากโรคได้ กล่าวคือ มารดามีการรับรู้ต่อความรุนแรงจากการเจ็บป่วยในทารกต่ำและรับรู้ต่ออุปสรรคในการพาทารกไปตรวจสุขภาพสูง (Atiyeh and Mohandes, 2005) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพจะไม่เกิดขึ้นถ้ามารดารับรู้ต่ออุปสรรคมากกว่ารับรู้ประโยชน์จากการกระทำ ดังนั้นในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ต่ออุปสรรคอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จในพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมแม่

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Jacknowitz (2007) ได้ศึกษาติดตามอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปี ค.ศ. 1991-2002 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วนนมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53.3 เป็น 70.1 ตามลำดับ โดยอายุและระดับการศึกษาของมารดาสามารถอธิบายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 9.8และร้อยละ 11.5 ตามลำดับ

Slusser et al. (2008) ศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการบีบเก็บน้ำนมในแต่ละวันของมารดา คือ อายุและระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hill, Aldag and Chatterton (1999) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการผลิตและการหลั่งของน้ำนมในมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยให้มารดาบีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มนมและติดตามวัดปริมาณน้ำนมที่ผลิตได้ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีรายได้มากกว่า 50,000 เหรียญสหรัฐขึ้นไป มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนและสามารถบีบเก็บน้ำนมอย่างสม่ำเสมอโดยบีบเก็บได้มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้งต่อวันจะมีความสัมพันธ์กับการผลิตน้ำนมที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Meehan et al (2008) ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาทำงานนอกบ้าน พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่ทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wagner et al. (2006) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤตด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Wheeler et al. (2000) ศึกษาแบบแผนการให้นมในทารกเกิดก่อนกำหนดที่หอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของมารดาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย สำรวจพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจากแรกรับร้อยละ 80.2 ลดลงเหลือร้อยละ 62.0 และจากการสอบถามการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของทารกด้วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า มารดาเชื่อว่านมแม่เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อทารกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 เมื่อแรกรับและร้อยละ 70.3 เมื่อจำหน่าย แสดงว่าการเห็นคุณค่าประโยชน์ของนมแม่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกวิธีให้นมบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และการรับรู้ว่าวิธีให้นมบุตรโดยการดูดนมจากเต้าเองเป็นธรรมชาติและได้ใกล้ชิดบุตรเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกวิธีให้นมบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านการเริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรกในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่ล่าช้ามากกว่า 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fewtrell et al. (2001) ศึกษา ประสิทธิภาพของการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและมีอายุครรภ์ต่ำกว่า 35 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำนมที่บีบเก็บได้ระหว่างมารดากลุ่มทดลองที่บีบเก็บน้ำนมโดยวิธีการบีบด้วยมือและมารดากลุ่มควบคุมที่บีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มไฟฟ้า ผลพบว่า ปริมาณน้ำนมที่บีบเก็บได้จากทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกันแต่เวลาที่ใช้บีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดากลุ่มที่บีบเก็บน้ำนมด้วยเครื่องปั๊มไฟฟ้ามีปริมาณน้ำนมที่บีบได้ต่อนาทีมากกว่าประมาณ 3.1 มล.ต่อนาทีซึ่งต่างจากมารดาที่บีบเก็บด้วยมือสามารถบีบได้ 2.4 มล.ต่อนาที และในระหว่างการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มารดาที่มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ อายุของมารดาและน้ำหนักตัวของทารก โดยมารดาที่มีอายุมากกว่าและทารกที่มีน้ำหนักมากกว่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Joan, McGilligan and Kelly (2004) ได้ทำการศึกษาระยะเวลาที่มารดาสามารถบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่ทำงานนอก โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงานประจำทั้งหมด 5บริษัทร่วมกับได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลพบว่า มารดาที่ทำงานประจำและได้รับผลตอบแทนรายเดือนมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมแตกต่างจากมารดาที่รับผลตอบแทนรายชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และมารดากลุ่มที่ทำงานประจำสามารถบีบเก็บน้ำนมได้นานเฉลี่ย 9 เดือน แสดงว่า มารดาที่ทำงานนอกบ้านมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากองค์กรหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่

Meier et al. (2004) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอบำบัดทารกแรกเกิดระยะวิกฤตพบว่า มารดาร้อยละ72.9 ได้กระตุ้นการบีบเก็บน้ำนมและส่งเสริมให้ทารกได้รับนมแม่ระหว่างรับการรักษาที่โรงพยาบาลและพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีรายได้ต่ำไม่แตกต่างจากมารดาที่มีรายได้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระยะเวลาที่มารดาต้องบีบเก็บน้ำนมให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยขณะอยู่โรงพยาบาลนานเฉลี่ย 61 วันและเมื่อจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล พบว่า ทารกร้อยละ 33.8 เท่านั้นที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง คือ เชื้อชาติและรายได้ของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยการศึกษาทบทวน ตำราเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมและสามารถส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวคือ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) นอกจากปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ดังกล่าวแล้วปัจจัยที่มีความสำคัญทำให้มนุษย์ตัดสินใจและเห็นคุณค่าต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารก การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม โดยสามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational Research) ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พร้อมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ของโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 12 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกยังได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตพิเศษหรือหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกมีความเจ็บป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการให้นมแม่
2. มารดามีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรค ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้นมแม่
3. มีอายุตั้งแต่ 20-45 ปี
4. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากแนวคิดของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังต่อไปนี้

$$N \geq 10K + 50$$

โดย N เท่ากับ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

K เท่ากับ ตัวแปรที่ศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 9 ตัวแปร จึงแทนค่าในสูตรได้ $N \geq (9 \times 10) + 50$ ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มี 140 ราย

2. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป เป็น 3 กลุ่มได้แก่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงศึกษาและสังกัดกระทรวงกลาโหม

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มโรงพยาบาล 1 แห่งจากแต่ละสังกัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีการจับฉลาก ใช้อัตราส่วน 1:3 (บุญเรียง บุญขจรศิลป์, 2543) เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานครที่มีหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีจำนวนทั้งหมด 9 โรงพยาบาล จึงทำการสุ่มโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้ 3 โรงพยาบาล คือ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติมารดากลุ่มตัวอย่างและเป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเข้ารับการรักษาในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2551 โดยทำการศึกษาในมารดากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน จากอัตราเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงรายชื่อโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป

รายชื่อโรงพยาบาลแบ่งตามสังกัด	โรงพยาบาลที่สุ่มได้	ประชากร (คน)*	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	268	58
กระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	245	54
กระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	128	28
รวม		641	140

* จำนวนประชากร ได้จากอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดปี 2550 จากแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย

1.1 อายุ นับจำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของมารดาขณะที่ทำการศึกษา

1.2 ระดับการศึกษา นับจำนวนปีการศึกษาสูงสุดของมารดา

1.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ นับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมดรวมครั้งปัจจุบัน

1.4 ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เป็นการประเมินความคิดของ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ว่า จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่ จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lawrence และ Lawrence (2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ

แบบสอบถามนี้เป็นแบบเลือกตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือปฏิบัติทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนมาก หรือ มากกว่า 3 ครั้งต่อ 1 วันที่บีบเก็บน้ำนม หรือปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1 วันที่บีบเก็บน้ำนม หรือปฏิบัติน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย หรือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

เนื่องจากแบบสอบถามฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความทั้งในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ คือ

ข้อความที่มีลักษณะด้านบวก หรือข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ถูกต้อง 19 ข้อ ได้แก่ 1-18 และ 20

ข้อความที่มีลักษณะด้านลบ หรือข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง 1 ข้อ ได้แก่19

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน แต่ละข้อความดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่ได้ปฏิบัติบ่อยเลย	1	4

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์ในการจัดระดับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (ตรีพร ชุมศรี, 2548)

คะแนนเฉลี่ย 3.00– 4.00 หมายถึง มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.99 หมายถึง มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา แบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Construct Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่	2 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทารกเกิดก่อนกำหนดและนมแม่	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลแผนกกุมารเวชศาสตร์	2 ท่าน

โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา แล้วจึงนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Polit and Hungler, 1999) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และขอความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการปรับแก้ ก่อนนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

2.การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำไปหา\วามเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้เท่ากับ 0.80 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.7 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2007)

ส่วนที่ 3 **แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม** สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) และปรับปรุงจากแบบสอบถามเรื่อง การรับรู้ทางสุขภาพของมารดาต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของ สุกัญญา แสงตุ่น (2549) โดยแบบสอบถามด้านโอกาสเสี่ยง/ ความรุนแรงของโรคและปัญหาจากการไม่เลี้ยงทารกด้วยนมมารดาหรือจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการเลี้ยงมารดาด้วยนมมารดา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้วัดนี้มีทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย

1) ข้อที่1-7 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนด

2) ข้อที่ 8 -14 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด

3) ข้อที่ 15 -22 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม

4) ข้อที่ 23 -30 เป็นแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนี้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนี้ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนี้ส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนี้ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เนื่องจากแบบสอบถามการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความทั้งในด้านบวกและ ด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ คือ

ข้อความที่มีลักษณะด้านบวก หรือข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง 25 ข้อ ได้แก่ 1-22 และ 27 29 30

ข้อความที่มีลักษณะด้านลบ หรือข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมที่ไม่ถูกต้อง 5 ข้อ ได้แก่23 24 25 26 28

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลความหมาย กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมออกเป็น 5 ระดับ คือ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มารดามีการรับรู้ต่อการบีบเก็บน้ำนมในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มารดามีการรับรู้ต่อการบีบเก็บน้ำนมในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มารดามีการรับรู้ต่อการบีบเก็บน้ำนมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มารดามีการรับรู้ต่อการบีบเก็บน้ำนมในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1 – 1.49 หมายถึง มารดามีการรับรู้ต่อการบีบเก็บน้ำนมในระดับต่ำมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา

แบบสอบถามการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (Construct Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่	2 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทารกเกิดก่อนกำหนดและนมแม่	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลแผนกกุมารเวชศาสตร์	2 ท่าน

โดยตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และนำผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.8 โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ควรมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ .8 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา (Polit and Hungler, 1999) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และขอความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการปรับแก้ ก่อนนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ

2.การหาความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน และนำไปทดสอบหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ มากกว่า 0.7 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2007) และค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้ คือ 0.65-0.70 (Devellis, 1991)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (N = 30)

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
การรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม	0.77
- ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	0.70
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	0.87
- ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	0.83
- ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	0.69

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.หลังจากได้รับการอนุมัติหัวข้อและโครงร่างวิทยานิพนธ์ ขอเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

2. ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทารกพิเศษ หัวหน้าหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

3. ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดและหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกมารดากลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

5. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมารดาสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดเซ็นแบบบันทึกความยินยอมในการวิจัย

6. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ให้ตอบแบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว จึงให้ตอบแบบสอบถาม

7. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้สถานที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม คือ ห้องนมแม่ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษและหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

8. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 2-4 จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดครบ 140 คนโดยเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่ 1 และนำมาผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูล ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถขอลาออกได้จากการศึกษาได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายเหตุผลใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1.ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 อายุ นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

1.2 ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

2. คะแนนการรับรู้ของมารดาต่อการบีบน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม และคะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด นำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม เลือกทดสอบตามชนิดของมาตรวัดในแต่ละคู่ตัวแปร ทั้งนี้กำหนดให้

ระดับการศึกษา ป.4 = 1
ป.5 – ม.3 = 2
ม.4 – ม.6 และ ปวช. = 3
อนุปริญญา = 4
ป.ตรี = 5
สูงกว่า ป.ตรี = 6

1.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เนื่องจากตัวแปรมีมาตรวัดระดับอัตราส่วนมาตราและช่วงมาตรา

1.2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน เนื่องจากตัวแปรมีมาตรวัดระดับอันดับมาตราและช่วงมาตรา

1.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล เนื่องจากตัวแปรมีมาตรวัดระดับนามบัญญัติ โดยเป็นตัวแปรทวิวิภาคจำแนกตามเกณฑ์กับตัวแปรระดับช่วงมาตรา

1.4 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล เนื่องจากตัวแปรมีมาตรวัดระดับนามบัญญัติโดยเป็นตัวแปรทวิวิภาคแท้กับตัวแปรระดับช่วงมาตรา

เนื่องจาก การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็น ตัวแปรระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) ขึ้นไป (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550) ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ในระดับนามบัญญัติ (Norminal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) (สัจจา ทาโต, 2549) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพที่มีการแบ่งเพียง 2 กลุ่ม จะเปลี่ยนเป็นตัวแปรหุ่นได้เพียง 1 ตัว และกรณีที่มีการแบ่งมากกว่า 2 กลุ่มจะเป็นตัวแปรหุ่นได้เท่ากับ n-1 ตัว (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2547) โดย n = จำนวนของกลุ่มของตัวแปรที่ต้องการศึกษาและกำหนดค่าในการสร้างตัวแปรหุ่นดังนี้

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก = 1 ครรภ์หลัง = 0

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

ระดับการศึกษา แบ่งเป็น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

อนุปริญญาตรี ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

ปริญญาตรี ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

สูงกว่า ปริญญาตรี ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

4. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ รายละเอียดในภาคผนวก ค

5. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยร่วมพยากรณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม และการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ดังนี้

5.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficients) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

5.2 ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยการทดสอบค่ารวมเอฟ (Overall F-test)

5.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ (b) ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (Beta)

5.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธ์การถดถอย โดยการทดสอบค่า t

5.5 หาค่าคงที่ของสมการพยากรณ์

5.6 สร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research)ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 140 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม และพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ของปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม

ตารางที่3 จำนวนและร้อยละของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ (n=140)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20 – 30 ปี	79	56.4
31- 40 ปี	60	42.9
> 40 ปี	1	.70
อายุเฉลี่ย (Mean = 29.10, SD = 4.29)		
ระดับการศึกษา		
ป.5 – ม.3	41	29.3
ม.4 – ม.6 และ ปวช.	15	10.7
อนุปริญญา	20	14.3
ป.ตรี	55	39.3
สูงกว่า ป.ตรี	9	6.4
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1 ครั้ง	95	67.9
2 ครั้ง	37	26.4
3 ครั้ง	5	3.6
4 ครั้ง	3	2.1
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์		
ใช่	135	96.4
ไม่ใช่	5	3.6

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 140 คน อายุเฉลี่ย 29.10 ปี และมีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรีมากที่สุดจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 และมารดากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มากที่สุด จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 96.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก จำแนกตามรายข้อ (n=140)

การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่ มีโอกาสเกิดภาวะรับนม	3.84	.58	สูง
ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่จะมีสัมพันธภาพกับมารดาน้อยลง	3.84	.66	สูง
การบีบเก็บน้ำนมไม่เกลี้ยงเต้าจะทำให้การผลิตน้ำนมน้อยลง	3.79	.62	สูง
ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลำไส้เน่าตาย	3.76	.71	สูง
โรคภูมิแพ้ หอบหืดมักเกิดในทารกที่ได้รับนมผสม	3.70	.65	สูง
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ มีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม	3.69	.88	สูง
มารดาที่ไม่ได้บีบเก็บน้ำนม มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ได้	3.53	.64	สูง
รวม	3.73	.34	สูง

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.73) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่มีโอกาสเกิดภาวะรับนมไม่ได้ เช่น มีอาการท้องอืด นมไม่ย่อยและอาเจียนและข้อที่ว่า ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกน้อยลง ($\overline{X}$ = 3.84) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มารดาที่ไม่ได้บีบเก็บน้ำนม มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ได้($\overline{X}$ =3.53) และอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามรายข้อ (n=140)

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	$\overline{X}$	SD	ระดับ
การเก็บน้ำนมไม่ถูกวิธี จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดท้องเสียและติดเชื้อในลำไส้ได้	3.99	.52	สูง
บีบน้ำนมไม่สม่ำเสมอ จะทำให้มีน้ำนมไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะยาว	3.88	.64	สูง
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ง่าย	3.86	.49	สูง
ภาวะติดเชื้อในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ อาจรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้	3.79	.66	สูง
การไม่บีบเก็บน้ำนมทุก 3 ชม.จะทำให้เต้านมคัดตึงอักเสบได้	3.74	.79	สูง
ทารกที่ได้รับนมแม่ ที่ดื่มยาดองเหล้าหรือยาขับน้ำคาวปลาจะทำให้มีอาการซึมและมีผลต่อตับ	3.70	.60	สูง
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ จะเจ็บป่วยบ่อยและอาจรุนแรงจนต้องกลับเข้ารักษาในร.พ.ซ้ำอีก	3.63	.66	สูง
รวม	3.79	.37	สูง

จากตารางที่ 5 สดงให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.79) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มารดาที่เก็บน้ำนมไม่ถูกวิธี จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดท้องเสียและติดเชื้อในลำไส้ได้($\overline{X}$ = 3.99) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ จะเจ็บป่วยบ่อยและอาจรุนแรงจนต้องกลับเข้ารักษาในร.พ.ซ้ำอีก ($\overline{X}$ =3.63) และอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม จำแนกตามรายข้อ (n=140)

การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
นมแม่มีประโยชน์เพราะย่อยง่ายกว่านมผสม	4.23	.52	สูง
นมแม่มีภูมิคุ้มกันที่จำเป็น	4.21	.57	สูง
การเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมแม่ ช่วยลดค่าใช้จ่าย	4.16	.68	สูง
การบีบเก็บน้ำนม ทำให้รู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ของมารดา	4.13	.87	สูง
การบีบเก็บน้ำนม ทำให้รู้สึกคัดตึงหน้าอกลดลง	4.05	.69	สูง
การบีบเก็บน้ำนมทุก 3 ชม. จะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น	3.88	.64	สูง
นมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านระบบประสาท	3.59	1.06	สูง
ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ จะไม่เป็นโรคอ้วน	3.56	.72	สูง
รวม	3.97	.40	สูง

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.97) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นมแม่มีประโยชน์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนดเพราะนมแม่ย่อยง่ายกว่านมผสม ($\overline{X}$ = 4.23) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่จะไม่เป็นโรคอ้วน ($\overline{X}$ =3.56) และอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตฐานของคะแนน การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม จำแนกตามรายข้อ (n = 140)

การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
เมื่อพบปัญหาในการบีบเก็บน้ำนม สามารถขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้	4.21	.59	สูง
หากทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ ไม่จำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนม	4.15	.70	สูง
ไม่บีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชม. เพราะรู้สึกเจ็บเมื่อยล้า	4.05	.77	สูง
แม้การบีบน้ำนมทุก 3 ชม. จะทำให้พักผ่อนน้อย แต่ก็ไม่ย่อท้อ	4.04	.62	สูง
การเก็บรักษาน้ำนมในถุงเก็บน้ำนมหรือขวดนม ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น	3.96	.85	สูง
การบีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้ง ทำให้เต้านมจะหย่อนยานเสียรูปทรง	3.95	.87	สูง
การบีบน้ำนมด้วยมือเป็นเรื่องยาก แต่ก็พยายามจนสำเร็จ	3.88	.75	สูง
หากทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้เอง จะทำให้น้ำนมมีน้อยและแห้งเร็ว	2.58	2.76	ปานกลาง
รวม	3.78	.45	สูง

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.78) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ เมื่อพบปัญหาในการบีบเก็บน้ำนม สามารถขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้ ($\overline{X}$ = 4.21) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ หากทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้เอง จะทำให้น้ำนมมีน้อยและแห้งเร็ว ($\overline{X}$ = 2.58)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามรายข้อ (n=140)

พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
เลือกน้ำนมถุงที่บีบเก็บไว้ก่อนให้ทารกกิน	3.74	.67	ดี
เก็บน้ำนมที่ยังไม่ใช้ในช่องแช่แข็ง	3.71	.69	ดี
น้ำนมที่เหลือจากการอุ่นเตรียม นำกลับมาแช่แข็งไว้ให้มื้ออื่น	3.57	.96	ดี
เตรียมสบู่ ผ้าเช็ดมือ ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนม	3.54	.77	ดี
ล้างมือก่อนบีบเก็บน้ำนม	3.54	.63	ดี
ขณะทำการบีบเก็บน้ำนม ได้นึกถึงลูก	3.51	.77	ดี
หยุดบีบเก็บน้ำนม เมื่อเต้านมนิ่มและบีบไม่ออก	3.50	.77	ดี
ใช้ขวดนมหรือถุงเก็บน้ำนมในการเก็บรักษาน้ำนมแม่	3.50	.82	ดี
ใช้เวลาบีบน้ำนมอย่างน้อยข้างละ 10 -15 นาที	3.37	.89	ดี
ทำความสะอาดและต้มอุปกรณ์ในน้ำเดือดนาน 10 นาที	3.23	1.06	ดี
ช่วงที่บีบเก็บน้ำนม รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.19	.87	ดี
พักการบีบเก็บน้ำนมในเวลากลางคืน 1 ครั้ง.	3.14	1.22	ดี
นวดสัมผัสเต้านม ก่อนและระหว่างบีบเก็บน้ำนม	3.06	.96	ดี
ก่อนบีบเก็บน้ำนม นั่งในท่าที่สบายและผ่อนคลาย	3.01	.97	ดี

ตารางที่ 8 (ต่อ)

พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
บีบน้ำนมทิ้ง 2-3 หยด ก่อนเก็บใส่ภาชนะ	2.89	1.28	ปานกลาง
ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนม ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบเต้านม	2.79	1.21	ปานกลาง
เริ่มบีบเก็บน้ำนมหลังคลอดภายใน 24 ชม. หลังได้รับคำแนะนำ	2.77	1.17	ปานกลาง
หลังได้รับคำแนะนำ จึงเริ่มบีบน้ำนมด้วยมือบนกระเปาะน้ำนม	2.73	1.07	ปานกลาง
บีบเก็บน้ำนม ทุก ๆ 3 ชม.ต่อวัน	2.66	.94	ปานกลาง
บีบน้ำนมได้อย่างน้อย วันละ 8 ครั้ง	2.52	1.07	ปานกลาง
รวม	3.20	.32	ดี

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.20) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กล่าวว่า เลือกถุงน้ำนมที่บีบเก็บไว้ก่อนให้ทารกกินมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 3.74) และข้อที่กล่าวว่า สามารถบีบน้ำนมได้อย่างน้อยวันละ 8 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\overline{X}$ = 2.52) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (n=140)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r_{xy})	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล(r_{bis})	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (r_{pb})
อายุ	-.096			
ระดับการศึกษา		-.086		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์			-.090	
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์				.115

จากตารางที่ 9แสดงว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

ตารางที่ 10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (n =140)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r_{xy})
การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	.225*
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	.080
การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	.244*
การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	.012

* P< .01

จากตารางที่ 10 แสดงว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกและ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม ต่างก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .225 และ r =.244 ตามลำดับ)

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมต่างก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 6 ข้อมูลการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดของปัจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม แสดงผลไว้ในตารางที่ 11-12

ตารางที่11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (n=140) แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่11 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. อายุ	1											
2. ม.3	-.140	1										
3. ม.6	-.240**	-.223**	1									
4. ปริญญาตรี	.183**	-.691**	-.372**	1								
5. สูงกว่าปริญญาตรี	.191*	-.169*	-.091	-.282*	1							
6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	-.161	-.045	.067	.052	-.106	1						
7. ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์	.408**	.014	.000	-.043	.061	-.232**	1					
8. การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	-.106	.063	-.047	-.063	.070	-.021	.039	1				
9. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	-.026	.059	.028	-.173*	.206*	.072	.017	.335**	1			
10. การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	-.059	.087	-.166	-.122	.296**	.000	.029	.326**	.474**	1		
11. การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	.094	-.104	.116	.042	-.038	.118	.058	.159	.030	.053	1	
12. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม	-.096	.069	-.024	-.026	-.045	.115	-.090	.225**	.080	.244**	.012	1

*P < .05 **P < .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 11 แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณครั้งนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่ากับ .173 - .474 จัดว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity เนื่องจากในการการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรอิสระไม่ควรมีค่ามากกว่า .65 (Burns and Grove, 1997) ต่อไป

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย อำนาจการพยากรณ์ (R^2) อำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (n=140)

ลำดับขั้น	ตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 Change	F Change	P-value
1	การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	.244	.060	.053	8.737	.004

จากตารางที่ 12 แสดงว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่พยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (n= 140)

ตัวแปรพยากรณ์	b	$S.E._b$	Beta	t	P-value
การรับรู้ประโยชน์จาการบีบเก็บน้ำนม	.480	.163	.244	2.374	.004
Constant	48.699	5.196		10.052	.000

Constant (a) = 48.699 R^2= .060 Overall F= 8.737 (P-value = .004)

จากตารางที่ 13 แสดงว่า การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = .244 และในการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้ ดังนี้

สมการการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$\hat{y}_{\text{พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม}} = 48.69 + .48X_{\text{การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม}}$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$\hat{z}_{\text{พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม}} = .244\ Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม}}$

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational Research) ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด พร้อมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ของปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ กับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม และการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดย

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

1.4 ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดย

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.3 การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

3. ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการรักษาในแผนกกุมารเวชศาสตร์ หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษและหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตของโรงพยาบาลรัฐเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกมีความเจ็บป่วยต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการให้นมแม่

2. มารดามีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรค ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้นมแม่

3. มีอายุตั้งแต่ 20-45 ปี

4. สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978: 184) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 140 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lawrence และ Lawrence (2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นแบบเลือกตอบและข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) และปรับปรุงจากแบบสอบถามเรื่อง การรับรู้ทางสุขภาพของมารดาต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของ สุกัญญา แสงตุ่น (2549) ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้วัดนี้มีทั้งหมด 30 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

คุณภาพของเครื่องมือ

ด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์รายข้อและหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมและแบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด เท่ากับ .77 และ .80 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 11 สัปดาห์ โดยเริ่มต้นจาก 16 มิถุนายน 2551 ถึง 30 สิงหาคม 2551 โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำร็จรูป คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียลและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Coefficient) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด โดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.20

2. ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกและการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.225, r=.244 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดและการรับรู้อุปสรคต่อการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีไม่นัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ประโยชน์จาการบีบเก็บน้ำนม สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารสร้างสมการพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$\hat{y}$ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม $= 48.69 + .48\,X$ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$\hat{Z}$พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม $= .244\,Z$การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 140 คน มีอายุระหว่าง 20-30 ปี มากที่สุด จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมามีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 และเป็นมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จำนวนน้อยที่สุด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 และมีระดับการศึกษาในช่วง สูงกว่าปริญญาตรีน้อยที่สุด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 จะเห็นได้ว่า มารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ทำให้มีการรับรู้ เข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญได้ สอดคล้องกับที่Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีการรับรู้ เข้าใจปัญหาพร้อมทั้งจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ตามพัฒนาการที่แตกต่างกัน ประกอบกับมารดากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาสูง ทำให้มีโอกาสแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ รวมทั้งมีความสามารถในการประเมิน คิดไตร่ตรองได้อย่างมีเหตุผลและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม (พัชรินทร์ บางท่าไม้, 2535) และมารดาที่มีการศึกษาสูงกว่า จะสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งจะมีผลให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Smedley and Syme, 2000)

ถึงแม้ว่ามารดากลุ่มตัวอย่าง จะเป็นมารดาที่มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกมากที่สุด จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 67.9 แสดงถึง มารดายังขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ จะทำให้ยากต่อการคาดคะเนในสิ่งที่ควรกระทำต่อไป แต่ยังพบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างก็มีความทุ่มเท พยายามที่จะกระทำตามจุดมุ่งหมายให้สำเร็จ เนื่องจากมารดากลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 96.4 สอดคล้องกับที่ เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์ (2549) กล่าวว่า ความตั้งใจต่อจุดมุ่งหมาย เป็นแรงจูงใจในทางจิตวิทยาและเป็นเหตุผลให้มนุษย์มีพฤติกรรมเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอยู่ในระดับดี (Mean = 3.20, SD =.32) เนื่องมาจากได้รับการส่งเสริมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งขานรับกับนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบันที่พบว่า โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งได้กำหนดให้มีโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวางรากฐานให้เด็กมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและเพื่อให้สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนสังกัดอื่น ๆ ที่เข้าร่วม

โครงการฯ ได้ดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ซึ่ง 1 ในตัวชี้วัดคือ มีคลินิกลูกกินนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน (คณะที่ปรึกษาภาคีเครือข่ายประชาชนและภาคีเครือข่ายกรมอนามัย, 2549) จึงทำให้โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้ง 3 แห่ง ได้มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งมีส่วนให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีความพยายามที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แม้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้เอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกแห่งได้จัดให้มีห้องนมแม่อย่างชัดเจนในทุกหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษและหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์ต่าง ๆ พร้อมให้บริการมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่จะมาบีบเก็บน้ำนม อาทิเช่น ขวดน้ำนม ถุงเก็บน้ำนม ป้ายชื่อ ปากกา ตู้เย็นที่ใช้เก็บน้ำนมและสบู่ ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น)

ในระยะที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาจะบีบเก็บน้ำนมไว้จนกว่าทารกจะเริ่มดูดเองจากเต้า ในระยะนี้พยาบาลในหอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตจะกระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาบีบเก็บน้ำนมเป็นระยะ หากพบปัญหาจากการบีบเก็บน้ำนมจะมีการส่งต่อไปยังคลินิกนมแม่เพื่อรับคำปรึกษาและฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยให้มารดาได้บีบเก็บน้ำนมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น(บวร งามศิริอุดม, 2548: 160-162) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ดีและเหมาะสม สอดคล้องกับที่ กรมอนามัย (2551) กล่าวว่า กรณีของทารกเกิดก่อนกำหนดจัดว่าเป็นทารกกลุ่มเสี่ยง มีความจำเป็นต้องแยกจากมารดาภายใน 12 ชั่วโมงแรกเกิดเพื่อเข้ารับการรักษา ควรมีการเฝ้าติดตามประเมินความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะ (กรมอนามัย, 2551) จึงควรมีเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมแม่เพื่อให้ความรู้ สอนและสาธิตการบีบเก็บน้ำนม ฝึกทักษะการป้อนนมจากแก้วจนกว่าทารกจะดูดนมได้เองจากเต้า (Lauwers and Shinskie, 1999) เริ่มตั้งแต่การบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกวิธีเพราะการบีบเก็บน้ำนมด้วยวิธี C- Hold หรือการบีบด้วยมือ ต้องอาศัยเทคนิคการวางมือและกดบนกระเปาะน้ำนมอย่างถูกต้อง ต้องอาศัยการฝึกฝนจนชำนาญจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย, 2549)

เนื่องจากพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของมนุษย์ไม่สามารถจำกัดขอบเขตได้เฉพาะเพียงตัวบุคคลเท่านั้น เพราะมนุษย์และพฤติกรรมของมนุษย์อยู่ภายใต้เงื่อนไขและอิทธิพลขององค์กรทางสังคมมากมาย เช่น ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น (จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ, 2544: 18) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวของมารดาเองเท่านั้น และสิ่งที่สังเกตได้ คือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักเดียวกันจะมีการจับกลุ่มสนทนา แลกเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุตร พร้อมทั้งให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงทำให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดมีแนวโน้มที่จะพยายามบีบเก็บน้ำนมไว้ คะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมจึงออกมาอยู่ในระดับดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลากหลาย

โรงพยาบาลที่ได้ผลักดันให้มีโครงการต่าง ๆ เช่น “โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อเพิ่มแม่อาสาในการส่งเสริมให้ลูกที่มีภาวะเจ็บป่วยได้รับนมแม่เพิ่มมากขึ้น (วาสนา วินัยพานิช, 2551: 143-144)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P > .05) สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะตัดสินใจกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ได้นั้น จำเป็นต้องมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อน ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อ ประสบการณ์และโอกาสที่ได้ฝึกฝนเรียนรู้สั่งสมมาจนเกิดเป็นวุฒิภาวะของพฤติกรรมมาเป็นส่วนช่วยตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ, 2544) จากผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่และร้อยละ39.3 เป็นมารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จัดว่าเป็นวัยที่พร้อมเจริญพันธุ์และสามารถพัฒนาบทบาทการเป็นมารดาได้สมบรูณ์มากขึ้น (เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2549: 230-240) จึงทำให้มารดากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะกระทำตามบทบาทของความเป็นมารดา คะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมจึงอยู่ในระดับดีและไม่เห็นความแตกต่างภายในกลุ่ม อายุและระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ด่านชัย (2541) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาที่มีบุตรวัย 1- 3 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P>.05) และOrtiz et al. (2004) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการบีบเก็บน้ำนมของมารดาทำงานนอกบ้านอย่างมีไม่นัยสำคัญทางสถิติ (P>.05) และการศึกษาของ Furman (2003) ที่พบว่า อายุและระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือนมผสมในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Jacknowitz (2007) ที่พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าและมีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจำนวนมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยและมีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จากการวิจัยยังพบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P> .05) เนื่องจากมารดากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีประสบการณ์การตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 และ 2 มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน การเผชิญปัญหาในลักษณะคล้าย ๆ กันประกอบกับจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดใน

หอผู้ป่วยเดียวกัน จะมีการปรึกษาหารือ แนะนำเทคนิคต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมมารดาได้บีบเก็บน้ำนมให้ลูก ให้กำลังใจซึ่งกันและกันในลักษณะของเพื่อนคู่คิด (peer counseling) จึงทำให้พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมไม่มีความแตกต่างกัน ปัจจัยดังกล่าวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของ Hill et al. (2005) ซึ่งพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง จะกระตุ้นและบีบเก็บน้ำนมบีบเก็บอย่างต่อเนื่องได้ไม่แตกต่างกัน ส่วนมารดาครรภ์หลังที่มีทารกเกิดครบกำหนด จะบีบเก็บน้ำนมได้ถี่ตามเวลาและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอซึ่งต่างจากมารดาครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ ศิริรัตน์ สฤษดิ์อภิรักษ์ (2551) ที่พบว่า มารดาที่มีการตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกและครรภ์หลังมีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับจากการศึกษาของ Bliss et al. (1997) พบว่า ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในช่วง 12-16 สัปดาห์ก่อนคลอด มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Wambach (1996) ที่พบว่า ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตลอด 6 สัปดาห์หลังคลอดได้ร้อยละ 4

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

จากการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .225) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.1 กล่าวคือ เมื่อมารดามีการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกสูงขึ้น ก็จะมีแนวโน้มทำให้มารดามีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ดีขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มของพฤติกรรม และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987) และสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อคาดคะเนและเชื่อว่าตนเองมีโอกาสและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วย บุคคลนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและพยายามรักษาภาวะสุขภาพไว้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Siswanto et al. (2007) ที่พบว่า มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีด้วยโรคปอดอักเสบจะ มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ เมื่อมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องและร้อยละ 50 ของมารดากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง

จากผลการวิจัยยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .244) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2.3 กล่าวคือ เมื่อมารดามีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมอย่างเหมาะสม มารดาก็จะมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกต้องและเหมาะสม แสดงให้เห็นว่า นอกจากมารดากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแล้ว มารดายังมีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมร่วมด้วยจึงมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมให้ทารกเกิดก่อนกำหนด สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า เมื่อมีการรับรู้ต่อภาวะคุกคามจากโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย บุคคลนั้น ๆ จะพยายามหลีกเลี่ยงและจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเมื่อมองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนได้รับ (Becker, 1974) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lewallen (1995) พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการตรวจครรภ์อย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบท

ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทำการศึกษามีความรุนแรงของโรคในระดับใกล้เคียงกันประกอบกับสิ่งที่สังเกตได้จากการศึกษาในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 แห่งพบว่า มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมาเยี่ยมและฝึกป้อนนม ฝึกทักษะอื่น ๆ ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดมีอาการคงที่ ใกล้จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ส่วนในระยะ 1- 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะบีบเก็บน้ำนมที่บ้านและให้บิดานำมาส่งที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะดีหรือไม่ดี จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรู้คิดของมารดาที่มีต่อภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดจากที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sharps et al. (2003) ที่ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือมารับบริการตรวจครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกแรกเกิดไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในกลุ่มที่เป็นมารดาครรภ์แรกหรือกลุ่มที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาแล้ว

แม้ว่ามารดากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระยะที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นทารกที่เกิดก่อนกำหนด แต่มารดากลุ่มตัวอย่างก็มีความพยายามที่จะจัดการกับอุปสรรคเผชิญกับปัญหาและสามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไปตามปกติ เนื่องจาก ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่อายุเฉลี่ย 28.10 ปีและมีการศึกษาในระดับสูง (ตารางที่ 3) ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจน

รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Muhlenkamp and Sayles, 1986) ดังนั้น มารดากลุ่มตัวอย่างจึงจัดการกับอุปสรรค โดยค้นหาแหล่งบริการสุขภาพเพื่อให้ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอยู่ในระดับดี คะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมจึงไม่แตกต่างกัน ทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมดังกล่าว ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Tapler (1996) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุตรในวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sharps et al. (2003) ที่ศึกษาในมารดาหลังคลอดจากชุมชนแออัดและมีฐานะยากจนในสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกจากการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม และการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 6 (R^2= .06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วนเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากคะแนนพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูงและมีความแปรปรวนต่ำ (Mean=3.20 SD = .32) ทำให้เกิด Ceiling effect ซึ่งจะพบได้บ่อยในการศึกษาวิจัยทางด้านสาธารณสุขที่ต้องศึกษาสำรวจเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐานะและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอาจมีคะแนนสูงกว่าปกติเนื่องจากได้รับอิทธิพลภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน แม้ว่าจะเป็นการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ (Austin and Brunner, 2003) เช่น การประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในวัยรุ่นบางครั้งอาจมีค่าที่บิดเบือนไป เนื่องจากพฤติกรรมนั้น ๆ ไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจเลือกกระทำด้วยตนเองแต่เกิดจากค่านิยมและความเชื่อจากกลุ่มวัยรุ่นด้วยกัน คิดว่าการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาที่นิยมกระทำกันในหมู่วัยรุ่น เมื่อประเมินพฤติกรรมดังกล่าว จะพบว่าคะแนนของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ของวัยรุ่นจึงอยู่ในระดับสูง เป็นต้น (Turner Lesser and Gfoefer, 1992 cited in Austin and Brunner, 2003)

หากข้อมูลที่นำมาศึกษาเกิด Ceiling effect จะเป็นผลให้ผลของการทำนายตัวแปรตามออกมาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผลของการทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ได้มีค่าต่ำและมีเพียงปัจจัยเดียว คือ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมได้ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งได้มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยมีการกำหนดนโยบายให้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่พร้อมบริการเพื่อส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยกัน จึงเป็นสิ่งที่เน้นย้ำให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญของนมแม่และประโยชน์ที่ได้รับ มารดาจึงมีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ดี เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก (Beta= .244) แสดงว่า ถ้ามารดาที่มีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมสูง แนวโน้มของพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมจะอยู่ในระดับดี แต่ถ้ามารดามีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมต่ำ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมก็มีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำ เพราะการรับรู้ประโยชน์จากการกระทำ หรือการเห็นคุณค่าจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคลตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้(Becker, 1974) สอดคล้องกับการผลการศึกษาของ Drayton (2002) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของมารดาวัยรุ่น สามารถทำนายพฤติกรรมการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ร้อยละ 33และจากการศึกษาของ Alexy และ Martin (2007) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตัดสินใจเพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ประโยชน์จากนมแม่

สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความรุนแรงจากภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P> .05) (ตารางที่ 7-8)

ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนด แม้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.225, P<.01) แต่ไม่ถูกเลือกเข้าสู่สมการเนื่องจากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเป็นการคำนวณหาสมการที่ดีที่สุดเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายตัวแปรตาม โดยการคัดเลือกตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายตัวแปรตามได้ดีที่สุดจะเข้าสู่สมการก่อนดำเนินการไปจนกระทั่งไม่มีตัวแปรอิสระใดถูกคัดเลือกเข้าหรือถูกคัดออกจากสมการอีก (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2548) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณครั้งนี้ จึงเลือกตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมเป็นตัวแปรอิสระที่มีค่าที่ดีที่สุดเข้ามาศึกษาประกอบกับเมื่อ

พิจารณาการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนมในรายด้าน พบว่า คะแนนด้านของการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมสูงที่สุด (Mean = 3.97 แสดงในตารางที่ 6) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมของมารดากลุ่มตัวอย่างเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเก็บน้ำนมดังกล่าว และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้เลือกเข้ามาศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการส่งเสริมให้มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดตลอดจนทารกแรกเกิดรายอื่น ๆ ที่มีภาวะเจ็บป่วยและยังไม่สามารถดูดนมเองจากเต้าขณะอยู่โรงพยาบาลได้ มีการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมที่ดีให้ลูกอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1.เนื่องจาก การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมเป็นตัวแปรเดียวที่ทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่จะส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่โรงพยาบาล

2.นำตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนมไปจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในลักษณะการวิจัยเชิงทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการเอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กัลยา วานิชยบัญชา. (2549). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กทม: ธรรมสาร.

กมลทิพย์ ด่านชัย. (2540). **การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในมารดาที่มีบุตรวัย 1- 3 ปี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรรณิการ์ บางสายน้อย. (2548). Breaking the barriers to breastfeeding: Research policy and practice, **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ**, 14-16 ธันวาคม ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

กองเวชสถิติ. (2548). หน่วยงานเวชสถิติ แผนกผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลรามาธิบดี.

กองเวชสถิติ. (2550). หน่วยงานเวชสถิติ แผนกผู้ป่วยใน. โรงพยาบาลรามาธิบดี.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วีณา จีระแพทย์. (2545). **หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน.** นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2541). **การให้น้ำนมแม่แก่ทารกก่อนกำหนด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กทม: ยูเนี่ยนครีเอชั่น

คณะที่ปรึกษาภาคประชาชนและภาคเครือข่ายกรมอนามัย. (2549). **กรอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย**. แหล่งที่มา: http://www.anamai.moph.go.th[20 กันยายน พ.ศ. 2551]

เครือวัลย์ ติณสูลานนท์. (2547). ครอบครัว-ศูนย์กลางของการดูแล. ใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, **Neonatal critical care**, 259-266. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.

จิราภา เต็งไตรรัตน์และคณะ. (2544). **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กทม.: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2541). **ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลและการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลรามาธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐณิชา โพธิกานัน. (2543). **การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดารุณี คงผอม. (2540). **การประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2-5 ปี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดชา สุคนธ์. (2545). **การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์ชาวเขาเผ่าม้งเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดที่พักสงฆ์ ถ้ำกระบอก จังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤมล ธีระรังสิกุล. (2545). **การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด**. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

บวร งามศิริอุดม. (2548). **คลินิกนมแม่แนวใหม่**, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่ .14 – 16 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). **การวิจัยเบื้องต้น.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. นครปฐม: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2548). **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการและวิธีการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.

ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประชา นันท์นฤมิต (2546). Feeding intolerance in preterm infant. ใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, **Preventive Measures in Neonatal Care**. กทม: ธนาเพลส

ประพุทธ์ ศิริปุณย์. (2536). ทารกน้ำหนักน้อย ใน ประพุทธ ศิริปุณย์ และ อุรพล บุญประกอบ, **ทารกแรกเกิด.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัญญู พันธ์บูรณะ และ จันทนา พันธ์บูรณะ. (2549). **การคลอดก่อนกำหนดและการดูแลทารกแรกเกิดทางเวชปฏิบัติ.** กรุงเทพ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรินทร์ บางท่าไม้. (2535). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของพนักงานและคนงานขายในโรงงานอุตสาหกรรมในจังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิกุล ขำศรีบุศ. (2549) Parent empowerment ใน สรายุทธ สุภาพรณชาติ, **Essential neonatal problem.** ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.

พิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2543). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมขวดของมารดาที่มีบุตรอายุ 12 -36 เดือน.** ปริญญาวิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2549). **พัฒนาการมนุษย์.** กทม: ธรรมดาเพลส.

วราภรณ์ แสงทวีสิน. (2548). การจัดตั้งคลินิกนมแม่และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์. ใน ยุพยง แห่งเชาวนิช กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์และปิยาภรณ์ บวรกีรติขจร, **การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**, กรุงเทพฯ: วิสคอมเซนเตอร์.

วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล และ สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์. (2550). **ปัญหาทารกแรกเกิด.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.

วันดี ไชยทรัพย์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับสัมพันธภาพของมารดากับทารกคลอดก่อนกำหนด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาสนา วินัยพานิช. (2551). ทารกป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, **การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ**, 141-146. 6-8 สิงหาคม ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (2547). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, **การประชุมวิชาการนมแม่**, 68-71. 8 สิงหาคม ณ ห้องรีเจนซี โรงแรมเซ็นทรัลโซฟิเทลพลาซ่า กรุงเทพฯ.

วิมลสิทธิ์ หรยางกูร. (2549). **พฤติกรรมมนุษย์กับสภาพแวดล้อม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์. (2540). **ปัญหาทารกแรกเกิด**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเด็ก.

วีณา จีระแพทย์ และ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2548). **การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด**. กรุงเทพ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. (2546). มหัศจรรย์นมแม่, **เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ความรู้-สู่ปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2550). **สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2548). **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศิริรัตน์ สฤษดิ์อภิรักษ์. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้ภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2549). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: แนวคิดเชิงทฤษฎี- วัยเด็กตอนกลาง.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี.

ศุภลักษณ์ รัตนะ. (2540). **การใช้สนทนากลุ่มให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่บิดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. (2549). **การกระตุ้นโดยการบีบเก็บ.** แหล่งที่มา : http://www.thaibreastfeeding.com[25 มิถุนายน 2549]

สมพร โชตินฤมล. (2550). นมแม่ในทารกที่เจ็บป่วย. ใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, **Best Practice in Neonatal Care**. กทม: ธนาเพลส.

สรัญญา จิตร์เจริญ. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนคู่สมรสการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สัจจา ทาโต. (2549). เอกสารประกอบการสอนวิชา **วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัญญา แสงตุ่น. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในมารดาทารกน้ำหนักน้อยที่ทารกมีความเจ็บป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์, ศุภวิทย์ มุตตามระ, นิพรรณพร วรมงคล และ อรพินธ์ เจริญผล. (2549). ปัญหาทารกปริกำเนิดในประเทศไทย, **Overview perinatal health in Thailand**, 1-10. 1 ตุลาคม ณ ห้องบางกอกคอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ กรุงเทพฯ.

สุอารีย์ ต้นตระการ. (2542). ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, **การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่**, 10 พฤศจิกายน 2547 ณ ห้อง 101-103 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี.

อรดี จันวสุ. (2546). Promotion of gastrointestinal development (gut priming) and feeding strategy in prevent NEC. ใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, **Preventive Measures in Neonatal Care**. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส.

อังคณา เจียมอมรรัตน์. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนามัย, กรม (2549). เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง **สรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายเร่งรัดโครงการสำคัญ** ประจำเดือน กันยายน แหล่งที่มา http://www.anamai.moph.go.th[1 ตุลาคม]

อนามัย, กรม. (2551). **ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้**. แหล่งที่มา http://www.ldd.go.th/thai_htm[20 กันยายน]

อารี พันธ์มณี. (2543). **จิตวิทยาการเรียนการสอน.** กรุงเทพฯ: ต้นอ้อ.

อำไพพร ก่อตระกูล. (2548). **ความเครียดปัจจัยที่เกี่ยวข้องและกลวิธีเผชิญความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับ การรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอมอร จังศิริพรปกรณ์. (2549). **สถิติประยุกต์ทางการศึกษา.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชา สถิติระดับบัณฑิตศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

Abraham, C. and Sheeran, P. (1992). **Social psychology foe nurse: understanding interaction in health care.** London: Edward Arnold.

Ajzen, I., and Fishbein, M. (1980). **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall.

Alexy, B. and Martin, A.C. (1994). Breastfeeding: perceived barriers and benefit enhancers in a rural and urban setting. **Public Health Nursing**11: 214-218.

Atiyeh, G.N. and Mohandes, A.E. (2005). Preventive Healthcare of infants in a region of Lebanon: Parental Belief, Attitudes and behavior. **Maternal and child health journal** 9:83-90.

Avery, G.B. et al. (1999). Major morbidities of the extremely-low-birth-weight infant in **Neonatology pathophysiology and management of the newborn**. 5 Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Austin, P.C. and Brunner, L.J. (2003). Type I error inflation in the presence of a ceiling effect. **The American Statistician** 57: 97-104.

Ballard, J.L., et al. (1991). New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. **The Journal of Pediatrics** 119(3): 417–423.

Barton, A.J., et al. (2001). Clinical and economic outcomes of infants receiving breast milk in the NICU. **Journal for specialist in pediatric nursing** 6: 5-10.

Beachy, P. and Deacon, J. (1993). **Core curriculum for neonatal intensive care nursing**. Philadelphia: W.B.Saunders.

Becker, M.H. (1974). **The health belief model and personal health behavior**. Thorofare: Charles.B.Slack.

Biancuzzo, M. (2003). **Breastfeeding the newborn: Clinical strategies for n**urse. St.Loius: Mosby.

Bliss, M.C., et al. (1997). The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. **Birth** 24: 90-97.

Bremer, H.J. (1978). **Nutrition and Feeding of preterm infant**. Oxford: Blackwell scientific publication.

Burns, N. and Grove, S.K. (1997). **The practice of nursing research: conduct, critique&utilization**. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Callen, J. (2005). A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration and barriers to breastfeeding in preterm infant. **Advance in neonatal care** 5: 72-88.

Cheezem, J. et al. (2003). Breatfeeding knoeledge, breastfeeding confidence, and infant feeidng plans: Effect on actual feeding practices. **Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing** 32: 40-47.

Coakes, Sh. J. (2005). **SPSS Version 12.0 for Windows: Analysis without Anguish**. 1st ed. Milton: John Wiley & Sons.

Cross, V.M. (1975). **The preterm baby and other babies with low birth weight**. 8th ed. New York: Churchill Livingstone.

Digirolamo,A. et.al. (2005). Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. **Health Education &Health Behavior** 32: 208-226.

Drayton, C.L. (2003). The health belief model as a predictor of repeat pregnancies among Jamaican teenage mother. **International Quarterly of Community Health Education**21(1): 71-81.

Duckett, L., Henly, S., Avery, M., et al. (1998). A theory of planned behavior-based structural model for breast-feeding. **Nursing Research** 47: 168-189.

Early, L.P. and Burman, M.E. (1998). Benefit and barriers to well-child care: perceptions of mothers in a Rural state. **Public health nursing** 15:180-187.

Fanaroff, A.A. et al. (2006). **Fanaroff and Martin's Neonatal-perinatal medicine: Disease of fetus and infant**. 8th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier.

Fewtrell, M.S., et al. (2001). Randomized trial comparing the efficacy of a novel manual breast pump with a standard electric breast pump in mothers who delivered preterm infant. **Pediatric** 107: 1291-1297.

Fongkum, T. (1993). **The relationship of biology risk factor and social factor to developmental outcome of 6 to 12 month old premature infant**. Doctor dissertation. Graduate School Texas University.

Glanz, Rimer and Lewis. (1997). **Health behavior and education: Theory, Research, and Practice.** 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass

Glanz, K., Lewis, M. and Rimer, B. (1988). **Health behavior and health education**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

Glanz, K., Lewis, M. and Rimer, B. (2002). **Health behavior and education: Theory, Research, and Practice.** 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.

Haisch, J. and Hornung, R. (2005). **ABC of behavior change: a guide to successful disease prevention and health promotion**. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Henderson, G., Anthony, M.Y. and McGuire, W. (2001). Formula milk versus preterm human milk for feeding preterm or low birth weight infant. **The Cochrane Collaborative**.

Hill, P.D., Aldag, J.C. and Chatterton, R.T. (1999). Breastfeeding experience and milk weight in lactating mothers pumping for preterm infant. **Birth** 26: 233-238.

Hill, P.D., et al. (2005). Primary and secondary Mediators'influence on milk output in lactation mothers of preterm and term infant. **Journal of human lactation** 21:138-150.

Hill, P.D., et al. (2006). Predictor of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at 12 week postpartum. **Journal of human lactation** 23:32-38.

Jacknowitz, A. (2007). Increase breastfeeding rates: Do changing demographics explain them? **Women's Health Issue** 17: 84-92.

Jaeger, M.Ch., Lawson, M. and Filteau, S. (1997). The impact of prematurity and neonatal illness on the decision to breast-feed. **Journal of advance nursing** 25: 729-737.

Jelliffe, D.B. and Jelifer, E.F. (1978). **Human milk in the modern world**. Oxford: Oxford university press.

Kemply, S.T. (2005). Which milk for the sick preterm infant? **Current pediatric** 15: 390-399.

Klaus, M.H and Fanaroff, A.A. (2001). **Care of the high-risk neonate**. 5th ed. Philadelphia: Saunder.

Laura, J.I. (2006). Step to successfully breastfeeding the premature infant. **Neonatal network**.

Lauwers, J. and Shinskie, D. (1999). **Counseling the nursing mother: A Lactation Consultant's guide**. 3rd ed. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Lawellen, L.P. (1995). **Barriers to prenatal care in low-income women**. Doctor dissertation. Graduate Faculty of the University of North Carolina.

Lawrence, R. M. and Lawrence, R.A. (2005). **Breastfeeding: A guide for the medical professional**. 6th ed. Philadelphia: Mosby.

Leddy, S. K. (2003). **Integrative health promotion: Conceptual bases for nursing practice**. Pennsylvania: Slack.

Littleton, L.Y. and Engebretson, J.C. (2002). **Maternal, neonatal, and women's health nursing**. New York: Thomson Learning.

Lowdermilk, D.L. and Perry, S.E. (2004). **Maternity and Women's health care.** 5th ed**.** St Louis: Mosby Elsevier.

Lowdermilk, D.L. and Perry, L.E. (2006). **Maternity nursing**. 7th ed. St Louis: Mosby Elsevier.

Mattson,S. and Smith, J. (1993). Risk Associated with Gestational Age Birth Wight in **Core curriculum for maternal- newborn nursing**. Philadelphia: W.B.Saunders

Mattson,S. and Smith, J. (2004). Risk Associated with Gestational Age Birth Wight in **Core curriculum for maternal- newborn nursing**. 3rd ed. Philadelphia: W.B.Saunders.

Mckinney, N., et al. (2005). Maternal child- nursing. 2nd ed. St.louis: Elsevier Saunders.

Meehan, K., et al. (2008). The association between an electric pump loan program and timing of request of formular by working mothers. **Journal of human lactation** 24: 150-158.

Meier, P. P, et al. (2003). The Rush mothers'milk club: Breastfeeding interventions for mothers with very-low-birth-weight infants. **Journal of obstetric, Gynecologic and neonatal nursing** 33: 164-174.

Miracle, D., Puala, P.P. and Bennett, P. (2004). Mother's decisions to change from formula to mothers' milk for very low birth weight infant. **Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing** 33: 692-703.

Mohrbacher, N. and Stock, J. (2003). **The breastfeeding: Answer book**. 3rd ed. Schaumburg: International Lalecheleaque 25: 77-85.

Muhlemkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986). Self-esteem: Research, social support and positive health practices. **Nursing Research**35(6): 334-338.

NAPPAP (National association of pediatric nurse practioner). (2007). **The PNP's Role in Supporting Infant and Family Well-Being during the First Year of Life**. Avaliable from: http://www.napnap.org/index.cfm?page=10&sec=54&ssec=70 [2007, June 18]

Nutrition reviews. (1992). **Breast milk and subsequent intelligence in children born preterm**, 50: 334-335.

Orem, D.E. (2001). **Nursing concepts of practice**. 6th ed. St Louis: Mosby.

Ortiz, J. et al. (2004). Duration of breast milk expression among working mother enrolled in an employer-sponsored lactation program. **Pediatric nursing**, 30: 111-119.

Panyapisit, R. (2002). **Perceived benefit of action, perceived barriers to action and health promoting during pregnancy of mother experiencing preterm delivery**. Dissertations. Maternal and child Nursing Faculty of Nursing Mahidol University.

Pillitteri, A. (2007). **Maternal-newborn and child nursing: care of the childrearing & childrearing family**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). **Nursing research: principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Riordan, J. and Auerbach, K. (1998). **Breastfeeding and human lactation**. 2nd ed. Massachusetts: Jones and barlettt.

Riordan, J. (2005). **Breastfeeding and human lactation**. 3rd ed. Massachusetts: Jones and barlett.

Scanlon, 1997 cited in Pillitteri, A. (1999). The nursing role in health promotion for the childrearing family in **Child health nursing**. Philadelphia: Lippincott.

Sharps, P.W., El-Mohandes, A.A., El- Khorazaty, M.N. and Walker, T. (2003). Health belief and parenting attitudes influence brestfeeding patterns among low-income African-American women**. Journal of perinatology**23: 414-419.

Shumaker, S.A. et al. (1998). **The handbook of health behavior change**. 2nd ed. New York: Springer publishing company.

Shumaker, S.A. et al. (1998). **The handbook of health behavior change**. 2nd ed. Newyork: Springer publishing company.

Siswanto, E., Bhiuyan, S.U. and Chompikul, J. (2006). Knowledge and perception of pneumonia disease among mothers of children under five years attending Nakhon Pathom general hospital, Thaland**. Journal of public health and development** 5(2): 43-55.

Smedley, B.D. and Syme, S.L. (2000). **Promoting health intervention strategies from social and behavioral research**. Wachington D.C: National academy press.

Slusser, W.M., Lange, L., Dickson, V., Hawskes, C. and Cohen, R. (2008). Breast milk expression in the workplace: A look at frequency and time. **Journal of human lactation**, 20: 164-169.

Smith, M.M. (2003). Initiation of breastfeeding among mother of very low birth weight infants. **Pediatrics** 111(6): 1337-1342.

Spitzer, A.R. (2005). Nutritional and gastrointestinal tract of neonates in **Intensive care of the fetus&neonate**. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier.

Stout, A. E. (1999). Prenatal care for low-income woman and the health belief model: A new beginning. **Journal of community health nursing**, 14: 169-180.

Tapler, D.A. (1996**). The relationship between health value, self-efficacy, health locus of control, health benefit, health barriers, and health behavior practices in mother.** Doctor dissertation Graduate schools the Texas woman's university.

Taeusch, H. W. et al. (2005). Prematurity: cause and prevention in **Avery's disease of the newborn**. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Tharapun Jittima. (2001). **The effectiveness of the health belief model teaching program on perception and blood screening test for Thalassemia**. Master's Thesis. Grauate school Mahidol University.

Thorndike, R.M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Garder press.

Wagner, C.L., et al. (2006). The role of personality and other factor in a mother's decision to initiate breastfeeding. **Journal of human lactation**, 22: 16-26.

Wambach, K.A. (1997). Breatfeeding intention and outcome A test of the theory of planned behavior. **Research in Nursing and health**, 20:1014-1025.

Wheeler, J., et al. (2000). Feeding outcomes and influences within the neonatal unit. **International journal of nursing practice**, 6: 196-206.

Wong, D. L., et al. (1999). The High-Risk Newborn and Family in **Whaley&Wong's Nursing care of Infant and children**. 6th ed. St.Louis: Mosby.

Wong, D. L., et al. (2006).The High-Risk Newborn and Family in **Maternal child nursing care**. 3 Ed. St.Louis: Mosby.

Wong, D.L., et al. (2007). **Whaley&Wong's nursing care of infant and children**. 8th ed. St Louis: Mosby.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
1. นางสาว ธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ์	หัวหน้าคลินิกนมแม่และผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช
2. อาจารย์ จุรีย์ นฤมิตเลิศ	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยสภากาชาดไทย
3. อาจารย์ ดร.วัชราภรณ์ เชี่ยววัฒนา	อาจารย์ประจำภาควิชา การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
4. นางสาว ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	หัวหน้าคลินิกนมแม่และผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. นาง สุกัญญา แสงตุ่น	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม

โรงพยาบาล.....H.N……..

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย ☑ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

ก.สำหรับมารดาตอบ

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เต็มปีบริบรูณ์)
2. ระยะเวลาที่ท่านสำเร็จการศึกษา
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช.
   - ☐ อนุปริญญา ปวส.
   - ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
   - ☐ อื่น ๆ .....
3. ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (เดือนที่7-9) ท่านตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใช่หรือไม่
   - ☐ ใช่ ฉันคิดและตัดสินใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
   - ☐ ไม่ใช่ ฉันคิดและตัดสินใจว่าจะเลี้ยงลูกด้วยนมผสม

ข.สำหรับผู้วิจัย (รวบรวมจากรายงานประวัติของผู้ป่วยเด็ก)

4.เมื่อแรกเกิดบุตรจัดอยู่ในประเภท

- ☐ ทารกเกิดก่อนกำหนดมากที่สุด (ELBW) GA= 24 - 30 wk. BW = 450 -1,500 g.
- ☐ ทารกเกิดก่อนกำหนดปานกลาง (VLBW) GA= 31- 36 wk. BW = 1,500 - 2,000 g
- ☐ ทารกเกิดก่อนกำหนดน้อยที่สุด (LBW)

5. ตั้งครรภ์มาแล้ว.....ครั้ง G……P……..A…….

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่ทารกเกิดก่อนกำหนด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบการปฏิบัติของท่านในการบีบเก็บน้ำนมสำหรับลูก โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง หรือปฏิบัติเกือบทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนมาก หรือ มากกว่า 3 ครั้ง ต่อ 1 วันที่บีบเก็บน้ำนม หรือปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งหรือน้อยกว่า 3 ครั้ง ต่อ1 วันที่บีบเก็บน้ำนม หรือปฏิบัติน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย หรือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ลำดับ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1	หลังได้รับคำแนะนำ ท่านเริ่มบีบเก็บน้ำนมหลังคลอดภายใน 48 ชม.				
2	หลังได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ท่านเริ่มบีบน้ำนมด้วยมือบนกระเปาะน้ำนมเป็นจังหวะ กด-บีบ-ปล่อย				
3	ในช่วงที่ท่านบีบเก็บน้ำนม ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ข้าว ผลไม้ เป็นต้น				
4	ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนมในแต่ละครั้ง ท่านใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบเต้านม				
5	ท่านเตรียมสบู่ล้างมือ ผ้าเช็ดมือสำหรับทำความสะอาดมือก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนมสำหรับลูก				

ลำดับ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
6	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดก่อนบีบเก็บน้ำนม				
7	ก่อนเริ่มบีบเก็บน้ำนม ท่านนั่งบนเก้าอี้มีที่พนักพิงและวางขาได้ในท่าที่สบาย ผ่อนคลาย				
8	ท่านนวดสัมผัสและลูบเต้านม ก่อนและระหว่างบีบเก็บน้ำนม				
9	ขณะทำการบีบเก็บน้ำนม ท่านได้นึกถึงลูก				
10	ท่านบีบน้ำนมได้ด้วยตนเองอย่างน้อย วันละ 8 ครั้ง				
11	ท่านบีบเก็บน้ำนมทุก ๆ 3 ชม.ต่อ 1 วัน				
12	ท่านพัก การบีบเก็บน้ำนม ในเวลากลางคืน 1 ครั้ง เพื่อการพักผ่อน				
13	ท่านใช้เวลาในการบีบน้ำนมอย่างน้อยข้างละ 10-15 นาที				
14	ท่านหยุดบีบเก็บน้ำนมในแต่ละมื้อเมื่อเต้านมนิ่มลงและบีบไม่ออก				
15	ท่านใช้ขวดนมหรือถุงเก็บน้ำนมในการเก็บรักษาน้ำนมแม่				
16	ท่านบีบน้ำนมทิ้ง 2-3 หยด ก่อนเริ่มบีบเก็บใส่ภาชนะ				

ลำดับ	ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำเลย
17	ท่านเก็บน้ำนมแม่ที่ยังไม่ได้ใช้ในช่องแช่แข็ง				
18	ท่านเลือกน้ำนมถุงที่บีบเก็บไว้ก่อนให้ทารกกิน โดยดูจากวัน เวลาที่ระบุบนถุง				
19	ท่านนำน้ำนมแม่ที่เหลือจากการอุ่นเตรียมให้ทารก กลับมาแช่แข็งเพื่อเก็บไว้ให้ทารกในมื้ออื่น				
20	ท่านทำความสะอาดและต้มอุปกรณ์ที่ใช้เก็บน้ำนม โดยต้มในน้ำเดือดนาน 10 นาที				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกนึกคิดของท่าน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของลูกและการบีบเก็บน้ำนม โปรดทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนี้ ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดหรือทั้งหมด

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนี้ ตรงกับความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ตรงกับความคิดเห็นของท่านหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนี้ ส่วนใหญ่ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนี้ ไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคลำไส้เน่าตาย					
2	ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่มีโอกาสเกิดภาวะรับนมไม่ได้ เช่น มีอาการท้องอืด นมไม่ย่อย					
3	ทารกที่ไม่ได้รับนมแม่จะมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกลดลง					
4	ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่ มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม					
5	มารดาที่บีบเก็บน้ำนมไม่เกลี้ยงเต้าหรือไม่บีบทุก 3 ชม.จะทำให้น้ำนมค้างเต้าเสี่ยงต่อการผลิตน้ำนมลดลง					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6	มารดาที่ไม่ได้บีบเก็บน้ำนม มีโอกาสเกิดมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ได้					
7	โรคภูมิแพ้ หอบหืดมักเกิดในทารกที่ได้รับนมผสม					
8	มารดาที่เก็บน้ำนมไม่ถูกวิธี จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดท้องเสียและติดเชื้อในลำไส้ได้					
9	ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ง่าย					
10	ภาวะติดเชื้อในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ อาจรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้					
11	มารดาที่ไม่ได้บีบเก็บน้ำนมทุก 3 ชม.จะทำให้เต้านมคัดตึงอักเสบได้					
12	มารดาที่บีบน้ำนมไม่สม่ำเสมอจะทำให้มีน้ำนมไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะยาว					
13	ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ได้รับนมแม่ จะเจ็บป่วยบ่อยและอาจรุนแรงจนต้องกลับเข้ารักษาใน ร.พ.ซ้ำอีก					

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
14	ทารกที่ได้รับนมแม่ ที่ดื่มยาดองเหล้าหรือยาขับน้ำคาวปลาเป็นประจำ จะทำให้มีอาการซึมและมีผลต่อการทำงานของตับ					
15	การบีบเก็บน้ำนมทำให้รู้สึกคัดตึงหน้าอกลดลง					
16	การบีบเก็บน้ำนมทำให้ท่านรู้สึกว่าได้ทำหน้าที่ของมารดา					
17	นมแม่มีประโยชน์ต่อทารกเกิดก่อนกำหนดเพราะนมแม่ย่อยง่ายกว่านมผสม					
18	การเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมแม่ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว					
19	นมแม่มีภูมิคุ้มกันที่จำเป็นสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด					
20	ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับนมแม่จะไม่เป็นโรคอ้วน					
21	มารดาที่บีบเก็บน้ำนมทุก 3 ชม. จะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น					
22	นมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านระบบประสาทในทารกเกิดก่อนกำหนด					
23	การบีบเก็บน้ำนมแต่ละครั้ง ทำให้ท่านรู้สึกกลัวว่าเต้านมจะหย่อนยานเสียรูปทรง					
24	ท่านไม่บีบเก็บน้ำนมทุก 2-3 ชม. เพราะรู้สึกเจ็บเมื่อยล้า					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
25	หากทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องบีบเก็บน้ำนม					
26	ท่านเชื่อว่า การเก็บรักษาน้ำนมในถุงเก็บน้ำนมหรือขวดนม ทำให้ท่านต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็น					
27	เมื่อพบปัญหาในบีบเก็บน้ำนม ท่านคิดว่าสามารถขอคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ได้					
28	หากทารกยังไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้เอง จะทำให้น้ำนมแม่มีน้อยและแห้งเร็ว					
29	การบีบน้ำนมด้วยมือเป็นเรื่องยากลำบาก แต่ท่านก็พยายามฝึกฝนจนสำเร็จ					
30	แม้ว่าการบีบน้ำนมทุก 3 ชม. ทำให้ท่านพักผ่อนได้น้อย แต่ท่านก็ไม่ย่อท้อ					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 1 ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ต้องเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง ระดับมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและระดับอัตราส่วนมาตรา (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2547) หรืออย่างน้อยต้องมีลักษณะแบบต่อเนื่อง (Linear related) (ประกาย จิโรจน์กุล, 2548)

เนื่องจาก ระดับการศึกษามีมาตรวัดระดับอันดับมาตรา จึงไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงทดสอบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

ส่วนจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จึงต้องให้รหัสตัวแปรเป็น ตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก = 1 ครรภ์หลัง = 0

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0

ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมด้วยสหสัมพันธ์ไบซีเรียล
(เอมอร จังศิริพรปกรณ์, 2549)

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 2 ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ในลักษณะเส้นตรง ซึ่งตรวจสอบได้จากกราฟภาพการกระจาย (Scatter plot) (แสดงไว้ในแผนภาพที่ 1-7)

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อ 3 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ ซึ่งสามารถตรวจสอบโดยพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (แสดงในแผนภาพที่ 8-14) และผลลัพธ์จากการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (ในตารางที่ 14) โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน ในกรณีที่พบว่า มีค่าใกล้เคียงกันจึงพอสรุปได้ว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
(กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549: 191)

ตารางที่ 14 ผลการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ตัวแปร	Mean	Median	Skewness
อายุ	29.10	29.00	.509
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1.04	1.00	4.742
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์	1.40	1.00	1.872
การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	26.21	26.00	.630
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	26.57	27.00	-.110
การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	31.77	32.00	.428
การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	30.26	30.00	3.943
พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม	64.05	65.00	-.594

จากการพิจารณาแผนภูมิฮิสโตแกรม พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงโค้งปกติ คือ อายุ และข้อมูลที่มีการแจกแจงโค้งเกือบปกติ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม และพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ยกเว้นจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม มีลักษณะเบ้ขวา จึงไม่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ต้องทำการเปลี่ยนรูปแบบข้อมูล (Data transformation) ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจาก ข้อมูลมีการกระจายที่เป็นลักษณะเบ้ขวา จึงแปลงข้อมูลโดยการหาค่า Logarithms ก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ในลำดับต่อไป (Coakes. S, 2005)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 คือ ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) ผู้วิจัยทำการทดสอบดังนี้

1. ตรวจสอบโดยการหาค่า Simple correlation เพื่อวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวจะได้ correlation matrix ถ้ามีค่า correlation matrix มากกว่า .65 ขึ้นไป ถือว่ามีปัญหา multicollinearity (Burns and Grove, 1997) จากผลการทดสอบในตารางที่ 11 พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ มีค่าอยู่ระหว่าง .173-.474 จึงไม่มากกว่า 0.65 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ไม่เกิดปัญหา multicollinearity

2. พิจารณาจากค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หากค่า Tolerance มีค่าน้อยมาก (เข้าใกล้ 0) แสดงว่าตัวแปรนั้นมี multicollinearity ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรอิสระมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง.698 - .950 แสดงว่าไม่มีปัญหา multicollinearity (ตารางที่ 14)

3. พิจารณาจากค่า VIF (Variance inflation factor) ซึ่งเป็นค่าที่ผกผันกับค่า Tolerance ถ้าค่า VIF มีค่ามาก แสดงว่า ตัวแปรนั้นเกิด multicollinearity และค่าที่ยอมรับได้ คือ ไม่เกิน 10 จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าVIF อยู่ระหว่าง 1.052 - 1.433 แสดงว่า ไม่มีปัญหา multicollinearity

ตารางที่15 ค่า Tolerance ค่า VIF ของตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่งเสริมการบีบเก็บน้ำนมและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม

ตัวแปร	ค่า Tolerance	ค่า VIF
อายุ	.827	1.209
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.783	1.276
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์	.896	1.116
การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก	.786	1.273
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด	.698	1.433
การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม	.722	1.385
การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม	.950	1.052

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 คือ ค่าคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระจากกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบด้วยสถิติทดสอบ Durbin Watson ค่าสถิติของ Durbin Watson ที่สรุปได้ว่า ไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าระหว่าง 1.5-2.5 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549: 331) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีค่า 1.962 จึงไม่เกิดปัญหา Autocorrelation

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (Homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง Regression Standardized Predicted Value กับ Regression Standardized Residual Value

(บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ แสดงว่า ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกตัวต้องเป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งพิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (แสดงในแผนภาพที่ 8-16) พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม มีลักษณะเบ้ขวา จึงไม่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ต้องทำการเปลี่ยนรูปแบบข้อมูล (Data transformation) ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจาก ข้อมูลมีการกระจายที่เป็นลักษณะเบ้ขวา จึงแปลงข้อมูลโดยการหาค่า Logarithms ก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ในลำดับต่อไป (Coakes. S, 2005) และตัวแปรที่มีมาตรวัดระดับอันดับมาตรา (Ordinal Scale) คือ ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่องจึงต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่นเท่ากับ n-1 ตัว โดย n = จำนวนของกลุ่มของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2547)

ระดับการศึกษา แบ่งเป็น มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

อนุปริญญาตรี และ ปริญญาตรี ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

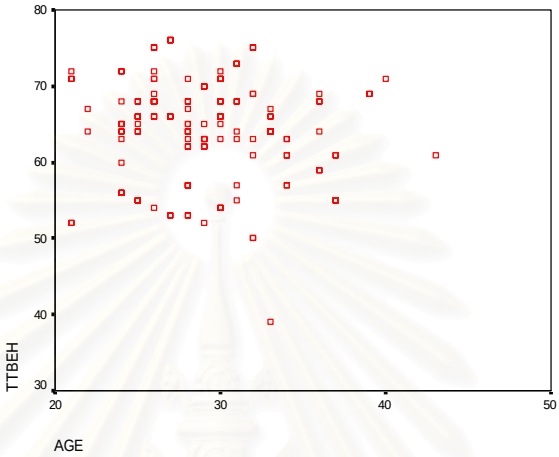
สูงกว่า ปริญญาตรี ใช่ =1 ไม่ใช่ = 0

4. ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่โดยการทำ scatter plot จากการตรวจสอบพบว่า อายุและปัจจัยด้านการรับรู้ของมารดาต่อการบีบเก็บน้ำนม มีการความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังแผนภาพที่ 1-7

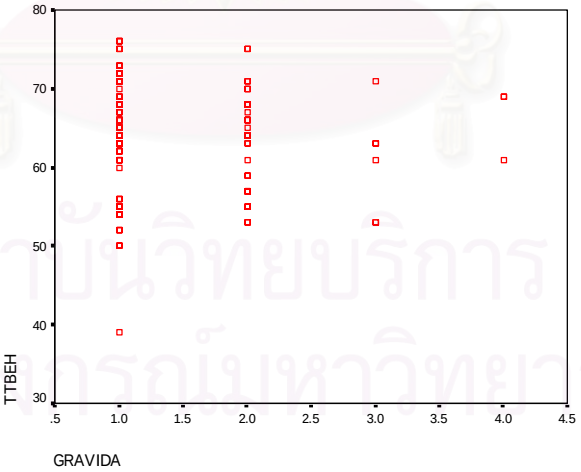
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น

แผนภาพที่ 1 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง อายุ กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ Scatter plot

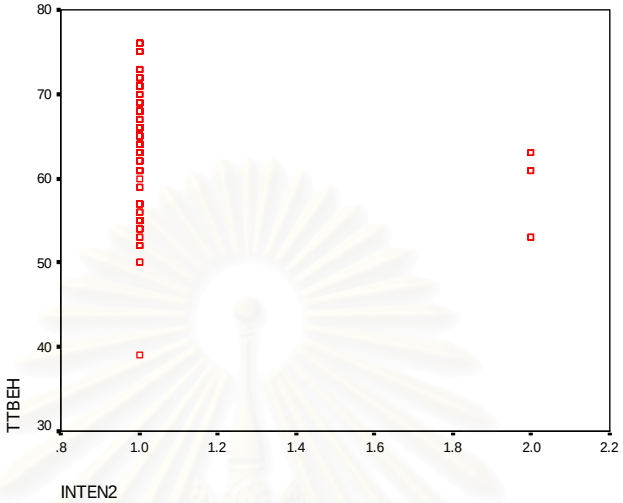


แผนภาพที่ 2 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ Scatter plot

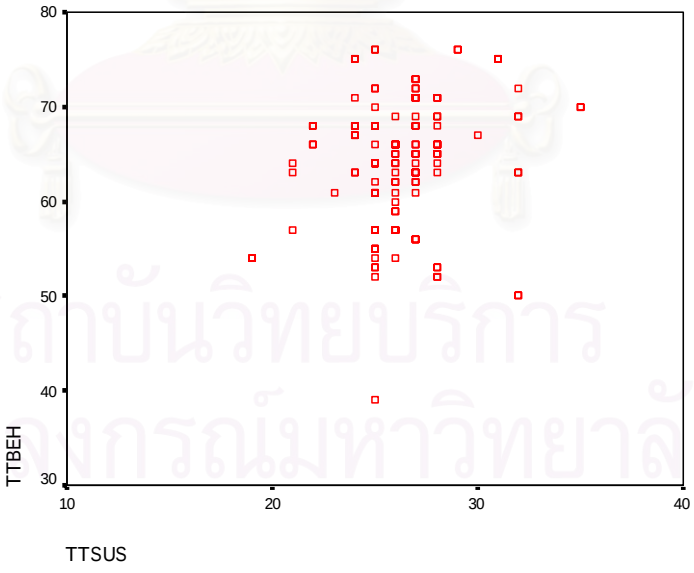


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 3 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ Scatter plot

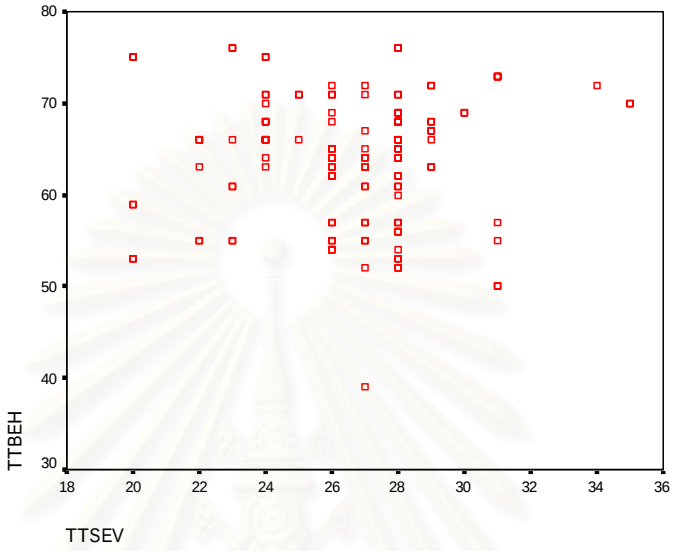


แผนภาพที่ 4 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ Scatter plot

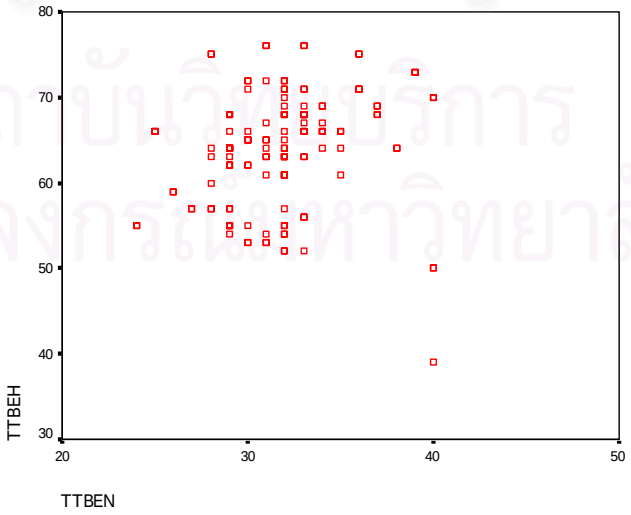


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

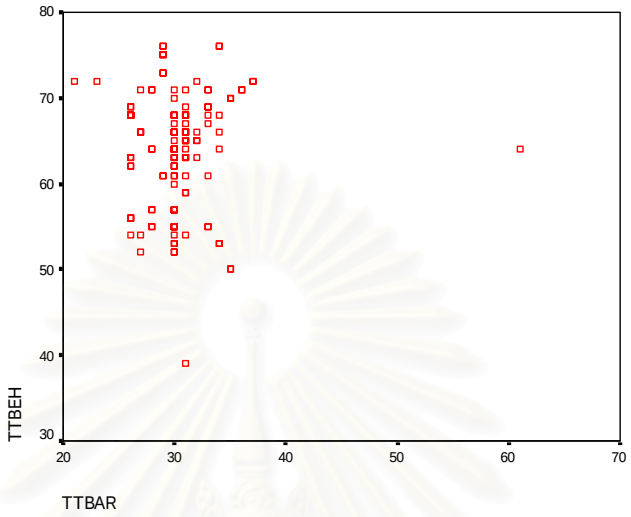
แผนภาพที่ 5 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ Scatter plot



แผนภาพที่ 6 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม กับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ scatter plot

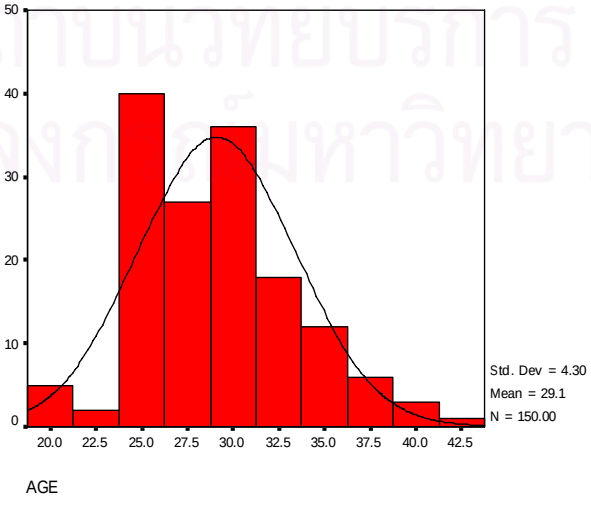


แผนภาพที่ 7 กราฟทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่าง การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนม กับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้ scatter plot

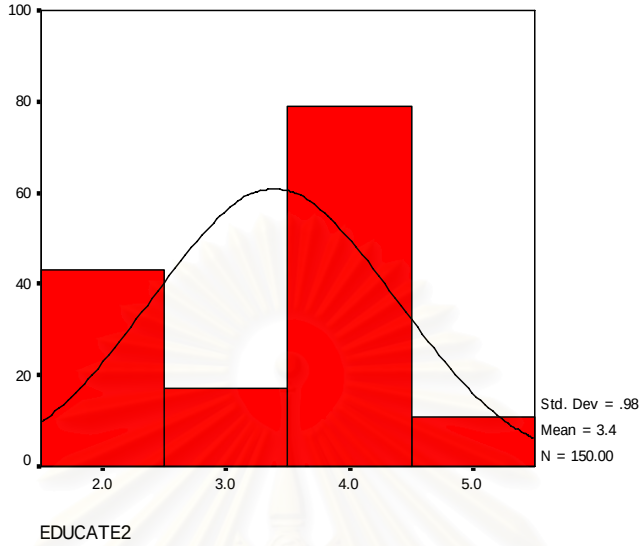


จากแผนภาพที่ 1-7 เมื่อพิจารณาจากแผนภาพพบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกเกิดก่อนกำหนดและการรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นกับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์เพียร์สัน ส่วน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดและการรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

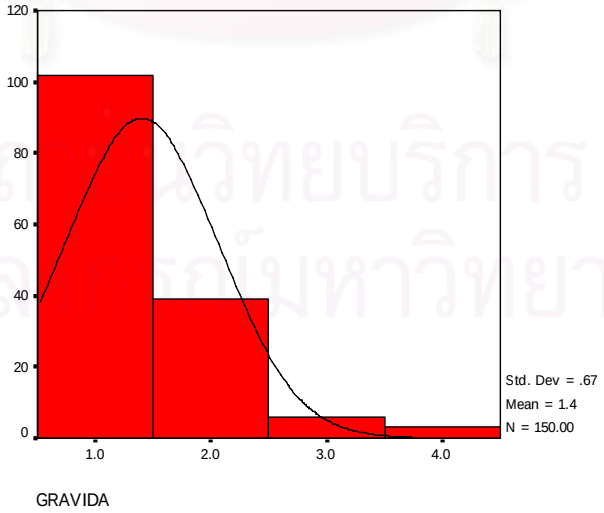
แผนภาพที่ 8 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ อายุ มีลักษณะโค้งปกติ



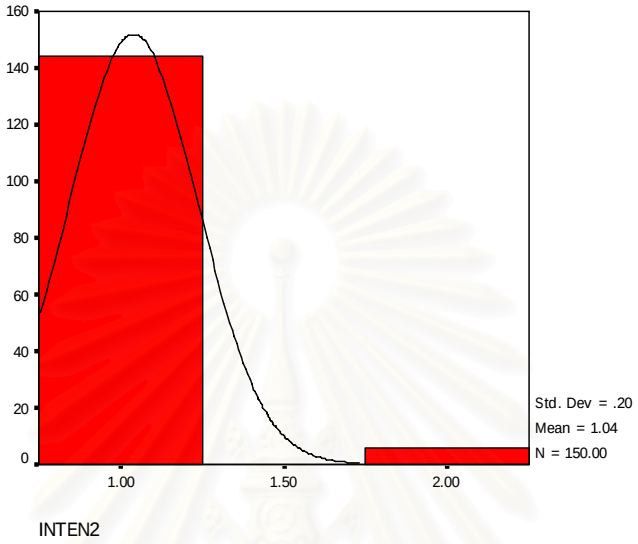
แผนภาพที่ 9 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ ระดับการศึกษา มีลักษณะโค้งปกติ



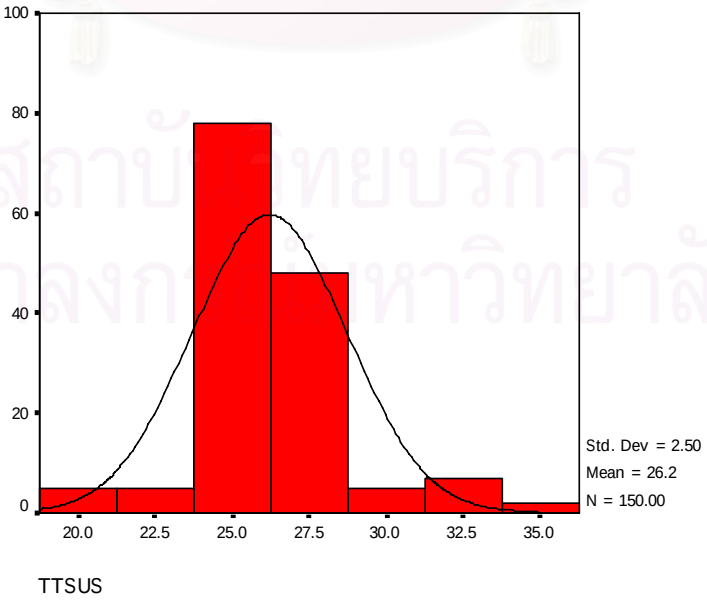
แแผนภาพที่ 10 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีลักษณะเบ้ขวา



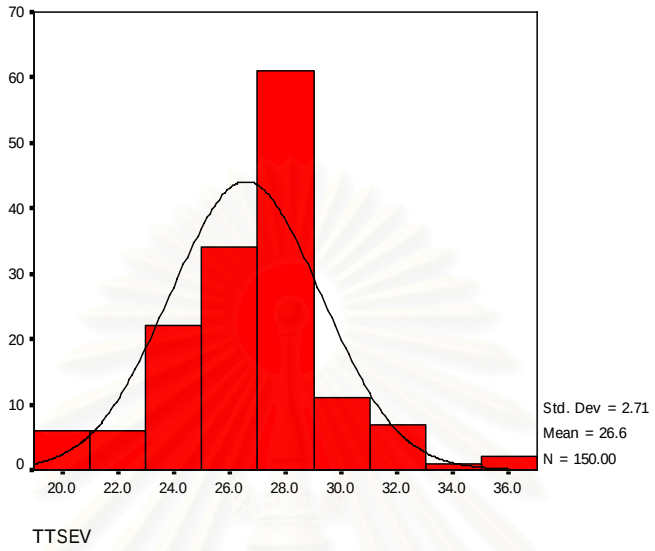
แผนภาพที่ 11 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ มีลักษณะเบ้ขวา



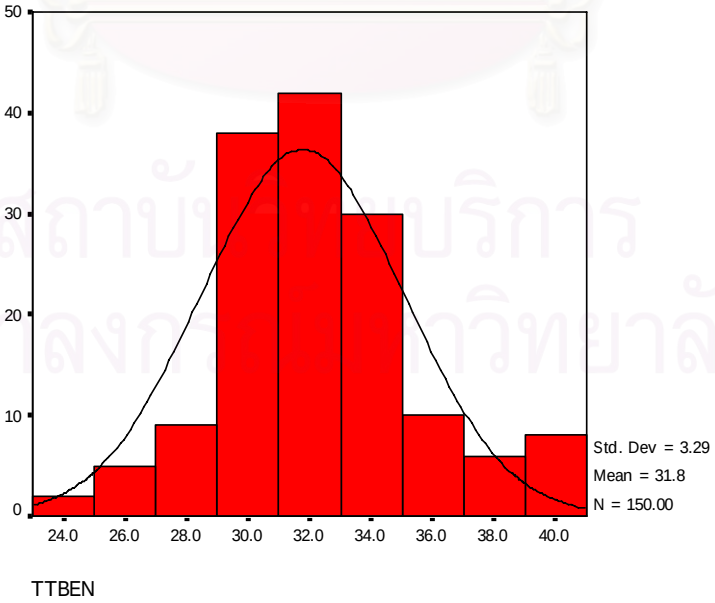
แผนภาพที่ 12 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ภาวะสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก มีลักษณะโค้งเกือบปกติ



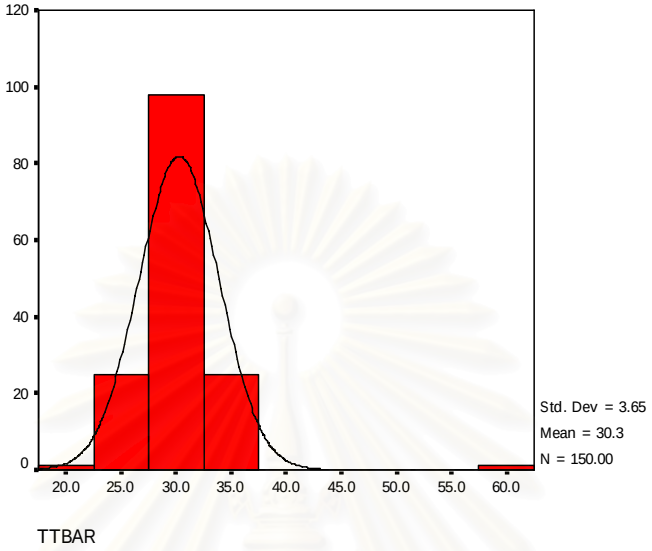
แผนภาพที่ 13 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด มีลักษณะโค้งเกือบปกติ



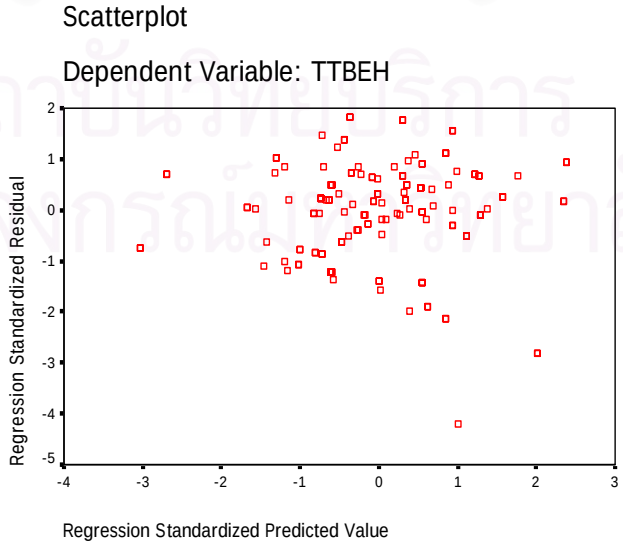
แผนภาพที่ 14 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้ประโยชน์จากการบีบเก็บน้ำนม มีลักษณะโค้งเกือบปกติ



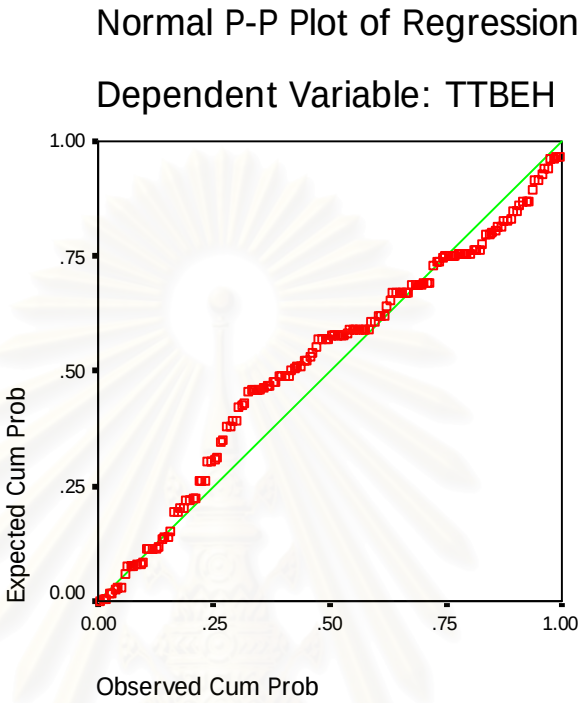
แผนภาพที่ 15 กราฟแสดงลักษณะการแจกแจงข้อมูลของ การรับรู้อุปสรรคต่อการบีบเก็บน้ำนมมีลักษณะเบ้ขวา



แผนภาพที่ 16 กราฟทดสอบความแปรปรวนมีค่าคงที่เท่ากันหรือไม่ (Heteroscedastic) เมื่อพิจารณาจากราฟ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง Y กับ e มีค่ากระจายอยู่รอบ ๆ ศูนย์ในกรณีนี้ ถือว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่



แผนภาพที่ 17 กราฟทดสอบการแจกข้อมูลของพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมกับตัวแปรอิสระ มีลักษณะเป็นเส้นตรง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด.
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน แผนกหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามคำแหง

โทรศัพท์ที่ทำงาน: 02-3740200 ต่อ 1300

โทรศัพท์เคลื่อนที่: 086-7257033

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมมารดา ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมและพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมมารดา ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมและพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในการเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยนมมารดาและปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม

4.3 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลซึ่งอาจระบุถึงมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจะถูกถอดออกเป็นรหัสผลการวิจัยที่ตีพิมพ์ จะไม่มีชื่อของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

4.4 การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดและการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป

4.5 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ 086-7257033

4.6 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง

4.7 ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20- 30 นาที

4.8 ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

4.9 ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

4.10 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

4.11 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแกสาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

4.12 จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 140 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Inform Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากผู้วิจัยชื่อ นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร. (086) 7257033 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาของโครงการการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลและการรักษาใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับและข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

....

สถานที่ / วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

....

สถานที่ / วันที่ (.....)

ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๑/๗๖๕

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๕-๕๑-๐๕ ย
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวพัชรพร รัตนสงคราม
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิญญา เฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม _____

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม _____

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๑

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Q026q/51_Exp

คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก
ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
317 ถนน ราชวิถี เขต ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ (662)354-7600-28 ต่อ 94270 โทรสาร (662)354-9011

ที่ 507 /2551

วันที่ 29 พฤษภาคม 2551

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวพัชรพร รัตนสงคราม นศ.ป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย - แบบรายงานสรุปผลการวิจัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดาที่ทารกเกิดก่อนกำหนด" [Predictors of Milk Expreesion Behavior in Mothers of Premature infants .] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัย และจริยธรรมจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสนับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก อนุมัติเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2551 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านและแบบรายงานสรุปผลการวิจัย มายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันเอกหญิง

(เยาวนา ธนะพัฒน์)

ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EC. 100/2551

EC.07 T
Document No 51-029

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

24 เมษายน 2550

โครงการวิจัย : ปัจจัยการทำนายพฤติกรรมการบีบน้ำนมของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด (Predictors of milk expreesion behavior in mother of premature infant

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวพัชรพร รัตนสงคราม /นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแ.ห่งชาติมหาราชินี

เอกสารที่พิจารณา :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ภาษาไทย Proposal ฉบับแก้ไข Version 24 เม.ย.51)
2. แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร และ หนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ
3. แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย(Questionnaire)

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทย Proposal ฉบับแก้ไข Version 24 เม.ย.51 แล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ตั้งแต่ วันที่ 24 เมษายน 2551 ถึงวันที่ 23 เมษายน 2552 อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินโครงการต่อ จนกว่าจะหมดอายุโครงการ

.....

(นางสาวศศิชล คำเพราะ)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

.....

(รศ.พิเศษ นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ประชุม 8 เมษายน 2551
รับรองตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2551 **ถึงวันที่** 23 เมษายน 2552

ศูนย์วิจัยและพัฒนา
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Tel./Fax. (+66) 0-2-644-8943

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว พัชรพร รัตนสงคราม เกิดวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ.2525 ภูมิลำเนาเกิดที่ จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2547 หลังจากนั้นปฏิบัติงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอบำบัดผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (NICU) จนถึงปี 2549 ได้เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็ก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย