

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

## Influencing Factors of Quality of Life of Muslim Preterm Infants in the Three Southernmost Provinces

วนิสตา หะยีเซาะ,\* พย.ม.  
นุชสรุา ทรัพย์อินทร์,\* พย.บ.  
ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์,\* พย.ม.  
นุจรี ไชยมงคล,\*\* Ph.D.

Wanisa Hayeese, M.N.S.  
Nootsara Sap-In, B.N.S.  
Tidarat Wangsawat, M.N.S.  
Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบรรยายเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนดอายุ 1-12 เดือน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานีและศูนย์ยะลาจำนวน 118 คู่ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล แบบประเมินน้ำหนักส่วนสูง พัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลของทารก และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม โดยแต่ละแบบสอบถามมีการหาค่าดัชนีความตรง ได้ค่าดังนี้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .83 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เท่ากับ .83 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม เท่ากับ .80 และหาค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92, .83, และ .88 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และการ

### วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 (S.D. = 3.05) ระดับการศึกษาและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล มีอิทธิพลและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.464$ ,  $F_{2, 117} = 49.706$ ,  $p < .001$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ เพื่อส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น  
คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม สามจังหวัดชายแดนใต้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ผู้ดูแล

### Abstract

This predictive descriptive study aimed to examine influencing factors of Quality of Life (QoL) of Muslim preterm infants in the three

\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

southernmost provinces of Thailand. The Sample of this study included 118 dyads of caregivers and their preterm infants aged 1-12 months. Data were collected from the sample at well-baby clinics of Narathiwat, Pattani, and Yala hospitals, where the caregivers took their infants to follow up. Research instruments used for data collection were developed by the researchers. Research instrument included the demographic record form, social support questionnaire, caregivers' perceived self-efficacy questionnaire, record form of infant's body weight, length, developmental level record, and illness history post-discharge from the hospital, and QoL of preterm infants questionnaire. Content validity indices (CVI) of social support questionnaire was .83, caregivers' perceived self-efficacy questionnaire was .83, and QoL of preterm infant questionnaire was .80. Cronbach's alpha coefficients' reliability were .92, .83, and .88 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that QoL of the Muslim preterm infants was at a good level with its mean of 33.0 (S.D. = 3.05). Educational level and perceived self-efficacy of caregivers has an influence on and significantly accounted for 46.4% in the explanation of QoL of preterm infants ( $R^2 = 0.464$ ,  $F_{2,117} = 49.706$ ,  $p < .001$ ).

The results of the study suggest that nurses should promote caregivers' perceived self-efficacy in order to improve caregivers' responding basic needs of preterm infants, especially in caregivers with low educational

level. Consequently, QoL of preterm infants would be better.

**Key words:** Quality of life, Muslim preterm infants, the three southernmost provinces of Thailand, self-efficacy, caregiver

### ความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นทารกที่เกิดเมื่อมารดามีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และ วิภา จิระแพทย์, 2551) ทารกกุ่มนี้พบว่ามีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยและตายปริกำเนิด ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอุบัติการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพทารกเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2006) ในประเทศไทย มีรายงานทารกเกิดก่อนกำหนด เฉพาะน้ำหนักตัวที่น้อยกว่า 2,500 กรัม คือ ปี พ.ศ. 2549-2553 พบอุบัติการณ์ทารกน้ำหนักตัวน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.4, 11, 10.8, 11 และ 11.3 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เมื่อพิจารณาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา พบว่า จังหวัดปัตตานีและนราธิวาส อยู่ในช่วงร้อยละ 10.22-11.75 และ ยะลาอยู่ในช่วงร้อยละ 7.10-8.66 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของรัฐบาลที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 (ทิพวรรณ เลียบสอตระกูล, 2551)

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นทารกที่มีโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกคลอด โดยทารกจะถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทั้งแสง เสียง และจากการรักษาพยาบาล ตลอดจนขาดการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกมีปัญหาด้านพัฒนาการด้านพฤติกรรม และด้านสุขภาพตามมาได้ (วนิสา หะยีเซะ,

ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, และ นุจรี ไชยมงคล, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพเยาว์ สิงห์อาจ, และวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล (Varaporn, Yupayao, & Wiboon, 2011) ศึกษาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกน้ำหนักตัวน้อยที่มีอายุปัจจุบัน 18-24 เดือน พบว่าทารกส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด และมีมาโรงพยาบาลด้วยพัฒนาการและการเจริญเติบโตล่าช้า ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลต้องมีการติดตามทารกกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะยาว คือ ทารกขาดการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ทารกเหล่านี้มักมีปัญหาด้านพัฒนาการ และด้านพฤติกรรม เช่น ขาดสมาธิ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่มากผิดปกติ ซึ่งอาจมีผลทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการรักษาและดูแลสุขภาพทารกกลุ่มนี้มากขึ้น และมักมีค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปีแรก (Raju, Higgins, Strak, & Leveno, 2006)

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมส่งผลให้ทารกพัฒนาและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต ทั้งนี้การที่ทารกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องอาศัยการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเป็นหลัก เนื่องด้วยทารกไม่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือบอกความต้องการได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องทราบและให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์จิตใจ สังคมได้อย่างเต็มที่ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (นิตยา คชภักดี, และคณะ, 2549) โดยการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกนั้น ทางสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2533) ได้กำหนดคกฏเกณฑ์มาตรฐานความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กมีทั้งหมด 7 ด้าน แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มทารก จึงเลือก

ใช้เกณฑ์ที่มีความเกี่ยวข้องเพียง 4 ด้าน คือ (1) โภชนาการและสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย การได้รับนม อาหารเสริม การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การดูแลความสะอาด การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเจริญเติบโตโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์อายุทั้งน้ำหนักตัว และความยาวลำตัวของทารก (2) พัฒนาการ เป็นส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ โดยใช้แนวคิดตามแบบประเมินอนามัย 55 (กรมอนามัย, 2555) (3) วัฒนธรรม ได้แก่ การให้ความสำคัญและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบทบัญญัติอิสลาม การโกนผมไฟและบริจาคนมให้แก่ทารกเมื่อทารกอายุครบ 7 วันโดยการเชือดสัตว์ (อาเก๊ะ) และแจกจ่ายเพื่อเป็นอาหารต่อไป และการเปิดปากทารกด้วยผลอิหฺลาลัม (ตะหนัก) เป็นต้น (ดรัมชี สาและ และ สุสนาดอเลาะ, 2557; ปริญญา ประหยัดทรัพย์, 2554) และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองและการปกครอง เนื่องด้วยสามจังหวัดชายแดนใต้ มีพื้นที่ติดกับประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีประชากรบางกลุ่มที่มี 2 สัญชาติ และไม่มีสัญชาติแต่สามารถอาศัยตามขอชายแดนทั้ง 2 ประเทศ ซึ่งหากทารกมี 2 สัญชาติหรือไม่มีสัญชาตินั้น อาจมีผลต่อทารกในด้านสิทธิต่างๆ ที่ทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ อาทิเช่น สิทธิการเรียน การรักษา เป็นต้น (อนุวัติ สงสม, 2549) ดังนั้นเพื่อให้ทารกมีสิทธิตามกฎหมาย จึงควรได้รับการแจ้งเกิดและการมีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้าน เป็นต้น เห็นได้ว่าหากทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานย่อมส่งผลให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นอกจากนี้ การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องได้รับการเลี้ยงดูที่ดีจากผู้ดูแล และการที่ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมเลี้ยงดูที่ดีจะต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาส

ได้รับความรู้ ทราบถึงแหล่งความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูทารก พัฒนาการทารก และสามารถเลือกสรรสื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูทารก (Isaranurug, Nanthamongkolchai, & Kaewsiri, 2005) ประสบการณ์การเลี้ยงดู เนื่องจากผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์จะทำให้ทราบว่าในช่วงวัยนี้ต้องการหรือไม่ต้องการสิ่งใด และลักษณะกิจกรรมที่จัดให้ทารกมีผลต่อพัฒนาการต่อไปหรือไม่ (Mercer, 2004) รายได้ครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลที่มีรายได้ในการจุนเจือครอบครัวมาก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีทางเลือกในการเลือกสิ่งที่ดีให้ทารก ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุภากรณ์ โตะชอ, 2551) (2) แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อบุคคล ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียดได้ดียิ่งขึ้น (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งผู้ดูแลที่ต้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ย่อมมีความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยและสภาพทารกที่อ่อนแอ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการดูแลทารกเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ลำบาก ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียด และนำไปสู่พฤติกรรมการแสดงบทบาทการดูแลที่ดียิ่งขึ้น (ปวีรชาติ บัวหลวง, 2552) และ (3) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่คาดหวัง บุคคลนั้นจะต้องเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นได้ ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองว่าสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสมแล้ว ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลทารกที่ดีและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทารกที่ดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ประกอบด้วย จังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา เป็นจังหวัดที่มีอูมามเป็นเอกลักษณ์ทั้งในด้านศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีชีวิต และเป็น

จังหวัดที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างของครอบครัวจากสถานการณ์ความสงบที่เกิดขึ้น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ นี้จะเป็นประโยชน์เพื่อนำผลวิจัยนี้ไปสู่แนวทางการพัฒนาการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

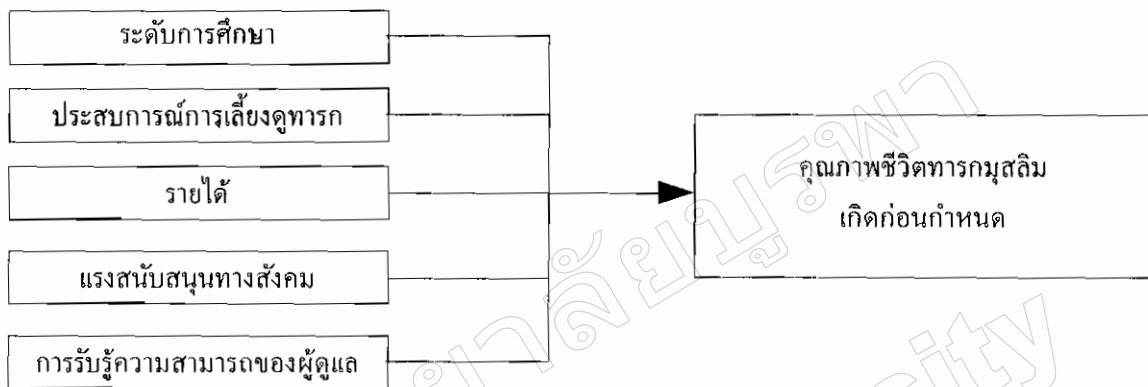
เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก รายได้) แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึงทารกมุสลิมที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งการวิจัยนี้ได้ศึกษาตามกรอบแนวคิดสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กและเยาวชนของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2533) ที่สะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชน ซึ่งกำหนดเกณฑ์ทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย (2) ด้านพัฒนาการต่างๆ ทุกด้าน (3) ด้านการศึกษา (4) ด้านวัฒนธรรม (5) ด้านความแข็งแรงของร่างกาย โดยเน้นในด้านพัฒนาการของกล้ามเนื้อใหญ่เป็นส่วนใหญ่ (6) ด้านการเตรียมตัวเข้าสู่อาชีพ (7) ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานด้านการเมืองและการปกครอง เป็นต้น แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ที่มีความเกี่ยวข้องมากที่สุดเพียง 1 ด้าน ดังนี้ (1) โภชนาการและสุขภาพอนามัย (2) พัฒนาการ (3) วัฒนธรรม และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง นอกจากนี้การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับการศึกษา, ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก, และรายได้ของครอบครัว ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความอดทนในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูทารกได้ โดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ คอนนี และลาซารัส (Schaefer,

Coyne, & Lazarus, 1981) ตลอดจนการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมใดๆ (Bandura, 1997) ให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบการทำนาย (predictive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้นคือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกและรายได้ (2) แรงสนับสนุนทางสังคม และ (3) การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตทารก เกิดก่อนกำหนดมุสลิม โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับบริการสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด อายุ 1-12 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา มีคุณสมบัติ ดังนี้

**ทารกเกิดก่อนกำหนด**

1. เกิดเมื่อมารดามีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์
2. มีอายุอยู่ระหว่าง 1-12 เดือน
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการรักษาเป็นพิเศษ ได้แก่ โรคหัวใจ ปอด สมองพิการปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น

**ผู้ดูแล**

1. เป็นผู้ดูแลทารกเป็นหลักขณะอยู่ที่บ้าน เช่น พ่อ แม่ ตา ยาย ปู่ ย่า พี่เลี้ยง หรือญาติ เป็นต้น และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับทารก
2. สามารถฟังคำถามเข้าใจ อ่านภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

**การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตร (Thorndike, 1987 อ้างตามบุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร,

2551) คือ  $n = 10K + 50$  (K คือ ตัวแปรที่ศึกษาทั้งปัจจัยอิสระและตัวแปรตาม = 6) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 110 คู่

เก็บข้อมูลตามสัดส่วนที่เท่ากันโดยการสุ่มรายชื่อทารกที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี คือ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวนโรงพยาบาลละ 40 คู่ รวมทั้งสิ้น 120 คู่ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ พบว่ามีข้อมูล 2 คู่ ที่ไม่สมบูรณ์จึงตัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่นำมาคำนวณมีทั้งสิ้น 118 คู่

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ชุดที่ 1:** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับทารก และประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ อายุปัจจุบัน อายุที่ปรับแล้ว น้ำหนักและความยาวแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และระยะเวลาที่ทารกอยู่โรงพยาบาลหลังคลอด

**ชุดที่ 2:** แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือจากสังคมที่ผู้ดูแลได้รับขณะดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดของเชฟเฟอร์ คอนนี และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม มีคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ (1) อารมณ์ (2) ข้อมูลข่าวสาร (3) ทรัพยากร ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยแบบสอบถามมีค่าคะแนนดัชนีความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

**ชุดที่ 3:** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลว่าสามารถ

ให้การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกได้อย่างเพียงพอ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) โภชนาการและสุขภาพอนามัย (2) พัฒนาการ (3) วัฒนธรรม และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองและการปกครอง แบบสอบถามมีลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแบบสอบถามนี้มี ค่าคะแนนดัชนีความตรงของแบบสอบถามและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากันคือ .83

ทั้งนี้การแปลผลคะแนนเพื่อหาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ได้จากการคำนวณหาผลต่างระหว่างค่าสูงสุดและต่ำสุดของค่าเฉลี่ย ถ้านำค่าคะแนนที่ได้หารด้วยจำนวนชิ้น (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2551) ถ้านำผลคะแนนเฉลี่ยที่ได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ โดยช่วงคะแนนเฉลี่ยแต่ละระดับเป็น 1.33 คะแนน ได้ทั้งหมด 3 ระดับ คือ น้อย (คะแนน 0.00 - 1.33) ปานกลาง (คะแนน 1.34-2.66) และมาก (คะแนน 2.67-4.00)

**ชุดที่ 4:** แบบสอบถามคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็กและเยาวชน ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (2533) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) โภชนาการและสุขภาพอนามัย (2) พัฒนาการ (3) วัฒนธรรม และ (4) สิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองการปกครอง ทั้งนี้เนื้อหาแต่ละในแบบสอบถามนี้สอดคล้องกับแบบสอบถามชุดที่ 3 ข้างต้น แตกต่างที่แบบสอบถามนี้เป็นการปฏิบัติจริงของผู้ดูแลต่อทารก โดยแต่ละข้อให้คะแนนตามความถูกต้องในการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คะแนน 0 หมายถึงไม่ถูกต้อง คะแนน 1 หมายถึงถูกต้องบางส่วน และ คะแนน 2 หมายถึงถูกต้องทั้งหมด จากนั้น

รวมคะแนนทั้ง 20 ข้อ คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-40 แล้วนำมาหารระดับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดโดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับดีคือคะแนนการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารก ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนเท่ากับ 32 ขึ้นไป) (2) ระดับไม่ดี คือคะแนนการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทารก น้อยกว่าร้อยละ 80 (คะแนนต่ำกว่า 32) โดยแบบสอบถามมีค่าคะแนนดัชนีความตรงเท่ากับ .80 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก และพยาบาลชำนาญการพยาบาลเด็ก และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือ (Content Validity index: CVI) ในส่วนการหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients)

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ลงวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2557) รวมทั้งโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามเหตุผลได้ตลอด โดยในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะช่วยดูแลทารกเกิดตลอดเวลา

และข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้วิจัยทำการขออนุญาตเก็บข้อมูลแต่ละโรงพยาบาล และแจ้งให้หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าคลินิกสุขภาพเด็กได้รับทราบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ขณะกลุ่มตัวอย่างรอเรียกเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และพากันกลุ่มตัวอย่างไปสถานที่จัดเตรียมไว้ พร้อมของเล่นให้เด็ก ขณะตอบแบบสอบถามจะมีผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแลทารกหากกลุ่มตัวอย่างต้องการ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือคำถามสามารถถามได้ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-60 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ แจ้งการสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยและให้ไปรับบริการตามปกติ

4. ผู้วิจัยทำตามขั้นตอนข้างต้น จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

1.1 ตัวแปรทุกตัวที่วัดอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป ยกเว้น ตัวแปรประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

1.2 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทดสอบ ใช้เกณฑ์  $r < .65$  (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2551) ผลพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างกันในระดับน้อย ( $r < .65$ )

1.3 ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ จากค่าการวิเคราะห์ Durbin-Watson มีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ผลพบว่าได้เท่ากับ 1.589

1.4 ข้อมูลตัวแปรต้องกระจายแบบโค้งปกติทุกตัว พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรม (Histogram) ผลพบว่าได้ข้อมูลการกระจายแบบโค้งปกติ

## 2. วิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม โดยการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple re-

gression analysis)

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.2) การศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 32.2 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32.2 อายุเฉลี่ย 26.23 ปี ( $SD = 1.50$ ) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.1 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,563.45 บาท ( $SD = 122.50$ ) ความสัมพันธ์กับทารกส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 32.2) รองลงมาคือยายหรือย่า (ร้อยละ 23.3) และมีประสบการณ์การเลี้ยงทารกมาก่อน ร้อยละ 76.3

1.2 ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.9) อายุครรภ์เฉลี่ย 33.04 สัปดาห์ ( $SD = 2.53$ ) ปัจจุบันอายุเฉลี่ย 8.4 เดือน ( $SD = 2.60$ ) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,905 กรัม ( $SD = 414.17$ ) ความยาวแรกเกิดเฉลี่ย 37.59 เซนติเมตร ( $SD = 3.13$ ) มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 44.07) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (ร้อยละ 22.5) ส่งผลให้ต้องรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อเนื่องหลังคลอดระยะเวลาระหว่าง 15-30 วัน (ร้อยละ 39.83) และรองลงมาคือ 31-60 วัน (ร้อยละ 26.7)

2. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 2.75, SD = 0.70$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านและโดยรวม ( $n = 118$ )

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	$SD$	ระดับ
1. ด้านอารมณ์	2.82	0.74	มาก
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.95	0.68	มาก
3. ด้านทรัพยากร	2.47	0.89	ปานกลาง
โดยรวม	2.74	0.70	มาก



3. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลโดยรวม ดังแสดงในตารางที่ 2 อยู่ระดับมาก ( $\bar{X} = 2.79$ ,  $SD = 0.53$ ) รายละเอียด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลรายด้านและโดยรวม ( $n = 118$ )

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	$\bar{X}$	$SD$	ระดับ
1. ด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย	2.64	0.83	ปานกลาง
2. ด้านพัฒนาการ	2.95	0.39	มาก
3. ด้านวัฒนธรรม	2.73	0.58	มาก
4. ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง	2.68	0.82	มาก
โดยรวม	2.79	0.53	มาก

4. คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน แต่ละด้าน ดังนี้ (1) ด้านโภชนาการและอนามัย ส่วนใหญ่ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 65.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.97 ( $SD = 1.544$ ) (2) ด้านพัฒนาการ ส่วนใหญ่ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 57.5) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.64 ( $SD = 1.047$ ) (3) ด้านวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 58.86) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.24 คะแนน ( $SD = 1.626$ ) และ (4) ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง ส่วนใหญ่ทารกได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน (ร้อยละ 81.35) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.14 ( $SD = 1.064$ ) เมื่อวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่าอยู่ในระดับดี จีมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.00 ( $SD = 3.50$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมรายด้านและโดยรวม ( $n = 118$ )

คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด	ร้อยละการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน			$\bar{X}$	$SD$
	ครบถ้วน	บางส่วน	ไม่ถูกต้อง		
1. ด้านโภชนาการและอนามัย	65.2	27.9	6.9	13.97	1.544
2. ด้านพัฒนาการ	57.5	38.9	3.6	6.64	1.047
3. ด้านวัฒนธรรม	58.86	32.84	8.3	9.24	1.626
4. ด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง	81.35	18.65	0	3.14	1.064
คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวม				33.00	3.05

5. ระดับการศึกษาและการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .601$ ,  $p < .001$  และ  $r = .547$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนรายได้ ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารก และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ( $n = 118$ )

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระดับการศึกษา	1.00	-.179	-.061	-.125	.431***	.601***
2. รายได้		1.00	.038	.644**	-.018	.013
3. ประสบการณ์เลี้ยงดูทารก			1.00	-.053	.221**	.065
4. แรงสนับสนุนทางสังคม				1.00	-.114	-.063
5. การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล					1.00	.547***
6. คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด						1.00

\*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

6. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม คือ ระดับการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 36.2 ( $\beta = .449$ ) และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.2 ( $\beta = .354$ ) โดยตัวแปรทั้งสองมีอิทธิพลและสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมได้ร้อยละ 46.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{2,117} = 49.706$ ,  $p < .001$ ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ( $n = 118$ )

ตัวแปร	$\Delta R^2$	b	SE-b	Beta	t
Constant		22.197	1.115		19.916***
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	.362	1.020	.172	.449	5.929***
การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล	.102	2.030	.434	.354	4.675***

$F_{2, 117} = 49.706$ \*\*\*  
 $R^2 = .464$ , Adjust  $R^2 = .454$

\*\*\* $p < .001$

#### อภิปรายผล

ผลการศึกษาที่มีประเด็นนำมาอภิปรายดังนี้

1. คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด ในแต่ละด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและอนามัย ด้านพัฒนาการ ด้านวัฒนธรรม และด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐาน

การเมืองและการปกครอง ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน มีร้อยละ 65.2 ร้อยละ 27.9 ร้อยละ 58.86 และร้อยละ 81.35 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังขาดความรู้และขาดความตระหนักในการดูแลและส่งเสริมด้าน

การเจริญเติบโตของร่างกาย โภชนาการ อนามัย และ พัฒนาการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลประมาณร้อยละ 70 ไม่ใช่มารดา จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ดูแลให้การเลี้ยงดูทารกแบบทั่วไป เช่น การให้นม ให้อาหาร โอบกอบ พุดคุยหยอกล้อกับทารกตามปกติ โดยไม่ได้เห็นว่า จะต้องส่งเสริมพัฒนาการเฉพาะด้านแต่อย่างใด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกรีน พิชัยสงคราม, นุชสรา ทวีชัยอินทร์, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, และทวีพรเพ็งมาก (2554) ได้ศึกษาสาเหตุภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กอายุ 0-72 เดือน ชุมชนชายทะเล จังหวัด นราธิวาส พบว่า ผู้ดูแลมักขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินติดตามภาวะขาดสารอาหาร ของทารก จึงส่งผลให้ทารกส่วนใหญ่มีพัฒนาการ การเจริญเติบโตด้านร่างกายล่าช้ากับเกณฑ์ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ มโนวงศ์ (2550) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน และ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดิน พบว่า ในช่วงวัยทารกและวัยหัดเดิน ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้เจริญเติบโตมากกว่าการดูแลพัฒนาการด้านสติปัญญา ซึ่ง ทารกจะร้องไห้เมื่อหิว หรือเปียกและ แต่ไม่สามารถ บอกได้ว่าต้องการการดูแลพัฒนาการด้านอื่นอย่างไร ผู้ดูแลจึงตอบสนองต่อการร้องไห้ของทารกเท่านั้น

ด้านวัฒนธรรม พบว่า ทารกได้รับการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 58.86 ซึ่งทารกได้รับการตอบสนองร้อยละที่ไม่มากนัก ทั้งนี้ มีความเป็นไปได้ว่า เนื่องจากในปัจจุบันนี้ มีการแพร่หลายของวัฒนธรรมต่างๆ ถึงกันได้ง่ายโดยทางสื่อทีวี และอินเทอร์เน็ต ผู้ดูแลอาจจะเลยวัฒนธรรมตาม ศาสนาอิสลามบางอย่างที่ต้องมีค่าใช้จ่ายและพิธีกรรม มาก เช่น การโกนผมไฟและบริจาคทานให้แก่ทารก เมื่อทารกอายุครบ 7 วันโดยการเชือดสัตว์ (ฮาเกาะ) การที่ทารกไม่ได้รับการตอบสนองด้านวัฒนธรรม ธรรมอย่างครบถ้วนอาจไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตของทารกโดยตรง แต่สะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิต

ในปัจจุบันที่ครอบครัวมีความเคร่งครัดต่อการปฏิบัติ ตามหลักศาสนาอิสลามลดลง และเมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้นมาจากครอบครัวนั้นๆ ก็มีแนวโน้มที่จะเป็น ผู้ที่ไม่เคร่งครัดในศาสนาอิสลาม และจะถูกว่ากล่าว จากชุมชนและสังคมมุสลิม นั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต และด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมือง และการปกครอง พบว่าทารกได้รับการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 81.35 ซึ่งทารกได้รับการตอบสนองด้านนี้ในร้อยละที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากปัจจุบันด้วยสถานการณ์ความ รุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้รัฐบาลมีความเข้มงวดในการ ดูแลเกี่ยวกับการให้สัญชาติกับทารกมากขึ้น ทั้งการ แจ้งเกิด การขึ้นชื่อในทะเบียนบ้าน โดยมีการกำหนด เวลาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อทารกมีชื่อในทะเบียนถูก ต้องตามกฎหมาย จึงมีสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ของ ความเป็นคนไทยครบถ้วนที่ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ การรักษาพยาบาล ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจรักษา เหงือกและฟัน การรับภูมิคุ้มกัน และการศึกษาใน โรงเรียนของรัฐเมื่ออายุถึงเกณฑ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกเกี่ยวกับการ ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านวัฒนธรรม และด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานการเมืองและการปกครอง ผลการศึกษานี้ อาจเป็นข้อมูลแรกของคุณภาพชีวิต ของทารกแรกเกิดมุสลิมเกี่ยวกับด้านดังกล่าวนี้

2. ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาและการ รับรู้ความสามารถของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ และ อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตทารกเกิด ก่อนกำหนดมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = 0.464, p < .001$ ) โดยที่ระดับการศึกษามีความ สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r = .60, p < .001$ ) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ( $(R^2 = 0.36, p < .01)$ ) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเลือกสรรสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการ เลี้ยงดูทารกหรือตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ที่เป็น

ประโยชน์ต่อทารก ทั้งการดูแลส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ การเจริญเติบโตทางร่างกาย อาหารโภชนาการ และอนามัยของทารก (Isaranurug, Nanthamongkolchai, & Kaewsiri, 2005) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงโดยเฉพาะทางด้านศาสนาอิสลาม จะมีความเข้าใจทั้งในเรื่องของวัฒนธรรมตามหลักอิสลาม กฎหมาย และสิทธิสวัสดิการต่างๆ ที่จะดูแลและส่งเสริมให้ทารกได้มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงทั้งด้านศาสนาและสามัญ จะมีบทบาทในการเลี้ยงดูทารกได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ยิ่งในผู้ดูแลที่เรียนศาสนาระดับสูง ผู้ดูแลจะสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องศาสนาดังกล่าวมาเลี้ยงดูทารกส่งผลให้ทารกมีสุขภาพะ โภชนาการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการที่ดีได้ในอนาคต (พิยชอล มะหะหมัด, ปราณี ทองคำ, และมารุต ดำชะอม, 2551) และสอดคล้องกับการศึกษาของเฮส ทีดี และฮุสเซิ์ เกรนเดน (Hess, Teti, & Hussey-Gardner, 2004) ที่ได้ศึกษาในผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ในการดูแลทารกในประเด็นต่างๆ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยได้ดี

การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .55, p < .001$ ) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ( $R^2 = 0.10, p < .01$ ) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมตอบสนองความต้องการพื้นฐานในระดับดีด้วย ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา เนื่องจากการรับรู้ความสามารถนำไปสู่ความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตทารกที่ดีขึ้น (อุทัยวรรณ สกกวสันต์, พิชยพรณ์ กลั่นกลิ่น, และ

ปริศนา สุนทรไชย, 2550) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถแล้ว ผู้ดูแลก็จะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการและกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวัง (Bandura, 1997) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความอดทน อดสาหะ และกระตือรือร้น ที่กระทำพฤติกรรมเพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ พัฒนาการเหมาะสม มีภาวะโภชนาการและอนามัยที่ดี (วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550) นอกจากนี้ผู้ดูแลจะสามารถตอบสนองต่อกิจกรรมต่างๆ ตามวัฒนธรรมประเพณี และรักษาสิทธิและสวัสดิการสำหรับทารกอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทารกที่เหมาะสมครบถ้วนทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 76.3 มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมาก่อน ทำให้ได้เรียนรู้ถึงพัฒนาการธรรมชาติของทารกที่ผ่านมา และมีความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดได้มากขึ้น ตลอดจนการที่ผู้ดูแลได้รับกำลังใจ หรือคำแนะนำในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสมนั้น ก็จะเป็นแรงสนับสนุนหนึ่งที่ทำให้การรับรู้ความสามารถและมีพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเหมาะสมมากขึ้น (รุ่งนพนันท์ เขียวสุาประเสริฐ และ นุจรี ไชยมงคล, 2555)

3. ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูทารก รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ประสิทธิภาพการเลี้ยงดูทารกไม่มีความสัมพันธ์เนื่องจาก การเลี้ยงดูทารกของผู้ดูแลที่ผ่านมามีตามประสิทธิภาพอาจเป็นการเลี้ยงทารกทั่วไป ไม่ใช่การเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด และผู้ดูแลอาจเลี้ยงดูตามความต้องการที่ทารกแสดงออก เช่น ร้องไห้ หิว หรือต้องการให้อุ้ม โดยอาจไม่ได้เน้นการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ การให้อาหารที่ถูกหลักโภชนาการสำหรับทารก หรือการดูแลอนามัยแก่ทารก รวมทั้งไม่

ได้เคร่งครัดวัฒนธรรมประเพณี หรือค่านิยมถึงสิทธิ สวัสดิการสำหรับทารก จึงไม่พบความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิมที่ศึกษาใน ครั้งนี้ สำหรับรายได้ก็พบได้ว่า ไม่ว่าผู้ดูแลหรือ ครอบครัวจะมีรายได้มากหรือน้อยอย่างไร ก็ให้ความ รักและให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเท่าๆ กัน หรือไม่แตกต่างกัน และสำหรับแรงสนับสนุนทาง สังคม อธิบายได้ทำนองเดียวกับรายได้ที่ไม่พบมีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดมุสลิม เนื่องจากในชุมชนและบริบทของมุสลิมในพื้นที่สาม จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัด นราธิวาส ปัตตานี และ ยะลา ส่วนมากเป็นลักษณะครอบครัวขยาย และบ้าน อยู่ในละแวกใกล้เคียงกัน มีการช่วยเหลือ ดูแล และไป มาหาสู่กันอยู่ตลอดเวลา จึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในการ ศึกษาครั้งนี้ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ และ บุคคลอื่น ในเรื่องของข้อมูล การช่วยเหลือด้านการเงิน และอื่นๆ พอดี กัน

#### ข้อเสนอแนะ

##### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพล ต่อคุณภาพชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนดคือ ระดับการศึกษา ทั้งนี้การที่จะเพิ่มระดับการศึกษาอาจทำได้ยาก แต่อย่างไรก็ดี พยาบาลและผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควร ส่งเสริม สนับสนุน และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะ เรื่องการเลี้ยงดูทารก ทั้งในเรื่องของการส่งเสริม พัฒนาการด้านต่างๆ โภชนาการและอนามัยสำหรับ ทารก การปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณี และสิทธิ สวัสดิการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและ ครบถ้วน

2. จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตทารก เกิดก่อนกำหนดในด้านพัฒนาการมีร้อยละคะแนน ของการตอบสนองความต้องการพื้นฐานน้อยสุด ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรู้ และสร้าง

ความตระหนักให้กับผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการ ทารกในทุกด้านเพิ่มขึ้น

##### การทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความ สามารถของตนเองของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อคุณภาพ ชีวิตทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นการวิจัยขั้นต่อไป จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของ ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตของทารกเกิด ก่อนกำหนดที่ดีขึ้น

##### กิตติกรรมประกาศ

ด้วยพระนามของอัลลอฮ์ ผู้ทรงเมตตา กรุณา ปราณี ผู้วิจัยขอขอบคุณในความเมตตาของพระองค์ ที่ทรงให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณสำนัก บริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการ อุดมศึกษาที่มอบทุนสนับสนุนวิจัยนี้ ขอขอบคุณ หน่วยงานส่งเสริมวิจัยและตำรามหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องทุกคน

##### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2555). *อนามัย 55 แบบประเมินพัฒนา การเด็กปฐมวัย (ฝ่ายระวัง) (อนามัย 49 ฉบับ ปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข 2553*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิณา จีระแพทย์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด (พิมพ์ ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ด้านสุทธา.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชน แห่ง ชาติ. (2533). *สภาวะความต้องการพื้นฐาน และ บริการสำหรับเด็ก (สพด.)*. กรุงเทพฯ: อรุณ

การพิมพ์.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดรัมมีชี สาและ และ สุสนา ดอเล้าะ. (2557). การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ตามบทบัญญัติอิสลาม: กรณีศึกษา ครอบครัวมุสลิมในหมู่บ้านนาอะ ตำบลโลกเกียน อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์*, 1(2), 20-29.

ทิพวรรณ เลียบส่อตระกูล. (2551). อนามัยแม่และเด็ก. ใน สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพภาคใต้ (บรรณาธิการ). *ข้อเท็จจริงและสถิติภาวะสุขภาพ สุขภาพภาคใต้ 2551* (หน้า 37-39). สงขลา: ชานเมือง.

ธีรศักดิ์ พงศ์ปรีดิตร. (2552). *แนวทางการพัฒนาสวัสดิการ โดยรัฐสำหรับสตรีมีรายที่ได้รับความกระทบจากในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้*. สารนิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคม สงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สงขลา.

นิตยา คชกักดี, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิวัฒน์ วิรุฬห์พานิช, ปิยะนุช จิตตอนุนท์, โสเพ็ญ ชูนวนล, วรณวิมล เบญจกุล, และคณะ. (2549). *พฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวและชุมชนจังหวัด สตูล*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

บุญใจ ศรีสติถันนรากร. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทาง การพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปารีชาติ บัวหลวง. (2552). *ผลของการเสริมสร้างพลัง อำนาจของผู้ดูแลต่อความเครียดและการแสดง บทบาทผู้ดูแลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย

ขอนแก่น, ขอนแก่น.

ปริญญา ประหยัดทรัพย์. (2554). *หน้าที่ของผู้เป็นแม่ ในอิสลาม*. สืบค้นจาก <http://www.islam-more.com/main/content.php?page=sub&cate-gory=47&id=3089>

พัยชอล มะหะหมัด, ปราณี ทองคำ, และ มารุต คำชะอม. (2551). บทบาทของครอบครัวในการปลูกฝังใน ด้านจริยธรรมแก่เยาวชนในโรงเรียนเอกชนสอน ศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี. *วารสารสงขลา นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 14(1), 35-54.

วันิสา หะยีเซะ, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, และ นุจรี ไชยมงคล. (2557). ผลของโปรแกรมการโอบกอดร่วมกับการอ่านอัลกุรอานของมารดามุสลิมต่อการเจริญ เติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดและความผูกพันรักใคร่ระหว่างมารดา-รก. *วารสารคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 39-51.

วันเพ็ญ มโนวงศ์. (2550). *การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะ แห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็กวัยหัดเดิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

รุ่งนพานันท์ เขียวสุประเสริฐ และ นุจรี ไชยมงคล. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาใน การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากในหอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 20(4), 46-56.

ศิริกรีน พิชัยสงคราม, นุชสรา ทรัพย์อินทร์, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์, และทวีพร เฟ็งมาก. (2554). *สาเหตุ ภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-72 เดือน ชุมชนชายทะเล จังหวัดนครราชสีมา*. รายงานวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์, นราธิวาส.

- สุภาภรณ์ ไต้ชอ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวมุสลิมในจังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, คณะมนุษยและสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- อนุวัต สงสม. (2549). การกระจายรายได้ระหว่างภาคเศรษฐกิจของสามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 14(1), 6-9.
- อุทัยวรรณ สกลวสันต์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และปริศนา สุนทรไชย. (2550). ความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแล. *พยาบาลสาร*, 35(4), 86-97.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infant: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Applied Developmental Psychology*, 25, 423-437.
- Isaranurug, S., Nanthamongkolchai, S., & Kaewsiri, D. (2005). Factor influencing development of children aged one to under six years old. *Journal Medicine Association Thai*, 88(1), 86-90.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Raju, T. N., Higgins, R. D., Strak, A. R., & Leveno, K. J. (2006). Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infant: A summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*, 118, 1207-1214.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(8), 381-406.
- Varaporn, S., Yupayao, S., & Wiboon, K. (2011). Growth and development of very low birth weight infants aged 18-24 Months at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Journal of Medicine Association of Thailand*, 94(3), 101-106.
- World Health Organization. (2006). *The incidence of low birth weight: A critical review of available information*, Health Statistic: World Health Organization Geneva.