

พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบทารก

ปริญญานิพนธ์
ของ
เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

สิงหาคม ๒๕๔๒

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

192322

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญาบัตรฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมามกุล)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมามกุล)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญาบัตรฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสวิมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกูร และคณาจารย์ทุกท่านในภาควิชา สุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร ย้อเผ่าพันธ์ รองศาสตราจารย์วิไล ลีสุวรรณ รองศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ อาจารย์มาร์ริษา เก็บบุญเกิด และพันโทหญิงรัตนาดุ่มเงิน ที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทุกท่านจาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการตอบแบบสอบถามของการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ กรรมการบริหารแผนกการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการทุกท่าน ณ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณารับและแบ่งเบาภาระงานของผู้วิจัย ตลอดจนเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยอย่างดีที่สุด

ขอขอบคุณ คุณอำพัน วิมลวัฒนา คุณนภา ตั้งตระกูล และคุณดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ เพื่อนนิสิตปริญญาโทและน้องรักที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ผู้ที่ทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์แก่ผู้วิจัยตลอดมาตั้งแต่ผู้วิจัยเริ่มศึกษาหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จนถึงปัจจุบัน คือ คุณพ่อกิ่ง คุณแม่สายใจ ทองคำ คุณวิจิตร ดิณสุลานนท์ นางสาวใจคนึง ดิณสุลานนท์ และนางสาว พิงใจ ดิณสุลานนท์ สามีและบุตรสาวของผู้วิจัย

เกรียงวีย์ ดิณสุลานนท์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	8
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	37
การวิจัยในต่างประเทศ	37
การวิจัยในประเทศไทย	39
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	45
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	47
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	47
ประชากร	47
กลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	48
ลักษณะของเครื่องมือ	48
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	48
เกณฑ์การให้คะแนน	49
การหาคุณภาพเครื่องมือ	51
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	52
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	52
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	53

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	59
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	59
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	59
ผลการศึกษาค้นคว้า	61
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	76
บทย่อ	76
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	76
วิธีดำเนินการวิจัย	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
สรุปผลการค้นคว้า	77
อภิปรายผล	79
ข้อเสนอแนะ	86
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	87
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	96
ประวัติย่อของผู้วิจัย	127

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงอุณหภูมิเป็นกลางสำหรับทารกตามอายุและน้ำหนัก	21
2	แสดงการตั้งอุณหภูมิผิวหนังบริเวณหน้าท้องในกรณีเมื่อใช้การตั้งอุณหภูมิ ที่ผิวหนังของตู้บทารกหรือเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี	30
3	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	47
4	จำนวนและค่าร้อยละของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการอบรมเกี่ยวกับทารก เกิดก่อนกำหนด	61
5	คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการ ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก	63
6	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกของ พยาบาล จำแนกตามอายุ	64
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาล ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก จำแนกตามอายุ	65
8	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกของพยาบาล จำแนก ตามอายุ (ปี)	66
9	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกของพยาบาล จำแนก ตามอายุ (ปี)	67
10	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก จำแนก ตามสถานภาพการสมรส	68
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกของพยาบาล จำแนกตาม สถานภาพการสมรส	69

12	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลบุตร	70
13	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของ พยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	71
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตาม ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	72
15	เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตาม ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	73
16	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการ ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำแนก ตามการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด	74
17	การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล	75

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงผลของการเกิดภาวะตัวเย็น	24
2 แสดงความสมดุลของการสูญเสียความร้อนและการสร้างความร้อนในทารก เกิดก่อนกำหนด	38
3 แสดงความสัมพันธ์ของอุณหภูมิเป็นกลางและอายุของทารกเกิดก่อนกำหนด 2 กลุ่ม	39
4 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	45

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540 - 2544) เน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง การพัฒนาที่ท้าทายต่อการอยู่รอดของระบบเศรษฐกิจและความมั่นคงของสังคมไทยในอนาคต คือการพัฒนาคน ซึ่งหมายถึงการพัฒนาคุณภาพและสมรรถนะของคนไทยให้สามารถ มีความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ ที่จะเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน สังคม และของประเทศชาติ ในที่สุด และในอนาคตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ก็ยังคงกล่าวถึงการเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเช่นเดิม และทางด้านการบริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไปก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเชิงรุกมากกว่าการให้บริการ เมื่อมีการเจ็บป่วยแล้วอยู่ในสถานพยาบาล เพราะค่าใช้จ่ายต่อการรักษาพยาบาลจะสูงมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคไอ เอ็ม เอฟ (IMF) ซึ่งเกิดความล้มเหลวทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงที่ประเทศเรากำลังเผชิญอยู่ขณะนี้ก็ยิ่งมีความจำเป็นต่อการรุกทางสุขภาพอย่างยิ่งเพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายต่อการรักษาพยาบาลและเพื่อความ สุขสมบูรณ์ทางสุขภาพของประชาชนถ้วนหน้าด้วยเช่นกัน

การที่คนจะมีคุณภาพที่ดีนั้น เรื่องสุขภาพถือว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ที่จะต้องมีการเสริมสร้างให้ทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญคือ สนับสนุนให้มีบริการตรวจสุขภาพแก่กลุ่มสมรสก่อนแต่งงาน ก่อนการมีบุตร และอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ การใช้การวางแผนครอบครัวสำหรับป้องกันและคัดกรองโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อในครรภ์ ความพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ได้ทารกที่สมบูรณ์ นอกจากนั้นยังมีการส่งเสริมบริการสุขภาพอนามัยเพื่อพัฒนาการของทารกและคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดา (สาธารณสุข กระทรวง. 2540 : 5 - 6)

ดังนั้นการพัฒนาคน จำเป็นต้องดูแลสุขภาพของมารดาและทารกตั้งแต่เริ่มต้นการปฏิสนธิ ขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ตลอดจนการบริหารจัดการหลังคลอด โดยงานพัฒนาคนจากจุดเริ่มต้นนี้อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐบาลและเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของมารดาและทารกซึ่งครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศคือ กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยหน่วยงานดังกล่าวเน้นถึงความครอบคลุมการบริการอนามัยแม่และเด็กเพื่อที่จะลดอัตราตายของมารดาและทารก จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ผ่าน ๆ มาพบว่าประสบความสำเร็จ

สำเร็จเป็นอย่างดี เพราะสามารถลดอัตราการตายของทารกจาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ช่วงปี พ.ศ. 2507 - 2508 ลงมาเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน พบว่าอัตราการตายของทารกเป็น 26.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (วัลลภ ไทยเหนือ. 2539 : 17) และได้มีการตกลงร่วมกันของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล กองอนามัยครอบครัว เพื่อใช้ตัวเลขที่สะดวกต่อการชี้วัดให้เป็นอัตราการตายของทารกเท่ากับ 27 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ใน พ.ศ. 2539 เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการตายของทารกปริกำเนิดพบว่าการตายในสภาพต่าง ๆ กันคือ ตายเปื่อยยุ่ย ขาดออกซิเจนขณะคลอด คลอดก่อนกำหนด พิกัดแต่กำเนิด และสาเหตุเฉพาะ จากการศึกษพบว่าสาเหตุของการตายยังสามารถป้องกันได้โดยการใช้เทคโนโลยีในการให้บริการอย่างเหมาะสมทำให้สามารถลดอัตราการตายและบาดเจ็บของทารกปริกำเนิดลงได้ ปัจจุบันแม้ว่าคุณภาพในการดูแลทารกแรกเกิดจะดีขึ้นและทำให้คุณภาพของทารกที่รอดชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นก็ตาม แต่วัยทารกแรกเกิดยังเป็นวัยที่มีการเกิดโรคและตายสูงที่สุด ซึ่งการตายของทารกในขวบปีแรกร้อยละ 70 เกิดขึ้นใน 28 วันของการเกิด (ลัดนา อิมคุนย์. 2536 : 109) จากรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วันต่อการเกิดมีชีพ 1,000 รายของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537 เท่ากับ 3.3 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. 2537 : 56)

การตายของทารกปริกำเนิดพบสาเหตุในการตายส่วนใหญ่ คือ การเกิดก่อนกำหนด ปัญหาที่ก่อให้เกิดการตายของทารกกลุ่มนี้คือ กลุ่มอาการหายใจลำบากจากการขาดสารเซอแฟกแต้น (Surfactant) และการดูแลประจำวัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่สำคัญคือ การควบคุมอุณหภูมิกาย (ธราธิป โคละทัต. 2538 : 50) ดังนั้นการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารกจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดูแล และต้องการความเข้าใจถึงสาเหตุของการสูญเสียความร้อน โดยการนำ การพา การแผ่รังสี และการระเหย ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลทารกจะต้องอยู่บนพื้นฐานการป้องกันการสูญเสียความร้อนทั้ง 4 ทางด้วย (Whaley and Wong. 1987 : 317) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของวอง (Wong. 1993 : 177) ที่ว่าภาวะวิกฤตที่สุดต่อการมีชีวิตรอดของทารกคือ การสร้างความร้อนในร่างกายถึงแม้จะมีความสามารถสร้างได้พอเพียง แต่ก็ยังมีปัจจัยมากมายที่ทำให้เกิดการสูญเสียความร้อน

จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพอนามัยของทารกแรกเกิดจะสัมฤทธิ์ผลนั้นจำเป็นต้องมีผู้ร่วมมือที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลทารกคือ พยาบาลและมารดา ปัจจุบันมีเครื่องมือช่วยในการดูแลอย่างมากมาย แต่การช่วยเหลือทารกด้วยคนที่มีความรู้ และทักษะที่ดีสามารถช่วยชีวิตหรือป้องกันการพิการที่อาจจะเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน (ประสงค์ ตูจินดา. 2525 : 5 - 6) เพราะทารกคือทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศชาติในอนาคต ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนด จำเป็นต้องได้รับการดูแลภายในตู้อบทารกเพราะทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิกายให้คงที่และสม่ำเสมอได้ ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิและสภาพ

แวดล้อมรอบตัวทารก แต่ทารกสามารถปรับตัวได้เฉพาะในช่วงอุณหภูมิและสภาพแวดล้อมที่จำกัดเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกป่วยหรือทารกเกิดก่อนกำหนดเกือบจะไม่สามารถปรับตัวอุณหภูมิกายให้เป็นปกติได้ ดังนั้นการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการปรับสภาพอุณหภูมิแวดล้อมให้เหมาะสมตลอดจนพยายามป้องกันการสูญเสียความร้อนทุกวิถีทางจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้อุณหภูมิกายทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ตลอดเวลาซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดประจำวันเป็นการบริหารทารกที่ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้และทำให้ทารกมีความสุขสบาย มีความสะอาด ลดอัตราการติดเชื้อ การนอนหลับพักผ่อนได้ดี สามารถรับประทานอาหารได้ดีกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และมีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก แต่การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดประจำวันก็มีข้อจำกัดและผลเสียต่อทารกด้วย เช่น การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายโดยตรงจากการนำ การพา การแผ่รังสีและการระเหย จนต้องเผชิญกับภาวะลดต่ำลงของอุณหภูมิกาย หรือภาวะอุณหภูมิกายต่ำซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อทารกได้ เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในตู้อบทารกต้องใช้ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำกิจกรรมการดูแลทุกอย่างต้องกระทำในตู้อบทารกซึ่งรวมถึงการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกายทารกด้วย (เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์. 2540 : 6)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้องมีความรู้เจตคติที่ดีต่อการดูแลทารกเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนได้ ทารกไม่ต้องเผชิญกับภาวะอุณหภูมิกายต่ำ และเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกด้วยแบบแผนและวิธีที่ถูกต้อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เพื่อจะได้ทราบข้อมูลซึ่งจะนำมาเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก และเผยแพร่สู่พยาบาลภูมิภาคด้วยแบบแผนและวิธีที่ถูกต้องและตรงกัน เมื่อพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถดูแลทารกด้วยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีแล้วก็ย่อมจะเป็นกลุ่มบุคลากรที่ช่วยขยายผลในการให้สุขศึกษาแก่ครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมให้กลุ่มประชากรที่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาขึ้นมาเท่าเทียมกับทารกครบกำหนดได้

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ตามตัวแปรต่อไปนี้คือ
 - 2.1 อายุ
 - 2.2 สถานภาพการสมรส
 - 2.3 ประสบการณ์การดูแลบุตร
 - 2.4 ประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 2.5 การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาลวิชาชีพ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขศึกษาในสถานพยาบาลแก่พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยทั่วไป
2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการสร้างมาตรฐานการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ
3. เพื่อประโยชน์แก่พยาบาลภูมิภาคในการนำแนวทางการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแผนเดียวกันกับพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียง 700 เตียงขึ้นไป จำนวน 284 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่ได้รับการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่าง 166 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ คุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 สถานภาพการสมรส
 - 1.3 ประสบการณ์การดูแลบุตร
 - 1.4 ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 1.5 การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์
2. พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกอยู่ในความดูแล
3. ต้อบทารก หมายถึง ตู้ที่สามารถปรับอุณหภูมิแวดล้อมตัวทารกให้เหมาะสมกับทารกตลอดเวลา และทำให้ทารกสามารถควบคุมอุณหภูมิภายในอยู่ในเกณฑ์ปกติเท่ากับ 36.5 - 37 องศาเซลเซียส
4. พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก หมายถึง ความสามารถของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเกี่ยวกับการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกขณะอยู่ในต้อบทารก แบ่งได้ดังนี้

4.1 พฤติกรรมด้านความรู้ หมายถึง ความรู้ การให้แนวคิด และการพัฒนาทางด้านสติปัญญาด้วยเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น การสร้างความร้อนของทารก การสูญเสียความร้อนจากร่างกาย การรักษาสมดุลย์ของการสร้างและการสูญเสียความร้อน และตู้อบทารก

4.2 พฤติกรรมด้านเจตคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ความชอบของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก

4.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกโดยทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก และสามารถประเมินผลได้ว่ากระทำตามเกณฑ์ที่กำหนดของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

5. การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง การดูแลเรื่องทั่วไปในกิจวัตรประจำวันของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่ในตู้อบทารกโดยคำนึงถึงการป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารกเป็นหลัก และป้องกันมิให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ

6. อายุ หมายถึง จำนวนอายุจริงเป็นปีของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 4 ระดับ

6.1 20 - 30 ปี

6.2 31 - 40 ปี

6.3 41 - 50 ปี

6.4 51 - 60 ปี

7. สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แบ่งตามการเปลี่ยนแปลงของประชากร แบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536)

7.1 โสด

7.2 คู่

7.3 หม้าย หย่า แยกกันอยู่

8. ประสบการณ์การดูแลบุตร หมายถึง การมีประสบการณ์ในการดูแลทารกและเด็กซึ่งเป็นบุตรของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด แบ่งเป็น

8.1 มี

8.2 ไม่มี

9. ประสบการณ์ การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง จำนวนปีที่พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเริ่มต้นปฏิบัติงานด้านการดูแลทารกจนถึงปัจจุบัน แบ่งเป็น

9.1 0 - 5 ปี

9.2 6 - 10 ปี

9.3 11 - 15 ปี

9.4 16 - 20 ปี

10. การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง การอบรมทั้งระยะสั้นและระยะยาวจากการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย และชมรมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย แบ่งเป็น

10.1 ได้รับ

10.2 ไม่ได้รับ

11. โรงพยาบาลของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สภาอากาศไทย กองทัพ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่มีจำนวนเตียง 700 เตียงขึ้นไป

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดตามหัวข้อดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature neonate) ภฤษณา เฟิงสา (2540 : 9) ได้ให้คำจำกัดความโดยเรียกว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดคือ ทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

ประพุทธ ศิริบุญ (2525 : 58) กล่าวว่า หมายถึงทารกคลอดเมื่อมีอายุในครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (259 วัน) ส่วนใหญ่มักไม่ทราบสาเหตุ มักพบร่วมกับภาวะบางอย่างในมารดา เช่น cervical incompetence การตกเลือดก่อนคลอด ครรภ์แฝด การเจ็บป่วยของมารดา เป็นต้น

แพรวพรรณ นุชภักดี (2533 : 92) ได้ให้คำนิยามของทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งส่วนมากจะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ (2528 : 43) กล่าวว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึงทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ จากการตรวจหาอายุครรภ์โดยไม่จำกัดน้ำหนัก

ฮาร์เปอร์ และยูน (Harper and Yoon. 1987 : 75) กล่าวว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดคือ ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ จากวิธีนับอายุครรภ์โดยคิดจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายก่อนการตั้งครรภ์

ฮอดสัน และทรอง (Hodson and Truog. 1989 : 22) ให้คำจำกัดความว่า คือทารกเกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

ฮอลิเดย์ และคนอื่น ๆ (Halliday and others. 1990 : 44) ก็ได้ให้คำจำกัดความว่าคือ ทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และในทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านี้มากกว่าร้อยละ 90 จะมีน้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์น้อยกว่าปกติ คือเป็นทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight neonate) และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจะยากง่าย มีภาวะแทรกซ้อนตามมามากน้อยขึ้นอยู่กับกลุ่มน้ำหนักที่แตกต่างกันดังผู้ที่เชี่ยวชาญกล่าวไว้คือ

แพรวพรรณ นุชภักดี (2539 : 92 - 93) ได้แบ่งไว้ตามน้ำหนักแรกเกิดของทารกเป็น

1. ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight = LBW) คือ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม
2. ทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก (Very low birth weight = VLBW) คือ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม
3. ทารกน้ำหนักตัวน้อยมากมาก (Very very low birth weight = VVLBW) คือ ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม

กฤษณา เฟิงสา (2540 : 20) ได้กล่าวถึง ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า ทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์คือ ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ ทารกเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ทำให้อัตราตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 3 เปอร์เซ็นต์ โดยมิสาเหตุจากมารดา รก และตัวทารกเอง อาจใช้คำว่า ภาวะขาดการส่งผ่านสารอาหารในครรภ์ (Intrauterine growth retardation = IUGR) แทนคำว่า เอส จี เอ (Small for gestational age = SGA) ได้

ฮอลิเดย์ และคนอื่น ๆ (Halliday and others. 1990 : 44) กล่าวว่า ทารกน้ำหนักตัวน้อยคือ ทารกที่มีน้ำหนักเท่ากับ 2,500 กรัมหรือต่ำกว่า สาเหตุอาจจะจากอายุครรภ์น้อย (คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) หรือการเจริญเติบโตช้า (ตัวเล็กน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ น้ำหนักน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์) หรือทั้งสองสาเหตุร่วมกัน

กฤษณา เฟิงสา (2540 : 21) กล่าวว่า การประเมินอายุครรภ์ บางครั้งมารดาไม่สามารถบอกประวัติประจำเดือนได้แน่นอน การตรวจร่างกายทารกโดยอาศัยลักษณะภายนอก ประกอบการตรวจทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะช่วยบอกอายุครรภ์ได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น ซึ่งมีหลายวิธีที่นิยมใช้ขณะนี้คือ วิธีของ บาลลาร์ด (Ballard) ซึ่งดัดแปลงจากวิธีของ ดูโบวิทซ์ (Dubowitz) โดยใช้ลักษณะภายนอก 6 อย่าง และการตรวจทางระบบประสาท 6 อย่าง ช่วยบอกอายุครรภ์ได้ทั้งทารกปกติและทารกที่ป่วย แต่มีข้อจำกัดสำหรับทารกอายุครรภ์น้อยมาก ๆ จึงได้มีการขยายการตรวจอายุครรภ์ โดยวิธีของบาลลาร์ดแบบใหม่ โดยจะมีคะแนนทางด้านติดลบ ทำให้บอกอายุครรภ์ทารกได้แม่นยำขึ้น แม้กระทั่งในอายุครรภ์น้อยกว่า 26 สัปดาห์

วัลลภ ไทยเหนือ (2538 : 32) กล่าวว่า เมื่อทราบอายุครรภ์ของทารก ทารกกลุ่มที่ต้องให้การดูแลรักษา คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดเพราะจากการศึกษาอัตราตายของทารกปริกำเนิด (Perinatal mortality) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่เริ่มมาตั้งแต่ต้นแผน 7 จนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือขึ้นตามลำดับนั้น ได้แสดงสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดในปี พ.ศ. 2537 ไว้ดังนี้คือ การตายเปื่อยยุ่ย ร้อยละ 25.1 ภาวะการขาดออกซิเจน ร้อยละ 20.8 การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 16.8 ความพิการแต่กำเนิดร้อยละ 14.9 สาเหตุเฉพาะร้อยละ 5.4

ธราธิป โคละทัต (2538 : 49) กล่าวว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยเป็นทารกกลุ่มเสี่ยงที่พบได้บ่อย และจะเป็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศต่อไปในอนาคตการเกิดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารก 1 ใน 3 อันดับแรก ปัจจุบันแม้ว่าจะมีเทคโนโลยีใหม่ ๆ รวมทั้งมีการใช้สารเซอแฟคแทนที่สังเคราะห์ขึ้น (Artificial surfactant) ทำให้ทารกรอดชีวิตมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยาระงับการเจ็บครรภ์ (Tocolytic drugs) รวมทั้งการใช้ยาเร่งการเจริญเติบโตของปอดในระยะก่อนคลอด น่าจะเป็นวิธีที่ช่วยลดอัตราการตายของทารกเกิดก่อนกำหนดให้ต่ำลงได้ ถ้าการคลอดไม่สามารถยับยั้งได้ ควรจัดให้มีการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขึ้นเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก หรือโรงพยาบาลที่มีโรงเรียนแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมีภาวะแทรกซ้อนมากมาย ได้แก่

(แพรวพรรณ นุชภักดี. 2523 : 92)

1. ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Perinatal asphyxia)
2. ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia)
3. กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome = RDS)
4. ภาวะติดเชื้อแรกเกิด (Neonatal sepsis)
5. ภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia)
6. ภาวะหลอดเลือดหัวใจดักตัส อาร์เทอริโอซิสเปิด (Patent ductus arteriosus = PDA)
7. หยุดหายใจ (Apnea)
8. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Complication of ventilator) เช่น กลุ่มอาการอากาศรั่วจากปอด
9. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ออกซิเจน (Complication of oxygen) เช่น โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary dysplasia = BPD)
10. ภาวะตาบอดในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity = ROP)
11. ปัญหาทางโภชนาการและการให้อาหารและสารน้ำ (Nutrition and Feeding)
12. ภาวะลำไส้ใหญ่อักเสบจากการขาดเลือด (Necrotizing enterocolitis = NEC)
13. ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage = IVH)
14. อื่น ๆ

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อให้มีอัตราการอยู่รอดสูง มีหลักการดูแล 2 ระยะ คือ (ธราธิป โคละทัต. 2538 : 49 - 50)

1. ระยะคลอด

1.1 ป้องกันหรือลดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน

1.2 ป้องกันอันตรายจากการคลอด โดยเฉพาะภาวะเลือดออกภายในโพรงสมอง (Intraventricular hemorrhage) ในทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อัตราการความพิการของทารกกลุ่มนี้สูงขึ้น

1.3 ป้องกันการติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะและให้คลอดในเวลาที่เหมาะสม โดยเฉพาะรายที่มีประวัติน้ำเดินมากกว่า 24 ชั่วโมง ก่อนคลอด

1.4 เร่งการเจริญเติบโตของปอดโดยการให้ยาพวกละอองเตียรอยด์ (Steroid) ในมารดา

2. ระยะหลังคลอด

เพื่อสะดวกในการดูแลอาจแบ่งความยากง่ายของการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักมากกว่า 2,000 กรัม ทารกกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ยกเว้นบางรายที่มีอาการหายใจลำบากจากโรคกลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) ทารกส่วนใหญ่สามารถให้การดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปได้ กลุ่มที่สองคือ ทารกซึ่งมีน้ำหนัก 1,500 - 2,000 กรัม ทารกกลุ่มนี้อาจต้องการการดูแลมากกว่ากลุ่มแรกเพราะพบกลุ่มอาการหายใจลำบาก และความผิดปกติอื่นได้ การรักษาดูแลในโรงพยาบาลระดับจังหวัด กลุ่มที่สามคือ ทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม ทารกกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษเพราะเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากและภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย จึงควรส่งทารกไปรับการรักษาต่อในสถานที่ที่มีอุปกรณ์และความพร้อมที่สามารถให้การช่วยเหลือทารกกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี เช่น โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น การรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดมีหลักสำคัญดังนี้

- 2.1 การควบคุมอุณหภูมิกาย
- 2.2 การดูแลรักษาทางระบบหายใจ
- 2.3 การป้องกันการติดเชื้อ
- 2.4 การให้อาหารเพื่อการเจริญเติบโต
- 2.5 การวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อน
- 2.6 การสร้างใยสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน และต้องการการช่วยฟื้นชีวิตมากกว่าทารกที่เกิดครบกำหนดโดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 34 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม ทารกเหล่านี้ถ้ามีการขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดเป็นเวลานานจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการช่วยชีวิตทารกเหล่านี้ย่อมมีประสิทธิภาพ ควรให้ทารกพ้นภาวะการขาดออกซิเจนโดยเร็วที่สุด จะช่วยให้ทารกมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นและมีความพิการ

ทางสมองลดลง สิ่งที่ต้องพิจารณาในการช่วยฟื้นชีวิตทารกที่เกิดก่อนกำหนดในระยะก่อนคลอด คือ ถ้าทารกมีอายุครรภ์น้อยมากหรือน้ำหนักแรกเกิดต่ำมากจะมีโอกาสรอดชีวิตน้อย สมควรจะช่วยทุกรายหรือไม่ ควรกำหนดอายุครรภ์หรือน้ำหนักแรกเกิดไว้ ซึ่งการจะช่วยฟื้นชีวิตหรือไม่ นั้น จำเป็นต้องทราบอัตราการรอดชีวิตของทารกในแต่ละกลุ่มอายุครรภ์ หรือแต่ละกลุ่มน้ำหนักแรกเกิดในโรงพยาบาลที่ทารกเกิดเสียก่อนจึงจะบอกได้ว่า ถ้าทารกอายุครรภ์หรือน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเท่าใด จึงไม่สามารถช่วยฟื้นชีวิตเพราะช่วยแล้วทารกก็ไม่สามารถรอดชีวิตกลับบ้านได้ ในกรณีที่ทราบอายุครรภ์ที่ถูกต้องก่อนคลอดและตัดสินใจไม่ทำการช่วยเหลือนั้น ควรพูดคุยอธิบายกับบิดามารดาให้เข้าใจและเห็นด้วยเสียก่อน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดในภายหลัง (สาธิต โหตระกิตย์. 2538 : 60)

แพรวพรรณ วัชรวงศ์กุล (2538 : 62) ได้กล่าวถึงทารกที่น้ำหนักน้อยกว่าความก้าวหน้าของการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (Neonatal intensive care) อย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้เด็กทารกแรกเกิดรอดชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ซึ่งต้องการการดูแลที่เป็นส่วนตัวขึ้นอยู่กับระดับของการพัฒนาและเจริญเติบโตภายในครรภ์ และโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายให้มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยที่สุด

สถิติจำนวนผู้ป่วยสูติกรรม คลอดบุตร ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ ปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 9,018 ราย และมีจำนวนทารกเกิดมีชีพเท่ากับ 7,585 ราย ซึ่งจำแนกตามน้ำหนักแรกเกิดดังนี้คือ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. 2539)

น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	เท่ากับ	564 ราย
น้ำหนัก 2,500 - 2,999 กรัม	เท่ากับ	2,223 ราย
น้ำหนัก 3,000 - 3,499 กรัม	เท่ากับ	3,381 ราย
น้ำหนัก 3,500 - 3,999 กรัม	เท่ากับ	1,202 ราย
น้ำหนักมากกว่า 3,999 กรัม	เท่ากับ	215 ราย

และในจำนวนนี้เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 631 ราย

สำหรับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราการตายของทารกระยะต้น (Early neonatal mortality) เท่ากับ 3.2 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย สาเหตุการตายของทารกระยะต้นที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม จะเป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดก่อนกำหนด และความพิการแต่กำเนิด อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของประเทศไทยประมาณร้อยละ 10 (กฤษณา เพ็งสา. 2540 : 1 - 2)

การสร้างความร้อนในร่างกายทารก

ทารกในครรภ์มารดาสร้างความร้อนจากแหล่งพลังงานที่ได้รับจากมารดาผ่านรกและสายสะดือรวมทั้งการเผาผลาญภายในร่างกายทารกด้วย การอาศัยปัจจัยภายนอกในร่างกายทารกจากมารดาเกิดขึ้นระยะแรกของการเจริญเติบโตตั้งแต่ระยะการแบ่งเซลล์เพื่อเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ไปจนเริ่มสร้างอวัยวะต่างๆจนถึงอวัยวะเหล่านั้นเริ่มทำงาน (เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ไคโรกระตุก และการทำงานของกล้ามเนื้อ) ล้วนต้องการสารอาหารและแร่ธาตุต่างๆจากมารดาใช้ในการดำเนินชีวิตขณะอยู่ในครรภ์ (Baumgart. 1996 : 401)

ประมาณการจากการศึกษาตรวจวัดแคลอรีในลูกแกะ ทำให้สามารถทราบจำนวนแคลอรีที่ทารกแรกเกิดใช้ในการสร้างความร้อนอยู่ระหว่าง 33 - 47 แคลอรี/กิโลกรัม/นาทิตั้งแต่ความร้อน 2.3 - 3.3 วัตต์/กิโลกรัม) บางครั้งความร้อนนี้จะแพร่กระจายจากผิวหนังไปสู่หน้าอกและผนังของมดลูกประมาณได้น้อยกว่าร้อยละ 20 ความต่างของอุณหภูมิกายของมารดาและทารกเกิดจากการถ่ายเทความร้อนจากทารกไปสู่มดลูก และสิ่งสำคัญที่สุดที่จะขัดขวางการสร้างความร้อนของทารกคือ จำนวนเลือดที่ไหลผ่านรก ได้มีการค้นพบว่าความแตกต่างของอุณหภูมิระหว่างมารดาและทารกเท่ากับ 0.45 - 0.5 องศาเซลเซียส จะทำให้เกิดความแตกต่างของระบบไหลเวียนเลือดดำและเลือดแดงสู่ระบบไหลเวียนเลือดในสายสะดือของทารกที่จะนำไปสร้างความร้อนขณะเป็นทารกในครรภ์

สุนทร ชัยเผ่าพันธ์ (2539 : 13 - 14) ได้กล่าวว่า การสร้างพลังงานความร้อนของร่างกายทำได้ 2 วิธี วิธีแรกโดยการหดตัวของกล้ามเนื้อและการหนาวสั่น (Physical thermogenesis) ซึ่งทารกแรกเกิดทำได้ไม่ดี วิธีที่สองเป็นการสร้างความร้อนโดยทางเคมี (Chemical thermogenesis) จากแหล่งพลังงานที่เป็นไขมันสีน้ำตาล ซึ่งมีประมาณร้อยละ 2-6 ของน้ำหนักตัว โดยความเย็นจะกระตุ้นให้มีการหลั่งนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซึ่งจะเพิ่มการทำงานของไลเปส (Lipase) มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีในเซลล์ไขมันสีน้ำตาล ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) จะถูกสลายเป็นกลีเซอรอล (Glycerol) และกรดไขมันที่ไม่ถูกเปลี่ยนให้เป็นเอสเตอร์ (Nonesterified fatty acids = NEFA) และมีพลังงานความร้อนเกิดขึ้น เอ็น อี เอฟ เอ (NEFA) นี้จะถูกออกซิไดซ์เป็นน้ำและคาร์บอนไดออกไซด์ หรือถูกรีเอสเตอริไฟด์ (Reesterified) เป็นไตรกลีเซอไรด์ ขบวนการออกซิเดชัน ฟอสโฟไรเซชัน (Oxidative phosphorylation) นี้ จำเป็นต้องใช้ออกซิเจนและกลูโคสด้วย ถ้าจำเป็นทารกสามารถสร้างพลังงานในรูปของความร้อนได้เพิ่มเป็น 2 เท่า แต่การสร้างความร้อนโดยทางเคมีอาจทำได้ไม่ดีนักในทารกป่วยมีภาวะขาดออกซิเจน ออกซิเจนน้อย หรือทารกที่คลอดจากมารดาได้รับยาระงับประสาท และในระยะ 12 ชั่วโมงแรกของชีวิต นอกจากการปรับตัวทางสรีรภาพแล้ว ทารกยังมีการปรับตัวพฤติกรรมเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่จะตื่นหรือมีอาการกระสับกระส่ายเมื่อถูกความเย็น แต่เนื่องจากทารกมักจะนอนเสียส่วนใหญ่จึงมีการนอนงอตัวเมื่อถูกอากาศเย็น

การนอนในระยะหลับสนิท (Active sleep) จะยาวขึ้น เพื่อลดการสูญเสียและเพิ่มการสร้างพลังงาน ความร้อนในทารกเกิดก่อนกำหนดก็มีการปรับตัวในตนเองเดียวกัน

บูมการ์ท (Baumgart. 1996 : 403 - 404) ได้กล่าวถึงการสร้างความร้อน เมื่อทารกต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เย็นไว้ดังนี้คือ การตอบสนองต่อความเย็นของทารกแรกเกิดมีมากเพราะไม่มีการฉนวนของกล้ามเนื้อ การผลิตความร้อนในร่างกายโดยกระบวนการทางสรีรจะเป็นสื่อโดยใช้ไขมันสะสมผลิตความร้อนคือ ไขมันสีน้ำตาลที่มีอยู่ตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของทารกคือ บริเวณระหว่างสะบัก ไตรรักแร้ รอบ ๆ ต่อมไทมัส รอบ ๆ กระดูกไขสันหลัง และรอบ ๆ ไต ที่ ๆ มีไขมันสีน้ำตาลจะมีหลอดเลือดมากเพื่อนำความร้อนเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิตส่วนกลาง ลักษณะของเซลล์ไขมันสีน้ำตาลจะมีไมโทคอนเดรียจำนวนมากที่ผนังของเซลล์ประกอบด้วย นอร์อิพิเนฟรินจำนวนมาก และส่วนตอบรับอิพิเนฟริน เมื่อทารกต้องเผชิญกับความเย็น จะมีการกระตุ้นให้เกิดกระบวนการปล่อยความร้อนออกมาจากเซลล์ไขมันสีน้ำตาลโดยการรวมตัวของกรดไขมันและออกซิเจนได้ความร้อนจำนวนพอเหมาะเพื่อต่อสู้กับความเย็นหลังเกิด แต่ในทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถจะทำได้ตั้งแต่เกิด เพราะไขมันสีน้ำตาลและพลังงานที่สะสมไว้สร้างความร้อน หรือการตอบสนองของระบบหลอดเลือดและหัวใจ จากการกระตุ้นของ อุณหภูมิที่ไม่สมบูรณ์ พื้นฐานเหล่านี้ทั้งหมดจะกระทำให้ได้ผลดีที่สุดในระยะที่สามของการตั้งครรภ์ ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดจึงเปราะบางมาก (เจ็บป่วยง่าย) เมื่อเผชิญความกดดันจากความเย็น

กฤษณา เพ็งสา (2540 : 29) ได้สรุปการสร้างความร้อนของทารกไว้ดังนี้คือ ทารกสามารถสร้างความร้อนได้ประมาณ 26 - 30 แคลอรี/กก./นาที่ และสร้างได้สูงสุด 75 แคลอรี/กก./นาที่ ซึ่งน้อยกว่าผู้ใหญ่เล็กน้อย

การสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารก

สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ (2539 : 12 - 13) ได้กล่าวว่า การสูญเสียความร้อนจากร่างกายออกไปสู่สภาพแวดล้อมเกิดขึ้นที่ 2 ระดับ ระดับแรกจากอุณหภูมิภายในไปสู่ผิวหนังและระดับที่สองคือ จากอุณหภูมิผิวหนังไปสู่สภาพแวดล้อม การสูญเสียจะมากน้อย เร็วช้า ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของอุณหภูมิภายในและภายนอก การสูญเสียความร้อนจากผิวหนังไปสู่สภาพแวดล้อมเกิดขึ้นได้จากการนำ (Conduction) การพา (Convection) การแผ่รังสี (Radiation) และการระเหย (Evaporation) ในขณะที่พักผอนทารกครบกำหนดปกติจะมีการสูญเสียความร้อนประมาณ 1 ใน 4 ของพลังงานความร้อนที่สร้างขึ้น โดยการระเหยไปจากลมหายใจ เหงื่อ และการเสียน้ำผ่านทางผิวหนังซึ่งมองไม่เห็น แต่การสูญเสียในท้องคลอดจะมากกว่าเพราะทารกเปียกน้ำ ทารกเกิดก่อนกำหนดจะสูญเสียความร้อนมากกว่า เนื่องจากการเสียน้ำผ่านทางผิวหนังสูงกว่าทารกครบกำหนดถึง 6 เท่า เพราะผิวหนังชั้นบนสุด (Stratum corneum) ยัง

พัฒนาไม่เต็มที่ ทารกแรกเกิดจะสูญเสียความร้อนจากการแผ่รังสีมากที่สุด โดยจะสูญเสียความร้อนของผิวหนังไปสู่อุณหภูมิสภาพแวดล้อมที่ต่ำกว่า และถ้าเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยจะเสียมากขึ้น เนื่องจากมีพื้นที่ผิวหนังมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวประกอบกับมีฉนวน คือไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย การสูญเสียความร้อนโดยการนำ เกิดขึ้นเมื่อผิวหนังของทารกสัมผัสกับพื้นผิวที่เย็นกว่า เช่น ที่นอน เครื่องซักรีดผ้า การสูญเสียความร้อนโดยการพาเกิดขึ้นเมื่อมีกระแสลมที่เย็นพัดผ่านไม่ว่าจะเป็นพัดลมหรือการให้ออกซิเจนใกล้ ๆ กับทารก ซึ่งการสูญเสียดังกล่าวเกิดขึ้นน้อยและสามารถป้องกันได้ง่าย

การสูญเสียความร้อนของทารก เกิดได้ 4 ทางคือ (กฤษณา เพ็งสา. 2540 : 29)

1. การนำ (Conduction) : การเสียความร้อนให้แก่สิ่งที่ทารกสัมผัสโดยตรง
2. การพา (Convection) : การเสียความร้อนให้แก่อากาศที่พัดผ่าน
3. การแผ่รังสี (Radiation) : การเสียความร้อนให้แก่วัตถุที่เย็นกว่าที่อยู่ใกล้เคียง
4. การระเหย (Evaporation) : การเสียความร้อนโดยการระเหยออกจากผิวหนังทารก

และการระเหยออกจากลมหายใจทารก โดยเฉพาะช่วงแรกเกิด

การเสียความร้อนที่สำคัญคือ ทางการระเหยและการแผ่รังสีเนื่องจากทารกตัวเปียก และพื้นที่ผิวหนังต่อน้ำหนักตัวมาก ดังนั้นจึงต้องรีบเช็ดตัวทารกแรกเกิดให้แห้ง

ฮอดสัน และทรอง (Hodson and Truog. 1989 : 31) กล่าวว่า ทารกคือสัตว์เลือดอุ่นที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ทารกพยายามควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ แต่กลไกต่าง ๆ ในร่างกายทำไม่ได้พอเพียง การสูญเสียความร้อนจึงเกิดขึ้น

บูมการ์ท (Boumgart. 1996 : 404 - 407) ได้กล่าวว่า สื่อกลางของการส่งผ่านความร้อนทางสรีรวิทยา (Physical means of heat transfer) ไว่ดังนี้คือทารกแลกเปลี่ยนความร้อนสู่สิ่งแวดล้อมได้ 4 ทาง โดยอาศัยธรรมชาติคือ ดิน น้ำ ลม ไฟ

ดิน โดยวิธีนำจากวัตถุแข็งสู่วัตถุแข็งเมื่อพื้นผิวสัมผัสกัน ในระยะพักพื้นของทารก การนำความร้อนเกิดขึ้นโดยตรงจากผิวหนังที่สัมผัสกับผ้าปูที่นอน

ลม โดยวิธีพาเกิดขึ้นได้ 2 แบบคือ แบบธรรมชาติ และแบบกระทำให้เกิดขึ้น

ไฟ โดยวิธีแผ่รังสี แผ่รังสีความร้อนในแสงอินฟราเรด

น้ำ โดยวิธีระเหย จากผิวหนังทารกที่เปียก (และจำนวนน้อยจากน้ำในร่างกาย เช่น ในทางเดินหายใจ)

จากการเสียความร้อนทั้ง 4 วิธีนี้ จำเป็นต้องเข้าใจว่าเกิดขึ้นมากน้อยจากอุณหภูมิแวดล้อมตัวทารกแต่ละคน แม้ว่าทารก 2 คนได้รับการดูแลในตู้อบทารก และมีสภาพร่างกายคล้ายคลึงกันก็อาจจะใช้อุณหภูมิเป็นกลางที่ไม่เท่ากัน

การนำความร้อน (Conduction) ทารกที่นอนราบปกติบนที่นอนอัตราการเสียความร้อนโดยการนำจะเท่ากับค่าคงที่ของตัวนำความร้อนของสารนั้น ๆ คูณกับพื้นที่ผิวกายทารกที่สัมผัสกับสารนั้นและคูณด้วยค่าของอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปต่อระยะทางของสารนั้น โดยปกติทารกแรกเกิดสามารถสร้างความร้อนขณะพักได้ประมาณ 1.7 วัตต์ต่อกิโลกรัม และเพิ่มขึ้นตามอายุของทารก ถ้าทารกนอนบนที่นอนหนาประมาณ 1 นิ้ว จะเป็นตัวนำความร้อนได้ประมาณ 0.9 วัตต์ต่อตารางเมตร ตัวอย่างเช่น ทารกน้ำหนักแรกเกิด 1,500 กรัม นอนสัมผัสกับที่นอนจะเสียความร้อนโดยการนำประมาณ 0.012 วัตต์ต่ออุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นองศาเซลเซียสของที่นอน คือ เกิดการสูญเสียความร้อนเพียงร้อยละ 0.5 ของการสร้างความร้อน ถ้าอุณหภูมิของที่นอนด้านบนที่สัมผัสทารกเท่ากับ 37 องศาเซลเซียสและอุณหภูมิของที่นอนด้านล่างเท่ากับ 27 องศาเซลเซียสมีความแตกต่างกัน 10 องศาเซลเซียส ทารกจะสูญเสียความร้อนโดยการนำเป็นร้อยละ 5 ของการสร้างความร้อนทั่วร่างกายทารก ดังนั้นถ้าทำให้เกิดความแตกต่างของอุณหภูมิที่นอนด้านบนและด้านล่างเหลือน้อยที่สุดปริมาณความร้อนที่สูญเสียไปก็น้อยมากจนเกือบไม่สูญเสียเลย ในทางตรงกันข้ามถ้าความแตกต่างมากหรือการใช้ที่นอนที่บางมากการถ่ายเทความร้อนโดยการนำก็จะเกิดขึ้นมากกว่า และเมื่อจะพิจารณาเรื่องการสูญเสียความร้อนโดยการนำนอกจากเรื่องความสามารถของการเป็นตัวนำความร้อนของที่นอนแล้วยังต้องพิจารณาการเสียความร้อนโดยทางอ้อมคือการแผ่รังสีร่วมด้วยเสมอ วิธีที่จะหลีกเลี่ยงการเสียความร้อนโดยการนำที่ดีที่สุดคือ การดูแลทารกในตู้อบทารกหรือภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีเพราะที่นอนของเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้ทำด้วยยางลักษณะเป็นโฟมยืดหยุ่นที่หนาмаกจึงเป็นเครื่องป้องกันการถ่ายเทความร้อนที่ดีมาก และเพราะความแตกต่างของอุณหภูมิที่พื้นผิวกายของทารกสัมผัสกับที่นอนกับอุณหภูมิด้านล่างสุดของที่นอนของเครื่องมือทั้งสองชนิดนี้แตกต่างกันน้อยมาก และยังพบจากการศึกษาว่า ถ้าให้ทารกนอนบนตัวนำความร้อนที่ดี เช่น แผ่นโลหะหรืออุปกรณ์ที่ไม่เป็นฉนวนของความร้อนหรือการปล่อยให้เกิดความแตกต่างของอุณหภูมิของที่นอนด้านบนและด้านล่างมีสูงขึ้น การสูญเสียความร้อนหรือการรับความร้อนโดยการนำจะเกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Leblanc. 1992 : 483 - 484)

การพาความร้อน (Convection) ทารกสูญเสียความร้อนโดยการพาได้ 2 ทางคือ ทางที่หนึ่งเกิดจากการส่งผ่านความร้อนจากภายในร่างกายมายังผิวหนังโดยหลอดเลือด การปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเย็นคือ การหลั่งนอร์อิพิเนฟริน ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตัว โดยเฉพาะหลอดเลือดบริเวณผิวหนัง ทำให้การส่งผ่านความร้อนมาสู่ผิวหนังลดน้อยลง การสูญเสียความร้อนสู่สิ่งแวดล้อมก็ลดน้อยลงด้วยเช่นกัน แต่สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะไม่ใช่สาเหตุนี้เสมอไป แต่ประกอบกับการมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย จึงไม่สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนผ่านผิวหนังได้ ทางที่สองคือ การสูญเสียความร้อนจากผิวหนังไปสู่อากาศรอบ ๆ ตัว

ทารก ซึ่งตัวพาความร้อนคือ อากาศ การสูญเสียความร้อนทางนี้มี 2 แบบคือ แบบพาความร้อนโดยธรรมชาติ และแบบพาความร้อนโดยการถูกบีบบังคับซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอก การพาความร้อนแบบแรกเป็นผลของความแตกต่างของอุณหภูมิภายในกับอุณหภูมิแวดล้อม โดยทั่วไปกำหนดไว้ประมาณ 10 องศาเซลเซียส (อากาศ 25 องศาเซลเซียส ผิวหนัง 35 องศาเซลเซียส) เกิดการพาความร้อนที่พื้นผิวของผิวหนัง ซึ่งมีเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ขณะทารกนอนหงายในตู้อบทารก หรือในเตียงทารก การเสียความร้อนโดยธรรมชาติจะเสียจากเซลล์ถึงแม้จะเป็นอากาศอุ่นก็พาความร้อนและความชื้นไปจากพื้นผิวของร่างกายเพราะอากาศอุ่นจะพัดผ่านไปหาอากาศที่เย็นกว่าและทำให้พาความร้อนไปจากเซลล์ของร่างกาย การพาความร้อนจะแตกต่างกันตามลักษณะของเซลล์ที่แตกต่างกัน ลักษณะโครงสร้างของร่างกายที่สัมผัสกับอากาศมีความสำคัญต่ออัตราการสูญเสียความร้อนโดยการพา เช่น ถ้าทารกนอนหงายตัวพื้นที่ผิวที่สัมผัสกับอากาศที่พัดผ่านน้อยกว่าการนอนหงายเหยียด การสูญเสียความร้อนก็จะน้อยกว่า ส่วนการสูญเสียความร้อนโดยการพาแบบที่สองเกิดจากอัตราของมวลอากาศที่พัดผ่านผิวหนังทารกไปตามความยาวของลำตัว การเสียความร้อนแบบนี้จึงขึ้นอยู่กับจำนวนและความเร็วของอากาศที่พัดผ่าน ดังนั้นการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดในตู้อบทั่วไปก็ยังเป็นปัญหาอยู่ แม้ว่าอุณหภูมิของอากาศและอุณหภูมิกายทารกจะใกล้เคียงกันก็ตาม

การส่งผ่านความร้อนโดยการแผ่รังสี (Radiant heat transfer) เป็นสิ่งที่คาดหวังได้น้อยที่สุดในเรื่องของการสูญเสียความร้อนขณะเฝ้าเลี้ยงดูทารก การแผ่รังสีความร้อนเกิดจากการส่งผ่านพลังงานโดยแม่เหล็กไฟฟ้าของรังสีอินฟราเรดจากทารกที่มีร่างกายอบอุ่นไปยังสิ่งอื่น ความแตกต่างของอุณหภูมิภายในเป็นตัวกำหนดโดยตรงต่อการส่งผ่านความร้อนไปยังสิ่งที่ยื่นกว่าการแผ่รังสีจะเป็นการส่งผ่านที่คงที่ (Stefan-Boltzman constant) ในทางฟิสิกส์ระยะทางจากผิวหนังของทารกถึงผนังพลาสติกของตู้อบทารก การสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมโดยพื้นที่ผิวที่ทำนอนของทารก และความแตกต่างของอุณหภูมิภายในกับสิ่งแวดล้อม มีผลต่ออัตราการสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสีอินฟราเรด ลักษณะของตู้อบทารกที่มีผนังชั้นเดียวจะทำให้การส่งผ่านความร้อนจากผิวหนังสู่ผนังของพลาสติกกรอบ ๆ ตัวทารกได้ในระดับสูง และผนังพลาสติกของตู้อบทารกจะส่งผ่านความร้อนไปสู่ภายในห้องและหน้าต่าง เราไม่สามารถทำให้ผนังพลาสติกของตู้อบทารกเป็นสารทึบแสง เพื่อป้องกันการส่งผ่านพลังงานอินฟราเรดได้ และไม่สามารถดูดซับความร้อนโดยการแผ่รังสีจากทารกไว้ได้ เพราะอุณหภูมิที่ผนังของตู้อบทารกไม่ได้ถูกกำหนดไว้เฉพาะอุณหภูมิภายในที่เราตั้งไว้ แต่ยังมีผลจากอากาศรอบ ๆ ห้องเลี้ยงดูทารกแรกเกิดด้วย ซึ่งเย็นกว่าอุณหภูมิตู้อบทารกอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 10 องศาเซลเซียส (ในประเทศอเมริกาและประเทศทางยุโรป แต่สำหรับประเทศไทย ผู้วิจัยคิดจากลักษณะภูมิอากาศจะมีความแตกต่างกันประมาณ 2 - 6 องศาเซลเซียส)

การระเหยในตู้อบทารก (Evaporation in incubators) ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจจะสูญเสียน้ำจำนวนมาก โดยวิธีระเหยจากพื้นที่ผิวกาย ทารกที่ถูกห่อหุ้มด้วยน้ำคร่ำแล้วออกมาเผชิญกับความเย็นในห้องคลอดจะทำให้ทารกสูญเสียความร้อนจากการระเหยได้มากกว่าเพราะผิวหนังที่บางกว่าทำให้ขาดฉนวนป้องกันเนื้อเยื่อ ซึ่งเด็กโตและผู้ใหญ่ทำได้ดีกว่าในการป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย ทารกเกิดก่อนกำหนดเสียน้ำและความร้อนจำนวนมากเนื่องจากอัตราส่วนของพื้นที่ผิวกายต่อมวลในร่างกายมากกว่า ตัวอย่างเช่น ผู้ใหญ่น้ำหนัก 70 กิโลกรัม มีพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร มีอัตราส่วนต่อมวลในร่างกายเท่ากับ 250 ตารางเซนติเมตรต่อกิโลกรัม ในขณะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดหนัก 1.5 กิโลกรัม มีพื้นที่ผิวกายน้อยกว่ามาก แต่กลับมีอัตราส่วนของพื้นที่ผิวกายต่อมวลในร่างกายเป็นส่วนใหญ่ที่มากกว่า และในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยมากคือ น้ำหนัก 500 กรัมหรือต่ำกว่าจะมีอัตราส่วนมากกว่าถึง 6 เท่าของผู้ใหญ่ และมวลสารนอกเซลล์ในทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติมีร้อยละ 80 - 90 คือ น้ำ ดังนั้นทารกที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยไม่มีฉนวนป้องกันผิวหนังที่หนาพอจึงสูญเสียความร้อนมาก

ซีดิน และคนอื่น ๆ (Sedin and others. 1985 : 79 - 96) ได้สรุปการศึกษาที่มีระบบไว้อย่างดีเกี่ยวกับอัตราการสูญเสียผ่านผิวหนัง และการเสียความร้อนโดยการระเหย ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ต่างกันได้รับการดูแลในตู้อบทารกระยะเดือนแรกของชีวิต โดยภาพรวมถูกแสดงไว้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ อายุ 48 ชั่วโมงแรกของชีวิต อาจเสียน้ำมากถึง 60 กรัม/ตร.ซม./ชม. หรือมากกว่า 180 มล./กก./วัน และโดยประมาณ 0.6 แคลอรี/มล. คือการสูญเสียความร้อนไปกับการระเหย ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมาก (น้อยกว่า 1500 กรัม) อาจจะสูญเสียพลังงานมากกว่า 100 แคลอรี/กก./วัน จากการระเหยออกจากผิวหนัง

การควบคุมอุณหภูมิกายของทารก (Thermal regulation in the neonate)

จากการศึกษาของผู้วิจัยเกี่ยวกับความรู้เรื่องการสร้างความร้อน และการสูญเสียความร้อนของร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นสัตว์เลือดอุ่น (Homeotherm) ทำให้ทราบว่าทารกซึ่งมีความเป็นมนุษย์ที่อ่อนแอที่สุด ในระยะการดำเนินชีวิตในโลกจำเป็นต้องรักษาสมดุลของทั้งการสร้างและการสูญเสียความร้อนไว้ให้คงที่เสมอ เพราะถ้าเมื่อใดไม่สามารถรักษาสภาพสมดุลไว้ได้ความเจ็บป่วยหรือแม้แต่ความตายก็อาจจะเกิดขึ้นแก่ทารกได้โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดและหรือทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษากรอบแนวคิดและทฤษฎีของผู้มีความรู้ความชำนาญในเรื่องควบคุมอุณหภูมิกายของทารก และการควบคุมอุณหภูมิแวดล้อมอย่างไรจึงจะสามารถทำให้ทารกมีอุณหภูมิกายปกติได้ตลอดเวลา

สุนทร ฮัฒแผพันธ์ (2539 : 11) กล่าวว่าร่างกายจำเป็นต้องดำรงภาวะอุณหภูมิให้คงที่สม่ำเสมอ เพื่อให้เซลล์และระบบเอ็นไซม์ต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติไม่ว่าสภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงและแตกต่างไปอย่างไร ผู้ใหญ่และเด็กโดยทั่วไปสามารถรักษาอุณหภูมิภายในได้ดีโดยการปรับตัวทางพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงสรีรภาพต่าง ๆ แต่ทารกแรกเกิดยังไม่มีความสามารถที่จะปรับอุณหภูมิภายในให้คงที่สม่ำเสมอ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิและสภาพแวดล้อมมาก แต่สามารถทำได้เฉพาะในช่วงอุณหภูมิสภาพแวดล้อมที่จำกัดเท่านั้น ยิ่งในทารกป่วยหรือเกิดก่อนกำหนดด้วยแล้วเกือบจะไม่สามารถปรับอุณหภูมิภายในให้เป็นปกติได้เลย แม้ว่าอุณหภูมิของสภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยก็ตาม ทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) ได้บ่อย ถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะเกิดผลเสียต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น หายใจลำบาก หยุดหายใจ เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ฯลฯ ทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายสูงขึ้น ดังนั้นการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกป่วยและทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือโดยการปรับอุณหภูมิสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อทารกจะสามารถดำรงอุณหภูมิภายในอยู่ในระดับปกติได้อย่างคงที่สม่ำเสมอ

กฤษณา เพ็งสา (2540 : 29) ได้ให้แนวคิดว่าการควบคุมอุณหภูมิภายในของทารกเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการให้การดูแลทารกโดยให้ทารกอยู่ในอุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลาง (Neutral thermal environment) ซึ่งหมายถึง อุณหภูมิที่ทารกต้องการออกซิเจน และพลังงานน้อยที่สุดที่จะควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้ปกติ โดยถือค่าปกติของอุณหภูมิที่วัดทางผิวหนังเท่ากับ 36-36.5 องศาเซลเซียสและที่วัดทางทวารหนัก เท่ากับ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

สตีเวนสัน (Klaus and others. ; citing Stevenson. 1982 : 515) กล่าวว่า ในทางปฏิบัติแล้ว การจะดูแลเรื่องอุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลางแก่ทารกน้ำหนักตัวน้อยเป็นเรื่องที่ยากมาก การเจริญเติบโตที่ไม่ดีอาจจะเป็นผลสะท้อนจากการนำออกซิเจนไปใช้ไม่ได้ จึงนำพลังงานไปสร้างความร้อนเพื่อคงไว้ซึ่งอุณหภูมิภายในให้คงที่ให้ได้ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิแวดล้อมหรือให้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น จะทำให้การเจริญเติบโตดีขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนแคลอรี

ประพุทธ ศิริบุญ (2525 : 59) กล่าวถึง การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเรื่อง การควบคุมอุณหภูมิภายในว่า อุณหภูมิที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ทารกมีอุณหภูมิภายในคงที่ มีการเสียความร้อนน้อย และมีเมตาบอลิซึมต่ำสุด จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุของทารกในครรภ์ และอายุหลังคลอด กล่าวคืออายุยิ่งน้อยยิ่งต้องการอุณหภูมิสูงกว่าเมื่ออายุมากขึ้น เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติมักใช้น้ำหนักตัวเป็นเกณฑ์ ดังนี้

อุณหภูมิในตู้บสำหรับทารกน้ำหนักต่าง ๆ กัน ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

น้ำหนักตัว (กรัม)	อุณหภูมิ (°ซ)	อุณหภูมิ (°ฟ)
500	36.5 ± 0.5	96.0 ± 0.9
1,000	34.9 ± 0.5	94.9 ± 0.9
1,500	34.0 ± 0.5	93.2 ± 0.9
2,000	33.5 ± 0.5	92.3 ± 0.9
2,500	33.2 ± 0.5	91.8 ± 1.4
3,000	33.0 ± 1.0	91.4 ± 1.8

ฮอดสัน และทรอง (Hodson and Truog. 1989 : 31 - 32) ได้กล่าวถึง การควบคุมอุณหภูมิแวดล้อมให้เป็นกลางสำหรับทารกคือ อุณหภูมิโดยประมาณของอากาศล้อมรอบตัวทารกที่ทำให้ทารกใช้พลังงานน้อยที่สุด เพื่อให้ทำให้อุณหภูมิกายของทารกปกติและคงที่ การนำไปใช้ของออกซิเจนจะเพิ่มขึ้นเมื่ออุณหภูมิเป็นกลางลดต่ำลง อุณหภูมิเป็นกลางโดยประมาณขึ้นอยู่กับน้ำหนัก อายุ และอายุครรภ์ของทารก

ตาราง 1 แสดงอุณหภูมิเป็นกลางสำหรับทารกตามอายุและน้ำหนัก

อายุและน้ำหนัก	อุณหภูมิ	
	เริ่มต้น	ประมาณ
	°ซ	°ซ
0 - 6 ชั่วโมง		
ต่ำกว่า 1,200 กรัม	35.0	34.0 - 35.4
1,201 - 1,500 กรัม	34.1	33.9 - 34.4
1,501 - 2,500 กรัม	33.4	32.8 - 33.8
มากกว่า 2,500 กรัม	32.9	32.0 - 33.8
และมากกว่า 36 สัปดาห์		
6 - 12 ชั่วโมง		
ต่ำกว่า 1,200 กรัม	35.0	34.0 - 35.4
1,201 - 1,500 กรัม	34.0	33.5 - 34.4
1,501 - 2,500 กรัม	33.1	32.2 - 33.8
มากกว่า 2,500 กรัม	32.8	31.4 - 33.8
และมากกว่า 36 สัปดาห์		
12 - 24 ชั่วโมง		
ต่ำกว่า 1,200 กรัม	34.0	34.0 - 35.4
1,201 - 1,500 กรัม	33.8	33.3 - 34.3
1,501 - 2,500 กรัม	32.8	31.8 - 33.8
มากกว่า 2,500 กรัม	32.4	31.0 - 33.7
และมากกว่า 36 สัปดาห์		
24 - 36 ชั่วโมง		
ต่ำกว่า 1,200 กรัม	34.0	34.0 - 35.0
1,201 - 1,500 กรัม	33.6	33.1 - 34.2
1,501 - 2,500 กรัม	32.6	31.6 - 33.6
มากกว่า 2,500 กรัม	32.1	30.7 - 33.5
และมากกว่า 36 สัปดาห์		

ที่มา : Hodson and Truog. 1989 : 32.

นอกจากนี้ ฮอดสันยังได้กล่าวถึงภาวะแทรกซ้อนจากอุณหภูมิแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมว่า จะต้องใช้พลังงานมากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตัวเย็นทำให้จำกัดการเจริญเติบโตเพราะมีพลังงานจำนวนน้อยที่จะนำไปใช้ต่อการเจริญเติบโต องค์ประกอบของสารที่ทำให้เลือดแข็งตัวลดน้อยลงหรือไม่มี ทำให้เกิดปัญหาภาวะเลือดออกในทารกที่ต้องเผชิญกับภาวะตัวเย็นอย่างรุนแรง ภาวะอุณหภูมิกายสูง ถ้าอาการรุนแรงการหยุดสร้างความร้อนอาจเกิดขึ้นทำให้สมองเสียหายและตายได้ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำอาจเป็นอาการหนึ่งของการติดเชื้อ (อุณหภูมิกายสูงพบน้อย) ภาวะอุณหภูมิกายต่ำนี้ น่าจะมาจากสมองส่วนกลางผิดปกติ โดยเฉพาะเมื่อมีการติดเชื้อที่เนื้อสมอง อาการทางคลินิกที่พบบอกได้ก็คือปัญหาเรื่องการขึ้น ๆ ลง ๆ ของอุณหภูมิกาย ซึ่งเป็นการเตือนให้ทราบถึงอาการเจ็บป่วยของทารก เช่น ภาวะติดเชื้อจะแสดงความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิที่ผิวหนังและอุณหภูมิกายที่มากกว่า 1 องศาเซลเซียสเป็นเวลาหลาย ๆ ชั่วโมง การที่อุณหภูมิกายต่ำเพียงครั้งเดียวก็สำคัญมาก ในการที่จะต้องทำให้อุณหภูมิแวดล้อมทารกเป็นกลาง ต้องเพิ่มความอบอุ่นอย่างรวดเร็วโดยการอุ่นผ้าห่ม แต่ถ้าจำเป็นต้องสังเกตอาการของทารก การใช้ผ้าห่มจะปิดบังอาการจึงจำเป็นต้องนำทารกไปนอนในตู้อบทารก

ทราธิป โคละทัต (2538 : 47 - 48) กล่าวถึง การควบคุมอุณหภูมิ (Temperature stabilization) ว่า ทารกที่เสี่ยงต่ออันตรายมักพบอันตรายจากการเผชิญต่อความเย็นบ่อยและรุนแรง เนื่องจากทารกส่วนหนึ่งเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ก็มีความผิดปกติ หรือภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วยเสมอ เมื่อขาดออกซิเจนจะทำให้กลไกการสร้างและควบคุมความร้อนเสียไป อันตรายที่เกิดจากการเผชิญความเย็นที่เกิดขึ้นจึงรุนแรงและรักษายากกว่าทารกกลุ่มอื่นได้กล่าวมาแล้วว่าอัตราการสูญเสียความร้อนของทารกแรกเกิดพบได้สูงสุดในระยะ 5-10 นาที หลังคลอด ดังนั้นในทารกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการช่วยเหลือพื้นดินชีพ ถ้าบุคลากรไม่สามารถให้การป้องกันการสูญเสียความร้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือใช้เวลาในการรักษาอุณหภูมิให้คงที่นาน จะทำให้ภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกกลุ่มนี้รุนแรงขึ้น แม้ว่าจะให้การพื้นดินชีพบนเครื่องแผ่รังสีความร้อนก็ตาม จากการศึกษาปฏิบัติการของอุณหภูมิกายต่ำในทารกซึ่งคลอดจากมารดาที่มีการตั้งครรภ์เสี่ยงพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิกายต่ำซึ่งเกิดในระยะหลังคลอดทันทีคือ น้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ การคลอดโดยใช้คีมคลอด หรือการคลอดทำกัน และระยะเวลาที่ใช้พื้นดินชีพ

เครือวัลย์ ดิณสุตานนท์ (2528 : 46) ได้กล่าวถึงการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เรื่องการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติว่า เมื่ออุณหภูมิกายต่ำ ระดับการเผาผลาญ และการดึงออกซิเจนมาใช้จะเพิ่มขึ้น และถ้าปล่อยไว้นาน ๆ กลัยโคเจนจะทำให้เพิ่มการสร้างกรดแลคติก ทำให้เกิดภาวะเป็นกรดในเลือดและภาวะตัวเย็นมาก ๆ จะทำให้เกิดการกดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้ทารกหยุดหายใจได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกคลอดก่อนกำหนดด้วยการใช้ตู้อบทารก (Incubator) ปกติถ้าจะรับทารกเข้าตู้อบ เราจะทำให้ตู้อบอุ่นก่อนโดยตั้งอุณหภูมิ 35 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่เป็นกลางคือ 32 - 34

องศาเซลเซียส หรืออาจจะพิจารณาตั้งอุณหภูมิตู้อบคร่าว ๆ จากน้ำหนักตัวทารก เช่น น้ำหนัก 1 กก. ปรับอุณหภูมิตู้อบประมาณ 35 องศาเซลเซียส 2 กก. เท่ากับ 34 องศาเซลเซียส และ 3 กก. เท่ากับ 33 องศาเซลเซียส ถ้าปรับอุณหภูมิตามนี้แล้วอุณหภูมิภายยังต่ำ ก็ต้องปรับเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนอุณหภูมิไม่ต่ำและคงที่

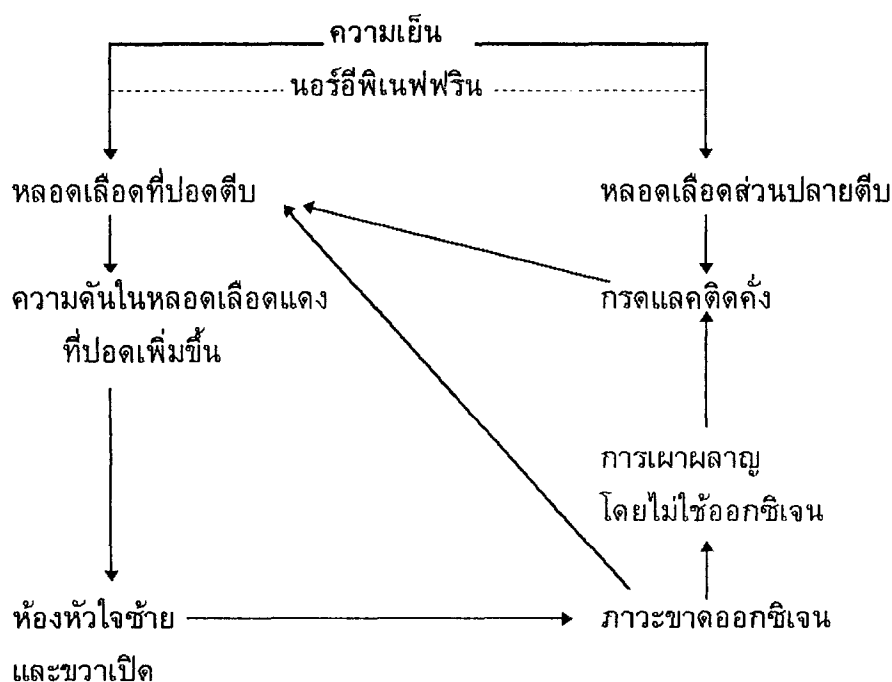
แพรวพรรณ วัชรพงศ์กุล (2538 : 62) กล่าวว่า ช่วงอายุ 1 - 3 วันแรกของชีวิต ดูแลให้มีการรักษาอุณหภูมิกายให้ปกติตั้งแต่แรกอย่าให้ตัวเย็น ถ้าจำเป็นต้องพินคินซีฟให้ทำ ภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี และป้องกันให้มีการสูญเสียความร้อนน้อยที่สุด โดยการใช้ตู้อบทารกชนิดผนังสองชั้น การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ใส่สายสวนทางสะดือในตู้อบ ทารกจะทำให้ไม่มีการสูญเสียความร้อน การใช้เทกกาเดิม (Tegaderm) ปิดที่ผิวหนังด้าน นอกบางส่วนจะช่วยป้องกันการสูญเสียความร้อนได้เป็นอย่างดี ทำให้ลดจำนวนสารน้ำที่จะต้องให้ลงไปได้มาก

เคลาส และแฟนารอฟ (Klaus and Fanaroff. 1993 : 105) ได้กล่าวถึงการควบคุมอุณหภูมิในทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติว่า มีเหตุผลมากมายที่จะนำมาอธิบายว่าทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์เหตุใดจึงควบคุมอุณหภูมิกายได้อย่างลำบากมาก สิ่งนี้เป็นปัญหาสำหรับทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์ชนิดไม่สมบูรณ์ คาร์โบไฮเดรตมีไว้ใช้น้อย บกพร่องในการนำอะมิโนแอซิดมาเปลี่ยนเป็นพลังงาน การเป็นฉนวนป้องกันความร้อนของไขมันไม่ดี การเผาผลาญไขมันสูญเสียไป จากความผิดปกติเหล่านี้เกิดจากการมีไขมันสีน้ำตาลซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความร้อนให้ทารกโดยเฉพาะมีน้อย จากปัญหาเหล่านี้ จึงมีผู้ค้นพบว่าตารางเรื่องการใช้อุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลางสำหรับทารกไม่สามารถนำมาใช้ได้กับทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์แบบไม่สมบูรณ์ได้ การตั้งอุณหภูมิตู้อบทารกให้ทารกประเภทนี้ควรปรับตามอุณหภูมิกายของทารกโดยควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังทารกให้อยู่ระหว่าง 36 - 36.5 องศาเซลเซียส

การเกิดภาวะตัวเย็น

บูมการ์ท (Boumgart. 1996 : 403) ได้กล่าวถึง การเกิดภาวะตัวเย็นว่าในทารกปกติอยู่ในครรภ์มารดาใกล้และองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดภาวะตัวเย็นนั้นยังไม่ไวต่อความเย็นจึงไม่เกิดภาวะนี้ แต่ทันทีหลังทารกเกิดเมื่อทารกตัวยังเปียกน้ำคร่ำและต้องสัมผัสกับอากาศเย็นภายในห้องคลอดอย่างรวดเร็วจะทำให้อุณหภูมิกายลดลงในอัตรา 0.2 - 1.0 องศาเซลเซียสต่อนาที และจะลดในอัตรามากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความครบกำหนดของทารกและสภาพองค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อมเมื่อทารกต้องเผชิญกับความเย็นจะใช้การเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อในควบคุมของระบบประสาท การตีบตัวของหลอดเลือด แต่ไม่สามารถใช้การสั่นของกล้ามเนื้อได้ในทารกแรกเกิด โดยปกติทารกยังคงสามารถเพิ่มการสร้างความร้อนจากการเผาผลาญภายในร่างกายได้เป็นเวลาหลายชั่วโมงในสภาพแวดล้อมภายในห้องคลอดแต่ก็อาจจะทำให้ไขมันสีน้ำตาลและกลัยโคเจนที่สะสมไว้หมดไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิด

การตอบสนองของระบบหลอดเลือดและหัวใจจากการเผชิญต่อความเย็นโดยเฉพาะในทารกที่เจ็บป่วยดังแสดงในภาพประกอบ 1 โดยแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่รับการตอบสนองต่อความเย็น คือ นอร์อิพิเนฟริน ทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญและเพิ่มปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจนของไขมันสีน้ำตาล และมีแอดรีนาลีนรับหน้าที่ช่วยเสริม



ภาพประกอบ 1 แสดงผลของการเกิดภาวะตัวเย็น

ที่มา : ริชาร์ดสัน (Boumgart ; citing Richardson. 1993 : 139 - 150)

จากภาพประกอบจะเห็นว่าทารกที่หลอดเลือดส่วนปลายตีบตัวลง ผลที่ตามมาคือภาวะออกซิเจนและการไหลเวียนโลหิตจะลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนทำให้เกิดการสร้างกรดแลคติกจากการเผาผลาญที่ไม่ได้ใช้ออกซิเจน และในที่สุดถ้าปราศจากสิ่งช่วยเหลือทารกให้ต่อสู้กับสิ่งแวดล้อมที่เย็นนี้ได้ทารกก็จะเสียชีวิต

สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์ (2539 : 14) ได้กล่าวว่า เมื่อร่างกายถูกความเย็นจากความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิของสภาพแวดล้อม และอุณหภูมิผิวหนังจะทำให้ประสาทรับรู้ที่ผิวหนังส่งสัญญาณการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิผ่านไขสันหลังทางด้านข้างของสเปโนทาลามิกแทรค (Spinothalamic tract) ไปที่ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้เกิดการตอบสนองในระบบต่าง ๆ เช่น เกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีการหดตัวของเส้นเลือดบริเวณผิวหนัง เพื่อไม่ให้ความร้อนจากภายในร่างกายสูญเสียไปสู่ภายนอก

ได้ง่าย อุณหภูมิบริเวณผิวหนังจะลดลง ขณะเดียวกันจะกระตุ้นให้มีการสร้างพลังงานความร้อน โดยทางเคมีพร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ในกรณีที่อุณหภูมิสภาพแวดล้อมสูงมากกว่าปกติ เส้นเลือดที่ผิวหนังจะขยายตัวเพื่อเร่งระบายความร้อนออกไปจากร่างกาย ต่อมาเหงื่อจะทำงานมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้บริเวณหน้าผาก แต่ทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ จะไม่มีปรากฏการณ์นี้ให้เห็น อุณหภูมิของสภาพแวดล้อมที่ร่างกายมีการสร้างพลังงานความร้อน หรือใช้ออกซิเจนน้อยที่สุดโดยที่อุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติเรียกว่า ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลาง (Thermoneutral zone = NIZ) หรืออุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลาง (Thermoneutral environment) ซึ่งทารกควรได้รับการดูแลในช่วงอุณหภูมิดังกล่าว ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลางแคบกว่าทารกครบกำหนด การใส่เสื้อผ้าหรือห่อตัวจะทำให้ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลางเปลี่ยนไปได้ เช่น ในทารกครบกำหนด สัปดาห์แรกถ้าเปลือยกาย ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลางจะอยู่ระหว่าง 32.0 - 33.5 องศาเซลเซียส และถ้าใส่เสื้อผ้า ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลางจะลดลงเหลือ 24.0 - 27.0 องศาเซลเซียส สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนัก 1,500 กรัม ที่ปกติดี และไม่ใส่เสื้อผ้า ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลางจะอยู่ระหว่าง 34.0 - 35.0 องศาเซลเซียส แต่ถ้าใส่เสื้อผ้าจะเหลือเพียง 28.0 - 30.0 องศาเซลเซียสเท่านั้น

อุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) หมายถึงอุณหภูมิภายในของทารกน้อยกว่า 36.5 องศาเซลเซียส หรืออุณหภูมิที่วัดทางผิวหนังน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำที่รุนแรงจะทำให้เกิดการบาดเจ็บจากความเย็นในทารกได้ โดยทารกจะมีตัวแดง บวม อาจมีการแข็งตัวของโปรตีนในกล้ามเนื้อ (Sclerema) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดเป็นกรด (Acidosis) มีแอมโมเนียคั่งในเลือด (Azotemia) และเลือดออกจากปอดได้ ผลเสียของทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีดังนี้คือ (กฤษณา เพ็งสา. 2540 : 30)

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : ทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกขาดการส่งผ่านสารอาหารในครรภ์ จะมีกลัยโคเจนและไขมันสะสมไว้น้อย จะใช้กลูโคสไปอย่างรวดเร็วและสร้างใหม่ได้น้อย
2. ภาวะความเป็นกรดในเลือด (Metabolic acidosis) จากการที่หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว และการเผาผลาญภายในร่างกายที่ไม่ใช้ออกซิเจน
3. ความต้องการออกซิเจนมากขึ้น : เมื่อทารกตัวเย็นภาวะเลือดเป็นกรดทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือดในปอด ออกซิเจนไปที่ปอดลดลง ไปที่เนื้อเยื่อลดลงด้วย
4. ความผิดปกติในการแข็งตัวของหลอดเลือด : กรณีอุณหภูมิร่างกายต่ำที่รุนแรงจะมีเลือดออกจากปอดได้
5. ช็อค
6. หยุดหายใจ
7. เลือดออกในโพรงสมอง

8. ความพิการทางสมอง (Neurologic handicap) : มีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักน้อยกับความพิการทางสมองในระยะหลัง

9. อัตราตายของทารกแรกเกิดสูงขึ้น : มีการศึกษาว่า แม้อุณหภูมิภายนอกที่เปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยก็จะมีผลต่ออัตราตายของทารกอย่างชัดเจน

การตอบสนองต่อความเย็น ช่วงที่ทารกใช้ออกซิเจนน้อยที่สุดเป็นช่วงที่มีการสร้างความร้อนน้อยที่สุด ช่วงนี้คือ ขอบเขตของอุณหภูมิเป็นกลาง ซึ่งค่อนข้างแคบที่ทารกจะรักษาอุณหภูมิร่างกายให้ปกติได้ ทารกจะมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ

การที่อุณหภูมิภายนอกต่ำลงทำให้มีการสร้างความร้อนโดยใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทารกจะใช้กลูโคสที่มีอยู่น้อยก่อน หลังจากนั้นจะใช้ไขมันสีน้ำตาลซึ่งมีอยู่น้อยในทารก โดยอยู่ระหว่างกระดูกสะบัก รักแร้ ต้นคอ รอบหัวใจ และบริเวณด้านข้างของกระดูกสันหลัง ซึ่งถูกกระตุ้นโดยนอร์อิพิเนฟริน การสร้างความร้อนวิธีนี้เรียกว่าการสร้างความร้อนโดยไม่ใช้การสั่นของกล้ามเนื้อ (Nonshivering thermogenesis) ซึ่งจะทำให้เกิดกรดไขมันอิสระ กรณีที่มีมากเกินไปจะไปแย่งที่บิลิรูบินจากอัลบูมิน ทำให้ทารกตัวเหลืองได้

สุนทร ช่อเผ่าพันธ์ (2539 : 22) ได้กล่าวถึงเรื่องอุณหภูมิร่างกายไว้ดังนี้คือ อุณหภูมิร่างกายที่ต่ำกว่าปกติเล็กน้อยพบได้บ่อย โดยเฉพาะภายหลังคลอดหรือในทารกน้ำหนักน้อย แม้ว่านิยามของอุณหภูมิร่างกายปกติจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการวัด เพื่อความสะดวกสถานพยาบาลหลายแห่งอาจใช้อุณหภูมิทางทวารหนักที่น้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส เป็นตัวบ่งชี้ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ แต่เพื่อประสิทธิภาพของการดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยหรือทารกเกิดก่อนกำหนด จึงนิยมใช้อุณหภูมิภายในร่างกาย (Core temperature) ที่วัดทางทวารหนักหรือรักแร้ไม่ให้ต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส หรืออุณหภูมิผิวหนังบริเวณลำตัวไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ในรายที่มีอาการรุนแรงอุณหภูมิมักต่ำกว่า 34 หรือ 35 องศาเซลเซียส หรืออาจต่ำลงไปได้อีกมาก ในกรณีเช่นนี้จะพบว่าทารกตัวเย็นซีด ผิวหนังค่อนข้างแข็ง ชลช ทารกที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระดับปานกลางหรือระดับรุนแรงนั้น จะมีอาการซึม ดูนมช้า ร้องเสียงค่อย ไม่ค่อยขยับแขนขา หายใจช้า คลำผิวได้เย็นกว่าปกติ แขนขาอาจมีอาการบวม และอาจพบการแข็งตัวของโปรตีนในกล้ามเนื้อได้ อาจพบใบหน้าเขียวคล้ำหรือมีสีแดงมากกว่าปกติ จากการที่ฮีโมโกลบินไม่สามารถปล่อยออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อได้ อาจพบว่ามีท้องอืด และเกิดภาวะลำไส้ใหญ่อักเสบจากการขาดเลือดและออกซิเจน (Necrotizing enterocolitis) ถ้าเป็นมากอาจมีอาการชักจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดเป็นกรด เกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่าย ทำให้อัตราตายสูงถึงร้อยละ 25 - 50

ฮอดสัน และทรอง (Hodson and Truog. 1989 : 33) แนะนำให้ใช้มาตรการในการป้องกันภาวะตัวเย็นดังนี้คือ

1. รักษาให้ทารกตัวแห้งและไม่เปิดร่างกายทารก
2. สวมหมวกให้ทารกเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนชนิดแผ่รังสี
3. ทารกทุกคนที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม แนะนำให้ใช้ตู้อบทารกแบบมีผนังสองชั้น หรือใช้พลาสติกโค้งครอบตัวทารกไว้
4. รักษาความชื้นภายในตู้อบทารกให้มากกว่าร้อยละ 50
5. ต้องปฏิบัติตามการป้องกันการสูญเสียความร้อนอย่างเคร่งครัด เมื่อนำทารกไปอาบน้ำ ชั่งน้ำหนัก การส่งต่อย้ายสถานที่ หรือการเคลื่อนย้ายออกจากตู้อบทารกระยะสั้น ๆ โดยการใช้ไฟส่อง เพิ่มผ้าห่ม อุณหภูมิผ้าห่มก่อนใช้
6. การให้ออกซิเจนเป่าลงบนหน้าทารกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนของอุณหภูมิกาย
7. การป้องกันการสูญเสียน้ำจากร่างกายและการคงไว้ซึ่งอัตราของเมตาบอลิซึม มีความจำเป็นมากกว่าจึงต้องให้การพยาบาลภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี ถึงแม้จะทำให้ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอากาศหรือเชื้อจากผู้ดูแลทารกได้

บูมการ์ท (Boumgart. 1996 : 404) ก็ได้เสนอข้อแนะนำเมื่อทารกเผชิญความเย็นระยะแรกคือ

1. เช็ดตัวทารกให้แห้งทันทีหลังคลอด เพื่อป้องกันการเสียความร้อนโดยการระเหย
2. ห่อตัวทารกไว้ไม่ให้สัมผัสกับความเย็นเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน โดยการพาและเพื่อเป็นฉนวนในการกักความร้อนไว้
3. นำทารกมาให้นมรดากอดไว้ระหว่างแขนและรักแร้เพื่อเป็นการส่งผ่านความร้อนจากมารดาสู่ทารก ทารกจะได้ไม่ตัวเย็น หลังจากนั้นนำทารกไปรับความอบอุ่นจากเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีที่อุณหภูมิ 35 - 37 องศาเซลเซียส ในทารกคลอดก่อนกำหนดการใช้พลาสติกห่ออาหารคลุมด้านบนจะช่วยให้ทารกไม่ต้องสัมผัสกับความเย็นมาก

สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์ (2539 : 22) ได้กล่าวถึง การรักษาภาวะอุณหภูมิกายต่ำทำได้ 2 วิธีคือ

1. การเพิ่มอุณหภูมิอย่างรวดเร็ว (Rapid rewarming) หมายถึง การเพิ่มอุณหภูมิกายอย่างรวดเร็วคือประมาณ 1 - 2 องศาเซลเซียสต่อชั่วโมง ในทางปฏิบัติอาจทำได้โดยวางทารกบนเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีโดยใช้การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Servo control mode) และติดแผ่นรับความร้อนที่ผิวหนัง (Skin probe) ไว้ที่ผิวน้ำท้อง ตั้งอุณหภูมิไว้ที่ 36.5 หรือ 37 องศาเซลเซียส วัดอุณหภูมิทางทวารหนักทุก 15 - 30 นาที จนอุณหภูมิมากกว่า 36.5 องศาเซลเซียส จึงย้ายทารกเข้าในตู้อบซึ่งปรับอุณหภูมิไว้เท่ากับอุณหภูมิแวดล้อมเป็นกลางที่ทารกวัยนั้นต้องการ

2. การเพิ่มอุณหภูมิอย่างช้า ๆ (Slow rewarming) หมายถึง การเพิ่มอุณหภูมิกายอย่างช้า ๆ เนื่องจากถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิในร่างกายอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น มีเลือดมาสู่ผิวหนังมากเกินไปจนเกิดความดันโลหิตต่ำหรือเกิดอาการชักและน้ำตาลในเลือดต่ำ วิธีเพิ่มอุณหภูมิช้า ๆ ทำได้โดยวางทารกไว้ในตูบซึ่งปรับอุณหภูมิไว้ที่ 36 องศาเซลเซียส ภายหลัง 15 นาที ถ้าอุณหภูมิกายยังคงที่หรือค่อย ๆ เพิ่มขึ้นให้คงอุณหภูมิของตูบไว้ที่เดิม หลังจากนั้นตรวจวัดอุณหภูมิทางทวารหนักเป็นระยะจนเป็นปกติ แล้วจึงปรับอุณหภูมิภายในตูบให้อยู่ที่อุณหภูมิแวดล้อมเป็นกลาง แต่ถ้าอุณหภูมิของทารกยังลดลงต่อไปให้เพิ่มอุณหภูมิตูบครั้งละ 1 องศาเซลเซียส ทุก 15 นาที และถ้ายังไม่ได้ผลให้วางเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีเหนือตูบและ/หรือห่อหุ้มตัวทารก การใช้พลาสติกโค้งกันความร้อนวางครอบตัวทารกอาจช่วยได้บ้าง ควรตรวจวัดอุณหภูมิทางทวารหนักทุก 15 นาที จนอุณหภูมิเพิ่มถึง 36.5 องศาเซลเซียส จึงค่อยปรับอุณหภูมิของตูบให้อยู่ในอุณหภูมิแวดล้อมเป็นกลาง

ธราธิป โกละหัต (2538 : 48) ได้กล่าวไว้ว่า การรักษาภาวะตัวเย็น มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียความร้อนต่อไป ไม่ต้องการให้ความร้อนแก่ทารกโดยตรงเพราะถ้าอุณหภูมิที่ผิวหนังเพิ่มเร็วเกินไปอาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำจากการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลายได้ การรักษาทำได้ 2 วิธีดังนี้คือ

1. การเพิ่มอุณหภูมิอย่างช้า ๆ (Slow rewarming) โดยการใช้ตูบทารกปรับอุณหภูมิไว้ที่ 36 องศาเซลเซียส ถ้าอุณหภูมิลดต่ำลงอีก ให้เพิ่มอุณหภูมิของตูบทารกขึ้นเป็น 37 องศาเซลเซียส และหาสาเหตุของการสูญเสียความร้อน ถ้ามีควรแก้ไขประเมนอุณหภูมิภายใน 15 นาที ถ้ายังไม่ดีขึ้นให้เพิ่มอุณหภูมิตูบทารกขึ้นเป็น 38 องศาเซลเซียส (ในทางปฏิบัติอาจทำได้ลำบากเพราะเกินขีดจำกัดของ Safety thermostat) อาจต้องใช้วิธีห่อทารกด้วยผ้าห่ม หรือใช้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีวางเหนือตูบทารก โดยวางแผ่นรับอุณหภูมิของเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีไว้บนผนังตูบทารก โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มอุณหภูมิของผนังตูบทารกขึ้นครั้งละ 1 องศาเซลเซียส ช้า ๆ

2. การเพิ่มอุณหภูมิอย่างรวดเร็ว (Rapid rewarming) ด้วยเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดไม่จำกัดความร้อนหรือให้ความร้อนสูงมากผ่านระบบควบคุมที่เรียกว่า การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Servo control) โดยจัดให้อุณหภูมิที่ผิวหนังต้องอยู่ระหว่าง 36.2 - 36.8 องศาเซลเซียส

กฤษณา เพ็งสา (2540 : 33) ได้กล่าวถึงการรักษาภาวะอุณหภูมิกายต่ำไว้ ดังนี้ คือ การเพิ่มอุณหภูมิทารกโดยเร็ว อาจทำให้ทารกหยุดหายใจได้ ควรเพิ่มอุณหภูมิให้ทารกโดยตั้งอุณหภูมิของตูบให้มากกว่าอุณหภูมิที่วัดที่ผิวหนังของทารกประมาณ 1.5 องศาเซลเซียส เนื่องจากทารกจะใช้ออกซิเจนน้อยที่สุด เมื่อความแตกต่างของอุณหภูมิร่างกายและอุณหภูมิ

สิ่งแวดล้อมน้อยกว่า 1.5 องศาเซลเซียส มีการแนะนำให้ค่อย ๆ เพิ่มอุณหภูมิประมาณ 0.5 - 1.0 องศาเซลเซียสต่อชั่วโมง โดยใช้

1. ตู้อบชนิดควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Servocontrolled) ควบคุมอุณหภูมิโดยใช้แผ่นรับความร้อนที่ผิวหนัง (Skin probe) มักใช้ในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,800 กรัม แต่มีข้อเสียคือ ถ้าแผ่นรับความร้อนที่ผิวหนังติดไม่แน่นจะเกิดความร้อนมากเกินไปได้

2. เครื่องให้ความร้อนชนิดแผ่รังสี (Radiant warmer) ใช้ในทารกที่ต้องทำหัตถการ สามารถควบคุมโดยการควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง หรือไม่ใช้การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (ตั้งอุณหภูมิตามต้องการได้)

จากการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด การสร้างความร้อนในร่างกายทารก การสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารก การควบคุมอุณหภูมิกายของทารก การเกิดภาวะตัวเย็น เป็นการศึกษาเพื่อนำความรู้ดังกล่าวไปสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการวิจัยเชิงสำรวจต่อไป

ตู้อบทารก (Incubator)

ตู้อบทารกเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกได้ถูกคิดประดิษฐ์ขึ้นในศตวรรษที่ 19 และถูกนำมาใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนด ปี ค.ศ. 1857 ตู้อบทารกที่ทันสมัยที่สุดในยุคนั้นได้รับการศึกษาจากซิลเวอร์แมน (Silverman) และพบว่าตู้อบทารกที่ควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังให้คงที่ เท่ากับ 36 องศาเซลเซียส ทำให้อัตราการรอดชีวิตดีกว่าตู้อบทารกแบบพาความร้อนผ่านธรรมดา แต่ปัจจุบันนี้ตู้อบทารกจะสามารถปรับได้ทั้งแบบควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง และแบบควบคุมอุณหภูมิของอากาศแวดล้อมให้คงที่ในตู้อบทารกเครื่องเดียวกัน แต่มาร์กิตและเบลล์ (Margit and Bell. 1992 : 517) ได้กล่าวไว้ว่า การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้องให้อุณหภูมิที่ผิวหนังบริเวณหน้าท้องให้อุณหภูมิร่างกายปกติ อัตราการเผาผลาญจะน้อยที่สุด และน้อยกว่าทารกที่ควบคุมอุณหภูมิร่างกายโดยใช้การควบคุมอากาศแวดล้อมให้คงที่ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายทารกเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของอากาศภายนอกตู้อบทารก ด้วยเหตุผลสองประการนี้การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (ทั่วไปให้ 36.0 - 36.5 องศาเซลเซียส) ให้ทารกดีกว่าการควบคุมอุณหภูมิแวดล้อมให้คงที่แน่นอน

สุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์ (2539 : 18) ได้กล่าวว่า ตู้อบมีหน้าที่ปรับอุณหภูมิของสภาพแวดล้อมให้คงที่ จึงช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสีและการพา ฯลฯ ตู้อบเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลรักษาทารกน้ำหนักน้อยและทารกป่วย มีส่วนประกอบแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. ส่วนที่ใช่วางทารก มีลักษณะเป็นพลาสติกโปร่งใสสามารถมองเห็นอาการของทารกได้อย่างชัดเจน มีเตียงซึ่งสามารถปรับระดับสูงต่ำได้ และมีส่วนของฝาตู้เพื่อเปิดเข้าไปให้การพยาบาลทารก

2. ส่วนที่สองวางอยู่ได้ส่วนแรก เป็นอุปกรณ์ที่ให้ความร้อนและช่วยปรับการหมุนเวียนของอากาศโดยมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ คอยควบคุมอุณหภูมิและให้สัญญาณเตือนเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างการใช้

3. ส่วนสุดท้าย เป็นแท่นวางอุปกรณ์ที่กล่าวมามักถูกออกแบบให้ใช้เป็นแท่นวางเครื่องใช้ของทารก

หลักการให้ความร้อนของตู้บคือ มีแท่งเหล็กที่ถูกทำให้ร้อนด้วยกระแสไฟฟ้า อากาศร้อนจะกระจายไปทั่วตู้บด้วยมอเตอร์พัดลม แม้ว่าอุณหภูมิของห้องจะคงที่ แต่ก็ยังพบความแตกต่างของอุณหภูมิในตู้ได้ถึง 2 องศาเซลเซียส ดังนั้นถ้ามีการเปิด-ปิดตู้บ่อยครั้ง หรืออุณหภูมิของห้องไม่คงที่ จะทำให้เกิดความแตกต่างมากขึ้น บางครั้งถ้าอุณหภูมิภายในตู้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจทำให้ทารกน้ำหนักน้อยหยุดหายใจได้ การควบคุมอุณหภูมิทำได้ 2 วิธีดังนี้คือ

1. การตั้งอุณหภูมิของอากาศ (Air - mode) อุณหภูมิของอากาศในตู้จะถูกตั้งไว้ตามที่ต้องการ โดยมีเทอร์โมสแตท (Thermostat) ควบคุมการจ่ายความร้อนให้เป็นสัดส่วนกับความแตกต่างระหว่างอุณหภูมิจริงและอุณหภูมิที่ตั้งไว้ ถ้าอุณหภูมิของอากาศในตู้ต่ำกว่าที่ตั้งไว้ เครื่องทำความร้อนจะเริ่มทำงาน

2. การตั้งอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Servo - mode) ใช้อุณหภูมิผิวกายเป็นตัวควบคุมอุณหภูมิตู้ โดยการตั้งอุณหภูมิผิวกายตามที่ต้องการโดยใช้สายเทอร์มิสเตอร์ (Thermistor) หรือเทอร์โมคูเปิล (Thermocouple) ติดกับผิวหนัง มักนิยมติดที่บริเวณหน้าท้องตอนบน เมื่ออุณหภูมิของทารกต่ำลง เครื่องทำความร้อนจะทำงาน การตั้งอุณหภูมิที่ผิวหนัง ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการตั้งอุณหภูมิผิวหนังบริเวณหน้าท้องในกรณีเมื่อใช้การตั้งอุณหภูมิที่ผิวหนังของตู้บทารกหรือเครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี

น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	อุณหภูมิที่ผิวหนังหน้าท้อง (°ซ)
<1,000	36.9
1,000 - 1,500	36.7
1,500 - 2,000	36.5
2,000 - 2,500	36.3
>2,500	36.0

ที่มา : สุนทร ฮ่อเผ่าพันธ์. 2539 : 20.

การทำความสะอาดร่างกายทารก

สุปาณี วตินอมร (2535 : 110 - 111) ได้กล่าวว่า ผิวหนังที่หุ้มห่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนั้น เป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย ส่วนรูเปิดต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น หู ตา จมูก ทวารหนัก และช่องคลอดก็คาดด้วยเนื้อเยื่อเช่นกัน ผิวหนังนั้นมีความหนาตั้งแต่ 0.5 มิลลิเมตร ที่หุ้มแถวใบหู จนกระทั่งหนา 1.5 มิลลิเมตร ซึ่งหุ้มห่อตรงฝ่ามือและฝ่าเท้า ผิวหนังของร่างกายประกอบด้วย 3 ชั้น คือ หนังกาพว้า (Epidermis) หนังแท้ (Dermis) และ เนื้อใต้ผิวหนัง (Subcutaneous tissue) หน้าที่โดยทั่วไปของผิวหนังคือ ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้ปกติ ป้องกันเนื้อเยื่อไม่ให้แห้งหรือบาดเจ็บ ป้องกันอันตรายจากจุลินทรีย์ที่จะผ่านเข้าทางผิวหนัง ขับน้ำมันซึ่งมีคุณสมบัติช่วยป้องกันแบคทีเรียและเชื้อรา มีประสาทรับความรู้สึก ซึ่งจะรับรู้ต่อความเจ็บปวด ความร้อนเย็น สัมผัส และแรงกดทับซึ่งจะนำไปยังส่วนรับความรู้สึก ช่วยให้มีการผลิตวิตามินดี เป็นทางขับออกของน้ำ รวมทั้งผลิตผลของไนโตรเจนออกจากร่างกาย

โครงสร้างของผิวหนังจะเปลี่ยนตามวัยของร่างกาย ในวัยทารกผิวหนังจะบางและอ่อนนุ่ม มีไขมันใต้ผิวหนังน้อย การมีเหงื่อ และเหงื่อเป็นกรดอย่างอ่อนซึ่งมีเกลือและยูเรีย สิ่งในร่างกาย ขับออกมานั้นเป็นของเสียและผิวหนังจะมีเซลล์ที่ตายแล้วหลุดลอกออกมา ขณะเดียวกันก็มีสิ่งสกปรก ฝุ่นละอองและแบคทีเรียด้วย สิ่งเหล่านี้จะหลุดจากผิวหนังได้ด้วยการทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัวทารก

การเช็ดตัวทารก

การเช็ดตัวหรือการลูบตัวทารกจะทำให้ความร้อนในร่างกายลดลงด้วยการนำและการระเหยเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นวิธีทำความสะอาดร่างกายชนิดหนึ่งที่ใช้ในการลดไข้ได้วิธีหนึ่ง วิธีเช็ดตัวทารกในตู้อบทารกควรปฏิบัติดังนี้คือ

1. เช็ดตาทารกด้วยน้ำเกลือปกติ (Normal saline)
2. เตรียมน้ำอุ่นจัดประมาณ 39 - 40 องศาเซลเซียส ไปที่ตู้อบทารก
3. ใช้ผ้าเช็ดตัวสำหรับเช็ดตัวทารก ชุบน้ำบิดพอหมาดเช็ดใบหน้า ซอกคอ รักแร้ แขนทั้ง 2 ข้าง ลำตัวส่วนหน้า ลำตัวส่วนหลัง ขาทั้งสองข้าง อวัยวะเพศ กันตามลำตัว และชักผ้าเช็ดตัวทารกปิดให้หมดทุกครั้งที่เปลี่ยนบริเวณที่เช็ดตัว และเช็ดตัวให้แห้งทันทีทุกครั้ง
4. เปลี่ยนผ้าปูฝ้ายที่เปียกชื้นจากการเช็ดตัวทันทีเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้น
5. เช็ดสะดือด้วย แอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ (70% alcohol) แล้วนุ่งผ้าอ้อม
6. การเช็ดตัวทุกครั้งใช้การเปิดแต่หน้าต่างตู้อบ หรือเช็ดตัวภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี ซึ่งเปิดอุณหภูมิประมาณ 36 - 37 องศาเซลเซียส

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ไพบูลย์ เทวรักษ์ (2529 : 4 - 6) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง อากัปกริยาทั้งหมดของบุคคลที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน ยืน อารมณ์โกรธ เกลียด รัก และฝัน เป็นต้น แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมภายในซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีอยู่ในใจตนเอง ผู้อื่นจะรู้ได้ยากถ้าบุคคลไม่บอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น การคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ ฯลฯ และพฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเดินของหัวใจ การเดิน พูด ทำงาน ฯลฯ นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่างสามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกได้ เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526 : 98) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ ปฏิบัติการหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาจากภายนอก สมจิตต์ ได้กล่าวไว้สอดคล้องกับ ลิขิต กาญจนภรณ์ (2525 : 3) ว่า หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ก็ตามของอินทรีย์ที่สังเกตได้โดยคนอื่นหรือโดยเครื่องมือของผู้ทดลอง

ตามการให้ความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530 : 583-584) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

บลูม (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับการจำได้ หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ โดยต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอากฎเกณฑ์ แนวคิด และวิธีการต่าง ๆ ทางทฤษฎีไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหา หรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัย ติราคาของสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้ อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้ว

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่ การอธิบายเพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับ หรือการให้ความสนใจ (Receiving or attending) เป็นขั้นที่ บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นและบุคคลนั้นมีความยินดี หรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคล ถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึก ผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองพฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่า (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับ ความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตัวเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้นในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยม เหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของ บุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และแสดงลักษณะที่จะ ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึง การปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะ ปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้าน พุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิด พฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

ดังที่บลูมกล่าวไว้ข้างต้นนั้นเป็นหลักวิชาการนำมาสู่แนวคิดของพฤติกรรมในการกระทำต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และการปฏิบัติหน้าที่ในงานอาชีพโดยมีสิ่งซึ่งละเอียดอ่อนอีกหลายประการเป็นองค์ประกอบดังเช่น ลิขิต กาญจนภรณ์ (2519 : 29 - 30) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า พฤติกรรมจะถูกควบคุมโดยสิ่งแวดล้อมจากภายนอก แต่พฤติกรรมหลายอย่างที่เรากระทำนั้น เป็นผลมาจากสิ่งเร้าภายในด้วย และบุคคลจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยสิ่งเร้าภายใน ซึ่งก็คือเรื่องของเจตคติ โดยเจตคติหมายถึงความรู้สึก ความคิด อารมณ์ ชนิดใดชนิดหนึ่งของบุคคลที่แสดงออกต่อสภาพแวดล้อมของเขา ความรู้สึกจะสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ความคิดจะสัมพันธ์กับความรูสึกว่าดีหรือไม่ดี และอารมณ์จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออก คือ เข้าหาหรือถอยหนี องค์ประกอบทั้ง 3 แบบ คือ อารมณ์ การรูสึก และพฤติกรรมที่แสดงออกจะก่อให้เกิดเจตคติที่เกิดขึ้นได้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม สามารถวัดได้โดยการแสดงออกทางภาษาและพฤติกรรมภายนอก

โดยเนื้อหาในแนวคิดของลิขิตนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของ สwana พรพัฒน์กุล (2522 : 316) ว่า พฤติกรรมเป็นองค์ประกอบ 1 ใน 3 ของทัศนคติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติหรือตอบสนองสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้มาจากการประเมินผลนั้นคือมนุษย์เรารู้สิ่งต่าง ๆ จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 และมีการนึกคิดพิจารณาเพิ่มเติมตามแต่กรณี ก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมขึ้นมา ซึ่งอาจเป็นไปในทางคัดค้านหรือสนับสนุนคล้อยตามก็ได้

ความหมายของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

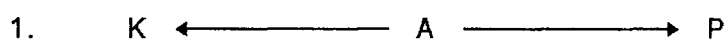
ราชบัณฑิตยสถาน (2538 : 175, 706, 237, 495) ให้ความหมายของคำต่าง ๆ ความ คือ คำนำหน้ากริยาหรือวิเศษณ์เพื่อแสดงสภาพ คำว่า รู้ คือ แจ่ม เข้าใจ ทราบ ดังนั้นคำว่า ความรู้ หมายถึง สภาพของการเข้าใจ เจตคติ หมายถึง ท่าทีหรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ปฏิบัติ หมายถึง ดำเนินการไปตามระเบียบแบบแผน กระทำเพื่อให้เกิดความชำนาญ

1 ความรู้ (Knowledge) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 16) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น

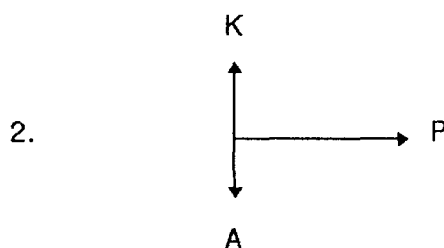
2 เจตคติ (Attitude) สุชา จันทรโณม (2524 : 80) กล่าวว่า โดยทั่วไปหมายถึงความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะนำไปในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

3 การปฏิบัติ (Psychomotor) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 20) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง

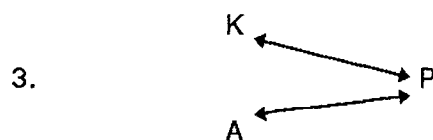
4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสามารถสรุปได้เป็น 4 ลักษณะ (นิภา มนูญปิจุ. 2528 : 68) คือ



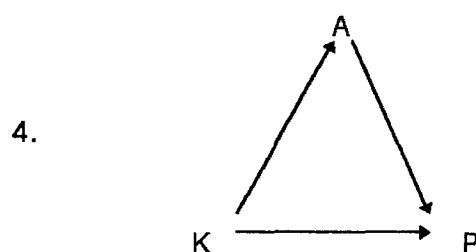
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติและเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



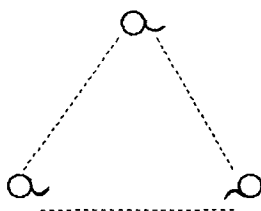
ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K	=	Knowledge
A	=	Attitude
P	=	Practice

เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของส่วนประกอบดังนี้

ความรู้ + การลงมือกระทำ $\xrightarrow{\text{เจตคติ}}$ การปฏิบัติ

ปฏิกิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิกิริยาเช่นเดียวกับความรู้จะไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติที่ดีเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิกิริยาในทางเคมี ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น อาจจะสามารถแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่งดังนี้



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 นี้ ต่างมีความสัมพันธ์และมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่

ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยต้องการวัดพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้ จึงต้องใช้เครื่องมือในการวัดและประเมินผล โดยใช้แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ของความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้ครอบคลุมเนื้อหา แบบจำกัดคำตอบ (Fixed-response type) และให้เลือกตอบส่วนการวัดพฤติกรรมด้านเจตคติเป็นเรื่องค่อนข้างยุ่งยากเพราะเป็นการวัดลักษณะภายในของบุคคลเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก ความเชื่อ คุณลักษณะเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ไม่แน่นอน ผู้วิจัยเลือกการวัดพฤติกรรมด้านนี้โดยใช้วิธีของ ลิเคิร์ต ด้วยการใช้อัตราที่แสดงคุณค่าหรือคุณลักษณะเรื่องนี้ทั้งทางบวกและทางลบ กำหนดระดับ (Scale) ของการตอบสนองในแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงออกเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งเป็นการ

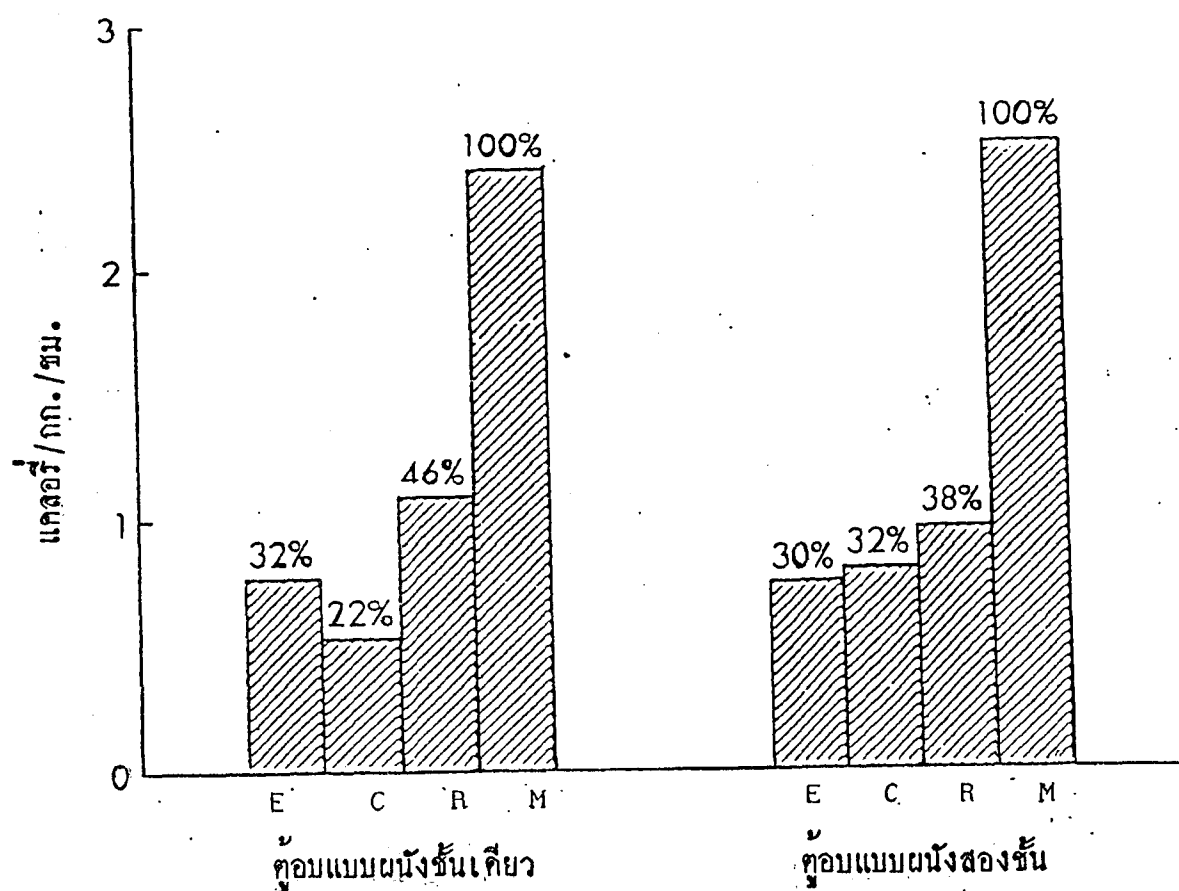
ผสมผสานกันระหว่างหลักการและวิธีการต่าง ๆ ที่ได้รับการฝึกฝนให้ปรากฏออกมาเป็นทักษะ (Skill outcomes) ของพยาบาลโดยผู้วิจัยกำหนดระดับการวัดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

การวิจัยในต่างประเทศ

กลาส (Spitzer. 1996 : 404 ; citing Glass. n.d.) ได้ศึกษาวิธีการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดในที่แห้ง และตั้งอุณหภูมิแวดล้อม 35 - 36.5 องศาเซลเซียส ในระยะ 1 - 2 วันแรก พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทารกที่ได้รับความอบอุ่นมากกว่าจะมีการเจริญเติบโตดีกว่า อุณหภูมิกายวัดทางทวารหนักของทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้เขียนได้สรุปว่าการสร้างความร้อนโดยใช้กระบวนการทางสรีรวิทยาของทารกที่เผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เย็นเพียงเล็กน้อย ทำให้ทารกต้องใช้พลังงานไป แทนที่จะนำมาใช้ในการเพิ่มการเจริญเติบโต ผู้แต่งย้ำว่าระดับอุณหภูมิที่ตั้งไว้ในตู้อบทารก (เพื่อให้ได้อุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลาง) ไม่เพียงแต่มีความจำเป็นต่อการมีชีวิตรอดของทารกคลอดก่อนกำหนดเท่านั้น แต่ยังทำให้ทารกมีอัตราการเจริญเติบโตสูงสุด และฟื้นฟูสภาพจากการเกิดก่อนกำหนดได้ดีขึ้นด้วย

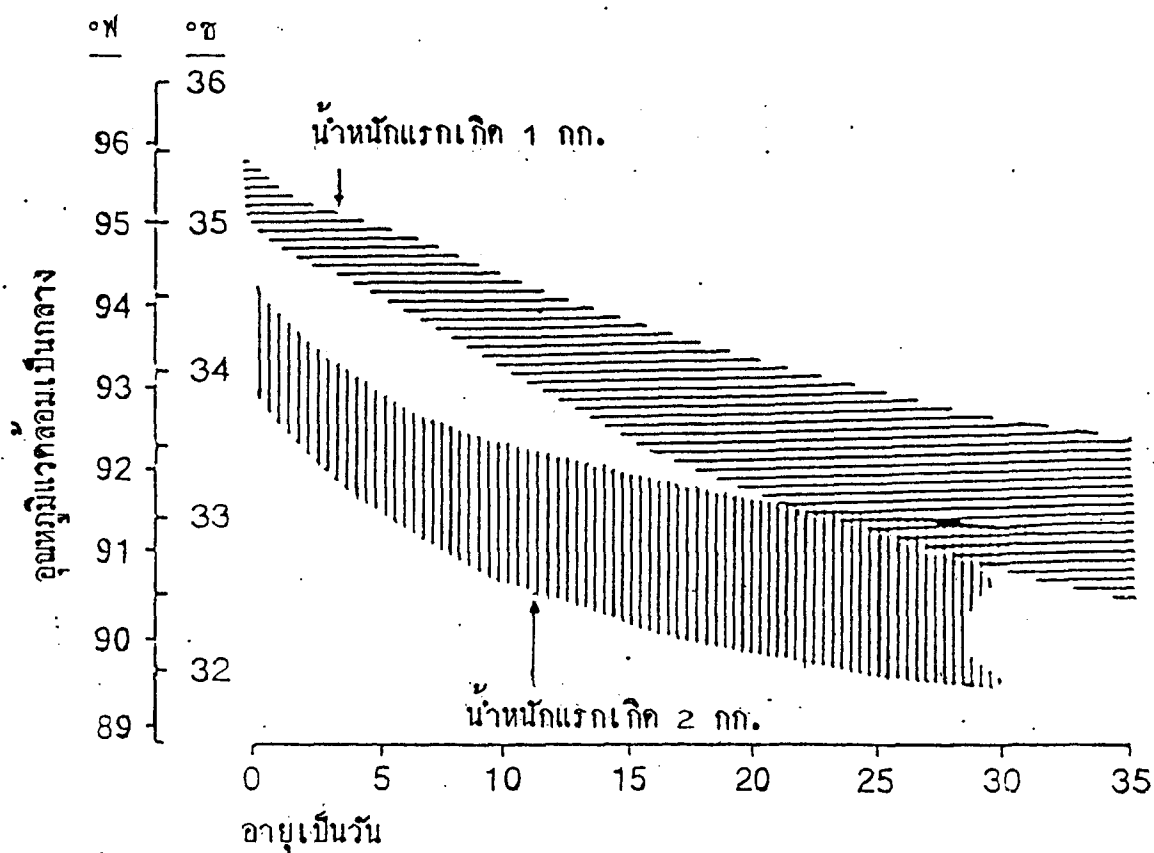
เบลล์ และรียอส (Bell and Rios. 1983 : 135 - 140) ได้ศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของการสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสี ด้วยการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในตู้อบทารกที่มีผนังตู้อบชั้นเดียวและชนิดสองชั้น พบว่า การวัดแคลอรีที่จัดกระทำขึ้นด้วยการให้การพยาบาลทารกในตู้อบชนิดพัฒนาความอุ่น 2 แบบคือ แบบผนังชั้นเดียวและผนังสองชั้น การสูญเสียความร้อนแบบแผ่รังสี (R) จากทารกที่ถูกเลี้ยงดูในตู้อบแบบผนังสองชั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในตู้อบทารกที่ใช้ชนิดควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังให้คงที่ควบคุมอุณหภูมิในเลือดได้น้อยกว่า ในทางกลับกันถ้าอากาศรอบ ๆ ตู้อบทารกร้อนกว่าต้องการการเลี้ยงดูทารกในตู้อบทารกแบบผนังชั้นเดียว เพราะการสูญเสียความร้อนแบบแผ่รังสีไปสู่ผนังตู้อบทารกที่เย็นมากกว่าผนังตู้อบทารกที่อุ่น การสูญเสียความร้อนแบบพาความร้อน (C) และแบบระเหย (E) ได้แสดงให้เห็นด้วย และแสดงให้เห็นถึงอัตราการเผาผลาญเพื่อสร้างความร้อนของทารก (M) ซึ่งสอดคล้องกับผลบวกของการสูญเสียความร้อน ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงความสมดุลของการสูญเสียความร้อนและการสร้างความร้อนในทารกเกิดก่อนกำหนด

ที่มา : Bell and Rios. 1983 : 135 - 140.

เฮย์ และแคทซ์ (Hey and Katz. 1970 : 328 - 334) ได้แสดงผลการวิจัยเป็นแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอุณหภูมิแวดล้อมที่เป็นกลาง (แกนแนวดิ่ง) และอายุของทารกเกิดก่อนกำหนด (แกนแนวนอน) โดยถูกเลี้ยงดูในตู้อบทารกชนิดพัฒนาความร้อนแบบผนังชั้นเดียวและเปรียบเทียบระหว่างทารกน้ำหนักแรกเกิด 1 กก. กับทารกน้ำหนักแรกเกิด 2 กก. โดยกำหนดให้อุณหภูมิห้องต่ำกว่า 27 องศาเซลเซียส แต่ไม่ควรต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส และใช้ความชื้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 และตั้งอุณหภูมิที่ผิวหนังให้เท่ากับ 36.2 - 36.5 องศาเซลเซียส และได้ความสัมพันธ์ของการทดลองจากทารกทั้งสองกลุ่ม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ของอุณหภูมิเป็นกลางและอายุของทารกเกิดก่อนกำหนด 2 กลุ่ม

ที่มา : Hey and Katz. 1970 : 328 - 334.

การวิจัยในประเทศไทย

ผ่องพรรณ อุปพันธุ์วงศ์ (2537 : 54) ได้ศึกษาเทคนิคการแก้ปัญหาอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในทารกคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะพวกที่มีน้ำหนักน้อยมาก น้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม อายุในครรภ์ 32 สัปดาห์ ทดลองในขณะที่ทารกนอนในตู้อบใช้การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง โดยการเติมน้ำกลั่นในกล่องเติมน้ำของตู้อบ ผลการศึกษาพบว่าการเติมน้ำกลั่นในขณะที่อุณหภูมิ ตู้อบระหว่าง 37.5 - 37.8 องศาเซลเซียส และอุณหภูมิภายในร่างกายของทารก ระหว่าง 35.3 - 35.6 องศาเซลเซียส ภายในเวลา 30 นาที หลังเติมน้ำกลั่นจะเกิดการ

ความแน่นของความชื้นที่อุณหภูมิต่างกัน สามารถยกระดับอุณหภูมิภายในร่างกายให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิที่ผิวหนังของทารก ลดและควบคุมอุณหภูมิอากาศมิให้เกิน 37.5 องศาเซลเซียส อุณหภูมิอากาศ 37.5 องศาเซลเซียสสามารถรักษาอุณหภูมิภายในร่างกายเด็กให้อยู่ในสภาพสะเทินหรืออยู่ระหว่าง 36.5 - 37.2 องศาเซลเซียส การใช้ความชื้นสัมพัทธ์จะใช้นานประมาณหนึ่งสัปดาห์ เมื่อแก้วกฤตเรื่องอุณหภูมิได้ และจะเลิกเติมน้ำกลั่นเมื่ออุณหภูมิภายในร่างกายของทารก และอุณหภูมิอากาศแห้งไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส ไม่พบปัญหาการติดเชื้อ เนื่องจากเปลี่ยนน้ำล้างกลองเติมน้ำทุกวัน การส่องไฟรักษามีผลลดความชื้น ลดอุณหภูมิภายในร่างกายของทารกเฉลี่ย 0.4 องศาเซลเซียส และเพิ่มอุณหภูมิอากาศของตู้อบ ขณะที่ยังมีน้ำกลั่นเฉลี่ย 0.3 องศาเซลเซียส ไม่สามารถใช้ความชื้นสัมพัทธ์ในทารกที่มีการติดเชื้อรุนแรง ที่มีภาวะออกซิเจนน้อยและเลือดเป็นกรดรุนแรง (N = 147)

วัฒนา กุลนาถศิริ และคนอื่น ๆ (2539 : 51) ได้ศึกษาเรื่องผลของแบบแผนป้องกันการสูญเสียความร้อนต่ออุณหภูมิภายในร่างกายของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกในระยะหลังคลอด โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลทารกตามแบบแผนป้องกันการสูญเสียความร้อนในกลุ่มทดลอง ส่วนเจ้าหน้าที่ประจำในห้องคลอดเป็นผู้ให้การพยาบาลทารกในกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกครบกำหนดคลอดปกติจำนวน 80 ราย จับสลากกลุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 ราย โดยทารกทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ และประวัติการให้ยาาระงับปวดในมารดาใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยตรวจสอบอุณหภูมิทางทวารหนักโดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิอิเล็กทรอนิกส์เมื่ออายุ 1, 10, 30, 60, 120 นาทีหลังคลอด และตรวจสอบครั้งสุดท้ายเมื่อย้ายทารกไปที่ห้องเด็ก

ผลการวิจัย พบว่าอุณหภูมิภายในร่างกายเฉลี่ยของทารกกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และอุบัติการณ์ของภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญนภา ภักดีวงศ์ และคนอื่น ๆ (2538 : 40) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนในระยะหลังคลอดทันทีต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนในระยะหลังคลอดทันทีต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกแรกเกิดปกติในห้องคลอดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 80 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย โดยการสุ่มด้วยวิธีจับสลาก ทารกแรกเกิดทั้ง 4 กลุ่มได้รับการดูแลตามแบบแผนวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 30 นาทีแรก ภายหลังคลอดโดยกลุ่มทดลองที่ 1 กับ 2 ได้รับการเช็ดร่างกายและให้การดูแลที่จำเป็นภายหลังคลอดที่เตียงรับเด็ก และกลุ่มทดลองที่ 3 กับ 4 ได้รับการดูแลภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี หลังจากนั้นกลุ่มทดลองที่ 1 และ 3

ได้รับการอุ้มสัมผัสจากมารดาแบบผิวหนังต่อผิวหนังสัมผัสกันภายใต้ผ้าห่ม กลุ่มทดลองที่ 2 และ 4 ได้รับการห่อตัวแล้ววางภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสีวัตถุอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดทางทวารหนัก เมื่อทารกแรกเกิดได้รับการดูแลที่จำเป็นเสร็จสิ้นลงเป็นอุณหภูมิร่างกายก่อนการทดลองและในนาที่ที่ 30 ภายหลังคลอด เป็นอุณหภูมิร่างกายเมื่อสิ้นสุดการทดลองด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิอิเล็กทรอนิกส์ เทอร์โมมิเตอร์

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดในนาที่ที่ 30 ภายหลังคลอดของกลุ่มทดลองที่ 1, 2, 3, 4 อยู่ในระดับปกติคือ 36.7 องศาเซลเซียส, 36.5 องศาเซลเซียส, 36.8 องศาเซลเซียส, และ 36.6 องศาเซลเซียส ตามลำดับ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของอุณหภูมิร่างกายก่อนการทดลองกับเมื่อสิ้นสุดการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 และระหว่างกลุ่มทดลองที่ 3 กับกลุ่มทดลองที่ 4 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองที่ 1 มีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 และในทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองที่ 3 มีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ 4

อรพินธ์ เจริญผล และศิริพร อินทรกำแหง (2534 : 121) ได้ศึกษาผลของการอาบน้ำและเช็ดตัวที่มีต่ออุณหภูมิร่างกายของทารกแรกเกิดปกติ มีอุณหภูมิร่างกายเมื่อแรกรับ 36.37 องศาเซลเซียส วัดทางทวารหนักจำนวน 64 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการจับสลาก ผลการวิจัยพบว่า (1) อุณหภูมิร่างกายภายหลังการอาบน้ำและเช็ดตัวทันที ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (2) ลักษณะอุณหภูมิของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของทั้ง 2 กลุ่มคล้ายคลึงกันคือ อุณหภูมิของร่างกายลดลงมากที่สุด ภายหลังการอาบน้ำและเช็ดตัวเสร็จทันที แล้วเริ่มเพิ่มทีละน้อยในชั่วโมงแรกและเพิ่มได้มากขึ้นตามลำดับระหว่างชั่วโมงที่ 2 - 6

(3) ทารกแรกเกิดกลุ่มเช็ดตัว มีปริมาณอุณหภูมิลดลงไปจากแรกรับมากกว่ากลุ่มอาบน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (4) กลุ่มเช็ดตัวมีจำนวนทารกที่ อุณหภูมิต่ำกว่าปกติมากกว่ากลุ่มอาบน้ำ

เครือวัลย์ ดิณสุตานนท์ และศิริโสภิต ทิพนาค (2541 : 5) ได้ศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนด ภายหลังได้รับการนำออกจากตู้อบมาอาบน้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด จำนวน 33 ราย ศึกษาวันละ 1 ครั้ง รวม 146 ครั้ง วัดอุณหภูมิกายทารกทางทวารหนักก่อนการอาบน้ำ หลังอาบน้ำทันที และหลังอาบน้ำ 2 ชั่วโมง พบอุณหภูมิกายเฉลี่ย 36.84, 36.51 และ 36.77 องศาเซลเซียสตามลำดับ อุบัติการณ์ทารกที่มีอุณหภูมิกายต่ำ ภายหลังการอาบน้ำพบร้อยละ 10.9 อุณหภูมิกายเฉลี่ย หลังการอาบน้ำทันทีต่ำกว่าก่อนการอาบน้ำและหลังการอาบน้ำ 2 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อุณหภูมิกายเฉลี่ยก่อนและหลังการอาบน้ำ 2 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$) ภาวะอุณหภูมิกายดำที่พบมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการอาบน้ำ

ยศวรณ นิพัฒน์ศิริผล (2541 : ไม่มีเลขหน้า) ได้วิจัยเชิงสำรวจโดยศึกษากับประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2540 จำนวน 781 คน โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน ศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลประกอบด้วยตัวแปรภูมิหลัง ตัวแปรลักษณะทางจิต และตัวแปรการรับรู้บทบาทและการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรลักษณะทางจิต ตัวแปรการรับรู้บทบาท ตัวแปรภูมิหลัง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 และพบว่าตัวแปรทั้ง 4 นี้ร่วมกันสามารถทำนายการปฏิบัติการพยาบาลได้ร้อยละ 23.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพบว่าตัวแปรลักษณะทางจิตเป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการปฏิบัติการพยาบาลสูงที่สุด และผลการวิจัยไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

สุรี ชันทรักษวงศ์ (2532 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ลักษณะงาน ขนาดของโรงพยาบาล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน ใช้แบบสอบถามความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยปรากฏดังนี้คือ

1. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
2. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะงานแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพกับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

9. ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ (2530 : 87) ได้ศึกษาความรู้ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก จากกลุ่มมารดาที่มาคลอดโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า กลุ่มของมารดาอายุ 21 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุ 20 ปีและต่ำกว่า และเมื่อควบคุมตัวแปรทางด้านสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยมารดาที่มีการศึกษามากกว่า 12 ปี อาชีพทำงานนอกบ้าน มีรายได้ครอบคลุมระดับสูง และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ก็พบว่ามารดาที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ก็ยังมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มมารดาที่มีอายุน้อย (อายุ 20 ปีและต่ำกว่า)

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคนอื่น ๆ (2531 : 51) ได้ศึกษาการปฏิบัติบทบาทของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน สุ่มตัวอย่างจากพ่อแม่ที่มีลูกอายุ 4 - 6 ปี และมารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเด็ก กรุงเทพมหานคร เป็นพ่อจำนวน 251 ราย และแม่จำนวน 246 ราย พบว่า พ่อและแม่ที่มีอายุมากมีการปฏิบัติบทบาทดีกว่าพ่อแม่อายุน้อย

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 40) ศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคหัดเรื้อรังเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส ที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเลือดโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลเด็กที่เลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติจำนวน 100 ราย พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536 : 107) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ พบว่า สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ

ฐวีวรรณ จิระอมรนิมิต (2541 : 69 - 70) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของพี่เลี้ยงในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อน เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พบว่า พี่เลี้ยงมีความรู้ในระดับ

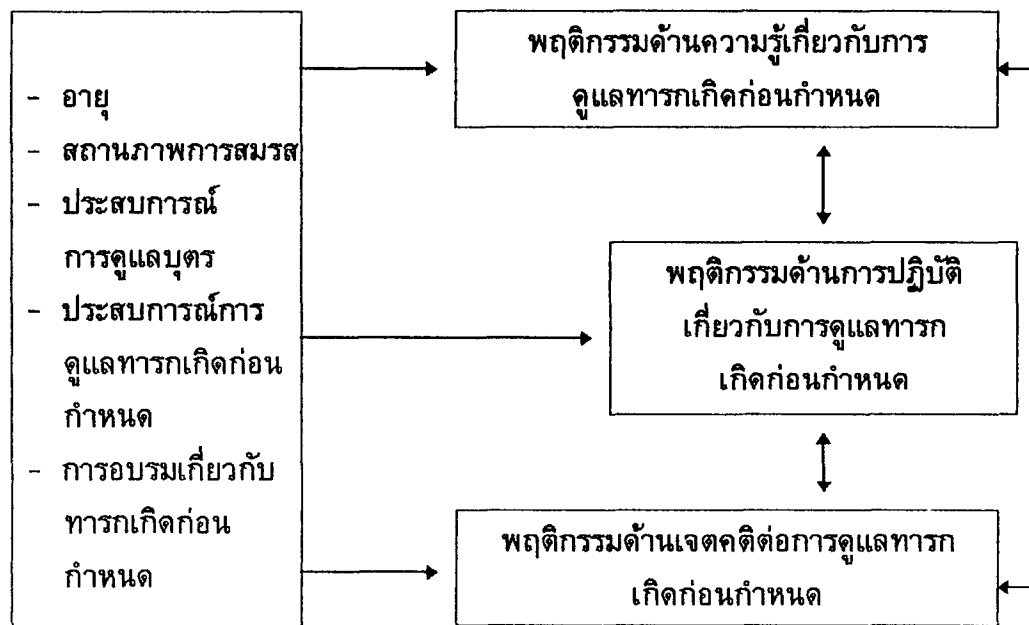
ปานกลาง มีเจตคติในระดับค่อนข้างดี และการปฏิบัติอยู่ในระดับดี ผลการเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของพี่เลี้ยง พบว่า

1. พี่เลี้ยงที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. พี่เลี้ยงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน
3. พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีความรู้ และเจตคติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. พี่เลี้ยงที่เคยได้รับการอบรมมีความรู้ และเจตคติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของพี่เลี้ยง มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก

อำพัน วิมลวัฒนา (2541 : 100) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า หญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับสามีมีความรู้และการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับสามี แตกต่างกับหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่แยกกันอยู่กับสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป จากเอกสารและการวิจัยข้างต้น พบว่าหน้าที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้สามารถควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และทารกไม่ต้องประสบกับปัญหาภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ดูแลจะช่วยเหลือได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพประกอบ 4 และสมมติฐานต่อไปนี้คือ



ภาพประกอบ 4 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ใน
ระดับทารกแตกต่างกัน
2. พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับ
ทารกแตกต่างกัน
3. พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่
ในระดับทารกแตกต่างกัน
4. พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อน
อยู่ในระดับทารกแตกต่างกัน
5. พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อน
กำหนดอยู่ในระดับทารกแตกต่างกัน
6. พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนดอยู่ในระดับทารกแตกต่างกัน
7. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับทารกแตกต่างกัน

8. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

9. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

10. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

11. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

12. พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

13. พยาบาลที่มีการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีพฤติกรรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

14. พยาบาลที่มีการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

15. พยาบาลที่มีการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารกแตกต่างกัน

16. พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตัวบารก ในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันทางบวก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ในเขตกรุงเทพมหานคร

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 284 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากประชากรโดยใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 303) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 คน

ตาราง 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อโรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลศิริราช	42	24
โรงพยาบาลรามาริบัติ	29	17
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	17	10
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	20	12
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	27	16
โรงพยาบาลตำรวจ	49	29
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	31	18
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	69	40
รวม	284	166

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามให้เลือกแต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก ข้อใดตอบถูกให้ 1 คะแนน ข้อใดตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทางบวกและทางลบ ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ของพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 65 ข้อ ดังรายละเอียดดังนี้คือ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก
จำนวน 25 ข้อ

แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำนวน
20 ข้อ

แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก
จำนวน 20 ข้อ

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แล้วนำมาแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้คำถามมีความชัดเจนและถูกต้อง

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

5. นำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสอบถามความรู้ กำหนดคะแนนโดย ถ้าตอบข้อถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

2. แบบสอบถามเจตคติ กำหนดการให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

3. แบบสอบถามการปฏิบัติ กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก (Positive) กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	3
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ (Negative) กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	3

การแปลความหมายของคะแนน

ผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก กำหนดการแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2534 : 24)

ความรู้ระดับดีมาก หมายถึง คะแนนที่ตอบถูก ร้อยละ 80 - 100 ได้แก่ คะแนนระหว่าง 16.00 - 20.00

ความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนที่ตอบถูก ร้อยละ 70 - 79 ได้แก่ คะแนนระหว่าง 14.00 - 15.00

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนที่ตอบถูก ร้อยละ 60 - 69 ได้แก่ คะแนนระหว่าง 12.00 - 13.00

ความรู้ระดับพอใช้ หมายถึง คะแนนที่ตอบถูก ร้อยละ 50 - 59 ได้แก่ คะแนนระหว่าง 10.00 - 11.00

ความรู้ระดับควรปรับปรุง หมายถึง คะแนนที่ตอบถูก ร้อยละ 0 - 49 ได้แก่ คะแนนน้อยกว่า 10.00

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

เจตคติระดับดีมาก หมายถึง คะแนนระหว่าง 4.50 - 5.00

เจตคติระดับดี หมายถึง คะแนนระหว่าง 3.50 - 4.49

เจตคติระดับค่อนข้างดี หมายถึง คะแนนระหว่าง 2.50 - 3.49

เจตคติระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.50 - 2.49

เจตคติระดับไม่ดียิ่ง หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.00 - 1.49

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

การปฏิบัติระดับดี หมายถึง คะแนนระหว่าง 2.50 - 3.00

การปฏิบัติระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.50 - 2.49

การปฏิบัติระดับควรปรับปรุง หมายถึง คะแนนระหว่าง 1.00 - 1.49

การหาคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ตอน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถามที่นำไปทดลองใช้

2. นำแบบสอบถามตอนที่ 2, 3 และ 4 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้

2.1.1 หาค่าความยากง่าย (Difficulty) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก โดยคิดจากสัดส่วนของพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างทดสอบที่ตอบข้อนั้นถูก กับจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด แล้วเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.20 ถึง 0.80 ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำนวน 25 ข้อ ที่นำไปหาค่าความยากง่ายพบว่าได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 ถึง 0.76

2.1.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 131) ซึ่งเป็นค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับโดยที่ค่าคะแนนรายข้อมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูกและคะแนนเป็น 0 ถ้าตอบผิดหรือไม่ได้ตอบ จากนั้นคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่นำไปหาค่าอำนาจจำแนก พบว่าข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.21 ถึง 0.38

2.2 แบบสอบถามเจตคติและแบบสอบถามการปฏิบัติ

หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติและแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก นำมาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุธีรักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118) แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำนวน 20 ข้อ เมื่อหาค่าอำนาจจำแนกแล้วได้ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.32 ถึง 0.23 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำนวน 20 ข้อ เมื่อหาค่าอำนาจจำแนกแล้วได้ข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.28 ถึง 0.24

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยการคำนวณจากสูตรต่อไป

3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก หาค่าความเชื่อมั่นจากสูตร กูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson - KR 20) จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .64

3.2 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และ .72 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปมอบให้หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารกของโรงพยาบาลที่มีกลุ่มตัวอย่าง
3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำไปวิเคราะห์

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. ตรวจสอบแบบสอบถามที่รวบรวมได้ นำฉบับที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์
2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม เอส พี เอส เอส (SPSS/PC⁺ = Statistical package for the social science/personal computer plus)
3. แบบสอบถามตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพ การสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด นำมาวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
4. แบบสอบถามตอนที่ 2 คือ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก นำมาตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมคะแนนของแต่ละตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. แบบสอบถามตอนที่ 3 คือ แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก นำมาตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมคะแนนของแต่ละตัวอย่างแล้ววิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. แบบสอบถามตอนที่ 4 คือ แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก นำมาตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมคะแนนของแต่ละตัวอย่างแล้ววิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามตัวแปร อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การอบรมเกี่ยวกับการทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการทดสอบค่าสถิติที (t - test) และค่าสถิติเอฟ (F - test)

8. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ที่ใช้คำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS ดังนี้

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ล้วน และอังกฤษ สายยศ. 2531 : 59)

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ
f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N - 1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวอย่างยกกำลังสอง
	$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนตัวอย่างทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาความสอดคล้องของเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

$$IC = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้อง
	ΣR	แทน	คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ	P	แทน	ความยากของคำถามแต่ละข้อ
	R	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
	N	แทน	จำนวนผู้ตอบถูกทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก

2.3.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้สูตรหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 131)

$$r_{pbi} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_q}{S_x} \cdot \sqrt{pq}$$

เมื่อ	r_{pbi}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล คือ ค่าอำนาจจำแนก
-------	-----------	-----	--

y	แทน	ค่าจุดตัดบนแกน y (ordinate) ที่แบ่งพื้นที่ใต้โค้งเป็นสัดส่วน p และ q
S_x	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ (ซึ่งเป็นตัวแปรต่อเนื่อง)
X_p	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนในตัวแปรต่อเนื่องสำหรับกลุ่มที่ได้คะแนนรายข้อเป็น 1
X_q	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนในตัวแปรต่อเนื่องสำหรับกลุ่มที่ได้คะแนนรายข้อเป็น 0
p	แทน	สัดส่วนของคนที่ได้คะแนนรายข้อเป็น 1
q	แทน	สัดส่วนของคนที่ได้คะแนนรายข้อเป็น 0

2.3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X และตัวแปร Y (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118)

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma XY - \Sigma X \Sigma Y}{\sqrt{[N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2] [N \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และคะแนน Y
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	ΣY	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	ΣXY	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X
	ΣY^2	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.4 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้สูตร KR 20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_p^2} \right]$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ค่าความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ = $1 - p$
	S_p^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อคำถาม
	S_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรการทดสอบค่าที (t - test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 177) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 - 9 และ 13 - 15

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที
	$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	S_1^2 และ S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	n_1 และ n_2	แทน	จำนวนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
	df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่าเอฟ (F - test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One - way analysis of variance) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 249) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 6 และ 10 - 12

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
	MS_B	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าการทดสอบพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ ดูกี (Tukey) (ประคอง กรรณสูตร. 2530 : 283)

$$q_{\alpha}(k, f) \sqrt{nMS_w}$$

α	แทน	ระดับแห่งความมีนัยสำคัญ
k	แทน	จำนวนกลุ่มที่นำมาเปรียบเทียบ
n	แทน	จำนวนตัวอย่างประชากรแต่ละกลุ่มซึ่งเท่ากัน
f	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระของ MS_w
MS_w	แทน	ความแปรปรวนคลาดเคลื่อนหรือภายในกลุ่มที่คำนวณได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของข้อมูลชุดเดียวกันกับที่นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 144) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 16

$$r_{xy} = \frac{N \Sigma XY - \Sigma X \Sigma Y}{\sqrt{[N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X กับคะแนน Y
	ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
	ΣY	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
	ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	ΣY^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	ΣXY	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
	N	แทน	จำนวนคนหรือสิ่งที่จะศึกษา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Means of Square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของ
พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ
เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปของตาราง
ประกอบความเรียง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. <u>อายุ (ปี)</u>		
20 - 30	132	47.80
31 - 40	82	29.70
41 - 50	59	21.40
51 - 60	3	1.10
รวม	276	100.00
2. <u>สถานภาพการสมรส</u>		
โสด	179	64.90
คู่	95	34.40
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	2	0.70
รวม	276	100.00
3. <u>ประสบการณ์การดูแลบุตร</u>		
มี	81	29.30
ไม่มี	195	70.70
รวม	276	100.00
4. <u>ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ปี)</u>		
0 - 5	128	46.40
5 - 10	51	18.50
10 - 15	43	15.60
15 - 20	54	19.50
รวม	276	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด		
ได้รับ	83	30.10
ไม่ได้รับ	193	69.90
รวม	276	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก มีคุณลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ

อายุระหว่าง 20 - 30 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 132 คน คิดเป็นร้อยละ 47.80 รองลงมาคือ อายุ 31 - 40 ปี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 29.70 และน้อยที่สุดคืออายุ 51 - 60 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสโสด มีจำนวนมากที่สุด คือ 179 คน คิดเป็นร้อยละ 64.90 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 34.40 และน้อยที่สุดคือ สถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70

ประสบการณ์การดูแลบุตร

ประสบการณ์การดูแลบุตร พบว่า ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตร มีจำนวนมากที่สุด คือ 195 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 และมีประสบการณ์การดูแลบุตร จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30

ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 0 - 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 128 คน คิดเป็นร้อยละ 46.40 รองลงมาคือ 16 - 20 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 19.60 และน้อยที่สุดคือ 11 - 15 ปี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 15.60

การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด

การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ไม่ได้รับการอบรม มีจำนวนมากที่สุด คือ 195 คน คิดเป็นร้อยละ 69.90 และได้รับการอบรมจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก

	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	20	17.00	3.00	9.61	2.45	ควรปรับปรุง
เจตคติ	5	4.73	3.13	3.88	0.30	ดี
การปฏิบัติ	3	3.00	1.73	2.37	0.23	ปานกลาง

จากตาราง 5 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล จำนวน 276 คน มีค่าเท่ากับ 9.61 คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติมีค่าเท่ากับ 3.88 และคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติมีค่าเท่ากับ 2.37 นั่นคือพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก มีความรู้ระดับควรปรับปรุง มีเจตคติระดับดี และมีการปฏิบัติระดับปานกลาง

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	3	74.51	24.83	4.25**	.006
ภายในกลุ่ม	272	1588.54	5.84		
รวม	275	1663.05			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.57	0.19	2.07	.103
ภายในกลุ่ม	272	25.19	0.09		
รวม	275	25.77			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.52	0.17	3.25*	.022
ภายในกลุ่ม	272	14.72	0.05		
รวม	275	15.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 7 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกแตกต่างกัน

ส่วนความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ปรากฏว่า พยาบาลที่มีอายุต่างกันมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 3 จึงนำเจตคติและการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ ตุกี (Tukey-test) ดังปรากฏตามตาราง 8 - 9

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามอายุ (ปี)

อายุ (ปี)		20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
	$\bar{X}$	9.47	9.46	10.33	6.00
20 - 30	9.47	-	0.01	0.86	3.47
31 - 40	9.46		-	0.87	3.46
41 - 50	10.33			-	4.33**
51 - 60	6.00				-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีอายุ
41 - 50 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในตู้อบทารกแตกต่างกับพยาบาล
ที่มีอายุ 51 - 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามอายุ (ปี)

อายุ (ปี)		20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
	$\bar{X}$	2.32	2.40	2.42	2.35
20 - 30	2.32	-	0.07	0.09*	0.02
31 - 40	2.40		-	0.02	0.05
41 - 50	2.42			-	0.07
51 - 60	2.35				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีอายุ 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดอยู่ในตู้อบทารกแตกต่างกับพยาบาลที่มีอายุ 41 - 50 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
โสด	179	9.50	2.50	3.88	0.29	2.36	0.24
คู่	95	9.83	2.37	3.90	0.31	2.38	0.22
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	2	10.00	2.82	3.70	0.80	2.40	0.28

จากตาราง 10 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีสถานภาพการสมรสหม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สถานภาพการสมรสคู่ และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพการสมรสโสด

ด้านเจตคติ พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีสถานภาพการสมรสคู่ มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกดีที่สุด รองลงมาได้แก่ สถานภาพการสมรสโสด และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพการสมรสหม้าย หย่า แยกกันอยู่

ด้านการปฏิบัติ พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกดีที่สุด รองลงมาได้แก่ สถานภาพการสมรสคู่ และน้อยที่สุดได้แก่ สถานภาพการสมรสโสด

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามสถานภาพการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	2	7.00	3.50	0.57	.562
ภายในกลุ่ม	273	1656.05	6.06		
รวม	275	1663.05			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.09	0.04	0.52	.593
ภายในกลุ่ม	273	25.67	0.09		
รวม	275	25.77			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.20	.812
ภายในกลุ่ม	273	15.22	0.05		
รวม	275	15.24			

จากตาราง 11 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มี
สถานภาพการสมรสต่างกัน มีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 - 6 ที่ว่า
พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกแตกต่างกัน

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลบุตร

ด้าน	ประสบการณ์การดูแลบุตร				t	p
	ได้รับ (N = 81)		ไม่ได้รับ (N = 195)			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
ความรู้	9.88	2.32	9.50	2.50	1.17	.242
เจตคติ	3.88	0.34	3.88	0.29	0.05	.953
การปฏิบัติ	2.39	0.22	2.36	0.24	0.77	.440

จากตาราง 12 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 - 9 ที่ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกัน

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ประสบการณ์การดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนด	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
0 - 5 ปี	128	9.56	2.22	3.85	0.30	2.34	0.23
6 - 10 ปี	51	9.03	2.34	3.88	0.31	2.34	0.23
11 - 15 ปี	43	9.86	2.31	3.88	0.30	2.39	0.20
16 - 20 ปี	54	10.11	3.06	3.96	0.28	2.44	0.24

จากตาราง 13 แสดงว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 11 - 15 ปี และน้อยที่สุดได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 6 - 10 ปี

ด้านเจตคติ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 11 - 15 ปี และ 6 - 10 ปี และน้อยที่สุดได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 0 - 5 ปี

ด้านการปฏิบัติ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกดีที่สุด รองลงมาได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 11 - 15 ปี และน้อยที่สุดได้แก่ พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 6 - 10 ปี และ 0 - 5 ปี

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้					
ระหว่างกลุ่ม	3	33.13	11.04	1.84	.140
ภายในกลุ่ม	272	1629.91	5.99		
รวม	275	1663.05			
เจตคติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.45	0.15	1.62	.183
ภายในกลุ่ม	272	25.31	0.09		
รวม	275	25.77			
การปฏิบัติ					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.48	0.16	2.94*	.033
ภายในกลุ่ม	272	14.76	0.05		
รวม	275	15.24			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีคะแนนความรู้และเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 และข้อ 11 ที่ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้และเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 จึงนำไปทดสอบเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ ตุกี (Tukey-test) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด		0 - 5 ปี	6 - 10 ปี	11 - 15 ปี	16 - 20 ปี
	$\bar{X}$	2.34	2.34	2.39	2.44
0 - 5 ปี	2.34	-	0.00	0.03	0.10*
6 - 10 ปี	2.34		-	0.03	0.10
11 - 15 ปี	2.39			-	0.03
16 - 20 ปี	2.44				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 0 - 5 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกแตกต่างกับพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนคู่อื่นพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 16 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำแนกตามการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด

ด้าน	การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด				t	p
	ได้รับ (N = 83)		ไม่ได้รับ (N = 193)			
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s		
ความรู้	9.59	2.70	9.63	2.35	0.12	.903
เจตคติ	3.89	0.32	3.88	0.30	0.37	.707
การปฏิบัติ	2.41	0.25	2.35	0.22	1.65	.100

จากตาราง 16 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่ได้รับ การอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมุติฐานข้อ 13 - 15 ที่ว่า พยาบาลที่มีการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มี ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	-	0.27**	0.31**
เจตคติ		-	0.29**
การปฏิบัติ			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในตู้อบทารก มีคะแนนความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 16 ที่ว่า พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันทางบวก

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ตามตัวแปรต่อไปนี้คือ
 - 2.1 อายุ
 - 2.2 สถานภาพการสมรส
 - 2.3 ประสบการณ์การดูแลบุตร
 - 2.4 ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
 - 2.5 การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาลวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มประชากร คือ พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 276 คน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำนวน 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS/PC⁺ : Statistical package for the social sciences/personal computer plus) ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
2. วิเคราะห์และประเมินความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 - 6 และข้อ 10 - 12 และสถิติค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 7 - 9 และข้อ 13 - 15
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

สรุปผลการค้นคว้า

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปซึ่งเป็นคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.80 มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 64.90 ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 70.70 มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่าง 0 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.40 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 69.90

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก พบว่า มีความรู้
อยู่ในระดับควรปรับปรุง ($\bar{X} = 9.61$)

ด้านเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก พบว่า มีเจตคติอยู่ใน
ระดับดี ($\bar{X} = 3.88$)

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก พบว่า มีการ
ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.37$)

2. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุป ตามสมมุติฐานได้ดังนี้

2.1 พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
อยู่ในต้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ใน
ต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.3 พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อน
กำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.5 พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.6 พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.7 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.8 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.9 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.10 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้
เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.11 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีเจตคติ
ต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.12 พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีการ
ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

2.13 พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.14 พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.15 พยาบาลที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน

2.16 พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก ด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก ผู้วิจัยอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับควรปรับปรุง มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง จากลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยศึกษานั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี มีสถานภาพสมรสโสด ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตร มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 0 - 5 ปี และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด จึงอธิบายได้ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่อยู่ในระดับควรปรับปรุง อาจเนื่องจากหลักสูตรของพยาบาลในระดับปริญญาตรี การบรรจุความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก รวมทั้งประเด็นสำคัญและรายละเอียดของการสร้างและการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายทารกเป็นเรื่องที่กล่าวถึงเพียงเล็กน้อยโดยไม่ได้เน้นรายละเอียดเชิงเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ให้นักศึกษาเข้าใจได้อย่างชัดเจน ซึ่งโดยความเป็นจริงแล้วการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกผู้ให้การดูแลจะต้องมีความรู้เฉพาะในเรื่องที่ปฏิบัติให้ละเอียดลึกซึ้งยิ่งขึ้นเพื่อจะได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตำราภาษาไทยเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกมีน้อยส่วนใหญ่เป็นตำราต่างประเทศ ประกอบกับบุคลากรผู้ให้ความรู้ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนน้อย ทำให้พยาบาลขาดความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่แท้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาอบรมภายหลังจบการศึกษา แต่ในความคิดเห็นของ กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2537 : 13) เห็นว่าเพื่อ

พัฒนาบุคลากรที่มีสุขภาพต้องการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางมากกว่าความรู้พื้นฐานแบบ
แบบนักรปฏิบัติกรพยาบาลในระดับทั่วไป พยาบาลต้องรู้จริงอย่างละเอียดลึกซึ้งและเชี่ยวชาญ
มากขึ้น เพื่อพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ชำนาญการทางทารกเกิดก่อนกำหนด และถึงแม้จะมี
หลักสูตรที่เปิดการอบรมเกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดลักษณะการอบรมก็จะเน้น
ทางโรคและพยาธิสภาพมากกว่าการดูแลทารก ประกอบกับวิธีการคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมมี
การพิจารณาโดยใช้ระบบอาวุโสเป็นหลัก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนดมีความรู้อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ด้านเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับทารกอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจ
เนื่องจากพยาบาลเมื่อจบการศึกษาจะต้องเลือกหน่วยงานตามความสมัครใจ เมื่อพยาบาลผ่าน
การคัดเลือกเข้าปฏิบัติงานในแผนกทารกเกิดก่อนกำหนดถือว่าได้ปฏิบัติงานในองค์กรตาม
ต้องการ เป็นการแสดงถึงความชอบ ความสนใจของตนเอง (สุนีย์ มหาพรหม. 2536 : 32)
ปัจจัยด้านองค์การคือปัจจัยที่ส่งเสริมการคงอยู่ในงานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน
(แสงทอง ประสุวรรณ์. 2541 : 17) นอกจากนี้ แสงทอง ประสุวรรณ์ (2541 : 61)
ได้ศึกษาจากพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร พบว่า การได้เลือกสถานที่ทำงานที่ตน
ชอบและอยู่ใกล้ภูมิลำเนาจะเป็นสถานที่ที่มีความพอใจในการปฏิบัติงานเพราะกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานอยู่ต่อไปถึงร้อยละ 85.03 การที่ทำให้บุคคลในองค์การ
พยาบาลพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ จะทำให้มีการรับรู้คุณค่าของงานและมีความสุขกับการทำงาน
ประสบความสำเร็จในงาน ลักษณะนี้เป็นลักษณะของบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่องานและมีความ
ผูกพันในงาน (เจนนารา สิทธิเหรียญชัย. 2541 : 32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
เจนนารา สิทธิเหรียญชัย (2541 : 53) ได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์พยาบาล
ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่าง
บรรยากาศองค์กรกับความผูกพันในงานมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 ซึ่งความรู้สึกรู้สึกพึงพอใจในงาน ความผูกพันในงานเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิด
พฤติกรรมชนิดใดชนิดหนึ่งขึ้น (โสภา ชูพิกุลชัย. 2522 : 15 - 16) คือ เจตคติที่ดีต่อ
องค์การพยาบาลหน่วยเล็ก ๆ ที่พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสังกัดอยู่

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง
ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้ของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีน้อย ประกอบกับขาด
การอบรม และการค้นคว้าที่ถูกต้องของพยาบาล ถึงแม้ว่าจะมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลทารกเกิด
ก่อนกำหนดก็ตาม จึงมีผลทำให้การปฏิบัติในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง
ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรี ชันทรรักษวงศ์ (2532 : ไม่มีเลขหน้า) ที่พบว่า
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน
ระดับดี และการศึกษาของ ชไมพร สติรลีลา (2541 : 70) สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุรี มหาพรหม ซึ่งพบว่า การได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่หน่วยพักค้างรอดูอาการ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราชมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการดูแลจากพยาบาลด้านการช่วยเหลือ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และข้อที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากพยาบาล สูงที่สุด คือการดูแลผู้ป่วยด้วยท่าที่มันใจและมีความชำนาญ

สรุปได้ว่า ถึงแม้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง แต่มีเจตคติอยู่ในระดับดี จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางดังกล่าว

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก เจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพการสมรส ประสบการณ์ การดูแลบุตร ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 3 แต่มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า

ด้านความรู้ จากผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี กับกลุ่มอายุ 51 - 60 ปี โดยกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี มีความรู้ดีกว่ากลุ่มอายุ 51 - 60 ปี จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์ (2530 : 87) ที่พบว่า ความรู้ของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก กลุ่มของมารดาอายุ 21 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็กสูงกว่ากลุ่มมารดาอายุ 20 ปีและต่ำกว่า ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41 - 50 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีความรู้มากที่สุด ($\bar{X} = 10.33$) แต่กลุ่มอายุ 51 - 60 ปี เป็นกลุ่มที่มีความรู้ต่ำที่สุด ($\bar{X} = 6.00$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามพัฒนาการถือว่ากลุ่มอายุ 51 - 60 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางก่อนไปวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมถือว่าเป็นวัยที่มีลักษณะของความเฉื่อยชา (สุวดี ศรีเลณวัติ. 2530 : 9) สมองจะเสื่อมลง (จินตนา สงค์ประเสริฐ. 2538 : 5) ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเรียนรู้

ด้านเจตคติ จากผลการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 20) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคหัวใจหัวใจผิดปกติ และจากการศึกษาของ วัลภา ผิวทน (2527 : 114) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สาเหตุของความไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากพยาบาลในทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่

ต่างเข้าสู่หน่วยงานทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการเลือกตามความต้องการย่อมแสดงถึงความพร้อมที่จะเข้าสู่งานในลักษณะที่ตนชอบทำให้เกิดมีปฏิสัมพันธ์ต่อทารกและสะสมมาจนทำให้เกิดเจตคติในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ กริฟฟิน (อ้างถึงในบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. 2538 : 15) ที่ว่า การดูแลทางการแพทย์ประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 2 ประการคือ กิจกรรมพยาบาลและเจตคติ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลที่ถือว่าเป็นการดูแลจะต้องทำด้วยความรู้สึกและเจตคติที่ดีในการจัดกิจกรรมการดูแลนั้น

ด้านการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี กับกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี โดยกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 2.42$) สูงกว่ากลุ่มอายุ 20 - 30 ปี ($\bar{X} = 2.32$) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์ และคนอื่น ๆ (2531 : 51) ซึ่งพบว่า พ่อและแม่ที่มีอายุมากมีการปฏิบัติบทบาทดีกว่าพ่อแม่อายุน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 36) ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ และโดยการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 107) ที่พบว่า ไม่ว่าผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีอายุมากหรือน้อยก็ตาม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้พยาบาลที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแตกต่างกันอาจเป็นเพราะกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี ทำงานในหน้าที่มาเป็นเวลานานย่อมเกิดความชำนาญในการปฏิบัติ การปฏิบัติที่ดีที่สุดเกิดขึ้นจากความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ (Counte and Chrisma. 1981 : 1) โดยมีความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (นิภา มนูญปิจุ. 2528 : 68) และเนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการทำงานซึ่งตรงกับคำกล่าวของ บลูม (Bloom. 1975 : 18) ที่ว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

2.2 พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4, 5 และ 6 ตามลำดับ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 40) ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536 : 107) ที่พบว่า สถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 105) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์จะมีสถานภาพการสมรสได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวดี มโนหาญ (2536 : 30) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการศึกษาของ สุภาภรณ์ ด่วงแพง (2531 : ก.) ที่พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายที่รักษาโดยวิธีจัดของเสียออกทางเยื่อปอดของห้องด้วยตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจกำลังประสบกับภาวะวิกฤต ทำให้คนในสังคมเกิดความเครียดและพบกับปัญหาต่าง ๆ มากมายไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในสถานภาพการสมรสใด คู่ หรือหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ซึ่งโดยหลักความจริงแล้วกลุ่มสมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะกลุ่มสมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและช่วยบ่งชี้ศักยภาพในการพัฒนาความสามารถ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่แตกต่างกันอาจจะเป็นเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพการสมรสใดเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 64.90 ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมครอบครัว

2.3 พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7, 8 และ 9 จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534 : 50) ที่พบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก และการศึกษาของ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2536 : 109) ที่พบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลภา ปินสมประสงค์ (2526 : 17) ที่พบว่า มารดาที่มีบุตรจำนวนน้อย (1 - 3 คน) มีการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กตอนต้น ดีกว่ามารดาที่มีบุตรจำนวนมาก (มากกว่า 3 คน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์ และคนอื่น ๆ (2531 : 51) ที่พบว่า จำนวนบุตรมากการปฏิบัติบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนของพ่อและแม่เลวลง จากการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตรคิดเป็นร้อยละ 70.7 โดยความเป็นจริงแล้วประสบการณ์การดูแลบุตรเป็นปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของตนเอง จะมีผลต่อการกระทำภายหลังที่สำคัญคือผลนั้นจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมาย (พรรณี ส่งสาย. 2541 : 35) คือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์นี้ยังประกอบด้วยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีตจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดี เป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับในอดีตจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (Penda. 1996 : 67 - 68. ; citing Bandura. 1986.) ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วและได้รับข้อมูลป้อนกลับที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นๆ

คือ แหล่งสำคัญของข้อมูลสมรรถนะ (Efficacy) หรือทักษะ (Skill) ผลประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำในอดีตตามแนวคิดของ แบนดูรา คือ ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำที่เปรียบเสมือนเครื่องคิดขวางที่บุคคลต้องฟันฝ่าให้ผ่านพ้นเพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลบุตร พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติจึงไม่แตกต่างกัน

2.4 พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้และเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 และข้อที่ 11 จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูวิวรรณ จิระอมรนิมิต (2541 : 73) ที่พบว่า พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกันมีความรู้ เจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษามีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระยะเวลาต่าง ๆ กัน แต่เนื่องจากลักษณะของการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกต้องใช้ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ในลักษณะเฉพาะและอยู่ในหน่วยงานเฉพาะที่เป็นหอผู้ป่วยแบบปิด จึงก่อให้เกิดปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกรักเด็กที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม โดยเป็นตัวแปรที่สำคัญในการจูงใจและเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลในการนำไปปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แต่การอยู่รวมกันในลักษณะเฉพาะนี้ก่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ (พรรณี ส่งสาย. 2541 : 36 - 38) ทำให้เกิดการเลียนแบบปัจจัยดังกล่าว จึงส่งผลให้พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกมีพฤติกรรมด้านความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน

สำหรับด้านการปฏิบัติ พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 12 โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 0 - 5 ปี มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกแตกต่างกับพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูวิวรรณ จิระอมรนิมิต (2541 : 73) ที่พบว่า พี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัครี จิตต์ภักดี (2536 : 32) พบว่า พยาบาลที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีคะแนนความพึงพอใจในการทำงานสูงกว่าพยาบาลในช่วงอายุอื่น ๆ ดังนั้นพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นระยะเวลายาวนานกว่าย่อมมีทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขามากกว่า ทำให้การดูแลทารก

เกิดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพและมีการปฏิบัติที่ดีกว่า ทั้งนี้จะต้องถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำอย่างมีความสามารถได้ดีโดยอิทธิพลของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเป็นเวลานานกว่า (พรณี ส่งสาย. 2541 : 38) การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 16 - 20 ปี จึงดีที่สุด ($\bar{X} = 2.44$)

2.5 พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกที่มีการอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 13, 14 และ 15 การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูวีวรรณ จิระอมรนิมิต (2541 : 74) ที่พบว่าพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมมีความรู้และเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่แตกต่างกัน แต่ทางด้านการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้เพราะพบว่า พี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมมีการปฏิบัติดีกว่าพี่เลี้ยงที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งโดยปกติแล้วการได้รับการอบรมเป็นแรงจูงใจแบบหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (สุนีย์ มหาพรหม. 2536 : 15) แต่พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกันอาจจะเพราะผลของการศึกษานี้จำนวนผู้ได้รับการอบรมมีเพียง 93 ราย แต่จำนวนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษานี้ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษานี้ไม่ได้รับการอบรมถึง 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.90 และประกอบกับพยาบาลที่ได้รับการอบรมเมื่อพิจารณาหลักสูตรแล้วจะเน้นทางด้านโรคและพยาธิสภาพและการรักษาทารกแรกเกิดที่มีปัญหา (ลำยอง รัชมีมาลา. 2528 : 249 - 254) มากกว่าการดูแลโดยเฉพาะ จึงยังไม่ส่งผลให้พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกเปลี่ยนแปลงไป

3. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก พบว่า พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 16 เหตุผลเนื่องจากการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกในระดับควรปรับปรุง แต่มีเจตคติในระดับดี และการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เหตุเนื่องจากเจตคติเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติเปรียบเสมือนตัวเร่งปฏิกิริยา ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีในระดับหนึ่ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติต่างมีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อกันเป็นลูกโซ่ (นิภา มนูญิจ. 2528 : 68) ในกระบวนการจัดการศึกษานั้น ถือว่าการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมทางด้านความรู้และทางเจตคติเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวรต่อไป (พัสมัย พัทธการวรากร. 2536 : 11 - 12) และผลการศึกษาการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูวีวรรณ จิระอมรนิมิต (2541 : 75) ซึ่งพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อำพัน วิมลวัฒนา (2541 : 100) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกของพยาบาลนั้นมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีพฤติกรรมในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ควรจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจัดให้มีการศึกษา อบรม คู่มือ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ มีการพัฒนาความรู้เดิมกับความรู้ใหม่เข้าด้วยกัน และนำมาประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรจัดให้มีเอกสารภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจัดไว้ภายในหน่วยงานเพื่อสะดวกต่อการศึกษาเพิ่มเติมของพยาบาล
3. การคัดสรรพยาบาลประจำตึกทารกเกิดก่อนกำหนด ควรมีการพิจารณาถึงคุณสมบัติเฉพาะบุคคล โดยพิจารณาเลือกบุคคลที่มีความพร้อมในการพัฒนาตนเองไปเป็นพยาบาลที่ชำนาญการเฉพาะสาขาด้วยการทดสอบความรู้ เจตคติ ต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
4. ส่งเสริมให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทุกคนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พร้อมทั้งติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก ด้วยตัวแปรด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ สามารถนำมาศึกษาและวางแผนในการจัดอัตรากำลังและการสรรหาบุคลากรที่มีความเหมาะสมและพึงพอใจมาปฏิบัติงานต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกที่ครบกำหนด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การดูแลระบบการหายใจในทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2536.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. “ปัญหาสุขภาพในสังคมปัจจุบัน : ความจำเป็นของการมีพยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก,” เอกสารการประชุมวิชาการพยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี, 2537.
- กฤษณา เพ็งสา และสุกัญญา ทักษะพันธ์. คู่มือทารกแรกเกิด. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2540.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สถิติจำนวนทารกเกิดมีชีพจำแนกตามน้ำหนักแรกเกิด. กรุงเทพฯ : หน่วยเวชสถิติ, 2539.
- เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์. “ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ,” คู่มือพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์, 2528.
- เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ และสิริโสภิต ทิพนาค. “การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังการอาบน้ำ,” รามาธิบดีพยาบาลสาร. 4(1) : 5 - 13 ; 2541.
- จินตนา สงค์ประเสริฐ. ผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์, 2538.
- เจนนารา สิทธิเหรียญชัย. บรรยากาศองค์การกับความผูกพันในงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541. อัดสำเนา.
- ชไมพร สติรลีลา. การศึกษาความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่หน่วยพัควางรูดอาการ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- ชูวิวรรณ จิระอมรมนิมิต. พฤติกรรมสุขภาพของพี่เลี้ยงในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานสงเคราะห์เด็กอ่อน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ทรงพล ผุดผาด. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

- ธราธิป โกละทัต. “Management of high risk infants,” เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2538 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2538.
- นิภา มนูญปัจ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- บริษัทเดียวของสีลม จำกัด. คู่มือการใช้งานต้อบเด็ก. กรุงเทพฯ : บางนาทาวเวอร์, 2538.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์. ความต้องการการดูแลและการได้รับการดูแลจากพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีในโรงพยาบาลรามาริบัติ.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. ปทุมธานี : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า จำกัด, 2530.
- ประพุก ศิริบุญ และอรุณ บัญประกอบ. ทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2525.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธีระพัฒนา, 2532.
- ประสงค์ ตูจินดา. “บทบาทและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด,” ทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2525.
- ผ่องพรรณ อุปันธวงศ์. “การใช้ความชื้นสัมพัทธ์ในตู้อบระดับอุณหภูมิกายทารกคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักและอายุครรภ์น้อยมาก,” เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2537 ชมรมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2537.
- เพ็ญศรี พิชัยสมิต และคนอื่น ๆ. “การปฏิบัติบทบาทของพ่อและแม่ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน,” วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 27 (3) : 51 ; มีนาคม 2531.
- ไพบุลย์ เทวรักษ์. จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- พรรณี ส่งสาย. พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- แพรวพรรณ นุชภักดี. “ทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย,” ปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : บริษัทรวมพรรณจำกัด, 2533.
- แพรวพรรณ วัชรวงศ์กุล. “Care of very low birthweights infants,” เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2538 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : 2538.

เพ็ญนภา ภักดิ์วงศ์ และคนอื่น ๆ. “เปรียบเทียบวิธีการป้องกันการสูญเสียความร้อนในระยะหลังคลอดทันทีต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิด,” วารสารพยาบาลศาสตร์. 13(3) : 40 ; 2538.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

พิศมัย พัทธการวรากร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ภาวดี มโนหาญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ยศวรรณ นิพัฒน์ศิริผล. ปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก ในโรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์ อจท. จำกัด, 2538.

ลิขิต กาญจนานาภรณ์. พื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2525. _____ . เอกสารประกอบการบรรยายวิชาจิตวิทยาสังคม. นครปฐม : ภาควิชาจิตวิทยาแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, ปีการศึกษา 2519.

ลัดดา อัมมสุณย์. “การพยาบาลปรีกำเนิด,” เอกสารประชุมวิชาการประจำปี 2536 ชมรมเวชศาสตร์ปรีกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2536.

ลำยอง รัชมีมาลา. คู่มือพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : มิตรเจริญการพิมพ์, 2528.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศึกษาวร, 2531.

วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่ายที่บางครั้งก็พลาดได้,” ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 9 กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.

- วชิรา กลีโกศล และคนอื่น ๆ. “ศึกษาผลของการได้รับและไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล
อนามัยชุมชนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก,” เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการ
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพ. กรุงเทพฯ :
กองสุขภาพศึกษา, 2528.
- วัฒนา กุลนาถศิริ และคนอื่น ๆ. “ผลของแบบแผนป้องกันการสูญเสียความร้อนต่ออุณหภูมิ
กายของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด,” เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ
ประจำปี 2539 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
ม.ป.ท., 2539.
- วัลภา ปินสมประสงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในเรื่องการ
เลี้ยงดูบุตรของมารดากับการพัฒนาของเด็กวัยตอนต้น. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ
อนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม
กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กก่อนวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกับโรค.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- วัลลภ ไทยเหนือ. “ความหวังของการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก,” เอกสารประชุมวิชาการ
ประจำปี 2538 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.,
2538.
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. คู่มือการประเมินผลการเรียนตามหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น
พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร, 2534.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- แสงทอง ประสุวรรณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
ชุมชน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541. อัดสำเนา.
- สุจินดา ขจรรุ่งศิลป์. ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรวัยเด็กเล็ก ศึกษาเฉพาะมารดาที่คลอดบุตร
คนแรกที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ สด.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2530. อัดสำเนา.
- สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2524.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สาธิต โหตระกิตย์ และคนอื่น ๆ. ปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : บริษัท
รวมวรรณ จำกัด, 2533.

- สาธารณสุข กระทรวง. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544). กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2540.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานผลการสำรวจแรงงาน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
- สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. "Thermoregulation of the neonate," เอกสารประกอบการประชุมอบรมระยะสั้น ชุมชนเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2539.
- สุรีย์ มหาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.
- สุภาณี วศินอมร. การพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : จุดทองการพิมพ์, 2535.
- โสภา ชูพิกุลชัย. จิตวิทยาสังคมประยุกต์. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2522.
- สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคณาจารย์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียออกทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. "การจูงใจ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. หน่วยที่ 6 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- สุรี ชันธรักษ์วงศ์. พฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- สุดี ศรีเลณวัติ. จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ : พิชญาพันธ์ตั้ง, 2530.
- ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- สวนา พรพัฒน์กุล. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : แสงรุ่งการพิมพ์, 2522.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อัครี จิตต์ภักดี. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.
- อำพัน วิมลวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

- อรพินทร์ เจริญผล และศิริพร อินทรกำแหง. “ผลของการอาบน้ำและเช็ดตัวที่มีต่ออุณหภูมิร่างกายของทารกแรกเกิด,” รวมาริบดีเวชสาร. 14 : 121 - 128 ; 2534.
- Bell, E.F. and R.G. Rios. “A double - walled incubator alters the partition of body heat loss of premature infants,” Pediatric Research. 17 : 135 - 140 ; 1983.
- Bloom, S. Benjamin. Taxonomy of Education Objective Hand Book I : Cognitive Domain. New York : David McKay Company, Inc., 1974.
- Boumgart, S. “Thermal regulation in the fetus and newborn,” Intensive Care of the Fetus and Neonate. St Louis : Mosby - Year Book Inc., 1996.
- Counte, M.A. and L.P. Christma. Interpersonal Behavior and Health Care. Corolado : Westview Press, 1981.
- Hack, M. “Outcome of Extremely Low Birth Weight Infants,” Pediatrics. 98(5) : 931 ; November 1996.
- Halliday, L.H. and others. Handbook of Neonatal Intensive Care. 3rd ed. Philadelphia : Bailliere Tindall, 1990.
- Harper, R.G. and J.J. Yoon. Handbook of Neonatology. 2nd ed. Chicago : Year Book Medical Publisher Inc., 1987.
- Hey, E.N. and G. Katz. “The optimum thermal environment for naked babies,” Arch Dis Child. 45 : 328 - 334 ; 1970.
- Hodson, W.A. and W.E. Truog. Critical Care of the Newborn. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1989.
- Keeling, J.W. Fetal and Neonatal Pathology. 2nd ed. London : Springer - Verlag, 1993.
- Klaus, M.H. and A.A. Fanaroff. Care of the High - Risk Neonate. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1993.
- Leblanc, M.H. “Neonatal Heat Transfer,” Fetal and Neonatal Physiology. Philadelphia : Saunders, 1992.
- The Lexicon Webster Dictionary (Encyclopedia) Edition. The United Stated of America : The English Language Institute of America Inc., 1977.
- Margit, A.G.H. and F.E. Bell. “Environmental Temperature Control,” Fetal and Neonatal Physiology. Philadelphia : Saunders, 1992.
- Penda, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Stamford : Appleton and Lange, 1996.

- Polin, R.A. and W.W. Fox. Fetal and Neonatal Physiology. Philadelphia : Saunders, 1992.
- Richardson, C.J. Neonatology for the Clinician. Norwalk : Appleton and Lange, 1993.
- Sedin, G. and others. "Measurements of transepidermal water loss in newborn infants," Clin Perinatal. 12 : 79 - 96 ; 1985.
- Spitzer, A.R. Intensive Care of the Fetus and Neonate. St Louis : Mosby - Year Book Inc., 1996.
- Stevenson, D. and others. "Macrosomia : causes and consequences," J Pediatr. 100 : 515 ; 1982.
- Whaley, F.I. and D.L. Wong. Nursing Care of Infants and Children. 3rd ed. St Louis : The EV. Mosby company, 1987.
- Wong, L.D. Essentials of Pediatric Nursing. 4th ed. St Louis : Mosby - Yearbook Inc., 1993.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ทม 1007/ 6443

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ตินสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ณาพร มีธมมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 41 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ตินสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๖๐๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๖ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลนันทน์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงศ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมากร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 29 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลนันทน์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ (๔๐)

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ เภาพร มัชฌิมานุกร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 18 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1007/ ๒๔๙๑



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ณาพร มัยรมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 23 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1007/ ๒๖๑ ๐



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 31 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/๒๕๔๒

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร นัธยมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 49 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระทัยเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1007/ ๖๖๕๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงศ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 32 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๖๔๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ มกราคม 2542

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑิตพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร นัชยมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากพยาบาล โดยขออนุญาตให้พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 70 คน ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระทัยอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทบ 1007/2913

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กมหาราชนี

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ตินสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิไล ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ ณาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์สุนทร ชื้อเผ่าพันธ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางเครือวัลย์ ตินสุลานนท์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๒๕๔๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๑

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ คิณสุลานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ พันโทหญิงรัตนา ตุ่มเงิน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเรื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางเครือวัลย์ คิณสุลานนท์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๒๙13

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางเครือวัลย์ ดิณสุตานนท์ นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ รองศาสตราจารย์ ณาพร มัชฌมางกูร เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วิไล ลีสุวรรณ. รองศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภูไพบูลย์ และ อาจารย์มารีนา เกิบบุญเกิด เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางเครือวัลย์ ดิณสุตานนท์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม

1. นายแพทย์สุนทร อ้อเผ่าพันธ์
งานกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. รองศาสตราจารย์วิไล ลีสุวรรณ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์มารีนา เก็บบุญเกิด
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. พันโทหญิง รัดนา ตุ่มเงิน
งานการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพของเครื่องมือ

เลขที่

รพ.

แบบสอบถาม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บ่มมีทั้งหมด 4 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยขอให้ท่านกรุณาพิจารณาข้อความที่น่าเสนอและกรุณาตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ตอน ทุกข้อด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง แบบสอบถามทุกข้อมีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลไปสู่ผลของการวิจัยที่สมบูรณ์ จึงขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านครั้งนี้เป็นอย่างสูง

นางเครือวัลย์ ดิณสุลานนท์
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพยาบาลผู้ดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก**

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ
 - 20 - 30 ปี
 - 31 - 40 ปี
 - 41 - 50 ปี
 - 51 - 60 ปี
2. สถานภาพการสมรสของท่านคือ
 - โสด
 - คู่
 - หม้าย หย่า แยกกันอยู่
3. ประสบการณ์การดูแลบุตร
 - มี
 - ไม่มี
4. ท่านมีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดถึงปัจจุบัน
 - 0 - 5 ปี
 - 6 - 10 ปี
 - 11 - 15 ปี
 - 16 - 20 ปี
5. ท่านเคยได้รับการอบรมระยะสั้นและระยะยาวเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดคือหลักสูตร
พยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย และ
ชมรมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทยหรือไม่
 - ได้รับ
 - ไม่ได้รับ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก

คำชี้แจง กรุณาตอบโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดแสดงอาการพฤติกรรมเพื่อลดการสูญเสียความร้อนที่พบได้โดยวิธีใด
 - ก. ตื่นนอนและกระสับกระส่าย
 - ข. ตื่นนอนและลำตัวสั่น
 - ค. นอนงอตัวและงอแขนขา
 - ง. นอนระยะหลับสนิทยาว
2. ข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับการต่อสู้กับความเย็นของทารกเกิดก่อนกำหนด
 - ก. การกระตุ้นการสร้างความร้อนของสมองไม่สมบูรณ์
 - ข. หลอดเลือดหดตัวและขยายตัวไม่ดีพอ
 - ค. การสะสมไขมันสีน้ำตาลไว้ชัดเจน
 - ง. ผิวหนังบางและไขมันใต้ผิวหนังน้อย
3. การสูญเสียความร้อนของทารกข้อความใดไม่ถูกต้อง
 - ก. ทารกเกิดก่อนกำหนดเสียความร้อนมากกว่าทารกครบกำหนด 6 เท่า เพราะผิวหนังชั้นบนสุดพัฒนาไม่สมบูรณ์
 - ข. ทารกครบกำหนดสูญเสียความร้อนประมาณ 1 ใน 4 ของการสร้าง
 - ค. ทารกแรกเกิดสูญเสียความร้อนโดยการแผ่รังสีมากที่สุด
 - ง. การสูญเสียความร้อนโดยการพาไม่สามารถป้องกันได้
4. ท่านอนของทารกที่ช่วยลดการสูญเสียความร้อนคือแบบใด
 - ก. นอนหงายลำตัวและแขนขาเหยียดตรง
 - ข. นอนคว่ำลำตัวและแขนขาเหยียดตรง
 - ค. นอนตะแคงขวา ลำตัวงอ แขนขางอ
 - ง. นอนคว่ำลำตัวตรง แขนขางอ
5. หลังเช็ดตัวทารกในตู้อบ ถ้าท่านไม่เปลี่ยนผ้าอ้อมรองตัวออกทันที ทารกจะสูญเสียความร้อนโดยทางใด
 - ก. การนำ
 - ข. การพา
 - ค. การแผ่รังสี
 - ง. การระเหย

6. ทารกเกิดก่อนกำหนดสูญเสียน้ำหนักมากกว่าทารกครบกำหนดเพราะเหตุใด
 - ก. มีพื้นที่ผิวกายต่อมวลในร่างกายมาก
 - ข. สัดส่วนของพื้นที่ผิวที่ศีรษะและตัวไม่แตกต่างกัน
 - ค. มีไขมันใต้ผิวหนังเป็นฉนวน
 - ง. ไขมันสีน้ำตาลมีมากกว่า
7. ถ้าไม่ป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการระเหย ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ จะสูญเสียน้ำถึงประมาณเท่าใด
 - ก. 120 มล/กก/วัน
 - ข. 140 มล/กก/วัน
 - ค. 160 มล/กก/วัน
 - ง. 180 มล /กก/วัน
8. ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 1500 กรัม อาจเสียพลังงานพร้อมการระเหยของน้ำเท่าใด
 - ก. 60 แคลอรี/กก/วัน
 - ข. 80 แคลอรี/กก/วัน
 - ค. 100 แคลอรี/กก/วัน
 - ง. 120 แคลอรี/กก/วัน
9. กรณีใดช่วยลดการพาความร้อนจากตัวทารกเกิดก่อนกำหนด
 - ก. ทารกนอนภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี
 - ข. ใช้ผ้าอ้อมคลุมศีรษะให้ทารกตลอดเวลาขณะอยู่ในตู้อบ
 - ค. ให้ทารกนอนหงายเหยียดแขนขาในตู้อบทารก
 - ง. หลังเช็ดตัวในตู้อบให้ทารกนอนรอการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน
10. ข้อความใดไม่ถูกต้อง
 - ก. การแผ่รังสีจากทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบสู่อากาศหนาวเป็นเรื่องป้องกันยาก
 - ข. ความแตกต่างของอุณหภูมิกายกับสิ่งแวดล้อมมีผลต่ออัตราการเสียความร้อนโดยการแผ่รังสี
 - ค. สามารถกำหนดอุณหภูมิของหนังตู้อบให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิภายในตู้อบได้
 - ง. ระยะทางจากตัวทารกสู่พลาสติกของตู้อบมีผลต่อการแผ่รังสี

11. การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (Servo control) ให้ทารกเกิดก่อนกำหนด อุณหภูมิใดเหมาะสมที่สุด
 - ก. 35.9 องศาเซลเซียส
 - ข. 36.2 องศาเซลเซียส
 - ค. 36.9 องศาเซลเซียส
 - ง. 37.2 องศาเซลเซียส
12. อุณหภูมิกายของทารกเกิดก่อนกำหนดวัดทางทวารหนัก ข้อใดอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม
 - ก. 36.2 องศาเซลเซียส
 - ข. 36.9 องศาเซลเซียส
 - ค. 37.6 องศาเซลเซียส
 - ง. 37.9 องศาเซลเซียส
13. ข้อใดไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อุณหภูมิแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ทารกอยู่ในตู้อบ
 - ก. อุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ข. การนำออกซิเจนไปใช้มีประสิทธิภาพที่สุด
 - ค. สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนทุกทางได้
 - ง. ช่วยให้การย่อยและดูดซึมอาหารดี
14. อุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนัก 1000 กรัม อายุ 6 ชั่วโมง คือเท่าใด
 - ก. 33 - 34 องศาเซลเซียส
 - ข. 34 - 35 องศาเซลเซียส
 - ค. 35 - 36 องศาเซลเซียส
 - ง. 36 - 37 องศาเซลเซียส
15. การดูแลอุณหภูมิที่เหมาะสมในตู้อบให้ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ประเภทใดมีปัญหามากที่สุด
 - ก. ทารกน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์ (LGA)
 - ข. ทารกน้ำหนักสัมพันธ์กับอายุครรภ์ (AGA)
 - ค. ทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์แบบไม่สมส่วน (SGA, Asymetrical)
 - ง. ทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์แบบสมส่วน (SGA, Symetrical)

16. อาการของอุณหภูมิกายต่ำอย่างรุนแรงคืออะไร
- ก. ตัวเย็น ผิวหนังแข็ง
 - ข. ซึม จุกนมช้า ร้องเสียงค่อย
 - ค. ตัวแดงมากกว่าปกติ ท้องอืด
 - ง. ถูกทุกข้อ
17. การสวมหมวกให้ทารกเป็นการป้องกันการสูญเสียความร้อนชนิดใดมากที่สุด
- ก. การนำ
 - ข. การพา
 - ค. การแผ่รังสี
 - ง. การระเหย
18. การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1000 กรัม ข้อใดไม่ถูกต้อง
- ก. รักษาความชื้นของตัวให้มากกว่าร้อยละ 30
 - ข. ใช้ตัวบารกชนิดผนังสองชั้น
 - ค. ใช้พลาสติกโค้งครอบตัวทารกในตู้อบ
 - ง. ใช้พลาสติกห่ออาหารคลุมด้านบนลำตัว
19. การเพิ่มอุณหภูมิกายทารกให้สูงอย่างรวดเร็วทำให้เกิดภาวะใด
- ก. ความดันโลหิตต่ำ
 - ข. อาการชัก หายใจหายใจ
 - ค. น้ำตาลในเลือดต่ำ
 - ง. ถูกทุกข้อ
20. ท่านควรผสมน้ำอุ่นก่อนนำไปใช้เช็ดตัวทารกเพื่อให้ได้อุณหภูมิของน้ำอุ่นที่พอเหมาะเท่าใด
- ก. 33 - 34 องศาเซลเซียส
 - ข. 35 - 36 องศาเซลเซียส
 - ค. 37 - 38 องศาเซลเซียส
 - ง. 39 - 40 องศาเซลเซียส

**ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
อยู่ในตู้อบทารก**

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การจับทารกนอนตะแคงงอ แขนและขาเป็นเรื่องยุ่งยาก กระทำไม่ได้					
2. การสวมหมวกไหมพรมให้ ทารกเป็นเรื่องไร้สาระ					
3. ท่านเชื่อว่าการใช้น้ำอุ่น 41 องศาเซลเซียสเช็ดตัว ให้ทารกมีประโยชน์ต่อระบบ ไหลเวียนโลหิต					
4. ท่านคิดเสมอว่าการเพิ่ม อุณหภูมิตู้อบครั้งละ 1 องศา เซลเซียสทุก 15 นาที เมื่อ ทารกอุณหภูมิต่ำจะทำให้ อุณหภูมิกายปกติถาวร					
5. ท่านเชื่อว่าการดูแลทารก เกิดก่อนกำหนดจำเป็นต้อง จำกัดเวลาให้สั้นที่สุด					
6. ท่านเชื่อว่าการแต่งตัวทารก หลังอาบน้ำภายใต้เครื่องให้ ความอบอุ่นชนิดแผ่รังสี ทำให้ทารกไม่ต้องเผชิญกับ ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ท่านเชื่อว่าการดึงที่นอนทารก เกิดก่อนกำหนดออกมานอก ตู้อบเพื่อจุดเสมหะทำให้ทารก ตัวเย็นได้					
8. ท่านเชื่อเสมอว่าการทำความ สะอาดตู้อบขณะมีทารกนอน อยู่โดยการเปิดประตูทำให้ ทารกสูญเสียความร้อนโดย การพา					
9. ท่านไม่เชื่อว่าการวางทารก บนแผ่นโลหะปิดเครื่องทำ ความร้อนของตู้อบ จะทำให้ เกิดการนำความร้อนสู่ทารก มากเกินไป					
10. ท่านเห็นด้วยกับความคิดที่ว่า ความแตกต่างของอุณหภูมิ ในตู้อบและอุณหภูมินอกห้อง ดูแลทารกไม่มีความสำคัญ ต่อการสูญเสียความร้อนของ ทารก					
11. ท่านเห็นด้วยกับการใส่เสื้อผ้า ห่อตัวให้ทารกเพราะจะทำให้ อุณหภูมิแวดล้อมเป็นกลาง สำหรับทารกลดต่ำลง 5-6 องศาเซลเซียส					
12. ท่านคิดว่าการเจาะเลือดทารก ของแพทย์โดยการเปิดแต่ หน้าต่างตู้อบเป็นสิ่งที่ถูกต้อง อย่างยิ่ง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13. การนำทารกน้ำหนักต่ำกว่า 1500 กรัม มาป้อนนมนอก ตู้อบ เป็นการสร้างสายใย สัมพันธ์ที่ดี					
14. ท่านเชื่อว่าการให้นมทาง สายยางแก่ทารกเกิดก่อน กำหนดโดยการเปิดประตูตู้อบ ไม่มีอันตรายใด ๆ					
15. ท่านเชื่อว่าการเพิ่มอุณหภูมิ แวดล้อมให้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ทารกหยุดหายใจได้					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด อยู่ในตู้อบทารก

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติ
ของท่านมากที่สุด โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นสม่ำเสมอหรือทุกวัน
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นบางครั้งไม่แน่นอน
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านเลือกปรับอุณหภูมิภายในห้องดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเท่ากับ 23-24 องศาเซลเซียส			
2. ท่านจัดให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่มีอาการหายใจลำบากอยู่ในตู้อบนอนคว้างหงายและงอขา			
3. ท่านใช้เครื่องอบอุ่นน้ำในเครื่องมือให้ออกซิเจนทุกชนิดก่อนถึงตัวทารกเสมอ			
4. ท่านเลือกใช้อุณหภูมิตู้อบ 37 องศาเซลเซียส เมื่อแรกรับทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1000 กรัมเสมอ			
5. ท่านไม่เคยนำทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในตู้อบออกมาอาบน้ำนอกตู้อบ			
6. ท่านเลือกใช้ผ้าอุ่น 35-36 องศาเซลเซียส เช็ดตัวให้ทารกเสมอ			
7. ท่านดูแลห่อหุ้มทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการเปิดแต่หน้าต่างตู้อบ			
8. หลังอาบน้ำหรือเช็ดตัวทารกเกิดก่อนกำหนด ท่านเช็ดตัวให้แห้งทันที			
9. ท่านวางทารกเกิดก่อนกำหนดไว้บนแผ่นโลหะปิดเครื่องทำความร้อนของตู้อบขณะทำความสะอาดตู้อบ			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
10. ถ้าวัดอุณหภูมิกายทารกเกิดก่อนกำหนด อยู่ในต้อบทางทวารหนักได้ 36.1 องศาเซลเซียส ท่านจะปรับอุณหภูมิ ต้อบขึ้น 1 องศาเซลเซียส			
11. ถ้าอุณหภูมิกายทารกเกิดก่อนกำหนด ต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส เมื่อเพิ่ม อุณหภูมิต้อบแล้ว ท่านจะติดตามผล อุณหภูมิกายอีก 2 ชม. ต่อมา			
12. ท่านให้ออกซิเจนกับทารกเกิดก่อน กำหนดตรงศีรษะและหน้าทารก			
13. ท่านช่วยสร้างใยสัมพันธ์ที่ดีแก่ทารก เกิดก่อนกำหนดโดยการสอดมือทาง หน้าต้อบสัมผัสและนวดอย่างเบามือ			
14. เมื่อทารกตัวเย็นท่านนำมาเพิ่มอุณหภูมิ กายภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นชนิด แผ่รังสี อุณหภูมิ 39-40 องศา เซลเซียสเป็นเวลา 1 ชม.			
15. ท่านนำทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่เครื่อง ช่วยหายใจ วางบนเครื่องชั่งน้ำหนัก ขณะเช็ดตัวและต้อบ			

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำนวน 20 ข้อ

ข้อที่	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.40	.24
2	.30	.21
3	.43	.24
4	.46	.24
5	.50	.25
6	.76	.38
7	.30	.21
8	.33	.22
9	.50	.25
10	.26	.29
11	.43	.24
12	.70	.37
13	.53	.24
14	.56	.24
15	.46	.24
16	.43	.24
17	.50	.25
18	.53	.24
19	.56	.28
20	.60	.31

ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .64

ภาคผนวก ค

**ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารก จำแนกตามตัวแปร**

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบอุ่นทารกจำแนกตามตัวแปร

ระดับความรู้ ตัวแปร	ดีมาก		ดี		ปานกลาง		พอใช้		ควรปรับปรุง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)												
20-30	0	0.00	0	0.00	7	2.50	67	24.30	58	21.00	132	47.80
31-40	0	0.00	2	0.70	5	1.80	28	10.10	47	17.00	82	29.70
41-50	1	0.40	1	0.40	14	5.10	23	8.30	20	7.20	59	21.40
51-60	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	1.10	3	1.10
รวม	1	0.40	0	0.00	0	0.00	0	0.00	128	46.40	276	100.00
สถานภาพการสมรส												
โสด	0	0.00	1	0.40	18	6.50	78	28.30	82	29.70	179	64.90
คู่	1	0.40	2	0.70	8	2.90	39	14.10	45	16.30	95	34.40
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.40	1	0.40	2	0.70
รวม	1	0.40	3	1.10	26	9.40	118	42.80	128	46.40	276	100.00
ประสบการณ์การดูแลบุตร												
มี	1	0.40	1	0.40	8	2.90	31	11.20	40	14.50	81	29.30
ไม่มี	0	0.00	2	0.70	18	6.50	87	31.50	88	31.90	195	70.70
รวม	1	0.40	3	1.10	26	9.40	118	42.80	128	46.4	276	100.00
ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ปี)												
0-5	0	0.00	1	0.40	7	2.50	65	22.80	57	20.70	128	46.40
5-10	0	0.00	0	0.00	3	1.10	16	5.80	32	11.60	51	18.50
5-15	0	0.00	2	0.70	3	1.10	18	6.50	20	7.20	43	15.60
15-20	1	0.40	0	0.00	13	4.70	21	7.60	19	6.90	54	19.50
รวม	1	0.40	3	1.10	26	9.40	118	42.80	128	46.40	276	100.00
การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด												
ได้รับ	1	0.40	0	0.00	11	4.00	32	11.60	39	14.10	83	30.10
ไม่ได้รับ	0	0.00	3	1.10	15	5.40	86	31.20	89	32.20	193	69.90
รวม	1	0.40	3	1.10	26	9.40	118	42.80	128	46.40	276	100.00

ระดับเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกจำแนกตามตัวแปร

ระดับเจตคติ ตัวแปร	ดีมาก		ดี		ปานกลาง		ไม่ดี		ไม่ดีย่างยิ่ง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)												
20-30	2	0.70	112	40.60	18	6.50	0	0.00	0	0.00	132	47.80
31-40	1	0.40	72	26.10	9	3.30					82	29.70
41-50	3	1.10	53	19.2	3	1.10					59	21.40
51-60	0	0.00	2	0.70	1	0.40					3	1.10
รวม	6	2.20	239	86.60	31	11.20					276	100.00
สถานภาพการสมรส												
โสด	3	1.10	155	56.20	21	7.60					179	64.90
คู่	3	1.10	82	29.70	10	3.60					95	34.40
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	0	0.00	0	0.70	0	0.00					2	0.70
รวม	6	2.20	239	86.60	31	11.20					276	100.00
ประสบการณ์การดูแลบุตร												
มี	3	1.10	70	25.40	8	2.90					81	29.30
ไม่มี	3	1.10	169	61.20	23	8.30					195	70.70
รวม	6	2.20	239	86.60	31	11.20					276	100.00
ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ปี)												
0-5	4	1.40	107	38.80	17	6.20					128	46.40
5-10	1	0.40	45	16.30	5	1.80					5	18.50
5-15	0	0.00	38	13.80	5	1.80					43	15.60
15-20	1	0.40	49	17.80	4	1.40					54	19.50
รวม	6	11.20	239	86.60	31	11.20					276	100.00
การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด												
ได้รับ	2	0.70	78	28.30	3	1.10					83	30.10
ไม่ได้รับ	4	1.30	161	58.30	28	10.10					193	69.90
รวม	6	2.20	239	86.60	31	11.20					276	100.00

ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้อบทารกจำแนกตามตัวแปร

ระดับการปฏิบัติ ตัวแปร	ดี		ปานกลาง		ควรปรับปรุง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)								
20-30	40	14.50	92	33.30	0	0.00	132	47.80
31-40	21	7.60	61	22.10			82	29.70
41-50	22	8.00	37	13.40			59	21.40
51-60	1	0.40	2	0.70			3	1.10
รวม	84	30.40	192	69.60			276	100.00
สถานภาพการสมรส								
โสด	55	19.90	124	44.9			176	64.90
คู่	28	10.10	67	24.30			95	34.40
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	1	0.40	1	0.40			2	0.70
รวม	194	30.40	192	69.60			276	100.00
ประสบการณ์การดูแลบุตร								
มี	27	9.80	54	19.60			81	29.30
ไม่มี	57	20.70	138	50.00			195	70.70
รวม	84	30.40	192	69.60			276	100.00
ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ปี)								
0-5	39	14.10	89	32.20			128	46.40
5-10	13	4.70	38	13.80			51	18.50
10-15	12	4.30	31	11.20			43	15.60
15-20	20	7.20	34	12.30			54	19.50
รวม	84	30.40	192	69.60			276	100.00
การอบรมเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด								
ได้รับ	26	9.40	57	20.70			83	30.10
ไม่ได้รับ	58	21.00	135	48.90			193	69.90
รวม	84	30.40	192	69.60			276	100.00

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางเครือวัลย์ ชื่อสกุล	ดิณัฐสุลนันท
เกิดวันที่	17 เดือน สิงหาคม	พุทธศักราช 2491
สถานที่เกิด	อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 14/117 หมู่ที่ 6 ซอยจรัลสนิทวงศ์ 13 ถนนจรัลสนิทวงศ์ แขวงบางเชือกหนัง เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170	
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 แผนกการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10140	

ประวัติการศึกษา

- | | |
|-----------|--|
| พ.ศ. 2511 | เตรียมอุดมศึกษา (แผนกวิทยาศาสตร์)
จากโรงเรียนเขมะสิริอนุสสรณ์ กรุงเทพมหานคร |
| พ.ศ. 2516 | วท.บ. (วิชาเอกการพยาบาล)
จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| พ.ศ. 2517 | ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
จากมหาวิทยาลัยมหิดล |
| พ.ศ. 2520 | วุฒิปัตถพยาบาลเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด
จากมหาวิทยาลัยมหิดล |
| พ.ศ. 2542 | การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |

พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในตู้บทารก

บทคัดย่อ
ของ
เครือวัลย์ ดิณสุลานนท์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
สิงหาคม 2542

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา เปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิด ก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกของพยาบาล ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ สถานภาพการสมรส ประสิทธิภาพการดูแลบุตร ประสิทธิภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และการอบรมเกี่ยวกับ ทารกเกิดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารก ได้มาโดยการ เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากโรงพยาบาลของรัฐบาล 8 โรงพยาบาล จำนวน 276 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ ทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกส่วนใหญ่ มีความรู้ระดับ ควรปรับปรุง มีเจตคติระดับดี และมีการปฏิบัติระดับปานกลาง
2. พยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบ ทารกไม่แตกต่างกัน แต่มีความรู้และการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05
3. พยาบาลที่มีสถานภาพการสมรส ประสิทธิภาพการดูแลบุตร และการอบรม เกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน
4. พยาบาลที่มีประสิทธิภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่างกัน มีความรู้และ เจตคติต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกไม่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. พฤติกรรมของพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในต้อบทารกในด้าน ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

NURSING PERSONNEL BEHAVIOR IN CARING FOR PREMATURE
NEONATE IN INCUBATOR

AN ABSTRACT
BY
KRUAWAN TINSULANANDA

Presented in partial fulfillment of the requirement for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
August 1999

The purpose of this study were to compare and find the relationship between knowledge and attitude, between knowledge and practice and between attitude and practice of nursing personnel in caring for premature neonate in incubator. The variables were age, marital status, baby caring experience and training premature neonate caring.

The sample consisted of 276 nursing personnel who cared premature neonate in incubator by the purposive sampling from 8 government hospitals. All of the data were obtained by questionnaires and analysis for percentage, arithmetic means, standard deviation, t-test, F-test and pearson product-moment correlation coefficient.

The results were as follows :

1. Most nursing personnel who cared for premature neonate in incubator had to improve the knowledge but the attitude was good and the practice was moderate.
2. Nursing personnel with different ages had no significant difference in attitude for caring the premature neonate in incubator but had significant difference in knowledge and practice at the levels .01 and .05 respectively.
3. Nursing personnel with different marital status, baby caring experiences and training premature neonate caring had no significant difference in knowledge, attitude and practice about caring for premature neonate in incubator.
4. Nursing personnel with different premature caring experiences had no significant difference in the knowledge and attitude about caring for premature neonate in incubator, but had significant difference in practice at the level .05.
5. Nursing personnel behavior in caring for premature neonate in incubator in knowledge, attitude and practice had relation in a positive direction at the level .01.