



คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับ
ของทารกเกิดก่อนกำหนด

**Sleep Quality and Caregiver's Management for Sleep Promotion
in Premature Infants**

อัสลี แสงอารี

Aslee Saengaree

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)

Prince of Songkla University

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด
ผู้เขียน	นางสาวอัศลิ แสงอารี
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน จากผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยง หลังจำหน่ายเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จากหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล 6 แห่งในภาคใต้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและแบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงแบบวัดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73 และค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำของแบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ และความโด่งและระดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46, SD = 0.32$) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูง ($M = 4.16, SD = 0.56$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 0.34$)
2. ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการจัดการต่อทารกและด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04, SD = 0.31; M = 3.96, SD = 0.35; M = 4.10, SD = 0.37$)

ผลการศึกษา เกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน สามารถนำไปใช้วางแผนการพยาบาลโดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีขึ้นด้วย

Thesis Title	Sleep Quality and Caregivers' Management for Sleep Promotion in Premature Infants
Author	Miss Aslee Saengaree
Major Program	Nursing Science (Pediatric Nursing)
Academic Year	2011

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the sleep quality and caregivers' management for sleep promotion in premature infants. Subjects were selected by purposive sampling. The subjects comprised 300 caregivers having premature infants who were taken to the high risk clinics two weeks after discharge at six southern provincial hospitals. The data were collected using three questionnaires covering caregivers' demographic data, sleep quality, and caregivers' management for premature infant sleep promotion. The questionnaires were tested for content validity by three experts in medical and nursing fields. The internal consistency reliability using Cronbach's alpha coefficient of the sleep quality questionnaire was .73 and the test-retest reliability using Pearson's correlation coefficient of the caregivers' management for infant sleep promotion questionnaire was .85. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that

1. The mean total score of the sleep quality was at a moderate level ($M = 3.46, SD = 0.32$). The mean total score of the sleep quantity dimension was at a high level ($M = 4.16, SD = 0.56$) whereas the mean total score of the sleep quality dimension was at a moderate level ($M = 3.31, SD = 0.34$).

2. The mean total score of the caregivers' management for sleep promotion and the mean score of each dimension were at high levels ($M = 4.04, SD = 0.31$; $M = 3.96, SD = 0.35$; $M = 4.10, SD = 0.37$).

Nurses can use these findings to teach caregivers before patients discharge home in order to promote better sleep quality that will promote better growth and development of premature infants at home.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความเพียรพยายาม อุทิศสละของผู้วิจัย รวมทั้งที่สำคัญ คือ กำลังใจและการสนับสนุนในทุกๆด้านจากครอบครัว

ขอขอบคุณ ผศ. ดร. บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ และ ผศ. ดร. รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ เสียสละเวลาให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ พร้อมทั้งกรุณาตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย ทำให้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ถูกต้องเป็นที่น่าเชื่อถือได้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคลินิกทารกภาวะเสี่ยง บุคลากรประจำคลินิกทารกภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลยะลา ผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มี ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแต่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมา รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

อัศลิ แสงอรีย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(6)
สารบัญ.....	(7)
รายการตาราง.....	(9)
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	
ทารกเกิดก่อนกำหนด.....	9
การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด.....	16
การส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด.....	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผล.....	51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	73
ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	74
ข แบบฟอร์มพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	82
ค ผลการศึกษาเพิ่มเติม.....	84
ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	105
ประวัติผู้เขียน.....	106

รายการตาราง

ตาราง	หน้า	
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	46
2	ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความ โด่ง ของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล.....	49
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความ โด่งและระดับของค่าคะแนน คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกโดยรวมและราย ด้าน.....	51
4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความ โด่งและระดับของค่าคะแนนการ จัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนก โดยรวมและรายด้าน.....	51
ค 1	จำนวนและร้อยละของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดย จำแนกตามรายชื่อ.....	85
ค 2	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยจำแนกตาม รายชื่อ.....	88
ค 3	จำนวนและร้อยละของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของ ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยจำแนกตามรายชื่อ.....	91
ค 4	ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิด ก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายชื่อ.....	96
ค 5	จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด..	100
ค 6	จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอน หลับของทารกเกิดก่อนกำหนด.....	101

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
ค 7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด จำแนกโดยรวมและรายด้าน.....	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2548-2550 ไม่พบสถิติของทารกเกิดก่อนกำหนดแต่มีรายงานเฉพาะตามน้ำหนักตัวทารกน้อยกว่า 2500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่ทารกดังกล่าวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามีสถิติคิดเป็นร้อยละ 8.50, 8.70 และ 8.90 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน ทำให้อัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้น (สรายุทธ, 2540) ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย พิการและการเสียชีวิต เนื่องจากการที่ระบบต่างๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์และทำงานไม่มีประสิทธิภาพเพราะการเกิดก่อนกำหนด จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากและรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (จันท์พิทา, 2548) นอกจากนี้การคลอดยังทำให้ทารกต้องมีการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดาและการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดต้องมีการปรับตัวมากกว่าทารกเกิดครบกำหนดจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่างๆ เช่น การควบคุมอุณหภูมิร่างกายบกพร่อง มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Mark, 1998) ซึ่งสิ่งแวดล้อมภายนอกอาจมีการกระตุ้นระบบประสาทที่มากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ และการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง โดยในระยะนี้เป็นช่วงที่มีความสำคัญที่สุดต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะมีผลต่อการทำหน้าที่ควบคุมการทำงานและพัฒนาการของระบบย่อยต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การจัดระบบของระยะการหลับตื่น (Blackburn & Loper, 1992) เมื่อทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านจึงจำเป็นต้องมีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ จากผู้ดูแล โดยเฉพาะการส่งเสริมการนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนตามธรรมชาติที่ดีที่สุดซึ่งมีความสำคัญทั้งขณะสุขภาพดีและขณะเจ็บป่วย เพื่อให้ร่างกายมีการพักผ่อน ป้องกันและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอจากความเจ็บป่วย สบวณพลังงาน นอกจากนี้การนอนหลับยังช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และความจำ มีความสำคัญต่อสุขภาพทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Frisk & Nordstrom, 2003) การนอนหลับเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มีความสำคัญอย่างยิ่งในวัยเด็ก เนื่องจากเด็กเป็นวัยแห่งการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญา (ลดาวัลย์, 2545) โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนดยิ่งมีความสำคัญมาก เพราะทารกต้องการนอนหลับเพื่อสนองความต้องการในการเจริญเติบโต เสริมสร้างหรือซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เพื่อให้ร่างกายมีสภาพที่สมบูรณ์ปกติ

การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดจะแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดและในผู้ใหญ่ โดยการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง (Gardner & Lubchenco, 1998; Holditch-Davis, Brandon, & Schwartz, 2003) ซึ่งสั้นกว่าทารกเกิดครบกำหนดที่ใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 50-60 นาทีต่อครั้ง (Blackburn, 1991) และผู้ใหญ่ใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 90-120 นาทีต่อครั้ง (Evans & French, 1995) ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีระยะการหลับตื่นแบ่งเป็น 6 ระยะ คือ ระยะหลับตื่น (active sleep or rapid eye movement sleep: REM) ระยะหลับลึก (deep sleep or non-rapid eye movement sleep: NREM) ระยะง่วงซึม (drowsy or semidozing) ระยะตื่นสงบ (alert or quiet alert) ระยะตื่นเต็มที่ (eye open or active alert) และระยะร้องไห้ (crying) (Brazelton & Nugent, 1995) ในระยะหลับลึก ร่างกายจะใช้ออกซิเจนในระดับต่ำ มีการสังเคราะห์พลังงานจากอาหารเพื่อช่วยเพิ่มการแบ่งตัวของเซลล์และสะสมพลังงานไว้ในเซลล์เพิ่มขึ้น มีการหลั่งฮอร์โมนซีโรโทนิน (serotonin) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต (growth hormone) เข้าสู่กระแสเลือดอย่างมาก ส่วนฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) กลูคาγον (glucagon) และ แคทีโคลามีน (catecholamine) จะมีการหลั่งลดลง ทำให้การสลายอาหารในเนื้อเยื่อเป็นพลังงานลดลง ทารกจึงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ฮอร์โมนที่กระตุ้นการเจริญเติบโตจะช่วยให้กรดอะมิโน (amino acid) ผ่านเข้าเซลล์มากขึ้น เพิ่มกรดไขมันอิสระซึ่งเป็นแหล่งพลังงานภายในเซลล์ ทำให้ร่างกายของทารกมีการเจริญเติบโต (Brazelton & Nugent, 1995; Hodgson, 1991) ส่วนในระยะหลับตื่นร่างกายของทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดความฝัน ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาตลอดทั้งวันจะถูกเก็บไว้ในความทรงจำช่วงนี้ ในระยะหลับตื่นจึงมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้และความจำ (Brazelton & Nugent, 1995) ดังนั้นหากทารกเกิดก่อนกำหนดนอนหลับไม่เพียงพอส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก

การหลับใต้อ่อนของทารกเกิดก่อนกำหนดไม่เป็นไปตามความมืดและความสว่างหรือกลางวันและกลางคืนเหมือนระยะการหลับใต้อ่อนของผู้ใหญ่ ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีแบบแผนการนอนหลับการตื่นที่ไม่สม่ำเสมอ มักจะนอนเวลากลางวันตื่นเวลากลางคืน สะดุ้งผวาตื่นง่าย ทำให้นอนหลับไม่สนิท (Kenner & Lott, 1990) นอกจากนี้ระยะการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดยังถูกรบกวนได้ง่ายทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอกในร่างกาย ปัจจัยภายในร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย ความหิว ความเจ็บปวด ความเปียกชื้น เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกในร่างกาย เช่น เสียง แสง การสัมผัสจับต้อง อุณหภูมิ สิ่งแวดล้อม การจัดทำนอน เป็นต้น (Blackburn & Kang, 1991) จากการศึกษาพบว่าเสียงที่ดังมากเกินไปจะส่งผลทำให้ทารกนอนหลับได้น้อยลง นอกจากนี้ยังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การหายใจเพิ่มขึ้น จากนั้นเริ่มหายใจช้าลงและหยุดหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงเริ่มลดลง ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจน นอกจากนี้ในระบบไหลเวียน หลอดเลือดจะหดตัวทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น มีการใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายช้าลง (Gray, Dostal, Temullo-Resta, & Armstrong, 1998) ผลด้านพฤติกรรมทำให้ทารกหงุดหงิด ตื่นตัว กระวนกระวายร้องไห้ ไม่สุขสบาย (Zahr & Balain, 1995) ส่วนผลระยะยาวจะทำให้การได้ยินบกพร่อง การสื่อสารด้วยภาษาบกพร่อง (Thomas, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาณิตา (2546) โดยพบว่า การจัดชั่วโมงงีบจะช่วยให้ทารกมีระยะเวลาหลับลึกและระยะเวลาหลับรวมมากกว่าขณะอยู่ในสภาพแวดล้อมปกติ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีการเจริญเติบโตที่ดี นอกจากเสียงที่ดังมากเกินไปแล้ว แสงสว่างที่มากเกินไป ยังมีผลต่อการนอนหลับ น้ำหนักและการเจริญเติบโตของทารก โดยแสงสว่างจะมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต พฤติกรรม อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจของทารก (Thomas, 1995) การสัมผัสบ่อยๆ ก็มีผลต่อการนอนหลับของทารก โดยทำให้ทารกนอนหลับได้เป็นช่วงเวลานสั้นๆ และไม่มีอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลให้การเจริญเติบโตของทารกลดลงได้ (พรสวรรค์, 2550)

จะเห็นได้ว่า การนอนหลับ เป็นภาวะที่ความรู้สึมหดไปเพียงชั่วคราว ร่างกายมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกลดลง และกลับคืนเป็นปกติเมื่อตื่นขึ้น อาจตื่นเองหรือตื่นจากถูกกระตุ้น ร่างกายไม่เพียงต้องการการนอนหลับวันละหลายชั่วโมงแต่ยังต้องการการนอนหลับที่มีคุณภาพด้วย (ประเสริฐ, 2545; อัญชลี, 2545; Book, 2002; Bowman, 2003) ซึ่งคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ลักษณะสำคัญ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับจึงเป็นการประเมินการนอนหลับหลายองค์ประกอบร่วมกัน และสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ปัญหาการนอนหลับในทุกๆ วัยได้

วัยทารกเป็นวัยที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดมักจะมีปัญหา การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลจึง ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากผู้ดูแล เพื่อให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เป็นปกติ ซึ่ง จากการติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการ พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักแรกเกิด มากกว่า 1,500 กรัม มักจะเจริญเติบโตและมีการพัฒนาการเป็นปกติได้ทันกับเด็กอื่น ๆ ที่มีอายุใกล้เคียง กันในช่วงอายุประมาณ 2 ปี แต่ถ้าทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่านั้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีน้ำหนัก น้อยกว่า 1,000 กรัมลงมา พบว่า มักจะมีปัญหาการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าเด็กในรุ่นเดียวกัน จนถึงขั้นเตรียมอนุบาล (จันทิศา, 2548) และจากการที่อวัยวะต่างๆและระบบประสาทส่วนกลาง ของทารกเกิดก่อนกำหนดยังเจริญไม่เต็มที่ ทำให้การทำงานของระบบประสาทไม่สมบูรณ์ ระยะ การนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงง่าย (Hack, 1992) นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น การนอนหลับยาก การตื่นบ่อยตอนกลางคืน เมื่อตื่นแล้วมักจะหลับต่อยาก การนอนกลางวัน มากเกินไป (Burns, 2009; Pillitteri, 1999) มีการสะดุ้งผวา่ง่ายทำให้นอนหลับไม่สนิท (Kenner & Lott, 1990) ซึ่งการที่ทารกมีระยะการนอนหลับที่มีการเปลี่ยนแปลงง่าย หรือมีปัญหาการนอนหลับ นอกจากจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ด้วย (Burns, 2009) ดังนั้นผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการเพื่อส่งเสริม การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ผู้ดูแลนั้นต้องอยู่กับทารกตลอดเวลา เพื่อ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม คุณภาพการนอนหลับของทารกจึงเป็น สิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของผู้ดูแล การจัดการที่เหมาะสมจะทำให้ทารกมีคุณภาพ การนอนหลับที่ดีและส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตที่ดีด้วย

การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยการ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถทำได้หลาย วิธี เช่น การให้ทารกได้รับนมในปริมาณเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย การจัดท่านอนเพื่อ ส่งเสริมให้ทารกเกิดความสุขสบายในการนอนหลับ การลดการสัมผัสจับต้องที่ไม่จำเป็น การจัด สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการลดความเข้มของ แสงและการลดความดังของเสียง เป็นต้น (Altimier, 2003; Blackburn, 1998) ซึ่งแต่ละวิธีผู้ดูแลสามารถ กระทำได้ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลาการนอนหลับยาวนานและมี คุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องคุณภาพการนอนหลับและการ จัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ (กุสุมาลย์, 2544; จันทนงค์, 2550) และในผู้ป่วยโรค

ต่างๆ (พงษ์พันธ์, 2549; วรรัต, 2548) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น ในต่างประเทศมีการศึกษาผลของการควบคุมเสียงในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรม (Becker, Grunwald, Moorman & Stuhr, 1991; Renaud, DaPaul, Blackburn & Thomas, 1996; Zahr & Balian, 1995; Zahr & Traversay, 1995) และมีการศึกษาผลของการควบคุมเสียงในหออภิบาลทารกแรกเกิดต่อระยะการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด (Mann, Haddow, Strokes, Goodlay & Rutter, 1986 as cited in Phillbin, 2000) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของ เพ็ญจิตรี (2544) ที่ศึกษาผลของการจัดท่านอนต่อระยะการหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนปานิตา (2546) ได้ศึกษาผลของการจัดชั่วโมงงีบต่อระยะการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด และพรสวรรค์ (2550) ได้ศึกษาผลของการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการต่อระยะหลับคืนและการตอบสนองด้านสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยทั้งหมดเป็นการศึกษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งคุณภาพการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทราบปัญหาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด และในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นจำเป็นต้องทราบถึงการจัดการของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นแนวทางในการขยายการให้การพยาบาลไปที่บ้าน โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการจัดการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับใด

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า คุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณและคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ (Buysse et al., 1989) คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดจึงเป็นการประเมินจาก 2 ลักษณะ คือ คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาทั้งหมดในการนอนหลับทั้งวัน และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ การนอนหลับสนิทของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยหลับตาสนิท มีการเคลื่อนไหวของใบหน้าและร่างกายน้อยมาก หรือมีการเคลื่อนไหวแขนขาบางครั้ง มีการขยับปาก ทำหน้ายิ้ม หรือยิ้ม คุดปากบางครั้ง และอาจมีการสะดุ้ง ผวา หรือ กระตุกในบางครั้ง แต่ไม่บ่อย การตอบสนองต่อสิ่งที่ยั่วยุการนอนหลับและผลกระทบต่อการทำกิจกรรมตามปกติ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับเป็นการประเมินการนอนหลับหลายองค์ประกอบร่วมกัน โดยผู้ดูแลสามารถประเมินได้ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

สำหรับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้านสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีการหลัก ได้แก่ การจัดการต่อทารก และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนงานวิจัยในเรื่องการจัดการต่อทารก พบว่ามีหลายวิธีการที่ทำให้ทารกนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การจัดท่านอนให้ทารกเพื่อส่งเสริมความสุขสบายในการนอนหลับ (เพ็ญจิตร์, 2544; Altmeier, 2003) การลดการสัมผัสจับต้องที่ไม่จำเป็น (พรสวรรค์, 2550) การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ (Altmeier, 2003) การห่อตัวทารก (ปีทมา, 2540) การนวดสัมผัส (Peinjing, 2006) การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน (Hauri, 1993) การสวมเสื้อผ้าที่ทำให้สุขสบาย ไม่คับเกินไป (จันทนงค์, 2550) ส่วนผลการทบทวนบทความวิชาการ ได้แก่ การไม่รบกวนทารกโดยไม่จำเป็น (พิมล, 2545) การให้ทารกได้รับนมในปริมาณเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย (พรณี, 2545) สำหรับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ทารกนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการปรับอุณหภูมิของห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป การลดความเข้มของแสง ปิดไฟเมื่อไม่จำเป็น ปิดผ้าม่านหรือมู่ลี่เมื่อแดดส่อง การลดความดังของเสียงในขณะที่ทารกนอนหลับโดยการจัดชั่วโมงเงียบ ห้องนอนมีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นเหม็น (Closs, 1998) มีเสียงดนตรี (Amon et al., 2006) ให้ทารกนอนบนเครื่องนอนที่สะอาดและสุขสบาย (จันทนงค์, 2550; พรสวรรค์, 2550) เป็นต้น ซึ่งวิธีการจัดการต่อทารกและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้น ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้านให้ดียิ่งขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีของทารกต่อไปในอนาคต

นิยามศัพท์

คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้ดูแล ประเมิน ประกอบไปด้วย ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอน จนกระทั่งหลับ ระยะเวลาทั้งหมดในการนอนหลับทั้งวัน และด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ได้แก่ การนอนหลับสนิทของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยทารกจะหลับตาสนิท มีการเคลื่อนไหวของใบหน้าและร่างกายน้อยมาก หรือมีการมีการเคลื่อนไหวแขนขาบางครั้ง มีการขยับปาก ทำหน้ายิ้ม หรืออึ้ม คุดปากบางครั้ง และอาจมีการสะดุ้ง ผวา หรือกระตุกในบางครั้ง แต่ไม่บ่อย การตอบสนองต่อสิ่งที่รบกวนการนอนหลับและผลกระทบต่อการทำกิจกรรมตามปกติ ซึ่งประเมิน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่ผู้ดูแลเลือก ปฏิบัติเพื่อให้ทารกได้มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น ประกอบไปด้วย ด้านการจัดการต่อทารกและ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยทำการศึกษาและเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่นำทารกมารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลในภาคใต้ หลังจากจำหน่ายทารกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2553

ความสำคัญของการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลโดยทำให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายทารกออกจาก

โรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะการนอนหลับที่ยาวนานและมีคุณภาพ ส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี

2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาอื่นร่วมด้วย และสามารถใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทดลองโดยการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการนอนหลับทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่ที่บ้าน

3. ด้านการศึกษาการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบ และค้นคว้าเพิ่มเติมในการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลและผู้สนใจในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยได้ศึกษา รวบรวมวรรณคดีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด

1.1 ประเภทของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.2 ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.3 ปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนด

2. การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

2.1 ระยะเวลาหลับคืน

2.2 ความสำคัญของการนอนหลับต่อทารกเกิดก่อนกำหนด

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

2.4 คุณภาพการนอนหลับ

2.5 คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

2.6 การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

3. การส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

3.1 การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนด (premature infant) หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่เกิดก่อน 37 สัปดาห์ (259 วัน) นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา (วาริษา, 2550) สำหรับการประเมินอายุครรภ์ทารก ปัจจุบันนิยมใช้แบบประเมินอายุครรภ์แรกเกิดของบาลลาร์ด (new Ballard Score) ซึ่งเป็นการประเมินทางกายภาพรวมกับการประเมินทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่มีความ

แม่นยำมากในการบอกอายุครรภ์ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก เป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจากวิธีของคูโบวิทซ์ (Dubowitz, Dubowitz & Goldberg, 1970) สามารถประเมินทารกกลุ่มอายุครรภ์ระหว่าง 20-26 สัปดาห์ได้ดียิ่งขึ้น (วาริชา, 2550)

ประเภทของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามอายุครรภ์และน้ำหนักได้ดังนี้ (สรายุทธ, 2540)

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (slightly or borderline preterm) ได้แก่ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 36-37 สัปดาห์ มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,000-3,250 กรัม ทารกกลุ่มนี้มีลักษณะใกล้เคียงกับทารกเกิดครบกำหนด พบได้ประมาณร้อยละ 16 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดปานกลาง (moderately preterm) ได้แก่ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 31-36 สัปดาห์ มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,500 กรัม พบได้ประมาณร้อยละ 6-7 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ปัจจุบันพบว่าทารกที่คลอดระหว่างอายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ อาจมีน้ำหนักสูงถึง 2,500 กรัม ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ทางสรีรวิทยา แต่สามารถใช้เครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัยให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพทำให้อัตราการตายน้อยลง โดยเฉพาะใน 1-2 เดือนแรกเกิด

3. ทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมาก (extremely preterm) ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 24-30 สัปดาห์ มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 500-1,500 กรัม พบได้ประมาณร้อยละ 0.8 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต ทารกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ของร่างกายและระบบประสาทมากที่สุด ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีอัตราการตายสูง หากรอดชีวิตมักมีพยาธิสภาพของสมองและระบบประสาทหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีลักษณะแตกต่างกันไปตามอายุครรภ์ ยิ่งอายุครรภ์ยิ่งน้อยการเจริญเติบโตก็ยิ่งไม่สมบูรณ์มากเท่านั้น ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถสรุปได้ดังนี้ (วาริชา, 2550)

1. ศีรษะ ค่อนข้างใหญ่ เมื่อเทียบกับลำตัว
2. ผิวหนัง ความหนาของผิวหนังมีน้อย ผิวหนังจะแดงใส เห็นหลอดเลือดดำได้ง่าย มือเท้าจะบวมขึ้นเล็กน้อย

3. ไชตามตัว เป็นไขสีขาวที่ห่อหุ้มตัวทารก จะไม่ค่อยมีการสร้างไขตามตัวและเห็นผิวหนังลอกเป็นหย่อมๆหรือเห็นเป็นเกล็ด

4. ขนอ่อน เป็นขนสีอ่อนๆตามตัวทารก โดยเมื่ออายุประมาณ 20 สัปดาห์ จะมีขนอ่อนๆ คลุมเกือบทั้งตัวและจะเริ่มหล่นออกจากร่างกายจนหมดเมื่ออายุประมาณ 32-34 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดจะมีเพียงขนอ่อนๆอยู่ที่หัวไหล่หรือไม่มีเลย

5. ไบหู ทารกที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์ หูของทารกจะไม่มีกระดูกอ่อนจึงพับได้ง่ายและเมื่อปล่อยก็ยังพับได้อยู่ เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ หูจะเริ่มมีแรงดึงตัวกลับคืนรูปปกติเมื่อปล่อยหลังจากพับ

6. ตา หนังตาของทารกจะเริ่มเปิดได้เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และเปิดได้สมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์

7. เล็บ จะเริ่มงอกเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และจะยาวสุดปลายนิ้วเมื่อครบกำหนด

8. เต้านม หัวนมทารกเริ่มเห็นชัดเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 34 สัปดาห์ และเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์ เต้านมจะเริ่มมีเนื้อเป็นตุ่มขนาด 1-2 มิลลิเมตร และตุ่มเนื้อจะขยายไปถึง 7-10 มิลลิเมตร เมื่อครบกำหนด

9. อวัยวะเพศ เพศหญิงจะเห็นคลิตอริสชัดเจนเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์ และมีแคมใหญ่ค่อนข้างเล็กและยาว หลังอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ แคมใหญ่จะขยายขึ้นเข้าปกคลุมแคมเล็กจนมิดเมื่อครบกำหนด ส่วนเพศชาย ลูกอัณฑะจะเลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะอย่างช้าๆจนเมื่ออายุ 30 สัปดาห์ ลูกอัณฑะจะอยู่ที่บริเวณท่อที่ขาหนีบด้านนอก (external inguinal canal) และเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ลูกอัณฑะจะอยู่ในถุงอัณฑะอย่างสมบูรณ์

10. ปลายฝ่าเท้า จะเริ่มปรากฏจากส่วนปลายนิ้วเท้าก่อนแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นตรงส่วนข้อเท้า เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 32 สัปดาห์ จะเริ่มเห็นรอยฝ่าเท้าประมาณ 1-2 จุด ใกล้เคียงส่วนนิ้วเท้าและจะเห็นชัดเจนเมื่ออายุประมาณ 36 สัปดาห์ โดยเห็นรอยฝ่าเท้าประมาณ 2 ใน 3 ของสันเท้า เมื่อครบกำหนดจะมีรอยเต็มฝ่าเท้า

11. ลักษณะทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทารกที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 30 สัปดาห์ จะมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย เมื่อนอนหงายจึงไม่สามารถงอแขนหรือขาได้ เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ เริ่มมีการงอเท้าได้และข้อสะโพกและขาอ่อนเป็นลักษณะขาบและแขนเริ่มงอเมื่ออายุครรภ์ 35 สัปดาห์

ปัญหาของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งทำให้ทารกมีความแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดในด้านพฤติกรรม ด้านสุขภาพ ด้านการเจริญเติบโต และด้านพัฒนาการ โดยปัญหาที่พบ ได้แก่

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนด เนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางที่ทำหน้าที่ในการควบคุมลักษณะพฤติกรรมยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทำให้พฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถสื่อถึงความต้องการได้ชัดเจน ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการนอนหลับและตื่น โดยทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีระยะการหลับตื่นแบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้ ระยะหลับตื่น ระยะหลับลึก ระยะง่วงซึม ระยะตื่นสงบ ระยะตื่นเต็มที่ ระยะร้องไห้ (Brazelton & Nugent, 1995) ทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง (Gardner & Lubchenco, 1998) โดยมีระยะของการนอนหลับไม่สนิท ร้อยละ 75 ของวงจรการหลับครั้งหนึ่งซึ่งมากกว่าการนอนหลับสนิท จึงทำให้ทารกกลุ่มนี้ ตื่นบ่อยครั้งในช่วง 3-4 เดือนแรก ซึ่งอาจเกิดขึ้นทุก 2 ชั่วโมงของการนอนหลับในแต่ละวัน แต่การตื่นจะเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาดสั้นๆ ในทารกที่มีอายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่า 30 สัปดาห์ ลักษณะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการนอนหลับและการตื่น ได้แก่ การเคลื่อนไหวของลูกตา การเคลื่อนไหวร่างกาย การหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อยังไม่สามารถทำงานประสานกันได้อย่างดี จนกว่าทารกจะมีอายุครรภ์แรกเกิด 36 สัปดาห์ จึงทำให้ดูเหมือนว่าทารกมักจะนอนหลับตลอดเวลา (Aylward, 1981) ในทารกเกิดครบกำหนดระยะการนอนหลับจะประกอบไปด้วยระยะนอนหลับสนิทและระยะนอนหลับไม่สนิท มี 2-4 ระยะ และใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 50-60 นาทีต่อครั้ง (Blackburn, 1991)

1.2 พฤติกรรมการร้องไห้ เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ทารกใช้สื่อสารกับมารดา เมื่อมีความต้องการ ไม่สุขสบาย และเรียกร้องความสนใจ สาเหตุการร้องอาจเนื่องมาจากความหิว ความอ่อนล้า ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป หรือบางครั้งก็หาสาเหตุไม่ได้ (McMillan, DeAngelis, Feigin & Warshow, 1999) การร้องไห้ของทารกเกิดก่อนกำหนด จะมีการร้องไห้มากขึ้นเมื่ออายุ 3-4 เดือน และการร้องไห้จะแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดทั้งในด้านความรุนแรง ระยะเวลาและความถี่ กล่าวคือ ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพฤติกรรมการร้องไห้ที่รุนแรงเสียงดัง ร้องไห้บ่อยครั้งและยากต่อการปลอบโยน (Johnson-Crowley, 1993) สำหรับการร้องไห้ของทารกเกิดครบกำหนดนั้น ส่วนใหญ่จะสามารถบอกความต้องการได้ชัดเจนว่าต้องการอะไร เช่น การร้องไห้ที่เกิดจากความหิว

ทารกจะร้องแบบกระวนกระวาย ทำท่าดูดนิ้วมือ การร้องไห้ที่เกิดจากความเจ็บปวด ทารกจะร้องพร้อมเกร็งแขนขาเป็นต้น (Gorski, 1988)

1.3 พฤติกรรมการกิน จากการศึกษาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลางร่วมกับการมีปากขนาดเล็ก กล้ามเนื้อรอบปากที่ใช้ในการดูดยังไม่แข็งแรง ดังนั้นในระยะ 1-2 เดือนแรก ทารกจึงดูดนมได้ช้าและต้องการดูดบ่อยครั้งกว่าทารกเกิดครบกำหนด เพราะส่วนใหญ่ทารกมักหลับ เวลาในการตื่นเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้การดูดนมในแต่ละครั้งได้ปริมาณน้อย ทารกจึงหิวบ่อย (Gorski, 1988)

2. ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการที่อวัยวะต่างๆยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไปด้วย ซึ่งปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่

2.1 การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย มีการสูญเสียความร้อนได้ง่าย เนื่องจากมีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ผิวหนังค่อนข้างบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อย ประกอบกับการสร้างพลังงานความร้อนในร่างกายก็ทำได้น้อย ทำให้มีอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ (วารสาร, 2540; วาริษา, 2550)

2.2 ระบบทางเดินหายใจ ปอดของทารกเกิดครบกำหนดจะมีสารลดแรงตึงผิวในถุงลม (surfactant) ช่วยไม่ให้ถุงลมแฟบเวลาหายใจออก สารนี้จะมีปริมาณเพียงพอเมื่อทารกมีอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ ดังนั้นในทารกเกิดก่อนกำหนดจึงขาดสารลดแรงตึงผิวในถุงลม ทำให้ถุงลมแฟบเกิดอาการหายใจลำบาก และมีภาวะขาดออกซิเจน (วาริษา, 2550) ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจมีปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวได้ในช่วง 6 เดือนแรก และจะเป็นปกติเมื่ออายุ 6-12 เดือน ซึ่งสาเหตุจากการที่ระบบทางเดินหายใจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ได้แก่ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ซึ่งการหายใจต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ปอดและผนังทรวงอกที่มีโครงสร้างแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนด (เกรียงศักดิ์, 2536) โดยทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีพื้นที่ผิวของถุงลมในการแลกเปลี่ยนก๊าซน้อย หลอดเลือดฝอยอยู่ห่างจากหลอดลมฝอยช่วยปลาย ผนังทรวงอกไม่แข็งแรง เมื่อเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจจึงเกิดการดึงรั้งที่ช่องซี่โครงและได้ชายโครง นอกจากนี้การที่สายเสียงห้อยยาน (floppy vocal cord) ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดหายใจมีเสียงดัง โดยเฉพาะขณะที่ทารกนอนหลับหรืออยู่ในห้องที่เงียบสงบ (Blackburn, 1995)

2.3 การติดเชื้อ ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งมีการลดลงของอิมมูโนโกลบูลินจี (immunoglobulin G; IgG) ซึ่งทำหน้าที่ในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ทารกแรกเกิดรับอิมมูโนโกลบูลินจีจากมารดาซึ่งเป็นเพียงชนิดเดียวที่สามารถผ่านรกได้ และค่าอิมมูโนโกลบูลินจีจะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ด้วย (วาริษา, 2550) ดังนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดจึงได้รับอิมมูโนโกลบูลินจีในระดับต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนด

2.4 โลหิตจาง ในทารกเกิดก่อนกำหนดมีเหล็กสะสมไว้น้อย ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าทารกเกิดครบกำหนด และเมื่อมีการนำเหล็กมาทดแทนระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงจากการเจริญเติบโต ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะโลหิตจางโดยธรรมชาติที่รุนแรงและยาวนานกว่าทารกเกิดครบกำหนด (Blackburn, 1995)

2.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีภาวะขาดออกซิเจน ทำให้เกิดภาวะพาเทิน คัคคัส อาเทอร์ริโอซัส (patent ductus arteriosus, PDA) ซึ่งทำให้เกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดเรื้อรัง การเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ (วาริษา, 2550)

2.6 ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้ ได้แก่

2.6.1 อาการปวดท้องแบบโคลิค (colic) หมายถึง การร้องไห้กวนอย่างมากเป็นระยะในช่วง 3 เดือนแรกหลังเกิด โดยมักเริ่มในสัปดาห์ที่ 2-3 การร้องแบบโคลิคมีลักษณะการร้องแบบหาสาเหตุไม่ได้ มักร้องตอนบ่ายแก่ๆหรือตอนเช้ามืด โดยระยะเวลาการร้องนานประมาณ 3-4 ชั่วโมงหรืออาจมากกว่า โดยจะเกิดขึ้นร้อยละ 10-20 ในทารกทั้งหมด อาการร้องแบบโคลิคโดยทั่วไปจะหายไปเมื่อทารกอายุ 3 เดือน แต่ทารกบางรายอาจร้องจนกระทั่งอายุ 6 เดือน (เนตรทอง, 2545)

2.6.2 การสำรอกนม อาเจียน และการไหลย้อนของนมเข้าสู่หลอดอาหาร (gastrointestinal reflux) เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่แข็งแรง จึงไม่สามารถป้องกันการไหลย้อนกลับของของเหลวจากกระเพาะอาหารได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้สาเหตุอาจเกิดจากการเลี้ยงดูไม่ถูกต้องร่วมด้วย คือ การให้นมไม่ถูกวิธี เช่น ภายหลังดูดนมแล้วไม่ได้ไล่ลม และอุ้มทารกให้เคลื่อนไหวมากเกินไปจนความจำเป็นหรือให้นมทารกในปริมาณที่มากเกินไป (เนตรทอง, 2545)

2.7 ใ้เลื่อนบริเวณขาหนีบและใ้เลื่อนบริเวณสะดือ (inguinal and umbilical hernia) อุบัติการณ์การเป็นใ้เลื่อนบริเวณขาหนีบในทารกเกิดก่อนกำหนดพบสูงกว่าในทารกเกิดครบกำหนดและพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่อัมตะยังไม่เคลื่อนตัวลง อัมตะทำให้มีการคงอยู่ของปมหรือส่วนที่ยื่นในช่องคลอด (processus vaginalis) ซึ่งจะมีทางติดต่อสู่ภายในช่องท้องได้ เมื่อทารกร้องไห้หรือมีความดันในช่องท้องทำให้มีการเคลื่อนตัวของลำใ้เล็กลงสู่ขาหนีบ ซึ่งเป็นรอยโป่งนูนและจะหายไปเมื่อทารกเติบโต สำหรับใ้เลื่อนบริเวณสะดือ เกิดขึ้นเนื่องจากผนังหน้าท้องของทารกเกิดก่อนกำหนดไม่แข็งแรง เมื่อทารกร้องไห้หรือมีความดันในช่องท้องทำให้มีการเคลื่อนตัวของลำใ้เล็กลงสู่บริเวณสะดือ จะเห็นสะดือโป่ง (วาริษา, 2551)

2.8 ระบบประสาทสมองและประสาทสัมผัส ได้แก่

2.8.1 ภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage, IVH) พบได้บ่อยในทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย ยังมีอายุครรภ์น้อยยังมีโอกาสพบได้สูง เนื่องจากเส้นเลือดในสมองของทารกเกิดก่อนกำหนดจะแตกง่าย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความดันของออกซิเจนในเลือดอย่างรวดเร็ว มักเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิต ทารกอาจไม่มีอาการในระยะแรก ต่อมาพบว่าขนาดศีรษะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หดหายใจและเสียชีวิตได้ (วารภรณ์, 2540; วาริษา, 2550)

2.8.2 การมองเห็น (vision) ได้แก่ การมีพยาธิสภาพที่จอตา (retinopathy of prematurity, ROP) เกิดเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของเส้นเลือดจอประสาทตา ทำให้มีความแปรปรวน แตกง่าย ทำให้มีเลือดออกและเกิดแผลเป็นในจอประสาทตาเกิดการดิ่งรั้ง มีการหลุดลอกของจอประสาทตา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็นและตาบอดในที่สุด นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีปัญหาในการมองเห็นอื่นๆ อีก ได้แก่ ตาเหล่ ตามัว สายตาสั้น สายตายาว เป็นต้น (เนตรทอง, 2545)

2.8.3 การได้ยิน (hearing) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินสูงกว่าทารกเกิดครบกำหนด อุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินมี 1 ใน 5 ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด การสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูดและภาษาในระยะต่อมา (Blackburn, 1995)

3. ปัญหาด้านการเจริญเติบโต ทารกเกิดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้า ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การได้รับอาหาร ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อ อธิติพลของสิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ ทำให้ทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าหากได้รับสารอาหาร การดูแลเรื่องความเจ็บป่วยและปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างไม่เหมาะสม (Bernbaum, Friedman, Hoffman-Williamson, Angostino, & Farran, 1989)

4. ปัญหาด้านพัฒนาการ ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าตามมาภายหลังในอุบัติการณ์ที่สูงกว่าทารกเกิดครบกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ทางด้านชีวภาพซึ่งได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวแรกเกิดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเกิดก่อนกำหนด (Hoffman & Bennett, 1990)

การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

การนอนหลับ เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาพื้นฐานที่ทำงานซับซ้อน มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การพัฒนาของสมองและการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย และยังมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และความจำอย่างมาก (ศิริไชย, 2554) ในระยะนี้ร่างกายมีระดับความรู้สึกลดลง ตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลงหรือไม่มีการตอบสนอง และสามารถกลับสู่สภาพปกติได้เมื่อได้รับการกระตุ้น (ชูศักดิ์, 2535) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลางและพัฒนาการของกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้การนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดและผู้ใหญ่ในเรื่องระยะการหลับตื่น ความสำคัญของการนอนหลับ ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ และคุณภาพการนอนหลับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะหลับตื่น

การนอนหลับของทารก ไม่มีลักษณะที่ชัดเจน โดยจะมีลักษณะหลับลึกและหลับตื่นหมุนเวียนกันไปทุกๆ 50-60 นาที การนอนหลับของทารกจะแบ่งกระจายเป็นช่วงสั้นๆ เท่าๆ กันระหว่างกลางวันและกลางคืน การนอนหลับกลางคืนจะค่อยๆ ประติดประต่อกันเป็นการนอนเมื่ออายุมากขึ้น (พรธณี, 2545; Sheldon, 2002) ทารกแรกเกิดจะใช้เวลาประมาณ 16 ถึง 20 ชั่วโมงต่อวันในการนอนหลับ (Glaze, 2004) ผลของการนอนหลับนอกจากจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตแล้ว ยังมีความสำคัญต่อความจำ การเรียนรู้ การปรับตัวทางจิตสังคมและมีความจำเป็นต่อพัฒนาการทางสมอง (Williamson, 2002)

สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากการทำงานของระบบต่างๆ และระบบประสาทส่วนกลางยังไม่สมบูรณ์ จึงทำให้การนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดมีความแตกต่างจากทารกเกิดครบกำหนดและผู้ใหญ่ โดยการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง (Gardner & Lubchenco, 1998) ซึ่งสั้นกว่าทารกเกิดครบกำหนดที่ใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 50-60 นาทีต่อครั้ง (Blackburn, 1991) และผู้ใหญ่ใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 90-120 นาทีต่อครั้ง (Evans & French, 1995) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะการหลับตื่นแบ่งเป็น 6 ระยะ ดังนี้ (Brazelton, 1984; Brazelton & Nugent, 1995)

1. ระยะหลับตื่น เป็นระยะที่ทารกหลับตาแต่มีการเคลื่อนไหวลูกตาภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ ลักษณะการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสามารถสังเกตเห็นผนังหน้าท้องจะมีการเคลื่อนไหวเป็นช่วงๆ คล้ายลูกคลื่น อาจมีการเคลื่อนไหวของแขน ขา ใบหน้า ขยับปาก ทำ

หน้ายื่นหรือยิ้ม คุดปาก เป็นบางครั้ง ในทารกเพศชายอาจมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ซึ่งระยะนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดความฝัน เป็นช่วงที่ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองแสดงลักษณะคล้ายคลื่นไฟฟ้าสมองขณะตื่น ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาตลอดทั้งวันจะถูกเก็บไว้ในความทรงจำช่วงนี้ ระยะหลับตื่น จึงมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ และมีการสังเคราะห์โปรตีนในระยะนี้

2. ระยะหลับลึก เป็นระยะที่ทารกหลับตาสนิท ไม่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาภายใต้เปลือกตาที่ปิดอยู่ ลักษณะการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ผ่อนคลาย มีการเคลื่อนไหวของใบหน้าและร่างกายน้อยมาก แต่อาจมีการสะดุ้ง ผวา หรือกระตุกในบางครั้ง คลื่นไฟฟ้าสมองแสดงลักษณะเฉพาะของการหลับลึก ระยะนี้ร่างกายมีการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทำให้ร่างกายมีสภาพสมบูรณ์แข็งแรงและมีการสังเคราะห์พลังงานจากอาหาร เพิ่มการแบ่งตัวของเซลล์ มีการใช้ออกซิเจนในระดับต่ำ มีการหลั่งฮอร์โมนซีโรโทนินเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยในการเจริญเติบโต และมีการหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ กลูคาگون และแคทีโคลามีนลดลง ทำให้มีการสลายเนื้อเยื่อเป็นพลังงานลดลง ร่างกายทารกจึงมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

3. ระยะง่วงซึม เป็นระยะต่อระหว่างระยะการหลับและการตื่น คือเปลี่ยนจากระยะหลับไปตื่นและระยะตื่นไปหลับ ทารกจะมีลักษณะครึ่งหลับครึ่งตื่น แสดงอาการหนังตาตก ตาปรือ มีการปิด เปิดตาสลับกัน มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง อาจมีการเคลื่อนไหวใบหน้า ทำหน้ายื่น ยิ้ม ขยับปากบางครั้งจนถึงสงบนิ่ง การหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจค่อนข้างสม่ำเสมอ มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าและบางครั้งทารกอาจแสดงอาการหงุดหงิด

4. ระยะตื่นสงบ ระยะนี้ทารกจะเปิดตาหรือลืมตาคว้าง ตาเป็นประกาย มีการเคลื่อนไหวใบหน้าและร่างกายเพียงเล็กน้อย การหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ทารกจะตื่นตัวแสดง ความสนใจสิ่งแวดล้อมจากสิ่งกระตุ้นการมองเห็น การได้ยินจากสิ่งรอบข้างอย่างสงบ มีการตอบสนองต่อใบหน้า การอุ้มสัมผัสสกอดรัด และเสียงของผู้ดูแลโดยการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้ดูแล ซึ่งช่วงนี้เป็นช่วงที่ทารกสามารถรับข้อมูลต่างๆ ได้ดี เหมาะสำหรับผู้ดูแลในการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการภาษา สังคมและสติปัญญาของทารก

5. ระยะตื่นเต็มที่ ระยะนี้ทารกจะเปิดตาคว้าง แสดงการตื่นตัวเต็มที่ และมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทารกอาจส่งเสียงในลำคอ การหายใจเพิ่มขึ้นและไม่สม่ำเสมอ อาจมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ซึ่งระยะตื่นเต็มที่นี้อาจนำไปสู่ระยะร้องไห้ได้

6. ระยะร้องไห้ เป็นระยะที่ทารกแสดงพฤติกรรมความไม่พอใจหรือไม่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม หรือเกิดจากสิ่งกระตุ้นจากภายในร่างกาย เช่น หิว เหนื่อย หรือไม่สุขสบายให้ผู้ดูแลทราบ หรืออาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ทารกอาจปิดตาสนิทหรือเปิดกว้างก็ได้ มีการเคลื่อนไหวร่างกายมาก มีการแสดงออกทางสีหน้าและเสียงร้องไห้ สีผิวอาจมีการเปลี่ยนแปลง การหายใจไม่สม่ำเสมอ ใน

ทารก การแสดงท่าทางมีความสัมพันธ์กับการออกเสียงร้อง แต่เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ทารกเกิดก่อนกำหนดอาจไม่มีเสียงร้องก็ได้

ความสำคัญของการนอนหลับต่อทารกเกิดก่อนกำหนด

การนอนหลับมีความสำคัญอย่างมากสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกเกิดก่อนกำหนด การนอนหลับมีความสำคัญต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. ช่วยให้ร่างกายมีการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทำให้ร่างกายมีสภาพสมบูรณ์แข็งแรงและมีการสังเคราะห์พลังงานจากอาหาร เพิ่มการแบ่งตัวของเซลล์ มีการใช้ออกซิเจนในระดับต่ำ มีการหลั่งฮอร์โมนซีโรโทนินเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยในการเจริญเติบโต และมีการหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ กลูคากอน และแคทีโคลามีนลดลง ทำให้มีการสลายเนื้อเยื่อเป็นพลังงานลดลง ร่างกายทารกจึงมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ซึ่งจะพบได้ในระยะหลับลึก (Brazelton & Nugent, 1995) ดังนั้นหากทารกเกิดก่อนกำหนดได้นอนหลับอย่างเพียงพอกับความ ต้องการ จะส่งผลให้ทารกมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง และมีพัฒนาการที่เหมาะสม (ลดาวัลย์, 2545)

2. ช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ มีความสำคัญต่อพัฒนาการของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ซึ่งพบได้ในการนอนหลับระยะหลับตื้น (Williamson, 2002) การนอนหลับในระยะนี้จึงมีความสำคัญต่อสุขภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ (Frisk & Nordstrom, 2003) ดังนั้นการนอนหลับที่ดี จะส่งผลให้มีการกระตุ้นสมองช่วยให้เกิดการพัฒนาของระบบประสาทส่วนกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

การนอนหลับมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่

1. พยาธิสภาพและความเจ็บป่วย ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีพยาธิสภาพของสมองและอยู่ในภาวะหมดสติ จะปราศจากวงจรการนอนหลับและตื่น และไม่สามารถแยกแยะการนอนหลับได้ ทารกกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) จะมีระยะตื่นเพิ่มขึ้นระยะหลับตื้นลดลง ทารกที่มีภาวะศีรษะเล็กผิดปกติแต่กำเนิด (microcephalus) หรือมีภาวะอุทกศีรษะ (hydrocephalus) จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะตื่นมากกว่าระยะหลับ ทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) จะมีระยะการหลับตื้นลดลง ระยะหลับลึกเพิ่มขึ้น ทารกที่มีความผิดปกติของระบบการเผาผลาญ

อาหาร เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) จะมีอาการคล้ายอยู่ในระยะหลับและมีระยะตื่นลดลง ทารกที่ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome, RDS) จะมีพัฒนาการการหลับตื่นล่าช้า และทารกที่มีภาวะเม็ดเลือดแดงมีการแตกทำลายและต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟจะทำให้มีระยะหลับตื่นเพิ่มขึ้น ระยะหลับลึกลดลง เป็นต้น (Holditch-Davis, 1993)

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกที่มีอายุครรภ์มากขึ้นจะมีระยะหลับลึกเพิ่มขึ้นและระยะหลับตื่นลดลง อายุของทารกมีผลต่อพฤติกรรม การตอบสนองของทารก โดยทารกที่มีอายุครรภ์ 30-33 สัปดาห์ มักจะตื่นและหงุดหงิด ร้องไห้มากกว่าทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ (McCain, Donovan & Gardside, 1999; Webster & Thompson, 1986 as cited in Charastong, 2001)

3. ความต้องการภายในร่างกาย เช่น ความอึดจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดสงบมากขึ้น เข้าสู่ระยะหลับได้ดีขึ้น ความหิว การขับถ่าย ความเปียกชื้นจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดเปลี่ยนจากระยะหลับเป็นระยะตื่น (Hack, 1992) เป็นต้น

4. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด (stressful events) ได้แก่ ความปวด จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ระยะตื่นเต็มที่และระยะร้องไห้ เช่น ความปวดจากการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ เป็นต้น จะทำให้ทารกหงุดหงิดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาหลับลดลง การถูกปลุกให้ตื่นบ่อยจะทำให้มีระยะการตื่นยาวนานขึ้น ทารกเกิดก่อนกำหนดจะหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลียและมีระยะหลับเพิ่มมากขึ้นหลังจากช่วงที่ต้องเผชิญความปวดและอดนอน สำหรับการสัมผัสอย่างรุนแรง การทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความปวดจะทำให้ทารกตื่นและนำไปสู่ระยะร้องไห้เพิ่มขึ้น (Brandon, Holditch-Davis, & Beylea, 1999) นอกจากนี้แมลงสัตว์ต่างๆ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อม อาจรบกวนการนอนหลับ เช่น ยุง มด แมลงสาบ ไร หนู แมวจิ้งจก เป็นต้น โดยเฉพาะยุง กินเลือดของคนหรือสัตว์เป็นอาหาร โดยใช้ปากกัดและดูดเลือด เมื่อถูกยุงกัดเนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะมีการหลั่งสารเบรดีไคนิน (bradykinin) แอนติฮิสตามีน (antihistamine) และสารพี (substance-P) ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการส่งกระแสประสาทไปยังสมองบริเวณรับรู้ความรู้สึกปวดและแปลผลออกมาเป็นความรู้สึกปวดเกิดขึ้น (Lombardo & Wilson, 1997) ซึ่งรบกวนการนอนหลับได้

5. ยา (drugs) เช่น ฟีนอบาบิทอล (phenobarbital) คลอโรลไฮเดรต (chloral hydrate) เป็นยาในกลุ่มแอนติฮิสตามีน มีผลทำให้หึ่งงซึม ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะการตื่นลดลง มีการหลับที่คล้ายระยะหลับลึกเพิ่มขึ้นและระยะหลับตื่นลดลง ส่วนเฮโรอินจะทำให้ทารกมีระยะหลับตื่นลดลงและมีระยะเวลาหลับยาวนานขึ้น (Hack, 1992) นอกจากนี้

ยาทีโอฟีลลีน (theophylline) และคาเฟอีน (caffeine) ยังมีผลต่อการพัฒนาระยะการหลับตื่นของทารก เกิดก่อนกำหนดอีกด้วย (Curzi-Dascalova, Aujard, Gaultier, & Rajguru, 2002; Holditch-Davis & Edwards, 1998)

6. การสัมผัสจับต้องและการได้รับการกระตุ้นทางกาย (touch and vestibular stimulation) เช่น ทารกที่ได้รับการปลอบโยนและห่อตัว (swaddling) จะช่วยลดการเคลื่อนไหวในระยะตื่นเต็มที่ และระยะร้องไห้ (Holditch-Davis, 1993) การจับต้องทารก (handling) ในลักษณะการนวด หรืออุ้ม โอบกอดของมารดาจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดตื่นและมีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น การอุ้มพาเด็กลง หรือการจับนั้งในท่าลำตัวตรงและ โยกตัวเป็นจังหวะจะทำให้ทารกที่อยู่ในระยะหลับเปลี่ยนเป็น ระยะตื่น และจากระยะตื่นสงบเปลี่ยนเป็นระยะตื่นเต็มที่ หรือทารกที่อยู่ในภาวะหงุดหงิดเข้าสู่ระยะตื่นสงบได้ (Hack, 1992)

7. สิ่งกระตุ้นการมองเห็น (visual stimulation) เช่น รูปภาพ วัตถุ หรือใบหน้าคน จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในระยะว่าง ระยะร้องไห้ หรือระยะตื่นเต็มที่ เข้าสู่ระยะตื่นสงบได้ โดยเฉพาะรูปภาพ วัตถุ หรือใบหน้าคนที่น่าสนใจจะทำให้ทารกอยู่ในระยะตื่นสงบได้ยาวนานขึ้น (Hack, 1992) เป็นต้น

8. สิ่งกระตุ้นการได้ยิน (auditory or sound stimulation) จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของทารกเกิดก่อนกำหนด ความแตกต่างของระดับเสียงจะเพิ่มการเคลื่อนไหว เสียงที่เป็นจังหวะ เช่น เสียงการเต้นของหัวใจจะลดการเคลื่อนไหวของร่างกายและหลับได้มากขึ้น ระยะร้องไห้ลดลง ส่วนเสียงที่มีความดังต่อเนื่องจะลดการเคลื่อนไหวของร่างกายในระยะร้องไห้ และเสียงดังที่เกิดขึ้นทันทีทันใดจะทำให้ทารกที่หงุดหงิดเข้าสู่ระยะร้องไห้ได้ (Zahr & Balian, 1995)

9. ความสว่างและความมืด (light and darkness) ความสว่างจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะตื่นสงบเพิ่มขึ้นมากกว่าระยะตื่นเต็มที่ ลดการเคลื่อนไหวของร่างกายในทารกที่มีอารมณ์หงุดหงิด (fussy) หรือทารกที่อยู่ในระยะร้องไห้ (Hack, 1992) การจัดแสงไฟให้มีความสว่างและความมืดเป็นรอบเหมือนกลางวันและกลางคืนจะช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดพัฒนาระยะการหลับตื่น และวงจรชีวภาพ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นเป็นวงจรซ้ำๆ กันในรอบ 24 ชั่วโมง ให้กับทารกได้ดียิ่งขึ้น (Gardner & Lubchenco, 1998) ความมืดทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นและเปลี่ยนจากระยะหลับลึกเป็นระยะหลับตื้น (Hack, 1992) ในขณะที่ความสว่างทำให้ทารกมีระยะตื่นสงบมากขึ้น ระยะตื่นเต็มที่ลดลง ลดการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะที่มีอารมณ์หงุดหงิดหรือขณะอยู่ในระยะร้องไห้ได้ การเปิดไฟสว่างแบบทันทีทันใดจะทำให้ทารกตื่น และมีระยะเวลาหลับลดลง (Holditch-Davis, 1993)

10. อุณหภูมิสิ่งแวดล้อม (environment temperature) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่ลดลงหรือเย็นจะเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้มีระยะหลับลึกลดลง ในขณะที่ทารกที่อยู่ในอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่สูงขึ้นหรือร้อนจะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง (Hack, 1992)

11. การดูด (sucking) ไม่ว่าจะเป็นการดูดจุกนมปลอม นิ้วหรือมือ จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในระยะตื่นเต็มที่หรือร้องไห้เปลี่ยนไปสู่ระยะตื่นสงบได้มากขึ้น (Hack, 1992) โดยเฉพาะจุกนมที่มีกลิ่นจะทำให้ทารกที่ได้รับการเจาะเลือดมีระยะร้องไห้ลดลงมากกว่าจุกนมชนิดสีขาวธรรมดา (Holditch-Davis, 1993)

12. ท่านอน (body position) ท่านอนหงายจะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะหลับตื่นเพิ่มขึ้น ระยะหลับลึกลดลง มีโอกาสเกิดการสะดุ้งหรือผวาได้ง่ายกว่าท่านอนตะแคงและท่านอนคว่ำ ท่านอนหงายนำไปสู่ระยะร้องไห้ได้ง่ายกว่า ส่วนท่านอนคว่ำจะเพิ่มระยะหลับลึก ลดการเกิดการสะดุ้งหรือผวา (Masterton, Zucker, & Schulze, 1987) ท่านอนตะแคงช่วยให้สามารถปลอบโยนตัวเองด้วยการนำมือเข้าปากได้ง่าย เป็นการตอบสนองความพึงพอใจในการดูดและลดความเครียด ทารกจะสงบและนอนหลับได้ (Fay, 1988) การจัดท่านอนโดยให้ร่างกายทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในลักษณะคล้ายกับขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา คือ งอแขนขาเข้าหาลำตัว จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย สมมาตร ลดการเหยียดและเกร็งของกล้ามเนื้อที่อาจก่อให้เกิดความเมื่อยล้า ช่วยส่งเสริมให้ทารกอยู่ในภาวะสงบ ลดความเครียดทางร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการทำงานคงที่ (Gardner & Lubchenco, 1998) ช่วยให้การจัดระบบประสาทส่วนกลางดีขึ้น (Craiger, 1993) นอกจากนี้การจัดให้ทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในท่านอนคว่ำบนพื้นผิวที่อ่อนนุ่มแต่ไม่นุ่มมากเกินไป จะทำให้ทารกรู้สึกอบอุ่นและมีระยะหลับลึกเพิ่มขึ้น (Hack, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจิตร (2544) โดยเปรียบเทียบผลของการจัดท่านอนต่อระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด และพบว่า การนอนในท่านอนคว่ำทำให้มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลับลึกมากกว่าในท่านอนหงายและท่านอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพการนอนหลับ

คุณภาพการนอนหลับ เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความเพียงพอและความพอใจต่อการนอนหลับ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ลักษณะคือ คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ

คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นจำนวนระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ เป็นระยะเวลาตั้งแต่บุคคลเข้านอนจนกระทั่งหลับซึ่งหากใช้เวลาน้อยกว่า 15 นาที ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับแสดงว่าบุคคลสามารถเข้าสู่การนอนหลับในระยะต่างๆได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปอย่างสมบูรณ์ (Buysse et al., 1989) แต่ถ้าหากบุคคลใช้ระยะเวลาเกิน 30 นาที ก็ยังไม่สามารถเข้าสู่ระยะต่างๆของการนอนหลับได้ ทำให้การนอนหลับในระยะต่างๆลดลง ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ และบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับได้ (พวงพะยอม, ดวงฤดี, และศิริพร, 2547) ในทารกนั้นตั้งแต่เริ่มนอนจนเริ่มหลับใช้เวลาประมาณ 10 นาที (พรณี, 2545)

1.2 ระยะเวลาในการนอนหลับ เป็นระยะเวลาที่เริ่มเข้าสู่การนอนหลับจนกระทั่งตื่นนอน โดยไม่กิดรวมการตื่นระหว่างการนอนหลับ (Buysse et al., 1989) ซึ่งในบุคคลแต่ละช่วงวัยจะมีความต้องการระยะเวลาในการนอนหลับแตกต่างกัน โดยทารกทั่วไปจะใช้เวลาในการนอนหลับประมาณ 18 ชั่วโมงต่อวัน (Miles & Cummings, 2006) จากการศึกษาของอาร์ดูรา, แอนเดรส, อัลดานา, และรีวิลลา (Ardura, Andres, Aldana, & Revilla, 1995) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาในการนอนหลับเฉลี่ยประมาณ 17.15 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนทารกเกิดครบกำหนดใช้เวลาในการนอนหลับเฉลี่ย 11.94-14.78 ชั่วโมงต่อวัน

1.3 ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยเป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืนหารด้วยจำนวนชั่วโมงของระยะเวลาที่นอนอยู่บนเตียงเทียบกับหนึ่งร้อย ค่าที่คำนวณได้เป็นเปอร์เซ็นต์ ซึ่งในผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีจะมีค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัยมากกว่าร้อยละ 85 (Buysse et al., 1989) ส่วนในทารกไม่ว่าจะเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกเกิดครบกำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบค่าประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย

2. คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ

คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ ต่อการนอนหลับ ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1 ความรู้สึกต่อการนอนหลับ ซึ่งบุคคลสามารถบอกได้ว่าตนเองมีการนอนหลับที่ “ดีมาก” หรือ “ไม่ดีเลย” (Buysse et al., 1989) “เพียงพอ” หรือ “ไม่เพียงพอ” “ลึก” หรือ “ตื้น” นอนหลับสนิทหรือไม่ รวมทั้งความรู้สึกหลังการตื่นนอน เช่น “สดชื่น” หรือ “อ่อนเพลีย” ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการนอนหลับจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ดี (Keklund & Akerstedt, 1997)

2.2 การตอบสนองต่อสิ่งรบกวนการนอนหลับ เป็นการขาดความต่อเนื่องหรือมีการขัดจังหวะระหว่างการนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับและตื่นไปจากความเคยชินของบุคคล ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายหรือวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Buysse et al., 1989) การถูกรบกวนการนอนหลับทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการนอนหลับ ลดความสามารถในการเข้าสู่ระยะการนอนหลับลง มีการตื่นบ่อยขึ้น (Koopma, 2002) ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ เช่น ปัญหาการเจ็บป่วย อาการปวด ปัญหารบกวนด้านสิ่งแวดล้อม ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด การนอนหลับกลางวันมากเกินไป เป็นต้น

2.3 ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน เป็นผลจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ซึ่งจะมีผลทำให้มีอาการง่วงนอนขณะที่ต้องปฏิบัติภารกิจหรือกิจวัตรประจำวันตามปกติ จนไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พงษ์พันธ์, 2549) นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ลดความร่าเริงสนุกสนาน (สุรชัย, 2542) ซึมเศร้า หงุดหงิดง่ายเฉื่อยล้า สับสน มีความเครียดเพิ่มขึ้น (Evans & French, 1995)

คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นผลจากการประเมินจากการสอบถามหรือสัมภาษณ์ที่ผู้ดูแลสามารถบอกได้ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณและคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ

คุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เป็นการประเมินจากจำนวนระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ โดยทารกจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นนอนจนเริ่มหลับประมาณ 10 นาที (พรณี, 2545)

2. ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวันทั้งกลางวันและกลางคืน ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดจะใช้เวลาในการนอนหลับเฉลี่ยประมาณ 17.15 ชั่วโมงต่อวัน โดยจะหลับในเวลากลางวันเฉลี่ย 8.96 ชั่วโมง และหลับในเวลากลางคืนเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมง (Ardura et al., 1995) ในแต่ละรอบของการนอนหลับจะใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที (Gardner & Lubchenco, 1998)

คุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมหรือความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การนอนหลับสนิทและเพียงพอ โดยผู้ดูแลบอกว่า ขณะหลับ ทารกจะหลับตาสนิท มีการเคลื่อนไหวของใบหน้าและร่างกายน้อยมาก หรือมีการมีการเคลื่อนไหวแขนขาบางครั้ง มีการขยับ

ปาก ทำหน้ายื่น หรือยิ้ม คุดปากบางครั้ง และอาจมีการสะดุ้ง ผวา หรือกระตุกในบางครั้ง แต่ไม่บ่อย ซึ่งแสดงถึงทารกนอนหลับในระยะหลับลึก (Blackburn & Nugent, 1995) เมื่อตื่นนอนทารกมักจะสะดุ้ง ไม่ร้องไห้แแง (Gavin, 2008)

2. การตอบสนองต่อสิ่งที่ยักรบกวนการนอนหลับ ซึ่งทารกจะตื่นบ่อยขึ้นหรือหลับยากเมื่อมีสิ่งมา กระตุ้นรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ การจับถ่ายหรือเปียกชื้น หิว แสงสว่างหรือแสงไฟ เสียงดัง อากาศร้อนหรือเย็นมากเกินไป (Blackburn & Kang, 1991)

3. ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมตามปกติ ขณะที่ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ เช่น อาบน้ำ เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือเมื่อพูดคุย เล่นกับทารก ทารกจะแสดงท่าทางสะดุ้ง รำเร็ง สนุกสนาน ไม่ร้องไห้แแง หรือแสดงความไม่สุขสบาย (สุรชัย, 2542)

การประเมินคุณภาพการนอนหลับ

การประเมินคุณภาพการนอนหลับมี 2 วิธี คือ การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย (objective sleep quality) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ สามารถวัดค่าออกมาเป็นตัวเลข และการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย (subjective sleep quality) เป็นการประเมินคุณภาพการนอนหลับจากความรู้สึกโดยการบอกเล่า พูดคุย ซึ่งการเลือกใช้วิธีการใดในการประเมินคุณภาพการนอนหลับนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมิน และความเหมาะสมกับสถานการณ์

1. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย เป็นการพิจารณาองค์ประกอบที่เข้าสู่ระยะการนอนหลับ และระยะเวลาแต่ละรอบของการนอนหลับ (Hilton, 1976) ซึ่งสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาขณะหลับหรือลักษณะการนอนหลับตลอดคืน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของลูกตา การแลกเปลี่ยนอากาศทางจมูกและปาก การเคลื่อนไหวของหน้าอกและหน้าท้องขณะหายใจ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ระดับก๊าซในเลือด ระดับฮอร์โมน อุณหภูมิร่างกาย และความดันโลหิต สำหรับการประเมินคุณภาพการนอนหลับของทารกแรกเกิดนั้นทำได้โดยการประเมินจากระยะเวลาของการนอนหลับ จากพฤติกรรม การหายใจ คลื่นไฟฟ้าสมอง การเคลื่อนไหวของลูกตาและความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Carskadon & Dermen, 1989) แต่เนื่องจากระบบประสาทและการทำงานของร่างกายของทารกเกิดก่อนกำหนดยังเจริญไม่เต็มที่ การวัดคลื่นไฟฟ้าสมองเพียงอย่างเดียวจึงมีความเชื่อถือได้น้อย เนื่องจากการปรากฏการเคลื่อนไหวของคลื่นไฟฟ้าสมองเกิดไม่ต่อเนื่อง (Blackburn &

Kang, 1991) ดังนั้นการบันทึกการนอนหลับของทารกจึงใช้วิธีการประเมินจากการสังเกตซึ่งใช้ได้ทั้งทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดครบกำหนด การสังเกตดังกล่าวได้จากลักษณะโดยรวมทางสรีระและลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมที่ทารกแสดงออก อย่างไรก็ตามอาจใช้การบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมองกับการสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นร่วมกัน (Holditch-Davis, 1993) สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปรนัย ได้แก่

1.1 การตรวจคลื่นสะท้อนการนอนหลับหลายอย่างหรือโพลีซอมโนกราฟฟี (polysomnography) นับเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานกว่าเครื่องมือชนิดอื่นๆ ที่ใช้วัดการนอนหลับ เป็นเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการตรวจสภาพทางสรีรวิทยาในขณะที่นอนหลับ เป็นการประเมินแบบแผนการนอนหลับโดยวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ประกอบไปด้วยการตรวจ 3 ชนิด คือ การตรวจคลื่นสมอง (electroencephalogram, EEG) การตรวจคลื่นตา (electroculogram, EOG) และการตรวจคลื่นกล้ามเนื้อ (electromyogram, EMG) โดยให้ผลถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด (Beck, 1992) ในการประเมินสามารถบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างต่อเนื่องขณะนอนหลับ โดยทำการประเมินการนอนหลับตลอดทั้งคืน เพื่อประเมินทุกระยะของการนอนหลับ ส่วนใหญ่นิยมใช้ในการประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค หรือความผิดปกติของการนอนหลับ เช่น การหยุดหายใจระหว่างการนอนหลับ (sleep apnea) ภาวะง่วงเกิน (narcolepsy) เป็นต้น การประเมินด้วยวิธีนี้จะทำได้เฉพาะในห้องปฏิบัติการ เครื่องมือมีราคาแพงและจะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล วิธีการนี้ไม่สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังการตื่นนอนและความพึงพอใจภายหลังการตื่นนอนได้ (Englert & Linden, 1998) สำหรับการศึกษานี้ที่ใช้การตรวจคลื่นสะท้อนการนอนหลับหลายอย่าง เช่น การศึกษาเปรียบเทียบการตรวจการนอนหลับในเวลากลางวันและกลางคืน ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะนอนกรนหยุดหายใจ ผลการศึกษาพบว่า การตรวจการนอนหลับเวลากลางวันมีความไวและความจำเพาะสูง ฉะนั้น การตรวจการนอนหลับในเวลากลางวัน น่าจะใช้แทนการตรวจการนอนหลับเวลากลางคืนในแง่การคัดกรองผู้ป่วยและติดตามผลการผ่าตัดผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจ (Mahakit, 2005) และจากการศึกษาของฟอนเทน (Fontaine, 1989 as cited in Subongkosh, 2003) พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพการนอนหลับจากกลุ่มตัวอย่างจากการตอบแบบสอบถาม (subjective sleep measurement) มีค่าความตรงและความเที่ยงมากกว่าการตรวจคลื่นสะท้อนการนอนหลับหลายอย่าง ดังนั้นแบบบันทึกการนอนหลับ หรือแบบสอบถามการนอนหลับจึงเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าสามารถใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับได้อย่างเหมาะสม

1.2 ที่สวมข้อมือสำหรับประเมินการเคลื่อนไหวของร่างกายขณะนอนหลับ หรือริส แอคติกราฟ (Wrist actigraph) เป็นเครื่องมือที่วัดความถี่และความแรงของการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีลักษณะคล้ายนาฬิกาใช้สวมข้อมือข้างที่ไม่ถนัดและมีการแปลผล ข้อดีคือ เป็นเครื่องมือ

ราคาถูกเมื่อเทียบกับการตรวจคลื่นสะท้อนการนอนหลับหลายอย่าง สามารถใช้ได้ตั้งแต่ทารกถึงผู้ใหญ่ ข้อจำกัดคือ บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Landis, 2002)

1.3 การสังเกตพฤติกรรม (behavior observation) เป็นวิธีที่ใช้มานานและใช้บ่อยในการประเมินทางคลินิกของการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนในขณะนั้น ซึ่งการสังเกตส่วนใหญ่จะสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงการนอนหลับ โดยมีแบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นหลายแบบ ดังนี้

1.3.1 แบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของแอนเดอร์สัน (Anderson Behavioral State Scale, ABSS) (Gill, Behnke, Colon, McNeely, & Anderson, 1989 as cited in Holditch-Davis, 1993) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการหลับตื่นที่ใช้ประเมินในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเต้นของหัวใจและการใช้พลังงาน ประกอบด้วยระยะการหลับตื่น 12 ระยะคือ ระยะหลับลึกมาก (very quiet) ระยะหลับลึกการหายใจไม่สม่ำเสมอ (quiet sleep: irregular respiration) ระยะหลับตื่น (restless sleep) ระยะหลับตื่นมากๆ (very restless sleep) ระยะง่วงซึม (drowsy) ระยะตื่นสงบ (quiet awake) ระยะตื่นไม่มีกิจกรรม (awake inactivity) ระยะตื่นมีการเคลื่อนไหว (restless awake) ระยะตื่นมีการเคลื่อนไหวมาก (very restless awake) ระยะหงุดหงิด (fussing) ระยะร้องไห้ (crying) และระยะร้องไห้มากเสียงดัง (hard crying) ข้อจำกัดของแบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นนี้คือ ประเมินค่อนข้างยากเนื่องจากใช้ในทารกและต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจและการใช้พลังงาน ซึ่งจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางแพทย์ในการวัด ที่อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ทารกตื่นและผู้ประเมินต้องฝึกฝนการใช้มาอย่างดีจึงจะสามารถใช้แบบสังเกตนี้ได้ นอกจากนี้ยังเป็นแบบทดลองที่พัฒนาขึ้นใหม่ การนำไปทดลองใช้ยังมีน้อยและไม่มีผลการทดลองการนำไปใช้กับทารกเกิดครบกำหนดหรือทารกที่มีอายุมากกว่า ปัจจุบันมีการศึกษาที่นำแบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของแอนเดอร์สันมาดัดแปลงใช้ เช่น รัตติกาล (2545) ได้ศึกษาแบบแผนการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของเด็กป่วยอายุ 1-2 ปี ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผลการศึกษาพบว่า แสง เสียง และกิจกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับเวลานอนหลับในตอนกลางคืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสุตเสนาหา (Sudsaneha, 2005) เรื่องผลของการจัดช่วงเวลาสงบต่อภาวะการหลับตื่นของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งได้ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการหลับตื่นของแอนเดอร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงเวลาสงบทารกเกิดก่อนกำหนดหลับได้มากกว่าในช่วงเวลาปกติ ในช่วงเวลาสงบนั้นทารกอยู่ในระยะหลับลึกมากกว่าช่วงเวลาปกติ และช่วงเวลาสงบมีระยะร้องไห้ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาปกติ

1.3.2 แบบประเมินระยะหลับตื่นของบราเซลตัน (Brazelton, 1984; Brazelton & Nugent, 1995) เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของทารกแรกเกิด (Neonatal Behavioral

Assessment Scale, NBAS) ประกอบด้วย ระยะการหลับตื่น 6 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะหลับลึก (deep sleep) ระยะที่ 2 ระยะหลับตื้น (light sleep) ระยะที่ 3 ระยะง่วงซึม (drowsy or semi-dozying) ระยะที่ 4 ระยะตื่นสงบ (quiet alert) ระยะที่ 5 ระยะตื่นอย่างเต็มที่ (active alert) และระยะที่ 6 ระยะร้องไห้ (crying) การแบ่งระยะการหลับตื่นของบราเซลตัน มีผู้นำไปใช้ประเมินการหลับตื่นของทารกแรกเกิดกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากระยะการหลับตื่นมีเพียง 6 ระยะ สามารถเรียนรู้ได้ง่าย ความแตกต่างของแต่ละระยะสามารถประเมินได้อย่างชัดเจน แต่การประเมินด้วยวิธีการนี้ยังมีข้อจำกัดในการใช้เนื่องจากมีจำนวนระยะการหลับตื่นน้อย จึงไม่สามารถจำแนกพฤติกรรมการหลับตื่นได้อย่างละเอียด (Holditch-Davis, 1993) และยังมีข้อจำกัดในการประเมินทารกที่มีภาวะเสี่ยง สำหรับการศึกษาที่ได้ดัดแปลงแบบประเมินระยะหลับตื่นของบราเซลตันมาใช้ เช่น การศึกษาผลของการจัดท่านอนต่อระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ค่าความเที่ยงของแบบประเมินระยะหลับตื่นเท่ากับ 1 ผลการศึกษาพบว่า ท่านอนคว่ำจะส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะหลับลึกเพิ่มมากขึ้น (เพ็ญจิตร, 2544)

1.3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการหลับตื่นของ โธแมน (Thoman State Scoring System) ประกอบด้วย ระยะการหลับตื่น 10 ระยะคือ ระยะหลับลึก (quiet sleep) ระยะเปลี่ยนจากหลับลึกเป็นหลับตื้น (active quiet transition sleep) ระยะหลับตื้น (active sleep) ระยะเปลี่ยนจากหลับตื้นตื่น (sleep-wake transition) ระยะง่วงซึม (drowsy) ระยะตื่นง่วง (daze) ระยะตื่น (alert) ระยะตื่นสงบ (non-alert waking activity) ระยะหงุดหงิด (fuss) และระยะร้องไห้ (crying) ข้อดีของการประเมินด้วยวิธีนี้คือ สามารถประเมินความแตกต่างของพฤติกรรมระหว่างทารกแรกเกิดปกติกับทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเกิดได้ สามารถใช้ได้กับทารกเกิดครบกำหนดได้จนกระทั่ง 1 เดือน เมื่อไม่ต้องการการประเมินที่ละเอียดสามารถนำบางระยะมารวมกันได้ และง่ายสำหรับผู้ประเมินที่มีประสบการณ์การใช้แบบประเมินของบราเซลตันมาก่อน แต่มีข้อจำกัดคือ จำนวนการแบ่งระยะการนอนหลับทั้ง 10 ระยะมีรายละเอียดมาก ทำให้การนำไปใช้ยากกว่าแบบประเมินระยะหลับตื่นของบราเซลตันที่มี 6 ระยะ และการประเมินด้วยวิธีนี้ไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยทั่วไปเหมือนกับแบบประเมินของบราเซลตัน ผู้ประเมินจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนจึงจะสามารถใช้แบบประเมินนี้ได้ (Thoman, Holditch-Davis, Graham, Scholz & Rowe, 1975 as cited in Holditch-Davis, 1993)

1.3.4 แบบประเมินระยะการหลับตื่น (Assessment of Preterm Infant Behavior, APIB) เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของบราเซลตัน มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกที่มีภาวะเสี่ยงสูง สามารถใช้ได้จนทารกมีอายุครรภ์ 44 สัปดาห์ มีการแบ่งพฤติกรรมเหมือนแบบสังเกตพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของทารกแรกเกิด (Neonatal Behavioral Assessment Scale, NBAS) แต่เพิ่มรายละเอียดเพื่อประเมินทักษะของทารกและ

วัดปฏิกริยาความเครียดของทารกในการตอบสนองต่อการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อม (Als, Lester, Tronick, & Brazelton, 1982 as cited in Holditch-Davis, 1998) โดยมีการแบ่งระยะการหลับเป็น 13 ระยะ สามารถอธิบายรายละเอียดการหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดได้ละเอียดกว่า และเมื่อไม่ต้องการการประเมินที่ละเอียดสามารถนำระยะต่างๆมารวมกันได้ ระยะการหลับ ประกอบไปด้วย ระยะ 1A หลับลึกมาก (very still deep sleep) ระยะ 1B หลับลึก (deep sleep) ระยะ 2A หลับตื้น (light sleep) ระยะ 2B หลับตื้นมีเสียง (noise light sleep) ระยะ 3A ง่วงซึมมีการเคลื่อนไหวมากกว่า (drowsy more activity) ระยะ 3B ง่วงซึม (drowsy) ระยะ 4AL ตื่นสงบ (awake and quiet) ระยะ 4AH ตื่นเต็มที่ (hyperalert) ระยะ 4B ตื่นแวตาสุกใส (bright alert) ระยะ 5A ตื่นมีการเคลื่อนไหว (active) ระยะ 5B ตื่นให้ความสนใจต่อสิ่งกระตุ้น (considerable activity) ระยะ 6A ร้องไห้ (crying) และระยะ 6B ร้องไห้เสียงดัง (lusty crying) การประเมินด้วยวิธีนี้สามารถแยกระยะการหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดครบกำหนดได้ ซึ่งระยะการหลับที่ได้จะมีความสัมพันธ์กับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองนำไปใช้ในการประเมินเพื่อวางแผนการดูแลในโปรแกรมเนดแคป (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program, NIDCAP) ผู้ประเมินจึงต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการใช้แบบประเมินระยะการหลับของแอลส์ จาก โปรแกรมเนดแคปในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงจะสามารถใช้แบบประเมินนี้ได้ รวมทั้งการแบ่งระยะหลับออกเป็น 13 ระยะ ทำให้มีรายละเอียดมากและยากต่อการทำความเข้าใจ (Gill, Behnke, Colon, McNeely, & Anderson, 1989 as cited in Holditch-Davis, 1993)

2. การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย

การประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย เป็นการประเมินองค์ประกอบต่างๆ เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ความรู้สึกภายหลังเกี่ยวกับการตื่นนอน การถูกรบกวนจากฝันร้าย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยได้แก่

2.1 การจดบันทึกการนอนหลับ (sleep diaries) เป็นแบบให้จดบันทึกเกี่ยวกับชั่วโมงที่ใช้ในการนอนหลับจนกระทั่งตื่น โดยบันทึกเวลานอน เวลาตื่นนอน ซึ่งการจดบันทึกการนอนหลับข้อดีคือ สามารถเปรียบเทียบตัวแปรของการนอนหลับในช่วงเวลาที่ต่อเนื่องกัน ข้อจำกัดคือ เป็นภาระเนื่องจากต้องจดบันทึกในแต่ละวัน ในเด็กเล็กและทารกต้องใช้ผู้ปกครองในการบันทึก (Landis, 2002)

2.2 แบบสอบถามการนอนหลับ (sleep questionnaire) ส่วนใหญ่เน้นการประเมินระยะเวลาและคุณภาพการนอนหลับ สามารถวัดระยะเวลาการนอนหลับในคืนที่ผ่านมา เวลาเข้านอนและเวลาตื่นนอน จำนวนครั้งของการตื่นในเวลากลางคืน ลักษณะแบบสอบถามอาจเป็น

ลักษณะคำถามปลายเปิด หรือปลายปิด หรือให้เลือกตอบ เป็นต้น ข้อดีคือ ได้ข้อมูลที่มีความหมาย และแน่นอนในเวลาอันรวดเร็ว วัดการรับรู้จากบุคคลโดยตรง ข้อเสีย ผู้ตอบอาจจำข้อมูลการนอนหลับไม่ได้ ผู้ตอบต้องอ่านหนังสือออก เขียนได้ แต่มีความยากในการลงข้อมูลให้สมบูรณ์ในกรณีที่เป็นเด็กหรือบุคคลที่มีความผิดปกติของการรับรู้ ปัจจุบันการศึกษาเรื่องคุณภาพการนอนหลับจะใช้แบบสอบถามการนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ เช่น กุศุมาลัย (2544) ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุที่บ้าน ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (The Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) ที่แปลและดัดแปลงโดยตะวันชัย และวรัญญู (2540) ค่าความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ เท่ากับ .83 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.35 มีคุณภาพการนอนหลับดี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.65 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สำหรับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด พบว่า ด้านร่างกาย คือ ความเจ็บปวด ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล ด้านสิ่งแวดล้อม คือ เสียง และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับด้านต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด พบว่า ด้านร่างกายคือการเปลี่ยนท่านอน ด้านจิตใจและอารมณ์คือ การทำสมาธิ ด้านสิ่งแวดล้อมคือ หลีกเลียจจากเสียงรบกวน จันทวงศ์ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี โดยใช้แบบสอบถามการนอนหลับ และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการนอนหลับ เท่ากับ .75 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้สูงอายุ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว รายได้ของครอบครัว คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี

2.3 แบบสัมภาษณ์การนอนหลับ (sleep interviews) ลักษณะคำถามคล้ายแบบสอบถาม เป็นวิธีที่ประเมินได้ทั้งแบบแผน ปริมาณและคุณภาพการนอนหลับ ข้อดีคือ ผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายคำถามให้ผู้ตอบเข้าใจได้ ใช้ได้ดีในกรณีผู้ตอบไม่สามารถอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือไม่ได้ ข้อเสียคือ การสัมภาษณ์ต้องใช้เวลามาก อาจมีข้อผิดพลาดในการสื่อสารและแปลความหมาย และอาจลืมนข้อมูล สำหรับการศึกษที่ใช้แบบสัมภาษณ์การนอนหลับ ได้แก่ การศึกษาของอัมไพวรรณ (2549) โดยศึกษาแบบแผนการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการนอนหลับของเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการงีบหลับและปัจจัยรบกวนการงีบหลับของเด็กขณะอยู่โรงพยาบาล ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ 1 ผลการศึกษาพบว่า ขณะอยู่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเข้านอนเวลา 20.00 น. ถึง 20.30 น. ตื่นนอนในช่วงเช้าเวลา 05.31 น. ถึง 6.00 น. ส่วนใหญ่ตื่นระหว่างนอน

หลับตอนกลางคืน มีการงีบหลับตอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง สำหรับปัจจัยรบกวนการนอนหลับ พบว่า ปัจจัยภายในส่วนใหญ่ คือ การมีไข้ ไอ ปัจจัยภายนอกคือ การตรวจอาการของแพทย์ การวัดไข้ การพูดคุยของญาติ การศึกษาเรื่องการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุของพวงพะยอมและคณะ (2549) ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้สูงอายุ ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ .82 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับดี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับคือ ความเจ็บปวด ความวิตกกังวล การมีบุคคลนอนร่วมห้อง เสียงดังรบกวน และการงีบหลับกลางวัน

เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับที่มีอยู่เดิมนั้นเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินในผู้ใหญ่ จึงไม่เหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ประเมินการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นส่วนใหญ่เป็นแบบสังเกตพฤติกรรม ซึ่งต้องอาศัยทักษะและระยะเวลาในการประเมิน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถประเมินได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามการนอนหลับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งสามารถใช้ประเมินคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ผู้ดูแลสามารถประเมินได้

การส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

การส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นการดูแลเพื่อให้ทารกได้มีการนอนหลับที่มีคุณภาพทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขณะที่ทารกอยู่โรงพยาบาลและเมื่อทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งการส่งเสริมการนอนหลับในขณะที่ทารกอยู่โรงพยาบาล เช่น การจัดชั่วโมงงีบ การลดแสงสว่างโดยใช้ผ้าคลุมตัว การจัดทำนอน การจัดระบบการพยาบาล เป็นต้น การส่งเสริมการนอนหลับเมื่อทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน เช่น การจัดทำนอน การห่อตัวทารก การนวดสัมผัส การลดเสียงดัง การใช้เครื่องนอนที่สะอาดและสุขสบาย เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการนอนหลับในทารกนั้น มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับการจัดการของผู้ดูแลทารกที่จะจัดการให้เหมาะสมกับทารกและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้การจัดการที่เหมาะสมจะทำให้ทารกมีการนอนหลับที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีของทารกต่อไป

การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้านสามารถทำได้ 2 วิธี ได้แก่ 1) ด้านการจัดการต่อทารก และ 2) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. ด้านการจัดการต่อทารก

1.1 การจัดทำนอน เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่สามารถพลิกตัวจากท่าหนึ่งไปอีกท่าหนึ่งได้เอง จึงต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลโดยการจัดทำนอนเพื่อส่งเสริมการนอนหลับจากการศึกษาของเฟย์ (Fay, 1988) พบว่า การจัดให้ทารกนอนในท่างอตัว แขนสองข้างงอชิดเข้าหา กึ่งกลางแนวลำตัว ข้อเข่าและข้อสะโพกอยู่ในท่างอหมุนเข้าหาแนวกึ่งกลาง คล้ายขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา วางม้วนผ้าทำเป็นอาณาเขตขีกรอบตัวทารกคล้ายรังนกและจัดให้เท้าของทารกยันกับผ้าที่ล้อมรอบไว้ จะช่วยให้ทารกลดความเครียด สงบและนอนหลับได้ดีขึ้น การศึกษาของโบซินสกี (Bozynski, 1988 as cited in Gray, Dostal, Ternullo-Retta, & Armstrong, 1998) พบว่าการจัดทำนอนช่วยให้ทารกหลับได้นานขึ้น ลดการสะดุ้งผวา และการศึกษาของมาสเตอร์ตัน ซูเคอร์และซูลส์ (Masterton, Zucer, & Schulze, 1987) เรื่องการจัดทำนอนและนอนหงายที่มีผลต่อการใช้พลังงานและพฤติกรรมการหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 42 ราย พบว่า ทารกมีช่วงเวลาดึ้นในทำนอนหงายมากกว่าทำนอนคว่ำอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจิตร (2544) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดทำนอนต่อระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลับลึกในทำนอนคว่ำมากกว่าทำนอนหงายและนอนตะแคงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากทำนอนคว่ำนั้นอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตกะทันหันในขณะนอนหลับของทารก (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) ได้ ดังนั้นการดูแลให้ทารกได้นอนหลับสนิทและต่อเนื่องจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะช่วยเลือกทำนอนที่เหมาะสมที่ส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลาอนหลับที่ยาวนานขึ้น

1.2 การลดการสัมผัสที่ไม่จำเป็น จากการศึกษาของจิริยา (2544) พบว่า การสัมผัสทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีกรบกวนการนอนหลับของทารก และจากการศึกษาของ แฮริสัน โอลิเวท คันนิงแฮม โบคินและฮิค (Harrison, Olivet, Cunningham, Bodin, & Hick, 1996) ได้ศึกษาผลของการสัมผัสอย่างนุ่มนวลในทารกเกิดก่อนกำหนด 30 คน อายุ 7-12 วัน ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการสัมผัสอย่างนุ่มนวลวันละ 15 นาที เป็นเวลา 6 วัน พบว่า กลุ่มทดลองสามารถปลอบให้สงบได้ง่าย ลดการเคลื่อนไหวของร่างกายและลดพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายต่างๆ

ได้ง่ายกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้หากทารกตื่นและร้องไห้กลางดึก ไม่ควรอุ้มทารกขึ้นมาทันที แต่ควรจะสังเกตดูห่างๆ ก่อน 2-3 นาที ถ้ายังร้องอีกจึงเข้าไปตรวจดูว่าทารกหิวหรือปัสสาวะหรือไม่ (ชนกันต์, 2551) ดังนั้นในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลไม่ควรรบกวนทารกบ่อยๆ ทั้งนี้เพื่อให้ทารกสุขสบายและนอนหลับได้นานขึ้น

1.3 การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ (kangaroo care) เป็นรูปแบบการดูแลทารก ทำโดยการวางตัวทารกลงบนหน้าอกเปลือยของมารดา ซึ่งสามารถทำในขณะที่มารดาให้นมทารกก็ได้ หรืออาจวางทารกบนหน้าอกเปลือยของบิดา (Altimier, 2003) ซึ่งทารกจะใส่เพียงผ้าอ้อมอย่างเดียว ไม่ให้มีเสื้อผ้ากั้นระหว่างทารกกับผู้อุ้ม เพื่อให้เกิดการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) ระหว่างหน้าอกของบิดามารดา ช่วยสร้างความอบอุ่น (โสภิตา, 2548) จากการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มการนอนหลับในระยะหลับลึก (Altimier, 2003; Feildman & Eidelman, 1998 อ้างตาม พิมล, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลูดิงตัน-โฮและ โกลแลนท์ (Ludington-Hoe & Golant, 1993) ที่พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้ให้การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ สามารถเพิ่มการนอนหลับในระยะหลับลึก ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.4 การห่อตัว (swaddling) เป็นวิธีการปลอบทารกที่ปฏิบัติมาตั้งแต่สมัยโบราณ มีการนำมาใช้เกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเหตุผลแตกต่างกันออกไป เช่น การทำให้ทารกอบอุ่นและสบาย เพื่อให้ทารกสงบและป้องกันการตื่นของทารกจากการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดของทารกให้น้อยลง ซึ่งการห่อตัวจะเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย นำไปสู่การลดกระแสประสาทที่ได้รับจากการกระตุ้นภายในเนื้อเยื่อร่างกาย ส่งเสริมให้ทารกสงบและหลับได้ง่ายขึ้น (ปีทมา, 2540)

1.5 การจัดระบบการดูแล (clustering care) ที่รบกวนช่วงเวลาหลับของทารกให้น้อยที่สุด โดยรวมกลุ่มกิจกรรมการดูแลทารกที่สามารถทำในเวลาใกล้เคียงกันเข้าไว้ในช่วงเวลาเดียวกันและเลือกให้การดูแลในช่วงที่ทารกตื่นหรือกำลังจะต้องปลุกตื่นให้นม เพื่อให้ทารกได้มีโอกาสอยู่ในช่วงหลับได้นาน การให้การดูแลควรทำด้วยความนุ่มนวล (พิมล, 2545) การจัดระบบการดูแลทำให้ทารกใช้พลังงานลดลงและเป็นการส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้ทารกนอนหลับได้นานขึ้นและลดการตื่นตัวของทารก (ปีทมา, 2540)

1.6 การนวดสัมผัส ช่วยให้ทารกผ่อนคลาย และมีอารมณ์อยากนอน (พรรณี, 2545) ทารกจะนอนหลับสนิทได้ยาวนานขึ้น ทำให้สมองได้รับออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ ส่งเสริมการพัฒนาของสมองอย่างเต็มที่ (วีรยา, 2550; Peinjing, 2006)

1.7 การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน ทำให้สบายตัว คลายเครียด ช่วยให้อุณหภูมิร่างกายอบอุ่นและหลับได้ดีขึ้น (แพง, 2554; Hill & Smith, 1990) จากการศึกษาของ ฮัวริ (Hauri, 1993) พบว่า ในผู้ใหญ่

นั้นการอาบน้ำอุ่นก่อนนอน จะทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง ในเวลา 2-4 ชั่วโมงต่อมาจึงช่วยให้หลับได้ดีขึ้น

1.8 การจัดการความหิว ก่อนนอนไม่ควรปล่อยให้ทารกหิวเกินไป (พรรณี, 2545; Burns, 2009) การเพิ่มปริมาณนมก่อนถึงเวลานอน จะทำให้ไม่ต้องตื่นเพราะความหิว (พรรณี, 2545)

1.9 การสวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ควรจัดเสื้อผ้าที่ไม่บางหรือหนาเกินไปให้ทารก จะทำให้นอนหลับสบาย (แพง, 2554)

1.10 การลดสิ่งเร้า ช่วงเวลากลางคืนหรือก่อนเข้านอน ควรลดกิจกรรมการเล่นของทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมการเล่นที่ต้องมีการเคลื่อนไหว และการเล่นที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ (นวลอนงค์, 2551)

2. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

2.1 การลดแสงสว่างที่มากเกินไป แสงสว่างที่เหมาะสมในห้องคือ 100 แสงเทียน นอกจากนี้แสงที่จ้ายังไปกระตุ้นรบกวนการนอนหลับ น้ำหนักและการเจริญเติบโตของทารก และถ้าแสงไฟสว่างตลอดเวลาจะมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต พฤติกรรม อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจของทารก ดังนั้นในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลจึงควรมีการจัดให้มีแสงสว่างเท่าที่จำเป็น หลีกเลี่ยงการเปิดไฟตลอดเวลา ปิดม่านกันแสงเมื่อแสงแดดส่อง ปรับแสงไฟให้สอดคล้องกับเวลากลางวันและกลางคืนเพื่อพัฒนาแบบแผนการหลับคืนให้กับทารกเกิดก่อนกำหนด (Thomas, 1995) การปรับไฟห้องให้สลัว วิธีนี้จะทำให้หลับได้ง่ายและนานขึ้น ถ้าหากทารกตื่นและร้องไห้กลางคืน ไม่ควรรีบเปิดไฟทันที แต่ควรจะสังเกตดูห่างๆ ก่อน 2-3 นาที ถ้ายังร้องอีกจึงเข้าไปตรวจดูว่าทารกหิวหรือปัสสาวะหรือไม่ และเมื่อจะต้องป้อนนมให้ทารกหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมในตอนกลางคืน ไม่ควรเปิดไฟจนสว่างจ้าเต็มห้อง ควรเปิดไฟแค่แสงสลัวพอมองเห็น (ชนกันต์, 2551; Miles, Cummings, & James, 2006)

2.2 การลดเสียงดัง หรือการจัดชั่วโมงเงียบ เนื่องจากเสียงที่ดังมากกว่าปกติจะส่งผลให้การนอนของทารกแปรปรวนและนอนหลับได้น้อย เกิดการอ่อนล้า ซึ่งจากการศึกษาของปาณิตา (2546) ที่ศึกษาการควบคุมเสียงในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยการจัดชั่วโมงเงียบ ให้มีความดังของเสียงต่ำกว่า 58 เดซิเบล พบว่า สามารถส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลาการนอนหลับยาวนานกว่าในสภาพแวดล้อมปกติที่ไม่ได้มีการควบคุมเสียง และมีระยะเวลาหลับลึกเพิ่มขึ้น ระยะเวลาหลับตื้นลดลง นอกจากนี้ในการดูแลทารกนั้นเมื่อต้องการป้อนนมให้ทารก หรือเปลี่ยนผ้าอ้อม ในขณะที่ทารกหลับหรือในตอนกลางคืน ควรทำอย่างนุ่มนวลระมัดระวังไม่ให้มีเสียงดัง (ชนกันต์, 2551; Miles et al., 2006)

2.3 คนตรีช่วยทารกให้เข้าสู่การนอนหลับได้ การเปิดเพลงสบายๆ สามารถช่วยให้ทารกนอนหลับได้ง่าย โดยเพลงที่เหมาะสมแก่การเปิดฟัง ควรเป็นเพลงบรรเลงเบาๆ ที่มีเสียงธรรมชาติ ประกอบ เช่น เสียงน้ำไหล เสียงลม เสียงนก และไม่ควรเปิดเพลงดังจนเกินไป การฟังเพลงบรรเลงเบาๆ ก่อนนอนหรือขณะที่นอนหลับจะช่วยคลายเครียด จึงส่งผลทำให้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่นอนหลับง่ายขึ้น (แพง, 2554) และจากการศึกษาของอาร์นอน และคณะ (Amon et al., 2006) พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีจะหลับลึกมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสูวิมล (2551) ที่ทำการศึกษากับทารกป่วยในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต พบว่า หลังทำดนตรีบำบัด ทารกนอนหลับได้ดี สงบนิ่งมากขึ้น

2.4 การควบคุมอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม สภาพของห้องนอนของทารกจะต้องมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่หนาวหรือร้อนจนเกินไป (แพง, 2554) ทั้งนี้เพราะระยะการหลับตื่นของบุคคลมีความสัมพันธ์กับวงจรอุณหภูมิ หากอุณหภูมิเปลี่ยนไปเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ระยะการหลับตื่นแปรปรวนได้ (Closs, 1998) การนอนหลับในห้องที่อุณหภูมิสูง จะทำให้ตื่นได้บ่อย เมื่อตื่นแล้วจะหลับใหม่ก็ต้องใช้เวลานาน การนอนหลับถูกรบกวน ขาดการนอนหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นห้องนอนที่อุณหภูมิเหมาะสม จะช่วยให้การนอนหลับสนิทและต่อเนื่องยาวนาน

2.5 เครื่องนอนที่สะอาดและสุขสบาย จากการศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า เครื่องนอน เช่น ที่นอน หมอน ผ้าห่ม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ การนอนบนที่นอนแข็งๆ จะทำให้ขยับตัวบ่อย ตื่นบ่อยขึ้น เครื่องนอนทุกชิ้นต้องสะอาด (จันทวงศ์, 2550) ดังนั้นควรจัดให้ทารกนอนบนที่นอนที่สะอาดมีพื้นผิวอ่อนนุ่มแต่ไม่ควรนุ่มมากจนเกินไป จะทำให้รู้สึกอึดอัด มีระยะเวลาหลับมากขึ้น (พรสวรรค์, 2550)

2.6 การทำกิจกรรมบนเตียงทารก หลีกเลี่ยงการใช้เตียงหรือห้องนอนทารกทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ทำงานหรือดูโทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งเมื่อนอนหลับ กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ทารกเกิดการตื่นตัว สะดุ้งตื่นได้ง่าย (กมล, 2552)

2.7 ระยะเวลาการนอน ในช่วงกลางวันควรให้ทารกมีระยะเวลาในการนอนน้อยกว่าในตอนกลางคืน ขณะทารกนอนในตอนกลางวันควรจัดให้ทารกนอนในห้องที่มีแสงสว่างพอเพียง เพื่อฝึกให้ทารกแยกเวลากลางวันและกลางคืน (Miles et al., 2006)

2.8 การดูแลทารก ควรวางทารกบนที่นอนของทารกก่อนที่ทารกจะหลับ (ในขณะที่ทารกยังตื่นอยู่) เพื่อให้ทารกคุ้นเคยกับที่นอนและสถานที่ (พรรณี, 2545; นวลอนงค์, 2551)

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. รายได้หรือเศรษฐกิจของครอบครัวและขนาดของครอบครัว เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเป็นอยู่หรือการจัดการที่ดี รายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล จากการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายบาทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ของจันทวงศ์ (2550) พบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์เพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ การจัดหาอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมและการใช้บริการทางสุขภาพอย่างเหมาะสมมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข (2545) พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำสุด นอกจากนี้ในสภาพความเป็นจริงขนาดครอบครัวก็น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อจัดการ เพราะการมีบุคคลในครอบครัวจำนวนมากเมื่อเทียบกับขนาดของบ้านหรือการอาศัยกันอยู่อย่างแออัด ไม่สามารถจัดห้องนอนของทารกแยกเป็นสัดส่วนได้ ทำให้ยากต่อการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของทารก เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ การระบายอากาศ เพราะความจำกัดของพื้นที่ของบ้าน

2. ระดับการศึกษาและประสบการณ์การเลี้ยงทารกของผู้ดูแล ความรู้เป็นสิ่งที่คุณคนรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมทั้งประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ความรู้เป็นการรับรู้ จำและเข้าใจเรื่องต่างๆ ที่เกิดจากประสบการณ์และทัศนคติ สามารถเรียนรู้ได้จากชีวิตประจำวันและสถานศึกษา (จันทวงศ์, 2550) ซึ่ง ซิมบาโด เอบบอนสัน และมาสลัช (Zimbardo, Ebbeson, & Maslach, 1997) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งดี ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติดีด้วยเช่นกัน ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการนอนหลับของทารกที่ปกติ จะมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดี (Bums, 2009) จากการศึกษาของสมจิตร (2548) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มีคะแนนความรู้สูงจะมีคะแนนการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูง และจากการศึกษาของสมยศ และคณะ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดีจะมีผู้ดูแลที่ความรู้สูง

3. โรคประจำตัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลนั้นต้องมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ดังนั้นหากผู้ดูแลมีปัญหาภาวะสุขภาพเกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีแรง หงุดหงิด หรือโกรธง่าย จะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่าย

ส่งผลต่อการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดได้ จากการศึกษาของ จริยาพร สุทธิสา และวิมล (2551) เรื่องสิ่งก่อความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน พบว่า แบบแผนการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ หลับตื่นไม่สม่ำเสมอ โดยมักจะนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน สะดุ้งผวาได้ง่าย ทำให้นอนหลับไม่สนิท ส่งผลให้มารดามีเวลาพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ซึ่งการนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้มารดาเกิด ความเหน็ดเหนื่อย อาจส่งผลให้มารดาเกิดความเครียดได้

4. ลักษณะที่ตั้งของบ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับใน ทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากบ้านที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง ชุมชนแออัด หรือตั้งอยู่ใกล้โรงงาน อุตสาหกรรม จะมีเสียงที่ดังตลอดเวลา เด็กที่มีบ้านอยู่ในเขตที่มีเสียงอีกทีก็ตลอดเวลา อยู่ในที่แออัด จะส่งผลกระทบต่อโดยตรงที่ทำให้เกิดปัญหาการนอนไม่หลับได้ (แพง, 2554) ซึ่งต่างจากบ้านที่ตั้งอยู่ ในชนบทซึ่งห่างไกลจากเสียงการจราจร เสียงจากผู้คนที่พลุกพล่าน โดยเฉพาะเสียงจากการจราจร ที่มีความดังประมาณ 70 เดซิเบล เสียงจาก โรงงานอุตสาหกรรม มีความดังประมาณ 100 เดซิเบล บุคคล สามารถนอนหลับได้ดีที่ระดับความดังของเสียงต่ำกว่า 35 เดซิเบล (World Health Organization, 1980 as cited in Fontaine, 1993) ซึ่งสมาคมกุมารแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Pediatrics) กล่าวว่า ระดับเสียงสูงสุดที่ปลอดภัยสำหรับทารกคือ 58 เดซิเบล (Saunders, 1995) นอกจากนี้อุณหภูมิ ของสิ่งแวดล้อมที่อากาศร้อนหรือหนาวมากเกินไปก็มีผลต่อการนอนหลับ (แพง, 2554) ซึ่งในชุมชน เมืองนั้นจะมีอุณหภูมิสูง อากาศร้อนมากกว่าในชนบท จากสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยบ้านเรือนที่อยู่ กันอย่างหนาแน่น มีต้นไม้ น้อย อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ซึ่งต่างจากในชนบทที่บ้านเรือนอยู่อย่าง กระจัดกระจาย มีต้นไม้ มาก อากาศถ่ายเทสะดวก ทั้งหมดล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการทั้งสิ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและการจัดการ ของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการ นอนหลับที่แตกต่างไปจากทารกเกิดครบกำหนดและในผู้ใหญ่ และถูกรบกวนได้ง่ายทั้งจากปัจจัย ภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นต้องการการนอนหลับที่มีคุณภาพเพื่อช่วย ในการส่งเสริมการเจริญเติบโต โดยเมื่อทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ ที่บ้านแล้วนั้น ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลเพื่อส่งเสริมการนอน หลับของทารก ซึ่งการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้านนั้นมีหลาย วิธี ได้แก่ การลดแสง การลดเสียง การลดการกระตุ้น การจัดท่านอน การห่อตัว การนวดสัมผัส การ ฟังเสียงดนตรี การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน การควบคุมอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม การให้นมทารกอย่าง เพียงพอ การใช้เครื่องนอนและเสื้อผ้าที่เหมาะสมแก่ทารก และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการของผู้ดูแล ในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน ได้แก่ รายได้หรือเศรษฐกิจของครอบครัว

และขนาดครอบครัว ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และลักษณะที่ตั้งของบ้าน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการประเมินคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกคลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเนื่องจากเครื่องมือที่มีการพัฒนาและผ่านการนำมาแล้วนั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินในผู้ใหญ่ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับและการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างจากทารกเกิดก่อนกำหนด สำหรับในทารกเกิดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ประเมินที่มีการพัฒนาและผ่านการนำมาแล้วนั้น ต้องอาศัยการฝึกฝนและทักษะของผู้ประเมิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลที่บ้านอาจไม่สามารถประเมินได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แบบสอบถามในการประเมินคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดที่เคยมารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักของทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลในภาคใต้ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ดูแลหลักทารกเกิดก่อนกำหนด

1. เป็นผู้ดูแลหลักของทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ

คุณสมบัติของทารกเกิดก่อนกำหนด

1. เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิน้อยกว่า 37 สัปดาห์ และมีน้ำหนัก 1,800 กรัม ขึ้นไป ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและได้รับการนัดเพื่อติดตามภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

2. มีสุขภาพแข็งแรง

3. ไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิดหรือมีความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ ชัก กลุ่มอาการดาวน์ ภาวะอุทกศีรษะ (hydrocephalus) ศีรษะเล็กผิดปกติแต่กำเนิด (microcephaly)

4. ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ ฟิโนบาบิทอล คลอโรลไฮเดรต ไดอะซีแพม เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Arkin & Colton, 1963 อ้างตาม เพชรน้อย, ศิริพร, และทัศนีย์, 2535) ที่ว่าจำนวนประชากร 20,000 คน เมื่อกำหนดความคลาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ .05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

318 คน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ไม่พบสถิติของทารกเกิดก่อนกำหนดแต่มีรายงานเฉพาะตามน้ำหนักตัวทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่ทารกดังกล่าวเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนทารกน้ำหนักตัวน้อยซึ่งในภาคใต้มีสถิติของทารกน้ำหนักตัวน้อยในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 13,759 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) แต่เนื่องจากจำนวนทารกน้ำหนักตัวน้อยทั้งหมดในภาคใต้นี้ ไม่ได้เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ลดขนาดของกลุ่มตัวอย่างลงเหลือเพียง 300 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดแบ่งภาคใต้เป็น ภาคใต้ตอนบน และภาคใต้ตอนล่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนครอบคลุมทั้งภาคใต้
2. เลือกจังหวัดที่เป็นตัวแทนของภาคใต้ตอนบน 3 จังหวัด และภาคใต้ตอนล่าง 3 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากไม่มีการแทนที่จากจังหวัดในภาคใต้ทั้งหมดที่แบ่งไว้ในข้อ 1 โดยภาคใต้ตอนบน ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ และจังหวัดภูเก็ต ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดยะลา
3. เลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของจังหวัด โดยเลือกจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ สำหรับโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนบน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลในภาคใต้ตอนล่าง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยะลา
4. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากคลินิกทารกภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลละ 50 คน ในช่วงระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 จนครบ 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบตรงกับความเป็นจริง มีทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับทารกเกิดก่อนกำหนด เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สิน ลักษณะครอบครัว สถานภาพใน

ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่ตั้งของบ้าน โรคประจำตัวของผู้ดูแล จำนวนทารกหรือเด็กที่อยู่ในความดูแล ผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด มีทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักตัวแรกเกิด อายุของทารกปัจจุบัน น้ำหนักตัวปัจจุบัน ระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางคืน ระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางวันและระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วัน

2. แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสอบถามผู้ดูแลทารกในเรื่องคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ 4 ข้อ และด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ 15 ข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบไปด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 6 ข้อ คำถามมีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดออกเป็น 5 ระดับ คือ เป็นความจริงมากที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 จนถึงไม่เป็นความจริงเลย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
เป็นความจริงมาก	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
เป็นความจริงเพียงครั้งหนึ่ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
เป็นความจริงเพียงเล็กน้อย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เป็นความจริงเลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมายลงในช่องที่กำหนดให้ เนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ การให้คะแนนในข้อที่เป็นข้อความทางลบ จะต้องมีการกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้เพื่อให้ทราบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีคุณภาพการนอนหลับในระดับใด ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน จึงสามารถคำนวณแบ่งช่วงระดับคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ในแต่ละระดับได้โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับเท่ากับ $(5-1)/3 = 1.33$ (ชูศรี, 2546)

จากการพิจารณาดังกล่าว จึงกำหนดให้แบ่งระดับคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนี้

คะแนน 1.00-2.33 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 2.34-3.67 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.68-5.00 หมายถึง คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่กำหนดที่บ้าน ประกอบด้วย ด้านการจัดการทารก 13 ข้อ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม 17 ข้อ คำถามมีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดออกเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 จนถึงไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่	มีค่าคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน
ปฏิบัติเป็นเกือบทุกครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	มีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ โดยใส่เครื่องหมายลงในช่องที่กำหนดให้ ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง เนื่องจากค่าคะแนนเฉลี่ยของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน จึงสามารถคำนวณแบ่งช่วงระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละระดับได้โดยใช้สูตร (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / จำนวนระดับ เท่ากับ $(5-1)/3 = 1.33$ (ชูศรี, 2546)

จากการพิจารณาดังกล่าว จึงกำหนดให้แบ่งระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนี้

คะแนน 1.00-2.33	หมายถึง	ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 2.34-3.67	หมายถึง	ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 3.68-5.00	หมายถึง	ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลเด็ก 1 ท่าน

พยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยทารกแรกเกิด 1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำและปรับปรุงเรื่องการใช้ภาษาเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจได้ง่ายขึ้น

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลไปหาค่าความเที่ยงโดยแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 และแบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ในระยะเวลาห่าง 3 วัน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยดู โดยเริ่มตั้งแต่ การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์

การขอความร่วมมือ การให้เซ็นใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยทำตามขั้นตอนถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

1.2 ทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.3 ขออนุญาตนำจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลละ 50 คน

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าคลินิกทารกภาวะเสี่ยง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจ้งรายละเอียดและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 สํารวจรายชื่อทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากเวชระเบียนที่จะมารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 พยาบาลประจำคลินิกทารกภาวะเสี่ยงแนะนำผู้วิจัยกับผู้ดูแล

2.3 เข้าพบผู้ดูแลเมื่อนำทารกมารับการตรวจที่คลินิกทารกภาวะเสี่ยงเป็นกลุ่ม โดยผู้ดูแลที่ได้ลำดับการตรวจก่อน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะนัดพบหลังจากผู้ดูแลได้นำทารกไปรับการตรวจแล้ว เพื่อไม่ให้เสียลำดับการตรวจ ส่วนผู้ดูแลที่ได้ลำดับการตรวจหลัง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบกับผู้ดูแลระหว่างที่ทารกมารับการตรวจ โดยการแนะนำตัวอีกครั้งและซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบให้ตรงตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้

2.4 อธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือจากผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลเซ็นใบพิทักษ์สิทธิ

2.5 ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและแบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดูแลทารกให้ในระหว่างที่ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

2.6 ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม เก็บจนครบ

2.7 นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์วิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลทั้ง 6 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแจ้งการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ข) ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่ส่งผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ สามารถยุติการตอบแบบสอบถามโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ถ้าในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้ดูแลหรือทารกมีอาการอ่อนเพลียหรือไม่สบายจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามต่อไปได้ ผู้วิจัยจะหยุดพักการตอบแบบสอบถามชั่วคราวหรือนัดกับผู้ดูแลเพื่อทำการตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด (*Min*) ค่าสูงสุด (*Max*) ค่าเฉลี่ย (*M*) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ฐานนิยม (*Mo*) มัชฌิม (*Md*) ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (*QD*) ค่าความเบ้ (*Skewness value*) และค่าความโด่ง (*Kurtosis value*)

2. คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) มัชฌิม (*Md*) ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ (*QD*) ค่าความเบ้ (*Skewness value*) ค่าความโด่ง (*Kurtosis value*) และระดับ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2553 ถึงเดือนธันวาคม 2553 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 3 การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนด

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเป็นมารดาของทารกร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 54.3 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 47 มีอาชีพเป็นแม่บ้านร้อยละ 57 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 42 ครอบครัวไม่มีภาระหนี้สินร้อยละ 60.3 เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 58.7 ผู้ดูแลมีสถานภาพในครอบครัวโดยเป็นสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 95 บ้านอยู่ในชุมชนชนบทมากที่สุดร้อยละ 78 ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 95 มีญาติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 1 คน ร้อยละ 78 ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 91.7 ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.7

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด		
ความสัมพันธ์ของท่านกับทารกเกิดก่อนกำหนด		
บิดา	15	5.0
มารดา	270	90.0
พี่เลี้ยงเด็ก	10	3.3
ย่า	2	0.7
ยาย	2	0.7
ป้า	1	0.3
เพศ		
ชาย	15	5.0
หญิง	285	95.0
ศาสนา		
พุทธ	163	54.3
อิสลาม	136	45.4
คริสต์	1	0.3
สถานภาพสมรส		
โสด	7	2.3
คู่	288	96.0
หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่	5	1.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	7	2.3
ประถมศึกษา	70	23.4
มัธยมศึกษา	141	47.0
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	40	13.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	42	14.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	171	57.0
รับจ้าง	56	18.7
เกษตรกร	27	9.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17	5.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	8.3
อื่นๆ	4	1.3
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000	60	20.0
5,001-10,000	126	42.0
10,001-15,000	68	22.7
15,001-20,000	28	9.3
20,001-25,000	10	3.3
มากกว่า 25,000	8	2.7
ภาระหนี้สินของครอบครัว		
มี	119	39.7
ไม่มี	181	60.3
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	124	41.3
ครอบครัวขยาย	176	58.7
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	15	5.0
สมาชิกในครอบครัว	285	95.0
ลักษณะที่ตั้งของบ้าน		
ชุมชนเมือง	61	20.3
ชุมชนแออัด	5	1.7
ชุมชนชนบท	234	78.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
มี	15	5.0
ไม่มี	285	95.0
ผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด		
ญาติ จำนวน 1 คน (ยาย)	234	78.0
ญาติ จำนวน 2 คน (ยาย, ป้า)	31	10.3
เพื่อน จำนวน 1 คน	9	3.0
ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแล	26	8.7
ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด		
มี	25	8.3
ไม่มี	275	91.7
ทารกเกิดก่อนกำหนด		
เพศ		
ชาย	155	51.7
หญิง	145	48.3

จากตาราง 2 เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ ดังนั้นจึงได้รายงานผลวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลในรูปของมัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด กล่าวคือ ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุต่ำสุด 16 ปี มีอายุสูงสุด 50 ปี มีค่ามัธยฐานของอายุ 26 ปี ($QD = 5$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 2 คน และสูงสุด 15 คน มีค่ามัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน ($QD = 1.37$) มีจำนวนทารกหรือเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลต่ำสุด 0 คน และสูงสุด 6 คน มีค่ามัธยฐานของจำนวนทารกหรือเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแล 1 คน ($QD = 0.5$) ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์แรกคลอดต่ำสุด 26 สัปดาห์ และสูงสุด 36 สัปดาห์ มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ($QD = 2$) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำสุด 700 กรัม และสูงสุด 3,410 กรัม มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักแรกเกิด 1,700 กรัม ($QD = 293.75$) ทารกมีอายุปัจจุบันต่ำสุด 17 วัน และสูงสุด 180 วัน มีค่ามัธยฐานของอายุปัจจุบัน 44.50 วัน ($QD = 17$) ทารกมีน้ำหนักปัจจุบันต่ำสุด 1,650 กรัม และสูงสุด 4,400 กรัม มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักปัจจุบัน 2,600 กรัม ($QD = 323.75$) ระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางคืนต่ำสุด 6 ชั่วโมง และ

สูงสุด 12 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางคืน 10 ชั่วโมง ($QD = 0.5$) ระยะเวลาที่นอนหลับกลางวันต่ำสุด 7 ชั่วโมง และสูงสุด 12 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่นอนหลับกลางวัน 10 ชั่วโมง ($QD = 1$) ระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วันต่ำสุด 17 ชั่วโมงและสูงสุด 23 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วัน 21 ชั่วโมง ($QD = 1$)

ตาราง 2

ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง ของผู้ดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล($N=300$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Min	Max	M	Mo	Md	QD	Skewness	Kurtosis
ผู้ดูแลทารกเกิด								
ก่อนกำหนด								
อายุ (ปี)	16	50	26.80	21	26	5.00	3.85	-1.79
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	2	6	5.38	5	5	1.37	5.49	7.17
จำนวนทารก/เด็ก ในความดูแล (คน)	0	6	0.81	0	1	0.50	12.03	15.31
ทารกเกิดก่อน								
กำหนด								
อายุครรภ์แรกเกิด (สัปดาห์)	25	36	31.89	32	32	2.00	-2.10	15.31
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	700	3,410	1728.38	2,000	1,700	293.75	4.58	2.54
อายุของทารก ปัจจุบัน (วัน)	17	180	49.90	60	44.50	17.00	9.40	9.71

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Mo</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
น้ำหนักปัจจุบัน (กรัม)	1,650	4,400	2678.50	2,500	2,600	323.75	5.04	2.45
ระยะเวลาที่ทารก นอนหลับ กลางคืน (ชั่วโมง)	6	12	9.97	10	10	0.50	-5.02	0.91
ระยะเวลาที่ทารก นอนหลับ กลางวัน (ชั่วโมง)	7	12	10.30	11	10	1.00	-5.12	3.93
ระยะเวลาที่ทารก นอนหลับใน 1 วัน (ชั่วโมง)	17	23	20.28	21	21	1.00	-2.51	-2.80

ส่วนที่ 2 คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

จากตาราง 3 พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46, SD = 0.32$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูง ($M = 4.16, SD = 0.56$) ขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 0.34$)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่งและระดับของค่าคะแนนคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=300)

คุณภาพการนอนหลับ	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับ
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม	3.46	0.32	-0.29	-0.21	ปานกลาง
ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ	4.16	0.56	-2.52	-0.56	สูง
ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ	3.31	0.34	-0.14	0.02	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการต่อทารกและด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04, SD = 0.31$; $M = 3.96, SD = 0.35$; $M = 4.10, SD = 0.37$)

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่งและระดับของค่าคะแนนการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จำแนกโดยรวมและรายด้าน (N=300)

การจัดการของผู้ดูแล	M	SD	Skewness	Kurtosis	ระดับ
การจัดการของผู้ดูแลโดยรวม	4.04	0.31	-0.57	2.15	สูง
ด้านการจัดการต่อทารก	3.96	0.35	-1.05	1.58	สูง
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	4.10	0.37	-1.66	0.46	สูง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลประกอบอาชีพแม่บ้าน ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมและครอบครัวไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของจริยาพร, สุริสา, และวิมล (2551) ที่ศึกษาสิ่งก่อความเครียดของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ร้อยละ 55 เป็นแม่บ้าน ดังนั้นกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ของมารดาจึงเป็นการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลมีค่ามัธยฐานของอายุ 26 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวลิย์, จรัสศรี, และพิมพ์พากรณ์ (2551) ที่ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีวุฒิภาวะในการดูแลบุตรรวมทั้งได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรสในการดูแลบุตร ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เป็นไปตามลักษณะโครงสร้างของสังคมไทยที่มีศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ผู้ดูแลมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด สอดคล้องกับนโยบายของรัฐเกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอภาคกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่า 12 ปี โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย (คณะทำงานสุขภาพคนไทย, 2550) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท และไม่มีภาระหนี้สิน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีค่ามัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน มีญาติ 1 คนเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งครอบครัวขยายจะมีความอบอุ่น มักมีญาติผู้ใหญ่ หรือปู่ย่า ตายายช่วยดูแลบุตรจนกระทั่งโต (ปราณี, 2544) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว และมีค่ามัธยฐานของจำนวนทารกหรือเด็กที่อยู่ในความดูแล 1 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ลักษณะที่ตั้งของบ้านเป็นชุมชนชนบท ซึ่งมีความเงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากเสียงการจราจร หรือเสียงจากผู้คนที่พลุกพล่าน ซึ่งเหมาะกับการนอนหลับของทารก

1.2 ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์แรกเกิด 32 สัปดาห์ มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักแรกเกิด 1,700 กรัม โดยเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดประเภทเกิดก่อนกำหนดปานกลาง คือ เป็นทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 31-36 สัปดาห์ และมีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 1,000-2,500 กรัม (สรายุทธ, 2540) มีค่ามัธยฐานของอายุทารกปัจจุบัน 44.50 วัน มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักปัจจุบัน 2,600 กรัม ในเรื่องของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับพบว่า ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นหรือวรรณกรรมที่ทบทวนได้โดยตรงเนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นไปตามปกติ ดังนั้นจึงแสดงโดยใช้มัธยฐานและค่าเบี่ยงเบนควอไทล์แทน กล่าวคือ

ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางคืน 10 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่นอนหลับกลางวัน 10 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วันเท่ากับ 21 ชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของพรธณี (2545) ที่พบว่า ทารกแรกเกิดต้องการนอนหลับประมาณ 16-17 ชั่วโมงต่อวัน และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของอาร์ดูราและคณะ (Ardura et al., 1995) ซึ่งพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะใช้เวลาในการนอนหลับเฉลี่ยประมาณ 17.15 ชั่วโมงต่อวัน โดยจะหลับในเวลากลางวันเฉลี่ย 8.96 ชั่วโมง และหลับในเวลากลางคืนเฉลี่ย 8.19 ชั่วโมง

2. คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาแต่ละข้อคำถามของคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ (ภาคผนวก ค ตาราง ค 1) พบว่า ผู้ดูแลตอบว่า ในแต่ละวันทารกเกิดก่อนกำหนดมักหลับเป็นส่วนใหญ่โดยใช้เวลาในการนอนหลับมากกว่า 17 ชั่วโมงต่อวัน เป็นความจริงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82 โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วันเท่ากับ 21 ชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ อาร์ดูราและคณะ (Ardura et al., 1995) ซึ่งพบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดจะใช้เวลาในการนอนหลับเฉลี่ยประมาณ 17.15 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลตอบว่า ในแต่ละครั้งทารกจะนอนหลับมากกว่าครึ่งชั่วโมง เป็นความจริงมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการ์ด์เนอร์และดับเซนโค (Gardner & Lubchenco, 1998) ที่พบว่า การนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง ผู้ดูแลตอบว่า ทารกจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นนอนจนเริ่มหลับประมาณ 10 นาที เป็นความจริงมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.6 สอดคล้องกับเอกสารทางวิชาการที่กล่าวว่า ทารกจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นนอนจนเริ่มหลับประมาณ 10 นาที (พรธณี, 2545) ทั้งนี้การที่ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูงนั้น อาจเนื่องมาจากลักษณะที่ตั้งของบ้านส่วนใหญ่อยู่ในชนบท ซึ่งบ้านเรือนอยู่อย่างกระจัดกระจาย มีต้นไม้มาก อากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากเสียงการจราจรหรือเสียงจากผู้คนที่พักพล่าน ซึ่งเหมาะสมกับการนอนหลับของทารก แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพิ่มเติมพบว่า ทารกที่มีบ้านอยู่ในชุมชนเมือง/ชุมชนแออัดและชุมชนชนบทมีระดับคุณภาพการนอนหลับไม่แตกต่างกัน (ภาคผนวก ค ตาราง ค 5)

ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพนั้นพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากปัจจัยด้านความต้องการภายในร่างกาย ได้แก่ ความหิว ความต้องการการจับถ้ำ ความเปียกชื้น ซึ่งจะช่วยให้ทารกเปลี่ยนจากระยะหลับเป็นระยะตื่น (Hack, 1992) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลตอบว่า ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อจับถ้ำหรือเปียกชื้นเป็นความจริงมากถึงมากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 92.7 ปัจจัยด้านความสว่าง จะทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะต้นสงบเพิ่มขึ้น การเปิดไฟสว่างแบบทันทีทันใดจะทำให้ทารกตื่นและมีระยะเวลาหลับลดลง (Holditch-Davis, 1993) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลตอบว่า ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อเปิดไฟสว่างเป็นความจริงเพียงครั้งหนึ่งถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 ปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้นการได้ยิน ได้แก่ เสียงดัง จะส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จากการศึกษาผู้ดูแลตอบว่า ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อมีเสียงดังรบกวน เป็นความจริงมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.3 ปัจจัยด้านอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม โดยทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่ลดลงหรือเย็นจะเพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้มีระยะหลับลึกลดลง ในขณะที่ทารกที่อยู่ในอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่สูงขึ้นหรือร้อนจะมีการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง (Hack, 1992) จากการศึกษาผู้ดูแลตอบว่า ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่ออากาศร้อนหรือเย็นมากเกินไปเป็นความจริงมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.6 ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของทารก ทารกจะตอบสนองต่อสิ่งรบกวนนั้น โดยการตื่นบ่อยขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ ทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง เนื่องจาก แม้ทารกจะมีคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูง โดยมีระยะเวลาการนอนหลับโดยรวมมาก สามารถเข้านอนได้เร็ว แต่จากการที่มีสิ่งรบกวนหรือปัจจัยอื่นๆ ที่มารบกวนการนอนหลับของทารก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยทั้งจากตัวทารกเองและจากสิ่งแวดล้อมที่มารบกวนการนอนหลับ ทำให้ทารกต้องตื่นบ่อย จึงส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การที่ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมที่ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นการแปลความหมายคุณภาพการนอนหลับจึงต้องพิจารณาจากหลายองค์ประกอบโดยรวม การพิจารณาจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่สามารถบอกถึงคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดได้

3. การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์กับทารกโดยเป็นมารดา ซึ่งในสังคมและครอบครัวไทย ผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวมักเป็นหน้าที่ของผู้หญิง โดยเฉพาะการดูแลบุตรมักเป็นหน้าที่ของมารดา และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ทำให้สามารถดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและไม่มีประสบการณ์

ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีทารกหรือเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแล 1 คน แต่มีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลกลุ่มนี้ให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งเป็นทารกที่มีความเสี่ยง โดยทั่วไปทุกโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะต้องมีการสอนหรือวางแผนจำหน่ายทารกก่อนกลับบ้านอยู่แล้ว (วรศรา, 2553) ดังนั้นผู้ดูแลจึงอาจได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการสอนเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ พฤติกรรมการนอนหลับ เป็นเรื่องหนึ่งที่มาตราหรือผู้ดูแลจะได้รับการสอนก่อนทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้สอบถามจากแบบสอบถามจึงทำให้ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีทารกหรือเด็กในความรับผิดชอบดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลทารกหรือเด็กแม้จะไม่ใช่ทารกที่เกิดก่อนกำหนด และจากลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และมีญาติเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลทารก ซึ่งครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ทำให้มีการติดต่อกันบ่อย มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน (จันทนงค์, 2550) สมาชิกในครอบครัวหรือญาติอาจมีความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในระดับสูง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้สอบถามจากแบบสอบถามจึงทำให้ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้เช่นกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 ถึง 10,000 บาท และไม่มีภาระหนี้สิน แสดงให้เห็นว่ามีรายได้เพียงพอ จึงนำไปสู่ความเป็นอยู่หรือการจัดการที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงสุด ส่วนผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีค่าเฉลี่ยคุณภาพการดูแลต่ำสุด ลักษณะที่ตั้งของบ้านส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งบ้านเรือนอยู่อย่างกระจัดกระจาย มีต้นไม้มาก อากาศถ่ายเทสะดวก ซึ่งห่างไกลจากเสียงการจราจรเสียงจากผู้คนที่พลุกพล่าน ทำให้การจัดการส่งเสริมการนอนหลับของทารกอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และมีญาติเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลทารกทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนนอนหลับได้เพียงพอ ส่งผลให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดี ค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการโดยรวมจึงอยู่ในระดับสูง

แต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มเติมพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด (ภาคผนวก ค ตาราง ค 6) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นว่า ผู้ดูแลกลุ่มนี้ให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งเป็นทารกที่มีความเสี่ยง โดยทั่วไปทุกโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะต้องมีการสอนหรือวางแผนจำหน่ายทารกก่อนกลับบ้านอยู่แล้ว (วรศรา, 2553) ดังนั้นผู้ดูแลจึงอาจได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังผล

การศึกษาของ วริศรา (2553) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการจัดการต่อทารกอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ดูแลมีวิธีการจัดการต่อทารกโดยส่วนใหญ่ทำเป็นประจำทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง (ภาคผนวก ค ตาราง ค 3) ได้แก่ การจัดทำนอนซึ่งส่วนใหญ่จัดให้ทารกนอนในท่านอนหงาย เพราะเป็นท่าที่สะดวก การลดการสัมผัสที่ไม่จำเป็นโดยไม่รบกวนทารกบ่อยๆ เพื่อให้ทารกมีความสุขสบายและนอนหลับได้นานขึ้น เช่น การสังเกตทารกห่างๆ เมื่อทารกตื่นหรือร้องไห้กลางดึก โดยไม่อุ้มทารกทันที สอดคล้องกับการศึกษาของเฮริสัน โอลิเวท คุณนิงแอม โบดินและฮิค (Harrison, Olivet, Cunningham, Bodin, & Hick, 1996) ที่พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการสัมผัสอย่างนุ่มนวลสามารถหลับให้สงบได้ง่าย ลดการเคลื่อนไหวของร่างกายและลดพฤติกรรมที่ไม่สุขสบายต่างๆ ได้ง่าย การห่อตัวทารกขณะทารกนอนหลับ เป็นการทำให้ทารกสงบและป้องกันการตื่นของทารกจากการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความปวดของทารกให้น้อยลง ซึ่งการห่อตัวจะเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย นำไปสู่การลดกระแสประสาทที่ได้รับจากการกระตุ้นภายในเนื้อเยื่อร่างกาย ส่งเสริมให้ทารกสงบและหลับได้ง่ายขึ้น (ปีทมา, 2540) การจัดระบบการดูแลโดยรวมกลุ่มกิจกรรมการดูแลทารกที่สามารถทำในเวลาใกล้เคียงกันเข้าไว้ในช่วงเวลาเดียวกันและเลือกให้การดูแลในช่วงที่ทารกตื่นหรือกำลังจะต้องปลุกตื่นให้นม เพื่อให้ทารกได้มีโอกาสอยู่ในช่วงหลับได้นาน การให้การดูแลควรทำด้วยความนุ่มนวล (พิมล, 2545) การจัดระบบการดูแล ทำให้ทารกใช้พลังงานลดลงและเป็นการส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้ทารกนอนหลับได้นานขึ้นและลดการตื่นตัวของทารก (ปีทมา, 2540) การนวดสัมผัสทารกก่อนนอนทำให้ทารกนอนหลับสนิทได้ยาวนานขึ้น ทำให้สมองได้รับออกซิเจนได้อย่างเพียงพอ ส่งเสริมการพัฒนาของสมองอย่างเต็มที่ (วีริยา, 2550; Peinjing, 2006) การอาบน้ำอุ่นให้ทารกก่อนนอน ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและหลับได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮัври (Hauri, 1993) ที่พบว่า การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน จะทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง ในเวลา 2-4 ชั่วโมงต่อมาจึงช่วยให้หลับได้ดีขึ้น การดูแลให้ทารกดูดนมจนอิ่มก่อนนอน เป็นการจัดการความหิว โดยก่อนนอนไม่ควรปล่อยให้ทารกหิวเกินไป (พรธณี, 2545; Burns, 2009) ซึ่งความหิวจะทำให้ทารกสงบมากขึ้น เข้าสู่ระยะหลับได้ดีขึ้น (Hack, 1992) การให้ทารกสวมชุดนอนที่ไม่บางหรือหนาเกินไป สวมใส่ได้พอดี ไม่คับ ซึ่งการสวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ทำให้ทารกนอนหลับสบาย (แพง, 2554) และการลดสิ่งรบกวนโดยลดกิจกรรมการเล่นของทารกในช่วงเวลากลางคืนหรือก่อนเข้านอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรม

การเล่นที่ต้องมีการเคลื่อนไหว และการเล่นที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ (นวลอนงค์, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงเรื่องการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ (การดูแลแบบแคงการู) เพียงเรื่องเดียวที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53) ไม่เคยให้การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อโดยผู้ดูแลในประเทศไทยนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลาย และการให้ทารกนอนเนื้อแนบเนื้อ ทำให้อุณหภูมิกายของทารกและผู้ดูแลสูงขึ้น (Ludington-Hoe & Golant, 1993) ประกอบกับประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อนทำให้มีอากาศร้อน หากไม่มีห้องที่ติดตั้งเครื่องปรับอากาศก็ยากแก่การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ นอกจากนี้การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อต้องเสี่ยงต่อการเปิดเผยบริเวณทรวงอก ซึ่งตามขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยผู้หญิงไทยจะถูกสอนให้มีความเรียบร้อยและมีความขี้อาย การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อทั้งมารดาและทารกจะต้องถอดเสื้อ โดยให้ทารกนอนนอกเปลือยของมารดา ดังนั้นทำให้มีการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อน้อย (Punthmatharith, 2001)

ส่วนการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ดูแลมีวิธีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม โดยส่วนใหญ่ทำเป็นประจำทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง (ภาคผนวก ค ตาราง ค 3) ซึ่งการจัดการสิ่งแวดล้อมมีหลายวิธี ได้แก่ การลดแสงสว่างที่มากเกินไป ซึ่งแสงที่จ้าจะไปกระตุ้นรบกวนการนอนหลับ น่าน้ำหนักและการเจริญเติบโตของทารก การจัดให้มีแสงสว่างเท่าที่จำเป็น หลีกเลี่ยงการเปิดไฟตลอดเวลา การปรับไฟห้องให้สลัว จะทำให้หลับได้ง่ายและนานขึ้นปรับแสงไฟให้สอดคล้องกับเวลากลางวันและกลางคืนเพื่อพัฒนาแบบแผนการหลับคืนให้กับทารกตลอดก่อนกำหนด (Thomas, 1995) ถ้าหากทารกตื่นและร้องไห้กลางคืน ไม่ควรรีบเปิดไฟ หรืออุ้มทารกขึ้นมาทันที แต่ควรจะสังเกตดูห่างๆ ก่อน และเมื่อจะต้องป้อนนมหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกในตอนกลางคืน ก็ไม่ควรเปิดไฟจนสว่างจ้าเต็มห้อง ควรเปิดไฟแค่แสงสลัวพอมองเห็น (ชนกันต์, 2551; Miles, Cummings, & James, 2006) การลดเสียงดัง เนื่องจากเสียงที่ดังมากกว่าปกติจะส่งผลให้การนอนของทารกแปรปรวนและนอนหลับได้น้อย เกิดการอ่อนล้า การดูแลทารกนั้นเมื่อต้องการป้อนนมหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทารกในขณะที่ทารกหลับหรือตอนกลางคืน ควรทำอย่างนุ่มนวลระมัดระวังไม่ให้มีเสียงดัง (ชนกันต์, 2551; Miles et al., 2006) ปิดเสียงโทรทัศน์หรือวิทยุ บริเวณใกล้เคียงกับที่ทารกนอนหลับ ไม่พูดคุยหรือพูดเบาๆ บริเวณที่ทารกนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาณิตา (2546) ที่พบว่า การจัดชั่วโมงเงียบ โดยให้มีความดังของเสียงต่ำกว่า 58 เดซิเบล จะส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลาการนอนหลับยาวนานกว่าในสภาพแวดล้อมปกติที่ไม่ได้มีการควบคุมเสียง และมีระยะเวลาหลับลึกเพิ่มขึ้น ระยะเวลาหลับตื้นลดลง การเปิดเสียงดนตรีเบาๆ เช่น เพลงกล่อมเด็ก เพลง

บรรเลงที่มีจังหวะช้า นุ่มนวล ให้ทารกฟังก่อนนอนมีผลต่อการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ปรับจังหวะการหายใจและการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอช้าลง และมีผลต่อการปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้สมองใหญ่ผ่อนคลาย และนอนหลับได้สนิทขึ้น (ทวิศักดิ์, 2550; แพง, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของอาร์นอน และคณะ (Arnon et al., 2006) ที่พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรีจะหลับลึกมากกว่าช่วงที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรี และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล (2551) ที่พบว่า หลังทำดนตรีบำบัด ทารกนอนหลับได้ดี สงบนิ่งมากขึ้น การดูแลให้ทารกนอนในห้องที่มีอากาศพอเหมาะ ซึ่งการควบคุมอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม สภาพของห้องนอนจะต้องมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่หนาวหรือร้อนจนเกินไป เนื่องจากพบว่า อุณหภูมิสูงหรือต่ำเกินไปมีผลขัดขวางการนอนหลับ ทั้งนี้เพราะระยะการหลับตื่นมีความสัมพันธ์กับวงจรอุณหภูมิ หากอุณหภูมิเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยก็สามารถทำให้ระยะการหลับตื่นแปรปรวนได้ (Closs, 1998) การนอนหลับในห้องที่อุณหภูมิสูง จะทำให้ตื่นได้บ่อย เมื่อตื่นแล้วจะหลับใหม่ก็ต้องใช้เวลานาน การนอนหลับถูกรบกวน ขาดการนอนหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นห้องนอนที่อุณหภูมิเหมาะสม จะช่วยให้การนอนหลับสนิทและต่อเนื่องยาวนาน การจัดให้ทารกนอนบนที่นอนที่สะอาด และสุขสบาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การจัดให้ทารกนอนบนที่นอนที่สะอาดมีพื้นผิวอ่อนนุ่มจะทำให้รู้สึกอบอุ่น มีระยะเวลาหลับมากขึ้น (พรสวรรค์, 2550) และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทงศ์ (2550) ที่พบว่า เครื่องนอน เช่น ที่นอน หมอน ผ้าห่ม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับ การนอนบนที่นอนแข็งๆ จะทำให้ขยับตัวบ่อย ตื่นบ่อยขึ้น เครื่องนอนทุกชิ้นต้องสะอาด ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ บริเวณที่ทารกนอนหลับ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือทำงาน ซึ่งเมื่อนอนหลับ กิจกรรมดังกล่าวจะทำให้ทารกเกิดการตื่นตัว สะดุ้งตื่นได้ง่าย (กมล, 2552) ระยะเวลาการนอน ในช่วงกลางวันควรให้ทารกมีระยะเวลาในการนอนน้อยกว่าในตอนกลางคืน ขณะที่ทารกนอนในตอนกลางวันควรจัดให้ทารกนอนในห้องที่มีแสงสว่างพอเพียง (Miles et al., 2006) และการดูแลทารก ควรวางทารกบนที่นอนของทารกก่อนที่ทารกจะหลับ (ในขณะที่ทารกยังตื่นอยู่) เพื่อให้ทารกคุ้นเคยกับที่นอนและสถานที่ (นวลอนงค์, 2551; พรณิ, 2545)

จะเห็นได้ว่าแม้การจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งด้านการจัดการต่อทารกและด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง แต่คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดยังอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เพิ่มเติมพบว่า การจัดการของผู้ดูแลด้านทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและคุณภาพการนอนหลับโดยรวม การจัดการของผู้ดูแลด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับโดยรวมและรายด้าน ส่วนการจัดการของผู้ดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณแต่ไม่มี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพและคุณภาพการนอนหลับโดยรวม (ภาคผนวก ค ตาราง ค 7) ซึ่งการจัดการต่อทารกนั้นเป็นการจัดการตามความต้องการของทารก ได้แก่ ความหวาดกลัวที่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลางร่วมกับการมีปากขนาดเล็ก กล้ามเนื้อรอบปากที่ใช้ในการดูดยังไม่แข็งแรง ดังนั้นทารกจึงดูดนมได้ช้าและต้องการดูดบ่อยครั้งกว่าทารกเกิดครบกำหนด ทำให้การดูดนมในแต่ละครั้งได้ปริมาณน้อย ทารกจึงหิวบ่อย (Gorski, 1988) นอกจากนี้ การจับถ้ำหรือความเปียกชื้น ทำให้ทารกรู้สึกไม่สุขสบาย จะทำให้ทารกเปลี่ยนจากระยะหลับเป็นระยะตื่น (Hack, 1992) โดยปัจจัยเหล่านี้ผู้ดูแลสามารถจัดการได้ แต่เนื่องจากผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 97 ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมาก่อน แม้จะมีทารกหรือเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแล มีญาติเป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลทารกและอาจจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว แต่ผู้ดูแลอาจไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่บ่งบอกความต้องการของทารก (cues) ได้ ซึ่งการแสดงพฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นจะไม่ชัดเจนเหมือนทารกเกิดครบกำหนดที่สามารถบอกความต้องการได้ชัดเจนว่าต้องการอะไร ผู้ดูแลจึงไม่สามารถให้การตอบสนองได้ทันทั่วทั้ง ทำให้คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดยังอยู่ในระดับปานกลาง

การจัดของผู้ดูแลด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่พบว่า การที่ทารกตื่นบ่อยจนส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลางนั้น เนื่องมาจากความต้องการภายในร่างกาย ได้แก่ ความหิว การจับถ้ำ หรือความเปียกชื้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการจัดการด้านทารก การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมจึงอาจไม่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดมากเท่าการจัดการด้านทารก จึงทำให้การจัดของผู้ดูแลด้านสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับรายด้านและโดยรวม

การจัดการของผู้ดูแลโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพและคุณภาพการนอนหลับโดยรวม เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลมีการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกทั้งด้านทารกและด้านสิ่งแวดล้อมในระดับสูง ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะเวลาการนอนหลับที่ยาวนาน แต่ในเชิงคุณภาพนั้นทารกเกิดก่อนกำหนดยังตื่นบ่อยจากความหิวและความเปียกชื้น เนื่องจากการที่ผู้ดูแลอาจไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมที่บ่งบอกความต้องการของทารกได้จากที่ได้กล่าวไปแล้ว จึงทำให้การจัดการของผู้ดูแลโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพและคุณภาพการนอนหลับโดยรวม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับทารกเกิดก่อนกำหนดโดยเป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดและเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีค่ามัธยฐานของอายุ 26 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด มีอาชีพเป็นแม่บ้าน มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สินของครอบครัว มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสถานภาพในครอบครัวโดยเป็นสมาชิกในครอบครัว มีค่ามัธยฐานของจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5 คน ลักษณะที่ตั้งของบ้านเป็นชุมชนชนบทมากที่สุด ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่ามัธยฐานของจำนวนทารกหรือเด็กในความรับผิดชอบดูแล 1 คน มีญาติเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 1 คน ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์แรกเกิด 32 สัปดาห์ มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักแรกเกิด 1,700 กรัม มีค่ามัธยฐานของอายุปัจจุบัน 44.50 วัน มีค่ามัธยฐานของน้ำหนักปัจจุบัน 2,600 กรัม มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางคืน 10 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับกลางวัน 10 ชั่วโมง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทารกนอนหลับใน 1 วัน 21 ชั่วโมง

คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.46, SD = 0.32$) ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณอยู่ในระดับสูง ($M = 4.16, SD = 0.56$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 0.34$)

2. ผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการจัดการต่อทารกและด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.04, SD = 0.31; M = 3.96, SD = 0.35; M = 4.10, SD = 0.37$)

จุดแข็งของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างในภาคใต้ โดยแบ่งเป็นภาคใต้ตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 300 คน ผลการศึกษาจึงคาดว่าจะสามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรผู้ดูแลและทารกเกิดก่อนกำหนดในภาคใต้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการสังเกตพฤติกรรมที่บ่งบอกความต้องการของทารก ได้แก่ หิว การจับถ่ายหรือเปียกชื้น รวมทั้งยังขาดข้อมูลการสอนเรื่องการนอนหลับในการวางแผนจำหน่ายและความรู้หรือประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
2. ในการให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม คำชี้แจงของแบบสอบถามที่ไม่ชัดเจน กล่าวคือ ไม่ได้ระบุว่าเป็นการถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับและการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 2 สัปดาห์ อาจมีผลทำให้ผู้ดูแลตอบคำถามคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ได้แนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะการนอนหลับที่ยาวนานและมีคุณภาพ ส่งผลให้ทารกมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี
2. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการจัดการในระดับต่ำ ได้แก่ การดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของทารก นอกจากจะเป็นการส่งเสริมการนอนหลับแล้วยังเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกด้วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พยาบาล เกี่ยวกับการนอนหลับ และการจัดการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ควรมีการจัดสถานที่ให้ผู้ดูแลและทารกได้อยู่ในห้องที่เป็นส่วนตัวเพื่อส่งเสริมการดูแลแบบเนื้อแนบเนื้อ

ด้านการศึกษา

ควรมีการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับความสำคัญของการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด และการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ ตระหนักเห็นความสำคัญของการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและ นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับ วิธีการและผลของการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับในทารกกลุ่มอื่นๆ เช่น ทารกเกิดครบกำหนด ทารกที่มีความเจ็บป่วย เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับต่อคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น การจัดทำ การนวดสัมผัส การฟังดนตรี การหลีกเลียงจากสิ่งรบกวน เป็นต้น โดยอาจใช้วิธีการเดียวหรือหลายวิธีรวมกัน
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการได้รับการวางแผนจำหน่ายว่าอาจมีผลต่อการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด
4. ควรมีการปรับปรุงข้อคำถามให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมที่บ่งบอกความต้องการของทารก ได้แก่ หิว การขับถ่ายหรือเปียกชื้น การสอนเรื่องการนอนหลับในการวางแผนจำหน่ายและความรู้หรือประสบการณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด นอกจากนี้ควรมีคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามให้ชัดเจนว่าต้องการข้อมูลคุณภาพการนอนหลับและการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 2 สัปดาห์

บรรณานุกรม

- กมลแสงทองศรีกมล. (2552). *เมื่อหนูไม่ยอมนอน*. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, จาก <http://www.bangkokhealth.com>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *สถิติทารกน้ำหนักตัวน้อย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กุสุมาลย์ รามศิริ. (2544). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวน และการจัดการกับปัญหาการนอนหลับของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2536). *การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- โกศลจิต หลวงบำรุง. (2548). *พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กก้ออทิสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 26, 9-27.
- คณะกรรมการสุขภาพคนไทย. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จริยา อินทะพันธุ์. (2544). *การถูกจับต้องของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จริยาพร อินทร์วงศ์สาร, สุธิศา ถ้าม้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2551). *สิ่งก่อดความเครียดของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน*. *พยาบาลสาร*, 35, 98-107.
- จันทิชาติ พฤกษานานนท์. (2548). *การเจริญเติบโตของทารกที่คลอดก่อนกำหนด*. ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2553, จาก <http://www.clinicdek.com>
- จันทนงค์ อินทร์สุข. (2550). *ปัจจัยทำนายบทบาทของผู้ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชนกันต์ จารุพนาเวช. (2551). *เคล็ดลับฝึกเด็กทารกให้นอนหลับสบาย*. ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2552, จาก <http://www.oknation.net>
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2535). *หน้าที่ของระบบประสาทขั้นสูง*. ใน *สุวรรณฯ หังสพฤกษ์ (บรรณาธิการ), สรีรวิทยา 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 670-733)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

- ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์. (2540). ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาล
ประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42, 123-132.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2550). *ดนตรีบำบัด บทความที่ 2*. ค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2553, จาก <http://www.oknation.net>
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2551). *7 เทคนิคสร้างนิสัยการนอนให้ถูก*. ค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2552, จาก
<http://plamgam.postjung.com>
- เนตรทอง นามพรหม. (2545). *ปัญหาและลักษณะต่างๆของทารกคลอดก่อนกำหนดที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่มารดาทารก
คลอดก่อนกำหนด*. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2551, จาก <http://www.cmnb.org>
- ประเสริฐ บุญเกิด. (2545). Sleep and sleep disorder. ใน *ประวัติ วาที่สาธกกิจ, ปรีดา พัวประดิษฐ์, และ
รัชตะ รัชตะนาวิน (บรรณาธิการ), ปัญหาและเรื่องน่ารู้ทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า188-300).*
กรุงเทพมหานคร: สหวิชาญการพิมพ์.
- ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2544). *การพยาบาลระยะหลังคลอด*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพ.
- ปัทมา กาคำ. (2540). *ผลของการห่อตัวต่อการตอบสนองความเจ็บปวดจากการเจาะส้นเท้าในทารก
คลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และ
เด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปานิตานากกลินกุล. (2546). *ผลของการจัดหัวโหมงเทียบต่อระยะเวลาการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด.*
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- พงษ์พันธ์ จันททีโร. (2549). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับ
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา,
ชลบุรี.
- พรณี วาสิกานนท์. (2545). *ปัญหาการนอนในเด็ก*. ใน *สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, มาลัย ว่องชาญชัยเลิศ, และ
สมชาย สุนทร โลหะนะกุล (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์: การดูแลรักษาในปัจจุบัน
(หน้า 129-145)*. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- พรสวรรค์ สิ้นพิทักษ์เขต. (2550). *ผลของการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการต่อระยะหลับ-ตื่นและการ
ตอบสนองทางสรีรวิทยาของคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ.*
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พวงพยอม ปัญญา, ดวงฤดี ลาสุยะ, และศิริพร เปลี่ยนผดุง. (2549). *การนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การนอนหลับในผู้สูงอายุ*. *พยาบาลสาร*, 33, 51-53.

- พิมล ศรีสุภาพ. (2545). Developmental care for premature infant. ในสรายุทธ สุภาพรรณชาติ (บรรณาธิการ), *Update neonatal care and workshop in neonatal care* (หน้า 230-244). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมพลิจิต, และทัศนีย์ นะเส. (2535). *วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญแข ชีวะพันธ์. (2545). *คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญจิตร ธนเจริญพิพัฒน์. (2544). *ผลของการจัดทำนอนต่อระยะเวลาการหลับของทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- แพง ชินพงศ์. (2554). *ลูกนอนไม่หลับ ปัญหาใหญ่แน่ถ้าไม่รีบแก้ไข*. ค้นเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.islammore.com>
- มาศมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น ในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รัตติกาล งามเปี่ยม. (2545). *แบบแผนการนอนหลับและสิ่งรบกวนการนอนหลับของเด็กป่วยอายุ 1-2 ปี ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2545). *การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย*. สงขลา: อัลลายด์เพรส.
- วรรดี รักอิม. (2549). *คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับและกิจกรรมการดูแลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วรรณธ์ แสงทวีศิลป์. (2540). *ทารกน้ำหนักตัวน้อย. ใน* วิทยาลัยราชภัฏสกลนคร และสุนทร อ้อผ่องพันธุ์ (บรรณาธิการ), *ปัญหาทารกแรกเกิด* (หน้า 66-69). กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- วิศรา ผาสุกมุล. (2551). *ไส้เลื่อน*. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2553, จาก <http://thaiwonders.com>

- วริศรา ศักดาจิระเจริญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วริชา เชนจินคัมย์. (2550). ทารกน้ำหนักตัวน้อย. ใน ประยงค์ เวชวิชนองและวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 143-148). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วีรยา วงษาพรหม. (2550). *การนวดทารก: ประโยชน์และข้อควรระวัง*. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2551, จาก <http://www.academic.hcu.ac.th>
- ศิริไชย หงส์สงวนศรี. (2554). *Sleep disturbances*. ค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.rcpsycht.org>
- สมจิตร์ วงศ์บรรเจิดแสง. (2548). *ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานของญาติผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สมยศ ศรีจรรย์, วารี สุตกรยุทธ์, อรวลิน เต่าชาติ, วิชิตา ชิธรรมมา, และมีฤทธิ์ ศรีประไพ. (2545). พฤติกรรมของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะการฉีกขาดของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอเขาวัง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 11*, 328-337.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2540). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุท ศิริปณัณย์, และสุรางค์ เขียมจรยา (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์* (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 2, หน้า 18-23). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับ ลิขจึง.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2542). ปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ. ใน สุรัชย์ เกื้อศิริกุล (บรรณาธิการ), *ในหนังสือประกอบการอบรมเรื่องจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสู่ศวรรษใหม่* (หน้า 55-62). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวลีย์ พงษ์กิจสมบัติ, จรัสศรี เย็นบุตร, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. ปฏิสัมพันธ์ขณะให้นมระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร, 35*, 46-55.
- สุวิมล โพธิ์ศรี. (2551). *โครงการพัฒนาหอผู้ป่วย NICU*. ค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2552, จาก <http://www.nurse.kku.ac.th/>
- สุไปรมา ลีลามณี. (2543). *การเผชิญปัญหาภาวะวิกฤติและการได้รับสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- โสภิตา พัฒนศิริเวทิน. (2548). การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบผสมผสาน: เกงการูแควร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 23*, 11-23.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *มิติชาย-หญิง: ความแตกต่างบนความเหมือน*. ค้นเมื่อ 4 กันยายน 2552, จาก <http://www.undp.or.th>

- อัญชลี มหิทธิพนธ์ตระกูล. (2545). หน้าที่ยืนสูงของระบบประสาท. ใน คณาจารย์ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ), *สรีรวิทยา เล่ม 1* (หน้า 220-227). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ. (2549). *แบบแผนการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Altimier, L. B. (2003). Management of NICU environment. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing* (3rd ed., pp. 229-234). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Ardura, J., Andres, J., Aldana, J., & Revilla, M. A. (1995). Development of sleep-wakefulness rhythm in premature babies. *Acta Paediatrica*, 84, 484-489.
- Arnon, S., Shapsa, A., Forman, L., Regev, R., Bater, S., Litmanovitz, I., et al. (2006). Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. *Birth*, 33, 131-136.
- Aylward, G. P. (1981). *Infants behavior and development*. Belford, NJ: Ablew.
- Beck, S. L. (1992). Measuring sleep. In M. Frank-Stromborg (Ed.), *Instrument of clinical nursing research* (pp. 255-267). Norwalk, CA: Jones & Bartlett.
- Becker, P. T., Grundwald, P. C., Moorman, J., & Stuhr, S. (1991). Outcome of developmentally supportive nursing care for very low birth weight infants. *Nursing Research*, 40, 150-155.
- Bernbaum, J. C., Friedman, S., Hoffinan-Williamson, M. H., Angostino, J. D., & Farran, A. (1989). Preterm infant care after hospital discharge. *Pediatric in Review*, 10, 195-206.
- Blackburn, S. (1991). Sleep and awake state of the newborn. In S. Blackburn & R. Kang (Eds.), *Early pattern-infant relationship* (2nd ed., pp. 14-22). White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Blackburn, S. T. (1995). Problem of preterm infants after discharge. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 24, 43-49.
- Blackburn, S. T., & Kang, R. E. (1991). *Early parent-infant relationship* (2nd ed.). White Plains, NY: March of Dimes Birth Defect Foundation.
- Blackburn, S. T., & Loper, D. L. (1992). *Maternal, fetal, and neonatal physiology: A critical perspective*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

- Book, D. (2002). Sleep and sleep disorder. In C. M. Pooth & M. P. Kuncrt (Eds.), *Pathophysiology: Concept of alert health status* (pp. 517-520). St. Louis, MO: Mosby.
- Bowman, J. J. (2003). Normal sleep pathern. In J. J. Bowman (Ed.), *Review of sleep medicine*, (pp. 166-198). Waltham, MA: Butterworth Heinemna.
- Brandon, D. H., Holditch-Davis, D., & Beylea, M. (1999). Nursing care and development of sleeping and waking behaviors in preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 22, 217-229.
- Brazelton, T. B. (1984). *Neonatal behavioral assessment scale* (2nd ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale* (3rd ed.). London, England: Mac Keith.
- Burns, C. E. (2009). Sleep and rest. In C. E. Burns, A. M. Duhn, M. A. Brady, N. B. Starr, & C. G. Blosser (Eds.), *Pediatric primary care* (4th ed., pp. 304-319). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Carskadon, M. A., & Dermen, W. C. (1989). Normal human sleep in over-veiw. In M. H. Kryger, T. H. Roth, & W. C. Dermen (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 3-28). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Charastong, C. (2001). *A study of sleep pattern in premature infants*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Closs, S. J. (1988). Assessment of sleep in hospital patient: A review of method. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 501-510.
- Crager, P. (1993). Developmental support in NICU. In P. Beachy & J. Deacon (Eds.), *Nursing interventions essential nursing treatments* (2nd ed., pp. 109-118). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Curzi-Dascalova, L., Aujard, Y., Gaultier, C., & Rajguru, M. (2002). Sleep organization is unaffected by caffeine in premature infants. *Journal of Pediatric*, 140, 766-771.
- Dubowitz, L. M., Dubowitz, V., & Goldberg, C. (1970). Clinical assessment of gestational age in the newborn infant. *Journal of Pediatric*, 77, 1-10.

- Englert, S., & Linden, M. (1998). Differences in self reported sleep complains in elderly person living in community who do or not take sleep medication. *Journal Clinical of Psychiatry*, 59, 137-143.
- Evans, J. C., & French, D. G. (1995). Sleep and healing in intensive care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 14, 189-199.
- Fay, M. J. (1988). The positive effects of positioning. *Neonatal Network*, 6, 23-28.
- Fontaine, D. K. (1993). Sleep and critically ill patient. In M.R. Kinney., D. R. Packa., & S. B. Dunbar (Eds.), *AACN's clinical reference for critical care nursing* (3rd ed., pp. 351-364). St. Louis, MO: Mosby.
- Frisk, U., & Nordstrom, G. (2003). Patients' sleep in an intensive care unit: Patients' and nurses' perception. *Intensive Critical Care Nursing*, 19, 342-349.
- Gardner, S. T., & Lubchenco, L. O. (1998). The neonate and environment: Impact on development. In G. B. Merenstein & S. L. Gardner (Eds.), *Handbook of neonatal intensive care* (5th ed., pp. 586-589). St. Louis, MO: Mosby.
- Gavin, K. (2008). *Mom's mood, baby's sleep: What's the connection?* Retrieved November 24, 2009, from <http://www.eurekalert.org>
- Gray, K., Dostal, S., Ternullo-Retta, C., & Arnestrong, A. M. (1998). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit: A research utilization project. *Neonatal Network*, 17, 33-37.
- Glaze, D. (2004). Childhood insomnia: Why Chris can't sleep. *Pediatric Clinic North American*, 51, 33-50.
- Gorski, P. A. (1988). Forstering family development after preterm hospitalization. In R. A. Ballard (Ed.), *Pediatric care of the ICN graduate* (pp. 27-32). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Hack, M. (1992). The sensorimotor development of the preterm infant. In A. A. Fanaroff & R. J. Martin (Eds.), *Neonatal-perinatal medicine: Diseases of fetus and infant* (5th ed., pp. 759-781). St. Louis, MO: Mosby.
- Harrison, L. L., Olivet, L., Cunningham, K., Bodin, M. B., & Hick, C. (1996). Effect of gentle human touch on preterm infant: Pilot study result. *Neonatal Network*, 15, 35-42.
- Hauri, P. J. (1993). Consulting about isomnia: A method and some preliminary data. *Sleep*, 16, 344-350.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Sleep-care nursing: Promotom of health*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.

- Hilton, B. A. (1976). Quantity and quality of patients's sleep and sleep disturbing factors in a respiratory intensive care. *Journal of Advanced Nursing, 1*, 453-468.
- Hodgson, L. A. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 1503-1510.
- Hoffman, E. L., & Bennett, F. C. (1990). Birth weight less than 800 gms: Changing outcomes and influences of gender and gestation number. *Pediatrics, 86*, 27-34.
- Holditch-Davis, D. (1993). Neonatal sleep-wake states. In C. Kanner, A. Brueggemeyer, & L. P. Gunderson (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing* (pp. 1075-1093). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Holditch-Davis, D. (1998). Neonatal sleep-wake states. In C. Kanner, J. W. Lott, & A. A. Flandermeyer (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing* (pp. 921-938). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Holditch-Davis, D., Brandon, D. H., & Schwartz, T. (2003). Development of behaviors in preterm infants: Relation to sleeping and waking. *Nursing Research, 52*, 307-317.
- Holditch-Davis, D., & Edwards, L. (1998). Modeling development of sleep-wake behaviors: II Results of 2 cohort of preterms. *Physiology & Behavior, 63*, 319-328.
- Johnson-Crowley, N. (1993). Systemic assessment and home follow-up: A basis for monitoring the neonate's integration into the family unit. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & L. P. Gunderson (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective* (pp. 1134-1147). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Keklund, G., & Akerstedt, T. (1997). Objective components of individual differences in subjective sleep quality. *Journal of Sleep and Research, 6*, 217-220.
- Kenner, C., & Lott, J. W. (1990). Parent transition after discharge from the NICU. *Neonatal Network, 9*, 31-37.
- Koopma, C. (2002). Sleep disturbance in woman with metastatic breast cancer. *Breast Journal, 8*, 362-370.
- Landis, C. (2002). Sleep and methods of assessment. *Nursing Clinics of North America, 37*, 583-597
- Lombardo, M. C., & Wilson, L. M. (1997). Pain. In S. A. Price & L. M. Wilson (Eds.), *Pathophysiology: Clinical concepts of disease process* (5th ed., pp. 818-848). St. Louis, MO: Mosby.
- Ludington-Hoe, S. M., & Golant, S. K. (1993). *Kangaroo care: The best you can do to help your preterm infant*. New York, NY: Bantam Books.

- McMillan, J. A., DeAngelis, C.D., Fiegin, R.D., & Warshow, J.B. (1999). *Oski's pediatrics*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Mahakit, P. (2005). *The comparative study of daytime and overnight polysomnography in high risk snorer*. Unpublished master's thesis, Chulalongkorn University, Thailand.
- Mark, M. G. (1998). *Introductory pediatric nursing* (5th ed). New York, NY: Lippincott.
- Masterton, J., Zucker, C., & Schulze, K. (1987). Prone and supine positioning effects on energy expenditure and behavior of low birth weight neonates. *Pediatrics*, 80, 689-692.
- McCain, G. C., Donovan, E. F., & Gardside, P. (1999). Preterm infants behavioral and heart rate responses to antenatal phenobarbital. *Research in Nursing & Health*, 22, 461-470.
- Miles, S. B., Cummings, J., & James, A. (2006). *Premature babies*. Retrieved November 24, 2009, from <http://sboutkidshealth.ca/PrematureBabies/>
- Peinjing, K. (2006). *Effect of multimodalities sensory stimulation program on the body weight and sleeping period of premature infants*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Philbin, M. K. (2000). The full-term and premature newborn: The influence of auditory Experience on the behavior of premature newborn. *Journal of Perinatology*, 20, s77-s87.
- Pillitteri, A. (1999). *Child health nursing care of the child and family*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Punthmatharith, B. (2001). *Randomization controlled trial of early kangaroo (skin-to-skin) care: Effect on maternal feelings, maternal-infant interaction and breastfeeding success in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, USA.
- Renaud, M. D., DePaul, D., Blackburn, S. T., & Thomas, K. A. (1996). Neonatal outcome in a modified NICU environment. *Neonatal Network*, 15, 69.
- Scheldon, S. H. (2002). Sleep in infants and children. In T. L. Lee-Chiong, M. J. Sateia, & M. A. Carskadon, (Eds.), *Sleep medicine* (pp. 99-103). Philadelphia, PA: Hanley Belfus.
- Subongkosh, N. (2003). *A survey of sleep quality in adult*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.
- Sudsaneha, S. (2005). *Effect of quiet time implementation on sleep-wake states of premature infants in the neonatal intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Thailand.

- Thomas, K. A. (1989). How the NICU environment sounds to a preterm infant. *American Journal of Maternal Child Nursing, 14*, 249-251.
- Thomas, K. A. (1995). Biorythms in infants and role of the care environment. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 9*, 61-75.
- Williamson, S. N. (2002). Sleep deprivation in patient in critical care unit. *Nurse Journal India, 93*, 267-270.
- Zahr, L. K., & Balian, S. (1995). Responses of premature infants to routine nursing intervention and noise in the NICU. *Nursing Research, 44*, 179-184.
- Zahr, L. K., & deTraversay, J. (1995). Premature infant responses to noise reduction by earmuffs: Effect on behavioral and physiologic measures. *Journal of Perinatology, 15*, 448-455.
- Zimbardo, P. G., Ebbeson, B., & Maslash, C. (1997). *Influencing attitudes and changing behavior*. Boston, MA: Addison Wesley.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม

เรื่อง คุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 17 ข้อ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 19 ข้อ

ประกอบด้วย ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ จำนวน 4 ข้อ และด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อน

กำหนด จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการจัดการต่อทารก จำนวน 13 ข้อ และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 17 ข้อ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยในครั้งนี้

แบบสอบถาม

แบบสอบถามเลขที่.....วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

คำแนะนำ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ความสัมพันธ์ของท่านกับทารกเกิดก่อนกำหนด

- () บิดา () มารดา
() พี่เลี้ยงเด็ก () ญาติ ระบุ.....

2. เพศ

- () ชาย () หญิง

3. ศาสนา

- () พุทธ () อิสลาม
() คริสต์ () อื่นๆ

4. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

5. สถานภาพสมรส

- () โสด () คู่
() หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่

6. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา ระบุ.....
() มัธยมศึกษา ระบุ..... () อาชีวศึกษา/อนุปริญญา ระบุ.....
() ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....

7. อาชีพในปัจจุบัน

- () แม่บ้าน () รับจ้าง ระบุ.....
() เกษตรกรรม ระบุ..... () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุ.....
() ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวระบุ.....
() อื่นๆระบุ.....

8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
- () ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท () 5,001-10,000 บาท
- () 10,001-15,000 บาท () 15,001-20,000 บาท
- () 20,001-25,000 บาท () มากกว่า 25,000 บาท
9. ภาระหนี้สินของครอบครัว
- () มี () ไม่มี
10. ลักษณะครอบครัว
- () ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก
- () ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ
11. สถานภาพของท่านในครอบครัว
- () หัวหน้าครอบครัว () สมาชิกในครอบครัว
- () อื่นๆ ระบุ.....
12. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งหมดคน
13. ลักษณะที่ตั้งของบ้าน
- () ชุมชนเมือง () ชุมชนแออัด
- () ชุมชนชนบท
14. โรคประจำตัวของผู้ดูแล
- () มี () ไม่มี
15. จำนวนทารกหรือเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบ (ไม่รวมทารกเกิดก่อนกำหนด).....คน
- คนที่ 1 อายุ.....ปี.....เดือน
- คนที่ 2 อายุ.....ปี.....เดือน
- คนที่ 3 อายุ.....ปี.....เดือน
- คนที่ 4 อายุ.....ปี.....เดือน
16. ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () ญาติ จำนวน.....คน () เพื่อน จำนวน.....คน
- () อื่นๆ ระบุ.....
17. ประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
- () ไม่มี
- () มี จำนวน.....คน ระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทารกเกิดก่อนกำหนด

คำแนะนำ โปรดเติมคำในช่องว่างหรือเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุครรภ์แรกเกิด.....สัปดาห์

- นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย.....สัปดาห์

- จากการตรวจของแพทย์โดยใช้ค่าคะแนนของบาลาร์ด.....สัปดาห์

3. น้ำหนักแรกเกิด..... กรัม

4. อายุของทารกปัจจุบัน.....เดือน.....วัน

5. น้ำหนักปัจจุบัน.....กรัม

6. ทารกนอนหลับกลางคืนประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที

7. ทารกนอนหลับกลางวันประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที

8. โดยรวมหลับประมาณ.....ชั่วโมง.....นาที

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

คำชี้แจง ผู้อ่านแบบสอบถามนี้ โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือของท่าน แล้วพิจารณาว่าข้อความใด ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด จากนั้นทำเครื่องหมาย (✓) ตรงช่องที่ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมากที่สุด
เป็นความจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงมาก
เป็นความจริงเพียงครั้งหนึ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเพียงครั้งหนึ่ง
เป็นความจริงเพียงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความจริงเพียงเล็กน้อย
ไม่เป็นความจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เป็นความจริงเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงมาก	เป็นความจริงเพียงครั้งหนึ่ง	เป็นความจริงเพียงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1. ในแต่ละวันทารกจะหลับเป็นส่วนใหญ่	✓				

คำตอบดังกล่าวแสดงว่า ในแต่ละวันทารกจะหลับมากกว่าตื่นซึ่งเป็นความจริงมากที่สุด

แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงมาก	เป็นความจริงเพียงครึ่งหนึ่ง	เป็นความจริงเพียงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงปริมาณ</u>					
1. ในแต่ละวันทารกจะหลับเป็นส่วนใหญ่					
2. ทารกจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นนอนจนเริ่มหลับประมาณ 10 นาที					
.					
.					
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพ</u>					
5. ขณะหลับทารกจะหลับตาสนิท มีการขยับใบหน้าและร่างกาย น้อยมาก					
.					
.					
19. เมื่อพูดคุย เล่นกับทารก ทารก จะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ ร้องไห้แง หรือแสดงความไม่ สุกสบาย					

* ข้อความทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด คำชี้แจง ผู้อ่านแบบสอบถามนี้ โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือของท่าน แล้วพิจารณาว่าข้อความใด ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด จากนั้นทำเครื่องหมาย (✓) ตรงช่องที่ตรงกับความเป็นจริงให้มากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความเป็นประจำทุกครั้งที่
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นปานกลาง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1. ท่านดูแลให้ทารกคุณนอนก่อนนอน	✓				

คำตอบดังกล่าวแสดงว่า ท่านดูแลให้ทารกคุณนอนก่อนนอนเป็นประจำทุกครั้งที่

แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับในทารกเกิดก่อนกำหนด

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
<u>ด้านการจัดการต่อทารก</u>					
1. ท่านดูแลให้ทารกคุณนมจนอิ่มก่อนนอน					
2. เมื่อทารกนอนหลับท่านจัดให้ทารกนอนในท่านอนหงาย					
.					
.					
.					
<u>ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม</u>					
14. ท่านเปิดเสียงดนตรีเบาๆ เช่น เพลงกล่อมเด็ก เพลงบรรเลงที่มีจังหวะช้า นุ่มนวล ให้ทารกฟังก่อนนอน					
.					
.					
.					
30. ท่านป้อนนมหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมทารกในเวลากลางคืนอย่างนุ่มนวล โดยเปิดไฟสลัวพอมองเห็น					

ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัย: นางสาวอัสลี แสงอารี นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร 0850797899

ข้าพเจ้า.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย) ตกลงใจที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและยินยอมให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้า เข้าร่วมในการทำวิจัยที่ทำโดย นางสาวอัสลี แสงอารี นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี ผศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเหตุผลในการทำวิจัยนี้เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด ผลการศึกษาจะนำมาใช้เป็นแนวทางการในให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ทารกมีระยะเวลาการนอนหลับที่ยาวนานและมีคุณภาพ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว

ถ้าข้าพเจ้าและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยและเซ็นชื่อเป็นหลักฐานในใบยินยอมอาสาสมัครแล้ว ข้าพเจ้าจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ซึ่งใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 30 นาที ข้าพเจ้าได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และขอเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลและคำตอบของข้าพเจ้าจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถามข้อสงสัย ปฏิเสธข้อซักถาม และถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ข้าพเจ้าต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของทารกที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม ในระหว่างที่ทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การดูแลทารก และหากข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถาม หรือทารกที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ข้าพเจ้าสามารถพักได้ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผลประโยชน์จากการวิจัยอาจมีผลต่อผู้ดูแลและทารกคนอื่นๆรวมทั้งข้าพเจ้าและทารกเกิดก่อนกำหนดที่อยู่ในความดูแลของข้าพเจ้า ถ้าข้าพเจ้ามีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถถาม นางสาวอัสลี แสงอารี ที่เบอร์ 0850797899

ลายเซ็นของผู้เข้าร่วมวิจัย.....
วัน/เดือน/ปี.....

ลายเซ็นของผู้วิจัย.....
วัน/เดือน/ปี.....

ภาคผนวก ก
ผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตาราง ค 1 จำนวนและร้อยละของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายชื่อ

ตาราง ค 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่งและระดับของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายชื่อ

ตาราง ค 3 จำนวนและร้อยละของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยจำแนกตามรายชื่อ

ตาราง ค 4 ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่งและระดับของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายชื่อ

ตาราง ค 5 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ตาราง ค 6 จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด

ตาราง ค 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด จำแนกรายด้านและโดยรวม

ตาราง ค 1

จำนวนและร้อยละของคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายชื่อ
(N=300)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เป็นความ จริงมาก ที่สุด 5	เป็นความ จริงมาก 4	เป็นความ จริงเพียง ครึ่งหนึ่ง 3	เป็นความ จริงเพียง เล็กน้อย 2	ไม่เป็น ความจริง เลย 1
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับ</u>					
<u>เชิงปริมาณ</u>					
1. ในแต่ละวันทารกมักหลับ เป็นส่วนใหญ่	128(42.7)	135(45.0)	36(12.0)	1(0.3)	0(0.0)
2. ทารกจะใช้ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มนอนจนกระทั่ง หลับประมาณ 10 นาที	76(25.3)	130(43.3)	71(23.7)	17(5.7)	6(2.0)
3. ทารกจะใช้เวลาในการ นอนหลับมากกว่า 17 ชั่วโมงต่อวัน	112(37.3)	134(44.7)	52(17.3)	2(0.7)	0(0.0)
4. ในแต่ละครั้งทารกจะนอน หลับมากกว่า ½ ชั่วโมง	118(39.3)	159(53.0)	22(7.4)	0(0.0)	1(0.3)
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับ</u>					
<u>เชิงคุณภาพ</u>					
5. ขณะหลับทารกจะหลับตา สนิท มีการขยับใบหน้าและ ร่างกาย น้อยมาก	52(17.3)	103(34.4)	73(24.3)	58(19.3)	14(4.7)

* ข้อความทางลบ

ตาราง ค 1 (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เป็นความ	เป็นความ	เป็นความ	เป็นความ	ไม่เป็น
	จริงมาก ที่สุด	จริงมาก	จริงเพียง ครั้งหนึ่ง	จริงเพียง เล็กน้อย	ความจริง เลย
	5	4	3	2	1
6. ขณะหลับทารกจะมีการ เคลื่อนไหวแขนขาเป็น บางครั้ง	71(23.7)	141(47.0)	65(21.7)	22(7.3)	1(0.3)
7. ขณะหลับทารกจะมีการ ขยับปากหรือทำหน้าย่นหรือ ยิ้ม ดูปาก เป็นบางครั้ง	61(20.3)	151(50.4)	72(24.0)	15(5.0)	1(0.3)
8. ขณะนอนหลับทารก มักจะมีอาการสะดุ้ง หรือ ผวาเป็นบางครั้ง	50(16.7)	124(41.3)	87(29.0)	37(12.3)	2(0.7)
*9. เมื่อตื่นนอนทารกมัก ร้องไห้แฉะ	26(8.7)	95(31.6)	102(34.0)	48(16.0)	29(9.7)
10. เมื่อตื่นนอนทารกมักสด ชื่น ร่าเริง	34(11.3)	130(43.4)	106(35.3)	28(9.3)	2(0.7)
*11. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ จับถ่ายหรือเปียกชื้น	82(27.3)	138(46.0)	53(17.7)	23(7.7)	4(1.3)
*12. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ เปิดไฟสว่าง	19(6.3)	63(21.0)	83(27.7)	98(32.7)	37(12.3)
*13. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ หิว	140(46.7)	127(42.3)	28(9.3)	5(1.7)	0(0.0)
*14. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ มีเสียงดังรอบกวน	53(17.7)	98(32.6)	86(28.7)	52(17.3)	11(3.7)

* ข้อความทางลบ

ตาราง ค 1 (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เป็นความ	เป็นความ	เป็นความ	เป็นความ	ไม่เป็น
	จริงมาก ที่สุด	จริงมาก	จริงเพียง ครั้งหนึ่ง	จริงเพียง เล็กน้อย	ความจริง เลย
	5	4	3	2	1
*15. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ อากาศร้อนหรือเย็นมาก เกินไป	43(14.3)	112(37.3)	80(26.7)	54(18.0)	11(3.7)
16. ขณะอาบน้ำ ทารกจะ แสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้แง หรือแสดง ความไม่สุขสบาย	85(28.3)	113(37.7)	68(22.7)	25(8.3)	9(3.0)
17. ขณะเช็ดตัว ทารกจะ แสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้แง หรือแสดง ความไม่สุขสบาย	81(27.0)	130(43.3)	62(20.7)	21(7.0)	6(2.0)
18. ขณะ เปลี่ยนเสื้อผ้าทารก จะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้แง หรือ แสดงความไม่สุขสบาย	67(22.3)	133(44.3)	74(24.7)	21(7.0)	5(1.7)
19. เมื่อพูดคุย เล่นกับทารก ทารกจะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้แง หรือ แสดงความไม่สุขสบาย	117(39.0)	133(44.3)	33(11.0)	12(4.0)	5(1.7)

* ข้อความทางลบ

ตาราง ค 2

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่งและระดับของ
คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายช้อ (N=300)

คุณภาพการนอนหลับ	M	SD	Md	QD	Skewness	Kurtosis	ระดับ**
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับ</u>							
<u>เชิงปริมาณ</u>							
1. ในแต่ละวันทารกมักหลับ เป็นส่วนใหญ่	4.30	0.68	4.00	0.50	-3.75	-1.90	
2. ทารกจะใช้ระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มนอนจนกระทั่งหลับ ประมาณไม่เกิน 10 นาที	3.84	0.93	4.00	1.00	-4.92	1.27	
3. ทารกจะใช้เวลาในการนอน หลับมากกว่า 17 ชั่วโมงต่อวัน	4.18	0.73	4.00	0.50	-2.90	-2.54	สูง
4. ในแต่ละครั้งทารกจะนอน หลับมากกว่า ½ ชั่วโมง	4.31	0.63	4.00	0.50	-4.84	5.23	
<u>ด้านคุณภาพการนอนหลับ</u>							
<u>เชิงคุณภาพ</u>							
5. ขณะหลับทารกจะหลับตา สนิท มีการเคลื่อนไหวของ ใบหน้าและร่างกาย น้อยมาก	3.40	1.12	4.00	0.50	-2.12	-2.76	ปานกลาง
6. ขณะหลับทารกจะมีการ เคลื่อนไหวแขนขา เป็น บางครั้ง	3.86	0.87	4.00	0.50	-3.70	-0.55	
7. ขณะหลับทารกจะมีการ ขยับปากหรือทำหน้าย่นหรือ ยิ้ม	3.85	0.80	4.00	0.50	-3.20	0.20	

* ข้อความทางลบ

** การแปลผลระดับของคุณภาพการนอนหลับใช้ค่าเฉลี่ย (M)

ตาราง ค 2 (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ**
8. ขณะนอนหลับทารกมักมี อาการสะดุ้งหรือผวาเป็น บางครั้ง	3.61	0.92	4.00	0.50	-2.03	-1.88	ปานกลาง
*9. เมื่อตื่นนอนทารกมัก ร้องไห้แง	3.15	1.09	3.00	1.00	-2.55	-1.94	ปานกลาง
10. เมื่อตื่นนอนทารกมัก สดชื่น ร่าเริง	3.55	0.83	4.00	0.50	-1.68	0.65	ปานกลาง
*11. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ จับถ่ายหรือเปียกชื้น	2.09	0.93	2.00	1.00	5.51	1.08	
*12. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ ปานกลางเปิดไฟสว่าง	3.23	1.10	3.00	1.00	-1.51	2.66	ปานกลาง
*13. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ หิว	1.66	0.71	2.00	0.50	6.25	1.61	
*14. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อมี เสียงดังรบกวน	2.56	1.08	2.00	0.50	1.82	-2.45	ปานกลาง
*15. ทารกมักตื่นบ่อยขึ้นเมื่อ อากาศร้อนหรือเย็นมาก เกินไป	2.59	1.05	2.00	0.50	2.27	-2.19	ปานกลาง
16. ขณะอาบน้ำ ทารกจะ แสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ ร้องไห้แง หรือแสดงความ ไม่สบาย	3.80	1.03	4.00	1.00	-4.92	-1.06	

* ข้อความทางลบ

** การแปลผลระดับของคุณภาพการนอนหลับใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 2 (ต่อ)

คุณภาพการนอนหลับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ**
17. ขณะเข้ดตัว ทารกจะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้ งอแง หรือแสดงความไม่สุขสบาย	3.86	0.95	4.00	1.00	-5.33	1.04	
18. ขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า ทารกจะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้ งอแง หรือแสดงความไม่สุขสบาย	3.78	0.92	4.00	0.50	-4.30	0.60	
19. เมื่อพูดคุย เล่นกับทารก ทารกจะแสดงท่าทางสดชื่น ร่าเริง ไม่ร้องไห้ งอแง หรือแสดงความไม่สุขสบาย	4.15	0.88	4.00	0.50	-8.64	6.08	

* ข้อความทางลบ

** การแปลผลระดับของคุณภาพการนอนหลับใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 3

จำนวนและร้อยละของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยจำแนกตามรายข้อ (N=300)

การจัดการของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	5	4	3	2	1
<u>ด้านการจัดการต่อทารก</u>					
1. ท่านดูแลให้ทารกคุณนม จนอิ่มก่อนนอน	181(60.3)	115(38.4)	4(1.3)	0(0.0)	0(0.0)
2. เมื่อทารกนอนหลับท่าน จัดให้ทารกนอนในท่า นอนหงาย	92(30.7)	111(37.0)	74(24.6)	23(7.7)	0(0.0)
3. ท่านอุ้มทารกที่ใส่ เฉพาะ ผ้าอ้อมให้นอนบน อกเปลือยของท่าน (การ ดูแลแบบแกงการู)	13(4.3)	32(10.7)	48(16.0)	48(16.0)	159(53.0)
4. ท่านห่อตัวทารกขณะ ทารกนอนหลับ	108(36.0)	111(37.0)	58(19.3)	18(6.0)	5(1.7)
5. ท่านนวดสัมผัสทารก ก่อนนอน	49(16.3)	98(32.7)	81(27.0)	59(19.7)	13(4.3)
6. ท่านอาบน้ำอุ่นให้ ทารกก่อนนอนในเวลา กลางวัน	154(51.3)	75(25.0)	30(10.0)	26(8.7)	15(5.0)
7. เมื่อทารกแสดงอาการ ง่วงนอน ท่านจะนำทารก เข้านอนทันที	121(40.3)	133(44.4)	36(12.0)	7(2.3)	3(1.0)

ตาราง ค 3 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	5	4	3	2	1
8. ท่านให้ทารกสวมชุดนอนที่หนาอบอุ่น สวมใส่ได้พอดี ไม่คับ	155(51.7)	114(38.0)	24(8.0)	4(1.3)	3(1.0)
9. ช่วงเวลากลางคืนหรือก่อนเข้านอน ท่านลดกิจกรรมการเล่นของทารก เช่น ไม่เล่นของเล่นที่มีเสียงดังหรือพุดคุย หยอกล้อกับทารก	76(25.3)	132(44.0)	66(22.0)	19(6.4)	7(2.3)
10. ถ้าทารกตื่นหรือร้องไห้กลางดึก ท่านจะไม่อุ้มทารกทันทีแต่จะสังเกตทารกห่างๆก่อน	50(16.7)	105(35.0)	89(29.7)	37(12.3)	19(6.3)
11. ถ้าทารกร้องไห้ไม่หยุด ท่านจะตรวจสอบว่าทารกหิวหรือไม่	182(60.7)	102(34.0)	11(3.7)	4(1.3)	1(0.3)
12. ถ้าทารกร้องไห้ไม่หยุด ท่านจะตรวจสอบว่าทารกปัสสาวะ/อุจจาระหรือไม่	193(64.3)	100(33.3)	5(1.7)	2(0.7)	0(0.0)

ตาราง ค 3 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	5	4	3	2	1
13. ถ้าทารกร้องไห้ไม่ หยุด ท่านจะตรวจสอบว่า ทารกไม่สุขสบายหรือไม่ <u>ด้านการจัดการ</u> <u>สิ่งแวดล้อม</u>	192(64.0)	98(32.7)	8(2.6)	2(0.7)	0(0.0)
14. ท่านเปิดเสียงดนตรี เบาๆ เช่น เพลงกล่อมเด็ก เพลงบรรเลงที่มีจังหวะช้า นุ่มนวล ให้ทารกฟังก่อน นอน	37(12.3)	77(25.7)	66(22.0)	70(23.3)	50(16.7)
15. ท่านดูแลให้ทารกนอน ในห้องที่มีอากาศ พอเหมาะ ไม่ร้อน/ไม่เย็น จนเกินไป	189(63.0)	86(28.7)	24(8.0)	1(0.3)	0(0.0)
16. ท่านดูแลให้ทารกนอน ในห้องนอนที่มีอากาศ ถ่ายเทสะดวก	190(63.3)	102(34.0)	8(2.7)	0(0.0)	0(0.0)
17. ท่านดูแลให้ทารกนอน ในห้องนอนที่ไม่มีกลิ่น อับชื้น	176(58.7)	112(37.3)	11(3.7)	1(0.3)	0(0.0)
18. ท่านปิดไฟหรือเปิดไฟ สลัวๆเมื่อทารกนอนหลับ	106(35.3)	106(35.3)	58(19.4)	28(9.3)	2(0.7)

ตาราง ค 3 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	5	4	3	2	1
19. ท่านปิดเสียงโทรทัศน์ หรือวิทยุ บริเวณใกล้เตียง กับที่ทารกนอนหลับ	86(28.7)	129(43.0)	74(24.7)	10(3.3)	1(0.3)
20. ท่านไม่พูดคุยหรือพูด เบาๆบริเวณที่ทารกนอน หลับ	77(25.7)	139(46.3)	71(23.7)	13(4.3)	0(0.0)
21. เมื่อทารกนอนหลับ ท่านจะไม่รบกวนทารก จนกว่าทารกตื่น	141(47.0)	96(32.0)	47(15.7)	12(4.0)	4(1.3)
22. ท่านจัดให้ทารกนอน ในเวลากลางวันน้อยกว่า กลางคืน	43(14.3)	98(32.7)	83(27.7)	47(15.6)	29(9.7)
23. ท่านจัดให้ทารกนอน บนที่นอนที่สะอาด	214(71.3)	80(26.7)	6(2.0)	0(0.0)	0(0.0)
24. ท่านจัดให้ทารกนอน บนที่นอนที่ อ่อนนุ่มพอดี กับทารก	232(77.3)	61(20.4)	7(2.3)	0(0.0)	0(0.0)
25. ท่านไม่ทำกิจกรรม ต่างๆบริเวณที่ทารกนอน หลับ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟัง เพลง หรือทำงาน	97(32.3)	101(33.7)	70(23.3)	22(7.4)	10(3.3)

ตาราง ค 3 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ ปานกลาง	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
	5	4	3	2	1
26. ท่านจัดให้ทารกนอน ในห้องที่มีแสงสว่าง เพียงพอในเวลากลางวัน	192(64.0)	76(25.3)	22(7.4)	10(3.3)	0(0.0)
27. ท่านวางทารกบนที่ นอนก่อนที่ทารกจะหลับ เพื่อให้ทารกคุ้นเคยกับที่ นอนและสถานที่	97(32.3)	107(35.7)	62(20.7)	28(9.3)	6(2.0)
28. ถ้าทารกตื่นหรือ ร้องไห้กลางดึก ท่านจะไม่ รีบเปิดไฟทันที แต่จะ สังเกตทารกห่างๆก่อน	93(31.0)	95(31.7)	55(18.3)	28(9.3)	29(9.7)
29. ท่านป้อนนมหรือ เปลี่ยนผ้าอ้อมทารกใน เวลากลางคืนอย่างนุ่มนวล โดยระมัดระวังไม่ให้ มีเสียงดัง	149(49.7)	122(40.6)	23(7.7)	6(2.0)	0(0.0)
30. ท่านป้อนนมหรือ เปลี่ยนผ้าอ้อมทารกใน เวลากลางคืนอย่างนุ่มนวล โดยเปิดไฟสลัว พอมองเห็น	151(50.3)	74(24.7)	51(17.0)	15(5.0)	9(3.0)

ตาราง ค 4

ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับของการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยจำแนกตามรายข้อ (N=300)

การจัดการของผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ*
<u>ด้านการจัดการต่อทารก</u>							
1. ท่านดูแลให้ทารกคุณมจน อิมก่อนนอน	4.59	0.51	5.00	0.50	-4.64	-3.32	
2. เมื่อทารกนอนหลับ ท่านจัด ให้ทารกนอนในท่านอนหงาย	3.90	0.92	4.00	1.00	-2.85	-2.70	สูง
3. ท่านอุ้มทารกที่ใส่เฉพาะ ผ้าอ้อมให้นอนบนอกเปลือย ของท่าน (การดูแลแบบแกง การู)	1.97	1.22	1.00	1.00	6.84	-1.06	
4. ท่านห่อตัวทารกขณะทารก นอนหลับ	3.99	0.97	4.00	1.00	-5.86	0.81	
5. ท่านนวดสัมผัสทารกก่อน นอน	3.37	1.10	3.00	0.50	-1.63	2.74	ปานกลาง
6. ท่านอาบน้ำอุ่นให้ทารก ก่อนนอนในเวลากลางวัน	4.09	1.18	5.00	0.50	-8.63	1.56	
7. เมื่อทารกแสดงอาการง่วง นอน ท่านจะนำทารกเข้านอน ทันที	4.20	0.81	4.00	0.50	-7.82	5.84	
8. ท่านให้ทารกสวมชุดนอนที่ หนาอบอุ่น สวมใส่ได้พอดี ไม่คับ	4.38	0.77	5.00	0.50	-10.44	10.71	

* การแปลผลระดับการจัดการของผู้ดูแลใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 4 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ*
9. ช่วงเวลากลางคืนหรือก่อน เข้านอน ท่านลดกิจกรรมการ เล่นของทารกเช่น ไม่เล่นของ เล่นที่มีเสียงดังหรือพูดคุย หยอกล้อกับทารก	3.83	0.95	4.00	1.00	-5.36	1.46	
10. ถ้าทารกตื่นหรือร้องไห้ กลางดึก ท่านจะไม่อุ้มทารก ทันที แต่จะสังเกตทารกห่างๆ ก่อน	3.43	1.09	4.00	0.50	-3.20	-1.34	
11. ถ้าทารกร้องไห้ไม่หยุด ท่านจะตรวจสอบว่า ทารกหิว หรือไม่	4.53	0.66	5.00	0.50	-11.78	13.80	
12. ถ้าทารกร้องไห้ไม่หยุด ท่านจะตรวจสอบว่าทารก ปัสสาวะ/อุจจาระหรือไม่	4.61	0.55	5.00	0.50	-9.41	7.43	
13. ถ้าทารกร้องไห้ไม่หยุด ท่านจะตรวจสอบว่าทารก ไม่สุขสบายหรือไม่ <u>ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม</u>	4.60	0.57	5.00	0.50	-9.48	6.74	
14. ท่านเปิดเสียงดนตรีเบาๆ เช่น เพลงกล่อมเด็กเพลง บรรเลงที่มีจังหวะช้า นุ่มนวล ให้ทารกฟังก่อนนอน	2.93	1.28	3.00	1.00	-0.03	-3.98	

* การแปลผลระดับการจัดการของผู้ดูแลใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 4 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ*
15. ท่านดูแลให้ทารกนอนในห้องที่มีอากาศพอเหมาะ ไม่ร้อน/ไม่เย็นจนเกินไป	4.54	0.65	5.00	0.50	-8.52	1.96	
16. ท่านดูแลให้ทารกนอนในห้องนอนที่มีอากาศถ่ายเท สะดวก	4.60	0.54	5.00	0.50	-6.68	-0.64	
17. ท่านดูแลให้ทารกนอนในห้องนอนที่ไม่มีกลิ่นอับชื้น	4.54	0.58	5.00	0.50	-6.91	1.80	
18. ท่านปิดไฟหรือเปิดไฟ สลัวๆเมื่อทารกนอนหลับ	3.95	0.99	4.00	1.00	-4.63	-1.51	
19. ท่านปิดเสียงโทรทัศน์หรือ วิทยุ บริเวณใกล้เคียงกับที่ ทารกนอนหลับ	3.96	0.83	4.00	1.00	-2.95	-1.08	สูง
20. ท่านไม่พูดคุยหรือพูดเบาๆ บริเวณที่ทารกนอนหลับ	3.93	0.81	4.00	1.00	-2.56	-1.56	สูง
21. เมื่อทารกนอนหลับ ท่าน จะไม่รบกวนทารกจนกว่า ทารกตื่น	4.19	0.93	4.00	0.50	-7.72	2.76	
22. ท่านจัดให้ทารกนอนใน เวลากลางวันน้อยกว่ากลางคืน	3.26	1.17	3.00	1.00	-2.48	-2.46	ปานกลาง
23. ท่านจัดให้ทารกนอนบนที่ นอนที่สะอาด	4.69	0.50	5.00	0.50	-9.28	2.39	
24. ท่านจัดให้ทารกนอนบนที่ นอนที่ อ่อนนุ่มพอดีกับทารก	4.75	0.48	5.00	0.00	-12.50	8.10	

* การแปลผลระดับการจัดการของผู้ดูแลใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 4 (ต่อ)

การจัดการของผู้ดูแล	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	ระดับ*
25. ท่านไม่ทำกิจกรรมต่างๆ บริเวณที่ทารกนอนหลับ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือ ทำงาน	3.84	1.06	4.00	1.00	-5.15	-0.14	
26. ท่านวางทารกบนที่นอน ก่อนที่ทารกจะหลับเพื่อให้ ทารกคุ้นเคยกับที่นอนและ สถานที่	3.87	1.03	4.00	1.00	-4.86	-0.77	
27. ท่านจัดให้ทารกนอนใน ห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอใน	4.50	0.77	5.00	0.50	-11.13	6.79	
28. ถ้าทารกตื่นหรือร้องไห้ เวลากลางวันกลางดึก ท่านจะ ไม่รีบเปิดไฟ ทันที แต่จะ สังเกตทารกห่างๆ ก่อน	3.65	1.27	4.00	1.00	-5.18	-1.71	
29. ท่านป้อนนมหรือเปลี่ยน ผ้าอ้อมทารกในเวลากลางคืน อย่างนุ่มนวลโดยระมัดระวัง ไม่ให้มีเสียงดัง	4.38	0.71	4.00	0.50	-7.36	3.20	
30. ท่านป้อนนมหรือเปลี่ยน ผ้าอ้อมทารกในเวลากลางคืน อย่างนุ่มนวลโดยเปิดไฟสลัว พอมองเห็น	4.14	1.06	5.00	1.00	-8.16	2.26	

* การแปลผลระดับของการจัดการของผู้ดูแลใช้ค่าเฉลี่ย (*M*)

ตาราง ค 5

จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับคุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด (N=300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพการนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด		χ^2	p
	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ลักษณะที่ตั้งของบ้าน			1.489	.222
ชุมชนเมือง/ชุมชนแออัด	45(62.2)	21(31.8)		
ชุมชนชนบท	177(75.6)	57(24.4)		
จำนวนทารกที่อยู่ในความดูแล			.630	.730
ไม่มี	113(75.8)	36(24.2)		
1-2 คน	98(72.6)	37(27.4)		
3คนขึ้นไป	11(68.8)	5(31.3)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			.024	.878
1-5 คน	123(73.7)	44(26.3)		
5 คนขึ้นไป	99(34)	34(25.6)		

ตาราง ค 6

จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด (N=300)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด		χ^2	p
	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ผู้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด				
ความสัมพันธ์กับทารกเกิดก่อนกำหนด*				
บิดา-มารดา	27(9.5)	258(90.5)	.000	1.000
ญาติ-พี่เลี้ยงเด็ก	1(6.7)	14(93.3)		
เพศ*				
ชาย	4(26.7)	11(73.3)	3.657	.056
หญิง	24(8.4)	261(91.6)		
ศาสนา				
พุทธ	14(8.5)	150(91.5)	.271	.602
อิสลาม-คริสต์	14(10.3)	122(89.7)		
สถานภาพสมรส*				
โสด หม้าย หย่า	1(8.3)	11(91.7)	.000	1.000
แยกกันอยู่				
คู่	27(9.4)	261(90.6)		

* Yates' Correction Chi-square (Continuity Correction)

** Fisher's Exact Test

ตาราง ค 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริม การนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด		χ^2	p
	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ระดับการศึกษา			.755	.686
ไม่ได้รับการศึกษา/ ประถมศึกษา	8(10.4)	69(89.6)		
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา/ อนุปริญญา	15(8.2)	167(91.8)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า ปริญญาตรี	5(12.2)	36(87.8)		
อาชีพ			2.175	.337
แม่บ้าน	15(8.8)	156(91.2)		
รับจ้าง/เกษตรกรกรรม	6(7.3)	76(92.7)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7(14.9)	40(85.1)		
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) **			3.495	.321
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000	9(15.0)	51(85.0)		
5,001-10,000	9(11.8)	117(92.9)		
10,001-15,000	7(10.3)	61(89.7)		
15,001 ขึ้นไป	3(6.5)	43(93.5)		
ภาระหนี้สินของครอบครัว			.131	.717
มี	12(10.1)	107(89.9)		
ไม่มี	16(8.8)	165(91.2)		

* Yates' Correction Chi-square (Continuity Correction)

** Fisher's Exact Test

ตาราง ค 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริม การนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด		χ^2	<i>p</i>
	ปานกลาง	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ลักษณะครอบครัว			.402	.526
ครอบครัวเดี่ยว	10(8.1)	114(91.9)		
ครอบครัวขยาย	18(10.2)	158(89.8)		
สถานภาพในครอบครัว*			.000	1.000
หัวหน้าครอบครัว	1(6.7)	14(93.3)		
สมาชิกในครอบครัว	27(9.5)	258(90.5)		
ลักษณะที่ตั้งของบ้าน			.309	.578
ชุมชนเมือง/ชุมชนแออัด	5(7.6)	61(92.4)		
ชุมชนชนบท	23(9.8)	211(90.2)		
โรคประจำตัวของผู้ดูแล*			.008	.927
มี	2(13.3)	13(86.7)		
ไม่มี	26(9.1)	259(90.9)		
ผู้ให้ความช่วยเหลือในการ ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด*			.500	.489
มี	27(9.9)	246(90.1)		
ไม่มี	1(3.7)	26(96.3)		
ประสบการณ์การดูแลทารก เกิดก่อนกำหนด*			.000	1.000
มี	2(8.0)	23(92.0)		
ไม่มี	26(9.5)	249(90.5)		

* Yates' Correction Chi-square (Continuity Correction)

** Fisher's Exact Test

ตาราง ค 7

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและการจัดการของผู้ดูแลในการส่งเสริมการนอนหลับของทารก เกิดก่อนกำหนด จำแนกโดยรวมและรายด้าน

การจัดการของผู้ดูแล	คุณภาพการนอนหลับ		
	ด้านเชิงปริมาณ	ด้านเชิงคุณภาพ	โดยรวม
โดยรวม	.128*	.067	.105
ด้านทารก	.224**	.120*	.192**
ด้านสิ่งแวดล้อม	.013	.013	.016

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เกศรา เสนงาม
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ นาวัญ
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลหาดใหญ่

นางเฟื่องฟ้า ภูระรัักษ์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวอัศลิ แสงอารี	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5110420040	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2547

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลปัตตานี อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

อัศลิ แสงอารี, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, และรัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล. (26 พฤษภาคม 2554).

คุณภาพการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนดและการจัดการเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ
โดยผู้ดูแล. การประชุมวิชาการระดับชาติเครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ
ประจำปี 2554. สงขลา: เจ ปี.