การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สุเนตรา แก้ววิเชียร*
ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ**
วรรณี จันทร์มาศ**
สุกัญญา แสงตุ่น***
สุพัตรา ทาอ้อ***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด จำนวน 57 คน มารดาและทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด จำนวน 17 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลสำหรับพยาบาล มารดาและทารก การพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะพัฒนาตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยตาม "Spatz Model" ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัย ได้รูปแบบชื่อ QSNICH's Breastfeeding Model for Preterm Infants (QSNICH's BFMPI) ซึ่งพัฒนาตามวงจรคุณภาพ พบว่าภายหลังการอบรมพยาบาลมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) พยาบาลสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมได้ถูกต้องครบถ้วน นอกจากนี้มารดามีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และร้อยละ 76.5 ของมารดาที่ใช้รูปแบบสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายและหลังจำหน่าย 14 วัน เท่ากับ ร้อยละ 82.4

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมแม่เพิ่มขึ้นและควรสนับสนุนให้ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมมารดาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด, มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤต

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Corresponding author; E-mail: sunetrapicu1@gmail.com
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ APN สาขาการพยาบาลเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
Received: October 15, 2019/ Revised: November 04, 2019/ Accepted: November 16, 2019

The development of breastfeeding support model for premature infants with a high risk of having critical condition at Queen Sirikit National Institute of Child Health

Sunetra Kaewvichien*
Siriluck Thavonvattana**
Wannee Junmast**
Sukanya Sangtun***
Suputar Thaor***

Abstract

This research and development design was aimed to develop and to study the effectiveness of the breastfeeding support model at Queen Sirikit National Institute of Child Health. The purposive sample of 57 nurses and 17 mother-premature infant dyads participated in the study. The research instruments consisted of (1) breastfeeding support model for premature infants, and (2) instruments for data collection among nurses and mother - premature infant dyads groups. This study consisted of 3 phases and each phase utilized the continuous quality improvement cycle. Phase I: analyzing the situation and factor that influenced breastfeeding support to sick infants based on Spatz's model. Phase II: developing the breastfeeding support model for premature infants. Phase III: evaluating the effectiveness of the model. The data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The findings revealed that the model named QSNICH's Breastfeeding Model for Preterm Infants (QSNICH's BFMPI) was developed from the continuous quality improvement cycle. After participating in the program, there was statistically significant increase in the scores of nurses' knowledge, attitude, and nurses' satisfaction with the QSNICH's Breastfeeding Model ($p<.001$). Additionally, nurses could follow correctly and practice all steps of the model. Moreover, mother's attitude was statistically significant increase ($p<.001$). 76.5% of mothers with premature infants group were satisfaction with model in a very high level. The rates of receiving exclusive breastmilk at discharge and 14 days after discharge among the premature infants were 82.4%.

This study suggests that this model was effective to increase the receiving of breastmilk after birth among premature infants and should support breast feeding for premature infants continuously at home.

Keywords : model development, breastfeeding, premature infant, high risk of having critical condition

---

* Senior professional level, Deputy Director of Nursing, Queen Sirikit National Institute of Child Health
Corresponding author, E-mail: sunetrapicu1@gmail.com
** Senior professional level, APN (Pediatric Nursing), Queen Sirikit National Institute of Child Health
*** Professional level, Queen Sirikit National Institute of Child Health
Received: October 15, 2019/ Revised: November 04, 2019/ Accepted: November 16, 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกมีอัตราการเกิดร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี[1,2] ประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 พบสถิติสูงสุดประมาณร้อยละ 20 (เป้าหมายควรน้อยกว่าร้อยละ 7) โดยร้อยละ 1 เป็นทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม[3] จากสถิติทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปีงบประมาณ 2559-2561 พบร้อยละ 49.6, 44.6 และ 47 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด (Complication from preterm birth) เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) คิดเป็นร้อยละ 35[4]

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2560 รายงานว่า ทารกแรกเกิดมีอัตราตาย 6.7, 3.94 และ 3.51 คนต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน[3] สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้าย (Late onset sepsis: LOS) ร้อยละ 28.6 โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary Dysplasia: BPD) ร้อยละ 23 ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิด (Perinatal birth asphyxia) ร้อยละ 18 การเกิดโรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรง (Severe Retinopathy of Prematurity: severe ROP) ร้อยละ 10 และภาวะลำไส้เน่า (Necrotizing Enterocolitis: NEC) ร้อยละ 5 - 7 เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของทารกทำงานไม่สมบูรณ์ เช่น หัวใจ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทารกกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว[4] จากสถิติทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี 2559-2561 มีอัตราการได้รับนมแม่ เพียงร้อยละ 25.42-34.00 พบว่ายังมีอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย ซึ่งควรได้รับร้อยละ 50[5] และจากการที่ทารกไม่ได้รับนมแม่ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า น้ำนมแม่สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนด เช่น โรคจอประสาทตาผิดปกติชนิดรุนแรงร้อยละ 7.6 การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้ายร้อยละ 5 ภาวะลำไส้เน่าร้อยละ 4 และภาวะลำไส้เน่ารุนแรงร้อยละ 2[6] เนื่องจากในน้ำนมแม่มีสารต่อต้านการติดเชื้อหลายชนิด ได้แก่ อิมมูโนโกลบูลินเอ แลคโตเฟอริน ไซโตไคน์ โอลิโกแซกคาไลน์ และเม็ดเลือดขาว[7,8] องค์การอนามัยโลก มีนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกปกติทุกราย[9] แต่ยังไม่มีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวปฏิบัติจากประเทศที่ทำการศึกษาแล้ว คือ สหรัฐอเมริกา สวีเดน และเดนมาร์ก โดยผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบ “Spatz’s Ten Steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants” ของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่สร้างโดย Professor Dr. Diane Spatz ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนที่สุด[10-12] มีงานวิจัยรองรับทั้งทฤษฎีและประสิทธิผลของการนำไปใช้ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต[12-14] ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้กับทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

จากนโยบายการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข (Service plan) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์ให้รับผิดชอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยตัวชี้วัดที่สำคัญคือ การลดอัตราตายทารกแรกเกิด จากการทบทวนพบว่า นมแม่มีสารต่อ

ต้านการติดเชื้อที่สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจึงผลักดันและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 แต่เนื่องจากยังขาดความตระหนักและความต่อเนื่องในการปฏิบัติ โดยพบว่าอัตราการได้รับนมแม่ของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ในปี 2559-2561 เท่ากับ ร้อยละ 22.2, 57.3 และ 65.1 อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดในปี 2559-2561 เท่ากับ ร้อยละ 15.2, 15.6 และ 19.2 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานระดับนานาชาติ ซึ่งควรมากกว่าร้อยละ 80[5] ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญนี้จึงพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้วงจรปรับปรุงคุณภาพร่วมกับประยุกต์ใช้ “Spatz’s Model” การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย 2) พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด จากการวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมและ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ โดยประยุกต์ทฤษฎีระบบ ร่วมกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA)[15] ตามแนวคิดของเดมิ่ง (Deming Cycle) โดยมีปัจจัยนำเข้า (Input) คือ 1) ด้านพยาบาล 2) ด้านมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด และ 3) ด้านทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ซึ่งมีกระบวนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (Process) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วยตาม “Spatz’s Model” 2) พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตาม “Spatz’s Model” จากการวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวรรณกรรมและ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ (Output) คือ 1) รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2) ประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา มี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2) มารดาและทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 57 คน และ (2) มารดาและทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างวันที่ 5 สิงหาคมถึงวันที่ 30 กันยายน 2562 จำนวน 17 คู่ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าตัวอย่างแบบง่ายสำหรับค่าเฉลี่ยของ Lemeshow และคณะ[16] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ควรใช้ในการศึกษา n = 16.4 จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 17 คู่

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ใน 5 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยทารกครบกำหนด หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทารกแรกเกิด

2. มารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีความต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป คลอดธรรมชาติหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่และไม่ได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนม โดยทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดของมารดาแต่ละคนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้ง 5 หอผู้ป่วย ทารกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับนมแม่

เกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ (1) มารดามีข้อจำกัดไม่สามารถให้นมแม่แก่ทารกได้ ได้แก่ มารดาที่มีการติดเชื้อ HIV ติดสารเสพติด (แอมเฟตามีน ยาไอซ์ เฮโรอีน) รวมทั้งมารดาที่ได้รับยาที่ผ่านทางน้ำนมและมีผลต่อลูก (2) ทารกที่มีข้อจำกัดไม่สามารถรับนมแม่ได้ ได้แก่ ภาวะกาแลคโตซีเมีย (Galactosemia) (3) ทารกที่มีอาการรุนแรง Apgar score ≤ 5 คะแนนที่นาทีที่ 10 (4) ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด มีความผิดปกติทางพันธุกรรม เป็นโรคหัวใจชนิดเขียว และ (5) ทารกที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดูดกลืน คือ ปากแหว่ง เพดานโหว่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2) แผนการสอน เรื่อง การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 3) คู่มือบันได 10 ขั้นการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด และ 4) ภาพพลิกบันได 10 ขั้น เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด เครื่องมือทั้ง 4 ชุด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลสำหรับพยาบาล มี 4 ชุด สร้างโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (KR 20) เท่ากับ 0.99

2) แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด เป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (KR 20) เท่ากับ 0.97

3) แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติของ Iowa Infant Feeding Attitude Scale[17] ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.76

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะแบบลิเคิร์ท ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.96

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับมารดาและทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา

และทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด สร้างโดยผู้วิจัยและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบค่า CVI เท่ากับ 0.8-0.9

2) แบบสอบถามทัศนคติของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติของ Iowa Infant Feeding Attitude Scale[17] ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.88

3) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ท ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.83 โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน ระดับน้อย 5-10 คะแนน ระดับปานกลาง 11-15 คะแนน ระดับสูง 16-20 คะแนน และ ระดับสูงมาก 21-25 คะแนน

4) แบบบันทึกบันได 10 ขั้น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ใช้ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ REC-QSNICH Document 62-043 ได้รับอนุมัติ 30 เมษายน 2562 เพื่อดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการทำวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการทำวิจัย ตลอดจนอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษา และผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลในรูปผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยใช้วงจรการพัฒนาคุณภาพ ด้วยกระบวนการ Plan Do Check Act ในทุกระยะ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย เมื่อได้ประเด็นปัญหาและทบทวนวรรณกรรมแล้วผู้วิจัยร่างรูปแบบการพัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตาม “Spatz’s Model” นำผลการวิเคราะห์ปัญหามาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ จนได้รูปแบบ QSNICH’s Breastfeeding Model for Preterm Infants (QSNICH’s BFMPI)

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด พบปัญหาและนำมาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เริ่มจากการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาล ประเมินความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจ ก่อนหลังอบรม และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ ในส่วนมารดาทารกเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมการวิจัยจนจำหน่าย ประเมินติดตาม โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูลสำหรับมารดาและทารก โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจของมารดาโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสอบถามทัศนคติของมารดา เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ผลของการร่างรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ซึ่งพัฒนาตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย ประกอบด้วย

การวางแผน (Plan) 1) จัดตั้งคณะกรรมการการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ติดต่อและเชิญผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ เรื่องการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตามขั้นตอน (Do) ประชุมชี้แจง เสนอแนวคิด วางแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด

การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย ตาม “Spatz’s Model” ที่ใช้ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2661 พบว่า ปัจจัยด้านมารดา มารดากับบุตรต้องแยกจากกัน เนื่องจากมารดารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี ทำให้เกิดความล่าช้าและขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลแก่มารดาในการบริหารจัดการน้ำนม รวมทั้งมารดาบางรายขาดความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย มีปัญหาเรื่องอุปกรณ์การบีบเก็บน้ำนม และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับประโยชน์ของนมผสมว่าใกล้เคียงกับนมแม่

ส่วนปัจจัยด้านทารก พบว่าทารกมีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤต ถูกแยกจากมารดา อัตราการได้รับนมแม่ครั้งแรกช้าและอัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายน้อย จากสถิติปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมแม่ภายใน 2-4 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ 22.2, 57.3 และ 65.1 อัตราทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมแม่เมื่อจำหน่าย ปีงบประมาณ 2559-2561 ร้อยละ 15.2, 15.6 และ 19.2

ปัจจัยด้านพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดบางรายมีประสบการณ์น้อย บางรายไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องนมแม่ทั้งในเรื่องทฤษฎีและปฏิบัติตามแนวทาง “Spatz’s Model” มีทัศนคติเชิงลบต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เข้าใจว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ทำให้ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่มี

การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา (Act) นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำโครงร่างพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตาม “Spatz’s Model” นำผลการวิเคราะห์ปัญหามาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ ดังนี้

การวางแผน (Plan) ประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อกำหนดขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยกำหนดกลุ่มประชากร และกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การปฏิบัติตามขั้นตอน (Do) ดังนี้ ทีมผู้วิจัยทบทวนรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตาม “Spatz’s Model” การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดป่วย โดยใช้บันได 10 ขั้น (10 Step Breastfeeding Sick Babies) ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลนมแม่ในเด็กป่วย 2) การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมและดูแลให้มีน้ำนมอย่างต่อเนื่อง 3) การบริหารจัดการนมแม่ 4) การทำความสะอาดช่องปากด้วยนมแม่และการให้นมแม่แก่ทารก 5) การส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ 6) การให้ทารกดูดเต้าเปล่า 7) การเปลี่ยนผ่านสู่การให้นมจากเต้า 8)

การวัดปริมาณน้ำนมแม่ที่ทารกได้รับ 9) การเตรียมความพร้อมของมารดาและทารกก่อนกลับบ้าน และ 10) การติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่าย ปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบฯ ชื่อว่า QSNICH's Breastfeeding Model for Preterm Infants (QS-NICH's BFMPI) โดยผู้วิจัยตรวจสอบและสร้างเครื่องมือ (Check) ตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัย สร้างเครื่องมือตรวจสอบรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดในเรื่องความเชื่อมั่นและความตรงของเนื้อหา การตรวจสอบผลการดำเนินงาน โดยทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของรูปแบบและเครื่องมือประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การปรับแก้ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นดำเนินการ (Act) ขออนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือวิจัยกับพยาบาล มารดาและทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าความตรง ค่าความเชื่อมั่นและปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

สรุปผลการพัฒนาได้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติตามรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินการ คือ แผนการสอนเรื่อง การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด รูปแบบการสอนแบบบรรยายและสาธิต เรื่อง บันได 10 ขั้น การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบรูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารก

หัวข้อการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (QSNICH's BFMPI)
1. การเตรียมบุคลากร (พยาบาล)	1. ไม่มีระบบการเตรียม 2. พยาบาลได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติ ร้อยละ 50 3. ไม่มีการประเมินความรู้และทัศนคติของพยาบาล 4. ปฏิบัติตามคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากให้ความสำคัญในด้านการรักษามากกว่าการส่งเสริมการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. จัดตั้งทีมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2. ประเมินความรู้ก่อนรับการอบรม 3. ประเมินทัศนคติ ในรายที่มีทัศนคติเชิงลบส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงบวก โดยการเสริมพลังอำนาจ 4. จัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ 5. ประเมินความรู้และการปฏิบัติหลังรับการอบรม ถ้าคะแนนความรู้และหรือการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 80 ให้เสริมความรู้และหรือการปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ใหม่ และประเมินซ้ำ 6. ปฏิบัติการพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามคู่มือ 7. จัดให้มีพยาบาลผู้จัดการประสานงานและส่งต่อข้อมูลภายในหน่วยงาน
2. การประเมินความพร้อมของมารดาและทารกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1. ไม่มีการประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของมารดา 2. ไม่มีการประเมินความพร้อมของมารดาและทารก	1. ประเมินทัศนคติ ในรายที่มีทัศนคติเชิงลบส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงบวก โดยการเสริมพลังอำนาจ ร่วมกับให้ครอบครัวมีส่วนร่วม 2. ประเมินความพึงพอใจของมารดา 3. ประเมินความพร้อมของมารดาในการให้นมบุตร หากมารดามีข้อจำกัดตามแบบสำรวจ (Checklist) ให้งดนมแม่ 4. มีการประเมินความพร้อมของทารกตามแบบสำรวจ
3. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดตามแนวคิด "Spatz's model"	1. มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ 2. มีคู่มือคำแนะนำการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย 3. ไม่มีรูปแบบสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดสำหรับพยาบาล	1. เตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ 2. ปรับปรุงคู่มือบันได 10 ขั้น การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 3. จัดทำรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) เมื่อมารดาหรือญาติมาเยี่ยมทารกครั้งแรก โดยแจกคู่มือให้คำแนะนำถึงประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เน้นกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้มาเร็วต่อเนื่อง โดยบีบเร็ว บีบบ่อย และบีบถูกต้องเพื่อให้มีปริมาณน้ำนมเพียงพอ ทั้งการบีบน้ำนมด้วยมือ และการใช้เครื่องปั๊มนม การจดบันทึกปริมาณน้ำนม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเคลือบช่องปากด้วยน้ำนมแม่

หัวข้อการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (QSNICH's BFMPI)
		2) ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกเพื่อโอบกอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อทุกวัน 3) ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกในการดูดเต้าเปล่าทุกวัน 4) ประเมินความพร้อมของมารดาและทารกในการเปลี่ยนผ่านสู่การดูดนมแม่จากเต้า โดยการสอนเป็นรายบุคคล 5) ประเมินความพร้อมมารดาและทารกเพื่อให้มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกัน (Rooming-in) หรือยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมให้มารดาอยู่กับทารกนานที่สุด 6) ประเมินทัศนคติและความพึงพอใจของมารดาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 7) โทรศัพท์ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่าย 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ภายใน 3 วันแรกหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 วันที่ 7 หลังจำหน่าย และครั้งที่ 3 วันที่ 14 หลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของ QSNICH's BFMPI หลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบปัญหาและนำมาพัฒนาตามวงจรปรับปรุงคุณภาพ ดังนี้ การวางแผน (Plan) 1) รวบรวมปัญหาที่พบในการใช้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 2) วิเคราะห์ปัญหาในแต่ละขั้นตอน เพื่อหาแนวทางปรับปรุง การปฏิบัติตามขั้นตอน (Do) 1) ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลของการนำรูปแบบไปใช้มากขึ้น 2) ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบผลการดำเนินงาน (Check) 1) ประเมินความถูกต้องหลังปรับปรุงพัฒนาเพิ่มเติม 2) ประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โดยทีมผู้วิจัยแจ้งให้พยาบาลทราบแนวทางทางปฏิบัติที่ปรับปรุง การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา (Act) ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบข้อบกพร่องในขั้นที่ 1-3 มีการปรับปรุงเพื่อทำให้รูปแบบที่พัฒนานี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 เพิ่มการสอนชี้แนะเป็นรายบุคคลและจัดห้องให้นมแม่ โดยมีโปสเตอร์ข้อมูลสำคัญของนมแม่ให้เห็นอย่างชัดเจน

ขั้นที่ 2 ร่วมกับกลุ่มงานสูติกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กำหนดตัวชี้วัดการได้รับนมแม่ภายใน 3 วัน เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70 โดยประชุมร่วมกันทุก 3 เดือน

ขั้นที่ 3 เน้นวิธีการจัดส่งนมแม่ที่ถูกต้องให้กับญาติที่เป็นผู้นำนมมาส่ง

2. ศึกษาประสิทธิผลของ QSNICH's BFMPI โดยใช้เครื่องมือในการดำเนินการเก็บข้อมูลและแสดงผลได้ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 57 คน มีอายุ 23 – 59 ปี มีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด 35 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 24.60) มีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 5 ปี จำนวน 43 คน (ร้อยละ 75.4)

2) มารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด จำนวน 17 คน มีอายุ 18 – 38 ปี อายุเฉลี่ย 29 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 47 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 64.7 มารดามีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.4 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 64.7 ฝากครรภ์เฉลี่ย 6 ครั้ง ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูก ร้อยละ 52.9 ต้องการให้นมแม่ร้อยละ 100

3) ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดจำนวน 17 คน เป็นทารกเพศชาย 11 คน (ร้อยละ 64.7) เป็นทารก เพศหญิง 6 คน (ร้อยละ 35.3) อายุครรภ์เฉลี่ย 33 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,248 กรัม

2.2 การบันทึกติดตามผลการใช้บันได 10 ขั้น

เมื่อใช้ QSNICH's BFMPI พบว่า มารดาได้รับคำแนะนำเรื่องการบีบน้ำนมอย่างต่อเนื่องเมื่อหลังคลอด 1-3 วัน โดยสามารถบีบเก็บน้ำนมได้เฉลี่ยวันละ 8 ครั้ง การบริหารจัดการน้ำนมแม่ พบว่า มารดาได้รับคำแนะนำครั้งแรกหลังคลอด 1 วัน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 70.6) สามารถบีบน้ำนมแม่นำเคลือบปากช่องปากลูกครั้งแรกได้ในวันที่ 1-3 หลังคลอด ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้ดูดเต้าเปล่าครั้งแรกเมื่อทารกอายุเฉลี่ย 7 วัน ทารกทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการชั่งน้ำหนักก่อนและหลังดูดนมแม่ทุกครั้ง มารดาทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย แต่มีมารดาจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 ได้ฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการ Rooming in อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายร้อยละ 82.4 ทารกทุกรายได้รับการติดตามการได้รับนมแม่หลังจำหน่ายในวันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 14 โดยมีอัตราการได้รับต่อเนื่องเท่ากับ ร้อยละ 82.4, 76.5 และ 82.4

2.3 ประสิทธิผลของการใช้ QSNICH's BFMPI

2.3.1 ด้านความรู้ของพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด พบว่าคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน หลังได้รับการอบรม ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3.2 ด้านทัศนคติของพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการใช้ QSNICH's BFMPI สูงกว่าก่อนใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3.3 ความพึงพอใจของพยาบาลหลังได้รับการอบรมให้ความรู้ตาม QSNICH's BFMPI สูงกว่าก่อนได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม QSNICH's Breastfeeding Model for Preterm Infants (QSNICH's BFMPI)

คะแนน	n	Min.	Max.	Pair-Sample t Test			
				Mean	S.D	t	p
ความรู้ของพยาบาล							
ก่อนรับการอบรม	57	4	15	10.31	2.34	18.81	<.001
หลังรับการอบรม	57	12	20	16.79	1.96		
ทัศนคติของพยาบาล							
ก่อนรับการอบรม	57	56	83	71.0	5.8	15.376	<.001
หลังรับการอบรม	57	75	85	82.6	1.8		
ความพึงพอใจของพยาบาล							
ก่อนรับการอบรม	57	40	50	46.8	2.9	6.138	<.001
หลังรับการอบรม	57	47	50	49.1	.7		

2.3.4 ทัศนคติของมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับ QSNICH's BFMPI สูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับ QSNICH's Breastfeeding Model for Preterm Infants (QSNICH's BFMPI)

คะแนนทัศนคติ	n	Min.	Max.	Pair-Sample t Test			
				Mean	S.D	t	p
ก่อนได้รับการสนับสนุนตามรูปแบบ	17	59	77	65.24	4.280	9.057	<.001
หลังได้รับการสนับสนุนตามรูปแบบ	17	67	83	76.06	5.910		

2.3.5 คะแนนความพึงพอใจของมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด หลังได้รับการสนับสนุนตาม QSNICH's BFMPI พบว่า ร้อยละ 76.5 ประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23 คะแนน

2.3.6 ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายร้อยละ 82.4 ทุกรายได้รับการติดตามการได้รับนมแม่หลังจำหน่าย 3 ครั้ง พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังจำหน่ายภายในวันที่ 3 วันที่ 7 และวันที่ 14 เท่ากับ ร้อยละ 82.4, 76.5 และ 82.4

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนา QSNICH's BFMPI เพื่อลดภาวะวิกฤตในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วยตาม "Spatz's Model" ที่ใช้ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามีปัจจัยด้านพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติเรื่องนมแม่ จึงจัดอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ซึ่งสามารถผ่านเกณฑ์ทุกคน จัดทำคู่มือคำแนะนำการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดสำหรับพยาบาล ด้านมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุตร มีการแนะนำความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการบริหารจัดการนมแม่เสริมพลังอำนาจให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[18,19] ซึ่งในการวิจัยนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทุกขั้นตอนจนเกิดผลสำเร็จคืออัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายร้อยละ 82.4

นอกจากนี้ผลจากการใช้ QSNICH's BFMPI ยังไม่พบอัตราการเกิดภาวะลำไส้เน่า ยังพบการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้ายเพียงร้อยละ 5.9 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมว่า นมแม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะท้ายในกลุ่มทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมากได้ร้อยละ 5[4,5]

2. ด้านประสิทธิผลของ QSNICH's BFMPI จากการวิจัยพบว่าปริมาณน้ำนมแม่ที่บีบเก็บหลังคลอดวันที่ 4-7 ได้น้ำนมเฉลี่ย 353.5 มล. ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ที่ควรบีบได้คือ 750 มล. ถึงแม้ปริมาณน้ำนมที่บีบได้จะน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้ำหนัก 1,500-1,900 กรัม จึงทำให้ปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 82.4 หลังจำหน่ายวันที่ 14 เท่ากับร้อยละ 82.4 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดว่ามารดามีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจกล่าวได้ว่าถ้านำ QSNICH's BFMPI ไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง อัตราการได้รับนมแม่จะมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายแต่ละขั้นดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 มารดาทุกคนได้รับข้อมูลเรื่องนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดเพื่อการตัดสินใจ เนื่องจากมารดาหลังคลอดต้องมีการปรับตัวทั้งด้านอารมณ์ สังคม พร้อมกับมีภาวะความเจ็บปวดเหนื่อยล้า ต้องปรับตัวกับทารก[20]

บันไดขั้นที่ 2 การวิจัยนี้มารดากลุ่มตัวอย่างสามารถบีบน้ำนมครั้งแรกภายใน 1-3 วันหลังคลอด เนื่องจากระบบยังไม่สนับสนุนการบีบน้ำนมภายใน 2-4 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบกับมารดาคลอดบุตรโดยผ่าตัดคลอดร้อยละ 58.8 จึงไม่ได้มีการกระตุ้นดูดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด[21] เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำการบีบน้ำนมอย่างต่อเนื่องและสามารถบีบน้ำนมได้เฉลี่ยวันละ 8 ครั้ง ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมแม่ที่บีบได้ในแต่ละวัน ในช่วง 7 วันหลังคลอดเพิ่มขึ้น ถึงแม้หลังคลอดตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป ปริมาณน้ำนมที่บีบได้ไม่ถึง 750 มิลลิลิตร/วัน ตามเกณฑ์ แต่ก็เพียงพอสำหรับทารกเนื่องจากเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย

บันไดขั้นที่ 3 การวิจัยนี้มารดามีการบริหารจัดการนมแม่ และการเคลื่อนย้าย ขนส่งน้ำนมแม่ได้ถูกต้องทุกราย (ร้อยละ 100) เนื่องจากพยาบาลได้นำองค์ความรู้ที่ได้จาก QSNICH's BFMPI ไปแนะนำมารดาและครอบครัวทันทีเมื่อเข้ารับการรักษา และประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลราชวิถี

บันไดขั้นที่ 4 นำน้ำนมแม่มาเคลือบช่องปากทารกกลุ่มตัวอย่างได้ตามเกณฑ์ ทำให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันจากนมแม่โดยตรง[22] ส่งผลให้ไม่พบการติดเชื้อในทารกกลุ่มนี้ เนื่องจากไม่เกิด necrotizing

enterocolitis ในทารกที่ได้รับการหยดน้ำนมแม่ลงบนเยื่อบุในช่องปาก[23]

บันไดขั้นที่ 5 ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้รับปฏิบัติแบบ skin to skin จากมารดาวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกราย (ร้อยละ 100) ร่างกายมารดาจะสร้างภูมิคุ้มกันผ่านน้ำนมแม่ไปสู่ลูก นอกจากนี้พบว่า มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ สามารถจำหน่ายได้เร็ว อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้านสูงขึ้น[24]

บันไดขั้นที่ 6 การวิจัยนี้ทารกกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 23.5 ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ (correct age) ได้รับการทำ Non-nutritive sucking ทุกราย (ร้อยละ 100)

บันไดขั้นที่ 7 ทารกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำ Non-nutritive sucking สามารถดูดนมแม่จากเต้าได้ทุกราย (ร้อยละ 100) น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน[25]

บันไดขั้นที่ 8 ทารกกลุ่มตัวอย่างทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการชั่งน้ำหนักก่อนและหลังดูดนมมารดาเพื่อมั่นใจว่าทารกได้รับปริมาณน้ำนมเพียงพอ[26]

บันไดขั้นที่ 9 มารดาร้อยละ 64.7 ได้มาฝึกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการ Rooming in ทำให้มารดามีความพึงพอใจและมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างถูกวิธี[27]

บันไดขั้นที่ 10 การติดตามหลังจำหน่ายกลับตาม QSNICH's BFMPI พบว่ามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 82.4 ซึ่งเป็นผลจากการที่มารดาได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได 10 ขั้น ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติที่ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[28]

จากผลวิจัยดังกล่าวเกิดจากการนำ QSNICH's BFMPI มาใช้โดยมีการประเมินความรู้ของพยาบาลในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด พบว่า คะแนนความรู้ของพยาบาลหลังรับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.81$, $p<.001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 5 ปี ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการบรรยายความรู้ในเชิงทฤษฎี หรือเป็นหัวข้อหนึ่งในการประชุมวิชาการ แต่ไม่ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการหรือการอบรมเฉพาะทางซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการอบรมตาม QSNICH's BFMPI ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชุมพร สุวรรณรัตน์[29] ที่พบว่าการฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

ความพึงพอใจของพยาบาลที่เข้าร่วมใน QSNICH's BFMPI จากการศึกษาพบว่า คะแนนความพึงพอใจหลังรับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.138$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า พยาบาลทารกแรกเกิดมีหน้าที่ในการสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหลัก เมื่อเข้ารับการอบรมตามรูปแบบส่งผลให้มีความเข้าใจและเห็นความสำคัญ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติ เกิดการทุ่มเททำงาน มีความรับผิดชอบในงาน สอดคล้องการศึกษาของ นิตยา ศรีญาณลักษณ์[30] การเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการช่วยการกระตุ้นดูดกลืนทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ทำให้ทารกมีการดูดกลืนดีขึ้น มารดามีความหวังและความสุขมากขึ้นส่งผลให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจ[31,32] ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ คือ มารดามีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจสูงขึ้น

ทัศนคติของพยาบาลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าทัศนคติหลังรับการอบรมสูงกว่าก่อนได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -15.376$, $p < .05$) ซึ่งทัศนคติเชิงลบเกิดจากการขาดความรู้ที่ทันสมัย ขาดทักษะในการดูแลและให้คำปรึกษาเรื่องการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมีการจัดอบรมเรื่อง บันได 10 ขั้นการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ทำให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีขึ้นและนำไปสู่การปฏิบัติงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีด้วย[29]

การวิจัยครั้งนี้ พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 75.4 มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดา เมื่อได้รับการอบรมและใช้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด ทำให้มีความมั่นใจและเกิดความภาคภูมิใจเมื่อมารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[33]

การปฏิบัติของพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยทารกแรกเกิดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้เชี่ยวชาญในการทำงาน มีการรับรู้นโยบายบันได 10 ขั้น[18,34] เมื่อพยาบาลกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมและใช้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้องและผ่านกระบวนการรู้คิด จึงมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งผลต่อการปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการวิจัยพบว่า มารดาหลังได้รับการสนับสนุนตาม QSNICH's BFMPI ส่งผลให้มีทัศนคติสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากมารดามีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา ปลดเปลื้อง[20] ซึ่งพบว่าทัศนคติเชิงบวกของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มีการเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดได้เป็นอย่างดี และพบว่าความพึงพอใจของมารดา อยู่ในระดับสูงมากร้อยละ 76.5

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กำหนดเป็นนโยบาย นำ QSNICH's BFMPI ที่ได้จากการวิจัยนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และถ่ายทอดลงสู่ระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดทั้ง 13 เขตสุขภาพ โดยมีการนิเทศกำกับติดตาม และประเมินผลการนำ QSNICH's BFMPI ไปใช้อย่างต่อเนื่อง

2. นำ QSNICH's BFMPI บรรจุเป็นโครงการอบรมฟื้นฟูสำหรับพยาบาลทารกแรกเกิดทุกคน และบรรจุอยู่ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

3. นำ QSNICH's BFMPI เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางร่วมกันในการกระตุ้นการบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด เพื่อให้ได้น้ำนมเร็วที่สุดและมีปริมาณตามเกณฑ์มาตรฐานที่ควรได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยไปใช้ด้านการวิจัย โดยศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดต่อภาวะสุขภาพทั้งขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดอย่างครบวงจร

References

1. Zainal H, Dahlui M, Soelar SA, Su TT. Cost of preterm birth during initial hospitalization: a care provider's perspective. PLOS ONE [Internet]. 2019 Jun 25 [cited 2019 July 30];14 (6): 1- 17.Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211997.
2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels & trends in child mortality report 2017: estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. New York: United Nations Children's Fund [Internet]. 2017. [cited 2019 April 10]. Available from: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf
3. Ministry of Public Health. Neonatal mortality rate [Internet]. 2018 [cited 2019 March 17] Available from: Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf
4. UNICEF Data. Neonatal mortality. [Internet]. 2018 [cited 2019 March 17]. Available from: https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/ (in Thai).
5. National Statistical Office, National Health Security Office and United nations Children's Fund. Multiple indicator cluster survey 2015-2016. Bangkok: NSO and UNICEF; 2016.
6. Miller J, Tonkin E, Damarell RA, McPhee AJ, Suganuma M, Suganuma H, et al. A systematic review and meta-analysis of human milk feeding and morbidity in very low birth weight infants. Nutrients. [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 April 10]; 10(6). 707. Available from: https://doi.org/10.3390/nu10060707
7. Patel AL, Johnson TJ, Robin B, Bigger HR, Buchanan A, Christian E, et al. Influence of own mother's milk on bronchopulmonary dysplasia and costs. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. Author manuscript [Internet]. 2017 May 1 [Cited 2019 May 30]; 102(3): 256-61. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5586102/pdf/nihms898276.pdf
8. Yomsiken N. Clinical outcomes of early oropharyngeal colostrum in VLBW in preventing late onset neonatal sepsis (L-OS). Thai Journal of Pediatrics. 2018; 57(1): p.51-6. (in Thai).
9. Sawasdivorn S, Bangsainoi K, Thavonvattana S, Thussanasupap B, editors. The summary of 2nd international conference on breastfeeding sick babies. Bangkok: Toklai Printing; 2015. (in Thai).
10. Spatz DL. Beyond BFHI: the Spatz 10-step and breastfeeding resource nurse models to improve human milk and breastfeeding outcomes. J Perinat Neonat Nur. [Internet]. 2018 [Cited 2017 April]; 32(2): p.164-74. Available from: https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000339
11. Spatz DL. The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In: Wambach K, Riordan J, editors. Breastfeeding and human lactation. 5th ed. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2016. p. 469-521.

12. Edwards TM, Spatz DL. An innovative model for achieving breastfeeding success in infants with complex surgical anomalies. J Perinat Neonat Nur. [Internet]. 2010 Jul 1 [Cited 2019 April 30]; 24(3): 246-53. Available from: https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3181e8d517
13. Khorana M, Thavonvattana S, Wittayasooporn J, Tipakornrojanakit C, editors. The summary of 5th international conference on breastfeeding sick babies and knowledge management. Bangkok: Toklai Printing; 2019. (in Thai).
14. Matayaboon D, Klunklin P, Urharmnuay M. Good practices: developmental care for preterm infants. Nursing Journal. 2017; 44 (3): p.165-73. (in Thai).
15. Deming, W. Edwards. The new economics for industry, government, education 2nd ed. MIT Press; 2000. ISBN 0-262-54116-5. OCLC 44162616.
16. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization: adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley; 1990.
17. Puapornpong P. A tool for measuring the breastfeeding attitude [Internet]. 2019 [cited 2019 May 10]. Available from: http://www.guruobgyn.com (in Thai).
18. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. Women and Birth. [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2019 May 10]; 23(4): p.135-45. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002
19. Danthes D. Effects of breastfeeding promoting program for working pregnant women on attitude and intention to exclusive breastfeeding. [Thesis of Advanced Midwifery]. Chonburi: Burapha University; 2017 (in Thai).
20. Plodpluang U, Srichan A, Kaewpraphan S. Effect of breastfeeding promotion based on familial support program to knowledge, attitude and behavior of postpartum mothers and familiar's members. Research Journal Phranakhon Rajabhat: Science and Technology. 2016 Dec 16;11(2): p.41-52. (in Thai).
21. Khotsang K, Sangin S, Chuahorm U. The effects of lactational program on milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self- efficacy in mothers after cesarean section. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;24(1): p.13-26. (in Thai).
22. Gephart SM, Weller M, Gephart S. Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. Adv Neonat Care. [Internet]. 2014 Feb 1 [cited 2019 May 30]; 14(1):44-51. Available from: https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000052
23. Rodriguez NA, Vento M, Claud EC, Wang CE, Caplan MS. Oropharyngeal administration of mother'scolostrum, health outcomes of premature infants: study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 May 30]; 16(1): 453. Available from: https://trialsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13063-015-0969-6
24. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Cochrane Database Syst. Rev. 2016; [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30];11: p.1-126. Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/epdf/full

25. Harding C, Cockerill H, Cane C, Law J. Using non-nutritive sucking to support feeding development for premature infants: a commentary on approaches and current practice. J. Pediatr. Rehabil. Med. [Internet]. 2018 Jan 1(Preprint) [cited 2019 April 30]; 11(3): p.147-52. Available from: https://doi.org/10.3233/PRM-170442
26. Kent JC, Hepworth AR, Langton DB, Hartmann PE. Clinical research impact of measuring milk production by test weighing on breastfeeding confidence in mothers of term infants. Breastfeed Medicine [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2019 April 30]; 10(6): p.318-25. Available from: https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0025
27. Boonchalerm P, Prasopkittikun T, Sangperm P, Jirasakuldej W. Effects of the mother-preterm infant preparation program on breastfeeding self-efficacy and sucking quality. Nursing Science Journal of Thailand. 2012; 30 (4): p.61-71. (in Thai).
28. Mornsaeng I. Effect of self-efficacy enhancement program on exercise behavior among pregnant women. [Thesis of Master of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2013
29. Suwanrat P, Kritcharoen S, Chatchawet W. Promoting breastfeeding in the delivery room as perceived by nurses. Princess of Narathiwas University Journal. 2017; 8(3): p.14-26. (in Thai).
30. Sriyanlunk N. Nursing Administration. Nonthaburi: Praboromchanok Institute. 2012. (in Thai).
31. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst. Rev. [Internet]. 2016 [cited 2019 April 30]; 8: p.1-24. Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/pdf/standard
32. Taweepoon W, Khunlantheunnadee S. Effects of maternal preparation program on perceived self-efficacy, infant-care behavior of mothers and preterm infant health status. Journal of Nursing and Health Care. 2018 Jun 1; 36 (1): p.136-44. (in Thai).
33. Panbangpra S, Sangperm P. Knowledge, attitude, and practice of breastfeeding promotion among nurses in private hospitals. Nursing Science Journal of Thailand. 2013; 31(1): p.70-9. (in Thai).
34. Pruksasri S, Kongsapad S. Nursing outcome of lactation stimulating technique in view of milk production and satisfaction of mother after delivery and neonatal in nursery. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016 Jun 3;3(2): p.179-94. (in Thai).
35. Baiya N, Ketsuwan S, Pachaiyapoom N, Puapornpong P. Mother's knowledge, latch score and satisfaction after development of breastfeeding support service in HRH Princess Maha Chakri Sirindhon Medical Center. Journal of Medicine and Health Sciences. 2013; 20(2): p.17-23. (in Thai).