

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่เกิดใน
โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด

- 1.1 ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.2 สาเหตุการเกิดก่อนกำหนด
- 1.3 ประเภทและลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.4 ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.5 ปัญหาและลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทำให้เกิดปัญหาแก่มารดา
- 1.6 การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
- 1.7 โครงการที่สนับสนุนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศไทย

2. การวางแผนจำหน่าย (discharge planning)

- 2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่าย
- 2.2 ความเป็นมาและความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย
- 2.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- 2.4 กระบวนการวางแผนจำหน่าย
- 2.5 การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด
- 2.6 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
- 2.7 การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดโรงพยาบาลตำรวจ

3. ประสิทธิภาพ

ความหมายและแนวคิดของประสิทธิภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่เกิดใน
โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยได้ศึกษาดำเนินเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทารกเกิดก่อนกำหนดดังนี้

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด

1.1 ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนด

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ (2551: 19) กล่าวถึงทารกเกิดก่อนกำหนดว่าหมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์เท่ากับหรือน้อยกว่า 37 สัปดาห์ (ครบ 259 วันเต็ม)

วิไล เลิศธรรมเทวี (2552 : 326) กล่าวถึงทารกเกิดก่อนกำหนดว่าหมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์และเป็นปัจจัยของสาเหตุการตายที่พบบ่อย เนื่องจากทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีอวัยวะของร่างกายเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์

เนตรทอง นามพรม (2553) ได้ให้ความหมายทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึงทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักแรกเกิด

ลำดวง นาสิริกุล (2553) ให้ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนดว่า หมายถึงทารกที่เกิดก่อนอายุ 37 สัปดาห์ ส่วนทารกที่แรกคลอดมีน้ำหนักเท่ากับหรือน้อยกว่า 2500 กรัม เป็นทารกน้ำหนักตัวน้อย อาจเกิดก่อนกำหนดหรือเติบโตช้าในครรภ์

นฤมล ชีระรังสิกุล (2544 : 3) กล่าวถึงทารกเกิดก่อนกำหนดว่าหมายถึงทารกเกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือ 37 สัปดาห์เต็ม โดยคำนวณจากวันมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา

พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์ (2544 :1) ให้ความหมายทารกเกิดก่อนกำหนดว่าหมายถึงทารกที่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เต็มหรือต่ำกว่านี้

แสงแข ชำนาญนกิจ (2550: 87-90) ได้ให้ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนดว่าหมายถึง ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ ที่มีสาเหตุจากการเกิดก่อนกำหนดเอง (spontaneous preterm birth) เนื่องจากรดาเจ็บท้องคลอด หรือมารดา มีข้อบ่งชี้เช่น ความดันโลหิตสูง มีเลือดออก

Oake (1990: 2-6) กล่าวถึงทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเป็นทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

Wilson (1994) ได้ให้ความหมายของทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเป็นทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักแรกเกิด

สรุปได้ว่า ทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์เต็ม และน้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือหมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทั้งนี้ไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว

1.2 สาเหตุของการเกิดก่อนกำหนด

การเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุประมาณร้อยละ 50 ส่วนที่ทราบสาเหตุจะเกี่ยวข้องกับมารดา ได้แก่ (1) มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และมีเลือดออกจากช่องคลอด (2) ขณะตั้งครรภ์มารดาเป็นโรค ได้แก่ เบาหวาน โรคหัวใจ โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (3) ภาวะปามดลูกปิดไม่สนิท (4) ประวัติถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (5) มารดามีประวัติเคยคลอดลูกก่อนกำหนด ประวัติแท้ง (6) ตั้งครรภ์แฝด (7) มารดามีอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือมารดามีอายุมากกว่า 35 ปี (8) ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกมีโอกาสคลอดลูกก่อนกำหนดได้ และจะลดลงในครรภ์ที่สอง (9) มารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำทำให้ได้รับสารอาหารไม่พอและ (10) มารดาสูบบุหรี่ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 7)

นอกจากนี้การเกิดก่อนกำหนดยังมีปัจจัยด้านทารก คือ (1) ทารกมีความผิดปกติของโครโมโซม (chromosomal abnormalities) (2) ทารกมีความผิดปกติของรูปร่าง (anatomic abnormalities) และ (3) ทารกมีการติดเชื้อในครรภ์ (intrauterine infection) (วิลไล เลิศธรรมเทวี, 2552 : 327) ทั้งนี้มีการจัดแบ่งทารกตามประเภทและลักษณะต่างๆ กัน

1.3 ประเภทและลักษณะของการเกิดก่อนกำหนด

1.3.1 ประเภทของการเกิดก่อนกำหนด ทารกเกิดก่อนกำหนดแบ่งออกได้ 2

ประเภท (นฤมล ชีระรังสิกุล , 2544: 2-5) คือ

1) แบ่งตามอายุครรภ์

(1) ทารกเกิดก่อนกำหนดมาก (extremely preterm) เป็นทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 24 – 30 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม

(2) ทารกเกิดก่อนกำหนดปานกลาง (moderately preterm) เป็นทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 31 – 36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 1500 – 2000 กรัม

(3) ทารกเกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (slightly or borderline preterm) เป็นทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 2000 – 2500 กรัม

2) แบ่งตามอายุครรภ์และน้ำหนัก

(1) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ (preterm – large for gestational age: preterm LGA) หมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม น้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90

(2) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดเหมาะสมกับอายุครรภ์ (preterm appropriate for gestational: preterm – AGA) หมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็ม มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 – 90

(3) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (preterm – small for gestational age : preterm SGA) หมายถึงทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็มและน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10

1.3.2 ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด

ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ ซึ่งลักษณะที่พบมีดังนี้ (วิลโล เลิศธรรมเทวี, 2552: 327)

- 1) น้ำหนักขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ โดยทั่วไปน้ำหนักตัวไม่เกิน 2500 กรัม
- 2) รูปร่างทารกเล็ก ศีรษะจะมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดลำตัว
- 3) ผิวหนังบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อยมองเห็นเส้นเลือดฝอยชัดเจน ผิวจึงมีสีแดง
- 4) ไขเคลือบตัว (vernix caseosa) มีน้อย
- 5) ขนอ่อนมีมาก โดยเฉพาะบริเวณหน้าผากใหญ่ และต้นแขน
- 6) ใบหูอ่อนนุ่ม งอพับได้เนื่องจากมีกระดูกอ่อนน้อย
- 7) ห้วนมแบนราบ
- 8) เส้นลายฝ่ามือเท้ามีน้อย พบได้ไม่กี่เส้นด้านหน้า
- 9) อวัยวะเพศ ในทารกเพศชายพบว่าถุงอัณฑะมีรอยยุบเล็กน้อยและอัณฑะยังไม่ลงในถุง ส่วนทารกเพศหญิงจะเห็น labia minora และ clitoris ชัดเจน
- 10) ลักษณะท่าทาง (posture) แขนขาเหยียดออก กล้ามเนื้อมีกำลังน้อยร้องเสียงค่อย
- 11) รีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการดูด การกลืน การจาม การไอ และอาการแสดงระบบประสาทอื่นๆ ไม่มีหรือมีน้อย
- 12) ทรวงอกอ่อนนุ่ม เนื้อเยื่อปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ ศูนย์ควบคุมการหายใจยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนด มีการหยุดหายใจเป็นระยะ (periodic breathing) การระบายอากาศ (ventilation) ในปอดมีน้อย
- 13) ระบบต่าง ๆ ยังทำงานไม่สมบูรณ์ เช่นการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ของไต และระยะภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ได้ไม่ดีทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

1.4 ปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด

เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ ไม่สมบูรณ์จึงพบปัญหาต่าง ๆ ดังนี้ (วิลโล เลิศธรรมเทวี, 2552:327-330)

1.4.1 ระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากระบบทางเดินหายใจเป็นระบบที่มีการเจริญเติบโตและสมบูรณ์ช้ากว่าระบบอื่น ทั้งด้านโครงสร้างและการผลิตสารลดแรงดึงผิว

(surfactant) การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์จึงไม่ดีพอ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีปัญหา ดังนี้ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 35- 54)

1) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) จากการขาดแรงตึงผิว ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดไม่ดี ทารกต้องใช้แรงในการหายใจ ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมากกว่าที่ได้รับจากการหายใจ ทารกจะเหนื่อยง่ายการแลกเปลี่ยนก๊าซจะไม่ดี ออกซิเจนลดน้อยลง คาร์บอนไดออกไซด์ไม่สามารถผ่านออกได้ จึงเกิดภาวะขาดออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด การทำซาบ (perfusion) ของอากาศที่ปอดลดลง ทารกหายใจแรง ซึ่งจะพบอาการและอาการแสดงของ RDS ดังนี้

- (1) หายใจลำบาก อาการหายใจเร็ว และหอบ ออกและซี่โครงบุ๋ม (retraction)
- (2) ร้องครางขณะหายใจออก เนื่องจากกล่องเสียง (glottis) ปิดทางเดินหายใจ
- (3) อาการเขียว จากการมีเลือดในปอดคั่งจากรั่วไปซ่าย
- (4) ปีกจมูกบาน เพื่อการหายใจเอาออกซิเจนให้เพียงพอ
- (5) ความดันโลหิตต่ำ ทารกจะซีด คล้ำ เนื่องจาก การไหลเวียนส่วนปลายไม่ดี

(peripheral circulation)

- (6) การแลกเปลี่ยนก๊าซน้อยได้ยินเสียงครีป (harsh breath sound or fine crepitation)

- (7) แขนขาบวม จากการซึมผ่านของน้ำออกนอกเส้นเลือด

2) ภาวะหยุดหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด (apnea of prematurity) จากการที่ศูนย์ควบคุมในสมองยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจซึ่งเป็นภาวะที่มีการหยุดหายใจมากกว่า 20 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง (น้อยกว่า 100 ครั้ง / นาที) ทารกมีอาการเขียวขณะที่หยุดหายใจน้อยกว่า 20 วินาที ซึ่งภาวะหยุดหายใจทำให้ทารกเสียชีวิตทันทีทันใด (sudden infant death syndrome: SIDS)

3) โรคปอดเรื้อรัง (chronic lung disease) เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีความผิดปกติของปอดและการหายใจ ซึ่งมี 2 ประเภทคือ

(1) BPD (bronchopulmonary dysplasia) พบในทารกที่รักษาด้วยการใช้ออกซิเจนสูง เกิดปอดอักเสบทำให้เนื้อปอดถูกทำลาย เนื้อปอดเกิดไฟโบรซิส (Fibrosis)

(2) Wilson – Mikity syndrome ทารกที่มีอาการหายใจลำบากและเขียวในสัปดาห์ที่ 2 – 3 ถึง 1 เดือน โดยทารกไม่มีประวัติโรคปอด

4) ภาวะปอดมีลมรั่ว (pulmonary air leaks) คือการรั่วไหลของอากาศในปอดเกิดจากมีลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งพบบ่อยในทารกแรกเกิด โดยเฉพาะในทารกเกิดก่อนกำหนด

สาเหตุที่พบได้แก่ ภาวะ pneumothorax , pneumomediastinum โดยมีลมจากถุงลมที่แตกแทรกไปตามเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ทารกมีภาวะหายใจลำบาก มีอาการหายใจเร็ว กลั่นหายใจ และมีการดิ่งรั้งของกระดูกชายโครง

1.4.2 ระบบประสาท เนื่องจากระบบประสาททารกเกิดก่อนกำหนดยังเจริญไม่เต็มที่ การทำงานของระบบประสาทจึงไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดปัญหาดังนี้

1) ไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ เนื่องจากการทำงานของ ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ยังเจริญไม่เต็มที่ การควบคุมความร้อนส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การทำงานของรีเซพเตอร์ โมนและนอร์อีปิเนเฟริน การควบคุมอุณหภูมิจึงเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมได้ คือ

(1) ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) เป็นภาวะที่อุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส เกิดจากการที่ทารกมีไขมันใต้ผิวหนังและไขมันด้านหลังน้อย จึงทำให้ทารกสูญเสียพลังงาน เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะกรดในเลือด ออกซิเจนในเลือดต่ำ ทารกจะหยุดหายใจได้

(2) ภาวะอุณหภูมิของร่างกายสูง (hyperthermia) ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส ทำให้เมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทารกจึงเกิดภาวะขาดออกซิเจน และกรดคั่งในเลือด

2) มีภาวะขาดออกซิเจน ทารกเกิดก่อนกำหนดมักเกิดภาวะขาดออกซิเจน มีอาการเขียวจึงจำเป็นต้องให้ออกซิเจน แต่การได้รับออกซิเจนที่เข้มข้นเกิน 40 % อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะทำให้เกิดภาวะพิษจากออกซิเจนต่อตา เนื่องจากเป็นสาเหตุทำให้ทารกตาบอด (retinopathy of prematurity: ROP)

1.4.3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบบ่อยได้แก่

1) *patent ductus arteriosus: PDA* คือลิ้นหัวใจรั่วเนื่องจาก ductus arteriosus ไม่ปิดจากการที่ทารกมีภาวะหายใจลำบาก (RDS) ทำให้ขาดออกซิเจนในเลือดโดยเฉพาะเส้นเลือดดำที่สายสะดือและการไหลเวียนของ prostaglandin ไม่ดี ductus จึงไม่หดตัวและไม่ปิด เส้นเลือดจึงไหลไปปอดมาก เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายถ้าฟังเสียงหัวใจจะได้ยินเสียง เมอร์เมอร์ (systolic murmur)

2) *intraventricular hemorrhage (IVH)* เป็นภาวะเลือดออกในโพรงสมอง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความดันอย่างรวดเร็ว จากสาเหตุที่ทารกมีภาวะ RDS จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ทารกมีความดันโลหิตต่ำหรือสูง ทำให้เกิดลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ทารกจะมีอาการซึม ความตึงตัวกล้ามเนื้อไม่ดี มีอาการเขียวและหยุดหายใจ ดังนั้นจึงต้องดูแลการใช้

เครื่องช่วยหายใจ สังเกตอาการ วัดรอบศีรษะ หลีกเลี้ยงการดูดเสมหะ ต้องวางแผนจำหน่ายมารดา ในการสังเกตอาการศีรษะโต

1.4.4.ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากทารกต้องเกิดก่อนกำหนดระบบทางเดินอาหารยังเจริญได้ไม่เต็มที่ จึงมักเกิดปัญหาในด้านระบบทางเดินอาหารดังนี้

1) การดูดกลืนและการหายใจไม่สัมพันธ์กัน ทารกมีอาการสำลักนม ท้องอืด ควรจัดให้ทารกนอนคว่ำหรือนอนตะแคงขวาเพื่อป้องกันการสำลักนม

2) ภาวะลำไส้ขาดเลือด (*necrotizing enterocolitis: NEC*) เป็นภาวะลำไส้ขาดเลือดไปเลี้ยง และติดเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ เกิดมีแก๊สในผนังลำไส้ ทารกจะมีอาการซึม ความดันโลหิตต่ำ ท้องอืด อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ขึ้นรุนแรงลำไส้อาจทะลุ จำเป็นต้องผ่าตัด ในการดูแลทารกจึงต้องให้อาหารทีละน้อย ๆ สังเกตการรับนมได้จากการย่อยและการดูดซึม และภาวะท้องอืด

3) ภาวะขาดสารอาหาร ทารกเกิดก่อนกำหนดร่างกายไม่สามารถสะสม ไขมัน เหล็ก แคลเซียม ไขมันและกลูโคส ทำให้สารอาหารเหล่านี้ไม่เพียงพอ และประกอบกับทารกต้องใช้พลังงานสูง จากภาวะปัญหา

1.4.5 ระบบภูมิคุ้มกัน

ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ แม้ทารกจะได้รับอิมมูนจากมารดาผ่านรกเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ แต่จากการเกิดก่อนกำหนดจะทำให้ภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับต่ำ จึงเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 66 - 68)

1.4.6 ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ ปัญหาที่พบบ่อยในระบบเมตาบอลิซึม คือ

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (*hypoglycemia*) โดยมีระดับกลูโคสต่ำกว่า 40 มก./ดล จากที่ทารกได้รับกลูโคสจากแม่มาใน 36 สัปดาห์ อายุครรภ์ทารกที่คลอดก่อนจึงมีปริมาณกลูโคสต่ำ ทารกมีอาการหัวใจเต้นเร็วเหงื่อออก มือเท้าสั่น กินนมไม่ได้ ซึม ชักและหยุดหายใจ ตัวเขียว การดูแลต้องติดตามและประเมินอาการทารกอย่างรวดเร็ว ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด

2) ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (*hypocalcaemia*) จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับแคลเซียมสะสมจากแม่น้อย และทารกมักมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด จึงพบภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทารกอาจหยุดหายใจ มือเท้าสั่น กระตุก ชัก

1.4.7 ระบบไหลเวียนเลือด

ปัญหาระบบไหลเวียนเลือดที่พบบ่อย คือ ภาวะซีด (*anemia*) เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมี *prothrombin* ในเลือดต่ำ เส้นเลือดเปราะแตกง่าย เม็ดเลือดแดง แตกทำลายมาก

ทำให้ทารกมีภาวะช็อคและภาวะตัวเหลือง จากการที่ตับยังทำงานได้ไม่ดีจึงทำให้bilirubinคั่ง (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2544 :71)

1.4.8 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ

จากการที่ไตของทารกยังเจริญไม่เต็มที่ การทำงานของไตในการกรอง เพื่อขับน้ำและการรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดภาวะกรดคั่ง ทารกจะมีภาวะหายใจเร็ว น้ำหนักตัวไม่เพิ่มอาการจะดีขึ้นเมื่อทารกเจริญเติบโตและไตทำงานดีขึ้น (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2544: 71)

1.5 ปัญหาและลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทำให้เกิดปัญหาแก่มารดา

1.5.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม (เนตรทอง พรหมทอง, 2553)

1) พฤติกรรมการนอนหลับและการตื่น ในช่วงอายุ 1 เดือนแรกของทารกเกิดก่อนกำหนดจะหลับมากกว่าทารกครบกำหนด โดยมีช่วงการนอนหลับเฉลี่ย 17.15 ชั่วโมงต่อวัน ทารกเกิดก่อนกำหนดหลับในเวลากลางวันมากกว่าทารกครบกำหนด ซึ่งแบบแผนการหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับวุฒิภาวะของสมองส่วนซีรีบรัล คอर्टเทกซ์ (cerebral cortex) ของทารก

2) พฤติกรรมการร้อง เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ทารกใช้สื่อสารกับมารดา เมื่อมีความต้องการ หรือรู้สึกไม่สบายและเรียกร้องความสนใจ สาเหตุการร้องอาจเนื่องมาจาก ความหิว ความอ่อนล้า ได้รับการกระตุ้นมากเกินไป ไม่สบาย หรือบางครั้งก็หาสาเหตุไม่ได้ เรียกว่าการร้อง "โคลิก" ซึ่งจะเกิดขึ้นในทารก ร้อยละ 10-20 โดยระยะเวลาการร้องของทารกจะประมาณ 60-90 นาทีใน 1 วัน

3) พฤติกรรมการกิน ใน 1-2 เดือนแรก ทารกเกิดก่อนกำหนดมักดูดนมได้ช้า และต้องการการดูแลบ่อยครั้งกว่าทารกครบกำหนดเพราะส่วนใหญ่มีกล้ามเนื้อในการดูดเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้การดูดนมแต่ละครั้งได้ปริมาณน้อยจึงหิวบ่อย

4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีพฤติกรรมการตอบสนองไม่แน่นอน ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากพฤติกรรมการแสดงออกยิ่งยากต่อการแปลความหมาย มีการตอบสนองด้านสังคมต่ำ เจ็บเบบ ไม่ค่อยต่อต้านหรือขัดขึ้น และมีแนวโน้มจะตอบสนองในทางลบมากกว่าทารกครบกำหนด พฤติกรรมดังกล่าว ทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจและสับสน

1.5.2 ปัญหาด้านสุขภาพ (เนตรทอง พรหมทอง, 2553)

1) การติดเชื้อ จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนด มีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งมี

การลดระดับของอิมมูโนโกลบูลินจี (immunoglobulin G) ซึ่งทำหน้าที่ในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย เพราะทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับอิมมูโนโกลบูลินจีจากแม่ในระดับต่ำกว่าทารกคลอดครบกำหนด

2) โลหิตจาง เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนด มีเหล็กสะสมไว้น้อยและจะถูกนำออกมาทดแทนระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงจากการเจริญเติบโต ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะโลหิตจางโดยธรรมชาติที่รุนแรง และยาวนานกว่าทารกคลอดครบกำหนด

3) รูปแบบการหายใจ ทารกเกิดก่อนกำหนด จะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวได้ในช่วง 6 เดือนแรก เนื่องจากการพัฒนาของระบบทางเดินหายใจไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดหายใจมีเสียงดัง โดยเฉพาะในขณะที่ทารกนอนหลับ หรืออยู่ในห้องที่เงียบสงบ มีลักษณะการหายใจที่ไม่สม่ำเสมอ และอัตราการหายใจที่มีการเปลี่ยนแปลงมากในขณะตื่นและนอนหลับ

4) ปัญหาเกี่ยวกับระบบกระเพาะอาหารและลำไส้ (Gastrointestinal) ได้แก่

(1) อาการปวดท้องแบบโคลิค (Colic) หมายถึง การร้องไห้กวนอย่างมากเป็นระยะๆ ในช่วง 3 เดือนแรก การร้องแบบโคลิคเป็นลักษณะการร้องแบบหาสาเหตุไม่ได้ โดยมักจะร้องตอนบ่ายหรือตอนเช้ามืด

(2) การสำรอกนม อาเจียนและการไหลย้อนของนมเข้าสู่ หลอดอาหาร (gastrointestinal reflux) เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารยังไม่แข็งแรงจึงไม่สามารถป้องกันการไหลเวียนกลับของของเหลวจากกระเพาะอาหารได้อย่างสมบูรณ์

5) ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบและไส้เลื่อนบริเวณสะดือ (Inguinal and umbilical hernia) ทารกเกิดก่อนกำหนดพบอุบัติการณ์การเป็นไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบสูงกว่าทารกคลอดครบกำหนด และพบในอัตราส่วน 10:1 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่อวัยวะยังไม่เคลื่อนลงถุงอัณฑะ ทำให้มีการคงอยู่ของ precessus vaginalis ซึ่งจะมีทางติดต่อสู่ภายในช่องท้อง เมื่อทารกร้องหรือมีความดันในช่องท้องทำให้มีการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กลงสู่บริเวณขาหนีบ ซึ่งจะเป็นรอยโป่งนูนและจะหายไปเมื่อทารกสงบเงียบ สำหรับลำไส้เลื่อนบริเวณสะดือ เกิดขึ้นเนื่องจากผนังหน้าท้องของทารกเกิดก่อนกำหนดยังไม่แข็งแรงเมื่อทารกร้องไห้หรือมีความดันในช่องท้อง จะมีการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กสู่บริเวณสะดือ

6) ความผิดปกติระบบประสาทสัมผัส (sensory disorder)

(1) การมองเห็น (vision) ได้แก่ ภาวะการมีพยาธิสภาพที่จอตา (retinopathy of prematurity) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของเส้นเลือดจอประสาทตาที่มีความเปราะบางแตกง่ายทำให้มีเลือดออกและเกิดแผลเป็นในจอประสาทตาเกิดการดิ่งรั้ง มีการหลุดลอกของจอประสาทตา

เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็นและตาบอดในที่สุด นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการมองเห็นอื่นๆอีกได้แก่ ตาเหล่ ตามัว สายตาสั้น สายตายาว เป็นต้น

(2) การได้ยิน (hearing) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินสูงกว่าทารกคลอดครบกำหนด อุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินมี 1 ใน 5 คนของประชากรทารกเกิดก่อนกำหนด การมารับการตรวจหูเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูดและภาษา

1.5.3. ปัญหาด้านการเจริญเติบโต

ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวในอัตราที่เหมาะสมกับอาหารที่ได้รับ มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของทารกเหล่านี้ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การได้รับอาหาร ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อ อธิปไตยของสภาพแวดล้อมภายในบ้านและกรรมพันธุ์ ทำให้ทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าได้หากได้รับสารอาหาร การดูแลในเรื่องความเจ็บป่วยและปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่สมบูรณ์

1.5.4. ปัญหาด้านพัฒนาการ

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าตามมาภายหลังในอุบัติการณ์ที่สูงกว่าในทารกคลอดครบกำหนดคือ ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000-1,500 กรัม จะมีพัฒนาการช้าร้อยละ 9-20 และถ้าน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 30 (Bernbaum, et al., 1989)

โดยสรุปสาเหตุของการเกิดก่อนกำหนดของทารก ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ สำหรับสาเหตุที่ทราบจะมีปัจจัยจากตัวมารดาและทารก ทั้งนี้การจำแนกประเภทของทารกเกิดก่อนกำหนดขึ้นอยู่กับอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิด ซึ่งลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดจะแตกต่างจากทารกครบกำหนด และจะพบปัญหาต่างๆในทารกเกิดก่อนกำหนดหลายประเด็น ซึ่งพบได้ในระบบต่าง ๆทุกระบบ และปัญหาที่พบบ่อยคือปัญหาในระบบทางเดินหายใจซึ่งพบได้ตั้งแต่แรกเกิดได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจ ซึ่งทำให้ทารกต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และใช้ออกซิเจนซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ โรคปอดเรื้อรัง และภาวะพิษจากออกซิเจนต่อตาที่มีผลต่อเรตินา (retinopathy of prematurity : ROP) นอกจากนี้อาจพบปัญหาด้านการเจริญเติบโตและการมีพัฒนาการที่ล่าช้า ทารกเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

1.6 การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราตายที่สูงเนื่องจากร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่สมบูรณ์ ทารกจึงต้องการการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมตามแนวทางการดูแลทารก 7 ประการดังนี้

1.6.1 การดูแลด้านอุณหภูมิร่างกาย

การดูแลด้านอุณหภูมิ ต้องดูแลควบคุมให้อุณหภูมิร่างกายของทารกอยู่ในระดับปกติที่ $36.8 - 37.2^{\circ}\text{C}$ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, วัฒนา จีระแพทย์; 2549, 2553) โดยจัดให้ทารกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอุณหภูมิที่ทารกมีการใช้ออกซิเจนและสารอาหารน้อยที่สุดโดยอุณหภูมิร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง (neutral thermal environment) (เนตรทอง นามพรหม และ มาลี เอื้ออำนวย; 2554) ดังนั้น เมื่อแรกเกิดทารกอาจต้องอยู่ในตู้อบ หรือใช้เครื่องให้รังสีความร้อน รวมทั้งป้องกันการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย และต้องประเมินอุณหภูมิร่างกายทารกพร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงทางคลินิกของการมีอุณหภูมิร่างกายผิดปกติ ทั้งอุณหภูมิร่างกายสูงและต่ำ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2553)

1.6.2 การดูแลการหายใจ

จากการที่ทารกเกิดก่อนกำหนดทำให้พัฒนาการระบบทางเดินหายใจ เจริญไม่สมบูรณ์ทำให้ปอดทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดี การดูแลด้านหายใจ ต้องทำทางเดินหายใจให้โล่งอาจช่วยดูดเสมหะถ้ามีเสมหะ

นอกจากนี้ทารกเกิดก่อนกำหนดมักหยุดหายใจจากการที่ศูนย์ควบคุมการหายใจใน Medulla ยังเจริญไม่เต็มที่กล้ามเนื้อช่วยหายใจยังไม่สมบูรณ์ทำให้เกิด periodic breathing ทารกจะหายใจเร็วตื่นไม่สม่ำเสมอ และหยุดหายใจ (apnea) ซึ่งเป็นการกลั้นหายใจเกิน 20 วินาที หัวใจเต้นช้าลง เขียวมักเกิดในระยะหลับ ชนิด rapid eye movement หรือ active sleep

การดูแลต้องสังเกตและประเมินการหายใจ อัตราและลักษณะการหายใจ สีผิว ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำนอนทารกให้คอตรง ถ้าทารกหยุดหายใจต้องกระตุ้น (tactile stimulation) โดยการสัมผัสสลับหรือเขย่าใบหน้าและลำตัว นอกจากนี้ต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

1.6.3 การให้สารอาหารสารน้ำและเกลือแร่

การให้สารอาหาร ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องการสารอาหารและพลังงานสูง เพื่อชดเชยสารอาหารที่สะสมในร่างกายเพื่อให้มีอัตราการการเติบโตเท่ากับตอนอยู่ในครรภ์ ความต้องการสารอาหารประจำวัน (daily requirement) ประมาณ 110 – 130 กิโลแคลอรี/กก/วัน อาหารที่ได้มีโปรตีน: คาร์โบไฮเดรต: ไขมัน เท่ากับ 10 : 40 : 50 (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 87)

ในส่วนของน้ำควรได้รับในปริมาณที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างน้ำเข้าและน้ำออก การให้น้ำควรเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความต้องการพลังงาน ปริมาณน้ำที่ได้ขึ้นอยู่กับพลังงานที่มีในน้ำนม ปริมาณน้ำมากหรือน้อยที่ต้องการขึ้นอยู่กับสภาพของทารกและความสามารถในการรับนม (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 87)

สำหรับเกลือแร่ ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องการโซเดียมมากกว่า เนื่องจากร่างกายขับโซเดียมออกมา ในส่วนของแคลเซียม ทารกมีภาวะขาดแคลเซียมจากการขับแคลเซียมออก 200 มิลลิกรัม / กิโลกรัม / วัน (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2544: 89)

นอกจากนี้ทารกยังต้องการเหล็กซึ่งมีสะสมน้อยและถูกใช้อย่างรวดเร็ว และควรให้วิตามินอี 25 หน่วยสากลต่อวัน

การให้อาหารทารกเกิดก่อนกำหนด อาจให้ทางปาก (oral feeding) โดยส่งเสริมการให้นมแม่ สำหรับทารกอายุครรภ์มากกว่า 32 – 34 สัปดาห์ น้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัมที่ไม่มีปัญหาด้านการหายใจ ในทารกที่รับนมทางปากไม่ได้ อาจต้องใส่สายให้อาหารทางปากหรือจมูกสู่กระเพาะอาหาร และในทารกที่น้ำหนักน้อยมาก อาจให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2552 : 337-341)

นอกจากนี้วิไล เลิศธรรมเทวี (2552 : 317,337-341) ได้กล่าวถึงการดูแลการให้สารอาหารน้ำและเกลือแร่ว่า ต้องดูแลให้ทารกได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ และสังเกตปฏิกิริยาการรับอาหาร เช่น การอาเจียน ท้องอืด นมไหลย้อน หายใจลำบาก เจ็บ อุจจาระบ่อยหรือมีเลือดปน พร้อมทั้งชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน น้ำหนักจะเพิ่มเท่ากับแรกเกิดในสัปดาห์ที่ 2 และน้ำหนักจะเพิ่มวันละ 20 – 30 กรัม นอกจากนี้ต้องวัดเส้นรอบท้อง ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ และวัดรอบศีรษะ ความยาว เพื่อดูการเจริญเติบโต รวมทั้งสังเกตความตึงตัวของผิวหนัง

ส่วนเนตรทอง นามพรม และ มาลี เชื้ออำนาจ (2553) ได้กล่าวถึงการดูแลทารกเพื่อดูการเจริญเติบโตว่า ให้หลีกเลี่ยงการทำให้ทารกมีการใช้พลังงานมาก เช่น การมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะหายใจลำบากและการติดเชื้อ

1.6.4 การป้องกันการติดเชื้อ

เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ต้องป้องกันการติดเชื้อโดย (1) ดูแลความสะอาดของผิวหนังและสะดือ (2) ทารกที่ติดเชื้อควรแยกห่างจากทารกคนอื่น (3) ผู้สัมผัสทารกทุกคนต้องล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารก (4) เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้กับทารกต้องสะอาดและแยกเฉพาะคน และ (5) ประเมินอาการของการติดเชื้อ เช่น มีอาการซึม ตัวเย็น คุณแม่ไม่ดี น้ำหนักลด (เนตรทอง นามพรม และ มาลี เชื้ออำนาจ, 2553)

1.6.5 การดูแลเฉพาะโรค

โรคและปัญหาที่พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดเกี่ยวข้องกับหลายระบบ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะและระบบต่างๆ ที่พบบ่อยดังนี้ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545: 36-37)

1) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากปอดเจริญได้ไม่เต็มที่ซึ่งช้ากว่าระบบอื่น การผลิตสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ยังไม่เพียงพอทำให้การแลกเปลี่ยน

ก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ดี นอกจากนี้มีภาวะหยุดหายใจในทารกเกิดก่อนกำหนด โรคปอดเรื้อรังและภาวะปอดมีลมรั่ว

- 2) ระบบประสาท ได้แก่ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง
- 3) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ PDA (Patent Ductus Ateriosus) และภาวะเลือดออกในโพรงสมอง
- 4) ระบบทางเดินอาหารและภาวะโภชนาการ ได้แก่ภาวะลำไส้ขาดเลือด ภาวะขาดสารอาหาร
- 5) ระบบภูมิคุ้มกัน ได้แก่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
- 6) ระบบเมตาบอลิซึมและต่อมไร้ท่อ ได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมต่ำ และภาวะกระดูกบาง
- 7) ระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ภาวะช็อคและตัวเหลือง
- 8) ระบบขับถ่าย

1.6.6 การดูแลด้านพัฒนาการของทารก

มาลี เอื้ออำนวยและ เนตรทอง นามพรม (2553) ได้กล่าวถึงทารกเกิดก่อนกำหนดว่าเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาทและพฤติกรรม (neurobehavioral development)) จากสาเหตุดังนี้

- 1) ระยะเวลาที่ทารกอยู่ในครรภ์น้อย เนื่องจากต้องเกิดก่อนกำหนด การพัฒนาการด้านต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์และเหมาะสม
- 2) ความเจ็บป่วยของทารกซึ่งทำให้ได้รับการรักษา ส่งผล ต่อพัฒนาการ เช่น การอยู่ในตู้อบ ความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ การรักษา การจับตัวทารก ซึ่งเป็นการกระตุ้นที่มากเกินไป
- 3) สิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกไม่เหมาะสมเช่น แสง เสียง ที่มากเกินไป การดูแลส่งเสริมพัฒนาการเพื่อการส่งเสริมด้านระบบประสาทและพฤติกรรมโดยลดสิ่งกระตุ้นและดูแลดังนี้(นฤมล ชีระรังสิกุล , 2544: 53-54)

1. จัดท่าทารกโดยให้ทารกอยู่ในท่าอแขน ขาเข้าหาลำตัว (flexion)
2. จับตัวทารกเท่าที่จำเป็น โดยสัมผัสทารกอย่างนุ่มนวล
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีการกระตุ้นของแสงและเสียงน้อยที่สุด ส่งเสริม บิดา มารดาให้พูดคุยกับทารกหรือเปิดเพลงเพื่อกระตุ้นการได้ยิน หลีกเลี่ยงการพูดเสียงดัง รอบตัวทารกและประเมินการกระตุ้นสัมผัสด้านการได้ยินที่มากเกินไป เช่น การตอบสนองลดลง หยุดหายใจ หัวใจเต้นเร็ว

4. การกระตุ้นสัมผัส (tactile stimulation) และการนวดสัมผัส (massage) การนวดสัมผัสทารกอย่างนุ่มนวลตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว และเพิ่มน้ำหนักของทารก

1.6.7 การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่าง บิดา มารดา และทารก (bonding attachment) ปฏิบัติ ดังนี้

- 1) กระตุ้นบิดามารดา โดยให้มาเยี่ยมทารกเร็วที่สุดอย่างสม่ำเสมอ และสัมผัสทารก
- 2) ให้คำแนะนำบิดามารดา เกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และให้มีส่วนร่วมในการดูแล
- 3) ให้บิดามารดา อุ้ม สัมผัสทารกแบบแคงการู (kangaroo Care)
- 4) ให้ความช่วยเหลือและแนะนำการปรับตัวของบิดามารดา

สรุปได้ว่า การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นการดูแลและติดตามระยะยาวเนื่องจากทารกมักมีภาวะแทรกซ้อนจึงจำเป็นต้องมีที่ยพยาบาลและทีมสุขภาพ ต้องมีการวางแผนจำหน่ายดูแลทารกตั้งแต่แรกเกิดจนจำหน่าย โดยดูแลในด้านอุณหภูมิของร่างกาย การดูแลสังเกตการหายใจ การให้นมมารดา สารน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นต้องป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากทารกมีภูมิคุ้มกันต่ำ ให้การดูแลรักษาในปัญหาหรือโรคที่ทารกเป็น พร้อมทั้งการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของทารก ด้วยการจัดสิ่งแวดล้อมด้านแสงเสียงให้เหมาะกับทารก ทำการนวดสัมผัสเพื่อกระตุ้นทารกอย่างเหมาะสม และส่งเสริมบิดา มารดา ในการสร้างสายสัมพันธ์กับทารกเพื่อสร้างความรักความผูกพันโดยการสัมผัสและ โอบกอด

1.7 โครงการที่สนับสนุนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในประเทศไทย

จากพระราชดำริของพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามกุฎราชกุมารที่ทรงเห็นความสำคัญในการดูแลมารดาและเด็ก จึงทรงให้การอุปถัมภ์โครงการ 2 โครงการเพื่อช่วยเชื่อมโยงการดำเนินงานคือ

1.7.1 โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย (Thai Maternal and Child Health Network : TMCHN)ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามกุฎราชกุมาร เพื่อจัดระบบบริการการดูแลมารดาและทารก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะคลอดก่อนกำหนด ลดสาเหตุการคลอดก่อนกำหนด เช่นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเพื่อให้มารดาทารกและครอบครัวเด็กไทยมีภาวะสุขภาพดีได้มาตรฐาน โดยสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือเพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารก พัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ทารกเกิดก่อนกำหนดและครอบครัว พัฒนา

ศักยภาพบุคลากรในการดูแล เผยแพร่ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งจัดตั้งระบบสารสนเทศ (เครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย ฯ) ซึ่งโรงพยาบาลตำรวจร่วมเป็นเครือข่ายในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้โรงพยาบาลตำรวจมีการประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานกุมารเวชกรรมและสูตินรีเวชกรรมเพื่อพัฒนาระบบการดูแล มีการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นตั้งครรภ์ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ พัฒนาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น นวัตกรรมการป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ การประเมินพัฒนาการทารก การให้นมมารดา และการติดตามตัวชีวิตทารกที่น้ำหนักต่ำกว่า 2,000 กรัม

1.7.2 โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (Saiyairakhospital) ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชสยามมกุฎราชกุมาร เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พัฒนาชุมชนและสังคม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งเสริมอาชีพสมาชิกและครอบครัวชมรมสายใยรัก และพัฒนาชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุข ครอบครัวชุมชน พัฒนาความรู้และระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดกระบวนการมาตรฐานการดูแลตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร 0 – 5 ปีโดยชุมชนมีส่วนร่วม (โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว) ในส่วนโรงพยาบาลตำรวจได้เข้าร่วมโครงการนี้ตั้งแต่ปี 2550 โดยมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงานกุมารเวชกรรมและสูตินรีเวชกรรม และได้รับการตรวจประเมินและรับรองเป็นโรงพยาบาลมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองในปี 2553

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านทารกแรกเกิดและทารกเกิดก่อนกำหนดได้แก่ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)ซึ่งสนับสนุนการพัฒนาบริการ

2. การวางแผนจำหน่าย (discharge planning)

2.1 ความหมายของการวางแผนจำหน่าย

วันเพ็ญ พิชิตพรชัย (2546: 5) กล่าวถึงการวางแผนจำหน่ายว่า หมายถึงกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ต้องมีความร่วมมือประสานงานระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการติดตาม ประเมินผล

จินตนา ตั้งสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคือกระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยการกำหนด วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ การปฏิบัติและการประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล

McKeehan (1981) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยคือกระบวนการที่เกิดจากการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีการ ประเมินความต้องการดูแลที่บ้าน และทำงานร่วมกันกับญาติและผู้ป่วยเพื่อวางแผนการปฏิบัติตัว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

Armitags (1995: อ้างถึงใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546 หน้า 3) กล่าวถึงการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากสถานที่หรือสถานบริการแห่งหนึ่งไปอีก แห่งหนึ่ง รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย จากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น มีการ สนับสนุนด้านจิตใจการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้คำปรึกษา และจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถาน บริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือไปยังบ้านผู้ป่วย

Clausen (1984) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการส่งต่อความรับผิดชอบ ต่าง ๆ โดยผ่านจากพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ไปสู่ผู้ป่วยและญาติหรือทีมสุขภาพอื่น

อารี ชิวเกษมสุข (2551: 14) กล่าวว่า การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็น การวางแผนพยาบาลเพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้รักษา

Damiani (2009) ทำการศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่ายเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลรักษาในโรงพยาบาลระยะการฟื้นฟูสภาพตลอดจนภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลไปอยู่บ้าน เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและลดอัตรากลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำ (readmission)

Florida Department of Health ได้สรุปการวางแผนจำหน่ายว่าเป็นกระบวนการเพื่อ ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การบริการของชุมชนและ แหล่งสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนอย่างปลอดภัย

Foust JamiceB (2005) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะฉุกเฉินจนถึงระยะออกจากโรงพยาบาล ภายใต้สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ พบว่าตัวผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการกำหนดการวางแผนจากการสอน (discharge teaching) ในการปฏิบัติงานประจำวัน

สิริวรรณ เดียวสุรินทร์ (2549) กล่าวถึงการวางแผนจำหน่ายว่าหมายถึงกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการประสานงานในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ต้องเริ่มกิจกรรมตั้งแต่ระยะเริ่มรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยใช้กระบวนการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว รวบรวมปัญหาและความต้องการการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแล ปฏิบัติตามแผนและประเมินผลลัพธ์ โดยเริ่มจากการสอน สาธิตแนะนำ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกิจกรรมประจำวันในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่อง (continuing Care) ไปที่บ้านและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถดูแลตนเองได้

2.2 ความเป็นมาและความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย

2.2.1 ความเป็นมาของการวางแผนจำหน่าย

ระบบบริการด้านสุขภาพปัจจุบันเป็นระบบที่จัดบริการด้านสุขภาพใน 4 มิติ คือการส่งเสริม/สร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชน โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (กรมอนามัย, 2545) ทั้งนี้ต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ดังนั้นการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพจึงต้องมีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน และติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (continuing care) ซึ่งการวางแผนจำหน่าย (discharge planning) เป็นปัจจัยสำคัญ เพราะเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ บทบาทผู้ให้การดูแลสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นการตั้งรับอยู่ในสถานบริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้มีสุขภาพดี (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546 : 25-26) และจากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2540

กล่าวถึงการวางแผนจำหน่ายว่าเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และครอบคลุมการดูแลต่อเนื่อง นับตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟู ในทุกระยะของภาวะสุขภาพ มีการวางแผนตั้งแต่เริ่มภาวะเจ็บป่วย จนกระทั่งหายจากโรคและกลับไปดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและนอกจากนี้ในมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติพลเอก สิริราชสมบัติ 60 ปี พ.ศ.2552 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) ได้กำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล ให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพและมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2.2 ความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546: 5) การวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจาก (สิริวรรณ เดียวสุรินทร์, 2549)

- 1) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง
- 2) ส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่อง (continuing care) อย่างองค์รวม ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลไปที่บ้าน จึงต้องมีการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาล การส่งต่อ (refer) และการบริการสุขภาพที่บ้าน (home health care)
- 3) ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษา
- 4) ช่วยลดจำนวนวันนอนและลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

2.3 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้านและชุมชน ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546:5)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยความถูกต้องเหมาะสมจากทีมสุขภาพ
2. การส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังทีมสุขภาพอื่น
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล ตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
4. เพื่อลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
5. ลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

6. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และครอบครัว
7. เพิ่มการใช้แหล่งประโยชน์ใกล้ตัว ใกล้บ้าน
8. ลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว

2.4 กระบวนการวางแผนจำหน่าย

กระบวนการวางแผนจำหน่ายต้องดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.4.1. การประเมินผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาและความต้องการ (assessment)

(วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546: 25-26)

การดูแลของผู้ป่วย ต้องมีการประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อทราบปัญหาและความต้องการดูแล ตั้งแต่แรกจนต่อเนื่องไปที่บ้าน โดยการสังเกต ชักประวัติผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อทราบปัญหาผู้ป่วย ในโรคที่เป็น ทักษะและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในท้องถิ่น เพื่อนำมาวางแผนในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

2.4.2 การวางแผนจำหน่าย (plan) เป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากการประเมิน (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546:29) ประกอบด้วย

1) การวินิจฉัยปัญหา จากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจากข้อมูลปัจจัย นำมาตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อกำหนดสภาพผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การขาดความรู้ของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การวินิจฉัยปัญหาเพื่อการวางแผนต้องขึ้นอยู่กับการต้องการ เป้าหมายของผู้ป่วยเฉพาะราย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล อาจกำหนดได้ดังนี้

(1) การวินิจฉัยเฉพาะหน้า เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในระยะยาวเป็นการป้องกันการเกิดปัญหา

(2) การวินิจฉัย ตามความต้องการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่ายตามความต้องการนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งบางรายต้องได้รับการแนะนำฝึกทักษะในการปฏิบัติ ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล ก่อนการจำหน่าย เช่น ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

2) การวางแผนการพยาบาลเพื่อการจำหน่าย เป็นการกำหนดกิจกรรมในแผนการจำหน่าย โดย

(1) การกำหนดแผนการเตรียมจำหน่าย หลังการประเมินปัญหา การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลแล้วทำให้ทราบความต้องการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ วัฒนธรรม ความเชื่อ นำมาวิเคราะห์ กำหนดแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเป็นรายกรณี โดยทีม

สหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และโภชนาการ เป็นต้น โดยกำหนดเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาว และวิธีปฏิบัติในแผนการจำหน่าย

(2) การบันทึกแผนจำหน่าย อาจต้องบันทึกแผนจำหน่ายลงในแบบฟอร์มเพื่อรายงานอาการผู้ป่วยประจำวันเนื้อหาที่จะบันทึกได้แก่ การวินิจฉัยการพยาบาล ความคาดหวังของผู้ป่วย ระยะเวลาในการฝึกทักษะความต้องการความรู้ในการปฏิบัติตัว หรือการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เป็นต้น

2.4.3 การนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยไปปฏิบัติ (implementation) หลังการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแล้ว เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติตามแผน สิ่งที่ยาบาลต้องกระทำภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยคือ (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546:29 - 31)

1) การสอนผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องสอนเรื่องที่ซับซ้อนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจ อาจต้องแนะนำและสาธิตจากสิ่งง่าย ๆ ไปหายาก ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเรื่อง กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ฝึกทักษะในการปฏิบัติสอนผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวกับภาวะที่ประสบอยู่ สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ แจ้งความก้าวหน้าในการปฏิบัติ และสิ่งที่ต้องแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยทราบและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) การให้คำปรึกษา ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น อาจเป็นองค์กรในชุมชนหรือแหล่งทรัพยากร

3) การบันทึกการสอน ต้องมีการบันทึกสิ่งที่สอนไปแล้วการตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้การสอนมีความต่อเนื่องและการป้องกันซ้ำซ้อน โดยต้องเขียนผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและสิ่งคาดหวังต่อผู้ป่วย

4) การส่งต่อสถานบริการสุขภาพ พยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วย โดยประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการใกล้บ้าน ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4.4 การติดตามประเมินผล (evaluation)

เมื่อวางแผนและนำแผนไปปฏิบัติแล้วต้องมีการประเมินผลว่าแผนจำหน่ายที่กำหนดไว้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือไม่ ซึ่งการประเมินผลมีทั้งการประเมินผลระยะสั้นและระยะยาวถ้าประเมินแล้วผู้ป่วยยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องกลับไปสู่ขั้นตอนการประเมินใหม่และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (ฟาริดา อิมราฮิม, 2546: 34)

2.5 การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด

การวางแผนจำหน่ายทารก (discharge planning) ควรทำตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของทารกและครอบครัวล่วงหน้า ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมแผนการดูแลตั้งแต่ระยะหลังคลอดจนถึงระยะกลับบ้าน (home care) ในทารกเกิดก่อนกำหนดอาจยุ่งยากซับซ้อนต้องทำโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพสูติกรรมและกุมารเวชกรรม เมื่อทารกไปอยู่ที่บ้านมักเป็นหน้าที่ ของ primary care physician ซึ่งอาจเป็นแพทย์ หรือ พยาบาลเวชปฏิบัติในการติดตามสุขภาพของทารก (พิมล ศรีสุภาพ , 2544: 188)

ดังนั้นขณะทารกอยู่ในโรงพยาบาลจึงควรส่งเสริม ให้ บิดามารดา ได้แสดงบทบาทผู้ดูแลร่วม โดยการเสริมพลังอำนาจ สร้างสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เชื่อสัจจจริงใจเปิดเผย ยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าของผู้อื่น เมื่อมีปัญหาช่วยกันแก้ไข ตัดสินใจร่วมกัน และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันด้วยความเข้าใจ ในกระบวนการเสริมพลังอำนาจ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้กระตุ้น (sensitizer) ผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) เป็นแหล่งประโยชน์ (resources) และเชื่อว่าประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ (เครื่อวัลย์ ดิษฐตานนท์ ,2007: 49 - 52)

บิดามารดาควรมีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่แรกเกิด ให้ได้รับการสอน ให้ความรู้และคำปรึกษาจากทีมสุขภาพ เพื่อทราบขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแล

การเตรียมความพร้อมบิดามารดาก่อนจำหน่าย

การเตรียมความพร้อมบิดามารดาในการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย

1. ประเมินความพร้อมและปัญหาของบิดามารดา ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ ด้านความรู้ การดูแล สิ่งแวดล้อมทางบ้าน สังคม เศรษฐกิจ
2. วินิจฉัยปัญหาของบิดามารดา ในการดูแลทารกเพื่อวางแผนช่วยเหลือ
3. วางแผนร่วมกับบิดามารดา ในการฝึกการดูแลและทักษะต่างๆขณะอยู่โรงพยาบาล
4. ให้บิดามารดาฝึกปฏิบัติจริง และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก
5. ประเมินผลการฝึกปฏิบัติของบิดามารดาว่ามีทักษะเพียงพอที่จะสามารถดูแลทารก เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การเตรียมทารกเพื่อเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย

ทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้เมื่อ มีการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปเป็นดังนี้ (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ และ วิณา จิระแพทย์ , 2551: 164-165)

1. ทารกเกิดก่อนกำหนด มีการเจริญเติบโตที่ดี (heath growing preterm) โดยสังเกตจากสิ่งต่างๆดังนี้

1.1 ทารกที่มีการเจริญเติบโตดี อัตราเพิ่มของน้ำหนักทารกสม่ำเสมอ 15 – 30 กรัม / ก.ก. / วัน ทั้งนี้ทารกจะโตเร็วเมื่ออายุครรภ์ 36 – 44 สัปดาห์

1.2 ทารกสามารถหายใจเองได้ ในบรรยากาศห้องไม่มีภาวะหยุดหายใจ (apnea) หรือหัวใจเต้นช้า (bradycardia)

1.3 สามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ $37^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$ ในอุณหภูมิห้อง

1.4 สามารถดูดนมได้เอง และรับนมได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

1.5 น้ำหนักตัวขณะจำหน่ายประมาณ 1,800 – 2,000 กรัม

ตารางที่ 2.1 แสดงการเพิ่มน้ำหนักเฉลี่ยของทารกตามอายุ

อายุครรภ์	น้ำหนักที่เพิ่ม
24 – 28 สัปดาห์	15 – 20 กรัม / กก / วัน
29 – 32 สัปดาห์	17 – 21 กรัม / กก / วัน
33 – 36 สัปดาห์	14 – 15 กรัม / กก / วัน
37 – 40 สัปดาห์	7 – 9 กรัม / กก / วัน
4 สัปดาห์ – 3 เดือน	30 กรัม / วัน

ที่มา : Price PT, Kahan SC. Nutrition and selected

Disorders of the gastrointestinal tract. In Klaus MH Fanasoff AA .eds.Care of high risk neonate .5Th ed.Philadelphia W.B. Sannders Co.2001: 172.

อ้างอิงใน เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิณา จีระแพทย์ , 2551:164

ในขณะที่ทารกอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทารกควรได้รับการตรวจคัดกรองต่างๆเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ (วิไล เลิศธรรมเทวี , 2552: 318 – 319)

2. การตรวจคัดกรอง

2.1 ตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์แรกเกิด

2.2 ตรวจตาเพื่อคัดกรองภาวะตาบอดในทารกเกิดก่อนกำหนด (ROP: retinopathy of prematurity)

2.3 ตรวจคัดกรองการได้ยิน (hearing screening test)

2.4 ตรวจ Hct อยู่ในระดับปกติสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด (Hct 30 % ขึ้นไป)

3. ได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามอายุ โดยทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถรับวัคซีนในขนาดปกติ

ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล (discharge planning) จากการที่ทารกแรกเกิดรายปกติที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดและผลการตรวจร่างกายปกติ มักอยู่โรงพยาบาลเพียง 2-3 วัน ดังนั้นบิดามารดาของทารกจึงมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกและต้องการฝึกปฏิบัติการดูแลทารก พยาบาลผู้ดูแล จึงต้องให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้พ่อแม่มีความรู้และมีทักษะในการดูแลทารกดังนี้

1. การให้อาหาร โดยการให้นมแม่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น ลักษณะอุจจาระ ปัสสาวะ

2. การสังเกตการเจ็บป่วย และอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ทารกมีอาการท้องอืด มีอุณหภูมิร่างกายสูงหรือต่ำ อาการซึมลง ไม่ดูดนม เป็นต้น

3. การประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยคิดจากอายุจริง (คืออายุหลังเกิดลบระยะเวลาที่เกิดก่อนกำหนด)

4. การตรวจติดตาม ควรมาตรวจตามนัด

การจำหน่ายทารกแรกเกิดและการติดตามเยี่ยมบ้าน (วิไล เลิศธรรมเทวี , 2552: 319) ทารกแรกเกิดปกติจะอยู่ในโรงพยาบาล 2 – 3 วัน และจำหน่ายกลับบ้านเมื่อ

1. สภาพทารกปกติ สัญญาณชีพปกติคงที่
2. ดูดนมได้ดี ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะแล้ว
3. ได้รับการตรวจเลือดเพื่อตรวจคัดกรอง
4. บิดามารดามีความรู้และทักษะในการดูแล เช่น การให้นมแม่ มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยและการช่วยเหลือ

การติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายครั้งแรก อาจกำหนด 24 – 72 ชั่วโมง เพื่อประเมินการปรับตัวทารก การให้อาหาร และภาวะตัวเหลือง คู่มือสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก โดยใช้เวลา 60 – 90 นาที นอกจากนี้ ให้บิดามารดาเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกและการดูแลการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย แนะนำการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่บ้าน

2.6 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นทารกที่มีความเสี่ยงสูง การวางแผนจำหน่ายที่เริ่มตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดการเข้ารับการ

รักษาซ้ำในโรงพยาบาล (readmission) (ญฎฐิกา แซ่เต๋ ,2552) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายมีรูปแบบ ดังนี้ (อุยวดี อัครวิเศษ ,2546 : 12-19)

2.6.1. รูปแบบ *METHOD* (กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2539)

ประกอบด้วย

1) M: Medication คือผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อยา การออกฤทธิ์ จุดประสงค์ใช้ วิธีการใช้ ข้อควรระวังและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

2) E: Environment and Economic คือ การประเมินสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจและการให้คำแนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสมการใช้แหล่งประโยชน์ การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

3) T: Treatment คือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเป้าหมายการรักษาและวิธีการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง และสามารถสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและจัดการภาวะนั้นได้อย่างเหมาะสม

4) H: Health คือ การที่ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ข้อจำกัดและผลกระทบของการเจ็บป่วย รวมทั้งการปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5) O: Outpatient referral คือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทราบแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน และรวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่

6) D: Diet คือการที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดอันตรายกับสุขภาพ

2.6.2 รูปแบบ *comprehensive discharge planning*

เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์ เป็นการวางแผนจำหน่าย จากการให้การพยาบาลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นการพยาบาลระดับสูง เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย รูปแบบนี้เป็นการประสานความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งรูปแบบนี้ใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบต่างๆ ที่เสียค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ

2.6.3 รูปแบบ *professional – patient partnership model of discharge planning*

เป็นรูปแบบที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อพัฒนาระบวนการวางแผนจำหน่ายและผลที่เกิดจากความร่วมมือ ในรูปแบบนี้ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ลดการกลับมารักษาซ้ำ (readmission)

2.6.4 รูปแบบ *partners – in care model of collaborative practice*

เป็นรูปแบบการใช้ผู้จัดการทางการแพทย์ (nurse case manager) เป็นผู้ประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขากับแพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลทั้งหมด รวมทั้งการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2.6.5 รูปแบบ *structure discharge procedure*

เป็นรูปแบบที่มีการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจนจากการกำหนดกระบวนการในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

2.6.6 รูปแบบ *ABC of discharge planning* เป็นรูปแบบที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

- (1) Step A: Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวางแผนจำหน่าย
 - (2) Step B: Building a plan การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากข้อมูลที่รวบรวมได้
 - (3) Step C: Confirming the plan เป็นการยืนยันแผนการจำหน่ายจะทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผล
- ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ (comprehensive discharge planning) บูรณาการกับรูปแบบ METHOD

2.7 การวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลตำรวจ

จากแผนพัฒนาคุณภาพของทีมพัฒนางานสาขกุมารเวชกรรม (pediatric patient care team) โรงพยาบาลตำรวจ (แบบประเมินตนเอง) กำหนดให้มีการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากขาดความเชื่อมโยงในการประสานงาน การปฏิบัติที่มีอยู่คือเมื่อทารกคลอดจะได้รับการรักษาจากกุมารแพทย์ ตามภาวะของโรค พยาบาลให้การดูแลตามกระบวนการพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ในการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่ายที่ได้รับไม่มีการกำหนดรูปแบบ เป็นเพียงการให้ข้อมูลแก่พ่อแม่ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การใช้สิทธิการรักษาพยาบาล โรคและอาการของโรค อาการเปลี่ยนแปลงประจำวัน การให้น้ำสารอาหารและนมมารดา การเจริญเติบโต เป็นต้น มารดามีส่วนร่วมโดยการมาให้นมมารดา และในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะได้รับข้อมูลตามรูปแบบ METHODตามข้อกำหนดของฝ่ายการพยาบาล เป็นเพียงการทำงานเชิงรับ ยังไม่ดำเนินการตามกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ไม่มีการวางแผนและติดตามไปประเมินหรือดูแลที่บ้านโดยการติดตามด้วยวิธีอื่นใดเช่น การติดตามทางโทรศัพท์การเยี่ยมบ้านหรือการส่งต่อข้อมูล บิดามารดาจะพาทารกมารับบริการจากโรงพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายมีรูปแบบการดำเนินการ หลายรูปแบบแล้วแต่บริบทของแต่ละแห่งบริการ ในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลตำรวจครั้งนี้ จะผสมผสานจากรูปแบบ comprehensive discharge planning ด้วยการประสานความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ได้แก่ กุมารแพทย์ จักษุแพทย์ โสต ศอ นาสิกแพทย์ พยาบาลกุมาร นักสังคมสงเคราะห์ และรูปแบบ METHOD ซึ่งเป็นรูปแบบที่โรงพยาบาลตำรวจใช้อยู่ โดยมุ่งเน้นให้บิดามารดามีความรู้เรื่องยาที่ทารกได้รับ มีการประเมินสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและแหล่งประ โยชน์ ส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมและเข้าใจ ภาวะสุขภาพของทารก บิดามารดาเห็นความสำคัญของการมาตรวจติดตามนัดและการให้นมมารดาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลานาน 6 เดือน การนัดสัมผัสทารกและการทำเงานการดูแล รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษา ระยะดูแลรักษาซึ่งต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งกระบวนการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการวางแผนจำหน่าย ทุกระยะ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการดูแล ผู้ป่วยทุกขั้นตอน

3. ประสิทธิภาพ (effectiveness)

3.1 ความหมายของประสิทธิภาพ มีผู้ให้ความหมายของประสิทธิภาพไว้ดังนี้

ไพณรินทร์ ไพบรรณโชติวัฒน์ (2554) ได้ให้ความหมายของ ประสิทธิภาพว่า หมายถึงผลลัพธ์หรือผลที่ได้จากการกระทำ โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยนำเข้าหรือต้นทุน ทั้งนี้ ประสิทธิภาพซึ่งเป็นจุลภาค (micro) เป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิภาพซึ่งเป็นมหภาค (macro)

สำนักงานประกันคุณภาพ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (<http://www.eg.mahidol.ac.th>, 2553) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการทำงานกับเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ ประสิทธิภาพจะแสดงความสามารถในการตอบสนองอย่างรวดเร็ว ทันเวลาเพื่อให้ได้ผลผลิต

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของ ประสิทธิภาพว่า หมายถึง ผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากร โดยคำนึงถึงเป้าหมาย

นอกจากนี้จัวร์วัลย์ ภักดีวุฒิ (2555) กล่าวถึงประสิทธิภาพว่า หมายถึง ความสำเร็จของงาน ที่เป็นไปตามจุดมุ่งหวัง (purpose) ที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

สรุปได้ว่าประสิทธิผล หมายถึงผลลัพธ์หรือผลสำเร็จของงานที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

3.2 แนวคิดการประเมินประสิทธิผล

การประเมินประสิทธิผล (effectiveness) เป็นการประเมินผลสำเร็จของงานตามเป้าหมาย ทั้งด้านปริมาณ (quantity) และด้านคุณภาพ (quality) (ประกอบ คูปรรัตน์, 2012) จากการถ่ายทอดของภาครัฐเกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องการประเมินความคุ้มค่าการปฏิบัติการกิจของรัฐบาลถึงการประเมินประสิทธิผลว่า เป็นการประเมินการปฏิบัติการกิจที่เกิดผลประโยชน์ต่อประชาชน ซึ่งมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับก่อนดำเนินการ มีตัวชี้วัดประสิทธิผล ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

สรุปได้ว่าการประเมินประสิทธิผล เป็นการประเมินผลสำเร็จของงาน ว่าบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยมีรายละเอียดดังนี้

สุมาลี บุญธรรม (2554) ได้ทำการวิจัยเชิงพัฒนา เรื่องการพัฒนาและประเมินมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายทารกน้ำหนักตัวน้อย ในหออภิบาลทารกแรกเกิดจังหวัดสงขลาโดยการจัดทำร่างมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายทารกน้ำหนักตัวน้อย 8 มาตรฐานคือ 1) การดูแลการหายใจให้เป็นปกติ 2) การดูแลเพื่อป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ 3) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อ 4) การดูแลให้ได้รับนมให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 5) การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ 6) การดูแลเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารก 7) การดูแลด้านพัฒนาการ และ 8) การมาพบแพทย์ตามนัดรวมการให้วัคซีน โดยให้พยาบาลวิชาชีพ 17 คนปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายทารกน้ำหนักตัวน้อย กับมารดาและทารกน้ำหนักตัวน้อย 10 คน และประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรมของมารดา พบว่าพยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานเชิงกระบวนการร้อยละ 100 จาก 71 ข้อ มีเพียง 1 ข้อคือการประสานแผนกหลังคลอดในการให้มารดามาเยี่ยมทารกใน 24 ชั่วโมงของมารดาคลอดปกติ และ 48 ชั่วโมงของมารดาผ่าตัดคลอดที่ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ ส่วนมาตรฐานเชิงผลลัพธ์พบว่ามารดาทุกคนปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 100 จำนวน 6 ข้อ มี 2 ข้อที่ได้ร้อยละ 90 คือการบอกถึงภาวะการสูญเสียความร้อนจากร่างกายทารก และสาเหตุการทำให้ทารกติดเชื้อ

วิสรุ สักดาจิระเจริญ (2553) ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดของมารดากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติกลุ่มละ 20 คู่ โดยศึกษาในมารดาที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วยแผนการจำหน่าย การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่าย ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กันทิมา ขาวเหลือง ปรีชกมล รัชกุล และเรณู พุกบุญมี (2552) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลปทุมธานีและมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวิจัย 9 คน และมารดาที่คลอดก่อนกำหนด 16 ราย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ขั้นเตรียมการเป็นการเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน ประสานงานและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัย 2) ขั้นดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการวางแผนจำหน่าย ปฏิบัติตามแผน สังเกต สะท้อนการปฏิบัติและปรับปรุงแผน 3) ขั้นประเมินผลของรูปแบบจากการพัฒนา 2 วงจรเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ แล้วนำรูปแบบไปใช้กับมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด 10 ราย ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) โครงสร้างด้านบุคลากรโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่กุมารแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเวชกรรมสังคม 2) การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอนคือ (1) ประเมินปัญหาความต้องการ (2) วินิจฉัยปัญหา (3) กำหนดแผนจำหน่าย ประกอบด้วย แผนผังการทำงานเป็นทีม แบบบันทึกการจำหน่าย และการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด (4) ปฏิบัติตามแผน กิจกรรมปฏิบัติรวม 7 วันโดยใช้รูปแบบ METHOD และ (5) ประเมินผลและส่งต่อการดูแล จากการประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่ามารดามีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ทารกไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และทีมสหสาขา มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำไปสู่การปฏิบัติกรวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีคุณภาพได้จริงอย่างยั่งยืน

สุวรรณ นาควัชรางกูร (2546) ได้ทำการศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาและทารกหลังคลอดปกติในโรงพยาบาลชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการวางแผน

จำหน่ายมารดาและทารกหลังคลอดปกติในโรงพยาบาลชุมชนและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลบุตร ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดปกติ 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 รายผลการวิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนา มีค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลบุตร สูงกว่ามารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของมารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ามารดาที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มารดาและทารกที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนน้อยกว่ามารดาและทารกที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

สินินาญ ลิ้มนิยมธรรม (2546) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลที่เน้นการเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลทารกของมารดา ได้ศึกษาในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 คน ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลที่เน้นการเตรียมจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมในการดูแลทารกจากการใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญและวัดพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกครั้งแรกและเมื่อจำหน่ายทารก ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่เน้นการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย ลดลงมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพฤติกรรมในการดูแลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัจฉา โรบล แสงประเสริฐ (2545) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเกื้อที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเกื้อที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยเกื้อได้แก่ รายได้ครอบครัว การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลสัมพันธภาพคู่สมรส ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความเครียดของการเป็นมารดา ทั้งนี้ศึกษาในมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดอายุ 2-4 เดือน และพาทารกมาตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก จังหวัด นครสวรรค์ จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ

ในการรวบรวมข้อมูลทารก การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเครียดของมารดาพบว่า มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดมีการทำหน้าที่ครอบครัวในระดับปานกลาง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารกมีอิทธิพลและทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัวของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการทำหน้าที่ครอบครัว ของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 33

จุฑารัตน์ มีสุขโข (2540) ได้ศึกษาความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาราช นคร เชียงใหม่ โดยศึกษาในมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด เป็นครั้งแรกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์ จำนวน 12 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แนวลึก และการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง ติดตามเยี่ยมบ้านหลังทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะจนทารกมีอายุ 4-6 เดือน พบว่าความต้องการข้อมูลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด มี 12 ความต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการให้นม อาหารเสริม การหลับและตื่นของทารก การร้องไห้ ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การได้รับวัคซีน ความจำเป็นในการมาตรวจนัด การให้ยา การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ การอาบน้ำ การเคาะปอด และดูดเสมหะ การแก้ไขปัญหาการอึฉาน้องและความต้องการข้อมูลการดูแลตนเองของมารดา ส่วนความต้องการด้านการช่วยเหลือสนับสนุนมารดาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มี 2 ด้าน ด้วยกัน คือ ความต้องการการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านอารมณ์ และการเงิน

กำไล ศรีวิชา(2548)ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีแบบนำทางต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ก่อนและหลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีแบบนำทาง โดยศึกษาในมารดาที่มีความวิตกกังวลสูง มีอายุครรภ์ 24 – 34 สัปดาห์ คลอดทารกคลอดก่อนกำหนดครั้งแรก เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีแบบนำทางแบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก และการดูแลทารกเมื่อต้องออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก หลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้ทฤษฎีแบบนำ มารดามีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

นัยนา วงษ์นิยม (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกฝนมารดาต่อความพร้อมของมารดาในการเลี้ยงดูทารก ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยศึกษาในมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนด 22 คู่ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการฝึกมารดาในการดูแลทารก แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้ แบบสังเกตทักษะมารดา และแบบประเมินพฤติกรรมทารก แบบประเมินภาวะสุขภาพทารก หลังออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกฝน มีความพร้อมในการเลี้ยงดูทารกดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และทารกของมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกฝน มีการเจริญเติบโตและภาวะสุขภาพไม่แตกต่างจากทารกของมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทารกของมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฝึกฝนมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่า ทารกของมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .017

Lawn, Kambafwile, Horta, Barros and Cousens (2010) ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลของการทำแกงการูแคร้ต่ออัตราการตายของทารกซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดก่อนกำหนด โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์แบบ Meta analysis จากการศึกษาวิจัยที่รายงานอัตราการตายและอัตราเจ็บป่วย 15 งานวิจัยที่ได้ข้อมูลจากประชากรที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง โดยงานวิจัย 14 ชิ้นเป็นกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ส่วนงานวิจัยอีก 1 ชิ้นไม่มีข้อมูลน้ำหนักแรกเกิดจึงไม่นำมาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์พบว่าผลของการทำแกงการูแคร้ในสัปดาห์แรกพบว่าอัตราการตายของทารกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดอัตราการเจ็บป่วยร้ายแรงของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม ซึ่งสรุปผลได้ว่าการทำแกงการูแคร้สามารถลดอัตราการตายของทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยกว่า 2,000 กรัม และมีประสิทธิภาพในการลดอัตราเจ็บป่วยร้ายแรงโดยเฉพาะการติดเชื้อ

American Academe of pediatrics (1998) ได้กำหนดแนวปฏิบัติการจำหน่ายทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงสูงจากโรงพยาบาลให้เป็นนโยบายแรกที่ยอมรับและแพร่หลายคือทารกในกลุ่ม 1) ทารกเกิดก่อนกำหนด 2) ทารกที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ ได้แก่ทารกที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆ 3) ทารกที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาความรุนแรงของครอบครัว และ 4) ทารกที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิต โดยมีข้อกำหนดดังนี้ 1) การดูแลทารก 2) การวางแผนดูแลเด็กที่บ้าน (home care planning) 3) การดูแลสภาพแวดล้อมของบ้านและครอบครัว และ 4) ชุมชนและระบบสุขภาพ

Lian, Ying, Peng and Yann (2008) ได้ทำการศึกษาการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลทั่วไปสิงคโปร์ มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 240 คนจากจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนด 1,500 คนต่อปีเป็นทารกน้ำหนักต่ำมากเฉลี่ย 1210 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่าย

ล่าช้า ทารกต้องอยู่โรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าแข็งแรงแล้ว ทีมผู้ดูแลประกอบด้วย แพทย์ทารกแรกเกิดและพยาบาลได้ศึกษาย้อนหลัง (retrospective) จากทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 36 คนที่ได้รับการจำหน่ายล่าช้าจากสาเหตุ 1) การกำหนดน้ำหนักทารก 2,000 กรัม 2) การวางแผนจำหน่ายต่อบิดามารดาล่าช้า 3) การวางแผนจำหน่ายล่าช้า และ 4) ไม่มีผู้รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าหลังจากมีการพัฒนาแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด มีการปรับปรุงแนวทางให้จำหน่ายทารกเมื่อมีน้ำหนักเฉลี่ยที่ 1,915 กรัม รวมถึงให้มีการเตรียมจำหน่าย บิดามารดา พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 59.8

Stewart (2013) ได้เขียนบทความเรื่องการวางแผนจำหน่ายทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงว่า ทารกแรกเกิดกลุ่มนี้เป็นทารกที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน การลดจำนวนวันนอน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาที่ทารกต้องแยกจากบิดามารดาและลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องอยู่ในไอซียูยังคงเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดอัตราตาย อัตรา ความพิการตามมา ซึ่งทารกเหล่านี้ต้องการการดูแลด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย การวางแผนจำหน่ายแบบสมบูรณ์โดยสหสาขาวิชาชีพจะช่วยลดอัตราตายและอัตราพิการของทารกเกิด ก่อนกำหนด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ทั้งนี้ต้องมีการประเมินความพร้อมเพื่อการจำหน่าย การดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยการให้ความรู้แก่บิดามารดาและการวางแผนที่ จำเป็นเฉพาะรายในการติดตามดูแลที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายสำหรับทารกกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะ ทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งส่วนมากต้องอยู่ในไอซียูเพราะต้องการการดูแลที่ใกล้ชิด การวางแผน จำหน่ายทำให้มั่นใจได้ว่าการจำหน่ายทารกกลับบ้านจะมีความปลอดภัย เนื่องจากการดูแลทารกที่ บ้านโดยทั่วไปมีความเสี่ยงที่จะเพิ่มอัตราตายและพิการ จะเห็นว่าการวางแผนจำหน่ายที่ดำเนินการ โดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทีมดูแลระบบทางเดินหายใจ นักสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ แรกรับทารก ตลอดการดูแลในโรงพยาบาลจะเกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป

Merritt , Raddish (1998) ได้ทบทวนแนวปฏิบัติเพื่อการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อหาโอกาสลดต้นทุนค่าใช้จ่าย พบว่าความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตรารอดชีวิตของทารก เพิ่มขึ้น การวางแผนจำหน่ายและการเตรียมความพร้อมบิดามารดาหรือผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษามา บ้างในการดูแลแทนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้สรุปแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายในระยะแรก รับซึ่งเป็นการวางแผนการทำงานของบุคลากรจากการสอน แนะนำความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล การประเมินอาการทารก ความต้องการทางสังคม การประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน การวางแผนสำหรับทารกที่มีความซับซ้อนที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยการใช้การใช้เทคโนโลยีที่บ้านซึ่ง เป็นการยากในการดูแล ครอบครัว ต้องมีการปรับตัวในการดูแล มีการศึกษาปัจจัยความสำเร็จใน การวางแผนจำหน่ายในระยะเริ่มต้น โดยใช้ครอบครัวเป็นกลุ่มทดลอง มีการเตรียมบิดามารดาที่

ทารกอยู่ในไอซียูในการแสดงบทบาทบิดามารดาขึ้นพื้นฐานโดยเริ่มตั้งแต่ขั้นเตรียมการ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลทารกสูง วันนอนในไอซียูและโรงพยาบาลนาน ดังนั้นการส่งต่อทารกกลับชุมชนควรมีเครือข่ายที่เชื่อมโยงการดูแล

Harrison (1998) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับนมมารดากับความสามารถทางปัญญา โดยศึกษาในเด็ก 298 คนที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมเมื่อเด็กอายุ 7-8 ปีในประเทศนิวซีแลนด์จากหลักฐานที่ผ่านมามีให้เห็นว่านมมารดามีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จขององค์ความรู้และการศึกษาในวัยเด็กซึ่งมีผลมาจากสารอาหารในนมมารดาที่มีประโยชน์มากที่สุดสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนด เนื่องจากเพื่อให้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่เช่น การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาอย่างไม่มีโครงสร้าง มีเพียงการให้ข้อมูลที่จำเป็นแต่ไม่มีการเชื่อมโยง ขาดการประสานงาน ข้อมูลสูญหาย และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าหน่วยงานใช้รูปแบบ METHOD ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นข้อกำหนดของฝ่ายการพยาบาล แต่ไม่มีการประเมินความต้องการทางสังคม และประสานแหล่งประโยชน์หรือหน่วยส่งต่อ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่คลอบในโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ทั้งนี้เพื่อนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น มาเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต่อไป

