

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราวิชาการ และบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ทารกคลอดก่อนกำหนด

- ความหมายของทารกคลอดก่อนกำหนด
- การประเมินอายุครรภ์ของทารกแรกเกิด
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด
- การแบ่งประเภททารกคลอดก่อนกำหนด
- การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
- ปัญหาด้านสุขภาพ และพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด
- แนวทางการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาล
- การส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลของบิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

การวางแผนจำหน่าย

- ความหมายของการวางแผนจำหน่าย
- แนวคิดในการวางแผนจำหน่าย
- รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย
- บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย
- ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย
- ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่าย
- เครื่องมือในการวัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย
- ตัวชี้วัดประสิทธิผลการวางแผนจำหน่าย

การดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ความหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- การดูแลอย่างต่อเนื่องกับการวางแผนจำหน่าย
- คุณลักษณะของระบบการดูแลต่อเนื่อง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

- แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- หลักการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
- ขั้นตอนในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ทารกคลอดก่อนกำหนด

ความหมายของทารกคลอดก่อนกำหนด

หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (น้อยกว่า 259 วัน) โดยคำนวณจากวันมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา และไม่ค้ำนึ่งถึงน้ำหนักตัว ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2540; Ashwill & Droske, 1997 อ้างใน นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545)

การประเมินอายุครรภ์ของทารกแรกเกิด

ทารกคลอดก่อนกำหนด มีลักษณะแตกต่างกันตามอายุครรภ์ อายุครรภ์ ยิ่งน้อยเท่าใด ลักษณะเฉพาะของทารกคลอดก่อนกำหนดจะปรากฏให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งการประเมินอายุครรภ์ของทารกแรกเกิดสามารถทำได้ ดังนี้ (วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2540)

1. ชั่งประวัติมารดาจากประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย การประเมินอายุครรภ์ทารก ด้วยวิธีนี้ถูกต้องเพียง ร้อยละ 80 ของทารกเท่านั้น (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) เนื่องจากบางครั้งมารดาอาจจำประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้ไม่แน่นอน

2. การวัดขนาดของมดลูกมารดาขณะมารดาตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย

3. การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ โดยวัดเส้นผ่าศูนย์กลางของกระดูกด้านข้างกะโหลกศีรษะ (Biparietal Diameter:BPD) ขนาดรอบศีรษะ (Head Circumference)

เส้นรอบท้อง ความยาวของทารกตั้งแต่ศีรษะถึงต้นเท้า (Abdominal Circumference) ความยาวของกระดูกขา (Crown-lump Length) และการตรวจการเจริญเติบโตของอวัยวะภายในของทารก (Fetal Organ Development)

4. การตรวจร่างกายทารกหลังคลอด โดยอาศัยลักษณะต่างๆ ของทารกที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาวิธีการต่างๆ สรุปได้ 4 วิธี คือ การตรวจร่างกายภายนอก การตรวจทางระบบประสาท การตรวจร่างกายภายนอกร่วมกับการตรวจทางระบบประสาท การตรวจเลนส์ตา ซึ่งปัจจุบันวิธีการที่นิยมใช้ คือ วิธีการตรวจร่างกายภายนอกร่วมกับการตรวจทางระบบประสาท เรียกว่า วิธีของบาลลาร์ด (New Ballard Score:NBS, 1991) สามารถประเมินอายุครรภ์ทารกได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 20-44 สัปดาห์ และใช้เวลาประเมินเพียง 3-4 นาที มีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้ การตรวจจะแม่นยำที่สุด ถ้าตรวจในช่วงทารกอายุ 30-42 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากเป็นช่วงที่ทารกปรับตัวให้เข้ากับภาวะสิ่งแวดล้อมรอบตัว และถ้าตรวจเมื่อทารกอายุน้อยกว่า 30 ชั่วโมง จะมีผลคลาดเคลื่อนน้อยกว่าเมื่อตรวจทารกอายุมากกว่า 42 ชั่วโมง การตรวจทางระบบประสาทที่เหมาะสมควรเป็นเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง หลังจากมือนมเพราะทารกจะไม่หิวหรือง่วงเกินไป ส่วนทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ การตรวจจะแม่นยำมากขึ้น ถ้าทำภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด (พิมล ศรีสุภาพ, 2540)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด

การคลอดก่อนกำหนดนั้นก่อให้เกิดปัญหามากมายตามมาทั้งต่อมารดาและทารก และมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; พัชรวิวรรณ วิสิทธิ์พานิช และคณะ, 2546) ได้แก่

1. มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี หรืออายุมากกว่า 34 ปี
2. มารดาที่ได้รับการกระทบเพื่อน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
3. มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด, ภาวะรกเกาะต่ำ
4. มารดาที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น กามโรค เอดส์ เป็นต้น
5. มารดาที่มีประวัติคลอดบุตรก่อนกำหนด
6. มารดาที่มีประวัติดื่มเหล้า น้ำชา หรือกาแฟเป็นประจำ
7. มารดาที่มีประวัติสูบบุหรี่เป็นประจำขณะตั้งครรภ์

การแบ่งประเภททารกคลอดก่อนกำหนด

การแบ่งประเภทของทารกคลอดก่อนกำหนด แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท

1. แบ่งตามอายุครรภ์ มี 3 กลุ่ม คือ (Mattson & Smith, 2000 อ้างใน นฤมล วีระรังสิกุล, 2545)

1.1 ทารกคลอดก่อนกำหนดมากที่สุด (Extremely Preterm) หมายถึง ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 24 – 30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดมักอยู่ระหว่าง 450 - 1,500 กรัม ทารกกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ในหน้าที่ของร่างกายและระบบประสาทมากที่สุด ต้องได้รับการพยาบาลและดูแลเป็นพิเศษ ถ้ารอดชีวิตมักมีพยาธิสภาพของสมองและระบบประสาทหลงเหลือ โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

1.2 ทารกคลอดก่อนกำหนดปานกลาง (Moderately Preterm) หมายถึง ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 31 - 36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดมักอยู่ระหว่าง 1,500 – 2,000 กรัม อาจพบสูงสุดถึง 2,500 กรัม โดยเฉพาะทารกที่คลอดระหว่างอายุครรภ์ 35 – 36 สัปดาห์ ทารกกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ในหน้าที่ของร่างกาย แต่เมื่อได้รับการรักษาดูแลด้วยเครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการตายของทารกลดน้อยลง

1.3 ทารกคลอดก่อนกำหนดเล็กน้อย (Slightly or Borderline Preterm) หมายถึง ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดใกล้เคียง 2,500 กรัม หรือมากกว่า คือ 2,500 – 3,250 กรัม ทารกกกลุ่มนี้มีลักษณะใกล้เคียงกับทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกกกลุ่มนี้ มักไม่ค่อยพบปัญหาเหมือนสองกลุ่มแรก

2. แบ่งตามอายุครรภ์และน้ำหนักตัว มี 3 กลุ่ม คือ (Wong, 1995 อ้างใน นฤมล วีระรังสิกุล, 2545; กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2.1 ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ (Preterm – Large for Gestational Age : Preterm - LGA) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90

2.2 ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีขนาดเหมาะสมกับอายุครรภ์ (Preterm – Appropriate for Gestational Age : Preterm - AGA) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 - 90

2.3 ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (Preterm – Small for Gestational Age : Preterm - SGA) หมายถึง ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10

การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดนั้น จะแตกต่างกันไปตามความจำเป็น และอาการ หรือพยาธิสภาพโรคของทารกแต่ละราย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2545; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; ธราธิป โคละทัต, 2551) และควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

อวัยวะต่างๆ ของทารกคลอดก่อนกำหนดยังทำงานไม่เต็มที่ทุก ระบบ โดยเฉพาะศูนย์กลางควบคุมความร้อนของสมองส่วน Hypothalamus และร่างกายมีไขมัน ได้ผิวหนังน้อย มีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนได้ง่ายกว่าเด็กคลอดครบกำหนด ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ถ้าอุณหภูมิภายนอกสูง ก็จะทำให้ตัว ร้อนง่าย (Hyperthermia) ถ้าอุณหภูมิภายนอกต่ำก็จะตัวเย็นเร็ว (Hypothermia) และถ้าอุณหภูมิ ในร่างกายต่ำลง จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด ภาวะเลือด เป็นกรด และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. การป้องกันการติดเชื้อ

ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ของทารกคลอดก่อน กำหนดยังทำงานไม่เทียบเท่ากับทารกที่คลอดครบกำหนด จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ควรคำนึงถึง หลักการดูแล ดังนี้ คือ การล้างมือก่อนและหลังการจับเด็กทุกครั้ง, ไม่สวมนาฬิกา สร้อยข้อมือ หรือแหวน, การตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่สบายควรหยุดทำงาน, แยกของใช้ใน เด็กแต่ละคน, ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เช่น เช็ดตู้อบด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน, แยกทารกที่มีการ ติดเชื้อไว้ในห้องแยก และจำกัดญาติเข้าเยี่ยม

3. การป้องกันภาวะเลือดออก

ภาวะเลือดออกในช่องสมอง (Periventricular – Intraventricular Hemorrhage, PVH-IVH) เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนด ยิ่งอายุ ครรภ์น้อยยิ่งมีอุบัติการณ์สูง ดังนั้น การป้องกันภาวะเลือดออกในช่องสมองของทารกคลอดก่อน กำหนด สามารถทำได้โดยการให้วิตามินเค (Vitamin K) ในทารกคลอดก่อนกำหนดทุกราย

4. การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากความ ไม่สมบูรณ์ของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย เช่น ภาวะหยุดหายใจ Apnea ซึ่งทารกคลอดก่อน กำหนดส่วนใหญ่จะมีการหายใจแบบเร็วตื่น ไม่สม่ำเสมอ หยุดเป็นพักๆ แต่ไม่เกิน 20 วินาที (Periodic Breathing) ควรมีการเตรียมออกซิเจนไว้ ถ้าทารกเกิดภาวะหยุดหายใจเกิน 20

วินาที (Apnea) ควรให้ออกซิเจนที่มีแรงดันบวกผ่าน Mask และ Bag ความเข้มข้นไม่เกิน 40% เพราะจะทำลายเซลล์ประสาทตาทำให้ทารกเกิดตาบอด Retrolental Fibroplasia ได้

5. การให้อาหาร

ควรเริ่มอาหารโดยเร็วเมื่อทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถทานได้ โดยทั่วไปมักเริ่มหลังจาก 6 ชม. หลังคลอดโดยมีการ test feed โดย 5% Glucose หรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วก่อน แล้วจึงตามด้วยนมมารดาหรือนมผง ทุก 3 ชั่วโมง โดยต้องเริ่มจากครั้งละน้อยๆ และเจือจางก่อน ถ้าทารกตัวเล็กมากควรให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia

6. การให้วิตามินและเหล็ก

ทารกคลอดก่อนกำหนดมีจำนวนธาตุเหล็กน้อยกว่าทารกปกติทั่วไป จึงอาจทำให้เกิดอาการซีดขึ้นได้ การให้ธาตุเหล็กจึงมีความจำเป็นมาก และบางรายอาจให้วิตามินอีร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตก

ปัญหาด้านสุขภาพ และพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดบางราย อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ทุเลาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่ออาการทุเลาหรือหายแล้ว อาจพบปัญหาทางสุขภาพเรื้อรังที่เป็นผลจากการรักษา ได้แก่ ตาบอด สูญเสียการได้ยิน โรคปอดเรื้อรัง ปัญหาด้านสุขภาพ และพัฒนาการของร่างกายและสมองช้ากว่าปกติ ดังนี้

1. ปัญหาด้านสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์ในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดก้าวหน้าไปมาก ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดรอดชีวิตมากขึ้น แต่ทารกคลอดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตนั้น จะต้องอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ มีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และ วิณา จีระแพทย์, 2545; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; ธรรณีป โคละทัต, 2551; Lang & Ballard, 1988; Bernbaum, et al., 1989) ปัญหาด้านสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนดที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อ

ทารกคลอดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายในช่วง 1 ปีแรก เนื่องจากกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ รวมทั้งมีการลดระดับของอิมมูโนโกลบูลินจี (Immuno-globulin G) ซึ่งทำหน้าที่ในการต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย เพราะทารกคลอดก่อนกำหนดจะได้รับอิมมูโนโกลบูลินจี จากมารดาในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blackburn (1995) พบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีระดับอิมมูโนโกลบูลินจี

น้อยกว่า 100 มก/ดล. ในช่วงอายุ 2-3 เดือนแรกหลังคลอด ในขณะที่ทารกคลอดครบกำหนดมีถึง 400-500 มก/ดล. ในช่วงอายุเดียวกัน

โลหิตจาง

เนื่องจากมีเหล็กสะสมไว้น้อย และจะถูกนำออกมาทดแทนระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงจากการเจริญเติบโต ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะโลหิตจางโดยธรรมชาติที่รุนแรง และนานกว่าทารกคลอดครบกำหนด

ความผิดปกติทางการหายใจ

ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวได้ในช่วง 6 เดือนแรก เนื่องจากการพัฒนาของระบบทางเดินหายใจไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหายใจมีเสียงดัง โดยเฉพาะในขณะที่ทารกนอนหลับหรืออยู่ในห้องที่เงียบสงบ มีลักษณะการหายใจที่ไม่สม่ำเสมอ และอัตราการหายใจที่มีการเปลี่ยนแปลงมากในขณะตื่นและนอนหลับ

ความผิดปกติของกระเพาะอาหารและลำไส้

- อาการปวดท้องแบบโคลิค (Colic) หมายถึง การร้องไห้กวนมากเป็นระยะๆ ใน 3 เดือนแรก มักจะเริ่มในสัปดาห์ที่ 2-3 ในทารกคลอดก่อนกำหนดอาจจะช้ากว่านี้ การร้องแบบโคลิคเป็นลักษณะการร้องแบบหาสาเหตุไม่ได้ โดยมักจะร้องตอนบ่าย หรือตอนเข้ามืด โดยระยะเวลาการร้องประมาณ 3-4 ชั่วโมงหรืออาจจะมากกว่า อาการร้องโคลิคโดยทั่วไปจะหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 3 เดือน แต่ทารกบางคนอาจร้องจนกระทั่งอายุ 6 เดือน

- การสำรอกนม อาเจียน และการไหลย้อนของนมเข้าสู่หลอดอาหาร (Gastrointestinal Reflux) เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารยังไม่แข็งแรง จึงไม่สามารถป้องกันการไหลเวียนกลับของของเหลวจากกระเพาะอาหารได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องร่วมด้วยคือ การให้นมที่ไม่ถูกวิธี เช่น ภายหลังดูดนมแล้วไม่ได้ไล่ลม และอุ้มทารกเคลื่อนไหวมากเกินความจำเป็นหรือให้นมทารกในปริมาณมากเกินไป

ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบและไส้เลื่อนบริเวณสะดือ

สาเหตุส่วนใหญ่ นั้น เกิดจากการที่อวัยวะยังไม่เคลื่อนตัวลงถึงอวัยวะทำให้มีการคงอยู่ของ Prolapsed Vaginalis ซึ่งจะมีทางติดต่อสู่ภายในช่องท้องได้ เมื่อทารกร้องไห้หรือมีความดันในช่องท้องทำให้มีการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กลงสู่บริเวณขาหนีบ ซึ่งจะเป็นรอยโป่งนูนและจะหายไปเมื่อทารกสงบเงียบ สำหรับลำไส้ไส้เลื่อนบริเวณสะดือเกิดขึ้นเนื่องจากผนังหน้าท้องของทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่แข็งแรงเมื่อทารกร้องไห้หรือมีความดันในช่องท้อง จะมีการเคลื่อนตัวของลำไส้เล็กสู่บริเวณสะดือ

ความผิดปกติทางด้านระบบประสาทสัมผัส

- การมองเห็น (Vision) ได้แก่ ภาวะการมีพยาธิสภาพที่จอตา (Retinopathy of Prematurity) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของเส้นเลือดที่จอประสาทตา ทำให้มีความเปราะบาง แตกง่าย ทำให้มีเลือดออกและเกิดแผลเป็นในจอประสาทตาเกิดการดึงรั้งมีการหลุดลอกของจอประสาทตา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องในการมองเห็นและตาบอดในที่สุด ทารกคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 35-36 สัปดาห์ หรือน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,000 กรัม ทุกรายจำเป็นต้องได้รับการตรวจตาจากจักษุแพทย์ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจะตรวจซ้ำอีกในสัปดาห์ที่ 7-9 นอกจากนี้ ทารกคลอดก่อนกำหนดยังอาจมีปัญหาในการมองเห็นอื่นๆ อีก ซึ่งได้แก่ ตาเหล่ ตามัว สายตาสั้น สายตายาว เป็นต้น ดังนั้น การตรวจตาอย่างสม่ำเสมอในระยะ 1-2 ปีแรก ของชีวิต จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด ถึงแม้ไม่มีอุบัติการณ์ของพยาธิสภาพที่จอประสาทตาก็ตาม

- การได้ยิน (Hearing) ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการสูญเสีย การได้ยินสูงกว่าทารกคลอดครบกำหนด อุบัติการณ์ของการสูญเสียการได้ยินมี 1 ใน 5 คนของประชากรทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกจะต้องได้รับการตรวจสอบการได้ยินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรได้รับการตรวจซ้ำเมื่อทารกอายุได้ 3 -6 เดือน การมารับการตรวจหูเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เพราะการสูญเสียการได้ยินจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการพูดและภาษาในระยะต่อมา

2. ปัญหาด้านพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการช้าตามมาภายหลัง ในอุบัติการณ์ที่สูงกว่าในทารกคลอดครบกำหนด คือ ในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนัก 1,000 -1,500 กรัม จะพบว่ามีการพัฒนาการช้า ร้อยละ 9-20 และทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม พบว่ามีการพัฒนาการช้าถึง ร้อยละ 30 (Bernbaum, et al., 1989) และถ้าทารกนั้นมีน้ำหนักน้อยกว่า 600 กรัม หรือคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ระหว่าง 23-24 สัปดาห์ พบว่ามีการพัฒนาการช้ามากถึงขั้นปัญญาอ่อนมากกว่า ร้อยละ 50 (Gorrie, McKinney, & Murray, 1998)

วิลเลียม เลิศธรรมเทวี และคณะ (2539) ได้ติดตามศึกษาพัฒนาการทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 28-34 สัปดาห์ ในขวบปีแรก จำนวน 73 คน ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดของศิริราชพยาบาล โดยติดตามตั้งแต่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ และเมื่ออายุ 2, 4, 6, 9 และ 12 เดือน พบว่าอายุ 2 เดือน ทารกมีพัฒนาการผิดปกติด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ความเข้าใจ การใช้ภาษา และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 27 อายุ 4 เดือน

ทารกมีพัฒนาการผิดปกติ ในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 24 อายุ 6 เดือน ทารกมีพัฒนาการผิดปกติ ในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ความเข้าใจ และการใช้ภาษา ร้อยละ 0.7 และอายุ 9 เดือน ทารกมีพัฒนาการผิดปกติในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ความเข้าใจ การใช้ภาษา และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 14 และเมื่อ อายุ 12 เดือน ทารกมีพัฒนาการผิดปกติในเกือบทุกด้าน ร้อยละ 25

สรุปได้ว่า ถึงแม้เทคโนโลยีในปัจจุบัน จะช่วยให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ทารกส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาทางด้านพัฒนาการทางภาษา พฤติกรรม และการเรียนรู้ เนื่องจากสมองและอวัยวะอื่นๆ ยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทำให้มีโอกาสเกิดพยาธิสภาพสูง เช่น การหายใจผิดปกติ ภาวะตัวเหลือง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้พัฒนาการในระยะต่อมาผิดปกติ หรือล่าช้าไป และจากควมพิการต่างๆ เช่น สมองพิการ ประสาทหูพิการ ประสาทตาพิการ เซอว์ปัญญาต่ำ การเรียนรู้ช้า ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าใจถึงพัฒนาการในช่วงต่างๆ ทั้งทางร่างกาย สมอง และพฤติกรรมของทารก ตั้งแต่เริ่มแรกอย่างถูกต้องและเหมาะสมแล้ว รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้มีพัฒนาการทุกด้านดีที่สุดตามศักยภาพของทารก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

แนวทางการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาล

ทารกคลอดก่อนกำหนดที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวในอัตราที่เหมาะสมกับอาหารที่ได้รับ เนื่องจากน้ำหนักจะเป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการที่ดีของทารก ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตของทารกเหล่านี้ ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การได้รับสารอาหาร ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อ อิทธิพลของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และกรรมพันธุ์ ทำให้ทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าได้หากได้รับสารอาหาร การดูแลในเรื่องความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความไม่สมบูรณ์ของระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างไม่เหมาะสม (Bernbaum, et al., 1989)

ดังนั้น ทารกคลอดก่อนกำหนดจะต้องได้รับการประเมินเป็นระยะๆ เพื่อช่วยให้ทารกเหล่านี้ มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ทารกเติบโตเป็นเด็กที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป โดยมีการกำหนดเกณฑ์ทั่วไปที่ใช้ในการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดจากโรงพยาบาล ดังนี้

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการดี (Healthy Growing Preterm)

- 1.1 สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในอุณหภูมิห้องปกติ คือ อุณหภูมิร่างกาย ประมาณ 37 – 37.5 องศาเซลเซียส
- 1.2 สามารถรับนมได้ดี โดยการดูดนมมารดาหรือจากถ้วย และไม่มีปัญหาเรื่องการเหนื่อยหอบ
- 1.3 น้ำหนักขึ้นได้ประมาณ 15 – 22 กรัม / กิโลกรัม / วัน
- 1.4 ไม่มี Apnea หรือ Bradycardia อย่างน้อย 3 วัน ก่อนจำหน่าย
- 1.5 น้ำหนักตัวขณะจำหน่าย ประมาณ 1,800 กรัม

2. การตรวจคัดกรอง

- 2.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์แรกเกิด
- 2.2 ได้รับการตรวจตา เพื่อป้องกันภาวะ ROP
- 2.3 ได้รับการตรวจการได้ยิน (ในสถานที่ที่พร้อม)
- 2.4 ดู Hematocrit อยู่ในระดับปกติสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด (Hematocrit 30% ขึ้นไปขณะที่ Reticulocyte Count มากกว่า 2%)
- 2.5 การให้วัคซีนป้องกันโรค โดยมีข้อแนะนำ ดังนี้
 - การให้วัคซีนตามอายุจริงหลังคลอด (Chronological Age) ยกเว้น การให้ Hepatitis B Vaccine ให้เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล (มารดา HBs-Ag ผลลบ)
 - ทารกที่มี IVH หรือความผิดปกติของสมองบางโรคเมื่อมีอาการคงที่แล้วสามารถให้วัคซีนได้ตามอายุ
 - ขนาดของวัคซีนใช้ตามปกติ ไม่มีการลดขนาดยา
 - ให้ DPT และ Hib ได้เมื่อ อายุ 2 เดือนหลังคลอดใน NICU
 - ไม่ควรให้ OPV ใน NICU ควรใช้ IPV แทน

3. การเตรียมบิดามารดา และผู้ดูแลทารกก่อนกลับบ้าน

- 3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลทารกหลังกลับบ้านจากโรงพยาบาลในกรณีที่ทารกมีความผิดปกติ เช่น ทารกซึมลง ไม่ดูดนม นอนนานมาก หายใจลำบาก รอบปากค้ำเขียว มีไข้ อาเจียนบ่อย หรือถ่ายเหลวและมาก ไม่มีปัสสาวะออกใน 12 ชั่วโมง หรือไม่ถ่ายอุจจาระ มากกว่า 4 วัน หรืออุจจาระมีมูกเลือดปน
- 3.2 ป้องกันทารกติดเชื้อ โดยไม่พาทารกออกนอกบ้านบ่อยๆ หรืออยู่ใกล้คนที่ เป็นโรคติดต่อ หวัด ไม่ควรมีใครสูบบุหรี่ในบ้าน และพยายามล้างมือก่อนจับตัวทารก

3.3 ให้หมายกำหนดการนัดติดตามทารก, ยาที่ทารกจำเป็นต้องรับประทานต่อ เช่น วิตามินรวม ธาตุเหล็ก สมุดสุขภาพ และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามทันทีที่ทารกมีปัญหา

การส่งเสริมพัฒนาการและการสร้างเสริมพลังอำนาจการดูแลของบิดามารดาและผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

การให้บิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีอำนาจ (Power) หน้าที่ (Authority) ในการตัดสินใจ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และสามารถดูแลบุตรของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พิบูลย์ ข้าศรีบุศ, 2548) โดยเน้นให้มีส่วนร่วม ดังนี้

1. มีการสร้างเป้าหมาย และวางแผนร่วมกัน
2. การจัดบรรยากาศในทางบวก ส่งเสริมการให้ความรู้ การง่ายที่จะเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การสังเกตอาการของทารกขึ้นต้น วิธีการช่วยเหลือ และการแลกเปลี่ยนความรู้ รวมถึงการยืดหยุ่นในการตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บิดามารดาเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
3. จัดโอกาสให้บิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการฝึกฝนตนเองให้ชำนาญในการดูแลทารก เช่น การเช็ดตัว การเปลี่ยนผ้าอ้อม
4. ให้โอกาสให้บิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจัดตารางเวลาในการดูแลบุตรด้วยตนเอง แต่ให้สอดคล้องกับกิจกรรมของทารก
5. การให้รางวัลด้วยการยกย่องเมื่อบิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถทำได้
6. แสดงออกถึงความเชื่อมั่น และไว้วางใจบิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสให้บิดามารดา และผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย สนับสนุนให้มีการแก้ไขปัญหามากขึ้น

สรุปได้ว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน หรือบางรายยังมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และเหมาะสมกับสภาพของทารกแต่ละราย นอกจากนี้ การรองรับด้วยบริการทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบ การให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ และการสื่อสารที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเข้าใจ จะช่วยให้ลดเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในขณะเดียวกันการดูแลที่เหมาะสมก็จะ

เกิดขึ้นที่บ้านด้วย เพื่อป้องกันการกลับเข้าสู่โรงพยาบาลก่อนเวลาอันควร ช่วยลดค่าใช้จ่ายและหวังว่าทารกคลอดก่อนกำหนดและครอบครัวจะได้กลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณค่าและมีความสุขมากขึ้น ดังนั้น การพยายามที่จะพัฒนารูปแบบที่จะช่วยให้การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างสมบูรณ์ และสามารถเอื้ออำนวยให้ทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในยุคที่ค่าใช้จ่ายมีความสำคัญเทียบเคียงกับคุณภาพการบริการ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพทุกฝ่ายควรได้ตระหนักถึง และมุ่งมั่นที่จะหากลยุทธ์ เพื่อพัฒนาระบบการบริการแก่ทารกคลอดก่อนกำหนดต่อไป

การวางแผนจำหน่าย

ความหมายของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่กว้างขวางครอบคลุมทั้ง การบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยจำหน่าย และถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมอย่างเต็มที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

Clausen. (1984) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่าเป็น กระบวนการส่งต่อความรับผิดชอบต่างๆ โดยผ่านจากพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ไปยังผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพคนอื่นๆ

Lowenstein & Hoff. (1994) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า เป็นการสนับสนุนด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้คำปรึกษา และการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อ หรือการย้าย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทุกสาขาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการวางแผนการจำหน่าย

Pichitpornchai (2000) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ กระบวนการที่รวมถึงเจตนาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีม

สุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัย ปัญหา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

กฤษฎา แสงวงดี, อีระพร สติธอังกูร และเรวดี ศิรินคร (2539) ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรใน ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นพยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มและประสานแผนจำหน่ายของทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการ และประเมินความต้องการของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการเตรียมผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และครอบครัว ให้มีการเตรียมอย่างเป็นกระบวนการ ตั้งแต่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวในทุกขั้นตอนของการดูแล

แนวคิดการวางแผนจำหน่าย

Carr (1993) การวางแผนจำหน่าย ต้องมีความชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้

1. จุดประสงค์การวางแผนจำหน่าย

1.1 ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ (เวลา, สภาพเศรษฐกิจ) และต่อเนื่อง

1.2 การดูแลรักษาต้องไม่ขาดตอน ตั้งแต่การเข้ารับการรักษาครั้งแรกจนถึงการรักษาต่อไปในหน่วยงานอื่น หรือสถานบริการอื่นที่ผู้ป่วยอาจต้องรับการรักษาต่อ

1.3 ประสานงานเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.4 การวางแผนจำหน่ายต้องมีผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

2. เป้าหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2.1 ประสานงานการดูแลตั้งแต่การดูแลการดูแลในภาวะฉุกเฉินวิกฤติ จนถึงระยะฟื้นฟูสุขภาพ โดยการเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยให้คล่องตัวจาก

- หน่วยงานหนึ่งสู่งานหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลกับบ้านหรือตั้งแต่บ้านสู่ระบบบริการสุขภาพ
- จากสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนสู่สถานบริการอื่นๆ

2.2 ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่อง

2.3 บันทึกข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยต้องส่งต่อถึงหน่วยงานที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างครบถ้วน มีประสิทธิภาพ

2.4 ต้องมีการวางแผนสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความต้องการดูแลสุขภาพ ตลอดจนบริการ และทรัพยากรที่มีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะ และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทาง และปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นแนวทางเดียวกัน

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง (2549) ให้แนวคิดของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเริ่มทำตั้งแต่ผู้ป่วยยังรับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งให้การดูแลในโรงพยาบาล และควรจัดทำให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลในแผนการพยาบาลดำเนินการด้วยวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อเตรียมผู้ใช้บริการ ครอบครัว และผู้ดูแลในด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมก่อนการย้ายผู้ป่วยกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน
2. เพื่อเตรียมผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ให้พร้อมในการดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลสมาชิกของตนเองได้เป็นอย่างดี
3. เพื่อเตรียมความพร้อมในการเดินทางกลับบ้านของผู้ป่วยอย่างราบรื่น และรับประกันว่าผู้ใช้บริการจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานบริการสุขภาพ
4. เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ใช้บริการและครอบครัวในการดูแลตนเอง และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายเข้าใจตรงกัน
5. เพื่อจัดระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างบ้านและโรงพยาบาล หรือหน่วยงานบริการสุขภาพที่ตรงกันและต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น เป้าหมายของการวางแผนจำหน่าย คือ การทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถกลับไปอยู่บ้านได้อย่างรวดเร็ว และมีความปลอดภัย ดังนั้น การหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ได้มีผู้สนใจศึกษามาเป็นเวลานาน และพยายามคิดหารูปแบบที่เหมาะสมกับระบบ หรือหน่วยงาน ตลอดจนให้เป็นที่พอใจของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้ง มีการวางแผนที่เป็นระบบและตรวจสอบได้

รูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายในประเทศไทย ที่ปฏิบัติกันอยู่นั้นยังไม่มีระบบที่ชัดเจน นอกจากนั้น ยังเป็นในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ไม่มีการประเมิน หรือวินิจฉัยปัญหาเฉพาะรายก่อนการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำกัดในการปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนั้น ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) ในปัจจุบันได้มีผู้คิดค้นหาวิธีที่จะทำให้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเกิดประสิทธิผลตามที่ต้องการ ซึ่งรูปแบบเหล่านี้ มีทั้งความคล้ายคลึง และความแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบ A Professional-patient Partnership Model of Discharge Planning เน้นพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย

2. รูปแบบ The Partners-in-care Model of Collaborative Practice มุ่งผลของการใช้ผู้จัดการทางการแพทย์ (Nurse Case Manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลและที่บ้าน การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม โดยหวังผลในการลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น

3. รูปแบบ Structured Discharge Procedure กำหนดกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ประกอบไปด้วย

- 3.1 แบบสัมภาษณ์ในการวางแผนจำหน่าย
- 3.2 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
- 3.3 แผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย
- 3.4 การอบรมสั้นๆ เกี่ยวกับการรับประทานยา Oral Steroids
- 3.5 สมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

4. รูปแบบ The A-B-C of Discharge Planning พัฒนาขึ้นโดย Judith Rorden & Elizabeth Taft (1990) โดยมีลำดับ ดังนี้

4.1 Step A : Assessment เป็นการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้ใช้ประกอบการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย

4.2 Step B : Building a Plan การสร้างแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีผลจากการตัดสินใจในขั้นตอนแรก โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และเป้าหมายของความต้องการ

4.3 Step C : Confirming the Plan การยืนยันแผนการจำหน่าย
 กระทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีการ
 ประเมินจุดแข็ง แหล่งทรัพยากร ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการจำหน่าย เพื่อพัฒนาแผนต่อไป

5. รูปแบบ D-METHOD ของการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2542)
 ได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบนี้มาใช้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

D (Diagnosis) ให้ความรู้ในเรื่องโรคที่เป็นอยู่ให้ทราบถึงสาเหตุ
 อาการ แนวทางในการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M (Medicine) แนะนำการให้ยาที่ได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณ
 ของยา ขนาดยาวิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
 รวมทั้งข้อห้ามของการใช้ยาด้วย

E (Environment & Economic) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้
 เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

T (Treatment) ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น การให้อาหาร
 ทางสายยางรวมถึง การเฝ้าสังเกตอาการ และแจ้งให้ทีมสุขภาพทราบ

H (Health) การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และ จิตใจ
 ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O (Out patient) การมาตรวจตามนัดแพทย์ การติดต่อ เพื่อขอ
 ความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้
 ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D (Diet) การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค ประเภท
 ของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง หรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

6. รูปแบบ Comprehensive Discharge Planning เป็นการวางแผน
 จำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและทรวงอกที่มีการลงทุน
 ค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือการผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาพยาบาลอื่นๆ เป็นจำนวนมาก โดย
 มุ่งที่ความสมดุลระหว่างการให้การพยาบาล โดยผู้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา
 โดยเฉพาะการพยาบาลระดับสูงกับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป

7. รูปแบบของแมคคีเฮนและคูลตัน (Mc.Keehan & Coulton) เสนอรูปแบบของการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. โครงสร้าง (Structure)

โครงสร้างการวางแผนจำหน่ายที่ใช้ทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางการ (Formal Structure) และรูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal Structure)

2. กระบวนการ (Process)

กระบวนการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Implementation)

3. ผลลัพธ์ (Outcome)

การประเมินผลลัพธ์ (Evaluation) ของการวางแผนจำหน่ายสามารถประเมินได้จาก 2 แหล่ง คือ ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีแนวทางการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยพบว่า รูปแบบของการวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) ที่ทำกันอยู่ในปัจจุบันนั้น จะนิยมใช้รูปแบบของ D-METHOD (ประภัสศรี ชาวงษ์, 2535; พรรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2532) เนื่องจากจะเห็นได้ว่ารูปแบบและขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เป็นแนวทางกลางๆ ในการที่จะใช้ประเมินความพร้อมของทารกคลอดก่อนกำหนดในการดูแลภายหลังการจำหน่ายเป็นสาระของการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถเป็นแบบแผนที่จะทำขึ้นเป็นแผนการจำหน่าย หรือแบบแผนการให้ความรู้ และการฝึกทักษะของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย (สุพรรณณี สุขสม, 2549) โดยการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดนั้น จะมีทีมสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ และที่สำคัญมากที่สุด ก็คือเน้นให้มารดาหรือผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเข้ามามีส่วนร่วมการวางแผนการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งสามารถกลับไปดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง แต่หากทารกคลอดก่อนกำหนดบางรายมีความจำเป็นด้านอื่นๆ อีก จะมีการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นเป็นกรณีไป

บทบาทของพยาบาลในการวางแผนจำหน่าย

กองการพยาบาล (2542) ได้เสนอแนะว่าพยาบาลผู้ดูแล จะต้องมีการส่งต่อแผนการพยาบาล เพื่อจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นผู้ประสานงานการดูแลระหว่างทีมสหสาขาผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินความต้องการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัดสินใจเปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรค หรือความเจ็บป่วย เพื่อคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพ หรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ และทักษะของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น เพื่อเป็นข้อมูลวางแผนกำหนดกิจกรรมดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุม ปรึกษาหารือ และวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขา รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน การให้คำปรึกษา ฝึกฝน ทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม ระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะ Active และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการจำหน่าย
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม ตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม ตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน หรือแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขา เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์สาเหตุของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย หรือการประชุมร่วมกับพยาบาลสาธารณสุขที่เยี่ยมบ้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย

สรุปได้ว่า ในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดนั้น ควรมีการเริ่มวางแผนตั้งแต่รับทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะจะทำให้ทีมสุขภาพสามารถประเมินสถานภาพของครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนดได้ตั้งแต่แรก หากมีกิจกรรมใดที่จะให้กับทารกคลอดก่อนกำหนดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ควรเริ่มวางแผนตั้งแต่แรก พร้อมกับการให้การรักษายาตามปัญหาของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากบางครั้งการเตรียมครอบครัว เพื่อการรับทารกคลอดก่อนกำหนดกลับบ้าน อาจต้องใช้เวลาพอสมควร

ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2542) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนที่สัมพันธ์กัน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
2. การวางแผนเป้าหมายร่วมกันของทีมสุขภาพและผู้ป่วย
3. การวางแผนจัดกิจกรรมให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง
4. การปฏิบัติตามแผนภายในกำหนดเวลา และมีการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพทั้งในสถานบริการ และใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนการจำหน่าย
 สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2549) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นการดำเนินงาน โดยใช้กิจกรรมในการบริการในรูปของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ใช้บริการและครอบครัว ก่อนจำหน่ายออกไปพักรักษาต่อที่บ้าน การดำเนินงานมีขั้นตอน ดังนี้

1. แพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสุขภาพเสนอความคิด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเพื่อพิจารณาทีมสุขภาพหรือแพทย์ผู้ให้การรักษาไม่บิดบังข้อวินิจฉัย แม้ว่าจะเป็นข้อวินิจฉัยที่กระทบกระเทือนความรู้สึกของผู้ใช้บริการและครอบครัว แผนการรักษาพยาบาล ผลลัพธ์และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำมาพิจารณาในการวางแผนการจำหน่าย ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ หลังจากนั้น จึงให้ครอบครัวของผู้รับบริการตัดสินใจเลือกเอง

2. สร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ใช้บริการและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมั่นใจว่าผู้ใช้บริการ และครอบครัวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน

3. สร้างความร่วมมือในการรักษาพยาบาลขณะรักษาในโรงพยาบาล ผู้ใช้บริการ และครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแล รับผิดชอบ และตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาพยาบาลเองภายใต้ปัจจัย หรือข้อจำกัดของครอบครัว

4. วางแผนดูแลร่วมกัน หลังจากมีการตัดสินใจจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ทีมสุขภาพ และพยาบาลต้องวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการและญาติ กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมการรักษาพยาบาล กำหนดการเยี่ยมบ้านของพยาบาล การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับการดูแล กำหนดวันในการเข้ารับการรักษาเพื่อติดตามผลงบประมาณของครอบครัว แหล่งให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ การกำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลที่บ้าน เพื่อป้องกันการถูกทอดทิ้ง ผู้ดูแลจะต้องฝึกทักษะในการปฏิบัติพยาบาลหรือการใช้เครื่องมือ เช่น การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง การให้ยา และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา

5. ส่งต่อเพื่อรับบริการให้สถานบริการใกล้บ้าน เป็นการส่งต่อผู้ให้บริการไปยังสถานบริการใกล้บ้านตามระบบการส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุข ตามความต้องการของครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. นัดการรับการรักษาต่อหลังจากการจำหน่าย เป็นการติดตามผลการรักษาที่บ้าน และประสิทธิผลของการดูแลของครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัวได้มีโอกาสปรับแผนการดูแล ชักถามข้อสงสัย เสนอความคิดเห็น และประเมินผลการดูแลและการบริการพยาบาลที่บ้าน

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องนั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ กิจกรรมการดูแลต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับพยาธิสรีรภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการที่แตกต่างกันไป ซึ่งทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว จะอยู่ในความดูแลต่อเนื่องที่บ้านของบิดามารดา หรือผู้ดูแล ซึ่งมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่ต่างกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนจำหน่ายที่จะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีนั้น จะต้องมีการส่งเสริมให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการลดหรือแก้ไขปัญหา และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน สำหรับปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ มีดังนี้ (Erb, 1997 อ้างใน วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย, 2545)

1. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล (Caregiver) และครอบครัวในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่นๆ ภายใต้อำนาจหน้าที่
2. การนำขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาใช้ในการวางแผนจำหน่าย
3. การเลือกใช้บริการจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน
4. การสนับสนุนจากหน่วยงานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเชื่อมโยงบริการจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน หรือสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง
5. การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในและนอกสถานบริการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง การประสานงานอย่างเป็นระบบ จึงจะทำให้การดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้นสามารถลุล่วงไปได้ด้วยดี แต่จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการวางแผนจำหน่าย พบว่าระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน มักไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุประสิทธิผลตามที่ได้คาดหวังไว้ เนื่องจากยังมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เช่น ระบบที่ไม่เอื้ออำนวยในการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์ ความร่วมมือประสานงานของบุคลากรทีมสุขภาพต่างๆ รวมถึงความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมพร้อมต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการวัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายต่อไป

เครื่องมือในการวัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย

ในการสร้างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้สร้างมักใช้เครื่องมือต่างๆ ในการวัดประสิทธิผลของการวางแผนการจำหน่าย (วันเพ็ญ พิชิดพรชัย, 2545) ได้แก่

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - Patient Satisfaction Surveys
 - Follow-up Telephone Calls
 - Monitor Length of Stay
 - Monitor Compliance
2. ประสานการดูแลต่อเนื่อง
3. ความพอใจในการทำงานของบุคลากร
4. ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
5. ผลที่ได้รับ คุณภาพ ค่าใช้จ่ายต่อประสิทธิผล
6. การใช้ทรัพยากร แหล่งประโยชน์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า เมื่อมีการจัดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายขึ้นแล้ว การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในการวางแผนเป้าหมายของแผนการจำหน่ายให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้ร่วมในทีมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรมีการพบปะกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องการตัดสินใจที่เหมาะสมในการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งใช้ระบบการบันทึกที่กำหนดให้สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกคน การเขียนแนวทางการประเมิน การวางแผนงาน และรายงานผลในรูปแบบบันทึกเดียวกัน เพื่อให้ทีมรับทราบและเป็นหลักฐานที่ชัดเจน นอกจากนี้ ในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ สถิติและข้อมูลสำคัญต่างๆ ที่จะสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของโปรแกรมเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ในปัจจุบันสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้กำหนดการตรวจสอบ เพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นระยะ จึงน่าจะเป็นกลไกอย่างหนึ่งที่ช่วยให้งานด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับการพัฒนาอย่างจริงจัง

ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่าย

ในยุคของการพัฒนาและรับรองมาตรฐานบริการของโรงพยาบาลในปัจจุบัน การตรวจสอบด้วย “ตัวชี้วัด” เป็นเกณฑ์หนึ่งที่ใช้ เป็นกุญแจวัดมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators - KPI) ของคนในองค์กรด้วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2550) ซึ่งตัวชี้วัดประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย สามารถแบ่งตามกระบวนการของการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

1. การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทันท่วงที ซึ่งควรกระทำใน 1-2 วัน หลังจากจับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย
 - ผู้ป่วย และครอบครัวมีปัญหาในด้านการดูแลหรือไม่
 - ผู้ป่วย และครอบครัวเคยใช้บริการดูแลที่อื่นมาก่อนหรือไม่
2. การเริ่มเตรียมแผนจำหน่าย ในทางปฏิบัติที่มสทสาขาศึกษาวิจัยควรเริ่มจัดทำแผนจำหน่ายให้แล้วเสร็จภายใน 2 วัน หลังจากจับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย
 - วันที่น่าจะจำหน่ายได้
 - สถานที่ที่จะจำหน่ายกลับไป
 - แผนการรักษาผู้ป่วยใน
 - แผนการประเมินต้อง Update ต่อเนื่อง และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. การติดต่อล่วงหน้ากับผู้ให้บริการในชุมชน ควรกระทำล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับอย่างน้อย 2 วัน
 - ข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้ป่วย
 - ชื่อ – ที่อยู่ของผู้ดูแล หรือผู้ที่ติดต่อได้
 - วันที่คาดว่าจะจำหน่ายได้
4. การจัดเตรียมสรุปการจำหน่ายภายในกำหนดเวลา เพื่อส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยในการดูแลต่อเนื่อง การสรุปการจำหน่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็น และต้องมีการจัดเตรียมภายในกำหนดเวลา 1 วันหลังการจำหน่าย
 - ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย
 - ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็น
 - รายชื่อยา
 - ข้อมูลเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด
5. การติดตามประเมินผลการวางแผนจำหน่าย
 - เอกสารเกี่ยวกับเบอร์โทรศัพท์ / ที่อยู่ ที่ติดต่อได้ของผู้ป่วย
 - การประเมินการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติ
 - การประเมิน ช่วง 7-10 วันหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการโทรศัพท์ติดตามผลการรักษา ดูว่าบริการของชุมชนได้ทำหน้าที่หรือไม่ ผู้ป่วย และครอบครัวจัดการดูแลตนเองหรือไม่ ถ้ามีปัญหา ต้องส่งต่อ

สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดเหล่านี้ โดยทั่วไปแล้วจะใช้เป็นเกณฑ์ เพื่อการคิด คำนวณในการวัดประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่าย และประเมินสิ่งต่างๆ ที่โรงพยาบาลควร พัฒนา เพื่อปรับปรุงระบบการบริการด้านการวางแผนจำหน่ายต่อไป นอกจากนี้เกณฑ์เหล่านี้แล้ว การพิจารณาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและการกำหนดบทบาท ของผู้ประสานงานการวางแผนจำหน่าย ก็มีส่วนช่วยให้ทีมที่เกี่ยวข้องประสบความสำเร็จและ บรรลุเป้าหมายของการวางแผนจำหน่ายได้ ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยใน ปัจจุบันจึงไม่เป็นเพียงเพื่อที่จะเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเท่านั้น แต่ยังมี ความหมายครอบคลุมถึง “การดูแลต่อเนื่อง” (Continuing Care) นับตั้งแต่การสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ในทุกระยะของภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงที่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มมี ภาวะการเจ็บป่วย จนกระทั่งพ้นหายจากโรคได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และสามารถ กลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยรวม

การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ความหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง

Tebbitt (1981) ให้ความหมายการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ว่าแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuous หรือ Continuing Care) ดังนี้ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การผลักดันให้แผนงานที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยใน ระบบสุขภาพให้ดำเนินไปทุกขั้นตอนต่างจากการดูแลต่อเนื่อง คือ การดูแลต่อเนื่องเป็นโครงการ ของสถานบริการในการให้บริการการดูแลสุขภาพต่อที่บ้าน โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพไปดูแล ผู้ป่วยตามความต้องการที่บ้าน อาจจะต้องมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานบริการอื่นๆ นอกโรงพยาบาลให้ด้วย ข้อดีของการดูแลต่อเนื่อง คือ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จากทีม ผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเดียวกันนั้น และมีข้อเสีย คือ จำกัดการให้บริการแก่ ผู้ป่วยบางรายเท่านั้น เพราะไม่อาจจัดบุคลากรให้ดำเนินงานให้ครบตามโปรแกรมได้

จากการศึกษาของสมิทธ์และดอทรี (Smith & Daughtrey, 2000) เกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการของบิดามารดาภายหลังจำหน่ายบุตรออกจากโรงพยาบาล พบว่า บิดามารดารู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูกเพิ่มขึ้น มีความ

คาดหวังเกี่ยวกับการหายเจ็บป่วยของลูก และต้องการการสนับสนุนในสิ่งที่เขายังไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ; อุทัยวรรณ พุทธรัตน์; และธิดารัตน์ กำลั้งดี (2548) ดังนั้น การประสานงานกับศูนย์บริการสุขภาพในชุมชน จึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาล

การดูแลอย่างต่อเนื่องกับการวางแผนจำหน่าย

การให้บริการสุขภาพต่อเนื่องกันไปตลอดทุกระยะของโรค โดยไม่ขาดตอนนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ดียิ่งของระบบบริการสุขภาพที่สมบูรณ์ และทันสมัย แต่เนื่องจากความจำกัดของสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาล การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงต้องกระทำให้เร็วที่สุดตามความเหมาะสม โดยต้องมีการวางแผน เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยต่อไปจนกว่าจะหาย สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

สภาการพยาบาล (2544) ได้วางมาตรฐานการบริการสุขภาพไว้ว่า การบริการต้องดำเนินการให้ได้มาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ เป็นมาตรฐานกลาง เพื่อให้หน่วยงานสามารถปรับไปสู่การปฏิบัติที่มีคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลมีเป้าหมายหลัก เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล มาตรฐานที่ 4 คือ การจัดการ การดูแลต่อเนื่อง ที่ให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ / หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ตรีตรง (2549) ได้แสดงความคิดเห็นว่าการบริการสุขภาพที่ดีนั้น ต้องจัดอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาล มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อส่งต่อไปให้กับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้บริการต่อ ณ บ้านของผู้ใช้บริการ การบริการจะต้องวางแผนร่วมกับผู้ใช้บริการและครอบครัว การบริการต้องพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง และศักยภาพของผู้ดูแล สามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสุขภาพหรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

อาจสรุปได้ว่า การวางแผนจำหน่ายที่ดีนั้น จะต้องเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนการเลี้ยงดูของครอบครัว เพื่อนำข้อมูลมาประกอบในการวางแผนจำหน่ายให้มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความเป็นจริงในชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนดให้มากที่สุด สนับสนุนให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนดได้ด้วยตนเอง จะต้องมีการ

วางแผนเกี่ยวกับศูนย์บริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ โดยการประสานงานทั้งในเรื่องการติดตามไปเยี่ยมที่บ้าน ให้คำปรึกษา และให้การดูแลต่อเนื่อง เพราะจะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมากยิ่งขึ้น

แต่การที่จะพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหารูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องตามที่ต้องการนั้น จะต้องมีการลงมือปฏิบัติกิจกรรม และปรับปรุงการปฏิบัติ เพื่อให้ได้ผลตามที่คาดหวัง (อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2534) ดังนั้น การนำวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความรู้ หรือความเข้าใจจากการปฏิบัติ และเป็นการศึกษาเพื่อที่จะช่วยยืนยันความรู้ทางทฤษฎีว่าจะใช้ได้กับการปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งเหมาะกับการปฏิบัติการทางการแพทย์ เพราะรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เก็บรวบรวมปัญหาหรือคำถามจากการสะท้อนการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ปฏิบัติ โดยวิธีการปฏิบัติเป็นการร่วมมือของกลุ่มผู้ปฏิบัติกับผู้วิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางที่เหมาะสมนำไปใช้ในการพัฒนางาน

คุณลักษณะของระบบการดูแลต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการดำเนินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 โดยให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพยาบาล ในเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง แต่รูปแบบของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่มีแผนการพยาบาลที่ระบุไว้อย่างชัดเจน หรือเป็นระบบ ดังนั้นการนำระบบการพยาบาลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน โดยมีการกำหนดแผนการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดจำนวนการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ และครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งคุณลักษณะพิเศษของระบบการพยาบาลต่อเนื่อง มีดังนี้

1. มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ และคุ้มค่า
คุ้มค่าที่สุดต่อผู้ป่วย
2. ใช้กระบวนการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบทุกขั้นตอน เพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้านสัมฤทธิ์ผลได้ตามเป้าประสงค์นั้น ผู้ให้การพยาบาลต้องยึดหลักการ
1) มีการวางแผน (Planning) การดูแลตนเองร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย 2) มีการกำหนดวิธีการดำเนินการ (Doing) ที่ชัดเจน 3) พร้อมทั้งติดตามตรวจสอบกิจกรรมนั้นๆ (Checking) และ

4) ปรับปรุงแก้ไข เพื่อกระทำการนั้น (Acting) ซ้ำตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการสุขภาพ และชุมชน / สิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยก่อนและหลังจำหน่าย

3. มีการประเมินพฤติกรรมอนามัย และสภาวะสุขภาพผู้ป่วยทุกครั้งก่อนดำเนินการ เพื่อจะได้นำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ถึงความพร้อมในการดูแล

4. มีการประเมินการรับรู้ และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลต่อเนื่อง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่พยาบาลกำหนด หรือแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ

5. มีการกำหนดแผนการรักษาพยาบาล (Care Path) ที่ชัดเจน และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การจัดการการดูแลต่อเนื่อง เป็นประเด็นที่เป็นกรอบปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ และเน้นให้ผู้ป่วยแสวงหา และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นตามกรอบปฏิบัติของวิชาชีพการพยาบาลยังเน้นการวางแผน และการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ โดยมีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กมล สุกประเสริฐ (2537) กล่าวว่า เป็นกระบวนการวิจัย และพัฒนาที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหา / พัฒนาศึกษาแนวทางในการแก้ไขปัญหา / พัฒนางแผนในการดำเนินการแก้ไขปัญหา / พัฒนาปฏิบัติการตามแผน และติดตามประเมินผล ในทุกขั้นตอนสมาชิกจะต้องเข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการริเริ่มและเรียนรู้โดยสมาชิกภายใต้การยอมรับความหลากหลาย และเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพเพียงพอที่จะก่อให้เกิดการพัฒนา จะต้องได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม และเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุดลงในวงจร แต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นอกจากจะเป็นการแก้ปัญหา และ/หรือ พัฒนาความต้องการบรรลุผลสำเร็จด้วยกระบวนการกลุ่มแล้ว ยังต้องพัฒนาคนให้มีความเข้มแข็งต่อการเปลี่ยนแปลงรอบด้านอีกด้วย

พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540) กล่าวว่า มีความเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการเรียนรู้คล้ายกับการศึกษาผู้ใหญ่ที่มองเห็นการต่อสู้ของมนุษยชาติ เพื่ออิสรภาพและเสรีภาพว่าเป็นกระจกเงาที่สะท้อนถึงการที่บุคคลและกลุ่มคนที่มีความพยายามจะทำความรู้ให้เป็นที่ประจักษ์ไปโดย ซึ่งการต่อสู้นี้รวมถึงการที่บุคคลร่วมมือกับนักวิจัย ดังนั้น การวิจัยปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วมจึงเป็นการสร้างรอยเชื่อมระหว่างความรู้ที่เป็นทางการ หรือความรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพ กับความรู้พื้นฐานหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เป็นตัวแทนของประชาชน

มณีรัตน์ บัณฑิต (2543) ได้กล่าวถึง แนวคิดพื้นฐานสำคัญในการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1. เป็นการเริ่มต้นจากสถานการณ์จริงไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นในอนาคต ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการเปลี่ยนแปลงเองในสถานการณ์อันถูกกระทบจากสภาพแวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเปลี่ยนแปลงนั้นจะถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในกระบวนการวิจัย กระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้

2. การที่จะประสบความสำเร็จได้ เมื่อนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ คือ การเคารพความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย ยกย่องในภูมิปัญญาที่มีอยู่ในหน่วยงานว่า ทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในความคิดและการทำงานร่วมกัน เพื่อให้หน่วยงานดีขึ้น

3. ต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีความปัญหา หรือความต้องการของหน่วยงาน ไปสู่ความเข้าใจและการกระทำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคน และหน่วยงาน

4. ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุด แต่เป็นการเริ่มเพื่อไปสู่ความจริงใหม่ การแสวงหาความรู้และการกระทำที่คนในหน่วยงานยังมีส่วนร่วมในการวิจัย

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) ให้แนวคิดของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมว่าเป็นปรัชญาของการพัฒนาหน่วยงาน และการพัฒนาบุคคลแนวใหม่ที่เคารพภูมิปัญญาของผู้ร่วมวิจัย และยกย่องบทบาทให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงานของตนเอง โดยให้ผู้ร่วมวิจัยในหน่วยงานที่ทำวิจัยนั้นเป็นผู้กระทำการวิจัยด้วยตนเอง เป็นแกนหลักในการวิจัย คือ มีส่วนในการวิจัยตลอดกระบวนการตั้งแต่การตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะทำวิจัย การประเมินสถานการณ์ปัญหา การสร้างเครื่องมือ การกำหนดรูปแบบการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ แปรผลจนถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์แก่หน่วยงาน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการเน้นรูปแบบของการวิจัยที่ประชาชนผู้เคยเป็นผู้ที่ถูกวิจัยกลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมในการกระทำวิจัยนั่นเอง โดยการมีส่วนร่วมนี้ จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัย นับตั้งแต่การตัดสินใจว่า ควรจะต้องมีการริเริ่มศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นๆ หรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักฐานและข้อมูล เพื่อกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกกระบวนการประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และ

การเสนอความรู้ใหม่ หรือสิ่งที่ค้นพบในสังคม จนกระทั่งมีการกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัย ไปสู่การปฏิบัติการจริงอย่างยั่งยืน

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมหรือที่เรียกว่า “PAR” เป็นการ พัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานว่านักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกัน โดยมีการแสวงหาข้อเท็จจริงในหน่วยงาน และแสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยทุกคนเป็นผู้ที่ให้ข้อมูล มีการปฏิบัติ (Action) ที่ นำไปสู่การแก้ปัญหาซึ่งทุกอย่างเกิดในหน่วยงาน เพื่อแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเอง PAR เป็น การพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของการแสวงหาข้อมูลอย่างเป็นวิทยาศาสตร์และเป็นระบบซึ่งเป็นส่วน สำคัญที่สุดของ PAR และมีนักวิจัยเป็นผู้จุดไฟให้เกิดกระบวนการต่างๆ ขึ้น ผลที่เกิดขึ้นจะได้กับ หน่วยงาน ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในกระบวนการของ PAR จะประกอบด้วย

- (1) มีผู้กระตุ้น (นักวิจัย)
- (2) มีสมาชิกของหน่วยงานเป็นผู้ร่วมวิจัย
- (3) มีกิจกรรมที่ดำเนินในหน่วยงานนั้นๆ
- (4) มีการรวมกลุ่มทำงาน ซึ่งเป็นดัชนีพัฒนาคน / หน่วยงาน

Kemmis & McTaggart (1988) ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการสะสม เกิดจากการสะท้อนความคิด ภายใต้อการมีส่วนร่วมการปฏิบัติการที่เกิดจากการเรียนรู้จากกระบวนการของสังคมที่ได้มาจากการ เรียนรู้ร่วมกัน และสามารถนำความรู้นั้นไปพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในสังคม

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ว่าเป็นการแสวงหาความรู้ร่วมกันในระหว่างหมู่คณะมีการร่วมคิด การร่วม วางแผน การร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินการ การร่วมประเมินผล และการร่วมกันรับผลที่ เกิดขึ้นจากการดำเนินงานและสรุปทบทวน เพื่อหาทางพัฒนา

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถ ที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในระบบด้วยตนเอง โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีส่วนร่วมและ สร้างความรู้ใหม่ นอกจากนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ตนเองไปในทางที่ดี และถูกต้อง เป็นการสร้างพฤติกรรมที่คงทนถาวร เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง

หลักการการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

หลักการการทำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ควรยึดหลักการสำคัญ ดังนี้ (Tandon, 1988 อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550; พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540)

1. ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยยอมรับว่า ความรู้พื้นฐาน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้วิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ ยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและยอมรับกันแพร่หลายในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นหนทางแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของเขา

2. ต้องมุ่งปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ด้วยการส่งเสริมยกระดับ และพัฒนาความเชื่อมั่นของผู้ปฏิบัติงาน ให้สามารถวิเคราะห์ และสังเคราะห์จากสถานการณ์ปัญหาของหน่วยงาน ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ แทนที่จะเมินเฉย ละเลยหรือเหยียดหยามว่าเป็นสิ่งที่ไร้คุณค่าเหมือนเช่นที่เคยปฏิบัติมา

3. ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยให้สามารถได้รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบของหน่วยงาน และสามารถที่จะเข้าใจ แปลความหมายตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

4. สนใจในบริทัศน์ของผู้ปฏิบัติงาน โดยการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การถูกกีดกันหรือแบ่งแยก (Alienated) จากทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด การดิ้นรนต่อสู้กับแรงบีบคั้นจากผู้มีอิทธิพล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคำถามที่นักวิจัยรูปแบบเก่าไม่ค่อยได้นึกถึง และไม่เคยเป็นจุดเน้นในการค้นหาความรู้มาก่อน

5. ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ความคิดความเห็นของตนเองอย่างเสรีในการมองสภาพการณ์ และปัญหาของหน่วยงานตนเอง สามารถใช้วิจารณ์ญาณในการวิเคราะห์ / วิจัย การตรวจสอบสภาพข้อเท็จจริงต่างๆ สามารถยื่นหยัดต่อต้านพลังอิทธิพลจากภายนอก หรือจากอำนาจการกดขี่ของผู้มีอำนาจ

ขั้นตอนในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2527) และกุศล สุนทรธาดา (2541) เสนอว่าการมีส่วนร่วมต่อการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการพัฒนา สามารถจำแนกเป็นขั้นตอน ได้ดังนี้

ขั้นตอนแรก ร่วมศึกษา และวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งเป็นการให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษา วิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในหน่วยงานร่วมกัน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการด้วยเป็นการกระตุ้นให้ได้เรียนรู้

สภาพของหน่วยงาน ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการจัดทำและประกอบการศึกษาวางแผนงานวิจัย

ขั้นตอนที่สอง ร่วมวางแผน เป็นการวางแผนการพัฒนาหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาปัญหา สาเหตุของปัญหาเรียบร้อยแล้วก็นำมาอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ การกำหนดวิธีการ และแนวทางการดำเนินงาน ตลอดจนกำหนดทรัพยากรและแหล่งทรัพยากรที่จะใช้เพื่อการวิจัย

ขั้นตอนที่สาม ร่วมดำเนินการ เป็นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการดำเนินการพัฒนา หรือเป็นขั้นตอนปฏิบัติการตามแผนการวิจัยที่ได้วางไว้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ผู้ปฏิบัติ และทีมวิจัยมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับหน่วยงาน โดยการสนับสนุนด้านเงินทุน วัสดุอุปกรณ์ และแรงงาน รวมทั้งการเข้าร่วมในการบริหารงาน การประสานขอความช่วยเหลือจากภายนอกในกรณีที่มีความจำเป็น

ขั้นตอนที่สี่ ร่วมรับผลประโยชน์ โดยผู้ปฏิบัติต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดการแจกจ่ายผลประโยชน์จากกิจกรรมในหน่วยงานในพื้นที่ที่เท่าเทียม และเสมอภาคกัน

ขั้นตอนที่ห้า เป็นการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล การดำเนินงานวิจัย และผลของการพัฒนาจากการดำเนินการไปแล้วว่า สำเร็จตามวัตถุประสงค์ หรือไม่มีปัญหาอุปสรรค และข้อจำกัดอย่างไร เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที และนำข้อผิดพลาดไปเป็นบทเรียนในการดำเนินการต่อไป การเปิดให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสเข้าร่วมกระบวนการวิจัยนั้น นับได้ว่าเป็นคุณค่าโดยแท้ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบนี้ ซึ่งก่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา

พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540) กล่าวถึงขั้นตอนการทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมว่าประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะก่อนลงมือทำการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอน คือ

1.1 จะเริ่มด้วยการเตรียมพื้นที่ ซึ่งโดยหลักการของการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจะถือประโยชน์ของกลุ่มเป็นประเด็นสำคัญ เมื่อเลือกพื้นที่ได้แล้วนักวิจัยจะต้องทำตัวให้เข้ากับพื้นที่ด้วยกระบวนการต่าง ๆ เช่น การผสมผสานตัวเองเข้ากับพื้นที่ มีการสะท้อนภาพให้รู้จักเบื้องหน้าเบื้องหลังของนักวิจัย เพื่อให้รู้ว่่านักวิจัยคิดอย่างไร มีจุดมุ่งหมายอย่างไร ด้วยการเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ ทำงานร่วมกัน เรียนรู้วัฒนธรรม ประเพณี แบบแผนการดำเนินงานปรัชญาและอุดมการณ์ของพื้นที่นั้นๆ ต่อจากนั้น จึงเริ่มศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับประวัติความเป็นมา การจัดโครงสร้าง องค์ประกอบของสมาชิกหน่วยงาน พื้นเพ ชาติพันธุ์ และลักษณะของประชากร

การเตรียมงานในระดับพื้นฐาน เพื่อรองรับกิจกรรมต่างๆ และการสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน การตัดสินใจเลือกปัญหา และการจัดกลุ่มเลือกบุคคลเข้ากลุ่มที่มนักวิจัย

1.2 การอบรมผู้ร่วมทีมวิจัย เพื่อจะเปลี่ยนอดีตตาของคนที่ยึดมั่นถือมั่นในความเป็น “ตัวตน” ตามสถานภาพทางสังคมที่มีอยู่ ซึ่งอาจจะเรียกว่าเป็นการละลายพฤติกรรม ละลายอดีตตา ให้เกิดความรู้สึกเท่าเทียมกันทุกคนในผู้ร่วมทีมวิจัย

2. ระยะการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 การกำหนดรูปแบบงานวิจัย ด้วยการอบรมที่มนักวิจัย ให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะที่สามารถจะจำแนกปัญหาที่เลือกด้วยการแตกหรือแจกแจง ออกเป็นประเด็นย่อยของปัญหา เพื่อสามารถจะจัดการได้ การอบรมถึงความเข้าใจที่จะช่วยกันออกความคิดว่า จะเก็บข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการจัดการกับปัญหาได้อย่างไร เช่น จะใช้เครื่องมืออะไร จะเก็บได้จากใคร ใครควรจะเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด จะเก็บเท่าใด โดยใคร เป็นต้น

2.2 การเก็บข้อมูลจะใช้ได้หลายวิธีร่วมกัน ซึ่งจะมีทั้งการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต โดยพยายามทำให้เป็นเครื่องมือที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ใช้สะดวก อาจใช้สัญลักษณ์หรือรูปภาพแทนตัวหนังสือ ใช้ภาษาที่ง่ายและเหมาะสม ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2.3 การประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล จะให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วม โดยการนำเอาแบบฟอร์ม และจัดระเบียบด้วยวิธีการที่ง่ายที่สุด ไม่ซับซ้อน เช่น การแจกแจง การทำบัญชีคะแนน และไม่ใช้สถิติขั้นสูง โดยกระทำกันในพื้นที่ที่ทำวิจัย ไม่นำเอาข้อมูลออกไปประมวลหรือวิเคราะห์นอกพื้นที่ ในขั้นตอนการประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ทำให้ผู้ร่วมวิจัยทราบถึงสถานการณ์ของปัญหาที่หยิบยกมาทำวิจัยร่วมกันว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่คิดว่าน่าจะเป็นสาเหตุของปัญหาที่จะเห็นถึงความแตกต่างระหว่างงานที่กำลังประสบปัญหากับงานที่ไม่ประสบปัญหา และเห็นลักษณะที่เหมือนกันของงานที่ประสบปัญหาเดียวกันเหล่านี้เป็นต้น

2.4 เมื่อได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ก็จะนำเอาผลมาเสนอที่ประชุม ซึ่งจัดขึ้นเพื่อให้รับรู้ถึงผลที่ได้มาจากการทำการศึกษาวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องแก้ไขในข้อมูลหรือประเด็นที่คิดว่าไม่ตรงข้อเท็จจริงตลอดจนตัดสินใจหรือลงมติ สรุป และให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3. ระยะหลังการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

3.1 แม้เมื่อกระบวนการของศึกษาศาสนาการณปัญหาเสร็จสิ้นแล้ว ก็ไม่ได้หมายความว่ากระบวนการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมสิ้นสุดลง แต่กระบวนการวิจัยต้องดำเนินต่อไปจนครบวงจร โดยนักวิจัยต้องนำผลที่ได้จากการศึกษามาแก้ปัญหาให้กับหน่วยงาน ขั้นตอนนี้ คือ การวางแผน ซึ่งทำโดยนักวิจัยร่วมกับทีมวางแผนหน่วยงาน หลังจากวางแผนแล้วก็จะนำเสนอต่อหน่วยงาน เพื่อให้รับรู้และพิจารณาเห็นชอบหรือแก้ไข ในกระบวนการนี้ ผู้ร่วมวิจัยทุกคนควรที่จะได้มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ต้องมีการนำเสนอเพื่อปรึกษาหารือ ให้มีการถกแถลง การตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง ตลอดจนตัดสินใจให้ดำเนินการจนถึงการนำเสนอต่อองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือเรื่องทุนหรืองบประมาณในการนำไปปฏิบัติ

3.2 การนำแผนสู่การปฏิบัติ ต้องมีการจัดหาและดึงเอาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในหน่วยงานมาใช้ดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่ในหน่วยงานทั้งหมด โดยคำนึงถึงเทคนิคที่เหมาะสม การใช้หลักการ และสำนึกรับผิดชอบของหน่วยงานที่มีต่อองค์กรของตนเองในการช่วยตนเองและพึ่งตนเอง

3.3 การติดตาม ใฝ่ระวัง กำกับ และการประเมินผล กระบวนการประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม จะต้องทำอย่างเป็นระบบ และเป็นระยะๆ และกระทำโดยกลุ่มผู้ร่วมโครงการทั้งหมดทุกคนในลักษณะที่เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างหนึ่ง

สรุปได้ว่า การนำแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงมีความเหมาะสม เพราะเป็นการให้ทีมสุขภาพได้ร่วมมือกันค้นหาปัญหาอย่างเต็มที่ทุกฝ่าย (William Foote Whyte, 2003) ซึ่งจะนำไปสู่การระดมความคิดในการแก้ปัญหาการจำหน่ายผู้ป่วย และกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติร่วมกัน ในขณะที่เดียวกันการเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เรียกยังถือเป็นบุญแก่สำคัญในการวางแผนร่วมมือ (Cooperation) การประสานงาน (Collaboration) และการสื่อสาร (Communication) ที่มีประสิทธิภาพ (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย, 2547) เพื่อจะนำไปสู่เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง