

สาขาทารกแรกเกิด

⊕ การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด (Neonatal hypothermia)

เนาวรัตน์ แก้วนกสิกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองฉางจังหวัดอุทัยธานี เขตสุขภาพที่ 3

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

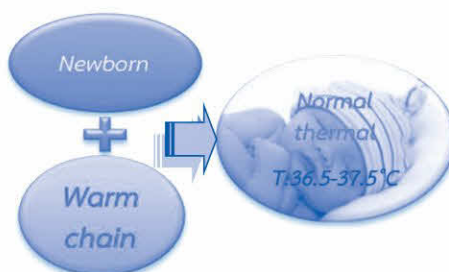
ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด หมายถึงอุณหภูมิที่วัดทางทวารหนักหรือรักแร้นาน 3 นาทีต่ำกว่า 36.5°C แบ่งเป็น Mild hypothermia (T. $36.0 - 36.4^{\circ}\text{C}$) Moderate hypothermia (T. $32.0 - 35.9^{\circ}\text{C}$) และ Severe hypothermia (T. $< 32.0^{\circ}\text{C}$) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เนื่องจากทารกแรกเกิดมีความสามารถจำกัดในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิคงที่ ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม หากไม่ควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและอัตราการตายในทารกเพิ่มขึ้น ได้แก่ Hypoxia, Hypoglycemia, Metabolic acidosis, Right to Left shunt, IVH, Infection รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มากขึ้น ระยะเวลาอนึ่ง และอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวที่ทารกป่วย ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอดขาดไป

การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกในระยะคลอดจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการดูแลทารกแรกเกิดและเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลในการป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกแรกเกิดควบคู่ไปกับการให้การพยาบาลที่จำเป็นด้านอื่นๆ จากสถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลหนองฉาง ปี 2558 พบทารกอุณหภูมิร่างกายต่ำจำนวน 18 ราย จากทารกเกิดมีชีพทั้งหมด 184 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.78 (Mild hypothermia = 66.67%, moderate hypothermia = 33.33%) มีสาเหตุและปัจจัยจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดที่บ้านหรือคลอดนอกห้องคลอด และเกิดจากการดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกแรกคลอดมีความหลากหลาย ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้น ทีมห้องคลอดจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เรื่องห่วงโซ่ความอบอุ่น (Warm Chain) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ประกอบด้วย 10 ขั้นตอนในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดตามมาตรฐานโรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็กเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการ การพัฒนาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด “ห่วงโซ่ความอบอุ่น” (Warm Chain) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ประกอบด้วย 10 ขั้นตอนในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดังนี้

The concept of “Warm Chain” to preventing neonatal hypothermia



1. Warm delivery room: ควบคุมอุณหภูมิห้องคลอดให้ $\geq 26.0^{\circ}\text{C}$ ไม่เปิดประตูทิ้งไว้ และอุณหภูมิ Radiant warmer $\geq 35.0^{\circ}\text{C}$ พร้อมอุ่นผ้าสำหรับทารกอย่างน้อย 10 นาทีก่อนทารกคลอด
2. Immediate drying: เช็ดตัวทารกทันทีหลังคลอดด้วยผ้าอุ่นที่เตรียมไว้อย่างน้อย 2 ผืน โดยผืนแรกเมื่อเช็ดเสร็จให้ทิ้งแล้วเช็ดหรือห่อด้วยผ้าอุ่นผืนที่ 2 และใส่หมวก
3. Skin-to-skin contact: วางทารกที่สวมหมวกแล้วบนอกหรือหน้าท้องมารดาให้เนื้อแนบเนื้อคลุมด้วยผ้าอุ่นและมารดาถอดไว้ภายใน 30 นาทีหลังคลอด หากทารกแข็งแรงปกติ
4. Breast-feeding: ช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่เมื่อพร้อมภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด
5. Bathing postponed: ไม่อาบน้ำทารกใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ยกเว้นทารกที่คลอดจากมารดาที่ผลเลือด HIV เป็นบวก โดยใช้น้ำอุ่นที่อุณหภูมิ $\sim 37.0^{\circ}\text{C}$ ใช้เวลาอาบน้ำให้น้อยที่สุดไม่เกิน 10 นาที
6. Appropriate clothing/bedding: ดูแลห่อผ้าคลุมถึงศีรษะ สวมเสื้อผ้าที่แห้งและอุ่นใน Radiant warmer หรือบนเตียงที่ปลอดภัยแห้งและอุ่นไม่มีลมพัดผ่าน
7. Mother & baby together: ดูแลและส่งเสริมให้มารดาทารกอยู่ด้วยกันตลอดเวลา

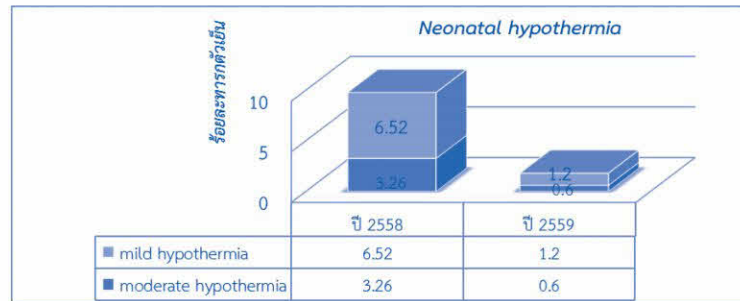
8. Warm transportation: ดูแลให้ทารกอุ่นขณะเคลื่อนย้ายโดยห่อและใส่เสื้อผ้า มีการอุ้มกอดทารก และเมื่อส่งต่อ (Refer) ใช้ถุงลมนิรภัยที่อุ่นด้วยไมโครเวฟ ขนาดไฟ 800 วัตต์ นาน 1 นาที ใส่ซองเอกสารสีน้ำตาลขนาด A4 และห่อด้วยผ้าขนหนู 1 ผืนรองใต้ตัวทารกที่ห่อผ้าแล้ว

9. Warm resuscitation: การกู้ชีพด้วยกายอุ่นภายใต้ Radiant warmer

10. Training and awareness raising: ฝึกอบรมบุคลากรในทีมให้มีความรู้และตระหนักเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดพร้อมติดตามประเมินผลการปฏิบัติตาม CPG

ผลการดำเนินการ

1. อัตรา Neonatal hypothermia ลดลงหลังการพัฒนาปี 2559 = 1.80% (Mild hypothermia = 66.67%, moderate hypothermia = 33.33%) ยังพบในทารกกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (LBV) และทารกที่คลอดก่อนถึงโรงพยาบาล



กราฟเปรียบเทียบอัตรา Neonatal hypothermia ก่อนและหลังการพัฒนาปีพ.ศ. 2558 – 2559

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Hypothermia ทารกมีความปลอดภัยมากขึ้น
3. มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและบุคลากรปฏิบัติตาม CPG 100% (ยกเว้น BBA Case)
4. หน่วยงานให้บริการที่มีมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากประชาชนและองค์กรภายนอก

อภิปรายผล ห่วงโซ่ความอบอุ่น (Warm chain: 10 steps) สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดได้ในขั้นตอนที่ 10 : Training and awareness raising เป็นขั้นตอนสำคัญ ที่จะป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิดได้มากที่สุด ต้องมีการถอดบทเรียน มีการสอนและฝึกปฏิบัติให้ทีมเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญและปฏิบัติตาม

ความภาคภูมิใจ ได้ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้กับบริการในหน่วยงาน ทำให้บริการได้มาตรฐานมีคุณภาพมากขึ้น ทารกมีความปลอดภัย และผู้รับบริการให้ความไว้วางใจ

⊕ ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

อรสา ปิ่นแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่าตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เขตสุขภาพที่ 6

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลท่าตะเกรา เป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่ายประมาณ 100 กิโลเมตร มีสถิติทารกหลังคลอด ปี 2558 – 2559 = 219, 240 รายตามลำดับ พบภาวะ Neonatal jaundice เฉลี่ยร้อยละ 10.81 (25 และ 14 ราย) ทำให้มารดาเกิดภาวะวิตกกังวล ทารกได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายของมารดาและทำให้ระยะเวลาวันนอนยาวขึ้นจากการวิเคราะห์ พบว่า สาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลท่าตะเกราเกิดจาก Pathology ร้อยละ 8.10 จาก G6PD, ABO incompatibility, Pre-term และเกิดจาก Physiology ร้อยละ 91.90 แยกเป็นกลุ่มทารกที่น้ำหนักน้อย ร้อยละ 7.40 เป็นกลุ่มมารดา Teenage pregnancy ร้อยละ 25.27 ซึ่งจะมีน้ำหนักออกมาน้อยใน 1 - 2 วันแรก และไม่ได้มีระบบการประเมินการไหลของน้ำนมที่ชัดเจน ในวันแรกจะเริ่มประเมินก่อนกลับบ้านจึงทำให้ทารกได้รับน้ำนมไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะตัวเหลืองได้ ร่วมกับมารดาขาดความพร้อมในการดูแลบุตร ส่งเสริมให้เกิดภาวะตัวเหลือง ส่วนในกลุ่มมารดาที่ไม่ใช่กลุ่ม Teenage pregnancy ร้อยละ 74.73 จะมีปัญหาเรื่องน้ำนมมาช้า ไม่ได้รับการกระตุ้นในการให้นมบุตร เนื่องจากความอ่อนล้าของมารดา รวมถึงไม่มีระบบการประเมินการไหลของน้ำนม การกระตุ้นและการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจจากเจ้าหน้าที่ ด้วยเหตุผลดังกล่าวมา ทำให้งานผู้ป่วยในจึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการ

1. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน เพื่อทำความเข้าใจในความสำคัญของปัญหา และให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง
2. เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงหลังคลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลท่าตะเียบ จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – มีนาคม 2560
3. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ผลการดำเนินการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1	อัตราการเกิด Neonatal jaundice	<10	15.98	15.41	3.73
2	อัตราการส่งต่อด้วย Neonatal jaundice	<2	0	0	0

อภิปรายผล ผลการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า อัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกระตุ้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอด เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดและส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ความภาคภูมิใจ จากผลการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผลการดำเนินงานทำให้เห็นว่าการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังและมีแผนการดูแลที่ชัดเจนทำให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ทำให้บรรยากาศการทำงานมีความอบอุ่นผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

➕ การพัฒนา MSKH Newborn Restrain

เพิ่มพูน ศิริกิจ, มนัสนันท์ จันทพิมพ์
เจ้าหน้าที่หน่วยงานทารก จังหวัดมหาสารคาม เขตสุขภาพที่ 7

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

เขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) มีการใช้เครื่องมือร่วมกันในการตรวจคัดกรองจอประสาทตาทารกเกิดก่อนกำหนด (ROP) คือ ใช้ Ret cam โดยให้พยาบาลฝึกถ่ายภาพจอประสาทตาและส่งภาพให้จักษุแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ดูผลให้ ทำให้ทารกได้รับการตรวจและติดตามตามเกณฑ์ และช่วยลดภาระงานของจักษุแพทย์ หน่วยงานทารกป่วยตรวจจอประสาทตาทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่ทารกอายุ 1 เดือน – 5 เดือน จำนวนการตรวจเฉลี่ย 6 - 7 ครั้งต่อราย การตรวจจอประสาทตาเป็นหัตถการที่ทำให้ทารกเจ็บปวดจากการใส่ Retractor ที่ตาขณะตรวจ ทำให้ทารกดิ้นสายสิริระงับ ไม่สามารถตรวจได้ ภาพไม่ชัดเจน ต้องใช้ผู้ช่วย 1 คนในการจับสิริระงับทารกหนึ่ง หลังการตรวจเสร็จ พบว่า ผู้ช่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อต้นแขน จากการเกร็งกล้ามเนื้อ และผู้ช่วยแต่ละคนทักษะการจับทารกก็แตกต่างกัน ทำให้เสียเวลาและเสียอัตราค่าจ้างในการจับทารกขณะตรวจ ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า หัตถการตรวจจอประสาทตาในทารกเกิดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่เพิ่มในแต่ละปี ในปีพ.ศ. 2557 - 2559 มีจำนวนทารกที่ตรวจจอประสาทตาจำนวน 40, 47 และ 77 ราย มีจำนวนครั้งที่ตรวจทั้งหมด 180, 214, 334 ตามลำดับ



การจับทารกขณะตรวจแบบเดิม

วิธีการและอุปกรณ์ ใช้หลักควบคุมตัวหัวนิ่ง ประกอบด้วย เบาะนอนทารกขนาด 27 X 56 เซนติเมตร ผ้าสำหรับห่อตัวทารก ผ้าผูกยึดขนาด 12 X 85 เซนติเมตร จำนวน 3 ผืน เย็บติดตีนตุ๊กแก สำหรับยึดบริเวณ ออก ท้อง และขา หัวนิ่ง โดยใช้ Soft collar มี 2 ขนาดคือ ขนาด เบอร์ S สำหรับทารกน้ำหนักน้อยกว่า 3,500 กรัมและเบอร์ M สำหรับทารกน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม

การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนใช้นวัตกรรม n= 15		หลังใช้นวัตกรรม n= 15		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. เพศ					
ชาย	8	53.3	6	40	
หญิง	7	46.7	9	60	
2. อายุ					.34**
1-2 เดือน	5	33.3	3	20	
> 2 เดือน-3 เดือน	5	33.3	8	53.3	
> 3 เดือน – 4 เดือน	5	33.3	4	26.7	
X	2.0		2.06		
SD	.84		.70		
3. น้ำหนัก					.47**
2,000 - 2,500 กรัม	3	20	2	13.3	
2,501 - 3,500 กรัม	6	40	6	40	
3,501 - 4,500 กรัม	3	20	4	26.7	
> 4,501 กรัม	3	20	3	20	
X	2.4		2.2		
SD	1.05		.86		

ผลการใช้นวัตกรรม

ผลการใช้นวัตกรรม	ก่อนใช้นวัตกรรม n= 15	หลังใช้นวัตกรรม n= 15	P-value
เวลาในการตรวจ	5.3	4.0	.70**
SD	1.06	1.36	

ความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้ MSKH Newborn Restrain

ผลการใช้นวัตกรรม	ก่อนใช้นวัตกรรม n= 11	หลังใช้นวัตกรรม n= 11
ความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลที่ตรวจ ROP	85 %	95 %

ต้นทุนในการผลิต Soft collar 150 ราคา ดินตุ๊กแก 50 เซนติเมตร ราคา 50 บาท ผ้ารัดตัว 50 เซนติเมตรราคา 50 บาท รวมงบประมาณ 250 บาท

สรุปผลงาน ผ้าผูกยึด MSKH Newborn Restrain สามารถผูกยึดทารกให้นิ่งขณะตรวจจอประสาทตาได้ผลดีเท่ากับการใช้บุคลากรจับ ทำให้ไม่ต้องเสียบุคลากร 1 คน ในการจับทารก และพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้ MSKH Newborn Restrain ร้อยละ 95

บทเรียนที่ได้รับ การพัฒนาक्रमช่วยให้ทีมสุขภาพทำงานได้ง่ายขึ้น ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและสามารถนำไปขยายในการผูกยึดกรณีอื่นๆ ในทารกได้ เช่น หัตถการเปลี่ยนถ่ายเลือดในทารก การ X-ray



โอกาสพัฒนา ทารกที่น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัมยังไม่นิ่งแต่ออกแรงจับน้อยลง

อภิปราย การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกโดยสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ลดวันนอนในโรงพยาบาล แต่ยังพบมีผู้ป่วยบางรายมีวันนอนมากกว่า 30 วัน จึงได้กำหนดให้มีระบบการทบทวน และติดตามการนำใช้แนวทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาโอกาสพัฒนา

ความภาคภูมิใจ การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ต้องดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการครอบคลุมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีความสำเร็จเกิดจากการสร้าง

การมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ มองเห็นปัญหา มีเป้าหมายเดียวกันและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้บริหารที่มีนโยบายชัดเจนในการส่งเสริมและให้ข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพบริการ และการสนับสนุนงานวิจัยและพัฒนา

➕ ผลการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทารกแรกเกิดใน จังหวัดยโสธร

วิภาดา เชื้อศุภโรบล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร เขตสุขภาพที่ 10

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จังหวัดยโสธร มีประชากรประมาณ 540,182 คน มีโรงพยาบาลยโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 370 เตียง มีโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 7 แห่ง ได้ดำเนินการพัฒนาเครือข่ายทารกแรกเกิด ควบคู่ไปกับการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกกลุ่มเสี่ยง รวมถึงปัญหาอื่นๆ สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กจังหวัดยโสธร มีอัตราการคลอดปีละประมาณ 3,200 ราย ในโรงพยาบาลยโสธร จำนวน 3,145 คน เป็นมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 12 ในกลุ่มนี้เป็นทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด ในจำนวนนี้ พบว่า ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 9.81 (300), 9.02 (318), 10.20 (339) ขาดออกซิเจนระหว่างการคลอด 20.99, 18.18 และ 22.25 ต่อพัน การเกิดมีชีพ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.36 (160) รับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด และอัตราการส่งกลับโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 3.12 (5) ไม่สามารถส่งกลับทุกรายเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนขาดเครื่องมืออย่าง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตระยะยาวที่ดี

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) พื้นที่เป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ หน่วยงานผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 8 แห่ง และเขตอำเภอเมือง ในจังหวัดยโสธร

การดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ระยะ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan) เป็นระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โดยจัดประชุมทีมจัดตั้งคณะกรรมการ ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดพื้นที่ในการดูแล โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ (Action) ระยะพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดป่วยและเครือข่ายและจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการทารกแรกเกิด เพิ่มศักยภาพทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ รวมถึงชุมชนมีส่วนร่วม ตามกิจกรรมดังนี้

ภายในโรงพยาบาล เพิ่มพูนความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องโดย 1) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทักษะแก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ เช่น งานห้องคลอด ตึกสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ฯลฯ โดยกุมารแพทย์ ในหัวข้อการประเมินทารกแรกเกิด การดูแลทารกกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 2) มีระบบให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลทารกแรกเกิดในรายที่มีปัญหา 3) มีระบบส่งเสริม คัดกรอง ช่วยเหลือทารกกลุ่มเสี่ยงและมารดาที่มีปัญหา

ภายนอกโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการดูแลทารกแรกเกิดตามเกณฑ์ด้วยการจัดประชุม พร้อมทั้งระดมสมองในการคิดรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายด้วยการดำเนินงาน ดังนี้

ด้านการพัฒนาระบบส่งต่อ 1) ประชุมหารือเพื่อจัดทำข้อตกลงร่วมกัน กำหนดศักยภาพแต่ละโรงพยาบาลและการส่งต่อในแต่ละโซน 2) จัดระบบที่ปรึกษาให้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชน (Consultant) 3) ลดขั้นตอนการส่งต่อ/ติดตามกับ Staff โดยตรงและมี Fast track 4) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดระหว่างส่งต่อ 5) จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นตามศักยภาพ 6) กำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพระบบส่งต่อเพื่อนำมาวิเคราะห์และพัฒนาต่อเนื่อง

ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 1) จัดอบรมวิชาการการดูแลทารกแรกเกิดพื้นฐานและวิกฤตทุกปี 2) อบรมการช่วยฟื้นชีพทารกแรกเกิด (NCPR) ต่อเนื่องทุกปี 3) ติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Observation) โดยการตรวจเยี่ยมประเมินเครือข่ายด้วยวิธีการวิชาการสุ่มตรวจ ประเมินการมีและการใช้เครื่องมือ

ระยะที่ 4 ระยะสะท้อนข้อมูล (Reflection) การสะท้อนผลการศึกษาค้นกลับสู่คณะทำงานในเครือข่าย

ผลการศึกษา

ด้านสถานที่ เครื่องมือ โรงพยาบาลยโสธร ได้หออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมใหม่ในปี 2558 โรงพยาบาลเลิงนกทา สามารถรับผู้ป่วย Sick newborn ขนาด 2 ถึง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง สามารถยืมเครื่องส่องไฟรักษาทารกตัวเหลืองจากโรงพยาบาลยโสธร และมีการจัดอบรมการใช้ตู้อบเด็กอย่างถูกต้อง

ด้านบุคลากร มีกุมารแพทย์ เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง (2คน) กุมารแพทย์ผ่านการอบรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด และทารกวิกฤต พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้น (40%) อัตราการเยี่ยมบ้านในทารกกลุ่มเสี่ยง 88.4% ทารก



ได้รับการตรวจประเมิน 100% มีพัฒนาการสมวัย 91.31% ส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ 2 ราย (8.69%) มารดามีความรู้เฉลี่ย 97.4% อัตราการกลับมารักษาซ้ำ 1.02% สิ่งที่ต้องพัฒนาด้านบุคลากร คือ การดูแลทารกแรกเกิดป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลา 1 สัปดาห์

ด้านมาตรฐานการปฏิบัติการดูแล 1) มีแนวทางการ Consult 2) มีคู่มือการส่งต่อทารกแรกเกิด 3) มีแนวทางการส่งต่อ Fast track newborn, Alert sign มี Hotline Counseling 4) มี CPG Preterm 5) มีแนวทางการดูแลทารกตัวเหลือง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกได้ดีขึ้น และมีแนวโน้มลดอัตราการเสียชีวิต สามารถส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้เคียงได้ และในปี 2557 ลดการส่งต่อเข้าสู่โรงพยาบาลแม่ข่ายจาก 6.3% เหลือ 4.4% ทารกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เสียชีวิตใน 28 วันแรกลดลงเหลือ 0.3%

อภิปรายผล ผลดำเนินงานตั้งแต่ปี 2556 พบว่า ระบบบริการชัดเจน มีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว มีช่องทางด่วนเฉพาะทารกแรกเกิด สามารถเข้าถึงบริการได้ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน อัตราการส่งมารักษาต่อลดลง แสดงถึงระบบบริการทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความภาคภูมิใจ โรงพยาบาลชุมชน สามารถพัฒนาการดูแลทารกแรกเกิดป่วยได้มากขึ้น มีความพร้อมด้านครุภัณฑ์ในระดับหนึ่ง มีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น มีระบบให้คำปรึกษาด้านทารกแรกเกิด ส่งผลให้บุคลากรมีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดมากขึ้น จากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ R2R มาเป็นเครื่องมือ ทำให้เห็นผลเชิงประจักษ์ชัดเจนและเชื่อมโยงต่อไปพัฒนาในระบบเครือข่าย Service Plan ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

⊕ หนึ่งในหลายคนรับ เขตสุขภาพที่ 5

สุทธิพงษ์ ศิริมัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม เขตสุขภาพที่ 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอยู่เป็นจำนวนมาก ที่ทุกข์ทรมานจากการที่อวัยวะสำคัญ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ วิธีการทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การปลูกถ่ายอวัยวะใหม่ ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยหลังการปลูกถ่ายอวัยวะสูงขึ้น โดยเฉพาะการปลูกถ่ายไตให้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐลงได้ในระยะยาว ปัญหาสำคัญของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ การขาดแคลนอวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่าย ทำให้ผู้ป่วยที่รอรับอวัยวะต้องเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ

ปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะอยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทาง โดยขยายบริการด้านการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะแก่ประชาชนในทุกเขตสุขภาพครอบคลุมทั่วประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาคาดแคลนอวัยวะสำหรับการปลูกถ่ายอย่างเป็นระบบ

ปี 2559 เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้บริจาคอวัยวะสมองตายจำนวน 6 ราย มีผู้เสียชีวิตบริจาคดวงตาจำนวน 17 ราย ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะที่ผ่านมา ได้แก่ ทักษะของญาติผู้ป่วยสมองตาย ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ ความรู้ของทีมในการดูแลผู้ป่วยสมองตายที่อาจบริจาคอวัยวะได้ให้อวัยวะมีคุณภาพ และการแจ้งความจำเป็นของการบริจาคอวัยวะยังไม่มาก จำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอกับผู้รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ

วัตถุประสงค์ เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการ เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการรับบริจาคอวัยวะในโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 ในเขตสุขภาพที่ 5 โดยดำเนินการแบบมีส่วนร่วมดังนี้

1. ด้านโครงสร้างองค์กร แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลระดับ A, S และ M1 จำนวน 16 รพ. และตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการประชุมทุก 3 เดือน
2. ด้านระบบงาน ทุกโรงพยาบาลมีการแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์รับบริจาคอวัยวะ จัดระบบ/แนวทางการประเมิน ค้นหาผู้ป่วยสมองตายที่อาจบริจาคอวัยวะได้ (potential donor) มีการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย
3. ด้านวิชาการ ให้ความรู้วิชาการเรื่องการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยสมองตาย ประชุมเชิงปฏิบัติเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะเขตสุขภาพที่ 5 ประชุมวิชาการ เรื่อง การวินิจฉัยภาวะสมองตาย และการดูแลผู้ป่วยบริจาคอวัยวะสมองตาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานการบริจาคอวัยวะและดวงตาระหว่างสมาชิก และผู้แทน