

Development of Care Systems for Premature Infants in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital and Networks.

*Supanee Kanthasup, RN.**

*Srisuree Soonpayanon, MNS.***

Abstract

This research was participatory action research in order to develop care systems for premature infant in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital and networks. Researches and cooperative developmental studies on administrative systems of premature care have continuously been developed over time. The results of the development of premature care, as well as the obstacles encountered by developing premature care and networks of premature care lead to the process of sustainable development of joint research and development of premature care. Stage of development was classified into 3 stages. First stage was development of care system for premature infant. Second stage was developed care system for premature infant by results of study. Third stage was to find factors and obstacles of care systems for premature infant. Research study group composed of doctors and nurses who are responsible to premature care at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital and networks about 57 persons. Research was conducted by collecting data of premature infant by health care personnel since October 1, 2012 to September 30, 2014. Tools of this study were medical records and questionnaires which are open ended. Data analysis was used the descriptive statistics, per cent and frequency. The McNemar statistic (Z-test) was utilized for year-to-year data comparison and to analyze qualitative data by creating a performance summary of the development of care for premature babies at Phra Nakhon Si Ayutthaya hospital and its network.

The outcomes in development of premature infant care were 1) special wards for premature infants, 2) neonatal intensive care for infants that need closed monitoring, 3) standard clinical practice guidelines for premature infant care and networks of hospitals for caring premature babies, 4) reduction in referrals to supratertiary care hospitals by increasing the potential mother's hospital network - this allows premature babies under the care of a hospital in the associated network to be transferred to the nearest hospital for treatment from 53.21 percent to 77.88 percent in the year 2013 and year 2014, 5) reduction in the death rate of premature infants whose weights were greater than 1500 grams. The death rate reductions were 6.99 percent in year 2013 and 5.08 percent in year 2014. This includes the decrease in complications of premature care, Retinopathy of Prematurity (ROP). ROP was decreased from 6.09 percent to 1.98 percent in the year 2013 and year 2014, respectively. These findings represent the potential and development of the care systems for premature in the

same standard, prevention and reduction of risk that might occur. Management, maintenance of tools and equipment and their availability is also an important key. This includes conference management workshop and promotes the personnel development projects for taking care of new born to sustainability to achieve learning. Last but not least, exchanges of experience among care personnel in the premature care can help strengthen the premature care network and improve the efficiency and promote sustainable quality.

Keywords : Premature infants, Development of care systems, networks

**Department of Nursing*

***Sick New Born ward, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.*

การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่าย

บทคัดย่อ

สุพรรณณี ชันธุศุก, พย.บ.*
ศรีสุริย์ สุนพยานนท์, พย.ม.**

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ระยะที่ 3 ศึกษาปัจจัยและอุปสรรคของการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษานี้ มีจำนวน 57 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ที่ให้บริการทารกคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4 ระยะเวลาที่ศึกษา คือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 - 30 กันยายน 2557 เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วยประเด็นคำถามปลายเปิดแบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดเปรียบเทียบปีต่อปีใช้สถิติ McNemar (Z-test) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

จากการศึกษาได้สร้างข้อสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่าย ทำให้มีผู้ป่วยเฉพาะสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยที่ต้องการ การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน และเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เกิดระบบส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน และลดการส่งต่อออกนอกพื้นที่เนื่องจากสถานบริการแม่ข่ายมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์การพัฒนาพบอัตราการเสียชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า 1500 กรัม มีแนวโน้มลดลง (ร้อยละ 6.99, 5.08 ในปี 2556 และ 2557 ตามลำดับ) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Retinopathy of Prematurity (ROP) มีอัตราลดลง (ร้อยละ 6.09, 1.98 ในปี 2556 และ 2557 ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถส่งต่อทารกกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 53.21, 77.88 ในปี 2556 และ 2557 ตามลำดับ) ทำให้เกิดแนวทางการดูแลใน

เครือข่ายมีมาตรฐานเดียวกัน ป้องกันและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เกิดระบบการบริหารความพร้อมใช้และเหมาะสมของอุปกรณ์/เครื่องมือรวมถึงทำให้เกิดการพัฒนาด้านวิชาการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกัน และมีเครือข่ายเชื่อมโยงสู่การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพที่ยั่งยืน

คำสำคัญ : ทารกคลอดก่อนกำหนด การพัฒนาระบบการดูแล เครือข่ายการดูแลสุขภาพ

*กลุ่มการพยาบาล

**หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นทารกที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์ ทารกยังคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใด ก็ยิ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ มากขึ้นเท่านั้น ในแต่ละปีทั่วโลกมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดพบร้อยละ 7.8 ของทารกเกิดมีชีพ⁽²⁾ ทารกเหล่านี้บางส่วนเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนด อัตราการตายของทารกอายุ 0-28 วัน สูงกว่าทารกคลอดปกติถึง 40 เท่า^(3,4) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทารกคลอดก่อนกำหนด⁽⁵⁾ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบทั้งต่อทารก มารดาและครอบครัว โดยทารกกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดปกติของอวัยวะและระบบต่างๆ นอกจากนี้ยังอาจมีผลทำให้เกิดความพิการทางสมองซึ่งเป็นภาวะทุพพลภาพในระยะยาว^(6,7) ทารกกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit; NICU) และบางรายต้องได้รับการดูแลด้วยเครื่องช่วยหายใจรวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในขณะที่ศักยภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ด้านการดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตมีจำกัดไม่ว่าจำนวนเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์รวมทั้งแพทย์พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทำให้ทารกกลุ่มนี้ไม่ได้รับ

การดูแลรักษาที่เหมาะสมบางรายเสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น โรคปอดเรื้อรัง ภาวะลำไส้เน่าเปื่อย และเลือดออกในโพรงสมองมีผลทำให้ต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลอีกระยะหนึ่งจนแข็งแรงพร้อมจำหน่ายกลับบ้านได้⁽⁸⁾ ทารกบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนหรือพิการตามมาเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง^(9,10) ผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว อาจรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง รู้สึกผิด และมีความเศร้าโศก เกิดความกลัว วิตกกังวลและเครียด เกี่ยวกับสุขภาพของทารก กลัวทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงสัมพันธ์ภาวะระหว่างบิดามารดาและทารกลดน้อยลงเนื่องจากทารกต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่สูงขึ้น^(11,12,13) ปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อประเทศในการสูญเสียค่าดูแลรักษาเป็นจำนวนมากซึ่งพบว่าในแต่ละปีประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300,000,000 บาท ต่อการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด^(14,15) นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุของความพิการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอีกด้วยทารกคลอดก่อนกำหนดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางเพื่อช่วยให้ทารกรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลือให้น้อยที่สุด จากภาวะเสี่ยงของทารกคลอดก่อนกำหนดดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้ต้องการการการรักษาดูแลที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าทารกปกติ ต้องการผู้ดูแลที่มีความชำนาญเชี่ยวชาญและต้องได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน

ตั้งแต่ห้องคลอดจนถึงห้องอภิบาลทารกแรกเกิดหรือหออภิบาลทารกวิกฤต

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือคลอดก่อนกำหนดโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง⁽¹⁶⁾ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการดูแลทารกกลุ่มนี้ โดยการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีการแบ่งระดับในการรับดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตามระดับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการจัดการระบบการดูแลทารก และระบบส่งต่ออย่างเหมาะสมและได้มาตรฐาน ตลอดจนการพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลทารกได้ตามบริบทและขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำให้ทารกกลุ่มนี้ได้รับการดูแลตามคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน และสามารถรักษาดูแลในสถานพยาบาลที่ใกล้ภูมิลำเนามากที่สุด ลดความตึงเครียดของครอบครัว ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการพัฒนาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ปี 2550 โดยเริ่มพัฒนาระบบการดูแลในโรงพยาบาล ปัญหาที่วิเคราะห์ได้เมื่อเริ่มดำเนินการพัฒนา คือ จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สถานที่หน่วยบริการไม่เหมาะสม เครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เมื่อทารกอาการเลวร้ายพบข้อจำกัดของทารกคลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทันทีหลังจากอาการดีขึ้นผู้ป่วยทารกบางรายต้องรอการให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษาของแพทย์ รอน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์การจำหน่าย รอยาติมารับกลับและพบว่าข้อจำกัดของระบบการดูแลและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดเนื่องจากเดิมยังขาดแนวทางการส่งต่อเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลขณะส่งต่อไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง

ขณะส่งต่อ ในด้านระบบการให้บริการพบว่าขาดกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดและไม่มีแนวทางการดูแลรักษาในโรคพบบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลากหลายสอดคล้องกับการศึกษาของพวงทิพย์ ทัศนเยี่ยม และคณะ⁽¹⁷⁾ ซึ่งศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล เครือข่ายจังหวัดสกลนครและเขตรอยต่อพบว่า ปัญหาด้านระบบบริการ คือ ทารกแรกเกิดมีจำนวนมากขึ้น และทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤติจำนวนมากขึ้น โรคที่เป็นปัญหาต้องให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ เช่น RDS, Birth asphyxia, Pneumonia และ Persistent pulmonary hypertension (PPHN) มีจำนวนมากขึ้นโดยเฉพาะ PPHN มีอัตราตายสูงมากและมีผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจและต้องการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด หรือหอผู้ป่วยทารกวิกฤตขาดการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพและต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยหนักกับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นส่งกลับได้น้อย ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอในการรับผู้ป่วยขาดเครื่องมือที่จำเป็นในการให้การรักษานักวิชาการ และในการดูแลผู้ป่วยพบความหลากหลายเนื่องจากไม่มีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ RDS, LBW, Neonatal Jaundice, Neonatal Sepsis และการส่งต่อผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ายังไม่ได้กำหนดรูปแบบระบบบริการและกำหนดแนวทางการส่งต่อได้แก่ การดูแลรักษาพยาบาลก่อนส่งต่อและระหว่างส่งต่อทำให้พบปัญหาในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในเรื่องการเตรียมความพร้อมการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อและการดูแลระหว่างส่งต่อ ด้านระบบภายนอก พบว่าไม่มีการกำหนดพื้นที่ที่รับผิดชอบในการดูแลทารกแรกเกิดที่ชัดเจนแต่เป็นการให้การ

รักษาพยาบาลตามศักยภาพและการส่งต่อในระบบการส่งต่อร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่ได้กำหนดโครงสร้างการประสานงานเครือข่ายและการกำหนดกลไกในการประสานงาน รวมทั้งไม่มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของเครือข่าย ขาดแผนการนิเทศติดตามโรงพยาบาลที่มีศักยภาพรองและแผนพัฒนาบุคลากรเรื่องการดูแลทารกแรกเกิดยังไม่ชัดเจน

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดซึ่งอยู่ในกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงสูงมาอย่างต่อเนื่องโดยได้ร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพกุมารเวชกรรมดำเนินการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิด โดยการพัฒนากระบวนการดูแล การส่งต่อระบบให้คำปรึกษา ระบบจัดการอุปกรณ์และเครื่องมือ แนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิด พัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ เกิดความสมดุลระหว่างคุณภาพการดูแลกับความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

เมื่อทบทวนผลการพัฒนาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี 2555 และ 2556 พบว่า มีอัตราการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 9.74 และ 11.34⁽¹⁸⁾ อัตราตายของทารกกลุ่มนี้ร้อยละ 4.52 และ 6.99 ตามลำดับ และพบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโรคปอดเรื้อรังในทารกแรก (Bronchopulmonary dysplasia, BPD) ร้อยละ 4.39 และ 6.54 โรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of prematurity, ROP) ร้อยละ 1.40 และ 2.43 ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำขณะเคลื่อนย้าย ภาวะการหายใจลำบาก การช่วยฟื้นคืนชีพที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่เป็นตามแนวทางที่กำหนดไว้ และตัวชี้วัดหลายตัวไม่บรรลุเป้าหมาย

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล จึงต้องการพัฒนาและปรับระบบการดูแลทารกคลอดก่อน

กำหนดสู่ความยั่งยืน จึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยใดที่สนับสนุนระบบการดูแล ปัญหา และอุปสรรคที่มีผลต่อระบบการดูแล การวิเคราะห์กระบวนการดูแล การศึกษาถึงความครอบคลุมของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น การสะท้อนคุณภาพการดูแลต่อมาตรฐานการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนามาตรฐานการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นศูนย์การดูแลทารกแรกเกิด และเป็นพี่เลี้ยงเครือข่ายระดับจังหวัดได้เทียบเท่าโรงพยาบาลศูนย์สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และนโยบายการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ ที่ต้องการให้โรงพยาบาลเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด และสามารถยกระดับความเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

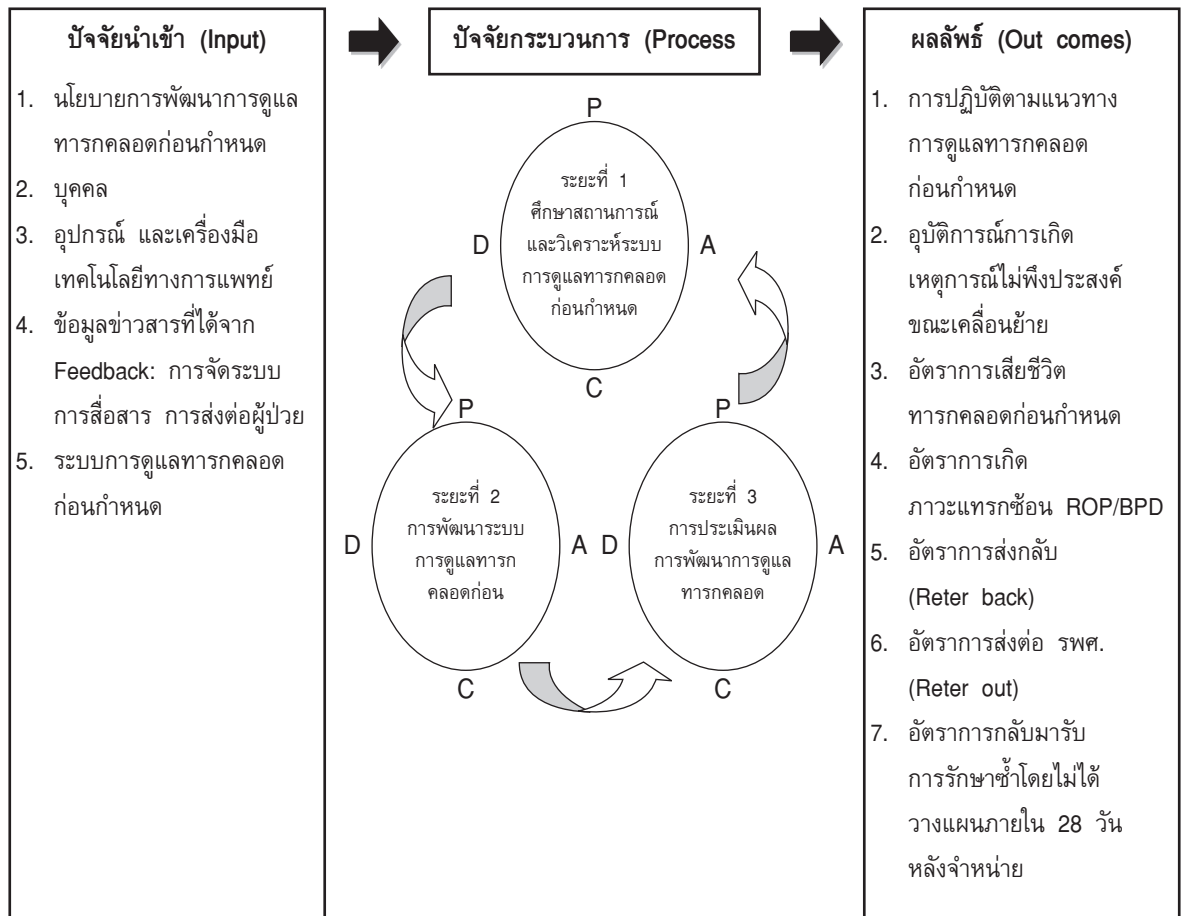
1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและเครือข่ายการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ⁽¹⁹⁾ เป็นการจัดปัจจัยนำเข้า (input) โดยใช้กระบวนการ (process) ในการพัฒนาโดยการอาศัยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพกุมารเวชกรรม สู่กิจกรรมของการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโดยเริ่มจากการวิเคราะห์ พัฒนา ปรับปรุงระบบการดูแลทดลองและประเมินผลการพัฒนาจนถึงผลลัพธ์ (out come) และสะท้อนข้อมูลแก่ทีมที่เกี่ยวข้องทราบเป็นระยะๆ เพื่อปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีระบบ

ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่าย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)⁽²⁰⁾ เพื่อศึกษาถึงการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ของการพัฒนา และเครือข่ายการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ปัจจัยและอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแล รวมทั้งได้รูปแบบของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้ประสิทธิภาพและมี

คุณภาพโดยศึกษาในหอผู้ป่วยที่รับทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 - 30 กันยายน พ.ศ. 2557 ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 2) ระยะการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและเครือข่าย และ 3) ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่ายของโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 57 คน ที่รับดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด สำหรับการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 - 30 กันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 999 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดูแลทารกแรกเกิด และแนวทางการดูแล รักษาพยาบาลทารกแรกเกิดในเครือข่ายโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (CPG) แนวทางการส่งต่อทารกแรกเกิด แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการพยาบาลทารกเมื่อจำหน่ายกลับบ้านซึ่งคู่มือนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของผลลัพธ์ตัวชี้วัดใช้ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือที่พัฒนาและถูกนำมาใช้เก็บตัวชี้วัดการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใช้ในเครือข่าย อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี ในส่วนของการเก็บรวบรวมแบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางดูแล การรักษาพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ มาทดสอบหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

วิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนา ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้กระบวนการเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารในประเด็นการเข้าถึงบริการ และมาตรฐานการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จนถึงเครือข่ายการดูแล กระบวนการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดวิเคราะห์การปฏิบัติการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด นำมาสู่การสร้างรูปแบบการพัฒนาระบบที่เหมาะสมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและเครือข่าย

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ทบทวนรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาดำเนินการจัดประชุมเพื่อร่วมกันระดมสมองในการคิดรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่ายและจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการจัดทำคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดสำหรับโรงพยาบาลและเครือข่าย การสร้างนวัตกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างเคลื่อนย้าย รวมทั้งการพัฒนาแนวทาง (CPG) การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายด้านการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ตัวเหลือง ภาวะติดเชื้อ (Sepsis) ทบทวนแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ (New born resuscitate) แก่บุคลากรที่ดูแลทารกแรกเกิดทุกปี รวมทั้งมีการนิเทศติดตาม มีการสัญจรในการให้ความรู้แก่โรงพยาบาลชุมชน มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการพัฒนาและร่วมตกลงกับทีมเครือข่ายในรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

จากการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และการสร้างเครือข่าย ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบ การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเครือข่ายที่พัฒนา ผู้วิจัยดำเนินการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตามความก้าวหน้ารวมทั้งวิเคราะห์ ปัจจัยปัญหา และอุปสรรคที่พบจากการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่าย เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลที่เพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพต่อไป

ผลการวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่าย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

1. ด้านบุคลากร: บุคลากรเป็นหัวใจหลักของการพัฒนา ทั้งด้านสมรรถนะ ทักษะความเชี่ยวชาญ ประสิทธิภาพในการดูแลจนถึงอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมซึ่งจากการวิเคราะห์ในระยะนี้พบว่าอัตราค่าจ้างในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด พบประเด็นปัญหาการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงในห้องผ่าตัด 1 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์ประเด็นสาเหตุของปัญหาพบว่าอัตราค่าจ้างในการรับทารกในห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนอัตราค่าจ้างในการรับทารกในห้องผ่าตัดตั้งแต่ปี 2552 หลังจากปรับอัตราค่าจ้างไม่พบอุบัติเหตุรุนแรง สามารถประสานติดตามแพทย์ และย้ายทารกไปหน่วยงานที่เหมาะสมรวดเร็ว

2. ด้านสถานที่ เครื่องมือ: วัสดุ อุปกรณ์ มีความทันสมัยเพิ่มขึ้น มีหอผู้ป่วยที่เฉพาะสำหรับการดูแลคลอดก่อนกำหนดทั้งในระยะวิกฤต และพักฟื้น มีจำนวนเตียงรองรับทารกวิกฤต (NICU) จากเดิม 6 เตียง ปัจจุบันสามารถรับได้ 8 เตียง และสามารถรับได้เต็มที่ 10 เตียง อัตราการครองเตียงเป็น 87.69% สำหรับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNBU) เดิม รับได้เพียง 6 - 8 เตียง ปัจจุบันสามารถรับได้ 8 - 12 เตียง และสามารถรับดูแลระยะพักฟื้นเพิ่มขึ้นจากเดิมต้องไปอยู่ร่วมกับเด็กโต ปัจจุบันได้แยกมาเป็นสัดส่วนมารดาอยู่ดูแลทารกโดยเฉพาะ อัตราการครองเตียงในปัจจุบันเป็น 79.10% ลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อ และสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3. ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแล มีการพัฒนาแนวทาง (CPG) ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะคลอด ระยะวิกฤต พักฟื้น จนถึงจำหน่าย ในการพัฒนายังพบว่าการปฏิบัติยังมีปัญหา อุปสรรคในด้านบุคคล ควรที่จะสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด สำหรับระบบขาดการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสาร จากแม่ สู่ลูก ซึ่งได้นำมาวางแผนพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและเครือข่าย

จากการวิเคราะห์ รูปแบบการดูแลที่ปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ เพียงแต่เพิ่มการใช้เครื่องประคองการหายใจ (CPAP) แบบ Non invasive ในขณะที่เคลื่อนย้ายตามข้อกำหนดในแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกได้ดีขึ้น และยังมีแนวโน้มลดอัตราการเสียชีวิต สามารถส่งต่อกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้เคียงได้เพิ่มขึ้น ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

รายการตัวชี้วัด	2556 n(%)	2557 n(%)	Z	p-value
1. จำนวนการคลอดในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	5264	5399	-	
2. จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด	429 (8.14)	570 (10.52)	-	
3. อัตราการเสียชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนด	30 (6.99)	29 (5.08)	0.690	0.490
4. อัตราการเสียชีวิตทารกคลอดก่อนกำหนด (จำแนกตามน้ำหนัก)				
น้อยกว่า 1000 กรัม	13 (3.03)	11 (1.92)	1.131	0.258
1001 - 1500 กรัม	11 (2.56)	12 (2.10)	0.420	0.674
1501 - 2500 กรัม	6 (1.39)	6 (1.05)	0.444	0.657
5. อัตราการเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม (ROP)	5 (6.09)	3 (1.98)	2.225	0.025*
6. อัตราการเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม (ROP) > stage 2	2 (2.43)	2 (1.32)	0.631	0.528
7. อัตราการเกิดภาวะปอดเรื้อรัง (BPD)	10 (1.21)	5 (4.38)	2.037	0.041*
8. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ต่อ 1000 วันนอน)	113 (11.61)	111 (9.87)	1.457	0.145
9. อัตราการส่งกลับรักษาต่อ รพ.ใกล้บ้าน (Refer back)	58 (53.21)	81 (77.88)	3.781	0.000*
10. อัตราการส่งต่อทารกคลอดก่อนกำหนดไป รพ.ศ. ที่มีศักยภาพสูงกว่า (Refer out)	2 (0.46)	2 (0.35)	0.267	0.787
11. อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ โดยไม่ได้วางแผน ภายใน 28 วันหลังจำหน่าย	21 (2.29)	23 (2.71)	0.823	0.412

*P < 0.05

ผลจากการใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า

ระยะคลอดการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดยังมีการปฏิบัติในเรื่องของการให้ยา Antenatal steroids ในกลุ่ม Dexamethasone มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากเดิมพบว่าการให้ยา Dexa ร้อยละ 38.22 ในปี 2556 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.39 พยาบาลในห้องคลอดมี

การปฏิบัติตามแนวทางดูแลการคลอดก่อนกำหนดเป็นประจำ ร้อยละ 68.4

ระยะวิกฤต พยาบาลที่รับผิดชอบทั้งในส่วนของหอผู้ป่วยหนักเด็ก (NICU) และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (SNBU) มีการปฏิบัติตามแนวทางในเรื่องการดูแลทารกวิกฤต พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำตามแนวทางร้อยละ 89.5

ระยะพักฟื้น หลังจากทารกผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินทารกจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วย

ทารกแรกเกิด (SNBU) เพื่อรอการจำหน่ายซึ่งจากการสัมภาษณ์ และสอบถามพบว่ามีการปฏิบัติในขณะนี้ เป็นประจำทุกราย

ระยะจำหน่ายกลับบ้าน ทารกคลอดก่อนกำหนดจะได้รับการสอน และแนะนำเมื่อกลับบ้าน ทั้งเรื่องของวัคซีน และการติดตามพัฒนาการ ซึ่งพบว่าร้อยละ 57.9 ของพยาบาลผู้ดูแลจะปฏิบัติตามแนวทางเป็นประจำ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับโรงพยาบาลในเครือข่าย การพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่ปฏิบัติในปัจจุบัน มีรูปแบบชัดเจน มีช่องทางในการสื่อสารที่ชัดเจน สามารถประสานงานติดต่อได้รวดเร็ว มีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลทารก อย่างไรก็ตามพบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังขาดทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกในด้านการให้สารน้ำ และยังมีความต้องการให้แม่ช่วยช่วยเพิ่มศักยภาพด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ (NCPR) เป็นการทบทวนทุกปี เพื่อช่วยเสริมความมั่นใจยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

ปัจจัยของการพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อน สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง สิ่งแวดล้อม และเครื่องมือ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านโครงสร้างที่ชัดเจน การมีสายงานบังคับบัญชาที่ชัดเจน จากเดิมเป็นหอผู้ป่วยรวม ระหว่างทารกแรกเกิดที่เจ็บป่วยทั่วไป กับทารกวิกฤต หลังจากที่มีการจัดโครงสร้าง ความรับผิดชอบใหม่ โดยแยกหน่วยงานที่ดูแลทารกแต่ละกลุ่มอย่างชัดเจน และการกำหนดเป้าหมายในการดูแลทารกแรกเกิดให้มีความชัดเจนขึ้น สามารถมุ่งประเด็นในการพัฒนาได้ ทั้งยังช่วยในเรื่องการลดการแพร่กระจายเชื้อต่างๆ เนื่องจากมีการแยกอุปกรณ์สำหรับทารกวิกฤตอย่างเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับทารกเจ็บป่วยการแยกอุปกรณ์จะพิจารณาใช้

เป็นรายๆ ที่จำเป็น เนื่องจากข้อจำกัดในด้านของงบประมาณสนับสนุน

2. ด้านบุคลากร จากการวิเคราะห์ อายุเฉลี่ยของบุคลากรที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเท่ากับ 39.05 ปี (24 - 57 ปี) พบว่ามีประสบการณ์ในการดูแลทารกเท่ากับ 14.34 ปี (2.5 - 36.5 ปี) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้การดูแลทารกมีประสิทธิภาพ เนื่องจากบุคลากรเหล่านี้มีทักษะ และความเชี่ยวชาญ จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการดูแล แต่อาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาบางอย่าง จึงควรนำมาบูรณาการหาข้อตกลงร่วมเพื่อให้การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีประสิทธิภาพ และคุณภาพ

3. ด้านระบบบริการ และการเชื่อมโยงระบบ จากการวิเคราะห์ระบบการดูแลที่ทางทีมร่วมสร้างผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาทดสอบศึกษา และพัฒนาปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเหมาะสม พบว่า ระบบบริการชัดเจน มีช่องทางการสื่อสารที่รวดเร็ว สามารถให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือให้การดูแลเบื้องต้นที่เหมาะสม ก่อนการเคลื่อนย้าย หรือขณะที่ให้การดูแลที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งพบว่าอัตราการส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี 2556 = 53.21%; ปี 2557 = 77.88%) แสดงถึงระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลในเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงได้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

4. ด้านนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากนโยบายที่ชัดเจนจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาทั้งการพัฒนาแม่ข่าย และเครือข่าย การสนับสนุนด้านงบประมาณ การจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการทารกคลอดก่อนกำหนดสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดของแผนพัฒนาระบบบริการโรคที่มีความเสี่ยงสูง⁽¹⁶⁾

การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จากการวิเคราะห์ระบบการพัฒนาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า การมีนโยบายชัดเจนการจัดสรรงบประมาณต่อการพัฒนาอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ขึ้นกับการพิจารณาจากทีมบริหาร ซึ่งเพียงพอต่อการดูแลในปัจจุบัน แต่ควรมีการปรับเปลี่ยนอุปกรณ์บางอย่างที่มีความล้าสมัย หรือจัดหาอุปกรณ์ที่ทันสมัยเพิ่มขึ้น เช่น เครื่องส่องไฟตัวเหลืองชนิด LED เครื่อง Neo-puff ช่วยหายใจขณะเคลื่อนย้ายทารก และที่เป็นหัวใจหลักคือศักยภาพของบุคลากรสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา^(21,22,23) ที่พบว่า นโยบาย งบประมาณ เครื่องมือ และบุคลากรคือปัจจัยในการสนับสนุนการพัฒนา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอุปกรณ์ เครื่องมือ บางอย่างยังไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่พร้อมที่จะรับนโยบายการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เช่น การส่งต่อกลับไปผิดยาให้ครบยั้งคำนึงถึงน้ำหนักทารกต้องมากกว่า 2000 กรัม จึงจะส่งต่อได้ ในขณะที่ทางโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถจำหน่ายทารกกลับบ้านได้เมื่อน้ำหนักมากกว่า 1800 กรัม ซึ่งเป็นส่วนที่ทางจังหวัดหรือสำนักงานสาธารณสุขจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนแจ้งต่อทุกโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และรองรับนโยบายในปัจจุบันที่เป็นแผนพัฒนาระบบบริการโรคที่มีความเสี่ยงสูง 5 สาขาหลัก⁽¹⁶⁾ ซึ่งทารกแรกเกิดเป็นหนึ่งในสาขาบริการที่ทางกระทรวงให้ความสำคัญ และเป็นแรงผลักดันที่ดี ที่จะดำเนินการให้สำเร็จ ผู้วิจัยในฐานะเป็นส่วนหนึ่งในทีมบริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญของนโยบายเพื่อขับเคลื่อนเครือข่าย เพิ่มศักยภาพการดูแลรองรับนโยบายอย่างแท้จริง

ด้านบุคลากร สำหรับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาการเป็นศูนย์เชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิด ถึงแม้ในระบบบริการในเครือข่ายยังไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญสาขาทารก

แรกเกิด แต่มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลทารกแรกเกิดระยะสั้น ร่วมกับการมีบุคลากรทางกายภาพบำบัดที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทพยาบาลที่มีทักษะ ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ในทีมการดูแลสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการดูแลที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูวดี เกดสัมพันธ์⁽²⁴⁾ ร้อยละ 90 ของการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นบริการที่ต้องมีพยาบาลเป็นส่วนร่วม หรือเป็นผู้จัดกิจกรรมบริการ ความเชี่ยวชาญ ทักษะ และความสามารถ มีการตัดสินใจที่ดี มีวิจารณญาณ และสมรรถนะทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับหน่วยงานเหล่านี้ เป็นกลไกสำคัญที่เป็นปัจจัยในการพัฒนา “มีแพทย์บางท่านกล่าวไว้ ถ้าพยาบาลไม่ช่วยเหลือ ไม่มีทางที่งานนั้นจะสำเร็จได้ดี” การสร้างเครือข่ายการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดนับว่ามีความสำคัญ เช่นเดียวกับการดูแลทารกแรกเกิด ด้วยที่ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องการผู้ที่มีความรู้ ทักษะความชำนาญ การพัฒนาบุคลากรเครือข่ายจึงมีความสำคัญ แต่การพัฒนาบุคลากรในเครือข่ายยังไม่เป็นไปตามแผนการดำเนินการ บางแห่งส่งผู้เข้าอบรมเพียงเพื่อต้องการคะแนนการอบรม ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายในการอบรมไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ ในอนาคตควรมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการพัฒนาบุคลากรเครือข่าย เช่น การประชุมปรึกษาแบบที่เรียกว่า “Tele-conference” หรือการประชุมกรณีศึกษา (case study) หรือ Refer conference สำหรับเครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพร่วมกัน ลดการเกิดช่องว่างของการสื่อสาร ความรู้ ทั้งยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน แบบพี่น้อง

การพัฒนาด้านอุปกรณ์ สถานที่ สำหรับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีความชัดเจน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลทารกทั้งหมด อาทิ ทีมห้องคลอด ทีมรับเด็กในห้องผ่าตัด (NRT; New-born resuscitate team) ทีมดูแลทารกแรกเกิด

ทั้งที่เจ็บป่วย และวิกฤต จากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมในการรองรับระบบบริการ การดูแลทารกแรกเกิด และจากการเข้าร่วมทำแผน พัฒนาระบบบริการในระดับจังหวัดมีแผนในการ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อใช้ร่วมกัน เช่น การจัดตั้งแม่ข่าย (Node) เพื่อรับผิดชอบดูแลทารก แรกเกิด มีข้อกำหนดการใช้เครื่องมือบางอย่าง ร่วมกันได้สำหรับแต่ละ Node เพื่อให้สามารถบริหารจัดการในการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือให้เกิดประโยชน์ สูงสุด เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน

ด้านระบบบริการ หรือกระบวนการปฏิบัติงาน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าแม้ระบบบริการ หรือ กระบวนการปฏิบัติงานมีความชัดเจนมากขึ้นก็ตาม แต่ทุกกระบวนการที่ปฏิบัติงานควรเน้นในเรื่องของ ความตระหนักทุกชั้นตอน ลดช่องว่างของการสื่อสาร การใช้ช่องทางการสื่อสารที่เป็นแบบบันทึก ควรมีการ บันทึกที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องของการดูแล ตั้งแต่แรกเกิด จนถึง การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทารกได้รับการดูแล ที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง สนับสนุนให้การพัฒนา ระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดประสบความสำเร็จ และยั่งยืน อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้าง บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลให้มีความ เข้มแข็งในการดูแล แก่ไขว้รักษาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ลดความสิ้นเปลืองของทรัพยากร

รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการทำหน้า ที่ การดูแล สนับสนุนการมีส่วนร่วม ความมั่นใจต่อการ ดูแลทั้งในโรงพยาบาลจังหวัด และเครือข่ายการดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุน และกระตุ้นความตระหนักในการปฏิบัติงานตาม แนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง สนับสนุนบุคลากรในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนาการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด
2. ควรสนับสนุนให้มีการเพิ่มศักยภาพ เครือข่ายให้เข้มแข็งโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการ คลอดก่อนกำหนด การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) สำหรับ โรงพยาบาลแม่ข่าย กับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง
3. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย และ ติดตามทารกที่คลอดก่อนกำหนด ในด้านของการ พัฒนา คุณภาพชีวิตของทารกที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงระบบในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลชุมชนใน เครือข่ายที่ให้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Newborn health World Prematurity day. [online] 2012 [cited 2013 Dec 17]. Available from: URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/en/
2. กระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติ สาธารณสุข ปี 2542 - 2554. [ออนไลน์] 2555 [วันที่ค้นข้อมูล 17 พฤศจิกายน 2556]. แหล่งข้อมูล : URL:<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/HEALTH2.HTML>
3. Shapiro S., McCormick M.C., Starfield B.H., Krisher. J.P., Bross D. Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at 1 year of age. AJOG 1980;136(3):363-37.

4. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, กำแพง จารุจินดา. ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในสูติศาสตร์รามธิบดี. กรุงเทพมหานคร: สูติศาสตร์ รามธิบดี.2530.หน้า 72-91.
5. ธราธิป โคละทัต. High Performing System for Newborn care. ใน: ดุสิต สถาวร และคณะ (บรรณาธิการ). Advanced in Pediatrics. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 2552.
6. นฤมล วีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และ อัญชัญ เตชะวีรากร. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.2545;10(2):17-31.
7. Luxner. K.L. Delmar's pediatric nursing care plans for the hospitalized child, 3rded. Upper Saddle River, NJ: PeasonEducation.Inc.2005.
8. พัทธวีวรรณ วิสุทธิพานิช และคณะ. อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์. นครสวรรค์: วารสารวิชาการแพทย์เขต 8. 2546.
9. รัชตะวรรณ โอฬารพิริยกุล. การพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.2545.
10. Prasopkittikun, T. The determinants of competent parenting among Thai mothers inproviding preterm infants' home environment. Paper presented at the International Conference on Traditions, Evidence and Innovations in Nursing, Phuket, Thailand. 2002.
11. สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. Overveiw of Low birth weight problem in Thailand. ใน : สรายุทธ สุภาพรรณชาติ (บรรณาธิการ). Workshop on Neonatal Mechanical Ventilation and LBW infants: How to Improve Outcome. กรุงเทพฯ: ธนาเพลสแอนด์ กราฟฟิค;2544.
12. วิณา จีระแพทย์. พฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลและการพัฒนาตัวแบบของโปรแกรมการบริหารความเสี่ยงในหออภิบาลทารกแรกเกิด. [ออนไลน์] 2500 [วันที่ค้นข้อมูล 17 ธันวาคม 2556]. แหล่งข้อมูล URL:<http://research.trf.or.th/node/1630>
13. Zulfiqar A. Bhutta, Gary L. Darmstadt, Babar S. Husan and Rachel A. Haws. Community-Based Intervention for Improving Perinatal and Neonatal Health outcome in Developing Countries: A review of the Evidence. Pediatrics 2005; 1158:519-617.
14. ธราธิป โคละทัต. ทารกเกิดก่อนกำหนด:สถานการณ์ปัจจุบันและผลกระทบ. ใน : ธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ). การบูรณาการ ระบบสุขภาพมารดาและทารก. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2551;39-46.
15. สายฝน ขวาลไพบูลย์. ประสพการณ์ดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศิริราช. ใน: ธราธิปโคละทัต, มานิต ศรีประโมทย์, พิมล ศรีสุภาพ, แสงแข ขำนาญวนกิจ และจันทิมา จรัสทอง (บรรณาธิการ). การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อการดูแลภาวะคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2552. หน้า 228-39.

16. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักบริหารการสาธารณสุข. ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพ; 22 พฤศจิกายน 2555; ณ. โรงแรมเซนทราและศูนย์ราชการ 2554. [ออนไลน์] 2007 (วันที่ค้นข้อมูล 17 ธันวาคม 2013) แหล่งข้อมูล:URL:<http://uto.moph.go.th/other/serviceplan/data/mn3.pdf>
17. พงทิพย์ ทศนเอี่ยม, ธนพร อ่อนชื่นชม และศรีอัมพร ตัวนีย์. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร และเขตรอยต่อ. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554;29(3):35-45.
18. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. รายงานประจำปีงบประมาณ 2557. พระนครศรีอยุธยา:โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. 2558.
19. Bertalanffy LV. General System Theory: Foundations Development Application. NEW York: George Braziller.1968.
20. วิรัตน์ คำศรีจันทร์. พลังความรู้จากการวิจัยแบบ PAR. กรุงเทพฯ: พี. เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด. 2554.
21. อนงค์ สุทธิพงษ์ และ อุบล แจ่มนาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557;32(4):130-8.
22. เสาวลักษณ์ ชมพูทอง และสุวิลา ศรีรักษา. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(2):151-164.
23. พงทิพย์ ทศนเอี่ยม, ธนพร อ่อนชื่นชม และศรีอัมพร ตัวนีย์. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร และเขตรอยต่อ. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2554;29(3):35-45.
24. ยุวดี เกตสัมพันธ์. การประกันคุณภาพการพยาบาล และการควบคุมคุณภาพ. [เอกสารอัดสำเนา]. การอบรมวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 13 มิถุนายน 2550; ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.2550.