

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย
Nursing Care of Postpartum Hemorrhage with Hypovolemic shock: Case Study of 2 Cases
2. ระยะเวลาการดำเนินการ เดือนเมษายน-กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องโรค ประกอบด้วย

- 3.1.1 กายวิภาค และพยาธิสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง
- 3.1.2 ความหมายของโรค
- 3.1.3 อุบัติการณ์
- 3.1.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค
- 3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค
- 3.1.6 การวินิจฉัยโรค
- 3.1.7 การรักษาโรค
- 3.1.8 การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

3.2 แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ประกอบด้วย

- 3.2.1 กระบวนการพยาบาล
- 3.2.2 กรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

3.1.1 กายวิภาค และพยาธิสรีรวิทยาของระบบที่เกี่ยวข้อง (ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธ์, 2560)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี(Female reproductive system) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ประกอบด้วย หัวหน่าว (pubis) แคมใหญ่ (labia major) แคมเล็ก (labia minor) คลิตอริส (clitoris) ต่อมสร้างน้ำหล่อลื่น (vestibular gland or Bartholin glands) เยื่อพรหมจารีย์ (hymen)

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ประกอบด้วย

- 2.1 ช่องคลอด (Vagina) เป็นท่อน้ำเนื้อที่ยืดหยุ่นได้ดีมีเชื่อมจากปากช่องคลอดไปยังปากมดลูกส่วนนอกของปากมดลูก (ectocervix) ซึ่งพื้นที่ของช่องคลอดรอบๆ ปากมดลูกเรียกว่า ซอกช่องคลอด (vaginal fornix)

- 2.2 ปากมดลูก (Cervix) ปกติหากไม่ตั้งครรภ์จะความยาวประมาณ 3 เซนติเมตร ด้านนอกของปากมดลูกเรียก ectocervix รูปากมดลูกด้านในเรียก internal os ผนังด้านในของปากมดลูกเรียก endocervix และรูปากมดลูกด้านนอกเรียก external os

- 2.3 มดลูก (uterus หรือ womb) เป็นอวัยวะกล้ามเนื้อรูปร่างคล้ายลูกแพร์ที่กลวง มีผนังหนาเมื่อไม่ได้โตขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือมีเนื้อออกจะมีขนาดประมาณ 10 เซนติเมตร จากยอดมดลูก (fundus) ถึงส่วนล่างสุดของ ectocervix เยื่อโพรงมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระหว่างมีรอบระดูและระหว่างการตั้งครรภ์

2.4 รังไข่ (Ovary) เป็นอวัยวะคู่ที่อยู่ข้างละอันของอุ้งเชิงกราน รังไข่ทำหน้าที่ 2 อย่าง คือ สร้างไข่และสร้างฮอร์โมนเพศหญิง ไข่เพียงหนึ่งฟองจะถูกผลิตออกมาจากรังไข่ข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น (อาจเรียกว่าการตกไข่ : ovulation) ซึ่งถูกควบคุมและกระตุ้นโดยฮอร์โมน LH และ FSH จากต่อมใต้สมอง

2.5 ท่อนำไข่ (fallopian tube) เป็นท่อนกลางบางที่เป็นช่องทางซึ่งไข่ใช้ในการเดินทางจากรังไข่มาสู่มดลูกและเป็นบริเวณที่การปฏิสนธิของไข่เกิดขึ้น

2.6 กระดูกเชิงกราน (Bony pelvis) ประกอบด้วย 3 ส่วนเชื่อมต่อกับส่วนด้านหลัง กระดูกสะโพกแต่ละชั้นจะเชื่อมต่อกับกระดูกกระเบนเหน็บ สำหรับกระดูกสะโพกแต่ละชั้นจะประกอบด้วย 3 ส่วนคือ อิลเลียม (ilium) เป็นกระดูกชิ้นใหญ่สุด ส่วน อิสเคียม (ischium) เป็นกระดูกส่วนล่างสุดของของกระดูกสะโพก บริเวณที่นั่งหับ และพิวบิส (pubis)

2.7 ข้อต่อบริเวณอุ้งเชิงกราน (Pelvic joints)

- Sacroiliac joints เป็น joint ที่ยึดหยุ่นได้ช่วงตั้งครรภ์ซึ่งเมื่อนอนในท่า dorsal lithotomy จะทำให้ Sacroiliac joint เลื่อนขึ้น (upward gliding) ส่งผลให้เพิ่มเส้นผ่าศูนย์กลางของ pelvic outlet ได้ถึง 1.5-2 เซนติเมตร

- Symphysis pubis เป็น cartilage symphyseal joint ที่เชื่อม hip bone 2 ข้างเข้าด้วยกัน สามารถยืดหยุ่นได้เมื่อตั้งครรภ์

- Sacrococcygeal joint เป็น cartilage symphyseal joint

การตั้งครรภ์ (Pregnancy) เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิแล้วได้เป็นตัวอ่อน และจะเคลื่อนตัวไปฝังที่เยื่อโพรงมดลูก พร้อมทั้งตัวอ่อนที่มีเซลล์เดียวก็แบ่งตัวและพัฒนาเป็นอวัยวะต่างๆ จนเจริญเป็นทารก ขณะตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของสตรีเพื่อตอบสนองต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์โดยเริ่มจากการปฏิสนธิจนตลอดการตั้งครรภ์ จะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 40 สัปดาห์หรือ 280 วัน

พยาธิสรีรภาพของภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามธรรมชาติภายหลังคลอด ผ่นมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัว ซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมากจะถูกบีบรัดตัวและเลือดหยุดไหล ทั้งนี้เพราะอาศัยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งประสานล้อมรอบหลอดเลือด รวมทั้งขบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือด แต่ในกรณีที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อมดลูกหรือ มีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีหรือในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ่มเลือด หรือมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดหรือมดลูกจะทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงหลังคลอดได้(ศุภวดี แถวเพ็ญ, 2560) นอกจากนี้ภายหลังการลอกตัวของรกยังส่งผลให้ฮอร์โมน estrogen และ progesterone ลดระดับลง ร่วมกับฮอร์โมน oxytocin ที่เพิ่มระดับสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว หลอดเลือดที่มีการฉีกขาดของรกจะถูกบีบทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงร่วมกับกระบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือดมาอุดกันบริเวณที่หลอดเลือดเกิดการฉีกขาดส่งผลให้เลือดหยุดไหล (สุทธารัตน์ ชูรส, 2562)

หากมีความผิดปกติของการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจากสิ่งขัดขวางส่งผลให้มดลูกหดตัวได้ไม่มีประสิทธิภาพหรือในผู้คลอดบางรายที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การฉีกขาดของช่องทางคลอดทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงภายหลังการคลอดได้ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดและมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากทำให้เซลล์ภายในร่างกายพร่องออกซิเจน ส่งผลกระทบต่อสมองส่วน hypothalamus และ pituitary gland ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของระบบ endocrine glands เมื่อสมองส่วนดังกล่าวเกิดการพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ เช่น thyroid – stimulating hormone, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone and prolactin เป็นต้น หากภาวะตกเลือดได้รับการแก้ไขล่าช้าอาจส่งผลให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอดตามมา เช่น Sheehan's syndrome ภาวะโลหิตจางรุนแรง ซ็อก อัมพาต หากอาการตกเลือดหลังคลอดรุนแรงมากอาจทำให้มารดาเสียชีวิตหลังคลอดได้ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์,2560)

3.1.2 ความหมายของโรค

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage:PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร หรือเสียเลือดร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมง (The America College of Obstetricians and Gynecologists,2017)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) โดยจากสมาคมสูตินรีแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2560 คือการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Committee on Practice Bulletins-Obstetrics,2560)

ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะช็อกจากปริมาตรของเลือดลดลง (hypovolemic shock) ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายได้รับเลือดซึ่งมีสารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อันสืบเนื่องมาจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ทำให้อวัยวะสำคัญ ๆ ของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ตับ ไต ลำไส้ เป็นต้น มีภาวะขาดเลือดและทำหน้าที่ไม่ได้ จนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

3.1.3 อุบัติการณ์

พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยคาดว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชียพบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564) ประเทศไทยในปีพ.ศ. 2564 มีอัตราการตายมารดาไทยเท่ากับ 39.18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนและสาเหตุโดยตรงของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 12.9 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2563)

3.1.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ได้แก่ (สุภาวดี แฉวเพ็ญ, 2560)

1. ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก (Tone) ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ได้แก่
 - 1.1 การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน หรือการคลอดเร็วเกินไป
 - 1.2 กล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากผิดปกติ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต
 - 1.3 การคลอดบุตรหลายครั้ง โดยเฉพาะมากกว่า 5 ครั้ง
 - 1.4 การคลอดยาก หรือ การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด
 - 1.5 การมีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
2. การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (tear cervix) ผนังช่องคลอด (tear vaginal wall) แผลฝีเย็บ (tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma) เป็นต้น ซึ่งพบได้รองลงมาจากมดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่
 - 2.1 การทำคลอดและการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ในขณะที่ปากมดลูกเปิดไม่หมด
 - 2.2 การคลอดเฉียบพลัน (precipitate labor)
 - 2.3 การตัดฝีเย็บที่ไม่ถูกวิธี
3. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรก ตกค้างภายในโพรงมดลูก (Tissue) ได้แก่

3.1 การมีรกค้าง การมีรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก จะขัดขวางการหดตัวของมดลูก ทำให้มีเลือดออกมาก

3.2 การมีเยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกค้าง เกิดจากการทำคลอดรกผิดวิธี ความผิดปกติของ

รก เช่น placenta succenturiata, spurium placenta and placenta accreta

4. สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) พบได้ประมาณร้อยละ 1

4.1 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ในกรณีที่มีการเสียเลือดปริมาณมากในระยะก่อนหรือหลังคลอด

4.2 โรคเลือดต่าง ๆ ได้แก่ โรคเลือดที่เกิดจากการขาดเกล็ดเลือด หรือเกล็ดเลือดไม่เพียงพอ

เช่น aplastic anemia, idiopathic thrombocytopenic purpura เป็นต้น

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง ได้แก่ การติดเชื้อมดลูก การมีเศษรก หรือเยื่อหุ้มทารก ค้างในโพรงมดลูก มดลูกเข้าอู้งา (subinvolution) (สุลัณหา ยิ้มแย้ม, 2561)

3.1.5 อาการและอาการของโรค

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด พบได้ดังนี้ (สุลัณหา ยิ้มแย้ม, 2561)

1. มีเลือดออกจากช่องคลอด ซึ่งลักษณะแตกต่างกันตามสาเหตุ

1.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี เลือดที่ออกจะเป็นสีคล้ำและมีลิ่มเลือดปน อาจมีปริมาณมากหรือออกมา ปริมาณปกติแต่ออกเป็นเวลานาน อาจมีก้อนเลือดปน และเลือดมีสีค่อนข้างคล้ำ

1.2 การฉีกขาดของช่องทางคลอด เลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด หากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอย เลือดจะไหลซึมออกมาเรื่อย ๆ และหากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงฝอยเลือดจะพุ่งแรงตามจังหวะของชีพจร

1.3 การมีเศษรกค้าง ถ้าเศษรกขนาดใหญ่จะเกิดการตกเลือดทันทีจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ถ้าเศษรก ขนาดเล็กจะเกิดการตกเลือดในช่วง 10 วันหลังคลอด ซึ่งเลือดเป็นสีแดงคล้ำ

1.4 การมีเลือดคั่งใต้ผิวหนัง ผิวหนังมีอาการบวมแดงออกสีม่วงคล้ำ เจ็บปวดอย่างรุนแรง อาจมีอาการถ่าย ปัสสาวะลำบาก เพราะมีแรงกดบนท่อปัสสาวะหรือช่องรูเปิดปัสสาวะ

2. มดลูกหดตัวไม่ดี โดยจะคลำพบมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือ เมื่อกลึงมดลูกจะมีก้อนเลือดและเลือดสด จำนวนมากออกทางช่องคลอด ร่วมกับมีอาการแสดงของการตกเลือด เช่น หน้าซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตตก ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะปรับตัว เสียเลือกร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 500 - 1,000 มิลลิลิตร) ชีพจร 100 - 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตปกติ มีการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อลาย ชีต ตัวเย็น ใจสั่น และมีน้ีรชระ แต่ปัสสาวะออกปกติ 20 - 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ระยะเสียเลือดเล็กน้อย เสียเลือกร้อยละ 15 - 30 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 1,000 - 1,500 มิลลิลิตร) พบ ชีพจร 120-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 - 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย มีปัสสาวะออกน้อย 5 - 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง กระหายน้ำ เหงื่อออกมาก และอ่อนเพลีย

3. ระยะเสียเลือดมาก เสียเลือกร้อยละ 30-40 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตร) ชีพจร มากกว่า 140 ครั้งต่อนาที หายใจเบาเร็ว ความดันโลหิต มีค่า systolic 70-80 มิลลิเมตรปรอท เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ชีต และ เกิดภาวะเลือดเป็นกรด หลอดเลือดจึงหดตัวมากขึ้น เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมากขึ้น ปัสสาวะออกน้อยมาก

4. ระยะเสียเลือดรุนแรง เสียเลือดมากกว่า ร้อยละ 40 ของน้ำหนักร่างกาย (มากกว่า 2,000 มิลลิลิตร) ชีพจร มากกว่า 140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมีค่า Systolic 50-70 มิลลิเมตรปรอท เริ่มมีอาการขาดอากาศ (air hunger) การหายใจลดลง คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ไม่มีปัสสาวะ (anuria) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขมักจะเสียชีวิตในที่สุด

3.1.6 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโดยทั่วไป สามารถวินิจฉัยได้จาก (สุรวดี แถวเพ็ญ, 2560)

1. อาการและอาการแสดง
 - 1.1 การมีเลือดออก อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือคั่งค้างอยู่ภายในช่องคลอด แต่เมื่อกระตุ้นให้มดลูกแข็งและกดไล่ก็จะมีเลือดไหลออกมา โดยจำนวนเลือดที่ออกภายหลังทารกเกิดจะมากกว่า 500 มิลลิลิตร
 - 1.2 อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตตก เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ระยะแรกจะหายใจเร็ว ต่อไปจะหายใจช้าลง
2. การตรวจร่างกายเฉพาะที่
 - 2.1 ตรวจการหดตัวของมดลูก อาจพบยอคมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือ มีลักษณะอ่อนปวกเปียก
 - 2.2 ตรวจพบการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปากมดลูก
 - 2.3 ตรวจดูส่วนของรกที่อาจค้างอยู่
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด จากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การตรวจ coagulogram
 - 3.1.7 การรักษา

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การประเมินและการรักษาขั้นต้น และการรักษาตามสาเหตุ ดังนี้ (สุลัฒหา ยิ้มแย้ม, 2561)

1. การประเมินและการรักษาขั้นต้น
 - 1.1 ประเมินสัญญาณชีพ และอาการแสดงของภาวะตกเลือด
 - 1.2 การประเมินสาเหตุ ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ตรวจรก เศษรกค้าง การบาดเจ็บของช่องทางคลอด และการแข็งตัวของเลือด
 - 1.3 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - 1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) การแข็งตัวของเลือด (coagulogram) หมู่เลือดและจองเลือด
 - 1.5 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา
2. การดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก
 - 2.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี ดูแลขนาดคลื่นมดลูกให้กลมแข็ง และให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก โดยแนะนำ Syntocinon เป็นอันดับแรก หรือ Methergin และใช้มือกดที่มดลูก ทำโดยกำมือข้างหนึ่งกดคลื่นมดลูกทางหน้าท้อง ให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ซึ่งบริเวณที่รกเกาะจะถูกกดอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ทำให้เลือดไหลน้อยลง
 - 2.2 การบาดเจ็บช่องทางคลอด เย็บซ่อมแซมตำแหน่งที่ฉีกขาด ใช้ผ้าก๊อชกดทับบริเวณรอยเย็บให้แน่น และควรเอาออกเมื่อครบ 24 ชั่วโมง
 - 2.3 รกค้างหรือมีเศษรกค้าง รักษาโดยการล้างรก หรือขูดมดลูกในกรณีรกไม่ครบ
 - 2.4 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดูแลให้องค์ประกอบของเลือดทดแทน และปรึกษาอายุรแพทย์

ผู้ทำคลอดควรเฝ้าระวังและเตรียมพร้อมตั้งแต่มีการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร แม้ว่าจะยังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ หลักการดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดควรใช้ multidisciplinary team (เช่น สูติแพทย์ พยาบาล วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์) ซึ่งปัญหามักจะเกิดในช่วงแรกหลังคลอด ไม่ควรปล่อยจนเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเสียเลือดมาก เพราะจะยิ่งทำให้มดลูกไม่ตอบสนองต่อ uterotonic drug และทำให้เลือดไม่แข็งตัวตามมา ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด จะช่วยให้พบสตรีตั้งครรภ์ที่จะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถึง ร้อยละ 60-85 การหาสาเหตุและรักษาภาวะช็อคตั้งแต่ฝากครรภ์จะช่วยลดภาวะทุพพลภาพที่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในรายที่ผ่าท้องทำคลอด ให้ oxytocin เข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำ หลังทำคลอดทารกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แนะนำให้ใช้ controlled cord traction เพื่อทำคลอดรกในรายที่ผ่าท้องทำคลอด

3. การประเมินการเสียเลือด มีหลายวิธี สำหรับการคลอดทางช่องคลอด เช่น ประเมินด้วยตาเปล่า ใช้ถุงตวงเลือด หรือชั่งน้ำหนักผ้าซับเลือด ส่วนการผ่าท้องทำคลอด ใช้ประเมินด้วยตาเปล่า ใช้ pictorial chart ชั่งน้ำหนักผ้าซับเลือด วัดปริมาตรจากในขวด suction ตรวจระดับ hemoglobin ก่อนและหลังผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลเป็นทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเป็นผู้ที่มีบทบาทในการประเมินขั้นต้นนับตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด หากพยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เร็วเท่าใด ก็จะเป็นการช่วยป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากเท่านั้น

3.1.8 การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด (วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์, 2561)

หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) หรือหลังผ่าตัด คลอดมีอาการปวดท้องมาก ท้องแข็งเกร็ง ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก มือ-เท้าเย็น

1. หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้ รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือทันที เพื่อการแก้ไข ภาวะช็อกก่อน
2. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที
3. หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำและให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง
4. เปิดเส้น ให้สารน้ำชนิด isotonic Solutionl เพิ่มอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย ให้อัตราเริ่มต้นที่ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาและปรับตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
5. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย (keep warm)
6. เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลตัวนและจางเลือด PRC 2-4 ยูนิต
7. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-ออก
8. ค้นหาสาเหตุของการตกเลือด ควรทำไปพร้อมกัน หากพบว่าเกิดจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกทางหน้าท้องเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก หรือสาเหตุอื่น ๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป เตรียมเครื่องอัลตราซาวด์ให้พร้อมเพื่อตรวจหาสาเหตุของการเสียเลือด

8.1 ประเมินดูการหดตัวของมดลูก ถ้าหากมดลูกหดตัวไม่ดี จะมีเลือดไหลออกมาตลอดเวลา ควรปฏิบัติดังนี้

8.1.1 วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง คลึงมดลูกให้หดตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อป้องกันเลือดไหลออกปริมาณมาก

8.1.2 สวนปัสสาวะออกให้หมด และคาสายปัสสาวะไว้เพราะหากกระเพาะปัสสาวะเต็ม

อาจจะขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้

8.1.3 ดูแลให้ NSS หรือ LRI 1,000 มิลลิลิตร ผสม Syntocinon 20 ยูนิต หยดเข้าหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และสังเกตผลข้างเคียง คือภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด คลื่นไส้ อาเจียน และใบหน้าแดง (flushing) เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

8.2 ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้ามดลูกหดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดไหลออกเรื่อย ๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ตรวจหารอยฉีกขาด หากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด ปฏิบัติดังนี้

8.2.1 เย็บซ่อมแซมตำแหน่งฉีกขาดในช่องทางคลอด

8.2.2 หากมีอาการปวดแผลให้ยาแก้ปวดได้ตามแผนการรักษา

8.2.3 ประคบแผลด้วยความเย็นภายใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อลดบวม และหลังจากนั้นประคบด้วยความร้อนเพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณแผลได้ดีขึ้น

8.3 หากตรวจพบเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma) ให้การพยาบาล ดังนี้

8.3.1 ห้ามประคบด้วยความร้อนใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้เสียเลือดมากขึ้นได้

8.3.2 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

8.3.3 เตรียมมารดาเพื่อทำการผ่าตัดตามแผนการรักษาในกรณีที่ยังมีเลือดมีขนาดใหญ่ คือ มีขนาดประมาณ 3 เซนติเมตรหรือมากกว่า โดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (evacuate) โดยอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาให้มารดาหลังคลอดทราบ งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา ติดต่อประสานงานกับห้องผ่าตัด

8.4 กรณีมีรกค้างหรือมีเศษรกค้าง ช่วยแพทย์ในการตรวจหาเศษเยื่อหุ้มรกค้าง เตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อทำการขูดมดลูกเอาเศษรกออก ตรวจประเมินสัญญาณชีพและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังการขูดมดลูก

8.5 หากพบว่ามีอาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ประเมินอาการแสดงของการเสียเลือดและตรวจติดตาม ค่า Coagulogram ทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมดูแลให้การรักษา

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

1. Syntocinon เป็นยาที่ใช้ชักนำและเพิ่มการหดตัวของมดลูกก่อนการคลอดบุตร (augmentation of labor) ใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะมดลูกไม่หดตัว หลังจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดหรือหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (พัชรียา นวัตกรรมภัณฑ์, 2562)

การบริหารยา สามารถบริหารยาได้ทั้งทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อและหยดทางหลอดเลือดดำ เมื่อให้ทางหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ทันที กรณีให้ทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะออกฤทธิ์ใน 3-7 นาที

การพยาบาลที่สำคัญ สังเกตผลข้างเคียง คือภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด คลื่นไส้ อาเจียน และใบหน้าแดง (flushing) เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

2. Ceftriaxone ยาต้านจุลชีพกลุ่ม Cephalosporins เป็นยาปฏิชีวนะที่มีโครงสร้างของ beta-lactam มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบมากกว่า รักษาภาวะติดเชื้ออุ้งเชิงกราน ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลีกเสี่ยงการ ใช้ยานี้ในผู้ที่มีประวัติแพ้ยากลุ่ม Cephalosporins และ Penicillins

การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้มารดาหลังคลอดได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง และสังเกตผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น คือ ลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมที่หน้าหรือคอ

3. Metronidazole เป็นยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียบางชนิดในร่างกาย ด้วยยาสามารถรักษาโรคได้หลายชนิด โดยเฉพาะการติดเชื้อจากแบคทีเรียชนิดที่ไม่ต้องใช้ออกซิเจนในการเจริญเติบโต (Anaerobic Bacteria) และสิ่งมีชีวิตเล็กเซลล์เดียวหรือโปรโตซัว (Protozoa Microorganisms) โดยส่วนใหญ่ ยาเมโทรนิดาโซล จะใช้รักษาการติดเชื้อในช่องคลอด กระเพาะอาหาร ผิวหนัง เหนืออวัยวะสืบพันธุ์ และการติดเชื้อในทางเดินอาหารบางชนิด

การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้มารดาหลังคลอดได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง และสังเกตผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น คือ มีลมพิษขึ้น เกิดอาการคัน รู้สึกเสียวแปลบ ปวดข้อ โบหน้าหรือลำคอบวม หายใจลำบาก มีผื่นแดง หรือผิวหนังเกิดตุ่มพอง ซึ่งต้องหยุดยา

3.1 แนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาล ประกอบด้วย

3.2.1 กระบวนการพยาบาล

3.2.2 กรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

3.2.1 แนวคิดกระบวนการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดกระบวนการพยาบาล (concept of nursing process) มาเป็นแนวทางการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาล

1. เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
2. เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักทางวิทยาศาสตร์
3. ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาล
4. มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางความสนใจ
5. มีเป้าหมายชัดเจน
6. เป็นกระบวนการพยาบาลที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
7. เป็นการวางแผนปฏิบัติการล่วงหน้า

ขั้นตอนกระบวนการพยาบาลประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ (อรนันท์ หาญยุทธ์ ,2557)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรก เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลและครอบครัวอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบประเมินสุขภาพแล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาวิเคราะห์ นำไปสู่การการวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 ข้อมูลอัตนัย หรือ subjective data โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การสัมภาษณ์ การบอกเล่าของผู้รับบริการหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เรียกว่า ข้อมูลของอาการ (Symptom)

1.2 ข้อมูลปรนัย หรือ Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การประเมินโดยแบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจวัดเครื่องมือต่าง ๆ

การประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การจัดการระบบข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาลแต่ละคนจะเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล โดยข้อมูลที่รวบรวม จะต้องครอบคลุมทั้งกาย ใจ จิต สังคม วิธีการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์/การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

2) การจัดเก็บระบบข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรงและครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3) การวิเคราะห์และการแปลผล เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ววิเคราะห์ว่าข้อมูลใดปกติและผิดปกติ โดยอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องแปลผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการวิเคราะห์แปลความและสรุปข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนแรกมาวินิจฉัยระบุถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในภาวะปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นในอนาคตแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นภาวะผิดปกติ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะผิดปกติในแต่ละแบบแผนสุขภาพแยกแยะปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาล และเขียนออกมาเป็นสายลักษณะอักษร

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย

3.1 การจัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3.2 การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล

3.3 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

3.4 การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลที่ตั้งไว้

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

3.2.2 กรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS

เป็นกรอบแนวคิดที่นำมาใช้เพื่อประเมินและค้นหาปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ผู้ที่พัฒนาและนำมาใช้ครั้งแรก คือ Dr. June C. Abbey (Holloway NM, 1979 อ้างถึงใน สุวิจักขณ์ เจนปิยพงษ์, ชมพูนุช เพชรวิเศษ, ณัฐธิดา เพชรประไพ, ศรีัญญา จูพาร, 2566) ปัจจุบันกรอบแนวคิดนี้ นิยมนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยที่มาของชื่อ FANCAS มาจากตัวย่อของการประเมินผู้ป่วยในแต่ละด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความสมดุลของน้ำ (F: Fluid balance) เป็นการประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บ่งบอกถึงความสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และกรด-ด่างในร่างกายการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการไหลเวียนของโลหิต

2. ด้านการหายใจ (A: Aeration) เป็นการประเมินระบบทางเดินหายใจและความเพียงพอของออกซิเจนในร่างกาย

3. ด้านโภชนาการ (N: Nutrition) เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ระบบการย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย รวมทั้งความเพียงพอของสารอาหารต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ

4. ด้านการติดต่อสื่อสาร (C: Communication) เป็นการประเมินความต้องการในการสื่อสารและความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส

5. ด้านการทำกิจกรรม (A: Activity) เป็นการประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

6. ด้านการกระตุ้น (S: Stimulation) เป็นการประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรู้ สึกตัว รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ตำแหน่งและระดับของความเจ็บปวด เป็นต้น

ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี 2 รายนี้ ผู้ศึกษา

ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการประเมินป่วยวิกฤตของแฟนคัส (FANCAS) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1.1) ความสมดุลของสารน้ำ (Fluid balance) 1.2) การหายใจ (Aeration) 1.3) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 1.4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 1.5) การทำกิจกรรม (Activity) และ 1.6) การได้รับการกระตุ้น (Stimulation) 2) การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage, PPH) โดยจากสมาคมสูตินรีแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2560 คือการเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในการคลอดบุตรทางช่องคลอดและมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ในการผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2560) ภาวะตกเลือดหลังคลอดนี้เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการเสียชีวิตของมารดา และยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตของมารดาเกือบ 1 ใน 4 ทั่วโลก (พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์, 2560) การเสียชีวิตส่วนใหญ่ที่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ/สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดมี 4 ประการ ได้แก่ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี/ไม่หดตัว (Tone: uterine atony) ภาวะรกค้าง (Tissue: retained placenta) การฉีกขาดของช่องคลอด (Trauma: genital tract trauma) และภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (Thrombin: maternal bleeding disorder) อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด จะมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอดทันทีหรืออาจขังอยู่ภายใน มีบางครั้งที่มีมดลูกคลายตัวจะเห็นเลือดค่อย ๆ ไหลออกมา กรณีที่มีเศษรกค้างอาจเกิดขึ้นทันทีหรือจนกระทั่งวันที่ 6-10 หลังคลอดจะมีเลือดออกมา คลำหน้าท้องพบว่ามดลูกอยู่สูงขึ้นอาจถึงระดับสะดือ มีอาการเจ็บปวดหรือแรงกดอย่างรุนแรง ผู้คลอดจะมีอาการของการเสียเลือดมาก ซีด ซึ่พจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง ใจสั่น ตัวเย็น อ่อนเพลีย หาวเพราะเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง สับสน ซ็อกไม่รู้สึกรู้ตัว และอาจเสียชีวิตได้ ถ้ามีการตกเลือดระยะหลัง อาจพบว่าน้ำคาวปลา มีสีแดงเข้มขึ้น ส่วนใหญ่มักเป็นระยะที่ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด มดลูกมีขนาดโต ปากมดลูกยังไม่ปิดเนื่องจากมีชั้นรกหรือก้อนเลือดจุกอยู่ ผู้คลอดเสียเลือดมากและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่น ภาวะช็อก (WHO, 2012) หรือมี ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมาเช่น respiratory distress syndrome, shock, disseminated intravascular coagulation, acute renal failure, loss fertility, Sheehan syndrome ได้ (Iamchareon T., 2017) นอกจากนี้ ยังพบว่า การตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาวและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องหาและแก้ไขสาเหตุที่นำมาสู่ภาวะตกเลือดสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี หรือมดลูกไม่หดตัว โดยการป้องกันภาวะมดลูกไม่หดตัว ทำได้โดยการให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก โดยยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ oxytocin หรือ carbetocin ยาที่พิจารณาใช้เป็นลำดับถัดมาเพื่อการรักษาภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีคือ ยาในกลุ่ม ergot (พัชรียา นิวัฒน์ภูมินทร์, 2562)

จากรายงานแนวโน้มอัตราการตายของมารดา ในปีพ.ศ. 2552-2565 ประเทศไทยพบอัตราการตาย ของมารดา 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO; 2014) โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปีพ.ศ.2563-2565 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 23,7 และ 31 ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ, 2565) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของประเทศคือร้อยละ ไม่เกิน 5 และเป้าหมายที่โรงพยาบาลชุมแพกำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 5 แต่ไม่พบการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะตกเลือดหลัง

คลอดก่อนให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอด ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้ปลอดภัย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา 2 ราย

4.3 เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลทันเวลา ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงลดลง พ้นหายและสามารถย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่แผนกหลังคลอดได้

4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาคู่มือผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

4.4.1 ศึกษาสถิติและข้อมูลผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดย้อนหลัง 3 ปี

4.4.2 เลือกศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย เนื่องจากมีแนวโน้มมากขึ้น เป็นผู้คลอดวิกฤตฉุกเฉิน หากผู้คลอดได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้

4.4.3 ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

4.4.4 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด ทฤษฎีการพยาบาล สารสนเทศ จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

4.4.5 ดำเนินการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

4.4.5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.4.5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

4.4.5.3 วางแผนการพยาบาล

4.4.5.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

4.4.5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

4.4.5.6 วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

4.4.5.7 สรุปผลการศึกษา

4.4.5.8 เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

4.4.5.9 เผยแพร่ผลงาน

4.5 สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 39 ปี น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI=24.24 (ท้วม) วุฒิการศึกษา ป.2 อาชีพ รับจ้าง ผู้คลอดครรภ์ที่ 6 (G6P4A1L4) LMP 1 กรกฎาคม 2565 EDC 8 เมษายน 2566 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน (by U/S) ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 10 ครั้ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ครรภ์ก่อนคลอดปกติ เคยชูดมดลูกจากการแท้งลูกคนแรกเมื่อ 22 ปีก่อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ขณะตั้งครรภ์ Hct 43.6/39.3% Hb 14.5 gm/dl Bl.gr:O, Rh:+ Hb typing:E triat, VDRL:NR, Hbs:-AntiHIV:-, DCIP:+ MCV 92.7, MCH 30.1 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้คลอดมาฝากครรภ์ตามนัด วันที่ 3 เมษายน 2566 เวลา 09.00 น. แรกรับรู้สีกตัวดี ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกท้องแข็งเป็นพัก ๆ ตั้งแต่ 7.00 น. เตรียมตัวจะไปฝากครรภ์ตามนัด ปวดท้องไม่มาก pain score 1 คะแนน ระดับยอดมดลูก 3/4 มากกว่าสะดือ มดลูกหดรัดตัวห่าง ๆ Interval 6 นาที Duration 30 วินาที severity 1+ FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกขยาย 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% ผนังคร่ำยังไม่แตก ทารกท่า Longitudinal lie Vertex Presentation ระดับส่วนน้ำ 0 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy ให้ Admit ท้องคลอด สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 123/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ใช้กราฟในการดูแลการคลอด ระยะที่ 1 ของการคลอด (Latent phase) ล่าช้าจากเวลา 07.00 น. ถึง 13.50 น. พบว่าปากมดลูกขยายเท่าเดิม 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% มดลูกหดรัดตัวห่าง ๆ Interval 6 นาที Duration 30 วินาที severity+ เวลา 14.00 น. แพทย์สั่งการรักษา Augmentation ให้ syntocinon 10 unit ผสมใน RLS 1,000 ml iv drip 10 ml/hr. titrate untill 60 ml/hr. ญาติมีความกังวลทำไมรอคลอดนาน สอบถามอาการเกี่ยวกับผู้คลอด อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่ามีให้ยาเร่งให้คลอดทางหลอดเลือดดำผู้คลอดจะเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เวลา 14.20 น. ปากมดลูกขยายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% Interval 4 นาที Duration 30 วินาที severity 1+ FHS 146 ครั้ง/นาที ผนังคร่ำยังไม่แตก ผู้คลอดเข้าสู่ active phase ให้ผู้คลอดดื่มน้ำตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง ฟัง FHS ทุก 30 นาที ตรวจปากมดลูกทุก 2 ชั่วโมง เวลา 16.20 น. ปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ผนังคร่ำแตกเอง FHS 152 ครั้ง/นาที Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 30 วินาที severity 2+ ปริมาณ IV fluid ที่ได้รับแล้ว 50 ml. วัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 122/79 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ย้ายเข้าห้องคลอด คลอดปกติ (normal labour c old tear) เวลา 17.16 น. ทารกเพศชาย Apgar score 9,9,10 น้ำหนัก 3,355 กรัม ทำคลอดรกปกติ total blood loss 300 ml. ย้ายผู้คลอดนอนพักบนเตียงดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เวลา 19.16 น. 2 ชั่วโมงหลังคลอดเตรียมย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ตรวจพบว่าผู้คลอดมีเลือดออกมากชุ่มผ้าอนามัย ผู้คลอดบอกเวียนศีรษะ หน้ามืด ตัวเย็น สังเกตเห็นมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอด มดลูกไม่แข็งตัว ล้าง Blood clot ให้ได้ 300 ml. ทำ bimanual uterine compression มดลูกหดรัดตัวดี แต่ยังมี active bleed รายงาน สูติแพทย์ให้ syntocinon 10 unit im ให้เติม syntocinon 10 unit เพิ่มใน iv fluid เดิม drip rate 40 ml/hr. methergin 1 amp iv stat ให้ RLS 1,000 ml iv drip 120 ml/hr, O₂ mask with bag 10 LPM ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 104/72 -124/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104-112 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน (ผลการตรวจ PT, PTT, INR ปกติ ผล CBC : WBC 19,060 Cells/uL , Neutrophil 85.0% Hct 32%) และจองเลือด Pack red cells 2 unit, cytotec 4 tab. reatal suppository stat. 0.9%NSS 1,000 ml. iv drip 50 ml/hr transamin 1 gm iv stat then 500 mg q 6 hr., Hct 30% ให้เลือด PRC 1 unit iv in 4 hr. methergin 0.2 mg iv หลังจาก syntocinon ขวดที่ 1 หมด ให้ RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr มดลูกหดรัดตัวดี แต่ยังมี active bleed รายงานแพทย์ ทำ U/S พบเศษเยื่อหุ้มรก แพทย์ set D&C ผู้คลอดยังคงดื่มน้ำตามอาหารอยู่ ให้ valium 1 amp iv, pethidine 25 mg iv Load NSS 600 ml iv retained foley's catheter Record I/O หลัง D&C total blood loss 800 ml. ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 109/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ sat 100% ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น พุดคุยเข้าใจ ทำทางอ่อนเพลียบอกว่า

“เหนื่อย เพลียจัง นอนได้ไหม” ให้นอนพักบนเตียง อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงสาเหตุของการตกเลือดและการรักษา แนะนำให้ทำหมั้นเพราะการคลอดครั้งต่อไปมีโอกาสจะตกเลือดได้อีก ประเมินเลือดออกทางช่องคลอดและการหดตัวของมดลูก เปิด pad ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ไม่มี Active bleed มดลูกหดตัวดีดูแลให้ยา ceftriaxone 2 gm iv stat then OD, metronidazole 500 mg iv stat then q 8 hr ปัสสาวะออก 120 ml. ดูแลย้ายผู้คลอดและทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เวลา 21.10 น. สัญญาณชีพก่อนย้าย ความดันโลหิต 105/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% ส่งต่อข้อมูลผู้คลอดให้พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 30 ปี น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร BMI=27.94 (อ้วน) วุฒิมัธยมศึกษา ปวส.อาชีพ พนักงานเย็บผ้า ผู้คลอดครรภ์ที่ 2 (G2P1A0L1) LMP 16 กรกฎาคม 2565 EDC 23 เมษายน 2566 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 3 วัน (by U/S) ฝากครรภ์จำนวน 9 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ก่อนคลอดปกติ ชั่วโมง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ Hct36/37% Hb 12.5 gm/dl BLgr:, O, Rh:+ Hb typing: E trait, VDRL:NR, Hbs:-Anti HIV:-, DCIP:+,MCV 77.7, MCH 26.2 ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยรับการผ่าตัด

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง อาการแรกเริ่มมดลูกหดตัว Interval 5 นาที Duration 30 วินาที เด็กคิ่นตีตรวจทางหน้าท้องทารกท่า Longitudinal lie Vertex Presentation FHS 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% MI ระดับส่วนนำ 0 แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with Labour pain ให้ Admit ห้องคลอด สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 118/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ใช้กราฟในการดูแลการคลอด ระยะที่ 1 เวลา 06.20 น. ผู้คลอดอยู่ในระยะ active phase ปากมดลูกขยาย 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 80% MI ระดับส่วนนำ 0 Interval 5 นาที Duration 30 วินาที FHS 140 ครั้ง/นาที ขณะรอลคลอด 1 ชั่วโมง มีน้ำเดิน มดลูกแข็งตัวถี่ขึ้น Interval 3-4 นาที Duration 30-35 วินาที severity 2+ เวลา 09.25 น. แพทย์สั่งการรักษา ส่งเสริมการคลอด(augmentation) โดยให้ syntocinon 10 unit im monitor FHS ทุก 30 นาที ทำ IUR FHS 132-140 ครั้ง/นาที เวลา 10.10 น.ปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% ใช้น้ำคร่ำตนเอง FHS 136 ครั้ง/นาที Interval 2 นาที Duration 30 วินาที severity 2+ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 121/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด คลอดปกติ (normal labour c RML episiotomy) เวลา 10.25 น. เพศหญิง Apgar score 9,9,10 น้ำหนัก 3,070 กรัม ทำคลอดรกปกติ total blood loss 200 ml. ย้ายผู้คลอดนอนพักบนเตียงดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมง

เวลา 12.20 น. ชั่วโมงหลังคลอดเตรียมย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ผู้ป่วยบอกเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มี active bleed ล้าง blood clot ได้ประมาณ 650 ml. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 85/44 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์สั่งการรักษาให้เปิดเส้น 2 เส้น ให้ RLS 1,000 ml Load 300 ml. then iv drip 60 ml/hr. , methergin 1 amp iv RLS 1,000 ml + syntocinon 40 unit iv drip 120 ml/hr ให้ cytotec 4 tab. rectal suppository stat. transamin 1 gm iv ทำ bimanual uterine compression retained foley's catheter ได้น้ำปัสสาวะ 200 ml. คลึงมดลูกให้เจาะ Hct ได้ 35% จากเดิม 37% เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน ผลการตรวจปกติทุกรายการ เผื่อระวังอาการอย่างใกล้ชิด เปิด pad ทุก 30 นาที วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 107/78-127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 84-86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส เวลา 13.00 น. ประเมินอาการผู้คลอดรู้สึกตัวดี ดูอ่อนเพลีย สีหน้าอิดโรย ผู้คลอดบอก “เหนื่อย

มากค่ะคุณหมอ” สอบถามไม่มีตาพร่ามัว ให้อนพักบนเตียง มดลูกหดรัดตัวดีกลมแข็ง ไม่มี active bleed แพทย์ให้ off foley's catheter และให้ย้ายผู้คลอดไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมได้ และจากการที่ผู้คลอดมีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บและได้รับการสวนปัสสาวะ ทำให้ผู้คลอดเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ แนะนำให้ผู้คลอดสังเกตอาการติดเชื้อได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง ปวดแผลฝีเย็บ เป็นต้น ผู้คลอดปวดแผลฝีเย็บไม่มาก pain score 2 คะแนน และเมื่อไม่มีอาการ วิตกกังวลหรือระแวงแนะนำให้ผู้คลอดดูแลรักษาความสะอาดร่างกายเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อย ๆ ไม่กลั้นปัสสาวะ จากการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อกร่วมด้วย แนะนำให้ผู้คลอดทำหมันเพราะการคลอดในครั้งต่อไปอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้อีก ดูแลย้ายผู้คลอดและทารกไปหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เวลา 13.00 น.สัญญาณชีพก่อนย้าย ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส O₂ sat 100% ส่งต่อข้อมูลผู้คลอดให้พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้คลอดได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเหมือนกันปัจจัยเสี่ยงของประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 เคยแท้ง 1 ครั้งและได้รับการชูตมดลูกทำให้เกิดเศษรกค้าง ผ่านการคลอดหลายครั้งและได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะรอคลอดทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ตี กรณีศึกษาที่ 2 ตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ตี ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะก่อนคลอด

จากการประเมินผู้คลอดทั้ง 2 ราย ตามแนวคิดทางการพยาบาลFANCAS สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามตาราง ดังนี้

แนวคิด FANCAS	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. สมดุลน้ำ	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
2. การหายใจ	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. ภาวะโภชนาการ	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. การติดต่อสื่อสาร	ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอดเนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดยาวนานในระยะที่ 1	ไม่พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. การทำกิจกรรม	ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด	ผู้คลอดอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือด
6. การกระตุ้น	ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากจากมดลูกหดรัดตัวไม่ตี ผู้คลอดมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดมีภาวะติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก/ชูตมดลูก /เสียเลือดมากและการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้	ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากจากมดลูกหดรัดตัวไม่ตี ผู้คลอดมีความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูก/เสียเลือดมาก/การใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และมีแผลฝีเย็บ

ปัญหาทุกข้อในผู้คลอดกรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด ให้การช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว แก้ไขจนอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถย้ายผู้คลอดไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมได้(หอผู้ป่วยหลังคลอด)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ : การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งหมด 5 ข้อ ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด

กรณีศึกษารายที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งหมด 4 ข้อ ได้รับการแก้ไขสิ้นสุด

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ จากการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ ภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความแตกต่างในประเด็นสาเหตุ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความยากของการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้คลอดรายที่ 1 อายุมาก 39 ปี ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่ระยะรอคลอด และในระยะหลังคลอดพบว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งอัลตราซาวด์พบว่า มีเศษรกค้างจึงส่งชุดมดลูก รายที่ 2 ประเมินผู้คลอดก่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ผู้คลอดมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ทั้ง 2 ราย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชีพจรเร็วความดันโลหิตต่ำลง ความเข้มข้นของเลือดลดลง ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินและรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ได้รับการรักษาหลักที่เหมือนกัน คือ ได้รับสารน้ำ เลือด ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูกและการเผ่าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขหลังการรักษาผู้คลอดปลอดภัย สามารถย้ายผู้คลอดไปดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยได้

จากการศึกษากรณีศึกษาในครั้งนี้ ผู้คลอดได้รับการพยาบาลตามเป้าหมายคือ ได้รับการดูแลทันเวลา ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาการรุนแรงลดลง พ้นหายและสามารถย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่แผนกหลังคลอดได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 การประเมิน (Assessment) มีความสำคัญที่สุด และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย ผู้ศึกษานำแบบประเมินทางการพยาบาล FANCAS มาใช้เนื่องจาก FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแนวทางประเมินตามกรอบแนวคิด FANCAS ก็ยังพบข้อจำกัด เนื่องจากกรอบแนวคิด FANCAS เป็นการประเมินภาวะสุขภาพที่เน้นเฉพาะกายเจ็บด้านร่างกายยังไม่ครอบคลุมถึงการประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น พยาบาลจึงควรเลือกใช้แบบประเมินเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้เหมาะสม

6.2 สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยากของการปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้คลอดรายที่ 1 อายุมาก 39 ปี ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง มีภาวะเสี่ยงตั้งแต่ระยะรอคลอด และในระยะหลังคลอดพบว่ามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งอัลตราซาวด์พบว่า มีเศษรกค้างจึงส่งชุดมดลูก รายที่ 2 ประเมินผู้คลอดก่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ผู้คลอดมีอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ทั้ง 2 ราย สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชีพจรเร็วความดันโลหิตต่ำลง ความเข้มข้นของเลือดลดลง ผู้คลอดมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดทั้ง 2 ราย ผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงที่รุนแรงและนำไปสู่ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ ถ้าผู้ที่ให้การดูแลขาดความตระหนัก หรือความไม่พร้อมของการให้บริการ และการดูแลที่ต่ำกว่า

มาตรฐาน เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกจากการคลอดล่าช้า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ที่ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและรุนแรงจน ซ็อกได้ บทบาทของพยาบาลห้องคลอด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ต้องประเมินสภาพให้ครบถ้วนเพื่อให้ การพยาบาลอย่างรวดเร็วและเหมาะสม มีการเฝ้าระวังตั้งแต่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด (Early postpartum hemorrhage) ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการทำหัตถการซูดมดลูก การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและทารก การเตรียมยาที่จำเป็นไว้ พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน พยาบาลห้องคลอดจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาล ต้องสามารถจัดการภาวะ ตกเลือดทุกระยะของการคลอดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ล่าช้าเพราะอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้คลอดรายที่ 1 ราย อายุมาก มีการตั้งครรภ์หลายครั้ง ต้องใช้เวลาในการให้คำแนะนำเรื่องการวางแผน ครอบครัวโดยการทำหมัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเพราะหากตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ อีกหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ เช่นเดียวกับผู้คลอดรายที่ 2 ได้ให้คำแนะนำเช่นเดียวกัน เพราะผู้ป่วยมีภาวะ คลอดยาก ระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนาน จนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะซ็อกจากการสูญเสียเลือดมาก หากตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้อีกหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ เช่นกัน

8.2 ข้อจำกัดด้านบุคลากรบุคลากรในหน่วยงานมีหลายระดับ เช่น กลุ่มอายุงานน้อยกว่า 3 ปี ยังขาดทักษะ ความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การประเมิน การรวบรวม การวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำมา วางแผนในการดูแล ต้องมีพยาบาลพี่เลี้ยงช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดภาระงานเพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่อีกคน บาง คนไม่เคยประสบเหตุการณ์ หรือประสบเหตุการณ์น้อย ทำให้ขาดประสบการณ์ในการดูแล หรือมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลจากการให้การรักษาพยาบาลไม่ครอบคลุม และไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทุกปีหรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศหรือระดับ นานาชาติเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการจัดการในการดูแลรักษาผู้คลอดได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

9.2 จัดกิจกรรมทบทวนทุกครั้งที่มีผู้คลอดตกเลือด เป็นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการ ประเมินและการพยาบาลผู้คลอดตกเลือด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น มีการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติมีการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยและลดอัตราการ เสียชีวิต เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ กรณีผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ คลอด

10. การเผยแพร่ผลงาน

ผลงานวิชาการชื่อ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะซ็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: กรณีศึกษา 2 ราย
ตีพิมพ์เผยแพร่ใน วารสารโรงพยาบาลนครพนม ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน – ธันวาคม 2566
ISSN 08574308

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางวิภาดา วงษ์อินตา

สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


ลงชื่อ.....ผู้ขอประเมิน

(นางวิภาดา วงษ์อินตา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 14 / 01 / 2566

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1. นางวิภาดา วงษ์อินตา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวชฎานิศ ศรีรักษา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นางจรรยาพรณ มโนสิทธิศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่)...../...../.....

แบบการเสนอข้อแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลชุมแพ
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดา 8.9-22.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (WHO; 2014) จากการวิเคราะห์สาเหตุ การตายของมารดาทั่วโลก พบว่า มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางสูติกรรมโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ ภาวะเลือดออก ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็น ร้อยละ 27.1 14.0 และ 10.7 ตามลำดับ โดยมารดาทั่วโลกและในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 19.7 การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากการทบทวน งานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือน หลังคลอด ร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 3 (Carroll et al., 2016) ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไปคือ มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ (Tort et al., 2015)

ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมี ความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปีพ.ศ.2563-2565 มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 23,7 และ 31 ตามลำดับ (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ, 2565) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของประเทศคือ ร้อยละ ไม่เกิน 5 และเป้าหมายที่โรงพยาบาลชุมแพกำหนดไว้คือไม่เกินร้อยละ 5 แต่ไม่พบการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอด ฉะนั้นพยาบาลจะต้องประเมินอาการอย่างรวดเร็ว และวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

หน่วยงานห้องคลอด มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 12 คน(รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) มีพยาบาล อายุงาน 1-3 ปี จำนวน 2 คน อายุงาน 3-6 ปี 2 คน จากการสังเกตการปฏิบัติงานพบว่า พยาบาลวิชาชีพยังไม่ค่อยมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล จากการสอบถามทราบว่า บางคนไม่เคยประสบเหตุการณ์ที่ต้องให้การพยาบาลที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือเคยประสบเหตุการณ์แต่ปฏิบัติงานภายใต้การสั่งการของพยาบาลอาวุโส จากปัญหาสำคัญดังกล่าว หน่วยงานห้องคลอดจึงได้พัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้น แต่ยังคงขาดการนิเทศติดตามการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้อย่างจริงจัง

ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ได้เล็งเห็นความสำคัญจึงมีแนวคิดในการจัดการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดขึ้น เพื่อเป็นการติดตาม ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ทำงาน (On the job training)

3.2 แนวคิดในการพัฒนา

การดำเนินการพัฒนาครั้งนี้ ผู้ศึกษานำความรู้ทางวิชาการและแนวคิดมาใช้ในการพัฒนาได้แก่

3.2.1 แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

เป็นแนวทางการพยาบาล(CNPG) ที่หน่วยงานห้องคลอดพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่าง ๆ ประชุมระดมสมองพยาบาลห้องคลอดเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติ ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำมาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน

3.2.2 แนวคิดการนิเทศทางการพยาบาล

กระบวนการนิเทศการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนการนิเทศ การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบในสถานการณ์ปัจจุบัน และวัตถุประสงค์นโยบายขององค์กร การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการติดตามประเมินผลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และ นำไปปรับปรุงการปฏิบัติงาน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผนการนิเทศ หมายถึง กระบวนการสำรวจ ค้นหาปัญหา รวบรวมข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ความต้องการ การปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละเวร แต่ละบุคคล เพื่อนำมา กำหนดเป็นเป้าหมาย วัตถุประสงค์เฉพาะของการนิเทศ ลักษณะงาน ลักษณะผู้รับการนิเทศ วิธีการนิเทศที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน และมีการกำหนดแผนดำเนินการนิเทศที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์เฉพาะ วัน เวลา วิธีดำเนินการนิเทศให้แน่นอนชัดเจน วิธีการประเมินผลการนิเทศ และการบันทึกการดำเนินการนิเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร การกำหนดแผนดำเนินการนิเทศ ให้มีทั้งแผนนิเทศประจำสัปดาห์ แผนนิเทศประจำวัน และแผนเฉพาะงาน ซึ่งเป็นการนิเทศเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาหรือมุ่งพัฒนาคุณภาพงาน

2. การดำเนินการนิเทศ หมายถึงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ เป็นกระบวนการที่ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับการนิเทศ ทั้งก่อนและหลังการนิเทศ

3. การประเมินผลการนิเทศ มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการประเมินผลเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการนิเทศ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการนิเทศและ แจ้งให้ผู้รับการนิเทศทราบ เพื่อปรับปรุงแผนการนิเทศต่อไป

4. การนำผลการประเมินมาปรับปรุง และพัฒนาการให้บริการ หมายถึง การนำผลการ ประเมินที่รวบรวมได้ มาพิจารณาเพื่อปรับปรุง และพัฒนาการบริการต่อไป เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขยายผลต่อไป รวมทั้งสำรวจวิเคราะห์ปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนต่อไปในอนาคต

การพัฒนาการเพิ่มพูนสมรรถนะพยาบาลครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการนิเทศของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) มาใช้ ซึ่งให้ความสำคัญต่อบุคคลทั้งความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคล การเน้นสร้างสัมพันธภาพที่สร้างบรรยากาศแบบเป็นกันเองมีการให้ข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ภายใต้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับการนิเทศเกิดกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองด้วยความพึงพอใจ นอกจากนี้ ผู้นิเทศต้องมีการติดตามประเมินผลทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้งคนและคุณภาพการบริการ ประกอบด้วย

1. การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) เป็นการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การประเมินและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกโรค การให้คำปรึกษาและแก้ปัญหา เพื่อให้ ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศร่วมกันวางแผนการนิเทศ ก่อนทำการนิเทศ กำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกรพยาบาล ตรงกัน

2. การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) คือการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน มีกิจกรรมการนิเทศโดยการ เยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การติดตามการปฏิบัติ การพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับ มีการบันทึกผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร

3. การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) เพื่อเสริมสร้าง ความรู้สึก และทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศการจัดสวัสดิการต่าง ๆ การดูแลด้านความปลอดภัยในการทำงาน

ฉะนั้น การนิเทศทางการพยาบาล จึงหมายถึง กระบวนการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในการบริหารจัดการ งานที่สอดคล้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร เน้นการดูแลที่ให้ผลลัพธ์ของการดูแล และบุคลากรมีสมรรถนะ สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยมีความร่วมมือกันปฏิบัติระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศอย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการ มีการปฏิบัติและพัฒนาร่วมกัน

3.3 ข้อเสนอการพัฒนา

ผู้ศึกษาได้เสนอให้มีการนิเทศทางนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิกพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

3.4 วัตถุประสงค์

3.4.1 เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีทักษะในการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิกในการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

3.4.2 เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินอาการได้ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็ว

3.4.3 เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านทักษะในการให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 กลุ่มเป้าหมาย

3.5.1 พยาบาลห้องคลอด จำนวน 11 คน(ไม่รวมหัวหน้ากลุ่มงาน)

3.5.2 ผู้คลอดทุกรายที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนแพ

3.6 ขั้นตอนการดำเนินงาน

3.6.1 จัดประชุมพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอดในเพื่อแจ้งแนวทางการควบคุม กำกับ โดย การนิเทศทางการพยาบาล

3.6.2 จัดประชุมให้ความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด(CNPG) ที่ หน่วยงานห้องคลอดพัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการนิเทศ

3.6.3 จัดทำแผนการนิเทศให้ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ทุกคน

3.6.4 เสนอแผนการนิเทศในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล

3.6.5 นิเทศตามแผนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน

3.6.6 ประเมินผลการนิเทศ โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการนิเทศทุก

3.6.7 รายงานผลการนิเทศต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานการ

พยาบาล

3.7 ระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เมษายน 2567– 30 กันยายน 2567

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการนิเทศทางการพยาบาลด้านคลินิก ในการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะ ตกเลือดหลังคลอด

4.2 พยาบาลวิชาชีพในมีความรู้ความเข้าใจการประเมินอาการตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้องแม่นยำและรวดเร็ว

4.3 พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะต่างๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้คลอด และแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด \geq ร้อยละ 90

5.2 พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ถูกต้อง \geq ร้อยละ 90

5.3 พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการนิเทศด้านคลินิกการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด \geq ร้อยละ 80

5.4 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดมีอาการรุนแรงมากขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลไม่ถูกต้อง

(ลงชื่อ).....

(นางวิภาดา วงษ์อินตา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 18 / 01 / 2566

ผู้ขอประเมิน