

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดจากการมีเลือดออกใต้ชั้น
กล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma)
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง พัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

เสนอโดย

นางสาวศิวาภรณ์ อนุสตัย
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 549)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดจากการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma)
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2562 ถึง วันที่ 6 กรกฎาคม 2562)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ**

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

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2561)

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (early or immediate PPH) หมายถึง การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late or delayed PPH) หมายถึง การตกเลือดหลังจากคลอด 24 ชั่วโมง จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด

อุบัติการณ์

ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยคาดว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คน ในทุก ๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่ามารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ขณะที่อังกฤษ พบ 1:100,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชีย พบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิต เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

พยาธิสรีรวิทยา

ตามธรรมชาติภายหลังรกคลอด ผนังมดลูกตำแหน่งที่รกลอกตัวจะมีหลอดเลือดปลายเปิดจำนวนมากเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกจะประสานล้อมรอบหลอดเลือด เกิดการหดตัวของมดลูก ประกอบกับการแข็งตัวของเลือด เลือดจึงหยุดไหล (สุภาวดี แฉวเพ็ช, 2560) นอกจากนี้ภายหลังการลอกตัวของรก ยังส่งผลให้ฮอร์โมน Estrogen และ progesterone ลดระดับลง ร่วมกับฮอร์โมน Oxytocin ที่เพิ่มระดับสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัว หลอดเลือดบริเวณที่มีการบีบรัดตัวของรกจะถูกบีบทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลง ร่วมกับกระบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือดมาอุดกั้นบริเวณที่หลอดเลือดเกิดการบีบรัดส่งผลให้เลือดหยุดไหล (สุหารัตน์ ชูรส, 2562)

หากมีความผิดปกติของการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจากสิ่งขัดขวาง ส่งผลให้มดลูกหดตัวได้ไม่มีประสิทธิภาพ หรือในผู้คลอดบางรายที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การบีบรัดตัวของช่องทางคลอด ทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงภายหลังการคลอดได้ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดและมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากทำให้เซลล์ภายในร่างกายพร่องออกซิเจน ส่งผลกระทบต่อสมองส่วน hypothalamus และ Pituitary gland ที่ทำหน้าที่ในการ

ควบคุมการทำงานของระบบ Endocrine glands เมื่อสมองส่วนดังกล่าวเกิดการปล่อยออกซิเจนรุนแรง ส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ เช่น Thyroid-stimulating Hormone, Lutinizing Hormone, Follicle Stimulating Hormone and Prolactin เป็นต้น หากภาวะตกเลือดได้รับการแก้ไขล่าช้าอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอดตามมา เช่น Sheehan's syndrome ภาวะโลหิตจางรุนแรง ซีด อัมพาต หากอาการภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรงมากอาจทำให้มารดาเสียชีวิตหลังคลอดได้ (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2560)

สาเหตุ

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ได้แก่ (ศุภวดี แถวเพ็ญ, 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. การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (Trauma) เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (tear cervix) ผนังช่องคลอด (tear vaginal wall) แผลฝีเย็บ (tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางการคลอด (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 ความผิดปกติของรก เช่น placenta succenturiata, spurium placenta and placenta accreta
4. สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) พบได้ประมาณร้อยละ 1
 - 4.1 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ในกรณีที่มีการเสียเลือดปริมาณมากในระยะก่อนหรือหลังคลอด
 - 4.2 โรคเลือดต่างๆ ได้แก่ โรคเลือดที่เกิดจากการขาดเกล็ดเลือด หรือเกล็ดเลือดไม่เพียงพอ เช่น aplastic anemia, idiopathic thrombocytopenic purpura เป็นต้น

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง ได้แก่ การติดเชื้อมดลูก การมีเศษรก หรือเยื่อหุ้มทารกค้างในโพรงมดลูก มดลูกเข้าอู่ช้า (subinvolution) (สุสันหา ชัมเข้ม, 2561)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด พบได้ดังนี้ (สุสัณหา ยัมเยี่ยม, 2561)

1. มีเลือดออกจากช่องคลอด ซึ่งลักษณะแตกต่างกันตามสาเหตุ

1.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี เลือดที่ออกจะเป็นสีคล้ำและมีลิ่มเลือดปน อาจมีปริมาณมากหรือออกมาปริมาณปกติแต่ออกเป็นเวลานาน อาจมีก้อนเลือดปน และเลือดมีสีค่อนข้างคล้ำ

1.2 การบีบตัวของช่องทางคลอด เลือดที่ออกจะเป็นสีแดงสด หากมีการบีบตัวของหลอดเลือดฝอย เลือดจะไหลซึมออกมาเรื่อย ๆ และหากมีการบีบตัวของหลอดเลือดแดงฝอย เลือดจะพุ่งแรงตามจังหวะของชีพจร .

1.3 การมีเศษรกค้าง ถ้าเศษรกขนาดใหญ่จะเกิดการตกเลือดทันทีจากมดลูกหดตัวไม่ดี แต่ถ้าเศษรกขนาดเล็กจะเกิดการตกเลือดในช่วง 10 วันหลังคลอด ซึ่งเลือดเป็นสีแดงคล้ำ

1.4 การมีเลือดคั่งใต้ผิวหนัง ผิวหนังมีอาการบวมแดงออกสีม่วงคล้ำ เจ็บปวดอย่างรุนแรง อาจมีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก เพราะมีแรงกดบนท่อปัสสาวะหรือช่องรูเปิดปัสสาวะ

2. มดลูกหดตัวไม่ดี โดยจะคลำพบมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือ เมื่อคลำมดลูกจะมีก้อนเลือดและเลือดสดจำนวนมากออกจากช่องคลอด ร่วมกับมีอาการแสดงของการตกเลือด เช่น หน้าซีด ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ (สุรศักดิ์ เก้าเขียน, 2552)

1. ระยะปรับตัว เสียเลือดร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 500 – 1,000 มิลลิลิตร) ชีพจร 100 – 120 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตปกติ มีการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังและกล้ามเนื้อตาย ซีด ตัวเย็น ใจสั่น และ มีน้สีระยะ แต่ปัสสาวะออกปกติ 20 - 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2. ระยะเสียเลือดเล็กน้อย เสียเลือดร้อยละ 15 – 30 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 1,000 – 1,500 มิลลิลิตร) พบชีพจร 120-140 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 - 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย มีปัสสาวะออกน้อย 5 - 15 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง กระหายน้ำ เหงื่อออกมาก และ อ่อนเพลีย

3. ระยะเสียเลือดมาก เสียเลือดร้อยละ 30-40 ของน้ำหนักร่างกาย (ประมาณ 1,500 – 2,000 มิลลิลิตร) ชีพจรมากกว่า 140 ครั้งต่อนาที หายใจเบาเร็ว ความดันโลหิต มีค่า systolic 70-80 มิลลิเมตรปรอท เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ซีด และ เกิดภาวะเลือดเป็นกรด หลอดเลือดจึงหดตัวมากขึ้น เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนมากขึ้น ปัสสาวะออกน้อยมาก

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

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโดยทั่วไป สามารถวินิจฉัยได้จาก (สุภาวดี แถวเพ็ช, 2560)

1. อาการและอาการแสดง

1.1 การมีเลือดออก อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือค้างอยู่ภายในช่องคลอด แต่เมื่อกระตุ้นให้มดลูกแข็งและกดไล่ ก็จะมีเลือดไหลออกมา โดยจำนวนเลือดที่ออกภายหลังทารกเกิดจะมากกว่า 500 มิลลิลิตร

1.2 อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ระยะแรกจะหายใจเร็ว ต่อไปจะหายใจช้าลง

2. การตรวจร่างกายเฉพาะที่

2.1 ตรวจการหดตัวของมดลูก อาจพบยอดมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือ มีลักษณะอ่อนปวกเปียก

2.2 ตรวจพบการนิ่มขนาดของช่องทางคลอดและปากมดลูก

2.3 ตรวจดูส่วนของรกที่อาจค้างอยู่

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด จากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การตรวจ coagulogram

การรักษา

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย การประเมินและการรักษาขั้นต้น และ การรักษาตามสาเหตุ ดังนี้ (สูติเวช ไข่มุข, 2561)

1. การประเมินและการรักษาขั้นต้น

1.1 ประเมินสัญญาณชีพ และ อาการแสดงของภาวะตกเลือด

1.2 การประเมินสาเหตุ ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ตรวจรก เศษรกค้าง การบาดเจ็บของช่องทางคลอด และการแข็งตัวของเลือด

1.3 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) การแข็งตัวของเลือด (coagulogram) หมู่เลือด และจางเลือด

1.5 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อวัดปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา

2. การดูแลรักษาตามสาเหตุหลัก

2.1 การหดตัวของมดลูกไม่ดี ดูแลนวดคลึงมดลูกให้กลมแข็ง และให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก โดยแนะนำ Syntocinon เป็นอันดับแรก หรือ Methergin และใช้มือกดที่มดลูก ทำโดยกำมือข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้อง ให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ซึ่งบริเวณที่รกเกาะจะถูกกดอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง ทำให้เลือดไหลน้อยลง

2.2 การบาดเจ็บช่องทางคลอด เย็บซ่อมแซมตำแหน่งที่ฉีกขาด ใช้ผ้าก๊อชกดอัดบริเวณรอยเย็บให้แน่น และควรเอาออกเมื่อครบ 24 ชั่วโมง

2.3 รกค้างหรือมีเศษรกค้าง รักษาโดยการล้างรก หรือขูดมดลูกในกรณีรกไม่ครบ

2.4 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดูแลในห้องกึ่งประกอบของเลือดทดแทน และ ปรึกษาอายุรแพทย์

การพยาบาล

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การพยาบาลโดยแบ่งตามสาเหตุ ได้แก่ (วิภาวรรณรัตน์พิทักษ์, 2561)

1. ประเมินดูการหดตัวของมดลูก ถ้าหากมดลูกหดตัวไม่ดี จะมีเลือดไหลออกมามากตลอดเวลา ควรปฏิบัติดังนี้

1.1 วางกระเป๋าน้ำแข็งบริเวณหน้าท้อง คลึงมดลูกให้หดตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อป้องกันเลือดไหลออกปริมาณมาก

1.2 สวนปัสสาวะออกให้หมด และคาสายปัสสาวะไว้ เพราะหากกระเพาะปัสสาวะเต็ม อาจจะทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้

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

2. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้ามดลูกหดตัวดีแล้ว แต่ยังมีเลือดไหลออกเรื่อย ๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ตรวจหารอยฉีกขาด หากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด ปฏิบัติดังนี้

2.1 เย็บซ่อมแซมตำแหน่งฉีกขาดในช่องทางคลอด

2.2 หากมีอาการปวดแผลให้ยาแก้ปวดได้ตามแผนการรักษา

2.3 ประคบแผลด้วยความเย็นภายใน 24 ชั่วโมงแรกเพื่อลดบวม และหลังจากนั้นประคบด้วยความร้อนเพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณแผลได้ดีขึ้น

3. หากตรวจพบเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (hematoma) ให้การพยาบาล ดังนี้

3.1 ห้ามประคบด้วยความร้อนใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากจะทำให้เสียเลือดมากขึ้นได้

3.2 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3.3 เตรียมมารดาเพื่อทำการผ่าตัดตามแผนการรักษาในกรณีที่ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ คือ มีขนาดประมาณ 3 เซนติเมตรหรือมากกว่า โดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (evacuate) โดยอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษา ให้มารดาหลังคลอดงดดื่มน้ำอาหาร ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา ติดตามประสานงานกับห้องผ่าตัด

4. กรณีมีรกค้างหรือมีเศษรกค้าง ช่วยแพทย์ในการตรวจหาเศษเยื่อหุ้มรกค้าง เตรียมมารดาหลังคลอดเพื่อทำการขูดมดลูกเอาเศษรกออก ตรวจประเมินสัญญาณชีพและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังการขูดมดลูก

5. หากพบว่ามีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ประเมินอาการแสดงของการเสียเลือด และ ตรวจติดตามค่า Coagulogram ทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับ ปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมดูแลให้การรักษา

ความรู้ทางเภสัชวิทยา

1. Syntocinon เป็นยาที่ใช้ชักนำและเพิ่มการหดตัวของมดลูกก่อนการคลอดบุตร (augmentation of labor) ใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว ภายหลังจากการคลอดบุตรทางช่องคลอดหรือหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (พัชรียา นีวัฒน์ภูมินทร์, 2562)

การบริหารยา สามารถบริหารยาได้ทั้งทาง ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและหยดทางหลอดเลือดดำ เมื่อให้ทางหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์ทันที กรณีให้ทางฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะออกฤทธิ์ใน 3-7 นาที

การพยาบาลที่สำคัญ สังเกตผลข้างเคียง คือภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด คลื่นไส้อาเจียน และใบหน้าแดง (flushing) เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

2. Cefoxitin ยาต้านจุลชีพกลุ่ม Cephalosporins เป็นยาปฏิชีวนะที่มีโครงสร้างของ beta-lactam มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบมากกว่า รักษาภาวะติดเชื้ออุ้งเชิงกราน ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ที่มีประวัติแพ้ยากลุ่ม Cephalosporins และ Penicillins (Carter, 2019)

การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้มารดาหลังคลอด ได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง และสังเกตผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น คือ ลมพิษ หายใจลำบาก มีอาการบวมที่หน้าหรือคอ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก จากสถิติการให้บริการมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2560 – 2562 คิดเป็นร้อยละ 3.9, 4.2 และ 3.9 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2562) ซึ่งหากเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่งผลให้ต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ทำให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น หรือหากมีการเสียเลือดในปริมาณมากอาจให้การรักษาโดยตัดมดลูก ส่งผลต่อสุขภาพและเกิดความไม่พึงพอใจของมารดาหลังคลอด ทั้งนี้ในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกรอคักที่สนใจศึกษา คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. จากการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น จากเวชระเบียน ตำรา วารสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. เลือกรณีศึกษามารดาหลังคลอด ชาวเมียนมาร์ อายุ 22 ปี HN 18535/62 AN 10454/62 คลอดปกติ หลังคลอดพบอาการบวมตึงบริเวณแคมใหญ่ด้านขวาขนาดประมาณ 10x10 เซนติเมตร มีความเจ็บปวดระดับ 8 คะแนน แพทย์ให้การรักษาโดย ทำหัตถการ evacuate hematoma รวมเสียเลือด 1,100 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ Gelofucine 500 มิลลิลิตร LRS 800 มิลลิลิตร และ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร ใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ตรวจค่าฮีมาโทคริต เท่ากับ 18 เปอร์เซ็นต์ ได้รับเลือดชนิด PRC 2 ยูนิท และสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับ Syntocinon 20 ยูนิท อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดซ้ำ แผลฝีเย็บไม่เกิดการติดเชื้อ สามารถปรับบทบาทมารดาดูแลตัวเอง และบุตร เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมบุตร ในวันที่ 6 กรกฎาคม 2562 รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

4. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นผลงานวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินงาน ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้เสนอผลงานเป็นผู้ดำเนินการร้อยละ 100

กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ชาวเมียนมาร์ อายุ 22 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2562 เวลา 00.50 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์ ตรวจสัญญาณชีพพบว่า อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 69 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/92 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 138 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 3 นาที นาน 50 วินาที ความรุนแรง 2+ ผลการตรวจทางช่องคลอด พบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก ร้อยละ 80 ระดับส่วนน้ำ -1 ถุงน้ำคร่ำรั่ว (membrane leakage) จึงรับไว้ในห้องคลอด และส่งตรวจนับเม็ดเลือดแดงอย่างสมบูรณ์ (CBC) พบว่า ค่าฮีมาโทคริต 37.5 เปอร์เซ็นต์ ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 06.00 น. คลอดปกติ (normal labour) เวลา 06.02 น. ตัดฝีเย็บแบบตรงกลาง (median episiotomy) ปริมาณการเสียเลือดในระยะคลอด 200 มิลลิลิตร ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Syntocinon ขนาด 10 ยูนิท ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ และ Syntocinon 40 ยูนิท ผสมในสารน้ำ LRS 800 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สัญญาณชีพก่อนย้ายหอผู้ป่วย สูติกรรมหลังคลอด อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

เวลา 08.50 น. รับย้ายมารดาหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โดยรถนั่ง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 75 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/82 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำ LRS ผสม Syntocinon 40 ยูนิท อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มดลูกหดรัดตัวดี ลักษณะกลมแข็งอยู่ระดับสะดือ กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง แผลฝีเย็บไม่บวม มีคะแนนความเจ็บปวดระดับ 3 คะแนน ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เนื่องจากคลอดเร็ว ให้การพยาบาลโดย ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด และลักษณะแผลฝีเย็บ วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำมารดาหลังคลอดสังเกตการหดรัดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกให้

กลมแข็ง กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
 เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและสารน้ำเกินขนาด โดยให้ยาผ่านเครื่อง infusion pump และเฝ้ารอ
 ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน และใบหน้าแดง ประเมินผล เวลา 10.00 น. พบว่า
 มดลูกหดตัวดี ลักษณะกลมแข็งในระดับสะดือ กระเพาะปัสสาวะไม่โป่ง ตรวจพบอาการบวมตึงบริเวณแคมใหญ่
 ด้านขวา ขนาดประมาณ 10 x 10 เซนติเมตร ให้การพยาบาลเพิ่มเติมโดย ประเมินสัญญาณชีพ ชีพจร 122
 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/97 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ร่วมประเมิน
 อาการเพื่อแก้ไขสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้มารดาหลังคลอดงดน้ำงดอาหาร ให้สารน้ำ LRS 1,000
 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ส่งมารดาหลังคลอดไปห้องผ่าตัดเพื่อทำหัตถการ evacuate hematoma และ
 ระวังความรู้สึกด้วยวิธี spinal block เวลา 10.55 น. ถึงเวลา 13.00 น. เสียเลือดประมาณ 1,100 มิลลิลิตร ปัญหาที่ 2
 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด ให้การพยาบาลโดย สังเกตระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด
 ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง จนกว่า
 สัญญาณชีพปกติ และบันทึกการเข้าออกของสารน้ำ โดยใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ LRS 1,000
 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Gelofucine 500 มิลลิลิตร LRS 800 มิลลิลิตร และ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร
 ตรวจค่าฮีมาโทคริต เท่ากับ 18 เปอร์เซ็นต์ ได้รับเลือดชนิด PRC 2 ยูนิต และสารน้ำ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสม
 กับ Syntocinon 20 ยูนิต อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินผล ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ติดตาม
 ค่าฮีมาโทคริต เท่ากับ 28.9 เปอร์เซ็นต์

เวลา 14.40 น. รับย้ายมารดาหลังคลอด หลังทำ evacuate hematoma ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด มารดา
 หลังคลอดรู้สึกตัวดี โดยประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตรา
 การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/81 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณปัสสาวะที่ออก (urine output) เท่ากับ
 1,700 มิลลิลิตร

วันที่ 3 กรกฎาคม 2562 พุดคุย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที
 อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/84 มิลลิเมตรปรอท ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะออก และสามารถ
 ปัสสาวะได้เองหลังถอดสายสวนปัสสาวะ 4 ชั่วโมง มารดาหลังคลอดสีหน้าไม่สุขสบาย ปวดบริเวณแผลฝีเย็บ
 มีคะแนนความเจ็บปวดระดับ 7 คะแนน ประเมินลักษณะแผลฝีเย็บ พบว่าแผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย ปัญหาที่ 3
 ไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลฝีเย็บ การพยาบาล ประเมินอาการและระดับความปวด ให้มารดาหลังคลอด
 ใส่ผ้าอนามัยเย็น (cold pad) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด แนะนำวิธีหายใจเพื่อผ่อนคลายความปวด และให้ยาแก้ปวด
 Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด ประเมินผล หลังได้รับยาแก้ปวด 4 ชั่วโมง พบว่ามีความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บ
 น้อยลงระดับ 3 คะแนน ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บเนื่องจาก ได้รับการ
 ทำหัตถการ evacuate hematoma ให้การพยาบาลโดย แนะนำล้างฟอกแผลฝีเย็บด้วยน้ำสบู่ เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3
 ชั่วโมง และแช่ก้นด้วยน้ำอุ่น (warm sitz bath) ทุกวัน เช้าและเย็น ประเมินแผลฝีเย็บวันละ 2 ครั้ง ให้รับประทาน

ยาฆ่าเชื้อ Clindamycin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง เน้นให้รับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา ประเมินผลแผลฝีเย็บไม่แยก ไม่มีหนอง ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ

วันที่ 4 กรกฎาคม 2562 มารดาหลังคลอดขี้มึนแฉะ พูดุ่ยมากขึ้น ปวดแผลฝีเย็บน้อยลง ความเจ็บปวดระดับ 2 คะแนน แผลฝีเย็บไม่บวม ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/81 มิลลิเมตรปรอท เลี้ยงลูกและให้ลูกดูดนมที่เต้านม อุ้มลูกดูดนมไม่ถูกวิธี ดูดนมไม่ต่อเนื่อง ปัญหาที่ 5 ขาดทักษะในการกระตุ้นให้ลูกดูดนมอย่างถูกวิธี เนื่องจาก เป็นมารดาครรภ์แรก ให้การพยาบาลโดย ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินการให้นมทารก ช่วยมารดาหลังคลอด ปรับท่าอุ้มให้เหมาะสมตามหลัก 4 key signs position คือ จัดท่าตะแคงทารก หันเข้าหามารดาหลังคลอด อุ้มทารกให้กระชับ ปากทารกอยู่ในระดับเดียวกันกับหัวนม และมีการประคองรองรับทารกทั้งตัว ปลุกกระตุ้นทารกดูดนม ทุก 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องครั้งละ 15 นาที ประเมินผล มารดาหลังคลอดสามารถดูแลทารกได้ สามารถกระตุ้นทารกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีน้ำนมเพียงพอสำหรับทารกแรกเกิด ทารกมีน้ำหนักตามเกณฑ์ที่เหมาะสม

วันที่ 5 กรกฎาคม 2562 มารดาหลังคลอดนอนพักที่เตียง สีหน้าสดชื่น ขี้มึนแฉะ พูดุ่ยทักทาย ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 121/88 มิลลิเมตรปรอท มารดาหลังคลอดสอบถามถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น การนัดหมายหลังกลับบ้าน ปัญหาที่ 6 พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเนื่องจากตั้งครรภ์แรก ให้การพยาบาลโดย ให้ความรู้ คำแนะนำ มารดาหลังคลอดและสามี เพื่อเตรียมวางแผนจำหน่ายเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง การป้องกันแผลฝีเย็บติดเชื้อ เน้นให้มาตรวจตามนัด และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ประเมินผล มารดาหลังคลอดและสามีเข้าใจ ตอบคำถามที่ถามทวนซ้ำได้

วันที่ 6 กรกฎาคม 2562 ไม่มีเลือดออกผิดปกติ แผลฝีเย็บไม่ติดเชื้อ ปรับบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดได้ สามารถดูแลตัวเองและทารก กระตุ้นทารกดูดนมแม่ได้ และมารดาหลังคลอดเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด เมื่ออยู่ที่บ้านได้ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมบุตร สรุปลงได้รับการแก้ไขให้การพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลทั้ง 6 ปัญหา รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

มารดาหลังคลอดมาคลอดเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 หลังคลอดตรวจพบ hematoma ได้รับการรักษาโดย ทำหัตถการ evacuate hematoma หลังทำเสียเลือด 1,000 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ และเลือดชนิด PRC 2 ยูนิต ทดแทนในระหว่างที่มารดาหลังคลอดพักอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ได้ให้การดูแลรักษา และการพยาบาล รวมถึงติดตาม ประเมินผลการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด พบปัญหาทางการพยาบาล ทั้งหมด 6 ปัญหา ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป แพทย์ อนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมบุตร ในวันที่ 6 กรกฎาคม 2562 รวมระยะเวลาในการดูแล 5 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. สามารถให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรในหน่วยงานใช้ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือด

หลังคลอดและป้องกันภาวะช็อกจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาหลังคลอดต่างคำสื่อสารให้มีความเข้าใจยาก ต้องอธิบายซ้ำ ๆ หรือต้องใช้ล่ามอาจทำให้ล่าช้าต่อการประเมินและการรักษา

10. ข้อเสนอแนะ

ควรมีคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสำหรับกลุ่มมารดาหลังคลอดต่างคำ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ สิมาภรณ์ อนุสัณฑ์
(นางสาวสิมาภรณ์ อนุสัณฑ์)
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ นิยา สักดิ์สุภา
(นางนิตยา สักดิ์สุภา)

ลงชื่อ (ลายเซ็น)
(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์ดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๔
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
วันที่ ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๔

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 คือ นางเลิศลักษณ์ ธิลาเรืองแสง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- ประการณ์ ่องอาชญ. (2554). *Postpartum Hemorrhage*. Paper presented at the เอกสารประกอบการสอน
ภาวะตกเลือดหลังคลอด PPH.
- พัชรียา นีวัฒน์ภูมิรินทร์. (2562). การให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง.
Thai Journal Anesthesiol, 45(3), 125-127.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่
หดตัว. *Guideline No. OB 019*.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2562). รายงานประจำปี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. (2561). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด. วารสารพยาบาล มหาลัย
สยาม, 19(36).
- ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (บ.ก.). (2560). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 15). นนทบุรี: โครงการ
สวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศุภวดี แฉวเพ็ช. (2560). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์
(บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 15) หน้า 510-526. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์
การพิมพ์ จำกัด.
- สุหารัตน์ ชูรส. (2562). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์เขต
11, 33(1), 181-192. ค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/RMJ11/article/view/6520>
- สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน. (2552). ภาวะตกเลือดหลังคลอด. ใน ชิตินันท์ ตัณสฤติย์และประพนธ์ จารุยาวงศ์
(บรรณาธิการ), *การดูแลภาวะวิกฤต ขณะเจ็บครรภ์คลอด*. (น. 61-81). กรุงเทพฯ: ชนาพรส.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2561). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ & ฉวี
เบาทรวง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 2
หน้า 321-332). เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ท โคตติง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
- Carter, A., & Seladi-Schulman, J. (2019). *Cephalosporins : A Guide*. Retrieved from
<https://www.healthline.com/health/cephalosporins>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *postpartum hemorrhage*.
Obstetricians& Gynecologists, 130(4), 168 - 186.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวศิมาภรณ์ อนุสตัย

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 549) ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง พัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาระดับชาติของประเทศไทย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก รวมทั้งยังมีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากสถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นทั่วโลก ปี ค.ศ.2015 พบว่า อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับร้อยละ 4.4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (World Health Organization, 2017) พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นอยู่ลำดับที่ 3 เท่ากับ ร้อยละ 5.1 โดยพบว่ามี การคลอดบุตรซ้ำของวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เท่ากับร้อยละ 12.2 จากรายงานสถิติการคลอดบุตร โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 291 ราย ตั้งครรภ์ซ้ำ 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.12 ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ต้องไม่เกินร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีสถิติการตั้งครรภ์ซ้ำในอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ขนิษฐา เมฆกมล และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2561) และจากสถิติ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 อัตราการคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่น พบ ร้อยละ 53.1 จากการศึกษาของ เกศย์สิริ ศรีวิไล พบว่าสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น เกิดจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวมารดา วัยรุ่นเองได้แก่ ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด ขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ และต้องพึ่งพิงสามีทางด้านเศรษฐกิจ จึงผูกมัดสามีด้วยการมีลูก สำหรับปัจจัยภายนอก (เกศย์สิริ ศรีวิไล, 2559) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว การยอมรับการตั้งครรภ์จากกลุ่มเพื่อน ญาติ และการไม่ได้รับการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม

จากปัญหาดังกล่าว ผู้จัดทำจึงได้พัฒนาแนวทางให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด และเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด
2. เพื่อสนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีคุมกำเนิดได้อย่างเหมาะสม

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (teenage pregnancy/ adolescent pregnancy) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี โดยนับอายุครรภ์ถึงวันคะเนกำหนดคลอด (มนฤดี เตชะอินทร์ และ พรรณี ศิริวรรณานา, 2555)

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น (repeated pregnancy in adolescent) คือ ใ้ได้ให้ความหมาย ไว้ 2 ความหมาย กล่าวคือ (ปาริฉัตร อารยะจารุ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร และอัจฉรา อ่วมเครือ, 2562)

1. การตั้งครรภ์ซ้ำ Repeat Pregnancy in adolescent (RP) หมายถึง มารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์อีกครั้งหลังจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ไม่มีเกณฑ์การเว้นระยะการตั้งครรภ์ครั้งก่อนเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่จะรวมมารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี

2. การตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว Rapid Repeat Pregnancy in adolescent (RRP) หมายถึงมารดาวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์อีกครั้งหลังจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ภายใน 24 เดือน โดยที่มารดามีอายุน้อยกว่า 20 ปี

ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อายุในการตั้งครรภ์แรก ซึ่งหากการตั้งครรภ์แรกตั้งแต่อายุน้อย ก็มีความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่า สถานภาพสมรส สตรีวัยรุ่นที่สถานภาพสมรสคู่มิ่โอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้มากกว่าเนื่องจากไม่ได้มีความตั้งใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิด พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ในการคุมกำเนิดและขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด ทำให้เลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม หรือคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ (มณิสรา ห่วงทอง วรณี เดียวอิสระ และ วรณทนา ศุภสีมานนท์, 2562)

ซึ่งการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ โดยผลกระทบต่อด้านสุขภาพกายและจิตใจ จะเกิดขึ้นโดยตรงต่อตัวสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเองและทารก ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (อรัทัย ปานเพชร และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563) เช่น อัตราการตายของมารดา การเสียเลือดในระหว่างคลอดปริมาณมาก เกิดการคลอดยาก (Aung, Liabsuetrakul, Panichkriangkrai, Makka, & Bundhamchareon, 2018) ความกลัวต่อการคลอดบุตรในระยะคลอด และอาจจะส่งผลต่อการปรับบทบาทการเป็นมารดา การดูแลบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจะนำไปสู่ postpartum blue, postpartum depression and psychosis อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของทารก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการคลอดก่อนกำหนด ก็จะส่งผลต่อการตายปริกำเนิดในทารกแรกเกิดจากสาเหตุการฉีกขาดออกซิเจน ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย นอกจากผลกระทบต่อมารดาและทารกแล้ว การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังมีผลกระทบต่อด้านครอบครัว ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการเปลี่ยนแปลงซึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์และการปรับบทบาทการเป็นมารดา วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคม และเพื่อน จึงจะสามารถเปลี่ยนผ่านในช่วงระยะตั้งครรภ์ และสามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ แต่หากไม่สามารถปรับบทบาทในช่วงการตั้งครรภ์และการเป็น

มารดาได้ จะทำให้ต้องพึ่งพิงครอบครัว อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่มีรายได้ ไม่มีงานทำ อาจทำให้มี ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์และค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรเมื่อคลอด และสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอในการรับบทบาทการเป็นมารดา ไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตร มีโอกาส ทอดทิ้งบุตร ทำให้เกิดปัญหาของสังคมต่อไป

การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น คือการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวหลังคลอด ซึ่งการคุมกำเนิดแบบ ชั่วคราว คือ การคุมกำเนิดที่สามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้ เมื่อหยุดปฏิบัติ การคุมกำเนิดแบบนี้มีอยู่ด้วยกัน หลากหลายวิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ใส่อ่อนอนามัย และ ยาฝังคุมกำเนิด เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธี มีข้อดี ข้อเสีย แตกต่างกันไป ดังนี้

ยาเม็ดคุมกำเนิด

ยาคุมกำเนิดจะมีอยู่ 3 แบบ คือ 1. ยาคุมกำเนิดหลังมีเพศสัมพันธ์หรือยาคุมกำเนิดแบบ ฉุกฉิน 2. แบบที่มีฮอร์โมนเดี่ยว 3. แบบที่มีฮอร์โมนรวม ซึ่งเป็นแบบที่ใช้กันมากที่สุด ยาคุมกำเนิดอาจ ไม่เหมาะสำหรับวัยรุ่นที่ต้องการคุมกำเนิดในระยะยาว เพราะต้องกินยาทุกวันจึงมีโอกาสที่จะลืมกินได้ สำหรับยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมอาจไม่เหมาะสำหรับมารดาหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะ จะทำให้น้ำนมออกน้อยลง อาจจะใช้เป็นยาคุมกำเนิดแบบฮอร์โมนเดี่ยวแทน ซึ่งสามารถใช้ได้ตั้งแต่ หลังคลอด แต่ผลข้างเคียงคือการลืมกินยา และอาจมีเลือดออกทางช่องคลอดกระปรกระปรอยได้บ่อย

ยาคุมกำเนิดแบบฉุกฉินสามารถใช้ได้ในช่วงไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด โดยวิธีนี้ไม่ควรใช้เป็นวิธีคุมกำเนิดเป็นประจำ เพราะมีผลข้างเคียงเช่น รมควรรอบระดูตามปกติทำให้ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอและออกกระปรกระปรอยได้ ถ้าใช้เป็นประจำ มีโอกาสลืมกินยาได้บ่อย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

การฉีดยาคุมกำเนิด

การฉีดยาคุมกำเนิดสามารถฉีดได้ตั้งแต่ระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ไม่มีผลต่อปริมาณน้ำนมโดยจะฉีด ทุก 3 เดือน ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดดี เหมาะสำหรับการคุมกำเนิดระยะยาว ไม่ต้องกินยาทุกวัน ราคาถูก แต่อาจมีผลข้างเคียง เช่น เลือดประจำเดือนกระปรกระปรอยในระยะแรกแต่หลังจากนั้นส่วนใหญ่จะไม่มี ประจำเดือน น้ำหนักขึ้นและเมื่อหยุดฉีดยา อาจจะต้องรอประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี จึงจะมีประจำเดือนและมี ภาวะตกไข่ตามปกติ จึงไม่เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดในระยะเวลานั้น ๆ

การใส่ห่วงคุมกำเนิด

การใส่ห่วงคุมกำเนิด กลไกการคุมกำเนิด คือ ห่วงจะไปขัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อนในโพรงมดลูก แพทย์จะใส่ห่วงคุมกำเนิดเข้าไปในโพรงมดลูก แล้วเหลือสายห่วงออกมาจากปากมดลูกยาว ประมาณ 2 เซนติเมตร ดังนั้นจะต้องตรวจสายห่วงเป็นระยะ อายุการใช้งานของห่วงคุมกำเนิด คือ 3-5 ปี แล้วแต่ชนิดของห่วงคุมกำเนิด ข้อดีคือไม่ต้องกินยาทุกวัน ไม่ต้องถูกฉีดยาทุก 3 เดือน ไม่มีปัญหาเรื่อง

ประจำเดือนผิดปกติ กระปริกระปรอย ไม่มีผลต่อน้ำหนักตัว ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ทำให้เกิดสิว ฝ้า มากขึ้น แต่ข้อเสียคือ ต้องคอยตรวจเช็กสายห่วงอย่างสม่ำเสมอ

การฝังยาคุมกำเนิด

การฝังยาคุมกำเนิดสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะคลอดใหม่ ๆ ไม่มีผลต่อปริมาณน้ำนม แพทย์จะฝังหลอดยาเล็ก ๆ ยาวประมาณ 3 เซนติเมตร แบบจำนวน 1 หลอด หรือ 2 หลอด เข้าใต้ผิวหนังบริเวณท้องแขน ด้านใน ยาฝังคุมกำเนิดจะมีฤทธิ์คุมกำเนิด 3-5 ปี แล้วแต่ชนิดของยา ข้อดีคือสามารถคุมกำเนิดได้นาน ไม่ต้องกินยาทุกวัน ไม่ถูกฉีดยาบ่อย ๆ และ ไม่ต้องเช็กสายห่วง ไม่มีโอกาสหลุดเหมือนห่วงคุมกำเนิด แต่ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ ประจำเดือนกระปริกระปรอย น้ำหนักขึ้น

การให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น คือการสอนรายบุคคล ทำให้มีความรู้ มีทักษะ มีความมั่นใจ และสามารถแก้ไขปัญหา (เสาวณีย์ สิกขาบัณฑิต, 2558) ซึ่งวิธีการให้ความรู้แบบเดิมเป็นรูปแบบการคู่วิดีโอ เป็นกลุ่มร่วมกับมารดาหลังคลอดด้วยอื่น ทำให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นขาดความสนใจในเนื้อหา ไม่กล้าตัดสินใจ หรือบอกลังปัญหาการคุมกำเนิด จึงได้พัฒนารูปแบบการให้ความรู้เป็นการให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยได้กำหนดเนื้อหาสาระที่เกี่ยวกับ รูปแบบการคุมกำเนิด ข้อดี ข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และการปฏิบัติตัวหลังการคุมกำเนิด เพื่อให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นเลือกการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. วิเคราะห์ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
2. เสนอแนวทางการให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยรับทราบ
3. จัดทำแนวทางแนวทางการให้ความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด โดยประกอบด้วย รูปแบบการคุมกำเนิด ข้อดี ข้อเสียของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี การปฏิบัติตัวหลังการคุมกำเนิดแต่ละวิธี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี
4. ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้
5. แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ
6. นำมาทดลองใช้ โดยใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดแบบรายบุคคล
7. ประเมินผล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นลดลง
2. ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มารดาวัยรุ่นมีความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 (เกณฑ์ $\geq 8/10$ คะแนน)
2. อัตราการคุมกำเนิดหลังคลอดของมารดาวัยรุ่น มากกว่าร้อยละ 75

ลงชื่อ..... ศิมาภรณ์ อนุสสัย

(นางสาวศิมาภรณ์ อนุสสัย)

ผู้อำนวยการประเมิน

วันที่..... ๑๙ มี.ค. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

- เกตุยลศิริ ศรีวิไล. (2559). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3).
- ขนิษฐา เมฆกมล และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 12(2).
- ปาริฉัตร อารยะจากรุ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร และ อัจฉรา อ่วมเครือ. (2562). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น: ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบต่อด้านสุขภาพของมารดาและทารก. *วารสารพยาบาลทหารบก*. (20)3.
- มณิสรา ห่วงทอง, วรณีย์ เดียววิเศษ และ วรณทนา สุขสีมานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 161-172.
- มนฤดี เตชะอินทร์ และ พรรณี ศิริวรรณภา. (2555). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent-pregnancy&catid=45&Itemid=561
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2562). รายงานประจำปี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- เสาวณีย์ ลิกขาบัณฑิต. (2558). การเรียนการสอนรายบุคคล. Retrieved from <https://www.kroobannok.com/23054>
- อรทัย ปานเพชร และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกันและเฝ้าระวัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2).
- Aung, E. E., Liabsuetrakul, T., Panichkriangkrai, W., Makka, N., & Bundhamchareon, K. (2018). Years of healthy life lost due to adverse pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers in Thailand. *AIMS Public Health*, 5(4), 463–476.
- World Health Organization. (2017). World health statistics 2017 : Monitoring health for the SDGs(Substainable Development Goals). Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/EN_WHS2017_TOC.pdf?ua=1