เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ปีงบประมาณ 2569

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย

วาสนา บัวสม
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา

https://skho.moph.go.th/oa

รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย

วาสนา บัวสม
โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ในการดูแลมารดาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ และส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า มารดาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน ส่วนบทบาทหน้าที่หลัก 7 ประการของพยาบาลวิชาชีพได้รับการดูแลเหมือนกันในประการที่ 1, 2, 3, 4 และ 7 คือ ประการที่ 1 มารดาทั้ง 2 รายได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อย่างถูกต้อง ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด โดยทั้ง 2 รายเป็นมารดาครรภ์หลัง แรกรับอยู่ในระยะ Active Phase มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลาง ประการที่ 2 มารดาได้รับการจัดการกับอาการรบกวนทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยมีการประเมินระดับความเจ็บปวด, ประเมินความเครียดและความวิตกกังวลพบทั้ง 2 รายมี Pain Score 10/10 , 2Q Negative สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1, 2 ของการคลอดได้อย่างเหมาะสม ประการที่ 3 มารดาได้รับการดูแลความปลอดภัย และประการที่ 4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้มีการจัดระบบบริการการคลอดตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์และมาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอดของสำนักการพยาบาลทั้งด้านสมรรถนะบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ สิ่งแวดล้อม และ CPG การดูแลมารดาที่มีภาวะ PPH ซึ่งมารดา ทั้ง 2 รายมี Early PPH เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแต่มีปัจจัยเสี่ยงต่างกัน คือ รายที่ 1 มีรกค้างส่วนรายที่ 2 มีภาวะ Precipitate Labor ประการที่7 การสร้างความพึงพอใจแก่มารดาและครอบครัว เนื่องจากผู้คลอดและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลอาการมารดาและทารก เป็นระยะและได้รับการดูแลตามแนวทาง ส่งต่อได้ทันช่วยให้มารดาปลอดภัย ทำให้เกิดความมั่นใจในการกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์อีก ส่วนประเด็นที่แตกต่างกัน ได้แก่ ประการที่ 5 มารดาได้รับการดูแลต่อเนื่องและประการที่ 6 มารดาได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเองโดยครอบครัวมีส่วนร่วม เนื่องจากมารดารายที่ 1 มีการใช้สารเสพติดและไม่ได้เปิดเผยกับครอบครัว ทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของครอบครัวไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดการดูแลต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หลังคลอดได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแนวทาง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติมในระยะหลังคลอด ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับ 7 Aspects of Care ช่วยให้มารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จาก PPH ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องส่งต่อ เมื่อเกินศักยภาพ

คำสำคัญ : ตกเลือดหลังคลอด, ภาวะ Hypovolemic Shock, กระบวนการพยาบาล, 7 Aspect of Care

บทนำ

ภาวะ PPH เป็น 1 ใน 5 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยคะเนว่าจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที ในเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้พบว่าร้อยละ 21.3 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะ PPH ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก ประเทศไทยอัตราส่วนการตายของมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 / 2568 เท่ากับ 19.3 / 18.1 เป็นการเสียชีวิตจากภาวะ PPH ร้อยละ 15.9 และ 7.5 ตามลำดับ[1] ข้อมูลจากงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ปีงบประมาณ 2565 - 2568 พบอัตราการเกิดภาวะ PPH ร้อยละ 4.68 (6 ราย), 1.48 (2ราย), 4.67 (5 ราย) และ 8.14 (7 ราย) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ต้องให้เลือด 2, 0, 0, 2 ราย และมีภาวะ Hypovolemic Shock 1, 0, 0, 2 รายส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ 2, 0, 2, 6 รายตามลำดับ ไม่มีมารดาเสียชีวิตจาก PPH โดยปี 2568 มารดามีภาวะPPH 7 ราย สาเหตุเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 3 ราย, รกค้าง 3 ราย และมดลูกหดรัดตัวไม่ดีร่วมกับ Tear Cervix 1 ราย เนื่องจากโรงพยาบาลปาดังเบซาร์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่เกินศักยภาพจะส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนั้นการ Early Detection และ Early Management จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้มารดาปลอดภัย เพราะการเสียเลือดเป็นเวลานานอาจนำไปสู่ภาวะ Hypovolemic Shock ซึ่งจะส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญลดลง และอาจเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหรือเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที[2] ผู้เสนอผลงานปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอดและเป็นเลขานุการคณะกรรมการพัฒนางานแม่และเด็กโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ จึงได้จัดทำเคสกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอดขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ PPH ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงของงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ให้ดียิ่งขึ้นช่วยป้องกันการเกิด PPH, ช่วยลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก PPH และลดการเสียชีวิตของมารดาจาก PPH ให้เท่ากับ 0 ตามนโยบายของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด กรณีศึกษา 2 รายที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลปาดังเบซาร์และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์โดยใช้กรอบแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิก 7 ประการของพยาบาลวิชาชีพ และการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบกรณีศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ และได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงระหว่างวันที่ 18 มกราคม 2568 ถึง 30 เมษายน 2569 การดำเนินการศึกษาใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ร่วมกับบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) เป็นแนวทางในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายเครื่องมือและแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ได้แก่ มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอดของสำนักการพยาบาล, คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐานของกรมการแพทย์, Standing Order / CPG การดูแลมารดาที่มีภาวะ PPH ของ MCH Board ระดับจังหวัด, แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะ PPH ระยะแรกของโรงพยาบาลหาดใหญ่, การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ รวมถึงการติดตามข้อมูลผลลัพธ์การรักษาภายหลังการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบเพื่อแสดงความเหมือนและความแตกต่างของการดูแลมารดาโดยใช้กระบวนการพยาบาล และบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์การดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 30 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 11 มิถุนายน 2568 เวลา 22.50 น. มาด้วย 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีการเจ็บครรภ์และมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G6P2 – 3 – 0 - 4 อายุครรภ์ 37+3 wks. By U/S EDC 29 มิถุนายน 2568 (จากผลUltrasound) ANC ที่โรงพยาบาลศูนย์ 1 ครั้ง และที่โรงพยาบาลศูนย์ 1 ครั้งไม่ครบเกณฑ์ ANC คุณภาพ ผลLab ANC1พบภาวะซีด Hct. 29%,Hb 9.5 g/dL มีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่ 1 – 3 และทารกน้ำหนักน้อยในครรภ์ที่ 4 มีประวัติใช้สารเสพติดตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบันไม่เคยรับการบำบัด แรกรับV/Sปกติ BP 128/96 mmHg, PR 80 bpm PV cervix dilate 4 cm.,ความบาง 80% , ระดับส่วนนำ-1,MI, Head engage, เด็กท่า OL , FHS 152 bpm, Interval 2 นาที, Duration 50 วินาที, ความแรง 2+,EBW 3,255 กรัม ผล CBC แรกรับHct. 40 %, Hb 127 g/dL ,MCH = 20 pg. MCV 61 ปากมดลูกเปิดหมดเวลา 23.37 น. คลอดปกติ เวลา 23.41 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,840 กรัม Apgar score 9/9/9 หลังเด็กคลอด 39 นาที รกไม่คลอดเสียเลือด 350 ซี.ซี. ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ก่อนส่งต่อ PR >100 bpm Load IV และรีบส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์หลังส่งต่อประมาณ 10 นาที รกคลอดในรถระยะที่3ของการคลอด 1 ชั่วโมง 29 นาที พามารดาหลังคลอดกลับมาที่โรงพยาบาลชุมชน ถึงโรงพยาบาลชุมชนพบมดลูกนิ่มมีเลือดออกเพิ่มขึ้น รวม Blood loss 950 ซีซี มารดามีอาการชีพจรเร็ว (PR 118 – 130 ครั้ง/นาที) ความดันโลหิตต่ำ (BP ต่ำสุด 84/51 mmHg) มดลูกนิ่ม ได้สารน้ำรวม 3,000 cc., ได้ยา Oxytocin 40U+LRS1000cc rate 120 cc/hr., Methergine IM 1 dose, Cytotec 4 tab ทางทวารหนัก, นวดคลึงมดลูก หลังรักษามดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพดีขึ้น ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ Hct 23.7% ได้รับ PRC 3 ยูนิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม Admitted 5 วันจึงจำหน่ายได้ยาฝังคุมกำเนิดก่อน D/C และประสานทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามหลังคลอดต่อแต่ Loss F/U

กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลทั่วไป หญิงไทย อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง รับไว้วันที่ 18 มกราคม 2568 เวลา 00.25 น. มาด้วย 1 ชั่วโมง 25 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G4P2-0-1-2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ by U/S ANC ที่โรงพยาบาลชุมชน 10 ครั้ง ครบตามเกณฑ์ ANC คุณภาพ ANC ครั้งแรก GA 12+5 wks. ผลlab ANCครั้งที่1 / ครั้งที่2 Hct 35 / 37 %, Hb 12–12.3 g/dL ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด G1 แท้งเองตอน GA 16 wks. ขูดมดลูก และ MVA , G2และG3 คลอดปกติ อายุครรภ์ครบกำหนด หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก last 8 ปี แข็งแรงดีทั้ง 2 คน อาการแรกรับ BT 36.7 ^{0}c,

PR 68bpm, RR 20 bpm, BP 122 / 73 mmHg. HOF ¾ มากกว่าระดับสะดือ, เด็กท่า OR, FHS 146 bpm, HE, EBW 3,565 กรัม, Interval 3 นาที, Duration 50 วินาที, Intensity 2+ PV Cervix dilate 6 cm, ความบาง 100 %, ระดับส่วนนำ 0, MI, ศีรษะเป็นส่วนนำ, Pain score 10/10 ส่งตรวจ Lab CBC, UA, BUN, Creatinine, Electrolyte ผลปกติ On EFM ผล Tracing Category I FHR baseline 130 bpm แพทย์U/S ได้น้ำหนักเด็ก 2,916 กรัมถุงน้ำแตกเองพบน้ำคร่ำมีขี้เทาปน (AF Thick Meconium Stained) เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ระหว่างเตรียมส่งต่อปากมดลูกเปิดหมด คลอดปกติ เวลา 01.49 น.ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,330 กรัม Apgar Score เวลา 1/5/10 นาที = 9/9/9 คะแนน รกคลอดปกติ ภายใน 5 นาที มีแผลฝีเย็บRt. Medio - Lateral Episiotomy หลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ เสียเลือดทั้งหมด 150 cc. มดลูกหดรัดตัวดีย้ายออกจากห้องคลอดหลังคลอด 2 ชั่วโมง มารดามีอาการเวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น มี Blood Clot ก้อนใหญ่และมีเลือดออกทางช่องคลอดเสียเลือดรวม 800 cc, BP 51/30 mmHg., PR 50 – 55 ครั้ง/นาที มดลูกนิ่ม แพทย์วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะ Hypovolemic Shock จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้รับการรักษาเร่งด่วน ได้แก่ คลึงมดลูก ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Oxytocin, Methergine และ Cytotec ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้ออกซิเจน และเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด อาการตอบสนองดี ความดันโลหิตปกติรวมเสียเลือดประมาณ 1,000 cc. Hct 29% ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ได้ PRC 2 unit นอนโรงพยาบาล 2 วัน ตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลชุมชนตามนัด ได้ยาเสริมธาตุเหล็กตามแนวทาง วางแผนครอบครัวโดยฉีดยาคุมกำเนิด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care)

7 Aspect of Care	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. Assessment	หญิงไทย อายุ 30 ปี G6P2 – 3 – 0 - 4GA 37^{+3} wks. by U/S last 9 ปี ANC 2 ครั้ง **แรกรับ** อยู่ในระยะ Active phase, 2Q negative, ไม่มีอาการขาดยา, ผล Lab CBC แรกรับ Hct = 40%, ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH ระดับปานกลาง เนื่องจากเคยคลอดมากกว่า 4 ครั้ง Drug abuse ไม่ได้บำบัด ระยะที่ 1, 2 ของการคลอดปกติ มีระยะที่3ของการคลอดล่าช้าเสียเลือด 350 ซี.ซี. ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์รกคลอดระหว่างส่งต่อระยะที่ 3 ของการคลอด 1 ชั่วโมง 39 นาที พามารดากลับโรงพยาบาลชุมชน พบมดลูกนิ่ม Total blood loss 950cc.BP 84/51 – 67 / 20 mmHg PR118 – 120 ครั้ง/นาที ดูแลเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทาง	หญิงไทยอายุ 31 ปี G4P2 – 0 – 1 - 2 GA 39 wks.by US last 8 ปี ANC ที่โรงพยาบาลชุมชน 10 ครั้ง ครบเกณฑ์ANCคุณภาพ **แรกรับ** อยู่ในระยะ Active Phase มีความเสี่ยงต่อการเกิด PPH ระดับปานกลาง เนื่องจากมีประวัติขูดมดลูก ระยะรอคลอด Partograph ปกติ ถุงน้ำแตกเอง AF thick Meconium Stained เตรียมส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ แต่ส่งต่อไม่ทันเนื่องจากปากมดลูกเปิดเร็ว คลอดปกติที่โรงพยาบาลชุมชน ระยะที่ 1, 2 และ 3 ของการคลอดปกติ รวมระยะเวลาของการคลอดทั้งหมด 2 ชม. 54 นาที Blood loss 150 cc.2 ชั่วโมงหลังคลอดมารดามีอาการเวียนศีรษะ ตาลาย ใจสั่น BP 51 / 30 - 56 / 32 mmHg ,.PR 50 – 55 ครั้ง/นาที Total Blood loss1000cc.ดูแลเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทาง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) (ต่อ)

7 Aspect of Care	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1. รับมารดาเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด 2. ประเมินสภาพแรกรับ/ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลระยะคลอด 3.ประเมินความเสี่ยงแรกรับและประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น 4. รายงานแพทย์ทราบ 5. ให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติ 6. ปฏิบัติตาม CPG PPH 7. บันทึกข้อมูล	1. รับมารดาเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด 2. ประเมินสภาพแรกรับ/ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลระยะคลอด 3. ประเมินความเสี่ยงแรกรับและประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น 4. รายงานแพทย์ทราบ 5. ให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติ 6. ปฏิบัติตาม CPG PPH 7. บันทึกข้อมูล
1. Assessment : สิ่งที่เหมือนกันคือทั้ง 2 รายได้รับการประเมินสภาพและได้รับการประเมินซ้ำตามแนวทางเป็นระยะในทุกระยะของการคลอดช่วยให้ทราบความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับอาการของผู้คลอดที่เปลี่ยนไปสิ่งที่ต่างกัน คือ รายที่ 1 ต้องประเมินอาการขาดยาเพิ่มเติมเนื่องจากมารดามีประวัติใช้สารเสพติด การ Assessment ที่ถูกต้อง ครอบคลุม จึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลมารดาที่มีภาวะ PPH เพราะจะช่วยให้การวินิจฉัย/การรักษาพยาบาลภาวะ PPH และ Hypovolemic Shock ทำได้ถูกต้อง รวดเร็ว ช่วยให้มารดาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
2. Symptom Distress Management	**อาการสำคัญ** : 1 ชั่วโมงก่อนมา เจ็บครรภ์และมีมูกเลือด Pain score 10 คะแนน, 2Q negative ระยะที่ 3 ของการคลอดล่าช้าหลังรกคลอดมดลูกนิ่มตกเลือดหลังคลอด	**อาการสำคัญ** : 1 ชั่วโมง 25 นาที ก่อนมา เจ็บครรภ์ Pain Score 10 คะแนน, 2Q 2Q negative หลังคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกนิ่ม ตกเลือดหลังคลอด
	1. การประเมินความปวด (Pain Score) 2. แบบประเมินความเครียด (2Q) รวมถึงการประเมินภาวะเครียดของครอบครัว 3. แนวทางการลดปวดในระยะคลอด 4. ให้ญาติเฝ้าคลอดและมีส่วนร่วมในการช่วยลดปวดและรับรู้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต 5. แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. การประเมินความปวด (Pain score) 2. แบบประเมินความเครียด (2Q) รวมถึงการประเมินภาวะเครียดของครอบครัว 3. แนวทางการลดปวดในระยะคลอด 4. ให้ญาติเฝ้าคลอดและให้ข้อมูลเป็นระยะมีส่วนร่วมในการช่วยลดปวดและรับรู้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต 5. แนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) (ต่อ)

2. Symptom Distress Management : สิ่งที่เหมือนกัน คือ ทั้ง2รายได้รับการดูแลเพื่อลดปวดและดูแลเมื่อเกิดภาวะ PPH with Hypovolemic Shock ตามแนวทาง ถึงแม้ Pain Score ไม่ลดแต่สามารถเผชิญกับความปวดได้เหมาะสม หลังคลอดได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทางไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มเติมแต่มีภาวะซีดต้องให้เลือดทั้ง 2 รายการที่พยาบาลดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด มีความรู้และทักษะในการประเมินอาการผิดปกติได้รวดเร็ว ช่วยเหลือตามแนวทางอย่างทันท่วงที สื่อสารข้อมูลที่สำคัญกับผู้คลอดและญาติเป็นระยะ ช่วยให้มารดาและญาติเข้าใจในภาวะวิกฤตและให้ความร่วมมือในการดูแลจนมารดาปลอดภัย		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
3. Provision for Patient Safety	1. รายงานแพทย์ทราบรับไว้ในโรงพยาบาล 2. ส่ง Lab ANC ครั้งที่ 2 และCBC 3. ใช้ Partograph 4. เตรียมความพร้อมในการดูแล PPH 5. เตรียมยา และสารน้ำให้พร้อมใช้	1. รายงานแพทย์ทราบรับไว้ในโรงพยาบาล 2. แพทย์ U/S เนื่องจากหน้าท้องใหญ่ 3. ใช้ Partograph 4. เตรียมส่งต่อเนื่องจาก SMR AF Thick Meconium Stained ส่งต่อไม่ทัน 5. เตรียมความพร้อมในการดูแล Birth Asphyxia 6. เตรียมยา และสารน้ำให้พร้อมใช้
	1. มาตรฐานการคลอดคุณภาพทั้งด้านสถานที่, บุคลากร, เครื่องมือ 2. มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด 3. CPG/Standing order การดูแล PPH 4. แนวปฏิบัติการส่งต่อ	1. มาตรฐานการคลอดคุณภาพทั้งด้านสถานที่, บุคลากร, เครื่องมือ 2. มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด 3. CPG/Standing order การดูแล PPH 4. แนวปฏิบัติการส่งต่อ
3. Provision for Patient Safety มารดาทั้ง 2 ราย มีภาวะ PPH & Hypovolemic Shock ได้รับการดูแลความปลอดภัยตามมาตรฐานการพยาบาลระยะคลอด, มาตรฐานการคลอดคุณภาพ, CPG/Standing Order การดูแล PPH, และส่งต่อได้ทันตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะ PPH ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำให้มารดาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มเติมไม่ต้องตัดมดลูก ไม่ช็อคซ้ำ		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
4. Prevention of Complication	1. เสี่ยงต่อการเกิด PPH ปานกลาง ไม่เข้าเกณฑ์การส่งต่อตั้งแต่แรกรับ 2. แรกรับอยู่ในระยะ Active Phase 3. มีประวัติใช้สารเสพติด 4. มีระยะที่3ของการคลอดยาวนาน	1. เสี่ยงต่อการเกิด PPH ปานกลาง ไม่เข้าเกณฑ์การส่งต่อตั้งแต่แรกรับ 2. แรกรับอยู่ในระยะ Active Phase 3. SMR AF Thick Meconium Stain ทารกเสี่ยงสำลักน้ำคร่ำและ Birth Asphyxia 4. มีภาวะ Precipitate Labor

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) (ต่อ)

7 Aspect of Care	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1. ใช้ Partograph 2. มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด 3. Active Management of the Third Stage of Labor : AMTSL 4. Early Warning Signs 5. CPG/Standing Order การดูแล PPH 6. แนวปฏิบัติการส่งต่อ	1. ใช้ Partograph 2. มาตรฐานการพยาบาลในระยะคลอด 3. Active Management of the Third Stage of Labor 4. Early Warning Signs 5. CPG/Standing Order การดูแล PPH 6. แนวปฏิบัติการส่งต่อ
4. Prevention of Complication : มารดาทั้ง 2 รายได้รับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาตรฐานการคลอดคุณภาพ, CPG/Standing Order การดูแล PPH ของ MCH Board จังหวัด และส่งต่อตามแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะ PPH ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ทำให้มารดาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มเติมไม่ต้องตัดมดลูกไม่ช็อคซ้ำแต่มีภาวะซีดต้องให้เลือดทั้ง 2 ราย		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
5. Continuing of Care	1. รายงานแพทย์ 2. ดูแลตาม CPG /Standing Order PPH 3. แนวทางการส่งต่อ 4. ติดตามเยี่ยมหลังคลอด	1. รายงานแพทย์ 2. ดูแลตามCPG PPH/Standing Order PPH 3. แนวทางการส่งต่อ 4.ติดตามเยี่ยมหลังคลอด
	1. มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 2. CPG /Standing Order PPH ของ MCH Board จังหวัด 3. แนวทางการดูแลภาวะรกค้าง 4. แนวทางการส่งต่อ 5. แนวทางการติดตามเยี่ยมหลังคลอด	1. มาตรฐานการคลอดคุณภาพ 2. CPG /Standing Order PPH ของMCH Board จังหวัด 3. แนวทางการส่งต่อ 4. แนวทางการติดตามเยี่ยมหลังคลอด
5. Continuing of Care มารดาทั้ง 2 ราย ได้รับการประสานส่งต่อตามแนวทางตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอด และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติเรื่องอาการและแนวทางการดูแล เคสที่ 1 มีการประสานทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดเพิ่มเติมเพื่อติดตามการใช้สารเสพติดและการดูแลบุตรส่วน เคสที่ 2 มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและฉีด DMPA ทุก 3 เดือนตามนัด		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
6. Facilitation of Patient & Family Self Care	1. G6P2 – 3 – 0 - 4 GA 37^{+3} wks. มีประวัติคลอดก่อนกำหนด, Drug Abuse ไม่เคยบำบัดครอบครัวไม่ทราบ 2. PPH with Hypovolemic Shock ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ได้ PRC 3 Unit	1. G4P2 – 0 – 1 - 2 GA 39 wks. มีความเสี่ยงต่อการเกิด PPH ระดับปานกลาง เนื่องจากมีประวัติแท้งและขูดมดลูก 2. PPH with Hypovolemic Shock ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ได้ PRC 2 Unit

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) (ต่อ)

7 Aspect of Care	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1. ให้คำแนะนำรายบุคคล 2. แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ PPH 3. ประสานการส่งต่อกับพื้นที่ตามแนวทางของ MCH Board อำเภอ 4. ประสานทีมสุขภาพจิตและยาเสพติด	1. ให้คำแนะนำรายบุคคล 2. แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ PPH 3. ประสานการส่งต่อกับพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมหลังคลอดผ่านไลน์กลุ่ม MCH board อำเภอ
6. Facilitation of Patient & Family Self Care : เคสกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและติดตามภาวะแทรกซ้อนจาก PPH ตามแนวทางแต่ต่างกันที่เคสที่ 1 ได้ฝังยาคุมกำเนิด ทีมสุขภาพจิตลงติดตามเรื่องการใช้สารเสพติดในมารดาหลังคลอดแต่ Loss F/U เคสที่ 2 ได้ฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน 2Q, 9Q negative		
7 Aspect of Care	**กรณีศึกษารายที่ 1**	**กรณีศึกษารายที่ 2**
7. Enhancement of Patient Satisfaction	G6P2 – 3 – 0 - 4 GA 37^{+3} wks. มีประวัติคลอดที่รพ.ปาดังเบซาร์ 4 ครั้ง	G4P2 – 0 – 1 - 2 GA 39 สัปดาห์ by U/S มีประวัติคลอดที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ทั้ง 3 ครั้ง
	1. พฤติกรรมบริการที่ดี 2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน 3. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด และปลอดภัย	1. พฤติกรรมบริการที่ดี 2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน 3. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด และปลอดภัย
7. Enhancement of Patient Satisfaction : จากการสอบถามเคสกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาดี ไม่มีข้อร้องเรียน และมั่นใจว่าจะกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์อีก		

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย โดยใช้บทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการพบว่า **1. Assessment** : สิ่งที่เหมือนกันคือทั้ง 2 รายได้รับการประเมินสภาพและได้รับการประเมินซ้ำตามแนวทางช่วยให้วินิจฉัย/รักษาพยาบาล/ส่งต่อ มารดาที่มีภาวะ PPH และ Hypovolemic Shock ได้ทันส่งผลให้มารดาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม สิ่งที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้สารเสพติดจึงต้องมีการประเมินอาการขาดยา หรืออาการถอนพิษยาเพิ่มเติม และเฝ้าระวังภาวะรกค้างซึ่ง พบว่าเคสที่ 1 มีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ รกคลอดระหว่างทางหลังคลอดมดลูกนิ่มเกิด PPH จากรกค้างและมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ส่วนเคสที่ 2 ระยะที่ 1, 2, 3 ของการคลอดปกติมีภาวะ Precipitate Labor 2 ชั่วโมงหลังคลอด มารดามีอาการเวียนศีรษะ BP drop ประเมินซ้ำพบมี Blood Clot ขนาดใหญ่ในโพรงมดลูกหลังคลึงมดลูกไล่ Blood Clot พบมดลูกนิ่ม **2. Symptom Distress Management :** สิ่งที่เหมือนกัน คือทั้ง 2 รายได้รับการดูแลเพื่อลดปวดและดูแลเมื่อเกิดภาวะ PPH with Hypovolemic Shock ตามแนวทางโดยระยะที่ 1, 2 ของการคลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้เหมาะสม ระยะที่ 4 ของการคลอดเมื่อเกิด

PPH & Hypovolemic Shock ได้รับการดูแลตามหลัก ABCDE Approach และส่งต่อโรงพยาบาลหาดใหญ่ตามแนวทาง ระหว่างส่งต่อและหลังส่งต่อไม่มีภาวะ Shock ซ้ำ มีภาวะซีด ให้ PRC ทั้ง 2 ราย สิ่งที่ต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 การจัดการอาการมุ่งเน้นการแก้ไขภาวะตกเลือดจาก รกค้างร่วมกับมดลูกหดรัดตัวไม่ดี กรณีศึกษารายที่ 2 การจัดการอาการมุ่งเน้นการแก้ไข ภาวะช็อกเฉียบพลันจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ที่เกิดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง **3. Provision for Patient Safety** : สิ่งที่เหมือนกัน คือ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่แรกรับ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รักษาภาวะ PPH ตามแนวทางเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงดูแลความปลอดภัยระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ จนมารดาหลังคลอดปลอดภัยทั้ง 2 ราย สิ่งที่ต่างกันกรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงเรื่องการใช้สารเสพติดที่มีผลให้เกิดรกค้าง จึงเน้นการป้องกันการตกเลือดโดยรีบรายงานแพทย์หลังรกไม่คลอดภายใน 15 นาทีเพื่อ Early Treatment รวมทั้งเฝ้าระวังการเสียเลือดต่อเนื่องระหว่างการทำคลอดรกและการส่งต่อ และต้องประสานงานหลายขั้นตอน เนื่องจากมีการส่งต่อและรับกลับมารักษาก่อนส่งต่ออีกครั้ง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนตั้งแต่ระยะก่อนคลอด แต่มีภาวะ Precipitate Labor ทำให้มดลูกล้าและหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอดเกิดภาวะ PPH เฉียบพลันในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด จึงเน้นการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังในระยะหลังคลอด เพื่อช่วยให้ Early Detection และ Early Management เพื่อช่วยให้แก้ไขภาวะช็อกได้รวดเร็ว **4. Prevention of complication** : สิ่งที่เหมือนกันคือทั้งสองรายได้รับการเฝ้าระวังการเกิด PPH ตั้งแต่ระยะแรกรับ ได้รับการทำ Active Management Of the Third Stage of Labor โดยเคสที่ 1 ได้รีบให้การดูแลเบื้องต้นและรีบรายงานแพทย์ทันทีที่รกไม่คลอดภายใน 15 นาทีหลังเด็กคลอด และเมื่อมีภาวะ PPH ได้รับการดูแลตาม CPG /Standing Order PPH และส่งต่อตามแนวทางการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะ PPH ระยะแรกของโรงพยาบาลหาดใหญ่ทันที ทำให้ทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ไม่ต้องตัดมดลูก ไม่มีภาวะ DIC หรือไตวาย และไม่เสียชีวิต สิ่งที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อภาวะ PPH สูงกว่าเนื่องจากมีรกค้างร่วมกับการเสียเลือดต่อเนื่องเป็นเวลานานจากการต้องใช้เวลา Refer ไป กลับ 2 ครั้ง ทำให้เกิดภาวะช็อก และภาวะซีดรุนแรงมากกว่าได้รับเลือด 3 ยูนิต กรณีศึกษารายที่ 2 เกิด Hypovolemic Shock อย่างเฉียบพลันในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีปัจจัยเสี่ยงเรื่อง Precipitate Labor ทำให้มดลูกล้าและหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด ประกอบกับลักษณะการเสียเลือดเป็น Blood Clot ขนาดใหญ่ในโพรงมดลูกซึ่งจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก และประเมินการเสียเลือดทางช่องคลอดได้ยากจนเสียเลือด ≥ 15% จึงเริ่มมีอาการเวียนศีรษะ ตาลาย ใจสั่น จึงพบภาวะ PPH & Hypovolemic Shock จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้ให้การดูแลตามหลัก ABCDE Approach และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทางได้รับเลือด 2 ยูนิตและฟื้นตัวได้เร็วกว่า **5. Continuing of Care** : สิ่งที่เหมือนกัน มารดาทั้ง 2 ราย ได้รับการประสานส่งต่อตามแนวทางตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดและมีการให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติเรื่องอาการและแนวทางการดูแล สิ่งที่ต่างกัน : เคสที่ 1 มีการประสานทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดเพิ่มเติมเพื่อติดตามการใช้สารเสพติดและการดูแลบุตร แต่ Loss F/U เคสที่2 มาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและฉีด DMPA ทุก 3 เดือนตามนัด **6. Facilitation of Patient & Family Self Care** : สิ่งที่เหมือนกัน เคสกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดและติดตามภาวะแทรกซ้อนจาก PPH ตามแนวทางสิ่งที่ต่างกันที่เคสที่ 1 ได้ฝังยาคุมกำเนิด ทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดลงติดตามเรื่องการใช้สารเสพติดในมารดาหลังคลอดแต่ Loss F/U เคสที่ 2 มา F/U ตามนัดได้ฉีดยาคุมกำเนิดทุก 3 เดือน 2Q,9Q negative **7. Enhancement of Patient Satisfaction** : ทั้งสองราย

ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามมาตรฐานเมื่อเกิดภาวะ Hypovolemic Shock พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการรักษาและการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาดี ไม่มีข้อร้องเรียน และมั่นใจว่าจะกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์อีก สิ่งที่ต่างกัน : กรณีศึกษารายที่ 1 ต้องให้การสื่อสารและการประสานงานกับผู้ป่วยและญาติมากกว่า เนื่องจากมีการส่งต่อหลายช่วง มีภาวะรกค้าง และการรักษาซับซ้อน กรณีศึกษารายที่ 2 การรักษามีความต่อเนื่อง มาตรวจหลังคลอดตามนัด รับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่งผลให้การฟื้นตัวและความต่อเนื่องของการดูแลเป็นไปตามแนวทาง

เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอดพบว่า **1. การประเมิน (Assessment)** : สิ่งที่เหมือนกันคือกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยง และประเมินซ้ำในทุกระยะของการคลอดตามแนวทาง มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางระยะที่ 1, 2 ของการคลอดปกติ : สิ่งที่ต่างกัน กรณีศึกษารายที่ 1 มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ PPH มากกว่ามีการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นปัจจัยร่วมให้เกิดระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน มีการเสียเลือดแบบช้า ๆ แต่ใช้เวลานาน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด PPH น้อยกว่าแต่มีภาวะ Precipitate Labor ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด เป็นสาเหตุให้เกิด PPH ประกอบกับลักษณะการเสียเลือดเป็น Blood Clot ขนาดใหญ่อยู่ในโพรงมดลูกทำให้ประเมินการเสียเลือดในระยะหลังคลอดทำได้ยาก จึงเกิด PPH & Hypovolemic Shock ในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด **2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)** : สิ่งที่เหมือนกัน คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแบบเฝ้าระวังการเกิด PPH เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลาง และส่งเสริมให้ระยะที่ 1, 2, 3 ของการคลอดปกติ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นมีภาวะ PPH เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และปริมาตรเลือดในร่างกายลดลงเนื่องจากมีการสูญเสียเลือดจำนวนมากจากการตกเลือดหลังคลอดและมีโอกาสเกิด Hypovolemic Shock ซ้ำในระหว่างส่งต่อเนื่องจากเสียเลือดมากหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เพื่อให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยในระยะวิกฤตช่วยให้กำหนดแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา สิ่งที่ต่างกัน คือ กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลปรับจากมีโอกาสเกิด PPH เป็นเฝ้าระวังการเกิด PPH เมื่อมีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีปัจจัยเสี่ยงก่อนคลอดที่ชัดเจน จึงใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระดับเฝ้าระวังการเกิด PPH ตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดแต่เนื่องจากมารดามีภาวะ Precipitate Labor ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้มดลูกล้าและหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอดร่วมกับมี Blood Clot ขนาดใหญ่ในโพรงมดลูกซึ่งประมินการเสียเลือดทางช่องคลอดยาก ทำให้พบมารดามีภาวะ PPH จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะ2 ชั่วโมงหลังคลอด จึงปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงเป็นดูแลภาวะ PPH & Hypovolemic Shock และเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ซ้ำในระหว่างส่งต่อ ซึ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตามข้อมูลการประเมินและการตอบสนองของผู้ป่วย **3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) :** สิ่งที่เหมือนกัน คือมุ่งรักษาชีวิต ลดการเสียเลือด และส่งต่ออย่างปลอดภัย สิ่งที่ต่างกันคือรายที่ 1 เน้นเตรียมรับมือภาวะแทรกซ้อนจากรกค้าง ส่วนรายที่ 2 เน้นแก้ไขภาวะช็อกเฉียบพลันที่เกิดในระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง **4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) :** สิ่งที่เหมือนกัน คือให้การดูแลตาม CPG / Standing Order PPH หลัก ABCDE Approach

เมื่อเกิดภาวะ Hypovolemic Shock แนวทางการส่งต่อมารดาที่มีภาวะ PPH ระยะแรก โรงพยาบาลหาดใหญ่ สิ่งที่ต่างกันคือ : กรณีศึกษารายที่ 1 เน้นการแก้ไขภาวะรกค้าง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เน้นการแก้ไขภาวะ Uterine Atony **5. การประเมินผล** (Evaluation) : สิ่งที่เหมือนกันทั้ง 2 รายตอบสนองต่อการรักษา มดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกน้อยลง สัญญาณชีพกลับสู่ภาวะปกติ แต่มีภาวะซีดไม่มีภาวะช็อคซ้ำและสามารถจำหน่ายได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง สิ่งที่ต่างกัน : กรณีศึกษารายที่ 1 มีการเสียเลือดจากรกค้างร่วมกับมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้รับ PRC 3 ยูนิต นอนโรงพยาบาล 5 วันได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนจำหน่าย หลังคลอด Loss Follow - Up กรณีศึกษารายที่ 2 เสียเลือดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้รับ PRC 2 ยูนิต นอนโรงพยาบาล 2 วัน มาตรวจหลังคลอดตามนัด ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และฉีดยาคุมกำเนิด ทั้งสองกรณีบรรลุเป้าหมายของการพยาบาล คือ สามารถควบคุมการตกเลือด แก้ไขภาวะ Hypovolemic Shock ฟื้นฟูระบบไหลเวียนโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยปลอดภัย

อภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอด 2 ราย โดยใช้กรอบแนวคิดหน้าที่หลักทางคลินิก 7 ประการของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิด Early PPH จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine Atony) ซึ่งเป็น 1 ใน 4 สาเหตุหลักของการเกิด PPH โดยรายที่ 1 มีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานร่วมด้วย คือ รกไม่คลอดภายใน 30 นาทีหลังเด็กคลอด[3] ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน คือ มารดาใช้สารเสพติด (ยาบ้า, ยาไอซ์) เนื่องจากสารแอมเฟตามีนจะทำให้หลอดเลือดหดตัวเลือดไปเลี้ยงรกผิดปกติเกิดรกเสื่อม หรือรกฝังตัวลึกผิดปกติทำให้รกแยกตัวยากเกิด Retained Placenta หรือระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานได้[4] การจัดการระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง[3] ส่วนรายที่ 2 มีภาวะ Precipitate Labor ร่วมกับมี Blood Clot ขนาดใหญ่ในโพรงมดลูกเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เนื่องจากหลังรกคลอดผนังมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัวซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมากจะถูกบีบรัดตัวโดยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกจะประสานล้อมรอบหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดไหล นอกจากนี้ หลังการลอกตัวของรกระดับของฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone จะลดลงระดับฮอร์โมน Oxytocin เพิ่มสูงขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวหลอดเลือดที่ฉีกขาดตรงตำแหน่งที่รกเกาะจะถูกบีบทำให้การไหลของเลือดลดลงร่วมกับกระบวนการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดหยุดไหล ดังนั้น หากกล้ามเนื้อมดลูกมีความผิดปกติหรือมีสิ่งขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี[5] เป็นสาเหตุทำให้เกิด PPH ได้ โดยทั้ง 2 รายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด PPH ระดับปานกลางตั้งแต่แรกรับ[6] แต่ยังไม่เข้าเกณฑ์ต้องส่งต่อทันทีโดยรายที่ 1 เปลี่ยนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงทันทีที่มีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนานมีการเสียเลือดช้า ๆ แต่ใช้เวลานาน เนื่องจากมีการส่งต่อและรับกลับมารักษาก่อนส่งต่ออีกครั้งส่วนรายที่ 2 เปลี่ยนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเมื่อมีภาวะ Precipitate Labor ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกล้าและหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอดร่วมกับมี Blood Clot ขนาดใหญ่ในโพรงมดลูก ซึ่งจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ดังนั้น การ Assessment และ Re – Assessment อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญมากทั้งใน 7 Aspect of Care และ Nursing Process เพราะการได้ข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ ครบถ้วน ต่อเนื่องจะนำไปสู่การวินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลเพื่อแก้ปัญหา/ป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดได้ถูกต้องรวดเร็วด้าน Symptom Distress Management พยาบาลได้

ใช้ Early Warning Signs ได้แก่ ชีพจรเร็ว มดลูกนิ่ม และเลือดออกผิดปกติ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock พร้อมให้การดูแลตามหลัก ABCDE Approach และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทางซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ World Health Organization ที่เน้นการวินิจฉัยและรักษา PPH อย่างรวดเร็วเพื่อลดการเสียชีวิตของมารดา[7] ด้าน Provision for Patient Safety และ Prevention of Complications พยาบาลได้ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH ตามแนวทาง, รายงานแพทย์ทราบทันทีตั้งแต่แรกรับ และรายงานแพทย์ซ้ำเมื่อปากมดลูกเปิดหมดเพื่อเตรียมพร้อมรับภาวะ PPH, รายที่ 1 ส่ง CBC เพื่อประเมินภาวะซีดเพิ่มเติมเนื่องจากมารดาฝากครรภ์แค่ 2 ครั้ง, ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลในระยะรอคลอด และระยะคลอด เพื่อป้องกันระยะที่ 1, 2, 3 ของการคลอดยาวนาน, ทำ Active Management of the Third Stage of Labor รายที่ 1 หลังเด็กคลอด 15 นาที รกไม่คลอดพยาบาลจึงรายงานให้แพทย์ทราบทันทีเพื่อให้แพทย์ Management ได้เร็วขึ้น ป้องกันระยะที่3ของการคลอดยานาน ระหว่างรอรกคลอดติดตาม Monitor HR,BP ทุก 5 - 15 นาที, ใช้ถุงตวงเลือด, สวนปัสสาวะ Record I/O, เปิดเส้นเลือดเพิ่มติดตาม Early Warning Signs การเกิด Hypovolemic Shock เนื่องจากตามหลักการประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด ถ้า HR >100 bpm แสดงถึงการเสียเลือด >15%[8] ดังนั้น เมื่อพยาบาลพบ HR > 100 bpm จึงรีบรายงานแพทย์และ Load IV 1000 cc. ตามแผนการรักษาโดยให้สารน้ำทดแทนตามหลัก 3 : 1 และรีบเตรียมพร้อมสำหรับการส่งต่อตั้งแต่เสียเลือด 350 cc. โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ER, LR เป็นพยาบาล Refer รกคลอดในรถระหว่างส่งต่อหลังรกคลอดคลึงมดลูกและให้ยา Oxytocin 20 unitใน LRS 1000cc. rate 150cc/hr. พามารดากลับโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาเดินทางประมาณ 10 นาที ถึงโรงพยาบาลชุมชนพบ BP Drop ให้การพยาบาลตามหลัก ABCDE Approach เมื่อมารดาอาการดีขึ้นส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ครั้งที่ 2 ถึงโรงพยาบาลศูนย์ด้วยความปลอดภัย ไม่มีภาวะ Shock ซ้ำ ส่วนเคสที่ 2 ระยะที่ 1, 2, 3 ของการคลอดปกติ แต่มีภาวะ PPH จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะที่ 4 ของการคลอดโดยมีความเสี่ยงระดับปานกลางตั้งแต่แรกรับ ระยะคลอดมีภาวะ Precipitate Labor หลังคลอดมดลูกล้าร่วมกับมี Blood Clot ขนาดใหญ่ อยู่ภายในโพรงมดลูกทำให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก จึงเกิด PPH & Hypovolemic Shock จาก Uterine Atony ซึ่งเคสที่ 2 การประเมินการเสียเลือดในระยะที่ 4 ของการคลอดอาจประเมินได้ไม่ละเอียดเนื่องจากไม่ได้ใช้ถุงตวงเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบกับไม่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอดจนมารดามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย ใจสั่น ซึ่งแสดงว่ามีการเสียเลือด 15 - 25% หรือประมาณ 1,000 – 1,500 cc.[8] จึงทราบความผิดปกติ ดังนั้น การประเมินซ้ำในระยะที่ 4 ของการคลอด จึงมีความสำคัญในการช่วย Early Detection ภาวะ PPH ได้ โดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้มีการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกโดยคลำผ่านทางหน้าท้องในระยะหลังคลอดเพื่อวินิจฉัยภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวได้โดยเร็ว และแนวทางการประเมินในระยะหลังคลอดตามหลัก B - BUBBLE[9] แนะนำให้วัดระดับยอดมดลูกในระยะหลังคลอด ถ้าระดับยอดมดลูกสูงกว่าปกติ ให้นึกถึงการมี Bladder Full หรือมี Blood Clot ในโพรงมดลูก ซึ่งจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูกเป็นสาเหตุให้เกิด PPH จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ได้ด้าน Health Education, Counseling และ Enhancement of Patient Satisfaction พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อาการ แนวทางการรักษาพยาบาล และการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ให้แก่ผู้คลอดและญาติทราบเป็นระยะ ให้ญาติได้อยู่ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้คลอดและญาติมีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี มีความพึงพอใจและไม่มีข้อร้องเรียนเรื่องการดูแลผู้ป่วย หลังคลอดมีความไว้วางใจกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ โดยรายที่ 2 มาตรวจติดตามหลังคลอดตามนัดและดูแลตนเองได้ดี

แต่รายที่ 1 ยังขาดการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากมีการใช้สารเสพติดทำให้มีปัญหาซับซ้อนมากกว่า ซึ่งจำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายในชุมชน ใช้วิธีการที่หลากหลายขึ้นเพื่อให้มารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามถึงแม้มีการใช้กระบวนการพยาบาลและปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspects of Care) แล้วแต่ยังเกิดภาวะ Hypovolemic Shock จากการตกเลือดหลังคลอดซึ่งตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 กระบวนการดูแลผู้ป่วยมี 6 กระบวนการ คือ 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ 2. การประเมินผู้ป่วย 3. การวางแผน 4. การดูแลผู้ป่วย 5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว 6. การดูแลต่อเนื่อง[10] พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพัฒนา คือ การประเมิน และการประเมินซ้ำในมารดาที่รกค้างและ Precipitate Labor, การดูแลระหว่างส่งต่อมารดาที่รกค้าง นอกจากนี้เนื่องจากอัตรากำลังพยาบาลไม่พอทำให้มีการใช้อัตรากำลังพยาบาลร่วมกันระหว่างแผนก ER, LR, OPD ซึ่งสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเป็น 1 ใน 9 องค์ประกอบหลักในการป้องกันการตายของมารดาในเขตบริการสุขภาพที่ 12[11] นอกจากนี้สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดไว้ 10 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพแรกรับ 2) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ระยะรอคลอด 3) การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ระยะรอคลอด 4) การทำคลอดปกติ 5) การเฝ้าระวัง ติดตามภาวะฉุกเฉิน วิกฤต อาการเปลี่ยนแปลง และการช่วยเหลือ แก้ไข ได้รวดเร็วทันเวลา 6) การตัดฝีเย็บและการซ่อมแซมฝีเย็บ 7) การดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด 8) การทำคลอดท่าก้นและคลอดติดไหล่กรณีฉุกเฉิน 9) การช่วยแพทย์ทำสูติศาสตร์หัตการ (การเจาะถุงน้ำ ล้วงรก ขูดมดลูก) และ 10) การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด[12] ซึ่งการพยาบาลมารดาที่มีภาวะ PPH เป็น 1 ในสมรรถนะที่สำคัญของสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดข้อที่ 5 ซึ่งจะต้องได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้จากการศึกษา พบว่า

1.1 บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพประการที่ 1, 2, 3, 4 (Assessment, Symptom Distress Management, Provision for Patient Safety, Prevention of Complication ควรมีการพัฒนาในประเด็น

1.1.1 การวินิจฉัยภาวะ PPH ในเคสที่รกค้างและมีเลือดไหลริน ๆ อยู่เป็นเวลานานตามคำนิยามเดิมยังล่าช้าจึงควรที่จะปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ PPH ตามแนวทางของ WHO, FIGO, ICM Guideline 2025 และ RTCOG 2025 เพื่อให้การดูแลตามแนวทางการดูแล PPH ได้เร็วขึ้น

1.1.2 การใช้ PR > 100 ครั้ง/นาที เป็น Early Warning Signs ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock อาจยังไม่เร็วพอจึงควรนำ Shock Index (HR/SBP) มาเป็น Early Warning Signs ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Hypovolemic Shock ร่วมด้วยเพื่อช่วยให้เฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic Shock ได้เร็วขึ้น

1.1.3 แนวทางการดูแลมารดาที่รกค้างยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อคลอดรกระหว่างส่งต่อทำให้ต้องเสียเวลาในการส่งต่อ 2 ครั้งผู้คลอดต้องเสียเลือดนานขึ้น จึงควรปรับปรุงแนวทางการดูแลให้ครอบคลุมการดูแลเมื่อมีการคลอดรกระหว่างส่งต่อทั้งด้านบุคลากร (จำนวนและสมรรถนะ), การดูแลหลังรกคลอด (การประเมิน Blood Loss, การหดรัดตัวของมดลูก, การให้ยาและสารน้ำ), การทำหัตถการเพื่อหยุดเลือดระหว่างส่งต่อ (เช่น การคลึงมดลูก, การทำ Bimanual Uterine Compression, การทำ Aortic Compression), การขอคำปรึกษาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างส่งต่อ เพื่อให้ส่งต่อมารดาไปโรงพยาบาลศูนย์ด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย

1.2 บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพประการที่ 5 การดูแลต่อเนื่องในมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดมีแนวทางการประสานส่งต่อเคสเสี่ยงสูงของทีมแม่และเด็กตั้งแต่ระดับจังหวัดถึงพื้นที่ผ่านไลน์กลุ่มแม่และเด็กระดับจังหวัด และอำเภอ เพื่อการติดตามครรภ์เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานส่งต่อของทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่ แต่การเข้าถึงผู้ป่วยยังทำได้ยาก จึงควรพัฒนาระบบ Case Management สำหรับมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด โดยบูรณาการการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อข้อมูล การเยี่ยมบ้าน การติดตามการบำบัดสารเสพติด การประเมินสุขภาพจิต การส่งเสริมบทบาทของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชน ซึ่งจะช่วยลดการ Loss Follow - Up ลดการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว ตามหลักการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนในระดับอำเภอเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างยั่งยืน

1.3 บทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลวิชาชีพประการที่ 6 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดา ทารก ในรายที่ 1 ยังทำได้ไม่ดีเนื่องจากผู้คลอดยังไม่เปิดเผยข้อมูลการใช้สารเสพติดกับครอบครัวและมีภาวะ PPH & Hypovolemic Shock ต้องส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ แนวทางพัฒนาโดยใช้แนวคิด Family - Centered Care และ Continuity of Care โดยมองครอบครัวเป็น "หุ้นส่วนในการดูแล (Partnership in Care)" ไม่ใช่เพียงผู้รับข้อมูล ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการไม่ตีตราผู้ป่วย และการสร้างแรงสนับสนุนที่เหมาะสม ซึ่งในระยะหลังคลอดต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อประเมินศักยภาพและความพร้อมของครอบครัว ให้ความรู้แก่ครอบครัวสร้างบทบาทให้ครอบครัวมีส่วนร่วมโดยมอบหมายหน้าที่ที่ชัดเจนให้คำปรึกษาและสร้างแรงจูงใจเชื่อมโยงครอบครัวกับเครือข่ายในชุมชน โดยประสานคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเยี่ยมบ้าน ประสาน นักสังคมสงเคราะห์เมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือสังคม ประสานผู้นำชุมชนใช้ภาคีเครือข่ายช่วยให้เข้าสู่ระบบบำบัดสารเสพติดตามความสมัครใจจัดทำแผนดูแลร่วมกับครอบครัว (Family Care Plan) โดยกำหนดข้อตกลงร่วมกัน เช่น วันนัดตรวจหลังคลอด ผู้รับผิดชอบพามาพบแพทย์ การติดตามการใช้ยา การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ช่องทางติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เป็นต้น

1.4 ควรมีการคัดกรองเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์โดยควรมี Case Manager ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดอย่างใกล้ชิด

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับบทบาทหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ 7 ประการช่วยให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แต่ยังพบประเด็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่

1. การพัฒนารูปแบบการประเมินและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องคลอดในการดูแลมารดาที่มีภาวะ PPH

2. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของมารดาที่ใช้สารเสพติดผ่านการบูรณาการความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อลดการขาดการรักษาต่อเนื่อง และส่งเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารกในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. RTCOG Clinical Practice Guideline [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2568 [สืบค้นเมื่อ30 เม.ย. 2569]. เอกสารหมายเลข OB 68 - 041. เข้าถึงได้จาก : https://www.rtcog.or.th/files/1764227092_14346234d0645f92ad8f.pdf
2. รานีย์ ยุมิง, นิยา สือนิ, รอมือล๊ะ เจ๊ะแว, นลินา วารี. ผลของการพัฒนา Raman PPH Model ต่อประสิทธิผลการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลรามัน.TUH Journal Online. 2567;9(1) : 68 - 75.
3. Medecins Sans Frontières. Normal third stage of labor [Internet]. Paris: MSF; [cited 2026 Apr 30]. Available from: https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/8-1-normal-third-stage-of-labour-51417770.html
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e81-e94. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28742676
5. รชาดา ตุลารักษ์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง [อินเทอร์เน็ต]. ตราด: โรงพยาบาลตราด; 2567 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_1045.pdf
6. กรมการแพทย์. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์; 2558.
7. La Mehdih M, Chandran H. Diagnosis and management of shock in postpartum hemorrhage. In: Escobar Vidarte MF, editor. Continuous Textbook of Women's Medicine: Obstetric Module. Vol. 13, Obstetric Emergencies [Internet]. London: Global Library of Women's Medicine; [cited 2025 Sep 18]. Available from: https://www.glowm.com/article/heading/vol-13--obstetric-emergencies--diagnosis-and-management-of-shock-in-postpartum-hemorrhage/id/409603
8. แสงนภา พรไทย. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดร่วมกับการทำ Condom balloon tamponade. สระแก้ว: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว; 2566.
9. สุฑารัตน์ ชูรส.การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(1) : 181 - 192.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2565.
11. รัศมิ์เกล้า คงประสิทธิ์. ปัจจัยทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 12 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
12. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ความรู้ ทักษะ และตัวชี้วัดเฉพาะงานการพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2551.