

Risk Incidence after the Usage of Guidelines for the Prediction of Cesarean Section due to Cephalo-Pelvic Disproportion

Wanpen Kosawang^{*}

Abstract

Cephalo Pelvic Disproportion (CPD) is a common obstetrics health problem, and one of the indicators for Cesarean section which causes the risks to mothers and their babies. Purposes of this study were: to explore the risk incidence caused from non-compliance with the guidelines, and to determine the perspectives of users of the guidelines. Both quantitative and qualitative methods were utilized in the study. Retrospective design was used to collect the data after the usage of the guidelines. Participants were 35 term-pregnant women who were admitted to Labor Room, Lampang Hospital with the risk of CPD, between November, 2015 and March, 2018. Qualitative data were obtained from providers who involved with the guidelines using in-depth interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and, qualitative data were analyzed using content analysis technique.

The Results showed that: the risk incidences of mothers; most mothers (71.42%) had risk scores for the Cesarean section at moderate level, there were one case of post- partum hemorrhage, and 2 cases of hysterectomy, which accounted to 2.85%, and 5.71%, respectively. The risk incidences of infants; there were 14 cases of infants with Birth Asphyxia, and 11 infants with hypoglycemia which accounted to 40.0%, and 31.43%, respectively. For providers' perspectives on the usage of guidelines: in the aspect of values and benefit of the guidelines, it was found that the multidisciplinary team did not weigh value on the usage of the assessment tool for pregnant women with moderate risk, and high risk. The multidisciplinary team still used the existing guidelines.

Recommendations: enhancing awareness for using the guidelines and assessment tool among health providers, and providing the policy may help increase the quality of care and assure the safety of practice for mothers and their babies.

Keywords: Risk Incidence, Guidelines for Predicting Cesarean Section, CephaloPelvic Disproportion

^{*}

Registered Nurse, Professional Level, Labor Room, Lampang Hospital

อุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจาก ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก

วรรณเพ็ญ โกษาวัง*

บทคัดย่อ

ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกเป็นปัญหาทางสูติกรรมที่พบบ่อยและเป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรกซึ่งมีผลต่อภาวะอันตรายต่อมารดาและทารก การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการใช้คะแนนความเสี่ยงทำนายการผ่าตัดคลอด 2) มุมมองความคิดเห็นของผู้ที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยวิจัยเชิงปริมาณใช้การศึกษาข้อมูลย้อนหลังการปฏิบัติตามแนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มารับการคลอดที่โรงพยาบาลที่มีความเสี่ยงของภาวะช่องเชิงกราน ตามข้อบ่งชี้ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง มีนาคม 2561 จำนวน 35 ราย ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบประเมินตามแนวทางการผ่าตัดคลอด จำนวน 5 ราย เครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับการปฏิบัติตามเกณฑ์ของแบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: 1) จากการศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด พบว่า 1.1) อุบัติการณ์ความเสี่ยงของมารดา ส่วนใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงในการผ่าตัดคลอด อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.42 มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 1 ราย และต้องตัดมดลูก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.85 และ 5.71 ตามลำดับ 1.2) อุบัติการณ์ความเสี่ยงของทารก พบว่า ทารกหลังคลอดมีภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 14 ราย ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำในทารกแรกเกิด 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 40.00 และ 31.43 ตามลำดับ 2) มุมมอง ความคิดเห็นของผู้ที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงในด้านคุณค่าและคุณประโยชน์ พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่ให้ความสำคัญของการใช้แบบประเมินในกลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงระดับปานกลางและสูงโดยยังคงปฏิบัติตามแนวทางเดิมที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะ: ควรเสริมสร้างความตระหนักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยง และจัดทำเป็นนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเพื่อประกันความปลอดภัยของมารดาและทารกและเพื่อคุณภาพของบริการต่อไป

คำสำคัญ : อุบัติการณ์ความเสี่ยง, แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด,
ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นวิวัฒนาการสำคัญทางสูติศาสตร์ นับเป็นหัตถการที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับมารดาที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดอย่างปลอดภัย ปัจจุบันพบว่าการผ่าตัดคลอดรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้มีผลเสียมากกว่าผลดี การผ่าตัดคลอดในรายที่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้เองอย่างปลอดภัยจึงถือเป็นหัตถการที่ไม่จำเป็น (unnecessary cesarean) เพราะเป็นการทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น ทั้งๆที่อัตราการตายปริกำเนิดและอัตราการตายของมารดาก็ไม่ได้ลดลง ปัจจุบันนี้อัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็นมีอัตราสูงขึ้นมากซึ่งจากข้อมูลและหลักการทางด้านวิทยาศาสตร์เชื่อว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมนั้นไม่ควรเกินร้อยละ 15 ทั้งผู้ป่วยพิเศษหรือผู้ป่วยสามัญ แต่กลับพบว่าปัจจุบันนี้มีอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศและพบว่าการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น เช่น ผู้คลอดขอให้ผ่าตามภักขที่เลือกหรือแล้วแต่เวลาที่ผู้คลอดสะดวก รวมถึงการที่สถานบริการได้รับค่าตอบแทนจากการผ่าตัดคลอดที่สูงกว่าการคลอดโดยตนเอง เป็นต้น และการผ่าตัดคลอดที่สูง (มากกว่าร้อยละ 15) ก็มีได้บ่งชี้ว่าจะมีอัตราการตายของมารดาและทารกที่ลดลง (ธีระ ทองสง, 2557)

ในประเทศไทยส่วนใหญ่ของการผ่าตัดทำคลอดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพราะปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์นิยมผ่าท้องคลอดมากทำให้สถิติอัตราการผ่าท้องทำคลอดของโรงพยาบาลรัฐพุ่งสูงขึ้น โดยอยู่ที่ร้อยละ 35 - 40 ของการคลอดทั้งหมด ส่วนโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 70 - 80 ของการคลอดทั้งหมด (เอกชัย โควาริสาร, 2560) โดยการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอดอยู่ในกลุ่มไม่มีความจำเป็น ซึ่งการผ่าตัดคลอดที่เหมาะสม คือ การผ่าตัดคลอดด้วยความจำเป็นหรือการคลอดทางช่องคลอดเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่มารดาหรือทารก ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าอัตราการผ่าตัดทำคลอดโดยทั่วไปควรอยู่ระหว่างร้อยละ 10-12 ของครรภ์เดี่ยวทั้งหมดและไม่ควรเกินร้อยละ 15 ของการคลอด (แต่อาจจำเป็นมากขึ้นในรายทารกน้ำหนักน้อยมาก) (WHO, 1985) ซึ่งอัตราการผ่าตัดที่สูงเกินไปเป็นการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น เพราะไม่ได้ช่วยลดอัตราการตายปริกำเนิด อัตราภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายของมารดาและเป็นการผ่าตัดที่ผู้คลอดไม่ได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการให้กำเนิดบุตร นอกจากนี้อัตราการผ่าตัดทำคลอดที่สูงเกินร้อยละ 15 อาจสะท้อนว่าผู้รับบริการยังไม่ได้ผลประโยชน์สูงสุดจากวิชาชีพ หรือจิตใจของผู้ให้บริการมีแนวโน้มว่าต้องการผ่าตัดทำคลอดมากกว่าให้คลอดทางช่องคลอด ด้วยเหตุผลหลาย ๆ อย่าง เช่น การเอาใจผู้ป่วย อิทธิพลของภักขยาม การได้ค่าตอบแทนสูงกว่า การบริหารเวลาสะดวก เป็นต้น (WHO, 1985) สำหรับแพทย์ผู้มีประสบการณ์สูง พบว่าทั้งแพทย์กลุ่มที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง (มากกว่าร้อยละ 15) และต่ำ ต่างก็มีผลลัพธ์ปริกำเนิดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่มีการผ่าตัดสูงมีการวินิจฉัยทารกเครียด เชิงกรานแคบ และผ่าตัดช้าสูงกว่า ซึ่งข้อบ่งชี้เหล่านี้แท้จริงแล้วสามารถลดลงได้ (Lagrew DC, Jr., Adashek JA., 1998) ซึ่งข้อเสียของการผ่าตัดทำคลอดเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอดได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นเพราะต้องอาศัยอาศัยความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ที่เพิ่มค่าใช้จ่าย 2) เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการตายและภาวะทุพพลภาพ แม้ว่าการผ่าตัดในปัจจุบันมีความปลอดภัยสูงแต่ก็ยังมีความเสี่ยงโดยรวมสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอดเกือบสามเท่า 3) ความเสี่ยงในด้านอื่นๆ เช่น เสี่ยงต่อการเสียเลือด (โดยทั่วไปแล้วเสียเลือดเป็นสองเท่าของการคลอดทางช่องคลอด และสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเติมเลือด ตลอดจนการติดเชื้อ การแพ้ เป็นต้น) เสี่ยงต่อการดมยาสลบ นอนโรงพยาบาลนานกว่า

รวมทั้งอาจมีผลให้การเริ่มต้นให้นมบุตรด้วยมารดาเองเน้นช้าออกไป การนัดมาผ่าตัดยังเพิ่มโอกาสทารกคลอดก่อนกำหนด ปวดแผลผ่าตัดมากกว่าอาการปวดหลังคลอด มีแผลเป็นที่หน้าท้อง (ซึ่งมักจะมากกว่าแผลฝีเย็บ) ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดสูงกว่ามาก เช่น ไข้ ติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตัน เป็นต้น 4) การผ่าตัดในครรภ์ต่อไปสูงกว่าและยากกว่าและมีความเสี่ยงต่อมดลูกแตกในครรภ์ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการผ่าตัดทำคลอดมาก่อน 2 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการมีมดลูกแตกเป็น 5 เท่าของผู้ที่เคยผ่าตัดเพียงครั้งเดียว นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ต่อไปหลายประการ เช่น รกเกาะต่ำ รกติด ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (Caughey AB, et al., 1999)

จากสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอดของโรงพยาบาลลำปางปี พ.ศ. 2560 พบว่า ยอดผู้รับบริการการคลอดทั้งหมด 2,706 ราย แยกเป็นคลอดทางช่องคลอดจำนวน 1,582 ราย คลอดทางหน้าท้องจำนวน 1,124 ราย ข้อมูลการผ่าตัดคลอดด้วยการใช้แบบประเมินความเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก จำนวน 348 ราย จากข้อมูลจะพบว่ายอดของผู้รับบริการคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าทางช่องคลอดโดยข้อบ่งชี้ส่วนใหญ่ของการผ่าตัดคลอดเกิดจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (Cephalopelvic disproportion: CPD) มีความแตกต่างของขนาดของศีรษะทารก และอุ้งเชิงกรานซึ่งทำให้ทารกไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ หรืออาจเกิดจากการที่ทารกมีความบิดหรือเกยทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของศีรษะใหญ่เกินกว่าจะผ่านช่องเชิงกรานลงมาได้ ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกเป็นปัญหาทางสูติกรรมที่พบบ่อย และเป็นข้อบ่งชี้อันดับ 1 ของการผ่าตัดคลอดครั้งแรก เป็นที่ทราบว่าการปัจจัยเสี่ยงของภาวะนี้ได้แก่ มารดาตัวเตี้ย ทารกมีขนาดใหญ่ มารดามีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกควรพิจารณาโดยอาศัยเกณฑ์ ดังนี้ ปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 4 เซนติเมตรขึ้นไป มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ และแรงพออย่างน้อย 2 ชั่วโมง ก่อนการตัดสินใจการดำเนินการคลอดผิดปกติ ทารกตัวโตประมาณน้ำหนักไม่น้อยกว่า 4,500 กรัม เป็นต้น

จากการที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอดในปีที่ผ่านมาพบว่า การผ่าตัดคลอดจากข้อบ่งชี้ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด บางรายเป็นกรณีแพทย์นัดทำผ่าตัดคลอดทำให้ยอดการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น เป็นที่ทราบกันดีว่าการผ่าตัดคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทำให้มารดาหลังคลอดมีวันนอนในโรงพยาบาลมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับในรายที่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการการคลอดขณะรอคลอดบางรายแม้มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วน แต่เนื่องจากได้รับการการตรวจวินิจฉัยที่ล่าช้าจากการที่ไม่มีเกณฑ์ในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกส่งผลให้มารดามีความเครียดและวิตกกังวลขณะรอคลอด ซึ่งการได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าอาจส่งผลให้ทารกในครรภ์อาจเกิดความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน มารดาเกิดการคลอดที่ยาวนานมารดาอ่อนเพลียหมดแรง การผ่าตัดที่ล่าช้าอาจส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดีส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดตกเลือดซึ่งภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการเสียชีวิตขณะคลอด ผลของการผ่าตัดคลอดต่อการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป จะส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะรกเกาะแน่นที่ผนังมดลูกเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะรกเกาะต่ำร่วมด้วย หากมีภาวะรกเกาะต่ำในรายที่ไม่เคยผ่าตัดคลอดจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะรกเกาะแน่นที่ผนังมดลูก 4 % ในขณะที่ความเสี่ยงของการเกิดภาวะรกเกาะ

แน่นอนจะเพิ่มเป็น 25 % ในผู้ที่เคยผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง และ 40 % ในผู้ที่เคยผ่าตัดคลอด 2 ครั้ง (บุญมี ภูตานิ้ว, 2559) ซึ่งการเกิดภาวะรกเกาะแน่นที่ผนังมดลูกนี้ทำให้ผู้ตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเสียเลือดอย่างรุนแรงมาขณะคลอดบุตร อาจจะทำให้แพทย์ต้องตัดมดลูกเพื่อรักษาภาวะตกเลือดดังกล่าวการผ่าตัดคลอดยังอาจทำให้การตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดเกิดขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญของการศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกในประเด็นต่างๆเช่น หลังจากได้มีการนำแบบประเมินความเสี่ยงดังกล่าวมาใช้โดยที่มีผู้ปฏิบัติตามเกณฑ์และไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ของแบบประเมินจะมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงในประเด็นใดบ้าง และผู้ใช้มีมุมมองหรือความเห็นต่อการใช้แบบประเมินนี้อย่างไร โดยผลจากการทำวิจัยดังกล่าวคาดว่าจะประโยชน์และเป็นแนวทางในการพัฒนางานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพของการปฏิบัติและเพื่อความปลอดภัยของมารดาทารกต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.ศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหลังจากมีการใช้แบบประเมินตามแนวทางการใช้คะแนนเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอด
- 2.เพื่อศึกษามุมมองของผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษา 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ครบกำหนดที่มารับบริการผ่าตัดคลอดโดยมีข้อบ่งชี้ คือ ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก 3) ด้านพื้นที่ คือ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านเวลา ศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2558 ถึง มีนาคม 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเสี่ยง หมายถึง อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ลูกทั้งด้านแม่ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การตัดมดลูก ส่วนความเสี่ยงด้านลูก ได้แก่ ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด กระดูกไหปลาร้าหัก น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ และการกลืนหายใจ

แนวทางการใช้คะแนนความเสี่ยงเพื่อทำนาย หมายถึง การนำแบบประเมินมาประเมินมารดาและทารกว่ามีภาวะช่องเชิงกรานของมารดาไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารกหรือไม่ซึ่งผลลัพธ์จากการประเมินใช้เป็นคะแนนความเสี่ยงอันตรายของมารดาและทารกถ้าจะให้มารดาคลอดทางช่องคลอด และเป็นการทำนายการผ่าตัดคลอด (CPD score) แบบประเมินนี้ใช้ช่วยในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด ได้แก่ การประเมินอายุผู้คลอด ส่วนสูง จำนวนการคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ขนาดยอมนมลูก

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หมายถึง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องของมารดาเพื่อนำตัวเด็กทารกในครรภ์ออกมาทางแผลผ่าตัด

ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก หมายถึง ขนาดช่องเชิงกรานของมารดากับขนาดของศีรษะทารก มีสัดส่วนที่ไม่เอื้อต่อทารกที่จะคลอดทางช่องคลอดของมารดา และอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกได้ เช่น ภาวะไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ภาวะทารกมีร่างกายขนาดใหญ่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มารับการคลอดที่โรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป อายุครรภ์ ขนาดของยอดมดลูก คะแนนความเสี่ยงตามแบบประเมิน CPD score รวมถึงจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) เพื่อนำไปสู่การสร้างความตระหนัก การเห็นความสำคัญของการใช้แบบประเมินฯ รวมทั้งนำไปสู่การวางแผนพัฒนาการใช้แบบประเมินอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบประเมิน CPD Score

การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดที่มารับบริการผ่าตัดคลอดที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โดยมีข้อบ่งชี้ คือ ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ตั้งแต่ตุลาคมปี 2558 ถึง มีนาคม 2561 โดยประชากรที่ศึกษาทุกคนจะผ่านการประเมินความเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะของลูกทุกรายจำนวน 595 ราย (มีการใช้ CPD Score ทุกราย แต่บุคลากรและแพทย์บางท่านไม่ปฏิบัติตาม guide line แม้จะมีการใช้แล้วก็ตาม) และได้คัดเลือกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะ CPD จำนวน 35 ราย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบประเมิน จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ความสูงของหญิงตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ และ ดัชนีมวลกาย (BMI) 2) แบบบันทึกข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับคะแนนความเสี่ยงตามแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของ

ศีรษะทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด (CPD score) รวมถึงจำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นของมารดาที่มารับการคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

แบบประเมิน CPD Score

หัวข้อประเมิน	เกณฑ์	คะแนน
อายุผู้คลอด	<25	0
	25-33	1.5
	34 และ >	3
ส่วนสูง	<151	3
	151-159	2
	160 หรือ >	0
จำนวนการคลอด	ไม่เคยคลอด	2.5
	เคยคลอด	0
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์	<11.4	0
	11.4-22.4	1.5
	22.5และ>	2.2
ขนาดยอดมดลูก	<34	0
	34	1
	35 และ>	3.5

การแปลผล: คะแนน<5 เสี่ยงน้อย คลอดเองทางช่องคลอด

คะแนน5-9.5 เสี่ยงปานกลางโอกาสผ่าตัด 50% ดูแลตาม WHO Partograph

คะแนน≥ 10 มีความเสี่ยงสูง ผ่าตัดคลอด100%

สำหรับแบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แบบประเมิน คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับมุมมองความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน CPD Score ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) มุมมองต่อการใช้แบบประเมิน 2) คุณค่าและประโยชน์จากการใช้ 3) ความยากง่าย ขั้นตอนในการใช้ และ 4) ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แบบประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้มีการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกห้องคลอด จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 และได้้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและที่ปรับปรุงแก้ไข

แล้วไปทำการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้แต่มีคุณสมบัติในลักษณะคล้ายคลึงกับกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของทั้งฉบับเท่ากับ 0.87 สำหรับแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างที่เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกได้นำไปหาค่าความเที่ยงตรงด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมด้านเนื้อหาภาษาและความครอบคลุม

ประเด็นจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุญาตให้ศึกษาจากคณะผู้บริหารของโรงพยาบาลลำปาง และผู้วิจัยได้ดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลและข้อมูลพื้นฐานจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ซึ่งมีการรักษาข้อมูลและความลับของผู้ป่วยเป็นอย่างดี และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลตามความเป็นจริงตามแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และสร้างความเข้าใจ การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ การวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อการขอรับบริการที่พึงได้จากโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลที่ได้อาจเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานงานกับแผนกเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
2. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดให้รับทราบและการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและได้ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งข้อมูลตามเกณฑ์ของแบบประเมินความเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานของมารดาและทารกย้อนหลังของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการคลอดแล้วเกิดผลเสียและภาวะแทรกซ้อนจากเอกสารและหลักฐานแบบประเมินต่างๆ และนำข้อมูลที่ได้อ้อมตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความสูงของมดลูกที่เกิดความเสี่ยง คะแนน CPD Score และอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ประชากรที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์เท่ากับ 30.11 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.28 อาชีพส่วนใหญ่ คือ ค้าขาย ร้อยละ 37.14 จำนวนครั้งของการ

ตั้งครรภ์ พบเป็นครรภ์แรก จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.28 ความสูงของหญิงตั้งครรภ์เฉลี่ยที่ 157.64 เซนติเมตร และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์เฉลี่ยที่ 14.12 และความสูงของมดลูก ≥ 35 เซนติเมตร พบจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.42

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของคะแนน CPD Score ที่เสี่ยง อุบัติการณ์ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งมารดาและทารก จากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (N= 35)

อุบัติการณ์ความเสี่ยง		จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)	น้ำหนักน้อย (< 18.5)	0	00.00
	น้ำหนักปกติ (18.5-22.99)	1	2.85
	น้ำหนักเกิน/เสี่ยง(23-24.99)	17	48.57
	อ้วนระดับ 1(25-29.99)	10	28.58
	อ้วนระดับ 2 (≥ 30)	7	20.00
ความสูงของมดลูก	≥ 35 เซนติเมตร	11	31.42
คะแนน CPD Score	<5	0	0.00
	5-9.5	25	71.42
	≥ 10	10	28.58
ภาวะแทรกซ้อนมารดา	ตกเลือดหลังคลอด (PPH)	1	2.86
	ตัดมดลูก (Hysterectomy)	2	5.71
ภาวะแทรกซ้อนทารก	ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia)	14	40.00
	กระดูกไหปลาร้าหัก (Fracture Clavicle)	1	2.86
	น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ (Hypoglycemia)	11	31.43
	ไข้ (Fever)	2	5.71
	กลืนหายใจ (grunting)	4	11.43
	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	3	8.57

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากรที่ศึกษา มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ในระดับมีน้ำหนักเกิน/เสี่ยง (23-24.99) ถึงร้อยละ 48.57 มีความสูงของมดลูก ≥ 35 เซนติเมตร จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.43 มีคะแนน CPD Score ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 5-9.5) จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.42 เกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดาถึงขั้นต้องตัดมดลูก จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 และเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารก คือ ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ จำนวน 11 คิดเป็นร้อยละ 31.43

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและมีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (CPD Score) นั้น จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถนำแยกเป็นประเด็น ดังนี้

1) ความตระหนักและการเห็นความสำคัญของการใช้แบบประเมิน พบว่า บุคลากรบางท่านยังไม่ให้ความสำคัญ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“แพทย์ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการใช้แบบประเมิน ส่วนใหญ่ก็ใช้วิธีการรักษาแบบเดิม คะแนนที่ได้ก็เอามาเป็นแค่การประกอบการพิจารณาการทำผ่าตัดหรือไม่ เท่านั้น” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1,3

“สำหรับแบบประเมิน CPD Score เจ้าหน้าที่บางท่านยังไม่เห็นความสำคัญของการใช้คะแนนความเสี่ยงมาทำนายการผ่าตัดคลอด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2,5

“ทำไปก็ไม่ค่อยได้ใช้ประโยชน์ ประเมินเสร็จ ก็ยังคงให้สังเกตอาการต่อไป รอจนมีความเสี่ยงแพทย์จึงจะผ่าตัด ทั้งๆที่คะแนนความเสี่ยงได้ชี้ให้เห็นว่าเคลที่ดูและอยู่ในระดับคะแนนปานกลางถึงเสี่ยงสูง แต่ก็ยังให้รอคลอดอยู่ หรือหากพบว่าวัดขนาดหน้าท้องได้ 35 เซนติเมตร จริง ก็สั่งทำ U/S หากผลน้ำหนัก <3500 ให้คลอดเองทางช่องคลอด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3,4

“รายงานให้แพทย์รับทราบแต่ไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่เคยแจ้งในที่ประชุม PCT ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามแนวทางเดิม รอความก้าวหน้าของการคลอดตาม WHO partograph หากไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดจริงก็ให้ผ่าตัดคลอด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

2) คุณค่าและประโยชน์จากการใช้ พบว่า มีประโยชน์และช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“มีแบบประเมินที่ดี ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1,5

“การมีแบบประเมินช่วยลดความเสี่ยงของแม่และลูก ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้บุคลากรทำงานด้วยความมั่นใจ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ความจริงแบบประเมินนี้ ถือเป็นนวัตกรรมที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดจากการใช้ผลงานวิจัย การสร้างและตรวจสอบการใช้คะแนนเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะลูก มาเป็นระบบการประเมินความเสี่ยง การผ่าตัดคลอดง่ายขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในห้องคลอดได้ ทำให้แม่และลูกได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“การใช้แบบประเมินนี้ ช่วยในการตัดสินใจการผ่าตัดคลอดในแง่ของผู้ปฏิบัติ เมื่อเราทราบคะแนนความเสี่ยงในระดับไหน ผู้ปฏิบัติจะดูแลตามแนวทางการทำนายความเสี่ยงจริง ทำให้สามารถให้การดูแลในผู้คลอดในระยะรอคลอดอย่างใกล้ชิด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“ความจริงจุดประสงค์ของแบบประเมินนี้ก็เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจ refer ผู้ป่วยมาคลอด แต่ทางงานห้องคลอด รพ. ลำปาง มองเห็นว่ามันมีความสำคัญที่จะนำมาใช้ในระดับตติยภูมิด้วยเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการตัดสินใจผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

3) ความยากง่าย ขั้นตอน ในการใช้ พบว่า มีความง่าย สะดวก ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ง่าย สะดวก ขั้นตอนก็ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน แต่ไม่รู้ทำไมบางคนไม่ยอมใช้” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1,2,5

“สะดวกดีนะ ทำให้มั่นใจมากขึ้นในการดูแล เกณฑ์ก็เข้าใจง่าย ตรงตามทฤษฎี” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3,4

4) ปัญหาและอุปสรรคในการใช้ ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการนำแบบประเมินนี้มาใช้ จึงทำให้บางท่านไม่ค่อยสนใจจะนำมาใช้ บางทีอาจต้องจะทำเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหา CPD” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1,3

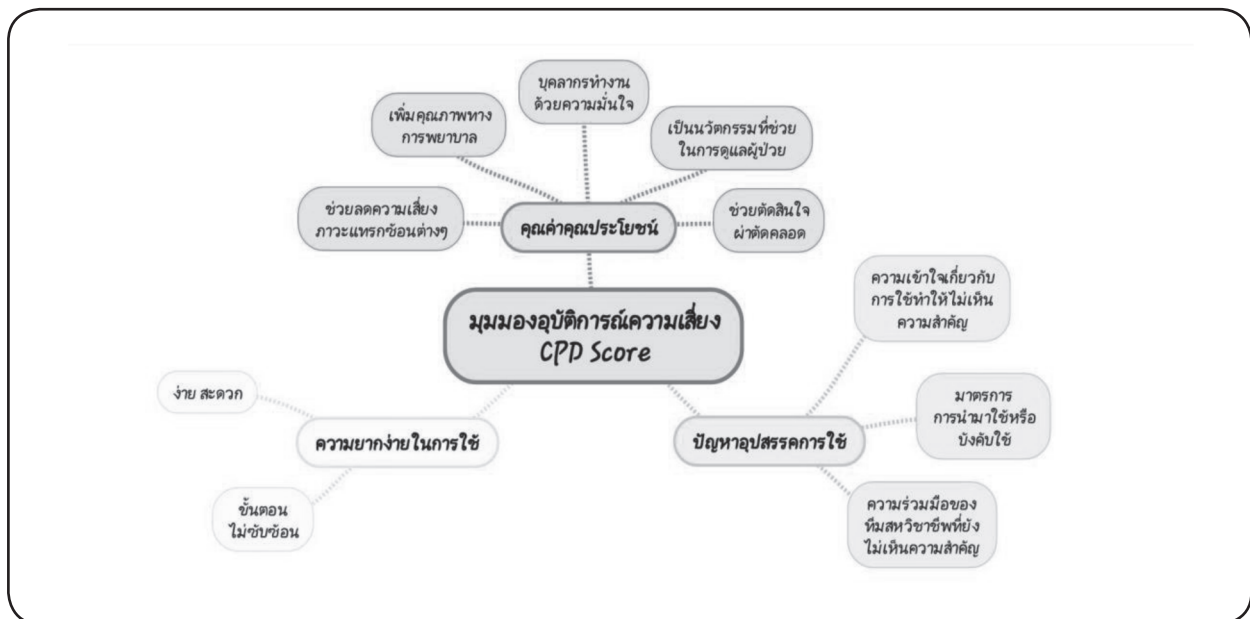
“ไม่มีการประชุมหรือพูดคุย ทำความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการใช้แบบประเมิน ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2,5

“ไม่มีการชี้ประเด็นหรือนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ถ้าหากมีอาจจะทำให้ทุกคนเห็นความสำคัญและมีการการใช้แบบประเมินเพิ่มขึ้นก็เป็นได้” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“มีปัญหาในทีมสหวิชาชีพบางท่าน เช่น ในบางรายที่มีคะแนนความเสี่ยงปานกลาง มีการเปิดขยายของปากมดลูกเท่าเดิมและไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดเป็นเวลานานถึง 4-5 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแต่ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เพราะไม่เห็นความสำคัญของแบบประเมิน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแม่และลูกตามมา” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“ขาดนโยบายและการสั่งการให้มีการใช้อย่างชัดเจน ขาดความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพด้วย เป็นการเพิ่มงานที่ทำอยู่ แต่ถ้ามองอีกมุมหากมีการใช้จริงก็น่าจะช่วยลดความเสี่ยงของแม่และลูกจากภาวะ CPD ได้” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

จากข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาสรุปเป็นแผนภาพความคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนภาพความคิดเกี่ยวกับมุมมองของผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยง
ตามแนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด

การอภิปรายผล

1.อุบัติการณ์ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการใช้คะแนนเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอด จากการศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก ด้วยการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะ CPD (CPD Score) ประกอบด้วย อายุของหญิงตั้งครรภ์ ความสูงของหญิงตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของหญิงตั้งครรภ์ และความสูงของยอดมดลูก ซึ่งเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ตุลาคม 2558 – มีนาคม 2561 รวมระยะเวลา 2 ปีครึ่ง พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งด้านมารดาและทารก โดยแยกเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงของมารดาและทารก ดังนี้

1.1 อุบัติการณ์ความเสี่ยงของมารดา พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด ในจำนวน 35 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดตามข้อบ่งชี้ภาวะช่องเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกับขนาดของศีรษะทารก (CPD) ที่มีสาเหตุมาจากการไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ทารกในครรภ์ตัวตัวหรือที่มีน้ำหนักแรกเกิดสูง (Macrosomia) แยกเป็นคะแนนความเสี่ยงในการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 5 – 9.5) จำนวน 25 ราย และคะแนนความเสี่ยงในการผ่าตัดอยู่ในระดับสูง (คะแนน ≥ 10) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.42 และ 28.58 ตามลำดับ ซึ่งตามแนวทางการใช้คะแนนความเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดหญิงตั้งครรภ์ที่มีคะแนนความเสี่ยงในระดับปานกลางมีโอกาที่จะคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอดได้เท่ากัน คือ ร้อยละ 50 (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2559) ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาส่วนใหญ่ที่มีคะแนนความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 71.42 มีโอกาส

จะผ่าตัดคลอดและคลอดทางช่องคลอดได้เท่ากัน คือร้อยละ 50 แต่ทั้งนี้ผู้ให้การดูแลจะต้องมีการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอดจาก Partograph อย่างใกล้ชิด แต่จากผลการศึกษาของข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นปัญหาและอุปสรรคพบว่า ในกลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงปานกลาง บางรายมีการเปิดขยายของปากมดลูกเท่าเดิม และไม่มี ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นเวลานานถึง 4-5 ชั่วโมง หรือในบางรายเป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแต่ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าส่งผลทำให้ทารกในครรภ์เกิดความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Fetal distress) มารดาเกิดการคลอดที่ยาวนาน อ่อนเพลีย หดแรง เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด (PPH) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่พบว่า ทั้งๆ ที่มีการใช้แบบประเมิน CPD Score แต่ก็ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งมารดาและทารก ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่พบ ไม่ควรจะเกิดขึ้นเลยในการเฝ้าระวังและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระบบบริการการคลอดในสถานพยาบาล

นอกจากนี้ในการผ่าตัดคลอดโดยปกติจะมีความเสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ที่ทำให้มารดาเสียชีวิตขณะคลอด นั่นก็คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้นับอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด (PPH) จำนวน 1 ราย และส่งผลให้เกิดการตัดมดลูก (Hysterectomy) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.8 และ 5.7 ตามลำดับ โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เท่ากับ 0 ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการบริการจึงควรที่จะมีการใช้แบบประเมินนี้อย่างจริงจังเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษานวัตกรรม การใช้แบบประเมิน Caesarean Score section due to CPD งานห้องคลอด-ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่พบว่า การดำเนินการผู้เฝ้าระวังคลอดด้วยแบบประเมิน พบว่า การนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ในโรงพยาบาลท่าวังผา 5 เดือน พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการโดยรวมร้อยละ 91.20 มารดามีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 2.25 และทารกมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 1.88 และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมีโอกาสดำเนินการคลอดร้อยละ 100 หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงปานกลางมีโอกาสดำเนินการคลอดร้อยละ 50 นั้นจะต้องมีการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของ partograph อย่างใกล้ชิด และเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดคลอด (พัฒนา อำขา และคณะ, 2555) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ยังไม่มีการเห็นความสำคัญของการใช้แบบประเมินอย่างจริงจัง จึงสมควรที่จะมีการสร้างความตระหนักถึงการใช้แบบประเมินดังกล่าว เพื่อจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและสร้างความพึงพอใจกับผู้รับบริการและส่งผลต่อคุณภาพของการบริการอีกด้วย

1.2 อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านทารก พบว่า ทารกหลังคลอดมีภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 31.43 นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะกลืนหายใจ (grunting) จำนวน 4 ราย มีไข้ (Fever) จำนวน 2 ราย และมีกระดูกไหปลาร้าหัก (Fracture Clavicle) จำนวน 1 คิดเป็น ร้อยละ 11.43, 5.71 และ 2.86 ตามลำดับ ซึ่งหากเป็นไปได้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าว ควรจะเกิดน้อยที่สุด หรือแทบจะไม่เกิดเลย หรือในมุมมองของผู้รับบริการยังต้องการให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นเลย แต่ก็เป็นไปได้ยาก แต่สำหรับภาวะแทรกซ้อนภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) นั้น กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) $\leq 24\%$ แต่จากการศึกษาในครั้งนี้นับภาวะแทรกซ้อนของทารกที่มีภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะมารดาเกิดการคลอดที่ยาวนานได้รับการวินิจฉัยช้า

อันเป็นผลมาจากข้อมูลที่พบว่า ทีมสหวิชาชีพบางท่านไม่ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงคะแนนความเสี่ยงของแบบประเมินที่บ่งบอกว่ามีความเสี่ยงในระดับปานกลาง บางรายเป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแต่ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้าส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน นอกจากนี้ผลของการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น และระยะวันนอนนานขึ้น ส่งผลต่อทั้งตัวมารดาและทารกตามมา โดยเฉพาะผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจมารดาที่ต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ และอาจมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2006) อีกทั้งยังส่งผลต่อความเครียดและความกังวลหากต้องมีการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte & Martinez, 2004)

2. มุมมองของผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงตามแนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด พบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แบบประเมิน CPD Score นั้นมองว่า แบบประเมินมีคุณค่าและประโยชน์ต่อการทำงานในผู้ป่วยที่มีภาวะ CPD เพราะจะช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล บุคลากรทำงานด้วยความมั่นใจ ช่วยตัดสินใจในการผ่าตัดคลอด อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือในการทำนายในการผ่าตัดคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาเครื่องมือทำนายการคลอด รพ.ลำพูน ประเมินความเสี่ยงการผ่าตัดคลอด โดยเป็นการสร้างและตรวจสอบการใช้คะแนนเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะลูก หรือที่เรียกว่า ซีพีดี (CPD : Cephalopelvic Disproportion) จากการทดสอบใช้เครื่องมือสามารถทำนายความเสี่ยงการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ร้อยละ 88 และเมื่อนำเครื่องมือดังกล่าวมาทำนายและตรวจสอบย้อนหลังในกลุ่มหญิงคลอดรายใหม่ที่ทำผ่าตัดคลอดปกติ 394 ราย พบว่า สามารถประเมินความแม่นยำการผ่าตัดคลอดได้ร้อยละ 85 (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2559)

สำหรับความยากง่ายในการใช้แบบประเมิน พบว่า บุคลากรที่ใช้งานแบบประเมิน มีมุมมองและความเห็นที่ตรงกันคือ แบบประเมินมีความง่าย สะดวก ขั้นตอนไม่ซับซ้อน และแต่มีปัญหาอุปสรรคการใช้ คือ การขาดนโยบายที่ชัดเจน การขาดมาตรการที่จะนำมาใช้ในเชิงนโยบาย รวมทั้งความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพที่มองเห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระงานของงานประจำในการใช้แบบประเมินซึ่งต้องปฏิบัติงานในภารกิจที่มีอยู่แล้วในภาวะปกติทั่วไปและจะต้องมีการเพิ่มการใช้แบบประเมินดังกล่าวขึ้นอีก ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยากจะนำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ ที่ผู้ปฏิบัติงานมองเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวในภาพรวมเป็นแนวปฏิบัติที่มีประโยชน์แต่มีปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ ด้านภาระงานของพยาบาล การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ พยาบาลต้องดูแลผู้คลอดใกล้ชิด และต้องอธิบายแนวทางการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ให้กับผู้คลอดและญาติทุกระยะของการคลอด ทำให้มีปัญหารื่องภาระงาน (สุรีย์พร กฤษเจริญ และคณะ, 2558) นอกจากนี้ยังพบประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่ระบุว่า ในกลุ่มที่มีคะแนนความเสี่ยงปานกลาง บางรายมีการเปิดขยายของปากมดลูกเท่าเดิมและไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดเป็นเวลานานหรือในบางรายเป็นไปตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแต่ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เพราะไม่เห็นความสำคัญของแบบประเมิน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแม่และลูกตามมา ส่งผลทำให้ทารกในครรภ์เกิดความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน (Fetal distress) มารดาเกิดการคลอดที่ยาวนาน อ่อนเพลีย หดแรง เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด

ดังนั้นการสร้างความรู้เข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินเพื่อให้เห็นความสำคัญและประโยชน์จากการใช้แบบประเมินดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

สรุป

การศึกษาทำให้ทราบอุบัติการณ์ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยนำไปสู่การสร้างความรู้ตระหนักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวปฏิบัติและแบบประเมินความเสี่ยงเพื่อทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะไม่ได้สัดส่วนกันของเชิงกรานแม่กับศีรษะของลูกเพื่อลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งด้านมารดาและทารกเป็นการพัฒนาคุณภาพในการดูแลและตอบสนองนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และเป็นแนวทางในการพัฒนาการใช้แบบประเมินอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ควรเสริมสร้างความตระหนักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยง และจัดทำเป็นนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อประกันความปลอดภัยของมารดาและทารกและเพื่อคุณภาพของบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ธีระ ทองสง, (2555). สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 5. พี.บี.กรุงเทพมหานคร: ฟอเรน บัคส์ เซนเตอร์.
- ธีระ ทองสง. (2557). อัตราการผ่าตัดคลอด *Cesarean Section Rate*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2560. จาก <http://www.medicine.cmu.ac.th>.
- บุญมี ภูตานิ้ว. (2559). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีเลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 24(2), 14-26.
- พัฒนา อำขา และคณะ.(2555). การศึกษานวัตกรรมการใช้แบบประเมิน Caesarean Score section due to CPD งานห้องคลอด-ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน. *มหกรรมคุณภาพโรงพยาบาลท่าวังผา ปี 2555 “เรียนรู้บูรณาการงานกับชีวิต”* วันที่ 15 กันยายน 2555.
- ศศิวิมล ศรีสุข.(2559). Topic Review: Cephalopelvic Disproportion: Pelvic assessment. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2560. จาก <http://www.med.cmu.ac.th>.
- สุจิต คุนประดิษฐ์.(2559).เครื่องมือทำนายการคลอด รพ.ลำพูน ประเมินความเสี่ยงการผ่าตัดคลอด กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2560. จาก <http://www.wongkarnpat.com>.
- สุรียพร กฤษเจริญ และคณะ.(2558).การศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 35(2),161-176.

เอกชัย โควาริสารัช. (2560). *การผ่าคลอดโดยไม่จำเป็น*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2560.

จาก <http://www.rtcog.or.th>.

Caughey AB, et al. (1999). Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol*. 181(4):872-876.

Chaudhary,S., et al.(2009).Outcome of labour in nullipara at term with unengaged vertex. *J Ayub Med Coll Abbottabad*.21(3),p. 131-134.

Daghighi, M.H., M. Poureisa, and M. Ranjkesh. (2013).Association between obstetric conjugate diameter measured by transabdominal ultrasonography during pregnancy and the type of delivery. *Iran J Radiol*.10(3), p. 185-7.

Lenhard, M.S., et al.(2010).Pelvimetry revisited: analyzing cephalopelvic disproportion. *Eur J Radiol*. 4(3): p. 107-111.

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. (2006). *Maternity nursing*. (7th ed.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Macones, G.A., et al..(2013).Prediction of cesarean delivery using the fetal-pelvic index. *Am J Obstet Gynecol*. 209(5). p. 431 e1-8.

Maharaj, D.(2010). Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics. *Obstet Gynecol Surv*. 65(6). p. 387-95.

Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-254.

WHO.(1985). *Appropriate technology for birth*. *Lancet*: 2 (8452):436-437.