การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of Practice Guideline for Prevention of Birth Asphyxia in Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai District, Roi-Et Province

พันใย หลักคำ*

Panyai Lakkham

Corresponding author : E-mail : beamor170286@gmail.com

Receive: April 19,2019, ; Revised : May 30, 2019 ; Accepted : June 12,2019

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 8 คน โดยพยาบาลเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 70 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2562 ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สำหรับพยาบาลห้องคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดของไอโอวาโมเดล 5 ขั้นตอน คือ 1) พิจารณาปัญหาทางคลินิก 2) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับองค์กรต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ 3) สืบค้นและทบทวนวรรณกรรม 4) ระบุผลลัพธ์ที่คาดหวัง 5) ดำเนินการพัฒนาและประเมินผล การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติงานประจำวันมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ผลการวิจัย : จากการนำรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จำนวน 70 ราย การปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกัน 93.3% และอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนแรกคลอดเท่ากับ 14.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดอกซิเจนในทารกแรกเกิด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ : จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ดี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จึงควรนำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไปใช้อย่างต่อเนื่อง และนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นต่อไป

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ ; การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ; การพัฒนาแนวปฏิบัติ

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ABSTRACT

Purposes : To develop and effectiveness of practice guideline for prevention of birth asphyxia in Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai District, Roi-Et Province

Design : Research and Development Research

Material and Methods : The study was conducted from May to August 2019 at Kaset Wisai Hospital Kaset Wisai district, Roi-Et province. The purposive sampling method were used to select samples of 8 registered nurses and 70 pregnants women who got labour and birth at Kaset Wisai Hospital. The instruments for data collection were forms of prevention of hypoxia in newborns, for the delivery room nurse by using the conceptual framework of the Iowa 5-Steps model, which were: 1) considering the clinical problem, 2) problem with organization, want to change it. 3) search and review the literature, 4) identify the expected result, and 5) carry out development and evaluation. Data collection consisted of daily performance evaluation form with reliability. The analysis were done by Cronbach's alpha coefficient of 0.89 and the satisfaction questionnaire. Data were analyzed by means of frequency distribution, mean, and percentage.

Main finding : From the implementation of 70 hypoxiaes prevention patterns in newborns, 93.3% compliance with preventive measures and 14.3 per thousand live birth deficit rates, and satisfaction of the practitioners regarding the forms of oxygen deficiency in newborns moderate to high level.

Conclusion and Commendations : this study show that practice guidelines for prevention of hypoxia in newborns are based on empirical evidence. Resulting in a good prevention of hypoxia in newborns and without complications occurring therefore, the practice guideline should be used continuously to prevent hypoxia in newborns and apply to other departments in the future.

Keywords : Birth Asphyxia ; Prevention of Birth Asphyxia ; Development of Guideline

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าเป้าหมาย ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ สถานการณ์ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าอัตราเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2558 – 2561 เท่ากับ 24.7, 19.1, 18.3 และ 15.2 ตามลำดับ[1] (รายงานการคลอดและการป่วยละตายของมารดาและทารก ก.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด[2] พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกเกิดในปี พ.ศ. 2558 – 2561 เท่ากับ 16.4, 25.6, 31.9 และ 30.7 ต่อพันการเกิดมีชีพตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุแล้วพบว่า อัตราทารกตายจากสาเหตุภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2558–2561 เท่ากับ 0.0, 1.7, 3.6 และ 1.9 ต่อพันการเกิดมีชีพ จากการทบทวนภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล พบสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอด เช่น คลอดยาก คลอดติดไหล่ คลอดท่าก้น คลอดผิดปกติ และสาเหตุจากตัวเด็กซึ่งพบเป็นส่วนน้อย เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด เด็กพิการ เด็กน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม และมีบ้างเป็นบางส่วนที่ไม่ทราบสาเหตุการเกิด สาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยการดูแลมารดาตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ตั้งแต่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นเชื่อว่าการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์มีการกล่าวถึงกันค่อนข้างแพร่หลายในวิชาชีพการพยาบาลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากการมีกิจกรรมพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่จะต้องมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับวิชาชีพการพยาบาลมีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการพัฒนาบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และการที่อยู่ท่ามกลางสังคมที่เน้นการใช้ความรู้ในการขับเคลื่อนงานต่างๆ ให้สำเร็จ ตลอดจนแรงผลักดันจากการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีเป้าหมายหลักให้ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ลดลง ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจะต้องอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเป็นหลักฐานที่ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัย ที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง[3] การปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการบูรณาการอย่างเป็นระบบระหว่างความรู้/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในขณะใดขณะหนึ่ง อาจจะเป็นหลักฐานจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีหรือหลักฐานอื่นๆ ที่น่าเชื่อถือ ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและค่านิยม/ความเชื่อของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในการตัดสินใจให้การดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะอย่าง[4]

นักวิชาการทางการพยาบาลได้เริ่มต้นพัฒนาโมเดลการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลหลายโมเดลจนมาในยุคของการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ บางโมเดลยังคงใช้ได้ดีเนื่องจากขั้นตอนต่างๆ ยังคงเน้นที่การใช้ผลงานวิจัยและเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ บางโมเดลได้ปรับให้เข้ากับกระบวนการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งมีหลายโมเดล แต่มีผู้นิยมใช้มาก[4] โมเดล คือโมเดลของ Stetler[5] โมเดลของ Rosswurm & Larrabee6 โมเดลไอโอวาโมเดล และโมเดลของซูคัพ[7] การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเลือกโมเดลของ Soukup[8] เนื่องจากเป็นโมเดลที่ศึกษาปัญหาที่แท้จริงจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการศึกษาปัญหาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสู่การสรุปปัญหาร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งนำมาวิเคราะห์และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนาข้อเสนอแนะมาแก้ไขให้ถูกต้อง ตลอดจนการนำมาทดลองใช้เพื่อหาข้อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานมากที่สุด และนำมาใช้ได้จริงในการพัฒนางานจะเห็นได้ว่าโมเดลของซูคัพสามารถปรับแก้ให้เหมาะสมและพัฒนาให้ทันสมัยได้ มีขั้นตอนการดำเนินงานอยู่ 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 Evidence-triggered phase เป็นการกำหนดปัญหาทางคลินิกโดยการศึกษาจากตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติและจากตัวกระตุ้นจากความรู้ ระยะที่ 2 Evidence

supported phase เป็นระยะของการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติจากแหล่งต่างๆ ประเมินและวิเคราะห์คุณภาพงานวิจัย เพื่อสรุปเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล นำเสนอร่างแนวทางปฏิบัติให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ได้หลักฐาน/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสร้างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ระยะที่ 3 Evidence observed phase เป็นระยะทำการศึกษานาร่อง ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติและนำเสนอข้อมูลต่อทีม เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ผลลัพธ์ที่ได้ คือ การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในหน่วยงานจากการสังเกตและให้ข้อเสนอแนะ และระยะที่ 4 Processing evidence based phase นำเสนอผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลแก่ทีมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และนำสู่การปฏิบัติ โดยผนวกเข้ากับการปฏิบัติงานประจำผลลัพธ์ที่ได้ คือ การประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ ผลลัพธ์สุดท้ายของระยะนี้ คือ การเผยแพร่ข้อค้นพบ ซึ่งอาจจะทำโดยการรายงานในคณะกรรมการประจำหน่วยปฏิบัติ และสหวิชาชีพการนำเสนอในการประชุมระดับชาติ นำเสนอในเครือข่ายคอมพิวเตอร์หรือการตีพิมพ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือทางวิชาชีพ

ทั้งนี้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นนั้นอาจมีแตกต่างกันบ้าง แต่สาระสำคัญที่จะเป็นแนวทางให้ผู้นำไปใช้สามารถประเมินและปฏิบัติตามได้[4] เช่น ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระบุโรค/ภาวะ/ประเภทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทั้งผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ นิยาม ระบุความหมายของคำต่างๆ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ผลลัพธ์ ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติที่แนะนำที่มีอยู่ในแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผลลัพธ์ดังกล่าวนี้อาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงอัตราการป่วย อัตราการตาย อาการ อาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายความสะดวก ความปลอดภัย ฯลฯ หลักฐาน ระบุวิธีการได้มาซึ่งหลักฐาน/วิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐานวิธีการรวบรวมหลักฐาน วิธีการวิเคราะห์หลักฐาน และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก คุณค่า ระบุกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับคณะผู้จัดทำ มุมมองของคณะผู้จัดทำ ความคล้อยตามกัน/ความขัดแย้ง และวิธีการที่นำไปสู่ข้อสรุปที่ระบุไว้ในวิธีปฏิบัติที่แนะนำในกรณีที่คณะผู้จัดทามีความเห็นที่แตกต่างกัน วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธีพร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่แนะนากากับไว้ด้วย การตรวจสอบระบุกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยคณะ/องค์กรอื่นๆ ที่คณะผู้จัดทำได้ดำเนินการและความสอดคล้อง/ความแตกต่างระหว่าง แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้กับแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับอื่นในเรื่องเดียวกัน รวมทั้งผลการนำเอา แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ไปทดลองใช้ในโครงการนำร่อง ผู้สนับสนุน ระบุองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ เพื่อให้ผู้ที่จะนำเอาแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทราบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีอคติหรือมีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่ และเอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

ระเบียบวิธีจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ดำเนินการระหว่างเดือนระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2562 ดังนี้

ประชากร และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด ได้แก่ แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้คลอดที่ได้รับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อคลอดและผ่านการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้คลอดที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และ(1) ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 2 วันหลังคลอด และ (2) ทั้งหมดที่มาคลอดในเดือน พฤษภาคม – กันยายน 2562 โดยพยาบาลใช้รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้ที่มาคลอด จำนวน 70 คน และทารกแรกเกิดทุกคนจำนวน 70 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ รูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงตาม ร่วมด้วยทุกครั้ง เมื่อแรกรับผู้คลอด ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก นวัตกรรมของพวงเพชร ชูจอหอ[9] และจากการศึกษาเอกสารวิชาการต่างๆ โดยแบบประเมินจะแบ่งระดับความเสี่ยงไว้ 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงระดับต่ำ ความเสี่ยงระดับกลาง และความเสี่ยงระดับสูง พร้อมกับมีรายข้อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดทั้ง 3 ระดับที่ตรงกับปัญหาผู้คลอดให้เลือก ถ้าผู้คลอดมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงระดับใด พยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทุกครั้งกับผู้คลอดทุกราย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หลังจากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมิน แล้ว ก็จะมีการดูแลต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติทั้ง 4 ระยะ คือ 1) การดูแลแรกรับ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด และ2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ การกู้ชีพทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นโครงการของผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อฟื้นฟูความรู้ และทักษะของพยาบาล โรงพยาบาลเกษตรวิสัยทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล และมีคู่มือสำหรับพยาบาลไว้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง หลังเสร็จสิ้นการประชุมอบรม 1 เดือนผู้วิจัยติดตามประเมินการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลในหน่วยงานที่ผู้วิจัยรับผิดชอบ คือ การรับเด็ก ที่ห้องผ่าตัดและห้องคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อเสนอแนะอย่างอิสระ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 2 วัน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต และจากเวชระเบียนผู้คลอด คือ ส่วนที่ 1 แบบนิเทศติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดแต่ละวัน ส่วนที่ 2 แบบบันทึกทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจนครบ 1 วัน ตามการปฏิบัติตามรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ห้องคลอด โดยใช้ 1 แผ่นต่อทารกแรกเกิด 1 คน 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก แบบสอบถามของสมบุญ ธนบดีวิวัฒน์[10] และจากการศึกษาเอกสารวิชาการต่างๆ โดยจะสอบถามพยาบาลห้องคลอด หลังการใช้รูปแบบการป้องการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดแล้ว 1 เดือน แบบสอบถามความคิดเห็นมีทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาล ถึงด้านความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานและสามารถแก้ปัญหาการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้หรือไม่ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราวัดส่วนประมาณค่า 3 ระดับ เลือกตอบตามความรู้สึก โดยแบ่งระดับความ

พึงพอใจเป็น 3 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.67– 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบการตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือ แบบเก็บข้อมูล แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล จำนวน 7 ข้อ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบอีกครั้งเพื่อให้มีความตรงตามเนื้อหา และมีความสอดคล้องกันหรือไม่โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง (Content validity : CV) ผู้เชี่ยวชาญจะให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคาถามกับวัตถุประสงค์ว่ามีความสอดคล้องมากน้อยเพียงไร ให้การประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่สอดคล้อง สอดคล้องน้อย ค่อนข้างสอดคล้อง และสอดคล้องมาก โดยมีสูตรคำนวณของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์[11] ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่องจะมีค่าเป็น 1.00 และค่าดัชนีความตรงของเนื้อเรื่องต้องไม่ต่ำกว่า 0.80 ถ้าต่ำกว่า 0.80 ต้องดำเนินการสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านดูใหม่และนำมาหาค่า CV อีกครั้งจนกว่าจะได้ดัชนีความตรงของเนื้อเรื่อง 0.80 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อเรื่อง ของแบบสอบถามความคิดเห็น CV = 1 แสดงความคิดเห็นถึงความสอดคล้องของเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ให้ไว้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จำนวน 5 คน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) เครื่องมือกับผู้มารับบริการคลอดและทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน หลังจากนั้นหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งบับเท่ากับ 0.89 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.44-0.78

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ 1) ศึกษาข้อมูล เอกสารของตึกคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และประชุมร่วมกับพยาบาลห้องคลอด วิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 2) ทบทวนเอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ และ3)ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว จึงบันทึกข้อความถึงผู้อานวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) เสนอโครงการวิจัยต่อหัวหน้าตึกคลอดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย 2) เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการฯ แก่พยาบาลตึกคลอด และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพทารกแรกเกิดให้แก่พยาบาล 3) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และ 4) ดำเนินการตามโครงการ พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเสี่ยงไปแนบไว้กับเวชระเบียนรับใหม่ ผู้คลอด 70 ฉบับ และชี้แจ้งให้พยาบาลทราบ โดยพยาบาลหน้าที่ 1 (In charge) ทำหน้าที่ประเมินผู้คลอดแรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงร่วมกับการซักประวัติและตรวจร่างกายเมื่อประเมินได้ระดับความเสี่ยงแล้ว ให้ลงบันทึกระดับความเสี่ยงที่ตรงกับแบบประเมินที่พยาบาลประเมินได้ลงในบันทึกทางการพยาบาลด้วย

2) เมื่อรับผู้คลอดไว้เพื่อคลอดแล้ว พยาบาลหน้าที่ 1 ก็จะดูแลต่อโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทั้ง 3 ระยะ คือ การดูแลขณะรับใหม่ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอด

3) พยาบาลหน้าที่ 2 เป็นผู้รับเด็กประเมินค่าแอพการ์โดยใช้แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด

หมายเหตุ แบบประเมินความเสี่ยง เมื่อพยาบาลใช้ประเมินแล้ว ก็จะแนบอยู่กับเวชระเบียนจนกว่าผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนที่ผู้คลอดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขออนุญาตถึงต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาในการศึกษา จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้ร่วมการศึกษา ซึ่งจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลสรุปการศึกษาจะสรุปออกมาในภาพรวม และแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลแก่แพทย์เฉพาะทาง และหัวหน้างานห้องคลอด พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเป็นหัวหน้าโครงการร่วมกับผู้วิจัย และชี้แจงให้พยาบาลห้องคลอดทราบว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด วันที่ 29 พฤศจิกายน 2561 หมายเลขใบรับรอง COE0882561

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 20-34 ปี (91.4%) ประกอบอาชีพอื่นๆ (44.3%) อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ (91.4%) การตั้งครรภ์เป็นครรภ์หลัง (57.1%) คลอดปกติ(81.4%) ใช้เวลาคลอดทั้งหมดตั้งแต่ 5-12 ชั่วโมง (62.9%) ใช้เวลาคลอดระยะที่ 2 < 30 นาที (91.3%) ภาวะแทรกซ้อน Prom (47.4%) ผลการตรวจ Electricial Fetal Monitor เป็นแบบCategory I (95.7%) ภาวะแทรกซ้อนของมารดาเป็นThick Macconium stain (47.4%) และ APGAR Score ตั้งแต่ 8-10 คะแนน (100.0%)

ตารางที่ 1 ร้อยละของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

ข้อที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ (%)		
		ปฏิบัติ	ไม่	ไม่จำเป็น
1	ประเมินภาวะเสี่ยง BA	98.6	1.4	0.0
2	ฟัง FHS ระยะ Latent phase 1 – 2 ชั่วโมง	92.9	2.9	4.3
3	ฟัง FHS ระยะ Active phrase 1/2 – 2 ชั่วโมง	84.3	2.9	12.9
4	ระยะคลอดทุก 5 นาทีหรือหลังมดลูกคลายตัว	71.4	1.0	18.6
5	มีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (IUR)	100.0	0.0	0.00
6	ให้ออกซิเจน Mask 8 – 10 LPM ในระยะที่ 2 ของการคลอด	57.1	25.7	17.1
7	ระยะที่ 2 ของการคลอด Observe Uterine Contraction (I มากกว่าหรือเท่า 2 นาที, D ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที)	62.9	20.0	17.1

ตารางที่ 1 ร้อยละของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (ต่อ)

ข้อที่	กิจกรรม	การปฏิบัติ (%)		
		ปฏิบัติ	ไม่	ไม่จำเป็น
8	ดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วยจมูก	100.0	0.0	0.0
9	เช็ดตัวแห้ง keep warm ใน radiant warmer	100.0	0.0	0.0
10	กระตุ้นให้ร้องภายใน 30 วินาที ถ้าไม่หายใจให้กระตุ้นด้วย PPV	77.1	22.9	22.9
11	ถ้ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็ก	8.6	0.0	91.1
12	ระยะเวลาพักหายใจในขณะเบ่งคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที	65.7	15.7	18.6
13	ระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ครรภ์แรกต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง ครรภ์หลังต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	75.7	5.7	18.6
	เฉลี่ยโดยรวม	76.5	7.6	23.7

จากตารางที่ 1 พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.5 และยังพบว่า การดูดเสมหะในปากก่อนและตามด้วยจมูก การเช็ดตัวแห้ง keep warm ใน radiant warmer และมีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (IUR) มีการปฏิบัติมากที่สุด (100.0%) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการมีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (IUR) เป็นประเด็นที่ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ (87.10%)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และอัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกเกิดจำแนกเป็นรายเดือน

เดือน	จำนวนมาดา (จำนวน)		อัตราการเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจน
	คลอดมีชีพ	ภาวะขาดออกซิเจน	ในทารกแรกเกิด (1000)
พฤษภาคม 2562	10	0	0.0
มิถุนายน 2562	14	1	14.3
กรกฎาคม 2562	13	0	0.0
สิงหาคม 2562	17	0	0.0
กันยายน 2562	16	0	0.0
โดยรวม	70	1	1.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจำนวน 1 ราย คิดเป็น 14.3 ต่อพันการเกิดมีชีพ

การวิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ห้องคลอดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.5 พบผลเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา[12] ที่พัฒนาได้แนวทางป้องกันฯ ที่พัฒนาประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ตั้งแต่ First stage ถึง Fourth stage และแนวปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิด มีจุดเน้นที่ปรับเปลี่ยนไปจากแนวทางเดิม ดังนี้ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ 2) การทำข้อตกลงระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการรายงานความเสี่ยง/ภาวะฉุกเฉิน และ 3) การลดความเครียดและความเจ็บปวดภายหลังการใช้แนวทางป้องกันฯ อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที ลดจาก 39.33 เป็น 28.01 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และที่ 5 นาที ลดจาก 12.64 เป็น 9.83 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราตายของทารกแรกเกิดจากภาวะขาดออกซิเจนเป็นศูนย์ พยาบาลมีความรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และพยาบาล ร้อยละ 80.0 เห็นด้วยมากที่สุดว่าแนวทางป้องกันฯ มีความเหมาะสมและสะดวกในการนำไปใช้ ; แนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล หอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 3 ขั้น คือ ขั้นวางแผน ขั้นดำเนินการและขั้นประเมินผล แนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล ได้ระบุขอบเขตหน้าที่ตามบทบาทของผู้นิเทศการเยี่ยมตรวจ ผู้นำการเยี่ยมตรวจและผู้ร่วมเยี่ยมตรวจ เอกสารที่จัดทำขึ้นใช้ในแนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลประกอบด้วย เอกสารความรู้การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล แบบฟอร์มมอบหมายผู้รับผิดชอบการเยี่ยมตรวจ แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมตรวจ เอกสารการประชาสัมพันธ์การเยี่ยมตรวจ เอกสารแนวทางการเลือกประเภทผู้ป่วยและเอกสารวิธีปฏิบัติการเยี่ยมตรวจ[13,18]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ดำเนินการครั้งนี้ 2 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล เอกสารของตึกคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย และประชุมร่วมกับพยาบาลห้องคลอด วิเคราะห์หาปัญหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด สืบค้นทบทวนเอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด รวมทั้งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการแล้ว จึงบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ขั้นทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการฯ แก่พยาบาลตึกคลอด และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการกู้ชีพทารกแรกเกิดให้แก่พยาบาลในตึก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการตามโครงการ พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนี้

(1) ผู้ศึกษานำแบบประเมินความเสี่ยงไปแนบไว้กับเวชระเบียนรับใหม่ ผู้คลอด จำนวน 70 ฉบับ และชี้แจ้งให้พยาบาลทราบ โดยพยาบาลหน้าที่ 1 (In charge) ทำหน้าที่ประเมินผู้คลอดแรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงร่วมกับการซักประวัติ และตรวจร่างกาย เมื่อประเมินได้ระดับความเสี่ยงแล้ว ให้ลงบันทึกระดับความเสี่ยงที่ตรงกับแบบประเมินที่พยาบาลประเมินได้ ลงในบันทึกทางการพยาบาลด้วย (2) เมื่อรับผู้คลอดไว้เพื่อคลอดแล้ว พยาบาลหน้าที่ 1 ก็จะดูแลต่อโดยใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทั้ง 3 ระยะ คือ การดูแลขณะรับใหม่ การดูแลขณะรอคลอด และการดูแลขณะคลอด และ(3) พยาบาลหน้าที่ 2 เป็นผู้รับเด็ก ประเมินค่าแอพการ์โดยใช้แนวทางการดูแลทารกแรกเกิด

ประกอบกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้แนวคิดการพัฒนา แนวปฏิบัติของสาธารณสุขแห่งชาติและสภาวิจัยเพื่อการแพทย์ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)[14] ซึ่งเน้นการพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันกำหนดความต้องการ ขอบเขต วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ของ

แนวทางป้องกันฯที่ต้องการจะพัฒนา โดยมีการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมด้วย ดังนั้น แนวทางป้องกันฯที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้จึงมีเนื้อหาครอบคลุมในการดูแลทั้ง หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดและทารกแรกเกิด เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมและทารกแรกเกิด อีกทั้งแนวทางป้องกันฯ มีข้อปฏิบัติอยู่บนพื้นฐานของสภาพปัญหาและบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัย และหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสะดวกและเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และเป็นที่พึงพอใจเมื่อนำไปปฏิบัติ โดยจะเห็นได้จากความคิดเห็นของของพยาบาลที่มีต่อแนวทางป้องกันฯ และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลของพยาบาลและผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก[13,15]

ดังนั้น จึงส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลเกษตรวิสัยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 76.5 และมีความพึงพอใจที่มีต่อแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก

ผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดชี้ให้เห็นว่ามีอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าผลการพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา[16,17] ซึ่งพบว่า ลดอัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในมารดาผ่าตัดคลอดจากอัตรา 16.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.2557 เป็น 6.80 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ.255818

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการดูแลในห้องคลอด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) รับใหม่ มีกระบวนการดูแลในห้องคลอด คือ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาคลอดทุกราย ตรวจสภาวะของทารกในครรภ์โดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ทุกรายยกเว้นมารดาตั้งครรภ์ที่เข้าระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อแรกรับ 2) ระยะรอคลอดมีกระบวนการดูแลในห้องคลอด คือเฝ้าระวังภาวะคับขันทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก ทุก 1–2 ชั่งโมงในระยะ Latent phase, ทุก ½ - 1 ชั่วโมงในระยะ Active phase และฟังทุกครั้งหลังมีถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตก ติดเครื่อง Electric Fetal Monitor 1 ครั้ง/เวร ถ้าพบภาวะคับขันทารกในครรภ์ให้การดูแลเบื้องต้น โดย Intra Uterine Resuscitation (IUR) โดย (1) มารดานอนตะแคงซ้ายและให้ออกซิเจน Mask 8–10 L/min (2) งดน้ำและอาหารทางปาก และ (3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังทำ Intra Uterine Resuscitation (IUR) ครึ่งชั่วโมง ให้ประเมินโดยติดเครื่อง Electric Fetal Monitor (EFM) ถ้าผล Reactive ให้การคลอดดำเนินต่อ แต่ถ้ายัง พบภาวะคับขันทารกในครรภ์ (Fetal distress) รายงานแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการคลอดให้เหมาะสมในแต่ละรายและ 3) ระยะคลอด กระบวนการดูแลในห้องคลอด คือ (1) ให้ออกซิเจน Mask 8 – 10 L / min (2)ฟัง Fetal heart sound (FHS) ทุกครั้งหลังมดลูกหดรัดตัวหรือทุก 5 – 10 นาที ถ้ากรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในภาวะแรกเกิด ให้ On Electric Fetal Monitor และเตรียมทีมรับเด็กให้พร้อม โดยมีกุมารแพทย์ 1 คน แพทย์เวร 1 คน พยาบาลห้องคลอด 2 คน และเตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อม Observe การหดรัดตัวของมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Interval มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที, duration น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที) ไม่ควรเชียร์มารดาเบ่งคลอดติดต่อกันนานเกินไป ต้องให้มารดาหยุดพักหายใจอย่างน้อย 1 นาที เมื่อเด็กคลอดศีรษะให้ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจากปากให้หมดก่อน และต่อด้วยดูดเสมหะจากจมูกให้หมดก่อนแล้วตามด้วยทำคลอดไหล่ทารก

เมื่อเด็กคลอดเช็ดตัวให้แห้งและ Keep warm ด้วย Radiant warmer กระตุ้นให้เด็กร้องโดยลูบบริเวณหลังและดีดที่ส้นเท้าและประเมินการหายใจภายใน 30 วินาทีแรกเกิด ถ้าเด็กยังไม่หายใจ ช่วยเหลือโดย Positive Pressure Ventilation (PPV) ต่อและประเมินค่าคะแนน

APGAR Score เมื่อครบ 1 นาที ถ้าค่าคะแนนที่ 1 นาที มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้ Keep warm ต่อ และถ้าค่าคะแนน APGAR Score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ให้การช่วยเหลือตามสภาวะของเด็กแต่ละราย ถ้ามารดาเบ่งคลอดนานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงในครรภ์แรกและมากกว่า ½ ชั่วโมงในครรภ์หลัง ทารกยังไม่คลอด รายงานแพทย์เวรทราบ เพื่อวางแผนให้มารดาคลอดตามเวลาที่กำหนด (ครรภ์แรกเบ่งคลอดนานไม่เกิน 2 ชั่วโมง และครรภ์หลังไม่เกิน 1 ชั่วโมง) และขณะแบ่งคลอดพบภาวะคับขันทารกในครรภ์ (Fetal distress) ให้รายงานแพทย์ทันที ดังนั้นจากการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด จำนวน 1 ราย คิดเป็น 14.3 ต่อพันการเกิดมีชีพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1) จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะแทรกซ้อนหลายประเด็น เช่น Prom จำนวน 9 ราย HT จำนวน 3 ราย Dystocia จำนวน 2 ราย และ Prolonged Labour จำนวน 5 ราย ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรนำประเด็นเหล่านี้มาวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุว่าเกิดอะไร (ผู้ป่วยหรือระบบบริการฯ หรือแนวปฏิบัติ) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติต่อไป

2) จากผลการวัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ามีประเด็นที่พยาบาลเห็นว่าไม่จำเป็นต้องปฏิบัติ 2 ประเด็นสำคัญ คือ มีภาวะคับขันทารกในครรภ์ (IUR) (ร้อยละ87.10) และถ้ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth asphyxia เตรียมทีมรับเด็กกุมารแพทย์ 1 คน แพทย์เวร 1 คน พยาบาล (LR) 2 คน (ร้อยละ 91.1)ซึ่งผู้เกี่ยวข้องควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อแนวปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวทางป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะยาว เพื่อยืนยันการปฏิบัติอย่างยั่งยืนและควรศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวทางป้องกันฯ นี้ในผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทารกแรกเกิด ค่าใช้จ่ายในการรักษาทารกแรกเกิด การเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). **รายงานการคลอดและการป่วยและตายของมารดาและทารก ก.2.** กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
2. โรงพยาบาลเกษตรวิสัย. (2561). **รายงานการคลอดและการป่วยและตายของมารดาและทารก ก.2.** ห้องคลอด โรงพยาบาลเกษตรวิสัย.
3.ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines Development) **วารสารการพยาบาล.** 20 (2) : เมษายน-มิถุนายน 2548.
4.ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
5. Stetler, C.B., (2001). **Updating the Stetler Model of Research Utilization to Facilitate Evidenc Based practice.** Nursing Outlook, 49(6), 272-279.
6. Rosswurm, M.A. and Larrabee, J.H. (1999). A model for change to evidence –based practice. **Journal of Nursing Scholarship,** 31(4), 317-322.
7. Soukup, S. M. **"The center for advanced nursing practice evidence-based practice model"** Nursing Clinics of North America, 2000 ; 301-309.
8. กองทิพย์ ปินะกาโน. (2553). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลปทุมรัตต์.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

9.พวงเพชร ชูจอหอ. (2551). **พัฒนาระบบการป้องกันการเกิดภาวะ Birth Asphyxia.** กาฬสินธุ์ : ห้องคลอด โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์.

10. สมบุญ ธนบดีวิวัฒน์. (2549). **การพัฒนาคุณภาพบริการงานห้องคลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

11. เพชรรัตน์ สิงห์ช่างน้อย และวัลยา คุโรปกรณ์พงษ์. (2536). **เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล.** สงขลา : [ม.ป.พ.].

12. วรรณวรา ไหลวารินทร์. การพัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา. **วารสารกองการพยาบาล.** 41(3) : กันยายน- ธันวาคม 2557; 43-62.

13.รจนา โมราราช .(2556). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการเยี่ยมตรวจทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลสกลนคร.** หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

14. National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **A guide to the development, Implementation and evaluation of clinical practice guidelines.** [Online]. 1998 [cited 2019 Sep 2] ; [30 screens]. Available from: http://www.health.gov.au/nhmrc/publication

15. นิตยา ใสศรี. (2557). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกาหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

16. มนตรี ภูริปัญญวานิช. การพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา. **วารสารวิจัยและวิทยาศาสตร์การแพทย์.** 22(2) : เมษายน-มิถุนายน 2550 ; 75-81

17. เปรมยุดา ศรีสุข .(2558). **การพัฒนาระบบบริการผ่าตัดคลอดเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด.** งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลละหานทราย.

18. วาณี ศรีภักดิ์ .(2557.) **การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้รับบริการคลอดและทารกแรกเกิดเพื่อลดภาวะ Birth Asphyxia.** โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.