

บทความวิจัย (ก.ค. – ธ.ค. 2563)

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจน
ของทารกแรกเกิด ห้องคลอด โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ**

ละอ อารมย์ ที่อยู่ 2/2 หมู่ 4 ตำบลเค็งใหญ่ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ รหัสไปรษณีย์ 37240

ห้องคลอด โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

Email :laoohp2009@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081 –6003686

พรพักตร์ สุราไพณิพร อาจารย์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email :pornpuak.sur@mahdoleu.edu เบอร์โทรศัพท์ 082-6539162

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนากายใต้แนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของ IOWA (2001) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 ห้องคลอด โรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 ราย และมารดาตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาล จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อความคิดเห็นที่มีต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 3) แบบสอบถามความคิดเห็นในความเป็นไปได้ที่มีต่อแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 4) อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ห้องคลอด พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 21 เรื่อง แนวปฏิบัติประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะรับใหม่ของการคลอด 2) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะที่ 1 ของการคลอด 3) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะที่ 2 ของการคลอดและ 4) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะที่ 3 ของการคลอด สำหรับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกรายเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความง่ายไม่ซับซ้อน มีความชัดเจน มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน มีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาการให้บริการได้ แต่ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ 1 ใน 8 รายเห็นว่า ต้องใช้เวลามากในการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกดังกล่าว แต่ประหยัดงบประมาณ ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ 1 นาที และ 5 นาที ลดลงจาก 62.5 เป็น 16.94 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จากการศึกษาครั้งนี้ ยืนยันว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ควรนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อนำสู่ขั้นตอนการนำไปใช้ต่อไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, การพัฒนา

Received: November 5,2020, **Revised** November 13,2020, **Accepted** November 17,2020

Development of guideline for prevention of birth asphyxia

huatapanhospital inamnatcharoen province

Lao Baramee Register nurse hutapan hospital, Email :laoohp2009@gmail.com

Pornpuaksurumpainithiporn, Lecture mahidol university amnatcharoen campus, Email :pornpuak.sur@mahdol.edu

Abstract

The research and development aimed to develop the guideline for preventing birth asphyxia (BA), based on The IOWA mode of Evidence-Based Practice to promote quality care. The study was conducted from October 2019 to November 2020 at Huatapan Hospital, Amnatcharoen Province. The guideline for preventing birth asphyxia (BA) was assessed for content validity by five experts. The purposive sampling method was used to select 8 registered nurses, 32 pregnant women who got Labor and birth at Huatapan Hospital. Data collection by use; 1) the guideline for prevention of Birth asphyxia (BA), 2) nurses practice evaluation, 3) the evaluation of nurse's opinion toward the guideline for Prevention BA, and 4) the evaluation of the incidence rate of birth asphyxia. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the guideline for preventing birth asphyxia (BA) among pregnant women, Huatapan hospital, was developed from 21 pieces of evidence. The guideline for prevention of birth asphyxia (BA) consisted of four domains, 1) prevention care in the Admission labor room, 2) prevention care in the 1st stage of Labor, 3) prevention care in the 2nd stage of Labor, and 4) prevention in 3th of the stage of Labor. After launching this program, the BA rates of newborns at the 1st minute, and the 5th minutes decreased from 62.5 per 1,000 live births to 16.94 per 1,000 live births. All subjects' opinions strongly agreed that the guideline for preventing BA has the feasibility to implement, distinctly, and applicable to use in the nursing care unit to solve the service problem. Even there was a low-cost process. However, one of eight subjects reflects that it has a long time spent this process according to this guideline for preventing BA. The finding confirmed that this developed guideline for preventing BA has a feasibility to use. This procedure should be proposed to an administrator to consider for application in the quality development process to prevent BA among newborns.

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

คำขอบคุณ: งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ และ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โดยทั่วโลกพบว่าเด็ก 4 ล้านคนเสียชีวิตจากภาวะขาดออกซิเจนโดยในจำนวนนี้ร้อยละ 38 มีอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก และ เด็กแรกเกิด 2.5 ล้านคนตายในเดือนแรกของทุก ๆ ปี หรือร้อยละ 47 ของการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งการตายของเด็กดังกล่าวพบในประเทศกำลังพัฒนา อยู่ที่ยร้อยละ 3 ของการเกิดมีชีพ (Solayman, Hoque, Akber, Islam, 2017) พบสูงสุดในทวีปอเมริกาใต้ และแอฟริกาและพบว่าภาวะการขาดออกซิเจนในเด็กแรกเกิดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองมาจาก การติดเชื้อในเด็ก และการคลอดก่อนกำหนด (WHO, 2011) ซึ่งแต่ละปี ร้อยละ 24 ทารกแรกเกิดจะเสียชีวิตจากภาวะการขาดออกซิเจนแรกเกิด และพบว่า ประเทศโคลัมเบีย ไนจีเรีย และ เอธิโอเปียอัตราการความชุกของการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดร้อยละ 41, 21, 12.5 ตามลำดับ การศึกษาในประเทศไทยและปากีสถานพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนในเด็กได้แก่ เด็กน้ำหนักน้อย การผ่าท้องคลอด อายุมารดา การไม่ฝากครรภ์ ระยะคลอดยาวนาน เด็กขาดออกซิเจนในครรภ์ (Pitsawong, Panichkul, 2011)

จากสถานการณ์ปัจจุบันตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2561 พบว่าอัตราการตายทารกแรกเกิดปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 3.94 ต่อพันการเกิดมีชีพ โดยที่สาเหตุการตายอันดับ 1 ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 25 อันดับ 2 birth asphyxia ร้อยละ 24 อันดับ 3 Congenital heart disease ร้อยละ 14 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการตั้งเป้าหมายให้อัตราตายทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพและภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดของทารกแรกเกิด (perinatal asphyxia) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดอันดับที่ 2 รองจากการเกิดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดของทารกแรกเกิด (perinatal asphyxia) เป็นสภาวะที่พบได้เมื่อเกิดความเสียหายที่กระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในเลือดส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน (hypoxemia) และภาวะการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia) นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกายของผู้ป่วยทั้งยังส่งผลให้อวัยวะสำคัญขาดออกซิเจนไปเลี้ยงจึงทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตายของเซลล์ในระบบประสาทและความพิการของสมองจากการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกตาม The International Classification of Disease 10 (ICD 10) ใช้คะแนนแอฟการ์ (APGAR score) ที่เวลา 1 นาที หลังเกิดหากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จะถือว่ามีความผิดปกติของทารกแรกเกิดซึ่งจัดแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดออกเป็น 2 ระดับ โดยคะแนน 0-3 จะถือว่ามีความผิดปกติของทารกแรกเกิดระดับรุนแรงมาก ส่วนคะแนน APGAR 4-7

(Pitsawong and Panichkul, WHO (2010) ถือว่ารุนแรงปานกลางหรือเล็กน้อย

อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) ภาพรวมของประเทศ ปี 2562 มีจำนวน 4432 คน ต่อเด็กเกิดมีชีพ 285,854 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55 สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 พบ จำนวน 353 คน ต่อการเกิดเด็กมีชีพ 195,881 คน คิดเป็นร้อยละ 1.80 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งตั้งเป้าเป้าหมายไม่มีอัตราการเกิดภาวะการขาดอากาศในทารกแรกเกิดและยังพบว่าอัตราส่วนการเกิดไร้ชีพ ปี 2562 พบ 4.47 ต่ออัตราเด็กเกิด แส่นคน ซึ่งมีการตั้งเป้าเป้าหมายไม่มีอัตราส่วนทารกเกิดไร้ชีพ เช่นเดียวกันและอัตราการตายทารกแรกเกิด น้อยกว่า 3.0 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2562 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งพบว่าอัตราการตายของทารกแรกเกิด 4.19 ต่อทารกมีชีพ 1,000 คน นอกจากนั้นพบว่า อัตราตายทารกแรกเกิดระยะต้น ภายในระยะเวลา 7 วัน ภาพรวมของประเทศ เท่ากับ 3.95 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 เท่ากับ 3.39 ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับห้องคลอดโรงพยาบาลหัวตะพานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 มารดามารับบริการคลอด จำนวน 53 ราย ไม่พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะการขาดออกซิเจน ปีงบประมาณ 2559 มารดามารับบริการการคลอด จำนวน 67 ราย พบทารกแรกเกิดมีภาวะการขาดออกซิเจน จำนวน 2 ราย และ ปีงบประมาณ 2560 มารดามารับบริการการคลอด 65 ราย

พบว่า ทารกแรกเกิดมีภาวะการขาดออกซิเจนจำนวน 4 ราย ซึ่งพบอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกที่ 1 นาฬิกาเท่ากับ ปี 2558 เท่ากับ 0, ปี 2559 เท่ากับ 29.85 และ ปี 2560 เท่ากับ 62.5 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีวิตตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่สาเหตุของทารกขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ปัญหาจากการขาดไม่ได้ฝากครรภ์และคลอดทารกทันท่วงที การคลอดระยะที่ 2 ที่ยาวนาน ทารกตัวโตคลอดติดไหล่ มารดาเป็นเบาหวาน (ข้อมูลจากทะเบียนคลอดโรงพยาบาลหัวตะพาน ปี 2558-2560)

มีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้แก่ อายุมารดาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีและมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีและพบว่ามารดาที่มีอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีมีโอกาสคลอดทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนมากกว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 35 ปีถึง 5 เท่า (OR = 5.13) (คารุณีจันญาไชย, 2555) มารดาต่างชาติและภาวะครรภ์เป็นพิษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรณีการบูรณวินชและกฤษณ์เชียวชาญ ประพันธ์, 2020) มารดาที่เป็นโรคเรื้อรัง เบาหวานก็มีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (OR = 6.495, 95% CI: 1.718-24.557) (สมบัติศักดิ์สว่างซ์และสุธีร์รัตนเมงคกุล, 2562) 2) ปัจจัยด้านทารก มีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้แก่ทารกน้ำหนักแรกคลอด < 2,500 กรัมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 23 และ 11 ตามลำดับพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.40, 95% CI 1.42-4.04, p-value 0.001) (Alemwork Desta Meshesha, et al, 2020) และทารกคลอดก่อน 37 สัปดาห์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 22 และ 12 ตามลำดับพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.08, 95% CI 1.24-3.51, p-value 0.006) ภาวะทารกค้ำขึ้นในครรภ์ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 8 และ 3.6 ตามลำดับพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 2.28, 95% CI 0.98-5.30, p-value 0.04) และการตั้งครรภ์แฝด (OR = N/A, 95% CI: N/A) (ชญาศักดิ์ พิศวร และปริศนา พานิชกุล, 2554, สมบัติศักดิ์สว่างซ์และสุธีร์รัตนเมงคกุล, 2562) 3) ปัจจัยการคลอดก็มีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเช่นเดียวกันได้แก่ พบว่าในระยะคลอด โอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบในการคลอดระยะที่ 2 ที่นานเกิน 60 นาที มีมากกว่าการคลอดระยะที่ 2 ในเวลาปกติ 9 เท่า (OR = 9.8) วิธีการคลอดผิดปกติมีมากกว่าวิธีการคลอดปกติ 62 เท่า (OR = 62.11) และวิธีการคลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศมีมากกว่าการคลอดผิดปกติวิธีอื่น 17 เท่า (OR = 17.50) (คารุณีจันญาไชย, 2555) นอกจากนั้น ภาวะผิสดส่วนระหว่างศีรษะทารกและเชิงกราน (OR = 2.727, 95% CI: 0.985-7.552) หญิงตั้งครรภ์ไม่มีแรงเบ่งคลอด (OR = 27.136, 95% CI: 3.475-211.927) ภาวะคลอดติดไหล่ (OR = N/A, 95% CI: N/A) ดัชนีมวลกายก่อนการคลอด (OR = 1.708, 95% CI: 1.004-2.903) ภาวะมีไข้ในน้ำคร่ำ (OR = 15.403, 95% CI: 4.436-53.485) การให้ยาเร่งคลอด (OR = 1.727, 95% CI: 1.064-2.803) และการคลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศ (OR = 18.969, 95% CI: 4.615-77.972) มีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเช่นเดียวกัน และการผ่าตัดคลอดส่วนนำของทารกเป็นท่าก้นภาวะติดเชือน้ำคร่ำและภาวะรกเกาะต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรณีการบูรณวินชและกฤษณ์เชียวชาญ ประพันธ์, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดนั้นสามารถป้องกันได้ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอดโดยคัดกรองภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ โดยติดตามประเมินความเสี่ยงของเด็กในครรภ์ด้วยการอัลตราซาวด์ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของเด็กในครรภ์ ประเมินการดิ้นของเด็กในครรภ์ ส่วนระยะคลอด ดูแลการคลอดให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก สังเกตการณ์เต้นของหัวใจเด็กอย่างสม่ำเสมอในระยะคลอด และช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อทารกแรกเกิดเมื่อมีภาวะการขาดออกซิเจน เตรียมการผ่าตัดเมื่อไม่สามารถคลอดปกติได้ ระยะหลังคลอด การสังเกตสายสะดือเด็กและการคลอดของรก ที่ผิดปกติ (Christina, Herrera, Robert, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าในการปฏิบัติกรพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดจะเป็นการพยาบาลเฉพาะมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนการคลอดระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ที่ยาวนาน เพื่อป้องกันการ

ขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (อาภาพรศิริระวงษ์และนิลบุรจิรประเสริฐ, 2560) และแนวปฏิบัติในการคลอดติดไหล่ ที่พบได้ร้อยละ 0.5-1% ของการคลอดปกติซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (LoicSentilhes, et al, 2016) ซึ่งยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดตั้งแต่แรกเริ่มของการคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลมารดาและทารกเพื่อป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเพื่อลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพซึ่งยังเป็นปัญหาของสาธารณสุขของประเทศและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับเด็กแรกเกิดได้อีกด้วย การลดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกดังกล่าวได้ต้องปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่จากการปฏิบัติงานพบว่า การคัดกรองภาวะเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม มีการประเมินมารดา และทารก ยังไม่มีการประเมินกระบวนการคลอด การดูแลระยะคลอดยังไม่ขึ้นตอนการดูแลเมื่อพบภาวะผิดปกติของการคลอด

การใช้กราฟติดตามความก้าวหน้าของการคลอดพยาบาลประจำการที่ให้บริการการคลอดยังไม่มีความชำนาญ การดูแลมารดาตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลประจำการของแต่ละบุคคล ไม่มีลายลักษณ์อักษรที่เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลหัวตะพาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการทางคลินิกในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลหัวตะพาน เพื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด นำไปปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นสามารถลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ตามเกณฑ์เป้าหมายของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ และเป็นการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการทางคลินิกในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการทางคลินิกในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Development of clinical nursing practice guideline) มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหาการปฏิบัติงานและความรู้ที่มีอยู่ 2) สืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์และสังเคราะห์การตัดสินใจคุณภาพงานวิจัย 4) นำข้อมูลมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาการปฏิบัติงาน (Evidence triggered Phase) ได้มากกว่าหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 จากการปฏิบัติงาน (Practice triggers) พบว่าหน่วยงาน มีแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดไม่ครอบคลุมในเรื่องขาดการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติการเฝ้าระวังทุกระยะของการคลอดยังไม่ครอบคลุม และยังไม่มีการกำหนด Criteria ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนในการรายงานแพทย์ในกรณีที่มีความเสี่ยง ทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินส่งต่อ และไม่แน่ใจในการที่จะรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้น

1.2 จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggers) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดยังไม่มีประสิทธิภาพตั้งแต่การป้องกันในระยะการฝากครรภ์ การคัดกรองภาวะเสี่ยงของมารดาขณะมาฝากครรภ์ไม่ครอบคลุมและการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ไม่ครอบคลุมมารดาที่มีภาวะเสี่ยงเช่นเดียวกัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการคลอดระยะที่ 1, 2 และระยะที่ 3 ของการคลอด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น

การคลอดระยะที่ 2 ที่ยาวนาน การคลอดติดไหล่ การคลอดท่าก้น ทำให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงในระยะคลอดได้ จึงมีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด รวมทั้งบุคลากรยังไม่มี ความชำนาญในการใช้เครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของคลอด และการแปลผลของเครื่องมือต่าง ๆ อีกด้วย

กล่าวโดยสรุป ภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นมาก จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กแรกเกิด โดยสมองขาดออกซิเจน มีความพิการทางสมอง ต้องเป็นภาระของครอบครัว ต้องเลี้ยงดู และส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากรของประเทศในอนาคต จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence Supported Phase) เป็นการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การคัดเลือกและเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการสืบค้นตามกรอบของ PICO (Sackett, et.al, 1997 cited in Craig, Smyth, & Mullally, 2002) ดังนี้ P (Population) : งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทารกแรกเกิด, I (Intervention) : งานวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, C (Comparison Intervention) การเปรียบเทียบวิธีการพยาบาลที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, O (Outcome) : อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ต่อ 1000 เด็กต้องมิชีพ T (Time) : กำหนดช่วงเวลาการค้นคว้างานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2553 ถึง 2563 ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2. แหล่งในการสืบค้นและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น

2.1 กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติได้แก่

www.Guidelince.gov,www.cochrange.com ฐานข้อมูลบททวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบได้แก่ CINAHL PubMed, MED-Line และการสืบค้นจากวารสารทั้งในประเทศ ต่างประเทศ และวิทยานิพนธ์

2.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Clinical nursing practice guideline Birth asphyxia, Birth asphyxia, management Birth asphyxia

3. ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk&Fineout-Overhelt (พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2551)

4. ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 21 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 6 เรื่อง (ระดับ 3) บทความ 2 เรื่อง (ระดับ 6) และแนวปฏิบัติทางคลินิก 3 เรื่อง งานวิจัยเชิงบรรยาย 10 เรื่อง (ระดับ 4)

5. ประเมินความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

6. สารหลักที่สรุปได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดระยะรับใหม่ของการคลอด เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาโดยการสัมภาษณ์ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านการคลอด และปัจจัยด้านทารก มีการตรวจประเมินร่างกายมารดาและการตรวจครรภ์ 2) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ของการคลอดระยะที่ 1เป็นการ

ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก การเต้นของหัวใจเด็ก มดลูกหดตัว การติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ด้วย Partograph และการประเมินภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดด้วย EFM เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อได้ทันเวลา 3) การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดระยะที่ 2,3 ของการคลอดเป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและประเมิน APGAR SCORE ของทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 เพื่อให้การช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรม 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านกุมารเวชกรรม 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน จากนั้นผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

ส่วนที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล(Evidence observed phase) เป็นระยะของนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดย

3.1 นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพรวม 8 คน ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ผู้ศึกษาชี้แจงวิธีการและขั้นตอนที่ได้กำหนดที่ปฏิบัติกับมารดาที่มารับบริการการคลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ทั้งหมด 32 คน โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติจะประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติตามแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะแบบประเมินเป็นแบบตรวจสอบรายการเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ได้ปฏิบัติ” ข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติลงรายละเอียดเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน หากกิจกรรมในข้อใดมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติร้อยละ 90 ขึ้นไป แสดงว่านำไปใช้ได้

3.2 การประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหลังจากที่ทดลองปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ โดยผู้ศึกษาประยุกต์ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติของ ฉวีวรรณ ธงชัย และ พิกุล นันทชัยพันธ์(2563) มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ความยากง่ายในการปฏิบัติ ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมในการนำไปใช้กับบริบทของโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมกับอัตรากำลัง เวลาและงบประมาณในการปฏิบัติงานทางการพยาบาล โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ มาก ปานกลาง และน้อย

4. ด้านผลลัพธ์โดยประเมินหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้ประเมินจำนวนเด็กที่มีภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 และนำมาคำนวณอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน และนำมาเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดระยะก่อนและหลังดำเนินการ

สรุปผลวิจัย

1. เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ซึ่งประกอบด้วยการดูแล 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดระยะรับใหม่ มี 3 กิจกรรมย่อย ระยะที่ 2 การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ระยะที่ 1 ของการคลอดมี 2 กรณี ได้แก่ ไม่มีภาวะเสี่ยง BA ระยะ Latent Phase มี 5 กิจกรรม ระยะ active phase 3 กิจกรรม ส่วนกรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด BA ระยะ Latent Phase มี 6 กิจกรรม Active มีกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม มีกิจกรรมย่อย 15 กิจกรรม ระยะที่ 3 การป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะที่ 3 ของการคลอด มี 10 กิจกรรม สำหรับดูแลมารดาคลอดและมีการดูแลเด็กที่มีการคลอดปกติ 8

กิจกรรม การดูแลเด็กคลอดที่มีภาวะขาดออกซิเจนระดับปานกลาง 5 กิจกรรม และการดูแลทารกแรกคลอดที่มีภาวะการขาดออกซิเจนระดับรุนแรง 4 กิจกรรม

2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ทุกกิจกรรมซึ่งมีทั้งหมด 57 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 ของการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดสรุปได้ ว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 100

3. การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ 8 คน ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติเห็นด้วยและยอมรับแนวทางที่สร้างขึ้นโดยกิจกรรมทุกข้อ ได้คะแนน 3 ขึ้นไป คือว่ายอมรับได้ร้อยละ 100 และนำไปใช้ได้ เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ และความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลเห็นด้วย และยอมรับแนวทางในระดับมาก ส่วนความประหยัดเวลาในการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลมีความคิดเห็นด้วยและยอมรับแนวทางในระดับปานกลาง 1 คน

4. เมื่อเปรียบเทียบจำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะการขาดออกซิเจนก่อนดำเนินการ 4 ราย หลังจากดำเนินการ 1 ราย เมื่อคำนวณอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 ต่อ 1000 คน การเกิดมีชีพลดลงจาก 62.5 เหลือ 16.94

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนั้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาโดยเริ่มจากการจัดประชุมวิชาการของหน่วยงาน ถึงปัญหาที่พบในการปฏิบัติและแนวทางการแก้ไข เป็นการสร้างความตระหนักให้ทุกคนเห็นความสำคัญที่จะต้องร่วมกันแก้ไข หรือพัฒนาแนวปฏิบัติ เมื่อทุกคนเห็นความสำคัญได้แบ่งหน้าที่ในบทบาทวรรณกรรมหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา เมื่อทบทวนได้หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือมาใช้ในแนวปฏิบัติประกอบกับเมื่อมีการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทำให้ทุกคนมีความรู้และมีความคิดที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้ในหน่วยงานให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยพบว่าทุกคนให้ความร่วมมือมีส่วนร่วมในการประเมิน และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับบริบท ส่วนปัญหาที่พบในการทบทวนงานวิจัยหรือ เอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางปฏิบัติที่หลากหลายเป็นไปตามบริบทและแนวทางการศึกษาของแต่ละแห่ง ต้องวิเคราะห์เสนอแนะและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความเกี่ยวข้องของทีมงาน ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

2.1 การตรวจสอบแนวปฏิบัติของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ทั้ง 5 ท่าน สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพยาบาลมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และแพทย์ด้านกุมารเวชกรรม สามารถให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษา ทำให้แนวปฏิบัติมีความชัดเจนและครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญในการปฏิบัติได้

2.2 การทดลองใช้แนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กิจกรรมบางกิจกรรมพยาบาลวิชาชีพไม่มีความชำนาญ การใช้และการแปลผล Partographและการใช้ EFM ทำให้ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดได้ล่าช้า ซึ่งได้มีการทบทวนและอบรมการใช้

และการแปลผลความก้าวหน้าของ Partograph และ EFM ทำให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความเข้าใจและใช้แนวปฏิบัติได้ดี ซึ่งสามารถรายงานความเสี่ยงที่เกิดจากการคลอดได้ทันเวลา

ส่วนการทดลองนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในกลุ่มคลอด 32 ราย พบว่ามีระยะการคลอดที่ 2 ใช้เวลามากกว่า 60 นาที จำนวน 2 ราย น้ำหนักทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม 2 ราย มีทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนปานกลาง 1 ราย ที่นาทีที่ 5 หลังจากดูดเสมหะและกระตุ้นให้ร้องเด็กรักก็หายใจปกติ ร้องเสียงดัง สนิมปกติ จากการใช้นโยบายในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลมีแบบแผนการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกันมีการใช้ Partograph และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน ของทารกแรกเกิดทุกระยะของการคลอดทำให้ค้นพบปัญหาหรือแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เช่น น้ำหนักทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม มีภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติเพื่อตัดสินใจในการช่วยเหลือการคลอดหรือการส่งต่อ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้ตามปกติ ไม่มีภาวะการขาดออกซิเจนระดับรุนแรงของทารกแรกเกิด

2.3 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อนโยบาย

จากการประเมินผู้ใช้นโยบายโดยภาพรวมพยาบาลเห็นด้วยและยอมรับนโยบายในระดับมากทั้งในด้านความง่ายและความสะดวก ความชัดเจน ของเนื้อหา ประสิทธิภาพนโยบาย ตลอดจนความเป็นไปได้ในการใช้นโยบายไปใช้ในหน่วยงานสามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากการสร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับทีมงานให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและการให้ทีมงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น เพื่อหาแนวปฏิบัติที่ดีสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ด้วยเหตุผลนี้ ผู้ปฏิบัติทุกคนจึงมีความเข้าใจ ในเนื้อหา และนำไปสู่การปฏิบัติได้จนเกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ

แต่การประเมินความประหยัดในการนำนโยบายไปใช้ ความคิดเห็นของพยาบาล 1 คน พบว่า ความประหยัดและการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จากการสอบถามเพิ่มเติม ได้พบว่าข้อของนโยบายและข้อความในแนวนโยบายมีมาก อยากให้ข้อความสั้นกระชับรัดกุมเพื่อง่ายในการปฏิบัติไม่เสียเวลามาก

ผลลัพธ์ของการใช้นโยบาย

อัตราการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดและอัตราทารกตายปริกำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจน พบว่า ภายหลังจากใช้นโยบายการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น จำนวนเด็กขาดออกซิเจนระดับเล็กน้อย จำนวน 1 คน เมื่อคำนวณอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดต่อ 1,000 คน การเกิดมีชีพนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ลดลงจาก 62.5 เป็น 16.94 ต่อ 1,000 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินโครงการ สำหรับอัตราทารกตายปริกำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจนเป็นศูนย์ ถ้าก่อนและหลังดำเนินโครงการทั้งนี้คาดเป็นเพราะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนให้บุคลากร คือ เป็นแนวทางส่งผลให้บุคลากรทุกคนทราบขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้สามารถป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ ซึ่งแนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพัฒนาร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด หลักฐานเชิงประจักษ์ และฝ่ายผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ ทำให้ผลดีในการนำนโยบายไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวรา ไหลวรินทร์ (2557) ศึกษาการพัฒนาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา บุคคลที่มีแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารก

แรกเกิด ตั้งแต่ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ของการคลอดส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด นานที่ 1 และที่ 5 ต่อ 1000 ลดลงก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เป็นแนวปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติอาจต้องมีการปรับข้อความให้มีความกระชับ เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ทั้งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปฏิบัติ จะต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในการประกาศใช้และเผยแพร่แนวปฏิบัติอย่างจริงจังและทั่วถึง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ บริการ และเกิดความคุ้มค่าและประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงความพึงพอใจ ของมารดาที่มีต่อ การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และขยายขอบเขตการศึกษาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ เพื่อสามารถลดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข.อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate) เขตสุขภาพ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 2

สิงหาคม2563.เข้าถึงได้จาก:

<http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/birthasphyxia?year=2020>

กรณีการบูรณวิชและกฤษณ์เชี่ยวชาญประพันธ์. (2563). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนปริกำเนิดในคณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. Vol. 65 No. 1 January - February 2020.

ชญาศักดิ์ พิสง และปริศนา พานิชกุล.(2554).ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลมกุฏเกล้าเวช สारการแพทย์ทหารบกปีที่ 6 ฉบับที่ 3 ก.ค. – ก.ย. 2554.

ฉวีวรรณ ธงชัยและพิกุล นันทชัยพันธ์. (2563).แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก.(ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2563, เข้าถึงได้จากhttps://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Thai.pdf

ดารุณิฉินญาไชย.(2555).ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้นอาจาโร.วารสาร พยาบาล. ปีที่61ฉบับที่4 ตุลาคม – ธันวาคม 2555

พองคำติลสกลชัย. (2551). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีการปฏิบัติ (Evidence-based nursing: Principle and method)(พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: พรี-วัน.

วรรณวรา ไหลวารินทร์.(2557).การพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดโรงพยาบาลพหลพล พยุหเสนา.วารสารกองการพยาบาล.ปีที่4 ฉบับที่ 3 กันยายน –ธันวาคม 2557.

สมบัติ ศักดิ์สว่างษ์และสุธีร์รัตนมงคล.(2562).ปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรก เกิดในโรงพยาบาลกุมภวาปี.อุดรธานี. เวชสารแพทย์ทหารบกปีที่72ฉบับที่1มกราคม-มีนาคม 2562.

อาการศีรษะว่างและนิลบลูจี้ประเสริฐ.(2560).การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการคลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ยาวนาน โรงพยาบาลจตุรสังข์จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีที่ 3 ฉบับที่ 2.

AlemworkDestaMeshesha,MulukenAzage,EndalkachewWorku,GetahunGebreBogale. Determinants of Birth Asphyxia Among Newborns in Referral Hospitals of Amhara National Regional State, Ethiopia. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics 2020:11.

Christina A. Herrera, Robert M. Silver, Perinatal Asphyxia from the Obstetric Standpoint Diagnosis and Interventions.ClinPerinatol 43 (2016) 423-438.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2002).The evidence-based manual for nurses. London: Churchill Livingstone.

LoicSentilhes , Marie-VictoireSenat , Anne-Isabelle Boulogne ,Catherine Deneux-Tharaux.

Pitsawong C, Panichkul P. Risk factors associated with Birth Asphyxia in Phramongkutklao Hospital. Thai J ObstetrGynaecol.2011;19:165-171

World Health Organization.ICD-10 Version 2010 [Serial online]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2017 Jun 12]. Available from:

<http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en>.https://my.dek-d.com/KATAI-Zaa/blog/?blog_id=10158648

World Health Organization.Newborn death and illness 2011. Available from:http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newbornddeath_illness/en/. Accessed November 05, 2019.