Original Article

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง

Outcomes of Perinatal Palliative Care Program

ยุภาภรณ์ สายแสน,[1,3] รัตนาภรณ์ ศิริเกต,[1,3] แพงพรรณ ศรีบุญลือ,[1,3] ศรีเวียง ไพโรจน์กุล,[2,3] อรรถกร รักษาสัตย์ [2,3]

[1] หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] โครงการศูนย์ความร่วมมือการวิจัยการดูแลแบบประคับประคองการุณรักษ์

ผู้รับผิดชอบบทความ: รัตนาภรณ์ ศิริเกต
หน่วยการพยาบาลประคับประคอง งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
email : rattsi@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การตั้งครรภ์ในปัจจุบันที่มีความซับซ้อนและความผิดปกติทางการแพทย์ อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่รุนแรงต่อทารกในครรภ์ การให้คำแนะนำปรึกษาแบบประคับประคอง ระยะปริกำเนิด เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลทารกในครรภ์ ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เห็นความสำคัญของการวางแผนการคลอด การดูแลแบบประคับประคองในระยะปริกำเนิด และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของทารก ในการนี้จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา: ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนบันทึกการดูแล และระบบสารสนเทศ กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยประคับประคองในกลุ่มทารกระยะปริกำเนิดที่ได้รับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 15 ราย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

รับต้นฉบับ 20 กันยายน 2567 | แก้ไขต้นฉบับ 17 ตุลาคม 2567 | รับต้นฉบับตีพิมพ์ 1 พฤศจิกายน 2567

ผลการศึกษา: พบว่า ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง ทำให้มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติของรกและถุงน้ำคร่ำ ระบบปอดและทรวงอก หัวใจพิการแต่กำเนิด และทารกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ13.33 ข้อมูลเกี่ยวกับ แผนการดูแลก่อนคลอด ทุกรายมีการประชุมครอบครัว (family meeting) อย่างน้อย 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ100 ผู้มีส่วนร่วมในการตัด สินใจ เป็นครอบครัวไม่ใช่เฉพาะมารดาและมีทีมสหสาขาที่ร่วมดูแลคิดเป็นร้อยละ 100 แผนการดูแลล่วงหน้า ต้องการการดูแลแบบสุขสบาย (Comfort care) 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 ต้องการการรักษาแบบการช่วยฟื้นคืนชีพ (full resuscitate) หลังคลอด 2 ราย คิดป็นร้อยละ13.33 ไม่มีการยุติการตั้งครรภ์ (terminate) ก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ จากแผนการดูแลล่วงหน้า สถานที่เสียชีวิตเลือกโรงพยาบาล 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้าน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 มารดาตั้งครรภ์ทั้งหมดได้รับการส่งเสริมสร้างความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (bonding and parenting) คิดเป็นร้อยละ 100 หลังคลอดเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 ยังมีอยู่ภายหลังคลอด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 ได้รับการให้ยามอร์ฟีน เพื่อจัดการอาการ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 จำนวนเวลาที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 เดือน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 ภายหลังคลอด ครอบครัวต้องการเก็บรอยนิ้วมือนิ้วเท้า (memory making) 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และทุกครอบครัว ไม่มีภาวะเศร้าโศกเสียใจที่มีภาวะผิดปกติ (complicate greif) คิดเป็นร้อยละ 100

สรุป: โปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวรับทราบสถานการณ์ความเป็นจริง กำหนดเป้าหมายในการดูแล ร่วมกันกับทีมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้อง กับความต้องการของครอบครัว เพื่อที่จะได้วางแผนการดูแล และสร้างความทรงจำที่มีความหมาย มีการวางแผนการดูแลในช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ วินิจฉัยโรคและการตั้งครรภ์ที่คุกคามชีวิต ในช่วงก่อนคลอด ระยะปริกำเนิด และทารกหลังคลอด ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความต้องการของครอบครัว รวมทั้งการดูแลการสูญเสียของครอบครัว

บทนำ

การตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่บิดา มารดาตั้งความหวังไว้เป็นอย่างสูง และมีความหวังว่าทารกจะคลอดออกมาปลอดภัย แข็งแรงและพร้อมที่จะเจริญเติบโต ซึ่งนับเป็นความสำเร็จของการเป็นบิดา มารดาโดยสมบูรณ์[1] แต่ในบางครอบครัวอาจไม่สามารถสมหวังกับทารก ส่วนหนึ่งพบว่าเกิดความผิดปกติตั้งแต่เป็นตัวอ่อนในครรภ์ (fetal anomaly) ซึ่งไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ การตายปริกำเนิด (perinatal death) หมายถึง การตายของทารกในช่วงของปรากฏการณ์ทางสูติศาสตร์ เช่น การตายของทารกในครรภ์ (fetal death) ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป การตายคลอด (stillbirth) และการตายของทารกแรกเกิด (neonatal death) ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 28 วัน[2] จากสถิติ

อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดใน 28 วัน ทั่วโลกในปี 2564 17 รายต่อทารก 1,000 คน ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดใน 28 วัน คิดเป็น 4.9 รายต่อทารก1,000 คน โดยองค์การอนามัยโลก กำหนดเป้าหมายน้อยว่า12 รายต่อทารก 1,000 คน[3]

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นทีมให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2553 มุ่งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง ทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ประสานส่งต่อภาคีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ โดยเริ่มเก็บข้อมูลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เฉลี่ยแล้วมีผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดในการดูแล 10 ราย/ปี[4] ปัญหาที่พบ คือ ขาดการสื่อสารส่งต่อการดูแล กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยดูแลเริ่มต้นตั้งแต่การรับผู้ป่วยที่ Maternal-Fetal Medicine (MFM) ห้องคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอด และหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกคลอด เพื่อให้เป็นการสื่อสาร และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ครอบครัวก้าวผ่านภาวะเศร้าโศกเสียใจ

ปัจจุบันความก้าวหน้าในการดูแลก่อนคลอด และเทคโนโลยีการวินิจฉัยช่วยให้สามารถวินิจฉัยทารกในครรภ์ที่มีความเสี่ยงจะเสียชีวิตได้เร็วขึ้น ทารกที่มีความเสี่ยงเหล่านั้นต้องการได้รับคำปรึกษาข้อเสนอแนะแนวทางการดูแลแบบประคับประคองระยะปริกำเนิด ให้กับครอบครัวที่เผชิญกับสถานการณ์เหล่านี้ ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเปิดโอกาสให้สำรวจเป้าหมายการดูแลและวางแผนการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมที่สุด ทีมประคับประคองจะดูแลช่วยเหลือวางแผนการดูแลของการตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด การตัดสินใจและดูแลครอบครัวไม่ว่าจะเลือกแนวทางรักษาใด จะยุติการตั้งครรภ์ หรือ ตั้งครรภ์ต่อไป โดยร่วมดูแลมารดาและครอบครัว ช่วยให้ได้รับข้อมูลทางด้านการแพทย์ที่ถูกต้อง และรับรู้สถานการณ์โรค รวมถึงการวางแผนการตั้งครรภ์ในอนาคต ตลอดจนสนับสนุนการสื่อสารที่ชัดเจนและสนับสนุนครอบครัวในการกำหนดเป้าหมายการดูแล และความปรารถนาสำหรับบุตรของตน การจัดทำแผนการคลอดแบบประคับประคองเป็นวิธีการสำคัญ ในการสำรวจและการจัดทำเอกสารการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความผิดปกติ หรือคาดว่าจะเสียชีวิต กระบวนการวางแผนการคลอดแบบประคับประคองมีทั้งเชิงหน้าที่ และเชิงรักษาสำหรับครอบครัวที่นำไปสู่เป้าหมายของการพูดคุยเรื่องการดูแล ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการวางแผนการคลอดที่สำคัญ[5] ในมิติด้านการพยาบาล วิธีการพยาบาลเฉพาะเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์ ภายหลังสูญเสียทารกปริกำเนิด มี 4 ประเด็น ได้แก่ การเตรียมตัว (preparation) การสนับสนุน (support) การดูแล (caring) และการให้คำปรึกษา (counseling) โดยการดูแลจะแยกออกเป็นการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ภายหลังสูญเสียทารกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ มากกว่า 20 สัปดาห์ รวมทั้งครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ภายหลังสูญเสียทารก [6]

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เห็นความสำคัญของการวางแผนการคลอดแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยทารกในระยะปริกำเนิดและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของทารกในระยะปริกำเนิด จึงได้จัดทำโปรแกรมนี้ขึ้นมา โดยพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการสื่อสารความปรารถนาของครอบครัว ด้วยวิธีการดูแลแบบประคับประคอง ด้านการคลอด การดูแลก่อนคลอด ระยะปริกำเนิดและรวมไปถึงทารกแรกเกิด[7] เพื่อใช้ใน การวางแผนการดูแลทารกในครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยที่มีภาวะผิดปกติ ซึ่งเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือดูแลให้การประคับประคองเด็กและครอบครัวแบบองค์รวม (holistic management)[7] ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทารกและประคับประคองครอบครัวให้สามารถก้าวผ่านช่วงเวลาของการสูญเสียได้อย่างราบรื่น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้น เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) เป็นการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในกลุ่มทารกระยะปริกำเนิดที่ได้รับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 และติดตามมารดาและทารกต่อไปอีกเป็นเวลา 1 ปี โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขจริยธรรมคือ เลขที่ HE661330 รับรองเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง ที่เข้ารับบริการศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคของการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลแผนการดูแลก่อนคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลก่อนคลอด ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการประชุมครอบครัว (family meeting) ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว ทีมสหสาขาร่วมดูแล แผนการดูแลล่วงหน้า และการส่งเสริมสร้างความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (bonding and parenting)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลการมีชีวิตของทารก การใช้ยาเพื่อจัดการอาการ ระยะเวลารอดชีพของทารก สถานที่เสียชีวิต ความต้องการการเก็บความทรงจำ (memory) และการประเมิน ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (complicate greif)

นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลประคับประคองทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง (perinatal palliative care) หมายถึง การดูแลประคับประคองทารกระยะปริกำเนิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ซึ่งเน้นการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความสุขสบายของทารกแรกเกิดที่มีภาวะผิดปกติอันเป็นข้อจำกัดของชีวิตในช่วงแรกเกิด โดยการดูแลประคับประคองในช่วงก่อนคลอด สามารถดูแลควบคู่ไปกับการรักษาเพื่อยืดชีวิตได้ แต่จะเน้นในการดูแลเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน[7] และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลแบบประคับประคองช่วงระยะที่ทารกในครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติหรือมีภาวะโรคร้ายแรง เป็นกระบวนการวางแผนการคลอด โดยกระบวนการนี้ จะช่วยลดความกลัว และความกังวลของครอบครัว ซึ่งเป้าหมายการดูแลแบบประคับประคอง คือ การดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลและสื่อสารแผนการดูแลของครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะแรกคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการวางแผนดูแลเมื่อกลับบ้านจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต เพื่อให้ครอบครัวสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาของการสูญเสียได้อย่างราบรื่น[8]

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง หมายถึง ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดที่ได้รับบริการจากศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ในการจัดการแบบรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคของการตั้งครรภ์ 2) แบบบันทึกข้อมูลแผนการดูแลก่อนคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลก่อนคลอด ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการประชุมครอบครัว ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว ทีมสหสาขาที่ร่วมดูแล แผนการดูแลล่วงหน้า และการส่งเสริมสร้างความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก (bonding and parenting) 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลการมีชีวิตของทารก การใช้ยาเพื่อจัดการอาการ ระยะเวลารอดชีพของทารก สถานที่เสียชีวิต ความต้องการการเก็บความทรงจำ (memory) และการประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (complicate greif)

กรอบแนวคิดทางการพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบประสิทธิภาพของบทบาทพยาบาล (the nursing role effectiveness model) ของ Lukewich, Tranmer, Kirkland **และ** Walsh[9] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย**ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแล ทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง**โดยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพการบริการของพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) โครงสร้าง (**structure**) ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กร 2) กระบวนการ (**process**) ประกอบด้วย ปัญหาและความต้องการในการให้บริการแบบประคับ

ประคองตามบทบาทหลักของพยาบาล (บทบาทอิสระ บทบาทตามแผนการรักษา และบทบาทการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ) และ 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ประกอบด้วย ผลลัพธ์ตามบทบาทการดูแลของพยาบาลในมารดาและทารกระยะปริกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปพัฒนารูปแบบและกิจกรรมการให้การพยาบาลในโปรแกรมการดูแล**ทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง**

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

นำปัญหาปรึกษาหัวหน้าหน่วยงานเพื่อจัดทำโครงการ และจัดประชุมในหน่วยงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานโครงการ

ขั้นดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาร่วมกับพยาบาลศูนย์การุณรักษ์ รับปรึกษาผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

2. จัดเตรียมแบบประเมิน และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง สำหรับดำเนินการดูแลผู้ป่วยในแฟ้มการดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคองสำหรับพยาบาล

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบข้อมูลที่ได้ ความถูกต้อง และการแปลผลรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบมารดาตั้งครรภ์เข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.66 รองลงมาเป็นการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นช่วงอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 46.67 โรคประจำที่พบในมารดาส่วนใหญ่ คือ hypertension, syphilis, thalassemia และ hypothyroid คิดเป็นร้อยละ 6.66 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไป (n=15)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา	จำนวน (ร้อยละ)
ช่วงอายุ (ปี)	
10-19 (teenage pregnancy)	3 (20)
20-35 (pregnancy at the right age)	10 (66.66)
36-45 (advance maternal age)	2 (13.33)
สิทธิบัตร	
บัตรทอง	7 (46.67)
ประกันสังคม	3 (20)
จ่ายตรง	2 (13.33)
จ่ายเอง	3 (20)
โรคประจำตัวมารดา	
Hypertension	1(6.66)
Syphilis	1 (6.66)
Thalassemia	1 (6.66)
Hypothyroid	1 (6.66)
โรคประจำตัวบิดา	
Syphilis	1 (6.66)

ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการตั้งครรภ์ก่อนคลอด ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติของรกและถุงน้ำคร่ำ ระบบปอดและทรวงอก หัวใจพิการแต่กำเนิดและทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 13.3 เริ่มฝากครรภ์ไตรมาสที่ 1 (1-13 สัปดาห์) 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ไตรมาสที่ 2 (14-28 สัปดาห์) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 ไตรมาสที่ 3 (29-40 สัปดาห์) 4 ราย ร้อยละ 26.67 อายุครรภ์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่อยู่ไตรมาสที่ 3 (29-40 สัปดาห์) 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.66 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคและการตั้งครรภ์ (n=15)

การวินิจฉัยก่อนคลอด	จำนวน (ร้อยละ)
โครโมโซมผิดปกติ (abnormal chromosomes)	1 (6.66)
หัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart defect)	2 (13.33)
ทางเดินอาหารและตับ (gastrointestinal tract and liver)	1 (6.66)
ระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary system)	1 (6.66)
ระบบประสาทและสมอง (nervous system and brain)	1 (6.66)
ระบบกระดูกและข้อ (orthopedic system)	1 (6.66)
ความผิดปกติของรกและถุงน้ำคร่ำ (abnormalities of the placenta and amniotic sac)	2 (13.33)
ระบบปอดและทรวงอก (pulmonary and thoracic system)	2 (13.33)
ทารกตายในครรภ์ (death fetus in Utero)	1 (6.66)
ติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ (infection during pregnancy)	1 (6.66)
อื่น ๆ น้ำหนักน้อย (small for gestational age)	2 (13.33)
เริ่มฝากครรภ์	
ไตรมาสที่ 1 (1-13 สัปดาห์)	9 (60)
ไตรมาสที่ 2 (14-28 สัปดาห์)	2 (13.33)
ไตรมาสที่ 3 (29-40 สัปดาห์)	4 (26.67)
อายุครรภ์ที่ปรึกษา	
ไตรมาสที่ 1 (1-13 สัปดาห์)	0 (0)
ไตรมาสที่ 2 (14-28 สัปดาห์)	2 (13.33)
ไตรมาสที่ 3 (29-40 สัปดาห์)	13 (86.66)

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลก่อนคลอด ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประชุมครอบครัว มีการพูดคุยวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างน้อยก่อนคลอด 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ100 โดยการตัดสินใจเป็นการตัดสินใจร่วมกันทั้งมารดา ครอบครัว ทีมสหสาขาและทีมสุขภาพร่วมกัน ผลลัพธ์แผนการดูแลล่วงหน้าต้องการการดูแลแบบสุขสบาย (comfort care) จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.67 ต้องการการรักษาแบบการช่วยฟื้นคืนชีพ (full resuscitate) หลังคลอด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลก่อนคลอด (n=15)

จำนวนครั้งในการประชุมครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)
ทีมสหสาขาที่ร่วมดูแล	
ทีมประคับประคอง	15 (100)
ทีมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	15 (100)
ทีมกุมารเวชกรรม	15 (100)
แผนการดูแลล่วงหน้า	
แบบการช่วยฟื้นคืนชีพ	2 (13.33)
การดูแลแบบสุขสบาย	13 (86.67)

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลหลังคลอด จากแผนการดูแลล่วงหน้า สถานที่เสียชีวิตเลือกโรงพยาบาล 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เลือกที่บ้าน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 มารดาตั้งครรภ์ทั้งหมดได้รับการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพและการเลี้ยงดูบุตรคิดเป็นร้อยละ 100

แผนการดูแลหลังคลอดพบทารกเสียชีวิตทันที 7 ราย คิดเป็นร้อยละ46.66 ยังมีชีวิตอยู่ภายหลังคลอด 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งทารกที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่า 1 เดือน มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และทารกที่ยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 1 เดือน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20 ส่วนอีก 2 ราย ยังไม่คลอด ในวันที่ 31 ธันวาคม 2565 สิ้นสุดการเก็บข้อมูล ทารกหลังคลอดที่ได้รับการให้ยามอร์ฟีนเพื่อจัดการอาการ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 จำนวนเวลาที่มีชีวิตอยู่ เฉลี่ยน้อยกว่า 1 เดือน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 ภายหลังคลอด ครอบครัวต้องการเก็บรอยนิ้วมือนิ้วเท้าเพื่อเป็นความทรงจำ 12 ราย ร้อยละ 80 และทุกครอบครัวไม่มีภาวะเศร้าโศกเสียใจที่มีภาวะความผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลหลังคลอด (n=15)

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลหลังคลอด	จำนวน (ร้อยละ)
เสียชีวิตหลังคลอด	6 (40.00)
ยังมีชีวิตอยู่หลังคลอด	9 (60.00)
การให้ยาเพื่อจัดการอาการ	
ให้ยามอร์ฟีนจัดการอาการ	6 (40.00)
ไม่ได้ให้ยามอร์ฟีน	9 (60.00)
จำนวนเวลาที่มีชีวิตอยู่	
เสียชีวิตน้อยกว่า 1 วัน	4 (26.66)

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลหลังคลอด	จำนวน (ร้อยละ)
เสียชีวิตภายใน 1วัน-1 เดือน	7 (46.66)
เสียชีวิตภายใน 1-3 เดือน	1 (6.66)
เสียชีวิตภายใน 4-6 เดือน	0 (0)
เสียชีวิตภายใน 7 -12 เดือน	1(6.66)
ยังไม่คลอด	2 (13.33)
สถานที่เสียชีวิต	
โรงพยาบาล	9 (60)
บ้าน	6 (60)
ความต้องการเก็บรอยนิ้วมือนิ้วเท้าเพื่อเป็นความทรงจำ	
ไม่ต้องการ	3 (20)
ต้องการ	12 (80)
ประเมินภาวะเศร้าโศกเสียใจที่มีภาวะความผิดปกติ	
ไม่มีภาวะเศร้าโศกเสียใจที่มีภาวะความผิดปกติ	15 (100)

สรุป

จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสม (pregnancy at the right age) อายุ 20-35 ปี มี 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.66 การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น (teenage pregnancy) อายุ 10-19 ปี มี 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มาก (advance maternal age) อายุ 36-45 ปี มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 โรคประจำตัวของมารดาที่ตรวจเจอมี hypertension, syphilis, thalassemia, hypothyroid อย่างละ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.66 จะเห็นได้ว่ามารดาวัยรุ่น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมได้ โดยภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ทำให้มารดาตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และภาวะติดเชื้อเป็นต้น ผลกระทบที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตหลังคลอด อัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่ากำหนด ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ามีทารกน้ำหนักน้อย 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และทารกตายในครรภ์ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.66 ซึ่งการฝากครรภ์ในช่วงวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมาย โดยผลกระทบจากการตั้งครรภ์ก็จะเกิดจากความไม่พร้อม ความไม่เหมาะสมของตัววัยรุ่นเองและเกิดจากปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น ภาวะ ทุพโภชนาการ (malnutrition) ความไม่สมบูรณ์ของร่างการ (immaturity) และการฝากครรภ์ที่ไม่เหมาะสม อายุครรภ์ที่ปรึกษาทีมการดูแลทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง จะเป็น

อายุครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 เนื่องจากการตรวจอัลตราซาวด์ในไตรมาสนี้จะตรวจพบความผิดปกติหรือความพิการของทารกอย่างละเอียด เมื่อการตั้งครรภ์มีความซับซ้อนเนื่องจากการวินิจฉัยของทารกในครรภ์มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต การตั้งครรภ์ไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง กระบวนการเศร้าโศกเสียใจอาจจะเริ่มขึ้นก่อนที่ครอบครัวจะได้พบกับทารกด้วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัววางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิต[10] ซึ่งทางทีมได้ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยทารกระยะปริกำเนิดแบบประคับประคอง เป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือสื่อสารแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพกับครอบครัวตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะแรกคลอด ระยะหลังคลอด จนกระทั่งการดูแลวางแผนกลับบ้านจนถึงกระทั่งทารกเสียชีวิต และให้การพยาบาลช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถก้าวผ่านช่วงเวลาการสูญเสียได้อย่างราบรื่น

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มุ่งเน้นแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในทารกระยะปริกำเนิดที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน ให้การพยาบาล การคลอดบุตร การทำงานร่วมกับครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดจนแนวทางการดูแลล่วงหน้าในการตั้งครรภ์ที่ซับซ้อนหรือมีความผิดปกติเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารก รวมถึงเน้นในเรื่องการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกแรกเกิดรวมทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวให้ก้าวผ่านภาวะเศร้าโศก เสียใจ ให้ผ่านไปได้ด้วยดี เป็นโปรแกรมการให้การพยาบาลที่ช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวกำหนดเป้าหมายในการดูแล เพื่อที่จะได้วางแผนการดูแลและสร้างความทรงจำที่มีความหมายในช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ วินิจฉัยขีดจำกัดของชีวิตในช่วงก่อนคลอด ระยะปริกำเนิด และทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพตามความต้องการของครอบครัว ควรมีการขยายผลการศึกษาเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการดูแลมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อาจารย์แพทย์ที่ได้ประสาทความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน ในหน่วยการพยาบาลประคับประคองที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ในการจัดทำงานวิจัย และงานวิจัยนี้ได้รับทุนจากคณะแพทย์ศาสตร์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในการนำเสนองานที่ประเทศเกาหลี แบบ oral presentation ในงาน Asia Pacific Hospice Conference ครั้งที่ 14 ระหว่างวันที่ 4 -7 ตุลาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). แนวทางการทบทวนสาเหตุการตาย ทารกปริกำเนิด Perinatal Death Review Guideline. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด:กรุงเทพมหานคร
2. Barfield WD.(2016). Standard terminology for fetal, infant, and perinatal deaths. Pediatrics ; 137(5): e20160551. Doi: 10.1542/ peds.2016-0551
3. World Health Organization. (2022). Neonatal mortality rate (0 to 27 days) per 1000 live births) (SDG 3.2.2). Retrieved October 25. from https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births)
4. สถิติศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์.(2555). รายงานประจำปีสถิติศูนย์การุณรักษ์. โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. DonnaMaria E. Cortezzo, Kelstan Ellis and Amy Schlegel. (2020). Perinatal Palliative Care Birth Planning as Advance Care Planning. Frontiers in Pediatrics. September ,Volume 8,Article 556
6. วรรณา พาหุวัฒนกร และ วิมลนันท์ พุฒิวณิชพงศ์.(2563). การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อ ดูแลสตรีตั้งครรภ์ภายหลังสูญเสียทารกในระยะปริกำเนิด. วารสารพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน.
7. ชลลดา ติยะวิสุทธิ์ศรี, ภาวดี เหมทำนนท์ และสาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์.(2562). บทบาทพยาบาลในการดูแล แบบประคับประคองในทารกแรกเกิด.วารสารสุขภาพและการพยาบาลและการพยาบาล
8. Perinatal Palliative Care [Internet].(2024). [cited 2024 Sep 12]. Available from:https://www.acog.org /clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/09/perinatal-palliative-care
9. Lukewich J, Tranmer J, Kirkland L, Walsh B.(2019). The Nursing Role Effectiveness Model: A framework for evaluating the impact of nursing on patient outcomes. J Nurs Manag.;27(8):1578-1586.
10. Cortezzo DE, Ellis K, Schlegel A.(2020). Perinatal Palliative Care Birth Planning as Advance Care Planning. Front Pediatr [Internet]. 2020 Sep 8 [cited 2024 Sep 12];8. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.00556/ful