



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ในห้องคลอดโรงพยาบาลเลย

สุพนิต ปัญญาภู, พย.บ.*, ละมัย เคชสูงเนิน, พย.บ.*
พิชัย บุญมาศรี, พย.ม.**, ระพีพรรณ นันทะนา, พย.ม.**

บทคัดย่อ

บทนำ: ห้องคลอดโรงพยาบาลเลยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลปี 2562-2564 พบร้อยละ 0.68, 1.83 และ 2.11 ตามลำดับ อาจส่งผลให้เกิดภาวะช็อกและการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลเลย และศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน 14 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอด รักษาตัวห้องคลอดตั้งแต่ เมษายน-กันยายน 2565 จำนวน 360 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิจัยใช้ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม/ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ 0.94 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

ผลการศึกษา: หลังใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมครอบคลุมทุกข้อตั้งแต่ระยะแรกรับ รอคคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง พบว่าอุบัติการณ์ตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 6.7 เป็น 0.0 ($p=0.07$) ไม่เกิดอุบัติการณ์ช็อกจากการเสียเลือด การตัดมดลูก และการเสียชีวิต รวมทั้งพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

สรุป: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง สามารถเพิ่มมาตรฐานและคุณภาพทางการพยาบาลของพยาบาลห้องคลอด และช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ การพยาบาล การป้องกันการตกเลือด หลังคลอด

*หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลเลย

**กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเลย



Development of Nursing Practice Guidelines for The Prevention of Early 2 Hours Postpartum Hemorrhage in The Delivery Room, Loei Hospital

Supanit Panyaphu, B.N.S.* , Lamai Dejsoongnern, B.N.S.*
Pichai Boonmasri, M.N.S.** , Rapeepun Nuntana, M.N.S.**

Abstract

Introduction: The delivery room patient ward in Loei hospital, the incidence of postpartum hemorrhage in 2019-2021 were 0.68%, 1.83%, and 2.11%, respectively which tend to increase, due to occur the results of shock and the death of the mother after giving birth.

Objectives: To develop a nursing practice guideline to prevent the first 2 hours of postpartum hemorrhage in the delivery room, Loei hospital as well as to study the outcomes of nursing guideline practice.

Methods: The study was action research. The research participants were 14 professional nurses in the delivery room. The sample consisted of 360 mothers who gave birth through vaginal birth. There were admitted to the delivery room from April - September 2022. The measurements to collect data used in-depth interviews/group discussions/brainstorming guidelines, reflection sessions, Nursing Practice Assessment Form assessment with Kuder-Richardson Reliability was 0.94 and Nursing satisfaction assessment with Cronbach's Alpha Reliability was 0.77.

Results: After applying the guideline the group of nurses had all activities towards the initial stage, waiting for delivery, during delivery, and 2 hours after delivery. The incidence of hemorrhage 2 hours after delivery decreased from 6.7% to 0.0 ($p=0.007$). There was no incidence of shock, blood loss, hysterectomy, and death. Nurses were highly satisfied scores in the nursing practice.

Conclusion: Nursing practice guidelines to prevent hemorrhage after 2 hours can increase nursing standards and the nursing effectiveness of midwifery nurses and prevent postpartum hemorrhage.

Keywords: guidelines for nursing, prevention of postpartum hemorrhage

* Delivery room, Loei hospital

** Department of community health nursing, Loei Hospital

Submission: 4 November 2022

Publication: 30 December 2022



บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด และเป็นสาเหตุการตายของมารดาหลังคลอดทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งปี 2564 พบอัตราการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย⁽¹⁾ สถิติประเทศไทย ปี 2562-2564 พบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ 22.5, 22.9, 39.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน⁽²⁾ เขตสุขภาพที่ 8 ข้อมูลปี 2564 มีอัตราส่วนการตายของมารดา 10.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และจังหวัดเลยมีอัตราการตายของมารดา 77.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในจำนวนนี้มีอัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด 51.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราตายของมารดาไม่เกิด 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย และไม่เกิดการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด^(3,4) จึงเห็นได้ว่าจังหวัดเลยมีอัตราตายของมารดาสูงกว่าระดับเขตและระดับประเทศ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นการเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไปจากการคลอดทางช่องคลอด หรือตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปจากการผ่าตัดคลอด สาเหตุที่พบมากที่สุด คือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี รกค้าง การฉีกขาดของช่องทางคลอด ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด^(5,6) ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้า จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ซ็อก ทูพพลภาพ และเสียชีวิตได้⁽⁵⁾ รวมทั้งส่งผลในระยะยาว ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 3.6 ไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.3 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 13 ภาวะเครียด ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่การตกเลือดจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จึงมีความจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังคลอด 2 ชั่วโมง^(6,7) การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการสร้างแนวปฏิบัติการ

พยาบาลที่ครอบคลุมทุกระยะของการคลอด การประเมินและจำแนกความเสี่ยง รวมทั้งวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยง^(8,9)

ข้อมูลโรงพยาบาลเลยย้อนหลังปี 2562-2564 พบว่าอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.8, 1.6, 2.0 ตามลำดับ อัตราการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด 0.0, 19.1, 72.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนรายตามลำดับ⁽⁹⁾ จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงร่วมกันทีมแพทย์และพยาบาลพบว่า ความเสี่ยงดังกล่าวสัมพันธ์กับการประเมินความเสี่ยงล่าช้า เนื่องจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดขาดความจำเพาะเจาะจง และแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดของโรงพยาบาล มุ่งเน้นการดูแลที่หอผู้ป่วยหลังคลอดไม่ครอบคลุมการดูแลที่ห้องคลอด จึงมีความเห็นร่วมกันว่า การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องพัฒนาบริการพยาบาลตั้งแต่แรก รับ รอคคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด โดยเชื่อมต่อ บริการของห้องคลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด ดังนั้นจึงร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานให้การพยาบาลตามมาตรฐานและปฏิบัติไปในทางเดียวกัน สามารถลดอุบัติการณ์การตกเลือดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก วงรอบที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ เพื่อใช้ในงานประจำ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Planning) ปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และ สะท้อนคิด (Reflection) ทบทวนการดำเนินการและปรับปรุงแนวปฏิบัติ ฯ ในวงรอบต่อไป เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของพฤติกรรมกรพยาบาล ความพึงพอใจ และลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลเลย ระหว่างเดือน เมษายน-สิงหาคม 2565 กลุ่มผู้ร่วมวิจัยเป็นพยาบาลในหน่วยงาน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงหลังคลอดทุกคนที่มารับบริการในหน่วยงาน และอยู่ในระยะเวลาที่ศึกษา 240 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

วงรอบที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ระยะเวลา เม.ย.-มิ.ย. 2565 ขั้นตอนได้แก่ ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย เชิญชวนและลงชื่อเข้าร่วมโครงการ ขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหา ร่วมกันวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ โดยถอดประสบการณ์และทบทวนงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 นำแนว

ปฏิบัติ ฯ ไปทดลองใช้ในหน่วยงาน ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งด้านพฤติกรรมกรพยาบาลและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 4 นำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์และสะท้อนคิด

วงรอบที่ 2 นำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ในงานประจำ ระยะเวลา ก.ค.-ก.ย. 2565 ขั้นตอนที่ 1 นำผลการวิเคราะห์ในวงรอบที่ 1 มาปรับปรุง ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้ในหน่วยงาน ขั้นตอนที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกการประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด เวชระเบียน แบบเก็บข้อมูลผู้คลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการดำเนินงาน เสนอศูนย์คุณภาพเพื่อรับรองมาตรฐาน และประกาศใช้ในงานประจำของหน่วยงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ ฯ และให้ข้อมูลการวิจัย เกณฑ์คัดเข้า โดยเลือกแบบเจาะจงเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานมากกว่า 1 ปี และยินดีเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 คน เกณฑ์คัดออกเมื่อย้ายหน่วยงานหรือไม่ได้รับผิดชอบงานพยาบาลหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้า โดยเลือกแบบเจาะจงเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์ที่มาคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน-31 กันยายน 2565 เกณฑ์คัดออก เมื่อตรวจพบโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อเลือดออกง่าย หรือมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก/การสนทนากลุ่ม/การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับ



ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และผู้ร่วมวิจัย 14 คน 2) แบบประเมินพฤติกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โดยปรับปรุงจากแบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของ พูลสวัสดิ์ โปธิ์ทอง และคณะ⁽¹¹⁾ จำนวน 20 คำถาม มีให้เลือก 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ ทดสอบทำสอบกับพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด 10 คน วิเคราะห์ด้วย Kuder-Richardson มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.94 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวทางปฏิบัติ ฯ จำนวน 5 คำถาม มีให้เลือก 5 คำตอบ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ทดสอบทำสอบกับพยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด 10 คน วิเคราะห์ด้วย Cronbach's alpha coefficient มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.77 และ 4) ฐานข้อมูล Hos XP บันทึกของอนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลใช้ข้อมูลหญิงหลังคลอด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีดังต่อไปนี้ 1) สัมภาษณ์เชิงลึก เดือน เม.ย. 2565 ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลหัวหน้าเวร 2 คน และพยาบาลปฏิบัติการ 3 คน 2) สนทนากลุ่มพยาบาล เดือน เม.ย. 2565 จำนวน 2 ครั้ง 3) ประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดกลุ่มพยาบาล เพื่อวางแผนติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงแนวปฏิบัติ ทุกสัปดาห์สุดท้ายของเดือนจำนวน 6 ครั้ง 4) พยาบาลประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ส่งหัวหน้าเวรพยาบาลทุกวัน 5) ดิบบนบันทึกข้อมูลผู้คลอดในแฟ้มเวชระเบียน บันทึกข้อมูลต่อเนื่องและสรุปส่งหัวหน้าเวรพยาบาล เมื่อผู้คลอดถูกจำหน่ายออกจากหน่วยงาน และ 6) กลุ่มพยาบาลประเมิน

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ฯ ส่งหัวหน้าเวรเมื่อครบวงรอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผล โดยนำข้อมูลจากแบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด ตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง เขียนเนื้อความโดยคงความหมายเดิมไว้ และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพฤติกรรมพยาบาลด้วยสถิติ McNemar's test และเปรียบเทียบข้อมูลผลการตกเลือดหลังคลอดระดับเลือดที่ออก การเกิดภาวะช็อค และการตัดมดลูก ด้วยสถิติ Fisher's exact test เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ฯ ด้วยสถิติ pair t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล เลขที่ EC008/2565 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) แบ่งเป็น 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การพยาบาลแรกรับ พบว่ามีช่องว่างในการสื่อสารความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกรับและแผนการดูแลระยะรอคลอด “เราน่าจะประเมินความเสี่ยงที่ตกเลือดหลัง



คลอดตั้งแต่แรก จะได้ไม่เสียเวลาของเลือด” การ
สนทนากลุ่ม พยาบาล 2) การพยาบาลระยะรอคลอด
พบว่า การประเมินและบันทึกไม่ครอบคลุม ได้แก่
การใช้ Electro fetal monitoring (EFM) ไม่ครอบคลุม
“เครื่องอีเฟเอ็มช่วยให้รู้ว่า เด็กในท้องดีหรือไม่ดี
มดลูกหดรัดตัวดี หรือยัง จะได้อ่างแผนดูแลต่อ” การ
สนทนากลุ่ม พยาบาล “น้องบางคนไม่กล้าเอาเครื่องอี
เฟเอ็มมาใช้ ต้องรอให้พี่บอก ไม่รู้ว่าต้องใช้ตอน
ไหน” การสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าเวรพยาบาล 3)
การพยาบาลระยะคลอดและหลังคลอดทันที พบว่า
การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของคนไม่ครอบคลุม
“ไม่ค่อยเห็นน้องสอนคนคลอดดูแลตัวเอง อย่างเรื่อง
การนวดคลึงมดลูกด้วยตนเอง” สัมภาษณ์เชิงลึก
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย และ 4) การพยาบาลระยะ
หลังคลอด 2 ชั่วโมงก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด
พบว่า การเสริมทักษะการเฝ้าระวังการตกเลือดหลัง
คลอดไม่ครอบคลุม เนื่องจากพยาบาลใหม่ขาดทักษะ
การสื่อสารความเสี่ยง “คนที่เสี่ยงตกเลือด อยากให้พี่
ช่วยแจ้งคนไข้กับครอบครัวให้รู้ แล้วหนูจะสอนการ
เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติเอง” การสนทนา
กลุ่ม พยาบาล

การวางแผน (Planning) แบ่งแผนการ
พยาบาลออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลแรก
รับ มุ่งเน้นการประเมินและจำแนกความเสี่ยง โดยใช้
ประวัติการฝากครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย ตรวจ
ภายใน และการตรวจพิเศษ การติดตามสัญญาณเพื่อเฝ้า
ระวัง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความเข้มข้นของ
เลือด (Hematocrit, Hct) ได้แก่ กลุ่มสีเขียว คือ ผู้ที่
เสี่ยงต่ำ Hct ร้อยละ 31-32 กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ที่เสี่ยง
ปานกลาง Hct ร้อยละ 25-30 และ กลุ่มสีแดง คือ ผู้ที่
เสี่ยงสูง Hct น้อยกว่าตั้งแต่ร้อยละ 25 ลงไป และแบ่ง
ตามเกณฑ์เสี่ยงตามแบบประเมิน 2) การพยาบาล
ระยะรอคลอด มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและจัดการภาวะ

ผิดปกติ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้คลอด โดย
ตรวจการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal heart
sound, FHS) การหดรัดตัวของมดลูก การตรวจ
ภายใน (Per vaginal examination, PV) การใช้
Partograph และ Electronic fetal monitoring (EFM)
และการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ 3) การพยาบาล
ระยะคลอด มุ่งเน้นการให้ยา Oxytocin ตามแผนการ
รักษา การดูแลมดลูกและช่องคลอดหลังคลอด 4) การ
พยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มุ่งเน้นการ
ประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการความผิดปกติ โดย
ประเมินวัดสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก และ
ปริมาณเลือดที่ออก การสื่อสารความเสี่ยงกับ
เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ผู้ป่วย และครอบครัว

**การปฏิบัติการและสังเกตการณ์ (Action and
observation)** จากทดลองนำแนวปฏิบัติ ๓ มาใช้ใน
หน่วยงาน 5 เดือน โดยกลุ่มพยาบาล 14 คน ส่วน
ใหญ่อายุไม่เกิน 30 ร้อยละ 64.3 จบการศึกษาระดับ
ปริญญาตรีทุกคน ผ่านการอบรมการผดุงครรภ์ ร้อย
ละ 28.6 ปฏิบัติงานไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 50 และ
มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 50 พบผลลัพธ์ต่อกิจกรรมการ
พยาบาลดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 2)

1.การพยาบาลแรกรับ มีการพยาบาล
ครอบคลุม ได้แก่ 1) การซักประวัติการฝากครรภ์ ผล
การตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และอัลตราซาวด์ 2)
การติดตามสัญญาณความเสี่ยงหน้าแฟ้มผู้ป่วย 3)
การเจาะเลือดและดูแลตามแนวปฏิบัติ ๓ ได้แก่ กลุ่ม
เสี่ยงต่ำรายงานแพทย์ทุกราย กลุ่มเสี่ยงปานกลาง
รายงานแพทย์ จ้องเลือดชนิด Packed red cell (PRC)
2 unit Type and screen กลุ่มเสี่ยงสูงรายงานแพทย์
จ้องเลือด PRC 2 unit Type and cross match

2.การพยาบาลระยะรอคลอด มีการพยาบาล
ครอบคลุม ได้แก่ 1) การสอนการหายใจเพื่อผ่อนคลาย
ความปวด 2) การงดน้ำงดอาหารเมื่อเข้า Active



phase และให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ ส่วนการพยาบาลที่ขาดความต่อเนื่อง ได้แก่ 3) การประเมิน FHS การหดตัวของมดลูก การตรวจ PV 4) การใช้ Partograph ในการเฝ้าคลอด รายงานแพทย์เมื่อ Partograph ตกเต็ม และ 5) การใช้ EFM ประเมินแรก รับและต่อเนื่องตามเกณฑ์และการดูแลภาวะเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง

3.การพยาบาลระยะคลอด มีการพยาบาลครอบคลุม ได้แก่ 1) การให้ Oxytocin ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการตกเลือด โดยให้ 10 unit intramuscular หลังคลอดไหล่หน้าหรือคลอดเด็ก จากนั้นกลุ่มเสี่ยงต่ำให้ 20 unit กลุ่มเสี่ยงปานกลางให้ 20-30 unit และ กลุ่มเสี่ยงสูงให้ 20-40 unit ผสมใน IV >500 มิลลิลิตร อัตรา 120 cc/hr. 2) การตัดสายสะดือหลังทารกคลอด 1 นาที (ยกเว้นกรณีต้องให้การช่วยเหลือเร่งด่วนให้ตัดสายสะดือได้ทันที) 3) การใส่ถุงตรวจเลือด และทำคลอดครกโดย Control cord traction 4) การดูแลช่องคลอดและแผลฝีเย็บ การพยาบาลไม่ครอบคลุม ได้แก่ 5) การโกยมดลูกหลังคลอดทันทีและสอนผู้คลอดทำด้วยตนเอง

4.การพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีการพยาบาลครอบคลุม ได้แก่ 1) การประเมินวัดสัญญาณชีพในชั่วโมงที่ 1 ทุก 15 นาที และชั่วโมงที่ 2 ทุก 30 นาที 2) การประเมินการตกเลือดและดูแลตามแนวปฏิบัติ กรณีผู้คลอดมีเลือดออก \geq 300 มิลลิลิตร สื่อสารความเสี่ยงและติดสัญญาณชีพ กรณีผู้คลอดมีเลือดออก \geq 400 มิลลิลิตร รายงานแพทย์และใช้แนวปฏิบัติ ๑ ตกเลือดหลังคลอด แจ้งข้อมูลผู้คลอดและญาติร่วมกันเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และ 3) การประเมินและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อย้ายตึก ได้แก่ อาการ สัญญาณชีพ ปริมาณเลือดออก ประเมินแผลฝีเย็บด้วย REEDA Scale การพยาบาลไม่ครอบคลุม

ได้แก่ 4) การประเมินการหดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออก

ผลลัพธ์ต่อผู้คลอด พบว่าผู้คลอดตกเลือดลดลงจาก 8 คน ร้อยละ 6.67 เป็น 4 คน ร้อยละ 3.33 ($p=0.375$) ภาวะ Hypovolemic shock ลดลงจาก 1 คน เป็นไม่พบภาวะดังกล่าว และการตัดมดลูก (Total hysterectomy) ลดลงจาก 2 คน เป็นไม่พบภาวะดังกล่าว ($p=0.498$) (ตารางที่ 3)

การสะท้อนคิด (Reflection) จากการประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ๑ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปานกลางเนื่องจากง่ายและสะดวกในการใช้งาน ระดับมากเนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สื่อสารชัดเจน และเข้าใจง่าย ระดับมากที่สุดเนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อผู้คลอด ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก จากทบทวนผลลัพธ์ต่อผู้คลอด โดยนำข้อมูลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ 240 คน แยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตกเลือด 12 คน และกลุ่มไม่ตกเลือด 288 คน พบว่ามี 3 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 41.7 ($p=0.036$) ผู้ที่มีภาวะ Prolong labor ร้อยละ 33.3 ($p=0.004$) และ uterine atony ร้อยละ 83.3 (<0.001)

วงรอบที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ ๑ เพื่อใช้ในงานประจำ

การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) จากประชุมระดมสมองและสะท้อนคิด รวมทั้งทบทวนผลลัพธ์การพยาบาล พบว่ามีอุบัติการณ์ตกเลือดสูงในกลุ่มผู้คลอดอายุ 20 ปี และมีภาวะผิดปกติ ได้แก่ Prolong labor และ uterine atomy ซึ่งสัมพันธ์กับการพยาบาลที่ไม่ต่อเนื่องและครอบคลุมในเรื่องการประเมิน FHS การหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก การตรวจ PV การใช้ Partograph และ เครื่อง EFM รวมทั้งการดูแล



กระเพาะปัสสาวะให้ว่าง การโกยมดลูกทันทีและสอนผู้คลอดคลึงมดลูกด้วยตนเอง รวมทั้งแนวทางการรายงานแพทย์ไม่ชัดเจน “เราสอนคนคลอดทุกคน แต่อยากให้ประเมินด้วยว่าเขาคลึงมดลูกมีประสิทธิภาพไหม” สนทนากลุ่ม หัวหน้าเวรพยาบาล “ปัญหาหมดลูกหดตัวกับการคลอดล่าช้า เราต้องรายงานและทำงานร่วมกับแพทย์” สัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าเวรพยาบาล “น้องเข้าใจว่าใช้เครื่อง EFM เฉพาะคนที่หมดลูกหดตัวไม่ดี แต่เราให้ตรวจทุกคน” สนทนากลุ่ม พยาบาลปฏิบัติการ

การวางแผน (Planning) มีการปรับปรุงแผนการพยาบาลดังต่อไปนี้ 1.การพยาบาลแรกรับเพิ่มผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มที่มีการขยายของมดลูกผิดปกติ ได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกตัวโตมากกว่า 3,500 กรัม เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและติดสีแดงที่เพิ่มผู้คลอดทุกราย 2.การพยาบาลระยะรอคลอด เพิ่มความต่อเนื่องและครอบคลุม เน้นย้ำเรื่องการส่งเสริมการหดตัวของมดลูก (Good contraction) โดยประเมินการหดตัว กระตุ้นให้ผู้คลอดปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง ทบทวนเกณฑ์การใช้เครื่อง EFM ต้องใช้กับผู้คลอดทุกรายเมื่อแรกรับและระยะ Active phase กำหนดให้หัวหน้าเวรพยาบาลนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ฯ และการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งสรุปและนำเสนอความก้าวหน้าในการประชุมประจำเดือน 3.การพยาบาลระยะคลอด เน้นการสอนผู้คลอดและประเมินการคลึงมดลูกที่มีประสิทธิภาพทุกราย 4.การพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง เพิ่มการสังเกตแผลฝีเย็บ กรณีมีเลือดซึมมากกว่า 100 มิลลิลิตร ต้องหาสาเหตุและเปิดแผลเพื่อตรวจสอบตรวจ PV ซ้ำ เพื่อประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด คลึงมดลูก ล้าง blood clot และประเมินกระเพาะปัสสาวะ (Bladder full) และ 5.การรายงานแพทย์ กรณี Prolong labor ถ้าระยะ Latent phase (ปากมดลูก

เปิด 0-3 ซม.) ครรภ์แรกเกิน 8 ชั่วโมง และครรภ์หลังเกิน 5 ชั่วโมง ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 4-10 เซนติเมตร) ครรภ์แรกปากมดลูกขยายน้อย 1 ซม. ต่อชั่วโมง ครรภ์หลังปากมดลูกขยายน้อยกว่า 1.5 ซม.ต่อชั่วโมง ถ้าไม่ก้าวหน้าภายใน 2 ชั่วโมงรายงานแพทย์ และรายงานซ้ำทุก 2 ชั่วโมงหากไม่มีความก้าวหน้า



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ช่วงโมงแรกทั้ง 2 วงรอบ

วงรอบที่ 1	วงรอบที่ 2
<p>การพยาบาลแรกเริ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การประเมินและจำแนกความเสี่ยง โดยใช้ประวัติการฝากครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และการตรวจพิเศษ 2.การติดสัญลักษณ์เพื่อเฝ้าระวัง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความเข้มข้นของเลือด ได้แก่ กลุ่มสีเขียว คือ ผู้ที่เสี่ยงต่ำ Hct ร้อยละ 31-32 กลุ่มสีเหลือง คือ ผู้ที่เสี่ยงปานกลาง Hct ร้อยละ 25-30 และ กลุ่มสีแดง คือ ผู้ที่เสี่ยงสูง Hct น้อยกว่า ตั้งแต่ร้อยละ 25 <p>การพยาบาลระยะรอคอย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การเตรียมความพร้อมในการคลอด โดยการให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวขณะรอคอย การงดน้ำงดอาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การกระตุ้นปัสสาวะทุก 2 เซนติเมตร 2.การเฝ้าระวังและจัดการภาวะผิดปกติ ได้แก่ การประเมินการหดตัวของมดลูกและ FHS ตรวจภายใน (PV) ตามเกณฑ์ ใช้ Partograph ในการเฝ้าคลอด ใช้เครื่อง EFM ประเมินการหดตัวของมดลูก <p>การพยาบาลระยะคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.การให้ยา Oxytocin ตามแผนการรักษา โดยให้ Oxytocin 10 unit หลังคลอด และดูแลให้ Oxytocin ต่อเนื่องตามแผนการรักษา 2.การดูแลมดลูกและช่องคลอดหลังคลอด โดยผูกและตัดสายสะดือหลังทารกคลอด 1 นาที ใส่ถุงตวงเลือดและคลอดรก โภชนมดลูกและสอนผู้คลอดคลึงมดลูก และตรวจช่องทางการคลอด/ฝีเย็บ <p>การพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมิน เฝ้าระวัง และจัดการความผิดปกติ โดยประเมินวัดสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออก 2.การสื่อสารความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ผู้ป่วย และครอบครัว 	<p>การพยาบาลแรกเริ่ม</p> <p>ปรับปรุงเกณฑ์การประเมินกลุ่มสีแดง (เสี่ยงสูง) เพิ่มผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มที่มีการยืดขยายของมดลูกผิดปกติ ได้แก่ ครรภ์แฝด ทารกตัวโตมากกว่า 3,500 กรัม</p> <p>การพยาบาลระยะรอคอย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เน้นย้ำเรื่องการส่งเสริมการหดตัวของมดลูก (Good contraction) โดยประเมินการหดตัว กระตุ้นให้ผู้คลอดปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง 2.ทบทวนเกณฑ์การใช้เครื่อง EFM ต้องใช้กับผู้คลอดทุกราย เมื่อแรกเริ่มและระยะ Active phase 3.กำหนดให้หัวหน้าเวรพยาบาลนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติ ๑ และการบันทึกทางการพยาบาล รวมทั้งสรุปและนำเสนอความก้าวหน้าในการประชุมประจำเดือน <p>การพยาบาลระยะคลอด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.เน้นให้พยาบาลผู้สอนการคลึงมดลูก ต้องทำการประเมินและส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถคลึงมดลูกได้ด้วยตัวเองอย่างมีประสิทธิภาพทุกราย 2.เพิ่มแนวทางการรายงานแพทย์ กรณี Prolong labor ถ้าระยะ Latent phase (ปากมดลูกเปิด 0-3 ซม.) ครรภ์แรกเกิน 8 ชั่วโมง และครรภ์หลังเกิน 5 ชั่วโมง ระยะ Active phase (ปากมดลูกเปิด 4-10 เซนติเมตร) ครรภ์แรกปากมดลูกขยายน้อย 1 ซม.ต่อชั่วโมง ครรภ์หลังปากมดลูกขยายน้อยกว่า 1.5 ซม.ต่อชั่วโมง ถ้าไม่ก้าวหน้าภายใน 2 ชั่วโมงรายงานแพทย์ และรายงานซ้ำทุก 2 ชั่วโมงหากไม่มีความก้าวหน้า 4.การพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด <p>เพิ่มการสังเกตแผลฝีเย็บ กรณีมีเลือดซึมมากกว่า 100 มิลลิตร ต้องหาสาเหตุและเปิดแผลเพื่อตรวจสอบ ตรวจ PV ซ้ำ เพื่อประเมินการฉีกขาดของช่องคลอด คลึงมดลูก ถู blood clot และประเมินกระเพาะปัสสาวะ (Bladder full)</p>

การปฏิบัติการและสังเกตการณ์ (Action and observation)

1. ผลการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ต่อการพยาบาล

พบว่ากลุ่มพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลครอบคลุมทุกข้อทั้งระยะแรกรับ รอคอด ระหว่างคอด และหลังคอด 2 ชั่วโมง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด 2 ชั่วโมงแรก

กิจกรรมการพยาบาล	ก่อนดำเนินการ		วงรอบที่ 1		วงรอบที่ 2		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การพยาบาลแรกรับ							
1. ประเมินความเสี่ยง โดยใช้ประวัติการฝากครรภ์ การตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และการตรวจอื่น ๆ	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
2. การคิดสัญญาณเพื่อเฝ้าระวัง	0	0.0	14	100.0	14	100.0	na
การพยาบาลระยะรอคอด							
1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะรอคอด	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและ FHS	8	57.1	11	78.6	14	100.0	0.031
3. ตรวจภายใน (PV) ตามเกณฑ์	8	57.1	12	85.7	14	100.0	0.031
4. ใช้ Partograph ในการเฝ้าคอด	8	57.1	10	71.4	14	100.0	0.031
5. งดน้ำงดอาหารและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
6. ใช้เครื่อง EFM ประเมินการหดตัวของมดลูก	7	57.1	8	57.1	14	100.0	0.016
7. กระตุ้นปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง	8	57.1	8	57.1	14	100.0	0.031
การพยาบาลระยะหลังคอด							
1. ให้ Oxytocin 10 unit หลังคอด	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
2. ผูกและตัดสายสะดือหลังทารกคอด 1 นาที	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
3. ใส่ถุงดวงเลือดและคอดรก	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
4. โยชมดลูกและสอนผู้คลอดคลึงมดลูก	8	57.1	10	71.4	14	100.0	0.031
5. ดูแลให้ Oxytocin ต่อเนื่องตามแผนการรักษา	8	57.1	10	100.0	14	100.0	0.031
6. ตรวจช่องทางคอด/ฝีเย็บ	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
การพยาบาลระยะหลังคอด 2 ชั่วโมง							
1. ดูแลวัดสัญญาณชีพตามแนวปฏิบัติ	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออก	9	64.3	12	100.0	14	100.0	0.063
3. ประเมินภาวะตกเลือดและดูแลตามแนวปฏิบัติ ฯ	na	na	10	100.0	14	100.0	0.125
4. ประเมินและส่งต่อข้อมูลเด็กหลังคอด	14	100.0	14	100.0	14	100.0	na

วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์วงรอบที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ McNemar test, na: not analysis

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ต่อผู้คลอด พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 วงรอบ มีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันในเรื่อง อายุ จำนวนการคลอด และความผิดปกติจาก

การคลอด เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ 2 วงรอบ พบว่ามีอุบัติการณ์ตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคอดลดลง (p=0.007) ผู้คลอดกลุ่มที่มีการตกเลือดมากกว่า 500



มิลลิลิตร มีจำนวนลดลง ($p=0.029$) ไม่เกิดอุบัติเหตุ
ช็อคจากการเสียเลือดและการตัดมดลูก รวมทั้งไม่เกิด

อุบัติเหตุเสียชีวิตจากการตกเลือด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ ๑ ($n=120$)

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนดำเนินการ		วงรอบที่ 1		วงรอบที่ 2		p-value
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.การตกเลือด							
พบอุบัติเหตุ	8	6.67	4	3.33	0	0.00	0.007
ไม่พบอุบัติเหตุ	112	93.33	116	96.67	120	100.00	
2.ปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด							
< 500 มิลลิลิตร	111	92.5	113	97.17	119	99.17	0.066
500-1,000 มิลลิลิตร	6	5	4	3.33	0	0	0.029
> 1,000 มิลลิลิตร	2	1.67	0	0	0	0	0.498
3.ภาวะ Hypovolemic shock							
พบอุบัติเหตุ	1	0.83	0	0.00	0	0.00	na
ไม่พบอุบัติเหตุ	119	99.17	120	100.00	120	100.00	
4.Total hysterectomy							
พบอุบัติเหตุ	2	1.67	0	0.00	0	0.00	na
ไม่พบอุบัติเหตุ	118	98.33	120	100.00	120	100.00	
5.ย้ายผู้ป่วยเข้า ICU	1	0.83	0	0.00	0	0.00	na
6.เสียชีวิตจากการตกเลือด	0	0.00	0	0.00	0	0.00	na

วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์วงรอบที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Fisher exact test, na: not analysis

การสะท้อนคิด (Reflection)

การประชุมระดมสมองและสะท้อนคิดสรุปได้ว่า หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงที่เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลเลย หลังใช้แนวปฏิบัติ ๑ สามารถเพิ่มความครอบคลุมทางการพยาบาล เพิ่มความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และลดการตกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีความเห็นร่วมกันว่า ควรเสนอศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาล เพื่ออนุมัติเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานประจำ

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องแนวปฏิบัติ ๑ ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ ($p=0.001$) สื่อสารชัดเจนเข้าใจง่าย ($p=0.012$) ในหัวข้ออื่น ๆ มีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติเนื่องจากมีระดับความพึงพอใจสูงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้แก่ แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ($p=0.450$) และคิดว่ามีประโยชน์ต่อหญิงหลังคลอด ($p=0.317$)



อภิปรายผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่าสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงานคือ หดรัดตัวไม่ดี และ Prolong labor กลุ่มพยาบาลจึงร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม รอคคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการประเมินความผิดปกติ การเตรียมความพร้อมผู้คลอด จำแนกระดับความรุนแรง การเฝ้าระวัง ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ๑ และการกำกับติดตามการดำเนินการ และทบทวนไร่โรงแนวปฏิบัติ ๑ อย่างต่อเนื่อง พบว่าอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดลดลงตั้งแต่ช่วงรอบที่ 1 และไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวในวงรอบที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ พบว่าสาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Tone) การฉีกขาดของช่องคลอด (Trauma) รกตกค้าง (Tissue) และเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Thrombin) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริ โสภา คำเครือ และคณะ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด 2 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากร้อยละ 2.62 เป็น 0.00⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภคินี ขุนเศรษฐ์ พบว่าการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดระยะแรก พบว่าจำนวนกลุ่มผู้ตกเลือดหลังน้อยกว่า 500 ml เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) โดยมุ่งเน้นการประเมินภาวะผิดปกติ ปริมาณการเสียเลือด และการนวดมดลูกหลังคลอดรอก นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾

สรุปผลการศึกษา

หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ผลการใช้แนวปฏิบัติ ๑ พบว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ๑ ครอบคลุมมากขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้น และลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดได้ จึงควรนำมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในงานประจำ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดร่วมกันทั้งห้องคลอด หอผู้ป่วยสามัญสูติ-นรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวชกรรม เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะในบริบทของหน่วยงาน จึงมีข้อจำกัดการปรับใช้กับหน่วยงานอื่น จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อขยายขอบเขตความเข้าใจ สามารถอธิบายผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานสำหรับใช้กับหน่วยงานอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลเลยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยเฉพาะหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่สนับสนุนให้คำปรึกษา ทำให้การวิจัยนี้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562.
3. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2557;37(2):155-62.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. เลย: กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข, 2565.
5. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 2560;6(2):146-57.
6. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 2016;16(1):261-70.
7. Tort J, Rozenberg P, Traoré M, Fournier P, Dumont A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. BMC Pregnancy Childbirth, 2015;15(235):1-9.
8. ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, รุณราภรณ์ แก้วบุญเรือง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลลำพูน. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 2561;8(1):46-57.
9. Pakinee K. Development of a clinical nursing practice guideline to prevent early postpartum hemorrhage for vaginal delivery in a labor room, Songkhla Hospital. Journal of nursing and public health research, 2021;1(2):83-99.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. USA: Deakin University, 1988.
11. พูลสวัสดิ์ โพธิ์ทอง, สุวีพร กระจอดนอก, พิชัย บุญมาศรี, ระพีพรรณ นันทะนา. ผลการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร, 2562;39(2):14-24.