

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร

จตุพร วงศ์วัฒนาภานต์*

พย.บ (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

ประยูร พรหมทัต**

ป.พ.ส (ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ระยะเตรียมการ (2) ระยะดำเนินการ และ (3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ มารดาคลอดปกติ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด 9 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกในการวิเคราะห์มารดาตกเลือดหลังคลอด แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบแสดงความคิดเห็น มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ มีความเชื่อมั่น 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ (1) ระยะรอคลอด ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ RAPH, MROPL และ Partograph (2) ระยะคลอด ใช้ AMTSL และ (3) ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ใช้ 4T's ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, SD .00) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติในระดับมากที่สุดทุกประเด็น (Mean 5.0, SD .00) มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 26.67, 30 และ 23.33 ตามลำดับ และไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ ตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติ การพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองหัวหน้าพยาบาล สถาบันบาราศนราดรุร

Corresponding e-mail:charen977@gmail.com

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Jatuporn Wongwatthanakarn* B.N.S (Bachelor of Nursing Science)

Prayoon Promtat** Dip in N.S. (Diploma in Nursing)

Abstract

This research and development study aimed to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) to prevent early postpartum hemorrhage (PPH) in the labor unit, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. It was divided into 3 phases: (1) preparatory (2) implementation and (3) evaluation. The sample consisted of 30 normal delivery mothers and 9 professional nurses. The research instrument comprised of (1) the study tools included PPH assessment form, the developed CNPG, and assessment of using the guidelines to prevent early PPH, (2) data collection tools were the opinion and satisfaction questionnaires of professional nurses towards the CNPG, yielding Cronbach's Alpha Coefficient of .88 and .98 respectively. The data were analyzed using percentage, mean and content analysis.

The results showed that the CNPG to prevent early PPH in the labor unit consisted of 3 phases of care: (1) attending stage assessed by RAPH, MROPL, and Partograph, (2) delivery stage assessed by AMTSL, and (3) 24 hours of postpartum stage assessed by 4T's. The CNPG implementation revealed that the opinions of professional nurses towards the guideline usage were at the highest level (Mean 5.0, SD .00). Professional nurses were satisfied with the guidelines at the highest level on every items (Mean 5.0, SD .00). The mothers had low, medium and high risk of postpartum hemorrhage of 26.67%, 30% and 23.33% respectively, and no maternal postpartum hemorrhage was found.

Key words: postpartum hemorrhage, guidelines, nursing

*Professional Nurse, Head nurse of labor room, Bamrasnaradura infectious diseases institute

**Professional Nurse, Deputy head nurse, Bamrasnaradura infectious diseases institute

Corresponding e-mail:charen977@gmail.com

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะวิกฤตของการคลอดที่ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตที่พบเป็นอันดับต้น ๆ ของหญิงหลังคลอดทั่วโลกและพบว่ามีมารดาตกเลือดหลังคลอดประมาณ 14 ล้านคนต่อปี¹ อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในประเทศกำลังพัฒนาและที่พัฒนาแล้วพบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 230 ราย และ 16 ราย ต่อแสนของการเกิดมีชีพตามลำดับ¹⁻² ซึ่งในปี พ.ศ. 2560-2563 ประเทศไทยพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.10 ต่อแสนของการเกิดมีชีพตามลำดับ³ มารดาตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดภาวะช็อกจนเกิดภาวะ Sheehan's syndrome หรือต้องตัดมดลูก⁴ บางรายเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บางรายร่างกายอ่อนแอทำให้ทารกไม่ได้ดูนมแม่ในช่วงเวลาทองของชีวิตแรกเกิด พบว่าสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่ ร้อยละ 70-80 เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony) รองลงมาเกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอด (tear and trauma) หรือมีเศษรกค้าง (tissue) และที่พบน้อยที่สุดคือการแข็งตัวของเลือด (thrombin) แต่มีความรุนแรงสูง ซึ่งสาเหตุทั้งหมดนี้มักทำให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะแรก ภายใน 24 ชั่วโมง⁵

การตกเลือดหลังคลอดหมายถึงภาวะที่มีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 500-1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด รวมทั้งการเสียเลือดช่วงที่ขณะเจ็บครรภ์คลอดด้วย⁶ ดังนั้นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดโดยพบว่าการประคบประจุเย็นจะช่วยคัดกรองสตรีผู้คลอดที่อาจจะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 60-85⁶⁻⁸ การประคบประจุเย็นช่วยลดเลือดร่วมกับการนำความรู้จาก

หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary interventions) ที่พร้อมปฏิบัติงาน เช่นสูติแพทย์ที่ชำนาญ วิชาญ วิชาญ แพทย์หรือรังสีแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องที่มีแนวปฏิบัติ อุปรกรณ์ และซักซ้อมเสมือนเหตุการณ์จริงอย่างสม่ำเสมอ และสถานพยาบาลที่มีศักยภาพไม่พร้อมควรมีเครือข่ายพร้อมส่งต่อมารดาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการป้องกันในระยะคลอดและหลังคลอดที่ดีที่สุดควรใช้วิธีการจัดการเร่งด่วนในระยะที่สามของการคลอด (Active management of third stage of labor: AMTSL)^{6,9} ในการทำคลอดทุกรายได้แก่ (1) การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกแก่มารดาขณะไหลหน้าของทารกคลอด (2) การหนีบและตัดสายสะดือในระยะเวลา 1-3 นาที (3) ทำคลอดรกด้วยวิธีควบคุมการดึงสายสะดือ (controlled cord traction) และ(4) การนวดคลึงมดลูก (uterine massage) นอกจากนี้ต้องมีการประเมินสี่ปัจจัยเสี่ยงหลังคลอด (tone, trauma, tissue, thrombin: 4T's) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสี่นี้เป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด⁵⁻⁷ ดังนั้นการตรวจหาสาเหตุ 4T's ภายหลังหลังคลอดทุกครั้งเพื่อจัดการแก้ไขปัญหตามสาเหตุ

การทบทวนงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การพยาบาล งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการรวบรวมความรู้ ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ นำมาบูรณาการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดพบว่าการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical nursing practice guideline: CNPG) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพยาบาลดูแลมารดา ช่วยลดปัญหาการปฏิบัติการที่หลากหลายของทีมการรักษาพยาบาล และทำให้ผลลัพธ์ทางการดูแลรักษาพยาบาลดีและชัดเจนขึ้น¹⁰⁻¹² ส่งผลให้มารดาได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานเกิด

วารสารกองการพยาบาล

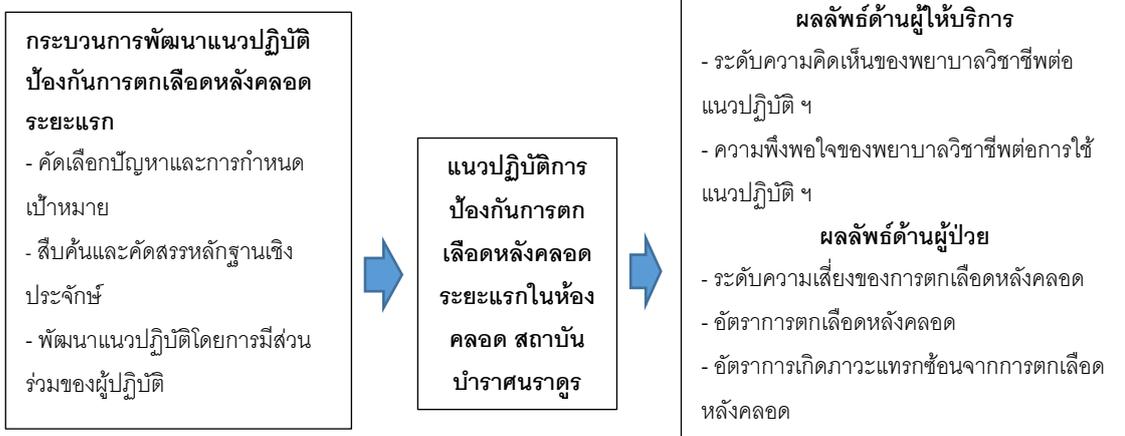
ความคุ้มค่านำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการ
รักษาพยาบาลเกิดประสิทธิผลให้มารดาปลอดภัย ทีม
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกัน
การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งประกอบด้วย
การประเมินปัญหาและปัจจัยเสี่ยงจากบันทึกในระ
ยะฝากครรภ์ ระยะแรกรับเพื่อคลอด ระยะรอคลอด ระยะ
คลอดและหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับภาวะตกเลือดหลัง
คลอดแต่ละราย โดยใช้กรอบแนวคิดตามแบบของ
ไอโอวา (The Iowa Model of Evidence-Based
Practice)¹³⁻¹⁵ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และ
พัฒนาเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน
เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการดูแลป้องกัน
ภาวะการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแก่ผู้คลอดใน
ห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร มีการปฏิบัติการ
พยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

งานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ในปี
พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด
ร้อยละ 10.72, 9.40, 7.12 และ 8.42 ตามลำดับและ
พบว่ามารดาช็อกและตัดมดลูกร้อยละ 2.17 และ 2.38
ซึ่งนับว่าอัตราตกเลือดสูงมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานซึ่ง
กำหนดการตกเลือดหลังคลอดควรน้อยกว่าร้อยละ 3¹⁶
จากสถานการณ์นี้พบว่ามารดาหลังคลอดทั้งหมดเป็น
การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งงานห้องคลอดใช้
วิธีประเมินการตกเลือดหลังคลอดด้วยการคาดการณ์
การสูญเสียเลือดซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำต่ำและ

คลาดเคลื่อนจากค่าความเป็นจริง อีกทั้งยังพบว่าแนว
ทางการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความ
หลากหลายไม่เป็นแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน
ในขณะที่มีภาวะวิกฤตระบบยังพบความไม่พร้อมของ
ทีม นอกจากนี้พยาบาลกว่าครึ่งหนึ่งของห้องคลอด
เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในงานห้อง
คลอดน้อยและจบการศึกษาจากหลากหลายสถาบัน
กัน ในด้านการประเมินผู้คลอดยังขาดการประเมิน
ปัจจัยเสี่ยงในช่วงฝากครรภ์และขณะเจ็บครรภ์ อีกทั้ง
วิธีการจัดการขณะคลอดก็ยังมีหลากหลายวิธี
ปัญหานี้จึงควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ผู้วิจัยจึง
สนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการ
ตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ของสถาบัน
บำราศนราดูร เพื่อให้การพยาบาลมารดาผู้คลอด
อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาต่อยอดความรู้ใน
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแนว
ปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน
ห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร โดยใช้รูปแบบและ
ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิง
ประจักษ์ของ Iowa model of evidence-based
practice¹³⁻¹⁵ เป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
(ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร



ภาพที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ (ภาพที่ 2) รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2564 มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

1. หลักฐานงานวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด

เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

วารสารกองการพยาบาล

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน
หญิงหลังคลอดที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2. แบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์การดูแล
หญิงหลังคลอด งานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

3. แบบบันทึกที่สังเคราะห์ผลงานการ
วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

4. แบบบันทึกและเทปบันทึกเสียงใน
การประชุมกลุ่มสูติแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ งาน
ห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร

การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ

1. สืบค้นสถิติการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรก สาเหตุ และภาวะแทรกซ้อน งานห้องคลอด
จากเวชระเบียนหญิงหลังคลอด ย้อนหลัง 4 ปี โดยเริ่ม
ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2564

2. วิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่สำคัญ
จากการรวบรวมข้อมูล ปัญหาจากการสัมภาษณ์ การ
สังเกตและการประชุมสนทนากลุ่มทีมสูติแพทย์ และ
พยาบาลวิชาชีพ งานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

3. นำประเด็นที่สำคัญจัดสนทนากลุ่ม
แพทย์ พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด เพื่อหาแนวสรุป
การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบัน
บำราศนราดูร

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจาก
ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, www.
guideline.gov, www.tci-thaijo.org ได้งานวิจัย
จำนวน 25 เรื่อง จำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้
ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถ
นำไปใช้ได้ และชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งและปีที่แต่ง นำมา
สังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์การ
ประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์¹³⁻¹⁵ ประเมิน
แนวโน้มการนำไปใช้ตามแนวคิดของ Polit and
Hungler¹⁷ ได้งานวิจัย จำนวน 10 เรื่อง รายละเอียด
ในตารางที่ 1

2. อ่านบทคัดย่อ (abstract) ในประเด็น
ที่เกี่ยวข้องโดยคณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด PICOT^{13, 18}

3. การศึกษาสถานการณ์การตกเลือดหลัง
คลอด งานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร การ
สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
นำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด
หลังคลอดระยะแรก งานห้องคลอด สถาบันบำราศ
นราดูร ผลการวิเคราะห์แสดงรายละเอียดแสดงใน
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอ และคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้

หลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับ	การนำไปใช้
1. Leerbunnaphong Tripop, Leetheeragu IJarunee (2005) Risk Factor of Primary Postpartum Hemorrhage in Siriraj Hospital. ¹⁹	4	นำผลการศึกษารับปรุงพัฒนาสร้างแบบประเมินความเสี่ยงมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
2. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. Clin Obstet Gynecol. 2010 Mar; 53(1): 147-56. ²⁰	4	นำผลการศึกษารับพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องการประเมินความเสี่ยงตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ด้วยการประเมินตาม4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด
3. Tsu, Levin, Tran, Hoang and Luu. (2009). Cost-Effectiveness Analysis of Active Management of Third-Stage Labour in Vietnam. ²¹	4	นำผลการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยวิธี AMTSL
4. Cynthia s, Deborah a, Iwan A et.al (2009) Use of Active Management of the Third Stage of Labor in Seven Developing Countries. ²²	4	นำผลการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการดูแลใน ระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธี AMTSL สามารถลดภาวะตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มเสี่ยงได้
5. WHO 2018: New Research on Postpartum LONDON-GENEVA Haemorrhage in Lancet. 2018 Edition of The Lancet. ¹	1	ผลการศึกษาใช้ปรับเรื่องการฉีด Oxytocin เข้ากล้ามเนื้อแก่มารดาทันทีที่คลอดไหล่ทารก และเพิ่ม Oxytocin ในสารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังรกคลอด พบว่า ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาดา วิภาวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก (2559) การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ ²³	4	ผลการศึกษานำไปพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการประเมินแรกรับผู้คลอด การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยประเมินความเสี่ยงหลังคลอดระยะแรกโดยใช้ 4T's ประเมิน
7. ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาคร (2560) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดใน ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี ²⁷	4	ผลการศึกษานำไปพัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการประเมินแรกรับผู้คลอด การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยประเมินความเสี่ยงหลังคลอดระยะแรกโดยประเมินด้วย 4T's
8. สุทธิวรรณ ทองยศ, ศิริพร ชมงาม, สภาวดี เหลืองขวัญ และพิบูล บัณฑิตพานิชชา (2562) การพัฒนาแนวทาง ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี	4	ผลการศึกษานำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหลังคลอดป้องกันการตกเลือดหลัง คลอดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี
9. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนนกุลเกียรติ (2564) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด ระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ²⁸	4	ผลการศึกษานำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลหลังคลอดป้องกันการตกเลือดหลัง คลอด นำแบบดักจับอาการก่อนตกเลือด
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) แนวทาง ⁶	1	นำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดด้วยการประเมินตาม4T's และพัฒนาให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดถึง 24 ชั่วโมง

วารสารกองการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อนำสู่การร่างแนวทางปฏิบัติที่เป็นไปได้ ดังนี้

1. สรุปสถิติ สถานการณ์ และหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและแนวปฏิบัติข้อมูลพื้นฐาน

2. ร่างแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดรุร ที่สอดคล้องกับลักษณะงานและหลักฐานทางภูมิศาสตร์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานจริง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวปฏิบัติ ฯ และดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ฯ ดังนี้

1. การนำร่างแนวปฏิบัติ ฯ เข้าประชุมกลุ่มสูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด ด้วยการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เพื่อให้ได้ข้อสรุปแนวปฏิบัติจริง

2. ประกาศนโยบายการใช้แนวปฏิบัติ ฯ โดยมติดณะกรรมกรทีมนำสูติกรรม (patient care team: PCT)

3. การให้ความรู้ และการฝึกทักษะการพยาบาลในห้องคลอด

3.1 การฝึกทักษะการใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด (risk assessment for postpartum hemorrhage: RAPH) เมื่อแรกจับผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง จำนวนครั้งของการคลอด วิธีการคลอด โรคประจำตัว และระดับการศึกษา นำข้อมูลที่ประเมินความเสี่ยงแยกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ถ้าผลพบความเสี่ยงระดับสูง ติดสติ๊กเกอร์ คำว่า "SAVE LIFE"

3.2 การฝึกทักษะประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และลงบันทึกแบบประเมินความก้าวหน้าของระยะคลอด (medical record in

obstetrics and progress labor: MROPL) และบันทึกกราฟการดูและระยะคลอด (Partograph)²

3.3 การฝึกทักษะการใช้ AMTSL⁶⁻⁷ ในระยะคลอด

3.4 การฝึกทักษะการใช้ 4T's⁵⁻⁷ เพื่อให้การพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ คือ การนำแนวปฏิบัติ ฯ ฉบับจริง ลงสู่การปฏิบัติกับมารดากลุ่มตัวอย่าง และพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 30 เมษายน 2565 ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion and exclusion criteria) ทั้งสองกลุ่มยินดีลงนามเข้าร่วมงานวิจัย ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คลอดบุตรปกติทางช่องคลอด ที่เข้ารับบริการคลอดตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 30 เมษายน 2565 สือสารเข้าใจ จำนวน 30 คน

2. พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานห้องคลอด มีประสบการณ์ทำคลอดอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 แบบบันทึกในการวิเคราะห์มารดาตกเลือดหลังคลอด

1.2 แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดรุร

1.3 แบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตก

เลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดูร ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดระหว่างที่ดำเนินการวิจัย

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดูร

2.3 แบบบันทึกอัตราการตกเลือดสาเหตุการตกเลือด และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ช็อค การตัดมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดูร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 ปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ นำแนวปฏิบัติที่ปรับเนื้อหาแล้วหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.88

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดูร ดำเนินการระหว่าง วันที่ 1 ธันวาคม 2564-30 เมษายน 2565 ดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมสถิติการตกเลือดหลังคลอด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการตกเลือดหลังคลอด หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. ประเมินความพึงพอใจและระดับความคิดเห็น ความยากง่ายของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดระยะแรก ในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 9 คน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ IRBBIDI N003h/64 ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2564 มีการชี้แจงและดำเนินการตามการพิทักษ์สิทธิ ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร การตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากกรวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัย หรือเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ประเด็นเชิงเนื้อหา (content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วยการพยาบาลตามระยะของการคลอด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง

1. ระยะรอคลอด คือ การพยาบาลในระยะแรกกับผู้คลอดโดยใช้ RAPH ประเมินระดับความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด ในกรณีพบว่าผู้คลอดมีระดับความเสี่ยงระดับสูง ติดสติ๊กเกอร์ คำว่า "SAVE LIFE" ที่แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (MROPL) และทำการเจาะเลือดส่ง CBC และทำ group matching ของเลือด pack red cell 2-unit

2. ระยะคลอด คือ การพยาบาล และการดูแลตามระยะคลอด ประกอบด้วย

2.1 การพยาบาลระยะเฉื่อย (latent phase) บันทึกความก้าวหน้าของการคลอดลงในใบ

วารสารกองการพยาบาล

MROPL และบันทึก Partograph² พร้อมทั้งบันทึกผลของการพยาบาล ประกอบด้วย

(1) การประเมินการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) ทุก 2-4 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ (interval) และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก (duration) เพื่อประเมินการคลอด

(2) ประเมินความก้าวหน้าการคลอด โดยตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก (cervix dilatation, effacement and station) และสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง

(3) กระตุ้นมารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) อาจขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบมีกระเพาะปัสสาวะเต็มรายงานสูติแพทย์เพื่อสั่งทำสวนปัสสาวะทิ้ง

2.2 การพยาบาลระยะใกล้คลอด (active phase) ประกอบด้วย

(1) ตรวจสัญญาณชีพ และการหดตัวของมดลูก 15-30 นาที เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

(2) งดน้ำและอาหารทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์

2.3 การพยาบาลมารดาในระยะคลอด ให้ใช้ AMTSL⁵⁻⁶ ประกอบด้วย

(1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (fetal heart sound: FHS) ทุก 5 นาที

(2) ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตึง เห็นศีรษะเด็กเส้นผ่าศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร (head crown) และให้สารน้ำตามแผนการรักษา และฉีด Oxytocin 10 ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อต้นแขนของผู้คลอด เมื่อไหลหน้าทารกคลอด

(3) สวนปัสสาวะหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก

(4) ประเมินการเสียเลือดด้วยถ่วงน้ำหนักมดลูกและเตรียมนกล่องอุปกรณ์พร้อมช่วยเมื่อผู้คลอดมีภาวะตกเลือด

(5) ทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้แข็ง

3. ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้ 4T's ให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยงตกเลือด ดังนี้

(1) ความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางและระดับต่ำ ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และต่อมาทุก 30 นาที 2 ครั้ง

(2) ความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดระดับสูง พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ในบันทึก MROPL และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีทำ active massage

(3) การพยาบาลเมื่อคลอดครบ 2 ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยนับเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

(4) แนะนำมารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

(5) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง

(6) ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดต่อเนื่อง พร้อมทั้งบันทึกการพยาบาล

ผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร โดยการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 45 ปี

มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องคลอดเฉลี่ย 8.77 ปี และส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ร้อยละ 66.67

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอดมีความเป็นไปได้ที่นำสู่การปฏิบัติได้จริง ร้อยละ 100 โดยมีระดับค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, SD .00) พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุดทุกประเด็น คือ มีความง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ การสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง (Mean 5.0, SD .00) เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด ช่วยประหยัดและลด

ต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน

ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติกับผู้คลอด จำนวน 30 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 30 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุ ช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 43.34 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 มากที่สุด คือ ร้อยละ 33.33 ไม่เคยมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 80 ผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง ร้อยละ 43.33 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 และจบการศึกษา ระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 40.00

หลังการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 26.67 (8/30), 30 (15/30) และ 23.33 (7/30) ตามลำดับ นอกจากนี้ ไม่พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)				หลังพัฒนา (ร้อยละ)
	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563	พ.ศ. 2564	ธ.ค. 2564 - เม.ย. 2565
1. อัตราการตกเลือดหลังคลอด	10.98 (46/419)	7.82 (42/537)	9.41 (19/202)	2.92 (7/240)	0 (0/30)
2. อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	2.17 (1/46)	2.38 (1/42)	0.0 (0/19)	0.0 (0/7)	0.0 (0/1)
3. อัตราการเกิดมดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอด (tone)	69.57 (32/46)	88.1 (37/42)	73.68 (14/19)	28.57 (2/7)	0.0 (0/1)
4. อัตราการเกิดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด (trauma) หลังคลอด	19.57 (9/46)	9.52 (4/42)	21.05 (4/19)	28.57 (2/7)	0.0 (0/1)
5. อัตราการมีรกและหรือชิ้นส่วนของรกค้างหลังคลอด (tissue)	8.7 (4/46)	2.38 (1/42)	5.26 (1/19)	42.86 (3/7)	100.0 (1/1)
6. อัตราการเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือด ช้ำ (thrombin)	2.17 (1/46)	0.0 (0/42)	0.0 (0/19)	0.0 (0/7)	0.0 (0/1)

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (IOWA model)¹³⁻¹⁵ ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด^{1,6} โดยการมีส่วนร่วมของทีมพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด เริ่มตั้งแต่คัดเลือกปัญหาการคัดเลือกประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมปรับพัฒนาและลงปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปในแนวทางเดียวกันช่วยลดภาวะการตกเลือดหลังคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พยาบาลวิชาชีพมีการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูงถึงร้อยละ 100 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทำให้มีตระหนักถึงประโยชน์ ความปลอดภัยของผู้คลอด เกิดความภาคภูมิใจในแนวปฏิบัติที่ตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งได้พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัตินี้ อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกประเด็น มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, SD .00)

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าระยะแรกของการใช้แนวปฏิบัติไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อาจเพราะเนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นการจัดการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เนื่องจากเป็น

การดำเนินงานโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาติ วิภาวาท และอารี กิ่งเล็ก การศึกษาของเรณู วัฒนเรืองอรุณ และคณะ และการศึกษาของ Brogaard L et al.²³⁻²⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง สามารถตรวจพบความผิดปกติและให้การพยาบาลป้องกันการตกเลือดได้ผลดี พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอด ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอดดังจะเห็นได้จากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการเข้าร่วมแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สถาบันบำราศนราดูร พยาบาลมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, SD .00) โดยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกประเด็น คือมีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ การสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องความในระดับมากที่สุด (Mean 5.0, SD .00) เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด ช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานที่ยั่งยืนต่อไปเนื่องจากพยาบาลมีความเห็นร่วมกันในการสร้างแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของปทุมมา กังวาน

ตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี และ ภคินี ชุนเศรษฐ์ และ ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ^{26, 12, 27} พบว่าการมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาพร้อมหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ควรพัฒนาแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในภาพรวมทั้งสถาบันและการส่งต่อ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

References

1. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage. [Internet]. 2012 [cited 2022 march 11]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277283/WHO-RHR-18.34-eng.pdf>
2. World Health Organization [WHO], UNICEF. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population [online]. 2022 [cited 2022 Feb 9]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?sequence=2
3. Health Promotion Bureau, Department of Health Bureau of Health Promotion, Fiscal Year 2020. [online]. 2022 [cited 2022 Feb 9]; Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tiny/mce/OPDC/OPDC2563-S/IDC1_1/opdc_2563_IDC1-1_02.pdf
4. Shivaprasad C. Sheehan's syndrome: Newer advances. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. Insight [Internet]. 2011 Sep [cited 2022 Jun 13]; 15(3): S203-S207 Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183525/#:~:text=Sheehan's%20syndrome%20\(SS\)%20is%20postpartum,of%20anterior%20pituitary%20hormone%20deficiency.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183525/#:~:text=Sheehan's%20syndrome%20(SS)%20is%20postpartum,of%20anterior%20pituitary%20hormone%20deficiency.)
5. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], Postpartum Hemorrhage. [Internet]. 2017 [cited 2022 march 11]; Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/10/postpartum-hemorrhage>
6. RCOG Clinical Practice Guideline; Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. [Internet]. 2020 [cited 2022 march 11]; Available from: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2022/05/OB-63-020%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%9B%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%B0%E0%B8%99%E0%B8%B3.pdf>
7. New South Wales Ministry of Health. Maternity-prevention, early recognition and Management of postpartum hemorrhage (PPH). Policy Directive. North Sydney: NSW Ministry of Health 2010. [Internet]. 2018 Jun 21 [cite 2022 Feb 10]; Available from: <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/documents/pphpreventandmanage18.pdf>
8. WHO recommendations uterotonics for the prevention of postpartum hemorrhage. Geneva. World Health Organization, 2018. [Internet]. 2018. [cite 2022 Feb 10]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277283/WHO-RHR-18.34-eng.pdf>

9. Ramanathan G, Arulkumaran S. Postpartum hemorrhage. JOGC. [serial online]. 2006 Nov 11 [cite 2022 Feb 10]; 28(9):67-73. Available from: <https://www.jogc.com/action/showPdf?pii=S1701-2163%2816%2932308-8>
10. Nattanan Sirimas, Piyarat Somsripang, Supangpan Padklang, Supangpan Padklang, Jeeraporn Jaksujinda. The Development Care System for Women Pregnant of Prevention Postpartum Hemorrhage in Sakon Nakhon Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2014;32(2):37-46. Thai.
11. Sirisopa Khamkrue, Tussanee Srisuwan, Runrawan Kaewbunruang. Development of Clinical Practice Guideline for Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Lamphun Hospital. Journal of Lanna Health Promotion and Environmental Health. 2018;8(1):46-57. Thai.
12. Pakinee Kunsete . Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Early Postpartum Hemorrhage for Vaginal Delivery in a Labor Room, Songkhla Hospital. JNPHR. 2021;1(2):83-93. Thai.
13. Fongcum Tilokskulchai. Evidence-base Nursing: Principle and Method. 6th Edition. Bangkok: Pimluk; 2553. Thai.
14. Titler MG, Kleiber C, Steelman VJ, et al. The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. Crit Care Nurs Clin North Am. [Internet]. 2001 Dec [cite 2001 Dec];13(4):497-509. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11778337/>
15. Titler MG. The Iowa Model of Evidence-Based Practice: Model and Frameworks for Implementing Evidence-Base Practice: Linking Evidence to Action. New York, NY John Wiley & Sons. Insight [Internet].2013 [cited 2022 Jun 13];May(1):137-147 Available from: <https://books.google.co.th/books?id=EpDbQSI1390C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.
16. Bamrasnaradura infectious diseases institute, (2022), annual performance report 2022. Thai.
17. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins Publishers.; 2001.
18. Craig J, Smyth R. The evidence-based manual practice manual for nurses. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.: 2002.
19. Tripop Lertbunnaphong, Jarunee Leetheeragul. Risk Factor of Primary Postpartum Hemorrhage in Siriraj Hospital. Siriraj Med J. 2010 September-October;62(5):195-198. Thai.
20. Oyelese Y , Ananth CV. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. Clin Obstet Gynecol. [Internet]. 2010 Mar [cite 2022 Jun 12];53(1):147-56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20142652/>

วารสารกองการพยาบาล

21. Tsu VD, Levin C, Tran MP, Hoang MV, Luu HT. Cost-Effectiveness Analysis of Active Management of Third-Stage Labour in Vietnam. Health Policy and Planning [Internet]. 2009 July 24 [cite 2022 Jun 2]; 24:438-444. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19633018/>
22. Cynthia s, Deborah a, Iwan A, et.al. Use of Active Management of the Third Stage of Labor in Seven Developing Countries. World Health Organization. [Internet]. 2009 [cite 2009 Feb 13]. 2009 Mar;87(3):207-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654655/>
23. Laddawan Plodrit , Suchata Vipavakarn, Aree Kinglek. A Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Krabi Hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):127-41. Thai.
24. Renu Wattanalungarun, Wanchai Chantrapitak, Nuchanad Kajang, Rungthip Onlaor. Effectiveness of using risk assessment and clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum haemorrhage from uterine atony in Charoenkrung Pracharak Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2017;13(2): 28-42. Thai.
25. Brogaard L, HVIDMAN L, HINSHAW K, Et al. Development of the Team OBS-PPH–targeting clinical performance in postpartum hemorrhage. AOGS. 2018;97:677-87.
26. Pathumma Kangwantrakul, Oilin Inyasri. Development of nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first two hours after giving birth at labor room, Udonthani hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2017; 33(2): 121-34. Thai.
27. Siriporn Pinpo, Somporn Wattananukulkiat. Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent and Cure of the 2-24 hours Postpartum Hemorrhage in Obstetrics Ward, Khonkaen Hospital. 22nd NGRC. 2021 Mar 25; Khonkaen, Thailand. Khonkaen: Khonkaen University; 2021; 134-47. Thai.