

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด
หลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
Development of Nursing Practice Guideline
for the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage
at Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2557

Volume 37 No.4 (October-December) 2014

พัชรกรณีย์ แยงค์คำ พย.บ.* อูสาห์ สุกรพันธ์ วท.ม.**

Phatchareeporn Yaengkam B.N.S* AUSA Supornpun MS**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยใช้ความรู้ที่มีจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 ระยะ ตั้งแต่รับไหมผู้คลอดจนถึง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นำไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องคลอด 9 คน และผู้คลอด 30 คน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ประเมินผลจากการปฏิบัติตามเทคนิคของเมสัน ผลลัพธ์การคลอด ปริมาณเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ผลการทดลองใช้พบว่า พยาบาลห้องคลอดสามารถปฏิบัติได้จริงมากกว่าร้อยละ 90 ความเห็นของพยาบาลโดยภาพรวมต่อแนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ปริมาณเลือดที่ออกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($\bar{X}$ = 173.17 มิลลิลิตร, SD = 69.6) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

Abstract :

This study aimed to develop the nursing practice guideline for the prevention of early postpartum hemorrhage based on the latest evidence-based practice. The guideline composed of 5 stages from admission until 2 hours after delivery. The guideline was tested by 9 registered nurse-midwives and 30 women during labor between 1 April and 31 May 2013. The quality of the guideline was assessed by Mason's criterion for standards of care, postpartum blood loss, and satisfaction of the nurse-midwives toward the guideline. The results revealed that over 90% of the activities were completed and the nurse-midwives reported high to very high levels of satisfaction. Normal postpartum blood loss ($\bar{X}$ = 173.17ml, SD = 69.6). This nursing practice guideline can be used as a standard of care for the prevention of early postpartum hemorrhage.

keywords: nursing practice guideline, early postpartum hemorrhage

*นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาระบบงานสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพัฒนาระบบงานสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตกเลือดในระยะหลังคลอด เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของมารดาถึงร้อยละ 18 ของการคลอด¹ ในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ช่วงปี พ.ศ.2551-2553 พบอัตราการมารดาตายเป็น 11.3, 10.8 และ 10.2 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีวิต ตามลำดับ² ซึ่งสาเหตุการตายของมารดาพบภาวะตกเลือดเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดสูงเป็นอันดับแรก ส่วนมากการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด¹ ซึ่งมารดามีโอกาสรอดได้สูงหากได้รับการช่วยเหลือทันทีที่ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประเมินได้จากการสูญเสียเลือดของมารดาจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด³ หรือความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด^{1,4} และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร และจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน³ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีหลังคลอด การฉีกขาดของช่องทางคลอด รกค้าง และมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจได้^{1,4} ผลกระทบด้านร่างกายทันทีหลังคลอดจะมีอาการใจสั่น ชีต ซีพจรเบาเร็ว ความดันเลือดต่ำ ซีด มีอาการขาดออกซิเจน และเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลว เช่น ไตวาย หัวใจวาย มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดจากภาวะไฟบริโนเจนในเลือดต่ำ และอาจตายได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือและมีชีวิตพบว่าจะมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย มีอาการอ่อนเพลีย ซีด และสุขภาพเสื่อมโทรม ทารกได้ดื่มนมมารดาช้า ปริมาณน้ำนมของมารดาไม่เพียงพอสำหรับเลี้ยงทารก ทำให้มีอาการไม่มีน้ำนมหลังคลอด มารดามีอาการเต้านมเหี่ยว บางรายภายหลังการตกเลือดพบว่าเกิดเซลล์ของต่อมไธสมองส่วนหน้าตาย เป็นผลทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อเกิดความบกพร่องขึ้น เกิด Sheehan's syndrome ต้องเสี่ยง

ประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลจำนวนมาก มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น^{1,5}

จากสถิติห้องคลอดโรงพยาบาลวาปีปทุมระหว่างปี 2552-2554 มีผู้มาคลอด 397, 353 และ 384 คน ตามลำดับ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 2.01, 1.13 และ 4.16 ตามลำดับ⁶ ซึ่งเกินตัวชี้วัดของงานห้องคลอดที่กำหนดการเกิดตกเลือดหลังคลอดไว้ไม่เกินร้อยละ 1 และจากการทบทวนเวชระเบียนในผู้คลอด 384 รายในปี 2554 พบการตกเลือดหลังคลอด 16 ราย แบ่งเป็นตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 15 ราย (ร้อยละ 93.75) และตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว 1 ราย (ร้อยละ 6.25) ซึ่งสาเหตุเกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 9 ราย (ร้อยละ 56.25) รกค้าง 2 ราย (ร้อยละ 12.5) ฉีกขาดของช่องทางคลอด 2 ราย (ร้อยละ 12.5) ผู้คลอดมีภาวะช็อคก่อนคลอด 2 ราย (ร้อยละ 12.5) รกคลอดช้า 1 ราย (ร้อยละ 6) และจำเป็นต้องส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 5 รายจากทั้งหมด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25 ผู้วิจัยและทีมพัฒนางานของโรงพยาบาลจึงได้ร่วมกันทบทวนระบบงาน พบว่า แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เป็นปัจจุบัน ห้องคลอดประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดด้วยสายตา การดูแลระยะหลังคลอดไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และจากการสังเกตการปฏิบัติพยาบาลห้องคลอดยังพบว่า การดูแลเชิงรุกในระยะที่สามของการคลอด (active management of the 3rd stage of labor) มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction เนื่องจากทักษะ ความชำนาญของพยาบาลแตกต่างกัน

ผู้ศึกษาจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยเน้นการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์หาแนวทางการดูแลที่มีคุณภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของปัญหา ความเป็นเจ้าของร่วมกันในการพัฒนางาน ลด

ความหลากหลายแนวทางปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดประโยชน์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก สำหรับบุคลากรพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. มารดาได้รับการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. การเกิดตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงานลดลงและมารดาปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาบูรณาการขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย⁷ กับการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติของกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาต่างๆในประเทศไทย⁸ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นหรือเลือกเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติ 2) การคัดเลือกและแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ 4) การสืบค้นหาข้อมูล การทบทวนรายงานการวิจัยและการประเมินคุณค่าหลักฐาน 5) การยกร่างแนวปฏิบัติ 6) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 7) การทดลองใช้ 8) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกลงสู่การปฏิบัติ และ 9) การประเมินและปรับปรุงแก้ไข ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กำหนดประเด็นปัญหา โดยการวิเคราะห์จากตัวชี้วัดสำคัญในหน่วยงาน ผลกระทบต่อผู้รับบริการ การระดมสมองร่วมกันกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง พบว่า การปฏิบัติการเพื่อป้องกันการตกเลือดของพยาบาลยังไม่เป็น

แนวทางเดียวกัน ไม่เป็นปัจจุบัน และมีทักษะการทำคลอดต่างกัน

แต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วยแพทย์ประจำห้องคลอดและพยาบาลห้องคลอด เพื่อสร้างทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน

ทบทวนหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการป้องกัน การดูแล และการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาของหน่วยงาน จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้แก่ Cochrane.org, ProQuest, CINAHL, ScienceDirect, TDC และจากเว็บไซต์ได้แก่ www.guideline.gov, google scholar รวมถึงการสืบค้นด้วยมือ และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง

ผลการสืบค้น พบงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่สามารถนำมาสร้างแนวปฏิบัติได้ 13 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพและจัดระดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt⁹ เป็นงานวิจัยระดับที่ 1 มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) 3 เรื่อง¹⁰⁻¹² งานวิจัยระดับที่ 2 งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial) 1 เรื่อง¹³ งานวิจัยระดับที่ 3 งานวิจัยเชิงทดลองมีกลุ่มควบคุมไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 1 เรื่อง¹⁴ งานวิจัยระดับที่ 4 งานวิจัยศึกษาไปข้างหน้า 3 เรื่อง¹⁵⁻¹⁷ ระดับที่ 5 หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย 1 เรื่อง¹⁸ ระดับที่ 6 งานวิจัยเชิงบรรยาย 1 เรื่อง¹⁹ และหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา 3 เรื่อง²⁰⁻²² นำข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้ามาสรุปสังเคราะห์ เพื่อร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

นำร่างแนวปฏิบัติฯนี้ เสนอผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วยแพทย์โรงพยาบาลวชิรพยาบาล 1 คน สูติแพทย์โรงพยาบาลมหาสารคาม 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่ 1 คน อาจารย์พยาบาล 2 คน เป็นอาจารย์สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(CVI) เท่ากับ 0.84 และนำร่างแนวปฏิบัติมาปรับปรุงร่วมกับทีมพัฒนา ก่อนนำไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องคลอด 9 คน และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปที่มีการเจ็บครรภ์จริง เก็บข้อมูลในผู้ที่มาคลอดในเวรเช้า บ่าย และดึก เวิร์ดละ 10 คน รวม 30 คน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2556

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงคณะกรรมการการวิจัยธรรมการศึกษาในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนทำการศึกษา ได้หมายเลขรับรองลำดับที่ 4.2.02: 53/2555 เลขที่ HE552311 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลตามแนวปฏิบัติตามแนวคิดการประเมินของMason²³ โดยพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานเป็นผู้บันทึกข้อมูล ใช้การประเมินแบบตรวจสอบรายการ 2 ตัวเลือกคือ “ปฏิบัติ” และ “ไม่ได้ปฏิบัติ” พร้อมทั้งให้เหตุผลในข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติวิเคราะห์คุณภาพในการนำไปปฏิบัติโดยใช้ร้อยละแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ประกอบด้วยข้อมูลการคลอด ชนิดการคลอด การตัดแผลฝีเย็บ การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออกในระยะที่ 3 ของการคลอด ปริมาณเลือดที่ออกระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยประเมินจากผ้าอนามัยของผู้คลอด และการได้รับเลือดทดแทน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ให้พยาบาลแสดงความคิดเห็นต่อความครอบคลุมของเนื้อหา ขั้นตอน ความชัดเจน เข้าใจง่าย ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ความเหมาะสมกับบริบทหน่วยงาน ปฏิสัมพันธ์และประโยชน์ต่อผู้คลอด รวมถึงความพึงพอใจและความยุ่งยากในการเพิ่มภาระงาน เป็นการแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นโดย

การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 19 ข้อ ได้แก่ 1) ขั้นตอนรับใหม่ผู้คลอด 2 ข้อ 2) ระยะรอคลอด 2 ข้อ 3) ระยะที่ 2 ของการคลอด 1 ข้อ 4) ระยะที่ 3 ของการคลอดโดยการใช้ active management 8 ข้อ และ 5) การดูแลมารดาหลังคลอดระยะแรก 6 ข้อ และแนวปฏิบัตินี้ สามารถปฏิบัติได้ครบทั้ง 30 ครั้ง (ร้อยละ 100) ยกเว้นแนวปฏิบัติ ในระยะที่ 2 ของการคลอด (ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที ฟัง FHR หลังมดลูกคลายตัวทุก 10-15 นาที) ปฏิบัติได้ 28 ครั้ง (ร้อยละ 93.33) ซึ่งพบในเวรบ่าย และเวรดึก เนื่องจากผู้คลอดมีการคลอดเร็วไม่สามารถประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ตามที่กำหนดได้ และพยาบาลผู้ปฏิบัติกิจกรรมต้องเตรียมยา และอุปกรณ์ในการดูแลผู้คลอด เตรียมรับทารก แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

สำหรับความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด มีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในภาพรวมในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 44.44 และร้อยละ 55.56 ตามลำดับ โดยข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ เห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอดและควรมีการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 4.78, SD = .44) และเห็นว่า แนวปฏิบัตินี้ ทำให้ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงานในระดับน้อย ร้อยละ 77.78 (ตารางที่ 1)

ผลการดูแลผู้คลอด 30 ราย ตามแนวปฏิบัติพบว่า ผู้คลอดมีอายุตั้งแต่ 18-40 ปี อายุเฉลี่ย 27.33 ปี ครรภ์หลังมากที่สุดร้อยละ 70 อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ ความเข้มข้นของเลือดขณะรับใหม่มากกว่า 33 vol% ร้อยละ 96.67 ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกขณะรอคลอด 7 ราย ร้อยละ 23.33 ตัดฝีเย็บช่วยคลอดร้อยละ 83.33 ส่วนปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยใช้ถุงรองเลือด พบเลือดที่ออกอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยออกน้อยที่สุด 75 มิลลิลิตร และออกมากที่สุด 350 มิลลิลิตร

($\bar{X}$ = 173.17 มล., SD = 69.6) จากการประเมินผ้าอนามัยช่วงแรกหลังคลอดส่วนใหญ่ช่วง $\frac{1}{4}$ ผืน ร้อยละ 46.67 รองลงมาช่วง 1 ผืน ร้อยละ 26.67 และช่วงที่สองหลังคลอดส่วนใหญ่ช่วง $\frac{1}{2}$ ผืน ร้อยละ 70 รองลงมาช่วง $\frac{3}{4}$ ผืน ร้อยละ 23.33 มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) หลังคลอด 1 ราย ซึ่งเป็นผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอด ไม่พบการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้ พยาบาลห้องคลอดนำแนวปฏิบัติมาใช้จริง มีการประเมินผู้คลอดแต่ละระยะของการคลอด และให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นแนวทางเดียวกัน จึงไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

อภิปรายผลการศึกษา

พยาบาลห้องคลอดสามารถให้การดูแลผู้คลอดตามแนวปฏิบัติ ได้จริงมากกว่าร้อยละ 90 ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดในระยะรับไหมรูดคลอด ระยะที่ 3 โดยใช้ active management และระยะหลังคลอด ในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ไม่แตกต่างกัน คือสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ยกเว้นการดูแลในระยะคลอด ซึ่งปฏิบัติได้ร้อยละ 93.33 ซึ่งอภิปรายผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ดังนี้

การดูแลขั้นตอนที่ 1 และ 2 พยาบาลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมได้ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติทั้ง 30 ครั้ง หลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทำให้มีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการช่วยประเมินผู้คลอดแรกรับ พยาบาลเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นการประเมินการหดตัวของมดลูกร่วมกับฟังเสียงหัวใจทารก ไม่ได้ปฏิบัติ 2 ครั้งในเวรบ่ายและเวรดึก เนื่องจากผู้คลอดคลอดเร็วและมีพยาบาลเพียง 2 คน/เวร ทำให้ต้องรีบใช้เวลาในการเตรียมยาและการรับทารก แต่เมื่อใช้แนวปฏิบัติในเวรเช้าพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ เพราะอัตรากำลังเพียงพอ คือ พยาบาลชั้นปฏิบัติงานเวรเช้า 3 คน เวรบ่าย 2 คน และเวรดึก 2 คน ทางหน่วยงานจึงเสนอให้เตรียมเครื่อง External electronic fetal monitoring ขณะย้ายผู้คลอดทุกครั้งเพื่อให้การดูแลผู้

คลอดมีคุณภาพ และสามารถประเมินการหดตัวของมดลูกและ FHS ได้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอด นำ active management มาใช้ในระยะนี้ พยาบาลสามารถปฏิบัติครบทั้ง 30 ครั้ง (ร้อยละ 100) เนื่องจากพยาบาลมีประสบการณ์การทำงาน เคยได้รับการสอนและอบรม การดูแลผู้คลอดโดยใช้ active management ในระยะที่ 3 ของการคลอดมาแล้ว เมื่อมีการส่งเสริมให้นำมาปฏิบัติจริง จึงสามารถทำได้ และพบว่าการใช้ Active management ทำให้เลือดที่ออกหลังคลอดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร และไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่อผู้คลอด^{11,24,25} ส่วนขั้นตอนที่ 5 การดูแลหลังคลอดระยะแรก พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติครบทั้ง 30 ครั้ง ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบผู้คลอดมีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) หลังคลอด 1 ราย จากได้รับการเร่งคลอด²⁶ แต่ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sosa²⁷

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดและเห็นด้วยมาก เนื่องจากพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ เกิดความตระหนักความเป็นเจ้าของร่วมกันในการพัฒนางาน²⁸

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติ เป็นประโยชน์ต่อผู้คลอด และผู้ให้บริการ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในหน่วยงานจากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ มาปรับให้มีความยืดหยุ่นในการใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สร้างความตระหนักสำหรับพยาบาล เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา²⁸ ลดความหลากหลายแนวทางปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้คลอดมีความปลอดภัย เกิดผลลัพธ์ที่ดีจากการคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในหน่วยงาน และกำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของ

โรงพยาบาลวาปีปทุม และนำกระบวนการดำเนินงานไปพัฒนาแนวปฏิบัติ ที่ยังเป็นปัญหาของหน่วยงาน เพื่อปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานการบริการให้มีความทันสมัย และได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาลงมือของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลเพิ่ม เช่น อัตราการตกเลือดหลังคลอด การได้รับเลือดทดแทนจากการใช้แนวปฏิบัติ และควรเพิ่มวิธีการประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดที่แม่นยำขึ้นหรืออาจนำไปศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลแบบเดิม

เอกสารอ้างอิง

- Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *Int J Am Fam Phys* 2007; 75(6): 875-882.
- Bureau of Policy and Strategy. Public health statistics. Bangkok: The war veterans organization of Thailand; 2010. (in Thai)
- Belfort MA, Saade GR, Foley MR, Phelan JP, Dildy G.A. Critical care obstetrics. Blackwell: John Wiley & Sons; 2010.
- Kunpradit S. Postpartum hemorrhage. In: Ratanasiri T, editor, Emergency obstetrics. Bangkok: Pimdee; 2010. p. 248-265. (in Thai)
- Anunsawat S. Obstetrics nursing. Bangkok: Prachumchang; 2001. (in Thai)
- Wapipathum Hospital. Annual birth statistics. [n.p.]; 2011. (in Thai)
- Boonapai N. Development of the clinical nursing practice guideline for prevention of prolonged second stage of labor at Praarjanban Tanakaro hospital Sakon Nakhon province. [An Independent study report for the Master in Advance Midwifery]. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen university; 2011. (in Thai)
- Palwatwichai A, Suntorntham S. Guide to develop clinical practice guidelines. [online][n.p.] [cited 2012 Feb 15]. Available from: <http://www.surgeons.or.th/CPG%20handbook.pdf>. (in Thai)
- Tilokskulchai F. Evidence-based practice: Principle and method. Bangkok: Pre-one; 2008. (in Thai)
- Hofmeyr GJ. Uterine massage for preventing postpartum hemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 1-16.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in third stage of labour (Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. UK: John Wiley & Sons; 2007.
- Althabe F, Aleman A, Tomasso G, Gibbons L, Vitureira G, Belizan JM, et al. A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107: 4-7.
- Rezk A, Razek MA, Kareem MA, Eid N. Does hydration shorten the duration of labour?. *Med Journal Cairo University* 2010; 78(2): 13-17.
- Patel A, Goudar SS, Geller SE. (2006). Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93: 220-224.
- Numprasert W. A Study in Johnson's formula fundal height measurement for estimation of birth weight. *AU Journal Thai* 2004; 8(1): 15-20. (in Thai)
- Mortazavi F, Akaberi A. Estimation of birth weight by measurement of fundal height and abdominal girth in parturients at term. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2010; 16(5): 553-557.

17. Thompson JF, Ford JB, Raynes-Greenow CH, Roberts CL, Ellwood DA. Women's experiences of care and their concerns and needs following a significant primary postpartum hemorrhage. *Birth* 2011; 38(4): 327-335.
18. SOGC clinical practice guidelines. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108: 258-267.
19. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum haemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med* 2005; 98(4): 419-422.
20. FIGO guideline. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 117: 108-118.
21. Department of Obstetrics and Gynecology Buddhachinaraj hospital. Clinical practice guideline [online] 2009 [cited 2011 Nov 20]. Available from: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/CPG1/CPG04_1.htm (in Thai)
22. Department of Obstetrics and Gynecology Songkhla hospital. Clinical practice guidelines for prevention and management of postpartum hemorrhage. [online][n.p.] [cited 2012 Jan 3]. Available from: <http://www.sk-hospital.com/~ob/cpg/PPH.pdf> (in Thai)
23. Mason EJ. How to write meaningful standards of care. 3rd ed. New York: Delmar Publisher; 1994.
24. Mongkolprathumrut S. The effectiveness of active management of the third stage of labor regarding early postpartum hemorrhage. *Journal of Health Science* 2008; 17(5): 737-743. (in Thai)
25. Densiriakorn S. Active management of the third stage of labor (AMTSL) without controlled cord traction at Nongkai hospital. *Chula Med Journal* 2010; 54(6): 581-591. (in Thai)
26. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams obstetrics. New York: McGraw-Hill; 2005.
27. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 203: e1-238e5.
28. Pungthaisong O. Development of clinical practice guideline non-pharmacological methods for pain relief during the first stage of labor at Pakthongchai hospital Nakhon Rachasima province. [An Independent Study Report for the Master in Advance Midwifery]. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen university; 2008. (in Thai)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (N = 9)

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)					$\bar{X}$	SD
	เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย น้อยที่สุด		
1. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับ บริบทห้องคลอดโรงพยาบาลวาปีปทุม	4 (44.44)	5 (55.56)				4.44	.53
2. แนวปฏิบัติ มีความง่ายและสะดวก ต่อการปฏิบัติ	1 (11.11)	8 (88.89)				4.11	.33
3. แนวปฏิบัติมีการสื่อสารชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง	3 (33.33)	6 (66.67)				4.33	.50
4. แนวปฏิบัติทำให้ท่านยุ่งยาก ซ้ำ ซ้อนและเพิ่มภาระงาน				7 (77.78)	2 (22.22)	1.78	.44
5. แนวปฏิบัติทำให้ท่านมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้คลอดได้ดี	3 (33.33)	6 (66.67)				4.33	.50
6. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอด และควรมีการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	7 (77.78)	2 (22.22)				4.78	.44
7. โดยภาพรวมแล้ว ท่านมีความพึง พอใจต่อแนวปฏิบัติ	5 (55.56)	4 (44.44)				4.56	.53