

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Krabi Hospital

ลัดดาวลัย ปลอดฤทธิ^{1*}, สุชาตา วิภาวาท¹ และ อารี กิ่งเล็ก¹
Laddawan Plodrit^{1*}, Suchata Vipavakarn¹ and Aree Kinglek¹
โรงพยาบาลกระบี่^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 11 คน 2) กลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 568 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการวิเคราะห์มารดาตกเลือดหลังคลอด แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า

1. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนคลอดซักประวัติ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ 4Ts เจาะ CBC ทดสตี๊กเกอร์สีแดงที่หน้าปาย และนำ Partograph มาใช้ในการดูแลมารดาคลอด 2) ระยะคลอดสวนปัสสาวะ ติดตามสัญญาณชีพ ช่วยคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดทำ Active Management of the Third Stage of Labor และ 3) ระยะหลังคลอดให้การดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด และการดูแลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรม

2. ผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเหลือร้อยละ 0.18 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด อัตราการตายถูกตัดมดลูกจากการเสียเลือด และมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จึงเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, แนวทางปฏิบัติ, ห้องคลอด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: laddawan_2513@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-5892825)



Abstract

This research and development (R&D) study aimed to develop Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) to prevent early postpartum hemorrhage (PPH) in labor room, Krabi Hospital. The research's framework was based on the nursing best practice's evidences of Thailand Bureau of Nursing. The research was carried out from 1 October 2011 to 30 September 2013. It was divided into 3 phases: 1) preparation phase, 2) developing the CNPG phase, and 3) evaluation phase. Samples were 2 groups: 11 registered nurses who were working in labor room and used the CNPG, and 568 mothers who were at risk of having postpartum hemorrhage. The research instruments were: 1) a PPH assessment form, 2) the developed CNPG, 3) the CNPG evaluation form, 4) key performance Indicators for preventing early PPH, and 5) satisfaction questionnaires. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's Alpha Coefficient and equal to .89 and .84. The data were analyzed using mean, percentage and content analysis.

The results revealed as following;

1. The CNPG for preventing early postpartum hemorrhage included the three following phases: a) antenatal phase guidelines (history taking, assessment of PPH using 4Ts, blood test for CBC, placing a red sticker on a patient's chart, and using partograph) for maternal care, b) labor phase guidelines (retaining Foley's catheter) vital signs monitoring, assisting and doing active management of the third stage of labor), and c) two hours of postpartum phase guidelines (providing postpartum nursing care).

2. The early PPH rate was decreased from 0.52 % in 2011 to 0.18 % in 2014. There was no incidence of maternal death, hypovolemic shock and hysterectomy from the PPH. After using the CNPG, the satisfaction of nurses and mothers was increased in a statistically significant way. Moreover, the health care cost per time was decreased statistically significant.

In conclusion, the CNPG for early PPH prevention should be implemented to prevent the early PPH, especially for a serious complication of PPH.

Keywords: Postpartum Hemorrhage, Clinical Nursing Practice Guidelines, Labor Room

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดผ่านทางช่องคลอด ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ภายหลังทารกคลอดเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และการเจ็บป่วยของมารดา ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่า เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 25 (World Health Organization: WHO, 2006) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2550 - 2552 พบว่า มีมารดาตาย

จากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 13.1, 9.5 และ 12 ตามลำดับ (สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, 2552 อ้างถึงใน ญฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักขุจินดา, 2557) การตกเลือดหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ชนิด ตามระยะเวลาของการตกเลือด 1) การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Early Postpartum Hemorrhage) 2) การตกเลือดหลังคลอดในภายหลัง (Late Postpartum Hemorrhage) (ถวัลย์ วงศ์รัตนสิริ, วิฑิตมา สุนทรสัง และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ, 2553) สาเหตุการตายส่วนใหญ่ เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (WHO, 2006) จากการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องคลอด การมีรกค้าง และมีปัญหาเกี่ยวกับกลไกการแข็งตัวของเลือด (ธีรพงศ์ เจริญวิทย์, 2551) ซึ่งการหดตัวของมดลูกไม่ดี เป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบประมาณ 1 ใน 20 ของการคลอด (ถวัลย์ วงศ์รัตนสิริ, วิฑิตมา สุนทรสัง และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ, 2553) ความเสี่ยงที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ เกิดภาวะช็อกอ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติ อาจทำให้เกิดภาวะช็อค และการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้ อีกรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงที อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Anderson & Etches, 2007)

จากสถิติ มารดาที่มารับบริการคลอดในงานห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างปีงบประมาณ 2553-2554 นั้น พบอัตราการตายจากตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 5.26 และ 0 ตามลำดับ อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ร้อยละ 0.39 และ 0.52 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้นเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด ภาวะรกค้าง และจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะช็อก ต้องได้รับเลือดทดแทน ตัดมดลูก ซึ่งแนวทางปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของห้องคลอด เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดให้การดูแลแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นแล้ว และเมื่อพบว่ามีปัญหาจะมีการทบทวน และหาแนวทางในการปฏิบัติ แต่ก็พบว่า การตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน เนื่องจาก การดูแลมารดาคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดดูแลเหมือนกันทุกราย ไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม และทีมผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างถ่องแท้ จึงส่งผลให้อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องการเร่งแก้ไขเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล สูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล บริการคลอด โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดี (ธัญรัตน์ จิรสินธิปก, 2553) เพราะการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และวินิจฉัยภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทันท่วงที จะช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดได้ ดังนั้น การนำแนวทางปฏิบัติสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มาใช้ในหน่วยงาน จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้แต่จากการทบทวนการปฏิบัติยังพบว่า ยังมีการปฏิบัติที่หลากหลาย การปฏิบัติขึ้นกับการตัดสินใจของทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนพบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical



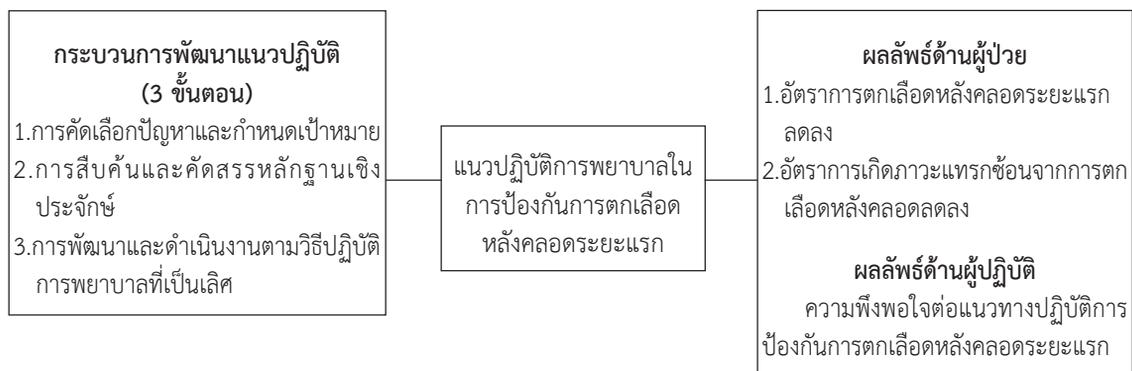
Nursing Practice Guideline: CNPG) เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย จะลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย และทำให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และชัดเจนขึ้น (ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพงศ์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักษุจินดา, 2557) ทั้งนี้ เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยทางการพยาบาล งานวิจัยอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน เกิดความคุ้มค่า นำสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาลอีกด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยยึดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่
2. ศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ ผู้วิจัยใช้แนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาล (2553) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ที่มีวิธีการสังเคราะห์หลักฐานที่น่าเชื่อถือ การมีส่วนร่วมของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้ร่วมในทีมพัฒนารวมทั้งประเมินแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิทำให้ได้แนวปฏิบัติเป็นที่ยอมรับ และมีความน่าเชื่อถือ สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2554 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2556 โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ เป็นขั้นตอนการเขียนโครงการ และการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย คณะกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ได้มีการระดมสมองประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยใช้ ตารางประเมินความเสี่ยง (Risk Matrix) ซึ่งแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ และระดับความรุนแรงความเสี่ยง 9 ระดับ (A-I) พบว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยจึงวางแผนดำเนินการแก้ไขโดยพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบเป็นแกนนำในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ และการติดตามการดำเนินงาน ได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยทบทวนเวชระเบียนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2552 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2554 จำนวน 23 ฉบับ ดำเนินการระหว่าง 1-31 ตุลาคม พ.ศ.2554 โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ค้นหาปัญหา/อุปสรรคจากกระบวนการดูแลรักษา พบว่า มารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดเกิดใน มารดาครรภ์หลัง มารดาได้รับยา $MgSO_4$ และมารดาคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เป็น 3 ลำดับแรก ซึ่งเป็นมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด สาเหตุเกิดจากระบบการดูแลโดยเฉพาะในระยะคลอดพยาบาลขาดทักษะในการทำ Active Management of Third Stage of Labor ขาดการดูแลต่อเนื่องในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ในเรื่องการประเมินและการคลั่งมดลูก ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันมารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่มีการจำแนกกลุ่มเสี่ยง และการดูแลในแต่ละกลุ่มไม่ชัดเจน จากการทบทวนนำข้อมูลที่ได้มาจัดเตรียมความพร้อมของทีมที่เข้าร่วมในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ ดำเนินการระหว่าง 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2554 -31 มกราคม พ.ศ.2555 ประกอบด้วย

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

คณะกรรมการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้แนวคิดของ PICO Framwork (Sackettetal; 1997 Site in Craig & Smyth, 2002) ดังนี้ P (Population): มารดาตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด I (Intervention): การประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด Active Management of Third Stage of Labor และการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด C (Comparison): ใช้วิธี Comparison กับเกณฑ์มาตรฐานและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา O (Outcome): ลดอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้ง และคุณภาพการพยาบาล ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่นำมาใช้ประกอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด กำหนดจากเอกสารตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่พิมพ์ในแหล่งพิมพ์ที่มี Impact Factor ที่มีความน่าเชื่อถือ มีความทันสมัย



2. การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้

ที่พัฒนาแนวทางปฏิบัติ ได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาทำการคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melynk & Fineout – Overholt (2005) 7 ระดับ และการจัดลำดับความเหมาะสมของเนื้อหา และการนำไปใช้ของ The Joanna Briggs Institute (2004) 5 ระดับ มาประยุกต์ใช้ดังแสดงในตาราง

ตาราง 1 ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์และการนำมาประยุกต์ใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับ	ข้อเสนอแนะการนำไปใช้
1. Leerbunnaphong Tripop, Leetheeragu Uarunee (2005) Risk Factor of Primary Pospatum Hemorrhage in Siriraj Hospital http://www.sirirajmed.com/content.php?Content id=254	4	ผลการศึกษานำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบประเมินความเสี่ยงในมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
2. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. Clin Obstet Gynecol. 2010 Mar; 53(1): 147-56	4	การนำไปประยุกต์ใช้ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย สร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด หลังคลอดงานวิจัยพบว่า มารดาที่ตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกไม่หดรัดตัว และพบว่า Trauma เป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น Trauma ถือเป็นความเสี่ยงตัวหนึ่งที่ต้องระวังเพื่อลดการตกเลือดหลังคลอด
3. Tsu, Levin, Tran, Hoang and Luu. (2009). Cost-Effectveness Analysis of Active Management of Third-Stage Labour in Vietnam.	4	จากงานวิจัย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการนำ AMTSL ซึ่งบรรจุไว้ในแนวทางปฏิบัติเพื่อทำคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด
4. WHO: New Research on Postpartum LONDON-GENEVA Haemorrhage in Lancet. 2012 Edition of TheLancet.	1	นำไปใช้ในมารดาที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยให้ Oxytocin ทันทีหลังคลอดไหล และให้ Add ในสารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังรกคลอดงานวิจัย จากการศึกษาพบว่า การกระตุ้นมดลูกด้วยการให้ Oxytocin เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง	1	นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ในการดูแลในแต่ละระยะของการคลอด
6. อัตราความสำเร็จของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยวิธี Active Management of Third Stage of Labor ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี	4	ประยุกต์ใช้ในการช่วยคลอด ระยะที่ 3 โดยการนำ AMTSL งานวิจัย พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลการคลอดระยะที่ 3 ด้วยวิธี Active Management มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล Expectant Management และ พบว่า ถึงแม้มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดอื่น ๆ เช่น Uterine Atony, Tear Vaginal Wall, Vaginal Hematoma ยังไม่พบว่ามีภาวะตกเลือด แสดงว่าการดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี AMTSL สามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้
7. Use of Active Management of the Third Stage of Labor in Seven Developing Countries. Cynthia s, Deborah a, Iwan A et.al (2009)	4	ประยุกต์ใช้ในการช่วยคลอด ระยะที่ 3 โดยการนำ AMTSL พบว่าการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธี Aactive Management สามารถลดภาวะตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มเสี่ยงได้

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ การป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรก ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2555 – 30 กันยายน พ.ศ.2555 มีกิจกรรมในการดำเนินการดังนี้

1. เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยการทำ Active Management of Third of Labor
2. คัดเลือกและแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
3. สืบค้นบททวนวรรณกรรม และประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
4. สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก
5. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยสูติแพทย์ โรงพยาบาลกระบี่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติกรรม และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ หลังจากนั้นนำแนวทางปฏิบัติฉบับร่างมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. นำแนวทางปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง มาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำมาเครื่องมือมาทดลองใช้กับมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน
7. เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลค้นหาปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแก้ไขจากข้อเท็จจริงที่ได้จากการดำเนินงานจากการสอบถามความคิดเห็น และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดจำนวน 11 คน ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้กับมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอีกครั้ง หลังจากนั้นเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติ
8. ประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวทางปฏิบัติต่อผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและแพทย์เพื่อการยอมรับ และสนับสนุนให้มีการดำเนินการต่อเนื่อง โดยมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน และฝึกทักษะบุคลากรในหน่วยงานในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
9. นำเสนอแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังทดลองใช้ และเกิดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดต่อผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ เพื่อพิจารณาอนุมัติให้นำมาประกาศใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2556
10. ติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินการเดือนละครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นกระบวนการสนับสนุนการพัฒนา และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2555 - 30 กันยายน พ.ศ.2556 โดยจัดให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ และประเมินผลปีละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง ดูความยั่งยืนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มีรายละเอียด ดังนี้



1. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ทั้งในระยะทดลองเครื่องมือและระยะประเมินผล
2. สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และความยากง่ายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
3. ประเมินการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่จำนวนทั้งสิ้น 11 คน
4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่
5. ประเมินความพึงพอใจของมารดา ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ที่เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอด รพ.กระบี่ทุกราย ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2555 – 30 กันยายน พ.ศ.2556 จำนวนทั้งสิ้น 382 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่จำนวน 11 คน และ 2) กลุ่มมารดาที่คลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2555 – 30 กันยายน พ.ศ.2556 จำนวนทั้งสิ้น 568 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ 1 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 11 คน
2. กลุ่มมารดาคลอดคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก 4T's คือ มีการหดตัวของมดลูก (Tone) การตรวจรก (Tissue) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) และการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ ทุกราย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 568 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกเวชระเบียนมารดาตกเลือดหลังคลอด ตามแบบฟอร์ม Trigger Tool ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
 2. แนวปฏิบัติการป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลมารดาคลอด ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใช้สอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด ความเป็นไปได้และความยากง่ายในการนำไปใช้

2.3 แบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติใช้ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทุกราย

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ใช้สอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ใช้สอบถามมารดาคลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทุกราย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความง่ายในการนำไปใช้ หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติและแบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาเครื่องมือ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2554 – 31 สิงหาคม พ.ศ.2555 และระยะประเมินผล ระหว่างวันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2555 – 30 กันยายน พ.ศ.2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะทดลองใช้มาวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปจากข้อเท็จจริงโดยการสนทนากลุ่มและตอบแบบสอบถามความคิดเห็น เกี่ยวกับการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปัญหาอุปสรรค และความยากง่ายในการนำนโยบายปฏิบัติไปใช้ สู่การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ประโยชน์และลดปัญหา อุปสรรคในการใช้นโยบายปฏิบัติมากที่สุด สำหรับข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประเมินการใช้นโยบายปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารการพยาบาลโรงพยาบาลกระบี่ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น



ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ กำหนดการดูแล ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก ดังนี้

1.1 การดูแลระยะรอคลอด ประกอบด้วย การประเมินในระยะแรกรับ และการดูแลต่อเนื่อง

1) การประเมินในระยะแรกรับ มีการรวบรวมข้อมูลโดยมีการซักประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด ประวัติการเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลัก 4 Ts คือ Tone , Tissue ,Trauma & Thrombin จะได้มารดา 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง และ 2) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเจาะ CBC อย่างเดียว กลุ่มมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเจาะ CBC จองและเตรียมเลือด PRC2 ยูนิท ลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงตามประเภทของความเสี่ยง และติดสติ๊กเกอร์วงกลมสีแดงไว้บริเวณหน้าป้ายผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแก่มารดา ในเรื่องการคลึงมดลูกหลังคลอด

2) การดูแลต่อเนื่องมีการนำ Partograph ของ WHO (WHO, 2006) มาใช้ในการดูแลมารดาคลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอดโดย มีการบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก (เมื่อมารดาเจ็บครรภ์จริง มารดาได้รับการเจาะถุงน้ำ มารดาถุงน้ำคร่ำแตก และได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์ มารดาที่ได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์ และมีการเจ็บครรภ์) ถ้าพบมารดา มีระยะการคลอดยาวนาน หรือมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น ให้อาการกระตุ้นการเจ็บครรภ์ เป็นต้น มีการบันทึกเพิ่มเติมในใบประเมินความเสี่ยง และติดสติ๊กเกอร์วงกลมสีแดง บริเวณหน้าป้ายผู้ป่วย จองและเตรียมเลือด PRC2 ยูนิท และให้การดูแลในระยะรอคลอด ดังนี้

การดูแลในระยะรอคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การดูแลในระยะเฉื่อย (Latent Phase)

- ประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ทุก 1 – 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกระยะเวลาที่มดลูกหดตัว (Duration) และความถี่การหดตัวของมดลูก (Interval) เพื่อดูการทำงานของมดลูก

- ตรวจภายในประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix Dilatation) การบางตัวของปากมดลูก (Cervical Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบมีระยะการคลอดยาวนานรายงานแพทย์รับทราบ

- กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง หากไม่ถ่ายปัสสาวะ และประเมินหน้าท้องพบมีภาวะ Full Bladder รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนและคาสาย Foley Catheter

- ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย

ระยะที่ 2 การดูแลระยะ Active Phase

- ประเมิน Uterine Contraction ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของมดลูกระยะ Active Phase ปากมดลูกเปิด (4 – 10 cm.) Interval อยู่ในช่วง 2 – 3 min. Duration 45 – 60 sec.

- กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง หากไม่ถ่ายปัสสาวะ และประเมินหน้าท้องพบมีภาวะ Full Bladder รายงานแพทย์เพื่อทำการสวนและคาสาย Foley Catheter



- ตรวจภายในประเมิน Cervix Dilatation, Effacement, Station ทุก 2 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าพบมีระยะการคลอดยาวนานรายงานแพทย์รับทราบ

- งดอาหาร น้ำดื่ม และให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18

1.2 การดูแลระยะคลอด เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะคลอด พยาบาลวิชาชีพทำการสวนปัสสาวะเพื่อประเมินติดตามปริมาณปัสสาวะ และลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจติดตามความดันโลหิต ซีพจร และการหายใจทุก 30 นาที การหดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที ตรวจภายในดูความก้าวหน้าของการคลอด ให้การช่วยเหลือมารดาในการคลอดทารก และการพยาบาลระยะคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในระยะที่ 3 ของการคลอดให้การดูแลแบบ Active Management of the Third Stage of Labor ดังนี้

1) ให้อาหารกระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การช่วยเหลือรอบนอกฉีด Oxytocin 10 unit เข้ากล้ามเนื้อบริเวณแขนหรือหน้าขา

2) พยาบาลผู้ทำคลอด Clamp และตัดสายสะดือหลังทารกคลอดประมาณ 3 นาที

3) ทำคลอดรกโดยวิธี Controlled Cord Traction ตามด้วยการนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี หลังจากนั้นประเมินการเสียเลือดด้วยการชั่งน้ำหนักเลือด โดยกำหนดให้น้ำหนักเลือด 1,000 กรัมเท่ากับ 1,000 มล. ถ้ามารดาเสียเลือด มากกว่า 500 มิลลิลิตรแสดงว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยขอความช่วยเหลือจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประเมินการหายใจและระบบไหลเวียน ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทดแทน ติดตามความดันโลหิต ซีพจร และอัตราการหายใจ ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ ประเมินความจำเป็นของการให้เลือดทดแทน และเตรียมเลือด ประเมินภาวะตกเลือดโดยใช้หลัก 4T's ในการค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือดนั้น

1.3 การดูแลในระยะหลังคลอดประกอบด้วย 1) การดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด และ 2) การดูแลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดมีรายละเอียด ดังนี้

1) การดูแล 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด มารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้ RLS 1,000 มล. ผสม Oxytocin 20 ยูนิต เข้าหลอดเลือดดำขนาด 100 มล./ชั่วโมง ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด พร้อมทั้งบันทึกการนวดคลึงมดลูก และการหดตัวของมดลูกในแบบประเมินความเสี่ยง (ซึ่งจะมีแบบบันทึกการหดตัวของมดลูก และการคลึงมดลูกในใบเดียวกัน) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุกครั้งชั่วโมง 2 ครั้ง ในรายที่มีอาการปวดมดลูกไม่สามารถคลึงมดลูกได้นำนวัตกรรมประคบเย็นมาช่วยในการลดปวดมดลูก

2) การดูแลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ประเมินการแข็งตัวของมดลูกพร้อมทั้งบันทึกในใบบันทึกการหดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวนชิ้น ให้คำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แจกเอกสารแผ่นพับและส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง



2. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นทุกด้าน รวมทั้งความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและมารดาคลอด ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเปรียบเทียบผลลัพธ์ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลมารดาคลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา	
	2553	2554	2555	2556	2557
ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด	0.39	0.52	0.26	0.25	0.18
ร้อยละมารดาเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด	44.44	42.86	11.11	0	0
ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอดถูกตัดมดลูก	33.33	7.14	0	0	0
ร้อยละมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด	5.26	0	0	0	0
ค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด (บาท)	206,735	195,897	102,500	88,190	46,239
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	3	3	2	2	2
ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากรต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ	-	-	72.72	81.82	90.91
ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ	-	-	54.54	72.72	90.91
ร้อยละความพึงพอใจของมารดาคลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	-	-	73.23	80.48	89.24

จากตาราง 1 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 0.52 ในปี 2554 เป็น 0.18 ในปี 2557 ไม่พบมารดาเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด มารดาไม่ถูกตัดมดลูก และไม่พบมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลลดลงจาก 3 วันเป็น 2 วันส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาคลอดลดลงจาก 206,735 บาท ในปี 2553 เป็น 46,239 บาทในปี 2557 และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.23 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 89.24 ในปี 2557 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ เพิ่มขึ้นจาก 72.72 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 90.91 ในปี 2557 ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.54 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 90.91 ในปี 2557

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ ที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักงานพยาบาลที่มีการคัดเลือกปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดค่าเป้าหมาย การสืบค้น การคิดสรร และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ สู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไข และประเมินผลก่อนที่จะประกาศใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นแนวทางเดียวกันทั้ง 3 ระยะ

ของการคลอดคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่มีมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผ่านการคัดสรรจากผู้เชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ ถือว่าเป็นการจัดการความรู้แบบหนึ่ง เนื่องจากการดำเนินการโดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม การที่จะให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ และนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลมารดาคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ทุ่นศิริ (2556) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติร้อยละ 90.91

2. ด้านผลลัพธ์การพัฒนา แนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดากลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่มีมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอด ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด จึงส่งผลให้มารดาคลอดที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดนอนโรงพยาบาลน้อยลง ค่าใช้จ่ายลดลง และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.23 ในปี พ.ศ.2555 เป็นร้อยละ 89.24 ในปี พ.ศ.2557 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักจุจินดา (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ทักษะของบุคลากร จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะทักษะในการทำ Active Management of Third Stage of Labor ซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะต้องผ่านการฝึกฝนอย่างดี เพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญ เกิดความชำนาญในการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีความปลอดภัยจากการคลอด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน, 2556) ที่เสนอวิธีการทำ Active Management of Third Stage of Labor 3 ขั้นตอนคือ 1) การบริหารยา Uterotonic Drugs ด้วยการฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด 2) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled Cord Traction และ 3) Uterine Massage After Delivery Placenta ด้วยการกดนวดคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูก ผ่านทางหน้าท้องทันทีที่จะป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้



การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้บริหารสามารถสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติ นำการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศในการพัฒนาการให้บริการคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการดำเนินงานควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ ออกแบบการทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติจริง มีความยั่งยืน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

2. ด้านการบริหาร องค์กรพยาบาล สามารถใช้กระบวนการดังกล่าว เป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กร เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ให้เกิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในหน่วยบริการต่าง ๆ ที่ได้ผล และเมื่อผู้บริหารทางการพยาบาลมีการสนับสนุน นิเทศ ติดตาม ก็เป็นแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่ต่อเนื่องมีมาตรฐาน เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ใช้บริการ

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรส่งเสริมให้มีการใช้ถุงรองรับเลือด ในการประเมินการเสียเลือดจากการคลอด เพื่อให้ได้มีการเฝ้าระวังการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แม่นยำยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติ และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

5. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการขยายผลการศึกษาไปในเครือข่ายระดับจังหวัดเพื่อพัฒนางานห้องคลอดระดับจังหวัดให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สุพจน์ ภูเก้าล้วน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ พว.จารุพัทธ์ร์ กัญจนิตานนท์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและมารดาคลอดทุกราย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

รายการอ้างอิง

กรรณิการ์ ทุ่นศิริ. (2556). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ**, 31(4): 115-120.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน**. พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงศ์ (กรมการแพทย์บรรณาธิการ), พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.พ.

ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักขุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2): 37-46.

ถวัลย์ วงศ์รัตนสิริ, จิตติมา สุนทรสัจ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรวิ. (2553). **สถิติศาสตร์ฉุกเฉิน**. สมุทรสาคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด.



ธีรพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ และกระเชียร ปัญญาคำเลิศ.

(2551). **สูติศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา**. กรุงเทพฯ: บริษัทโอ เอสพรีนติ้ง เฮาส์.

ธัญรัตน์ จิรสินธิภัก, เพียงใจ เจริญวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยารกุล, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และสารา วงษ์เจริญ.

(2553). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

Clinical Obstetric Gynecology. (2010). **Postpartum Hemorrhage Epidemiology, Risk Factors, and Causes**. Mar; 53(1): 147-56. Retrieved November 9, 2011 from PubMed – index for MEDLINE.

Cynthia, S., Deborah, A., Iwan, A. (2010). **Use of Active Management of the Third Stage of Labour in Seven Developing Countries**. Retrieved December 19, 2011 from Emedicine. Medscape.com/article.

Tsu, V. D., Levin. C., Tran, M. P., Hoang. & Luu, H. T. (2009). Cost-Effectiveness Analysis of Active Management of Third-Stage Labour in Vietnam. **Health Policy Plan**, 24(6): 438-444.

WHO. (2012). **New Research on Postpartum LONDON-GENEVA Haemorrhage in Lancet. Edition of The Lancet**. Retrieved November 30, 2011 from <http://www.md.kku.ac.th>.

World Health Organization. (2006). **MPS Technical Update Prevention of Postpartum Haemorrhage by Active Management of Third Stage of Labour**. Retrieved November 2, 2011, from <http://www.who.int/makingpregnancysafer>.