

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

The risk management model in postpartum hemorrhage patients
Health Promotion Hospital Health Center Region 5 Ratchaburi

อมรศรี พังเครือ*

Amonsri Pungkrue*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Health Promotion Hospital Health Center Region 5 Ratchaburi

Corresponding author: Amonsri Pungkrue; Email: amonsri.p@gmail.com

Received: May 7, 2024; Revised: June 24, 2024; Accepted: June 24, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และตึกหลังคลอด จำนวน 29 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอด) จากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของโรงพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติสำหรับป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกเริ่มและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ภายหลังการใช้รูปแบบพบ 1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง เหลือร้อยละ 1.59 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD = 0.41)

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด, การบริหารความเสี่ยง

Abstract

This project was descriptive research that was aimed to study the risks management of postpartum complications. Participants are 29 midwives of Labor Room and Recover Room. It was purposive selection. Data collections-tools consisted of 1.) Data recorder form of general health information (postpartum hemorrhage). In this research, the data from electronic medical record and medical record form the hospital. 2.) Health recorder of postpartum mom. 3.) Satisfaction questionnaires about nursing care methods to prevent and to solve postpartum hemorrhage. Content Validity was managed by 3 specialists, with an Index of Content Validity (IOC) between .67-1.0, and a confidence level of .95. Data analysis methods by using descriptive statistics and paired t-tests.

The research found that the risks managements of hemorrhage parturient consist of 1) Screening the risks when the first admit to the hospital and nursing methods to prevent and to solve postpartum hemorrhage in the first stage. 2) Nursing cares are divided into 4 stages: the slow opening of your cervix, the birth of your baby, the separation and birth of the placenta, and the first two hours after the birth. 3) Nursing care methods to prevent and solve hemorrhage were effective for: 1) reduced postpartum hemorrhage to 1.59 %. 2) it didn't find the shock state of hemorrhage. 3) The satisfaction of the midwives with the nursing care method of the preventive action of early postpartum in the high level by the average 2.79 % (SD = 0.41).

Keyword: postpartum hemorrhage, risk management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การหลักทางสูติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำนิยามของการตกเลือดหลังคลอด ในปี ค.ศ. 2017 หมายถึง การเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังการคลอด หรือการเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการ หรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ¹ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักเกี่ยวกับเกณฑ์ปริมาณเลือดที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งจะมีอาการที่ชัดเจนของการเสียเลือด เช่น ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ กระสับกระส่าย แสดงว่ามี การเสียเลือดในปริมาณมากและต้องได้รับแก้ไขให้ทันท่วงที

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุ มารดาตาย² จากสถิติของกรมอนามัยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 20.29, 34.68 และ 25.36 ตามลำดับ³ เช่นเดียวกับข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 25.20, 37.35, และ 26.86 ต่อแสนการเกิด ตามลำดับ เช่นเดียวกับข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการตกเลือด หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 2.29, 1.89 และ 2.75 ตามลำดับ โดยพบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 11.00, 7.00 และ 10.00 ตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าวการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกรับในห้องคลอด การดูแลในขณะคลอดและหลังคลอด เพื่อลดการเสียเลือด ในระยะคลอด จึงเป็นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด อุบัติการณ์การเกิดจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น จากสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอด จำนวน 26 ราย ร้อยละ 0.64 สาเหตุหลักคือ รกหรือเศษรกค้าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 3 วิธีการคลอดรก ความสมบูรณ์ของรก ความผิดปกติของรก และการใช้ยากระตุ้นมดลูกในระยะคลอด⁶ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้เป็นอย่างดี จึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีคำแนะนำแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด⁷ และแนวทาง B-BUBBLE⁸ ในการประเมินการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4 T's ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด⁹ นอกจากนี้ยังมีการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะชดในหญิงตั้งครรภ์ และในระหว่างคลอด โดยการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในรายที่พบความเสี่ยง และมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับการดูแลแบบ active management of third stage of labor (AMTSL)¹ มาปรับใช้ระยะเวลา 7 เดือน พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเพียงร้อยละ 0.25 และไม่พบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด¹⁰

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัยขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation: HA) การพยาบาลมารดาและทารกต้องมีมาตรฐานและคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกโดยเฉพาะความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ซึ่งได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) จำนวน 28 ราย ระหว่างพักรักษาในตึกหลังคลอด มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 ราย เกิดภาวะช็อก จำนวน 1 ราย จากการหาสาเหตุพบว่าการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีการดูแลและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกราย แต่ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลตามระดับความเสี่ยงและการประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดทักษะ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแล ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างแท้จริง จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกยังคงอยู่ และเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข ป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สิน แก่ผู้คลอด เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการในการพัฒนาระบบงานบริหารความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่าง ๆ มาใช้ โดยองค์กรต้องมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการรวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย¹¹ และจากการจัดลำดับความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับ 1 ของโรงพยาบาล เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้คลอด ที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตและสุขภาพ เช่น เกิดภาวะช็อก ไตวาย ต้องผ่าตัดมดลูก เสียชีวิตหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย³⁽¹⁶⁾

ในการรักษาพยาบาล ถึงแม้ว่าจึงมีการปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง แต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเกิดขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยใน ที่ดูแลห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอทารกแรกเกิด และหอผู้ป่วยใน เห็นความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดกับผู้คลอด จึงได้พัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อแก้ไขและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดมารดาตกเลือดหลังคลอด ให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด โดยมีการรวบรวมข้อมูล อุบัติการณ์ สาเหตุจากเวชระเบียนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาล ได้ดำเนินการปรับปรุงแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดแต่ละระยะ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยง ได้มีการนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยง ซึ่งช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้¹⁰ ส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาภาวะการตกเลือดหลังคลอด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 29 คน
ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการตกเลือดภายในระยะแรกหลังคลอด อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดภายในระยะแรกหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ

ขอบเขตด้านเวลา เก็บข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA model¹² เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ดังแสดงในภาพที่ 1

การพัฒนาแบบบริหารความเสี่ยงตาม IOWA model ประกอบด้วย
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ภาวะการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1.1) การกำหนดปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่เกิดขึ้น และ 1.2) การตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 2.1) สืบค้นแนวปฏิบัติและการวิจัย และ 2.2) สร้างรูปแบบบริหารความเสี่ยง ร่วมกับสหวิชาชีพ
ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล



1. อัตราการตกเลือดภายในระยะแรกหลังคลอด
2. อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดภายในระยะแรกหลังคลอด
3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) โดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด IOWA model¹² ดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ภาวะการตกเลือดหลังคลอด โดยร่วมกันหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ แบ่งเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม

วิธีที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด ย้อนหลังจากเวชระเบียน ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีผู้คลอดที่มีตกเลือดจากการคลอด จำนวน 28 ฉบับ

วิธีที่ 2 การสนทนากลุ่มตามแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 29 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 6 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี บันทึกข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอด) ของผู้คลอด จำนวน 28 ฉบับ

2. แนวทางสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนป้องกัน และการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทบทวนแนวทางการดูแล แก้ไขภาวะการตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ 2) สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ 3) แนวทางการดูแล ป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดแต่ละระยะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนป้องกัน และการแก้ไขปัญหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจบสาขาการพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 โดยรวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการนำข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอด นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร และเสียเลือดปริมาณมากกว่า 1000 มิลลิลิตรในกรณีที่ผ่าตัดคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่เกิดภาวะช็อก ถูกตัดมดลูก ได้เลือดทันท่วงที หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด)

2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 6 คน ตามแนวทางสนทนากลุ่ม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง ฯ โดยผู้วิจัยและทีมได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 ร่วมกับสืบค้นแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลตึกหลังคลอด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 39 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สูติแพทย์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลตึกหลังคลอด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 จำนวน 6 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกันทบทวนแนวปฏิบัติเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's²

2. ปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบและบริบทของการดูแลผู้คลอด มาพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง หลังจากนั้นนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล เป็นการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดไปปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพเพศหญิงและชาย ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 9 คน และปฏิบัติงานในตึกหลังคลอด จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 29 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงแรกรับ และแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การดูแลผู้ป่วยในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด

1.2 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ของงานห้องคลอด และคู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแก่ผู้คลอด

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในจากโปรแกรม HOSxP บันทึกข้อมูลรายบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง ข้อมูลการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้นโยบายสำหรับการป้องกัน และแก้ไข ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ตึกหลังคลอด ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสุนัขศาสตร์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา เท่ากับ .67-1.00 นำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) คำนวณโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบ ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 เอกสารรับรองเลขที่ 4/2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกัน ผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารโรงพยาบาลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ หยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลในเวทีการประชุมทีมนำสู่ตีกรรรม (PCT สูติกรรม) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษา และการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดหลังใช้รูปแบบ การบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการ ดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSxP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566 แล้วนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และสัดส่วน ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ อาชีพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดทางช่องคลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. อัตราผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง ฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาภาวะการตกเลือดหลังคลอด

โดยการวิเคราะห์เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 28 ราย พบว่ามารดา มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 10.71 มีภาวะช็อก ร้อยละ 3.57 และจากการสนทนากลุ่ม พบว่าการพยาบาล ผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดมีการดูแลและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกราย แต่พบว่าขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลตามระดับความเสี่ยงและการประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุม ตั้งแต่แรกรับ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดทักษะ ประสิทธิภาพ และความเชี่ยวชาญ ในการดูแล ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

2. การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยปรับปรุงพัฒนาร่วมกันของทีม PCT สูติกรรม ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผดุงครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องผ่าตัด และตึกหลังคลอด พัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบ่งเป็นการประเมิน 2 ระยะ ดังนี้

1) ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ (admission hemorrhage risk factor) โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแรกรับและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 กลุ่มเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ไม่มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ครรภ์แรก ประวัติคลอดทางช่องคลอด ไม่เกิน 4 ครั้ง ไม่มีประวัติเลือดหยุดยาก ไม่มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน

1.2 กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ มีประวัติผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก ประวัติคลอดทางช่องคลอด เกิน 4 ครั้ง มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ เคยตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน มีเนื้องอกมดลูกชนิด intramural ขนาด ≥ 5 ซม. ขึ้นไป ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า 4 กิโลกรัม ผู้คลอดอ้วนมี BMI มากกว่า 30

1.3 กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ มีภาวะรกเกาะต่ำ มีภาวะความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย มีเลือดสดออกทางช่องคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีความเสี่ยงปานกลาง 2 ข้อ

2) ประเมินความเสี่ยงระหว่างการคลอด (risk factor in labor) และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน ได้แก่

2.1 การคลอดในระยะที่ 2 ยาวนาน คือ ระยะที่ 2 ของการคลอดมากกว่า 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และมากกว่า 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง

2.2 การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า 12 ชั่วโมง

2.3 มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ

2.4 ผู้คลอดได้รับยาแอมนีซีซึมซัลเฟต

การแปลผล หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ หลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด 1 ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงระหว่างการคลอดเพิ่มเติม ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด ≥ 2 ข้อ ให้จัดผู้คลอด เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

2.2 แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

2.2.1 ระยะรอคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) แกรับ คัดกรองความเสี่ยงประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรก (admission hemorrhage risk) ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแกรรับ และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่ต้น โดยถ้าเป็นภาวะฉุกเฉินต้องผ่าตัดก็เตรียมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเตรียมจองเลือดในรายที่ต้องผ่าตัดทุกราย เจาะ Hct stat ในวันแรกที่ admit ที่ห้องคลอดถ้าพบ Hct < 33% รายงานแพทย์

2) เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายคลอดตั้งแต่ระยะ active โดยให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดในรูป isotonic fluid และเก็บ clot Blood ทุกสายเพื่อเตรียมพร้อมในการผ่าตัดและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

3) สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้แก่ผู้คลอด ในระยะ latent phase และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกได้ด้วยตนเอง

4) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ partograph และลงบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดให้ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด (uterine atony) จากการคลอดยาวนาน

5) ให้มารดาปัสสาวะก่อนคลอด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี ลดการขัดขวางการคลอด

2.2.2 ระยะคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การจัดท่าเบ่งคลอด lithotomy ให้ศีรษะสูง การเบ่งคลอด แนะนำให้สูดหายใจเข้าลึก ๆ ให้เต็มปอด ในเวลาที่เริ่มรู้สึกท้องเริ่มแข็งตัว และกลั้นไว้จนรู้สึกท้องแข็งเต็มที่ ออกแรงเบ่งลงสู่ส่วนล่างให้เต็มแรงจนรู้สึกว่ามีไม่สามารถกลั้นลมหายใจได้อีก ใช้มือ 2 ข้างจับข้างเตียง ยกศีรษะและงอตัวจนคางชิดหน้าอก เวลาเบ่ง

ไม่ออกเสียง พักในระยะมดลูกคลายตัว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยเพลีย และภาวะขาดน้ำขณะเบ่งคลอด

2) การประเมินการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวทุก 2-3 นาที และระยะการหดตัวประมาณ 40-45 วินาที ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก

3) การประเมินระยะเวลาการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม. แนะนำให้เบ่งคลอด แต่ถ้าภายใน 30 นาที ยังไม่คลอดทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ให้ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก และรายงานแพทย์ทราบภายในเวลา 1 ชม. เพื่อพิจารณาช่วยเหลือการคลอดต่อไป

4) การตัดแผลฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตึง ปากช่องคลอดมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร และควรตัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุดลดการสูญเสียเลือด

5) การทำคลอดศีรษะทารกโดยใช้มือกดท้ายทอยให้ก้มแล้วเงยขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกคลอดผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป และทำการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งในขณะที่ทำคลอดไหล่ เพื่อลดการสูญเสียเลือด

6) การบริหารยา Syntocinon โดยหลังไหล่หน้าทารกคลอดให้ฉีดยา Syntocinon 10 unit IM และหลังทารกคลอด add Syntocinon 20 unit IV drip (IV > 500 ml) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ลดอุบัติเหตุและปัญหาจากการหดตัวไม่ดีหลังคลอด ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดีขึ้น

2.2.3 ระยะคลอดรก มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การใช้ถุงตวงเลือดเพื่อคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ภายหลังทารกคลอดแล้ว ใช้ถุงตวงเลือดบูโดยสอดมือทั้งสองข้างเข้าไปในช่องที่ปากถุง สอดปากถุงไปได้ก้นของผู้คลอด โดยให้ผู้คลอดยกก้นขึ้น สอดถุงตวงเลือดเข้าไปได้ก้นจนถึงบริเวณเอว

2) การสวนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก (ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี รกลอกตัวได้ดีตามมา

3) การทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction เพื่อให้รกลอกตัวและหลุดออกทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น เป็นการลดการสูญเสียเลือด โดยการรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบา ๆ ขณะที่มืออีกข้างหนึ่งกดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า เป็นการ control traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ผลักส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่าขึ้นไปทางศีรษะมารดา พร้อมดึงสายสะดือลงเบา ๆ ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงให้หยุดดึง แล้วรวมมดลูกหดตัวครั้งต่อไป จึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อย ๆ จนรกลอกตัวออกมาได้

4) การคลึงมดลูกทันทีหลังรกลอดนาน 60 วินาที และทำต่อเนื่องทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง โดยใช้มือข้างที่ถนัด (นิ้วชี้ กลาง นาง ก้อย) วางลงบนมดลูกแล้วคลึงวนไปทางเดียวกัน เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัว

5) การตรวจความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก หากสงสัยมีเศษรกค้างให้รายงานแพทย์เพื่อทำการอัลตราซาวด์ ขูดมดลูกหรือให้การรักษารักษาอื่น ๆ ต่อไป

6) การตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ hematoma และไล่ก้อนเลือดออกจากโพรงมดลูก

7) การรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมถ้ามีการเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี

8) การตรวจการหดตัวของมดลูก ถ้าตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ Methergin 0.2 mg. IM โดยก่อนให้ยาต้องตรวจสอบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคอื่น ๆ อันเป็นข้อห้ามในการให้ยา

9) ในระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ (กรณีที่มีแผลฝีเย็บ) ให้ตรวจสอบระดับเลือดใน ถุงตวง เลือดและการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หากมารดาเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิลิตรให้รายงานแพทย์ หากไม่มี อาการผิดปกติหลังจากเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ให้ดูปริมาณเลือดจากสเกลของถุงตวงเลือด และบันทึกปริมาณเลือดที่ออก

2.2.4 ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีแนวปฏิบัติดังนี้

- 1) จัดให้อยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
- 2) วัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอดทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีใน ชั่วโมงที่สอง
- 3) ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง
- 4) ตรวจสอบลักษณะปฏิกิริยาของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบปฏิกิริยาหรือผู้คลอดปวดปัสสาวะ แนะนำให้ปัสสาวะเองที่เตียง แต่หากปัสสาวะเองไม่ออกให้พยาบาลสวนปัสสาวะทิ้ง พร้อมทั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะ หรือแนะนำให้ปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด
- 5) ดูแลให้คลั่งมดลูกทุก 15 นาที นาน 60 วินาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- 6) ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบปัญหาให้ทำการแก้ไข
- 7) ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ โดยใช้การใช้เทคนิคการสร้างความรู้สุขภาพ (Health Literacy)
- 8) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอด ปกติ หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน
- 9) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลความเสี่ยง ของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด
- 10) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตักหลังคลอดเช่น ปริมาณการเสียเลือด ยาที่ได้รับ ภาวะเสี่ยง สัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก

2.3 แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตักหลังคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1.) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับปานกลาง เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับปานกลาง (moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอย่างใกล้ชิด ดังนี้

- 1.1 วัดสัญญาณชีพประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยดมดลูกทุก 30 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัด
- 1.2 สังเกตเลือดออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ชั่งผ้าอนามัย และบันทึกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบความผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 1.3 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหดยด 100-120 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด
- 1.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง
- 1.5 นำอาหารมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมแม่เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

11(16)

- 1.6 ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 2) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง เมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (high risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้
 - 2.1 จัดให้มารดาอยู่ที่เตียงใกล้กับแคนเตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด
 - 2.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด
 - 2.3 ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอ دمดลูกทุก 15 นาที
 - 2.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็ม และกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้าย หากพบว่ามีการกระเพาะปัสสาวะเต็ม และมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการปัสสาวะทิ้ง
 - 2.5 ให้สารน้ำที่มีอัตราการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตรา 120 - 140 ml/hr.
 - 2.6 หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกของการเสียเลือด (hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ ตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที
 - 2.7 หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน mask with bag 8-10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมองใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic อีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด pack red cells 2 ยูนิต
 - 2.8 ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่น ๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

3. การทดลองใช้รูปแบบการทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล

หลังจากมีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เพิ่มแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด เมื่อวันที่ 26 กันยายน 2565 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

ติกหลังคลอด

3.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 33.16 ส่วนใหญ่สัญชาติไทย ร้อยละ 93.95 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 43.92 มีประวัติซีดไม่ได้รับเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 4.96 และเคยมีประวัติซีดได้รับเลือดก่อนคลอด ร้อยละ 0.19 เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.23 มีภาวะอ้วน (BMI > 30) ร้อยละ 19.16 เคยผ่าตัดในระบบสืบพันธุ์ ร้อยละ 21.96 มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.31 รับประทาน MgSO₄ ในระหว่างการคลอด ร้อยละ 0.64 รับประทานแรงแคคอต ร้อยละ 32.59 เคยรับประทาน Bricanyl ก่อนคลอด ร้อยละ 0.64 และมีภาวะรกเกาะต่ำ ร้อยละ 4.46

3.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ของผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 49.97 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้คลอดจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (n=1,571)

ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	785	49.97
ระดับปานกลาง	505	32.15
ระดับสูง	281	17.88

ห้องคลอด

3.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน พบว่ามีผู้คลอดทั้งหมด 1,571 คน มีการคลอดโดยวิธีผ่าคลอด ร้อยละ 62.69 คลอดปกติ ร้อยละ 34.81 คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ร้อยละ 2.36 ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอด ระยะเวลาของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกระยะ ร้อยละ 98.97 ทุกระยะรวมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 0.17 ระยะที่ 1 นานกว่าปกติ ร้อยละ 0.17 ผู้คลอดมีทารกน้ำหนักทารกแรกเกิด 3,000-3,499 กรัม ร้อยละ 41.69 ทารกน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม ร้อยละ 0.57 และมารดาคลอดเป็นทารกแฝด ร้อยละ 0.64

3.4 การตกเลือดหลังคลอดและความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังใช้แนวปฏิบัติตามการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.59 โดยมีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี ร้อยละ 84.00 ภาวะช่องคลอดฉีกขาด ร้อยละ 8.00 และมีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 8.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้คลอดในห้องคลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามสาเหตุ (n=25)

ภาวะแทรกซ้อนตกเลือดหลังคลอด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี	21	84.00
มีภาวะช่องคลอดฉีกขาด	2	8.00
มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ	2	8.00

3.5 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ได้ผลดังนี้

3.5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 44.82 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 65.52 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 34.48 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 93.10

3.5.2 ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.30 โดยมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ และใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 และมีความคิดเห็นว่าสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ ร้อยละ 96.50 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด (n = 29)

ความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง		
ระดับมาก	23	79.31
ระดับปานกลาง	9	20.79

13(16)

ความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยง		
สามารถในการป้องกันการตกเลือดได้	29	100.00
สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง	29	100.00
สามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ	28	96.55

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ซึ่งรูปแบบ ฯ ที่ได้เป็นการพัฒนาร่วมกันของทีมผู้ดูแลทุกระบวนการ และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติเน้นการดูแลผู้คลอดเป็นสำคัญ มีความครอบคลุมการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลขณะรอคลอด ขณะคลอด ย้ายไปตึกหลังคลอด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้คลอดและเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทางใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้รูปแบบที่ได้ ช่วยลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดได้¹³

2. การประเมินผลลัพธ์ของการตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษาพบว่าผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.59 ซึ่งถือว่าผ่านตัวชี้วัดของโรงพยาบาล (ตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 2) ส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 84.00 โดยในการดูแลผู้คลอดในแต่ละระยะมีการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและแบบประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้คลอด เนื่องจากแนวปฏิบัติแต่ละข้อสามารถนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดได้จริง มีความเข้าใจง่าย และสามารถขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง¹⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรีผลการวิจัย พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁵

3. ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.30 ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ สามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และ สามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุและวิธีแก้ไขปรับปรุง ทุกระบวนการ ทำให้ได้รูปแบบ

14(16)

ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ส่งผลต่อการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย ลดอัตราอุบัติการณ์การตกเลือดได้ สอดคล้องกับผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทางใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างด้วยตัวเอง เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน ดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม คงอยู่เป็นเวลานานสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอันตรายแก่ผู้รับบริการ¹³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และนำผลการศึกษาไปพัฒนางานดูแลผู้ป่วยให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice)
2. นำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ ลดอัตราการตายมารดา จากสาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ โดยเป็นการขับเคลื่อนมาจากนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด หลังคลอดได้รับการอบรม และพัฒนาทักษะการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อสามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานให้มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
3. ควรมีการศึกษาลักษณะระยะยาว เช่น ต้นทุนการรักษา ภาระงานของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาลทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และเอื้ออำนวยในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage Italy: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data World; 2012.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด [ออนไลน์]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.rtog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/9/OB-63020-Prevention-and-PreManagement-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย 2565 [ออนไลน์]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th>.

4. หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สถิติการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 2562-2566.
5. World Health Organization. UNICEF Trend in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division [online]. 2014 [cited 2023 Jan 16]. Available from: http://appswho.int/bitstream/10665/112682/97892451507226_eng.pdf?ua=1.
6. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, ดรุณี ยอดรัก. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(2):173-190.
7. Einerson BD, Baksh L, Fisher JA, Sullivan A, Clark EAS. Postpartum Hemorrhage Implementing your bundle. University of Utah [online]. 2016 [cited 2023 Jan 16]. Available from: [https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-ldactics/201609.09-postpartum hemorrhage.pdf](https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-ldactics/201609.09-postpartum%20hemorrhage.pdf).
8. Pillitteri A. Maternal & child health nursing Care of the childbearing & childrearing Family (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี 2560;6(2):146-157.
10. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสยาม 2561;19(36):101-102.
11. ศิริลักษณ์ ฤทธิไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและและสาธารณสุข 2560;3(1):77-87.
12. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, Steelman V, Tripp-Reimer T, Tucker S. LOWA Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation. Worldviews Evid Based Nurs. 2017;14(3):175-182.
13. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไข ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://app.gs.kku.ac.th/gs/th/publicationfile/item/22ndngrc-2021/MMO18/MMO18.pdf>
14. เรณู วัฒนเหลียงอรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์, นุชนาด กระจำง, รุ่งทิพย์ อ่อนละอ. ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560;13(2):25-42.
15. นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์ 2560;31(1):143-155.