

รายงานการวิจัย
การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบําราศนราดูล

โดย
นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนากานต์
นางประยูร พรหมทัต

กลุ่มการพยาบาล สถาบันบําราศนราดูล

ปีงบประมาณ 2565

- ชื่อเรื่อง** การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบำราศนราดูร **Development of Clinical Nursing Practice Guidelines
for Prevention of Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room,
Bamrasnaradura
Infectious Diseases Institute.**
- ชื่อผู้วิจัย** จตุพร วงศ์วัฒนากานต์ พย.บ. (Miss Jatuporn Wongwatthanakarn)
ประยูร พรหมทัต ป.พ.ส. (Mrs. Prayoon Promtat)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ดำเนินการ 3 ระยะ (1) ระยะเตรียมการ (2) ระยะดำเนินการ และ (3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ มารดาคลอดปกติ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด 9 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกในการวิเคราะห์มารดาตกเลือดหลังคลอด Risk Assessment for PPH (FM-LR-21-000) แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และแบบประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (2) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบแสดงความคิดเห็น มีค่าความเชื่อมั่น 0.88 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ (1) ระยะรอคลอด ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (Risk assessment for postpartum hemorrhage: RAPH), ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (MROPL) และ Partograph (2) ระยะคลอด ใช้ Active management of Third stage of labor (AMTSL) และ (3) ระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง ใช้ 4T's ผลของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=5.00, SD=0.00) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุดทุกประเด็น (Mean=5.00, SD=0.00) มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ร้อยละ 26.67, 30 และ 23.33 ตามลำดับ และไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ ตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติ การพยาบาล

Abstract

This research and development study aimed to develop clinical nursing practice guideline (CNPG) to prevent early postpartum hemorrhage (PPH) in the labor unit, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. It was divided into 3 phases: (1) preparatory (2) implementation and (3) evaluation. The sample consisted of 30 normal delivery mothers and 9 professional nurses. The research instrument comprised of (1) the study tools included PPH assessment form, the developed CNPG, and assessment of using the guidelines to prevent early PPH, (2) data collection tools were the opinion and satisfaction questionnaires of professional nurses towards the CNPG, yielding Cronbach's Alpha Coefficient of 0.88 and 0.93 respectively. The data were analyzed using percentage, mean and content analysis.

The results showed that the CNPG to prevent early PPH in the labor unit consisted of 3 phases of care: (1) attending stage assessed by RAPH, MROPL, and Partograph, (2) delivery stage assessed by AMTSL, and (3) 24 hours of postpartum stage assessed by 4T's. The CNPG implementation revealed that the opinions of professional nurses towards the guideline usage were at the highest level (Mean 5.0, SD 0.00). Professional nurses were satisfied with the guidelines at the highest level on every items (Mean 5.0, SD 0.00). The mothers had low, medium and high risk of postpartum hemorrhage of 26.67%, 30% and 23.33% respectively, and no maternal postpartum hemorrhage was found.

Key words: postpartum hemorrhage, guidelines, nursing

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

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

Corresponding e-mail:charen977@gmail.com

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราคร” ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราคร รองผู้อำนวยการสถาบันฝ่ายการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาล และมารดาผู้คลอดทุกท่าน ที่ร่วมในการศึกษาวิจัยให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างมาก ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณครู อาจารย์ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาสั่งสอน ให้ความรู้มาแต่อดีต จนถึงปัจจุบัน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่ผู้รับบริการของสถาบันบำราศนราครทุกท่าน ผู้มีพระคุณต่อวิชาชีพการพยาบาล สังคม และประเทศชาติสืบไป

จตุพร วงศ์วัฒนาภานต์

เมษายน 2565

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
การวิเคราะห์ปัญหา	4
คำถามของการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดของการวิจัย	6
นิยามศัพท์	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. การตกเลือดหลังคลอด	12
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลมารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด	21
3. บทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	26
4. แนวคิดของไอโอวา โมเดล	30
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	32
6. วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	37
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
เกณฑ์การให้คะแนนระดับคะแนน	51
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	52
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	58
4.1 ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด	58
4.2 ผลการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอดไปสู่การปฏิบัติ	71
4.3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	81
สรุปผลการวิจัย	81
อภิปรายผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้	86
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	87
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก	97
-รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	98

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก (ต่อ)

ภาคผนวก ข	99
- หนังสือรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์	100
ภาคผนวก ค	101
- แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดระยะแรกในห้องคลอด	102
ภาคผนวก ง	105
- แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดระยะแรกในห้องคลอด	106
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ	113
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ	117
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์	118
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์	121
- แบบประเมิน Risk Assessment for PPH (FM-LR-21-000)	124
- แบบประเมิน Medical Record in Obstetrics and Progress of Labor	125
- แบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด	126
ภาคผนวก จ	128
- ตารางสรุปการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แนวปฏิบัติการป้องกันการ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร	129
ภาคผนวก ฉ	132
- แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด	133
ภาคผนวก ช	137
- ประวัติผู้วิจัย	138

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	จำนวนแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูล ต่างๆจำแนกตามฐานข้อมูล	59
4.2	การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้	61
4.3	จำนวนและร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด	66
4.4	จำนวนและร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะใน การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด	67
4.5	จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำแนกตามข้อมูลส่วน บุคคล	71
4.6	จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	72
4.7	ระดับค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุ	75
4.8	ระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุ	76
4.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลัง คลอด	77
4.10	เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ	78
4.11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติและหลังใช้นโยบายปฏิบัติ จำแนกตามสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด	79
4.12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดก่อน พัฒนาแนวปฏิบัติและหลังใช้นโยบายปฏิบัติ จำแนกตามระดับความเสี่ยงการตกเลือด หลังคลอด	80

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก	8

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การจัดระบบบริการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ ในโรงพยาบาล และในฐานะที่การพยาบาลเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่ต้องมีมาตรฐาน จรรยาบรรณและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เป็นเรื่องกำกับทิศทางและแนวปฏิบัติในการบริการ (สำนักการพยาบาล, 2554) ดังนั้น ความต้องการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐาน การประกันคุณภาพการพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยง หรือลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และชีวิตของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สถานที่ และบริการทางการแพทย์การพยาบาล เช่น การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, 2559) การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุมารดาเสียชีวิต (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 33.03, 23.53 และ 23.42 ตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากข้อมูลของสถาบันบำราศนราดูร ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.72, 11.00, 7.90, 9.40 และ 2.91 ตามลำดับ และพบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 และในปีพ.ศ. 2562 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 โดยทั้งหมดเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (สถาบันบำราศนราดูร รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2560-2564) สิ่งสำคัญในการพยาบาลมารดาหลังคลอดคือการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในห้องคลอด และการพยาบาลเพื่อลดการเสียเลือดในระยะคลอด เป็นการป้องกันที่ดีที่สุด แม้จะมีผู้คลอดจำนวนมากที่เกิดการตกเลือดหลังคลอดโดยที่ไม่มีความเสี่ยงมาก่อน (รัตยา โพธิ์ผลิ, 2563) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลกับการป้องกันและการดูแลการตกเลือดหลังคลอดจึงมีความสำคัญ

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เป็นช่วงวิกฤตของมารดาหลังคลอด ซึ่งการแก้ไขการตกเลือดหลังคลอดเปรียบเสมือนการช่วยฟื้นคืนชีพ หากไม่มีประสิทธิภาพมารดาหลังคลอดอาจเสียชีวิตได้ (รัตยา โพธิ์ผลิ, 2563) นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลเสียต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารก เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อัตรา

การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอด (Lim et al., 2012) การตกเลือดหลังคลอดมักเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันทีหรือใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัวและคลายตัวเป็นระยะสลับกันเพื่อบีบหลอดเลือด เป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก (Perry et al., 2010; Murray & McKinney, 2014) ดังนั้น การหดตัวไม่ดีของมดลูกจึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (Lim et al., 2012) การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกคือการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว โดยให้ยาเร่งคลอดออกซิโทซิน (oxytocin) 10 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อของมารดาขณะคลอดให้ทันหน้าทารก หรือนิดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายหลังทารกคลอดทันที เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (World Health Organization, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ และพบได้บ่อย คือการตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Ramanathan and Arulkumaran, 2006) การตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) ร้อยละ 70 การฉีกขาดของช่องทางการคลอด (Trauma) ร้อยละ 20 รกค้าง (Tissue) ร้อยละ 10 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) ร้อยละ 1 (Anderson and Etches, 2007) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านสูติกรรม ได้แก่ การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (Tort et al., 2015) ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Tone) ช่องทางการคลอดฉีกขาด (Trauma) ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) รกค้าง (Tissue) (Satapornteera, Arj-Ong and Aswakul, 2012) การฝังตัวของรกผิดปกติ (Michelet et al., 2015) และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี ประวัติโรคประจำตัว การเจ็บป่วยก่อนการตั้งครรภ์ มีภาวะซีดรุนแรงก่อนการตั้งครรภ์ (Tort et al., 2015) ประวัติผ่าตัดมดลูกหรือการผ่าตัดคลอด มดลูกแตก เคยชูดมดลูก (Satapornteera, Arj-Ong and Aswakul, 2012) นอกจากนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรงคือทักษะการดูแลการตกเลือดหลังคลอดของผู้ดูแล (Briley et al., 2014) ส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 3 (Carroll et al., 2016) ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่า การตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีผลเสียต่อ

การตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปคือ มีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดครั้งต่อไปได้ (Tort et al., 2015) รวมทั้งทำให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นภาระของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ หากสถานบริการสุขภาพสามารถให้การดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างมีมาตรฐานจะช่วยให้อาการแทรกซ้อนต่างๆของมารดาและทารกลดลง (วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์, 2561) มารดาหลังคลอดกลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด จึงควรมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันและลดปัญหาที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอด อุบัติการณ์ที่บอกถึงสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบเทียบหลังดำเนินการ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล รวมทั้งการสร้างเครื่องมือประเมินการตกเลือดหลังคลอด ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลต่อไป อุบัติการณ์การเกิดจะแตกต่างกันขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่นการศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอด พบว่า อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดจำนวน 26 ราย ร้อยละ 0.64 สาเหตุหลักคือ รกหรือเศษรกค้าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 3 วิธีการคลอดรก ความสมบูรณ์ของรก ความผิดปกติของรก และการใช้ยากระตุ้นมดลูกในระยะคลอด (ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ และดรณี ยอดรัก, 2559) มีการศึกษา พบว่า มารดาหลังคลอดเข้ารับการรักษาในไอซียูโดยไม่ได้วางแผน ทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น (Lim, 2012) ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้เป็นอย่างดี จึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah (Einerson et al., 2016) และใช้แนวทาง B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ในการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4T's ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560) จากการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาใช้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรอง และแก้ไขภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ และในระหว่างคลอดมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับการดูแลแบบ AMTSL: Active management of third stage of labor (World Health Organization, 2012) มาปรับ

ใช้ระยะเวลา 7 เดือน พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเพียงร้อยละ 0.25 และไม่พบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด (วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์, 2561)

การวิเคราะห์ปัญหา

สถาบันบำราศนราดูร เป็นสถานบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ จำนวนเตียง 350 เตียง เป็นองค์กรชั้นนำด้านโรคติดต่อในระดับอาเซียน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ให้บริการประชาชนในเขตจังหวัดนนทบุรี หน่วยงานห้องคลอดให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ให้บริการคลอดปกติ และสูติศาสตร์หัตถการเฉพาะให้บริการคลอด หลังคลอดจนครบ 2 วัน และการดูแลทารกแรกเกิดจนกระทั่งจำหน่าย มีสูติแพทย์ 3 คน มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 9 คน เเวเช้าในเวลาราชการมีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 4 คน เเวเช้านอกเวลาราชการ และเวรบ่าย เเวดึก มีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพเวลละ 3 คน ให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด สถาบันบำราศนราดูร ได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การพยาบาลมารดาและทารกต้องมีมาตรฐาน และคุณภาพของการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก โดยเฉพาะความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ทางสถาบันบำราศนราดูร ได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดสำคัญ โดยกำหนดให้อัตราการตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินร้อยละ 2 จากสถิติอัตราการตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.72, 11.00, 7.90, 9.40 และ 2.91 ตามลำดับ และพบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 และในปีพ.ศ. 2562 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 โดยทั้งหมดเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (สถาบันบำราศนราดูร รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2560-2564)

จากการทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ผ่านมาของงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร สรุปได้ว่า การพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มีการดูแลเช่นเดียวกันทุกราย การประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับ พยาบาลผู้ดูแลที่มาปฏิบัติงานใหม่ยังขาดทักษะ ประสบการณ์ และยังไม่มีความเชี่ยวชาญในแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างแท้จริง จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนคงเดิม จึงเป็นปัญหาสำคัญที่งานห้องคลอดต้องแก้ไขเพื่อป้องกัน และลดอุบัติการณ์ของการเกิดการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดให้ลดลง

การป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดด้วยการคลอดแบบตื่นตัวในระยะที่ 3 ของการคลอด (Active management of third stage of labor) สามารถลดความเสี่ยงที่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดได้ถึง ร้อยละ 60 โดยการฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกออกซิโทซิน (Oxytocin) 10 ยูนิ

เข้ากล้ามเนื้อ ร่วมกับการหนีบและตัดสายสะดือเมื่อทารกคลอดแล้วภายใน 1 นาที และทำคลอดรกด้วยการควบคุมการดึงสายสะดือพร้อมกับต้านการเคลื่อนต่ำลงมาของมดลูก (Controlled cord traction) อย่างระมัดระวัง หลังจากรกคลอดแล้วให้คลึงมดลูกเป็นระยะ (World Health Organization, 2012) ดังนั้น หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูรได้นำเกณฑ์ดังกล่าวมาปรับใช้ แต่ยังคงพบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเกินเกณฑ์ขีดของหน่วยงาน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จึงมีความจำเป็นเพราะจะทำให้มารดาหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงช่วยลดระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้มารดาหลังคลอดและญาติเกิดความพึงพอใจในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดของสถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดความรู้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัย ร่วมกับประสบการณ์ความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการกำหนดแนวทางในการพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดในรูปแบบของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

คำถามของการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร มีลักษณะอย่างไร
2. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร มีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตของเนื้อหาการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก นำมาปรับปรุงเพื่อให้ได้กับมารดาผู้คลอดในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน นำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง และทำการศึกษา นำร่องกับผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด

2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด จำนวน 9 คน และผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือด จำนวน 30 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

3. ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 11 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของไอโอวา (The Iowa model of evidence-based practice to promote quality of care) (อ้างในฟองคำ ตีลกสกุลชัย, 2549: 130-135) มาเป็นกรอบในการศึกษา และใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ของการพยาบาลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ซึ่งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงและพัฒนา ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้แนวปฏิบัติในห้องคลอด เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และพัฒนางานร่วมกันในทุกขั้นตอน มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดให้สามารถใช้ได้กับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยกรอบแนวคิดมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1.1 ศึกษาปัญหาจากการปฏิบัติงานของหน่วยงาน และความรู้ที่มีอยู่
- 1.2 สืบค้นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) และงานวิจัย

1.3 วิเคราะห์และประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถใช้ได้จริงตามความเหมาะสมของบริบทในหน่วยงาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถสืบค้นได้เพื่อนำมาคัดเลือก และจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นๆ

1.4 นำข้อมูล และหลักฐานที่สืบค้นมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถใช้กับบริบทของสถาบันบำราศนราดูรได้อย่างเหมาะสม

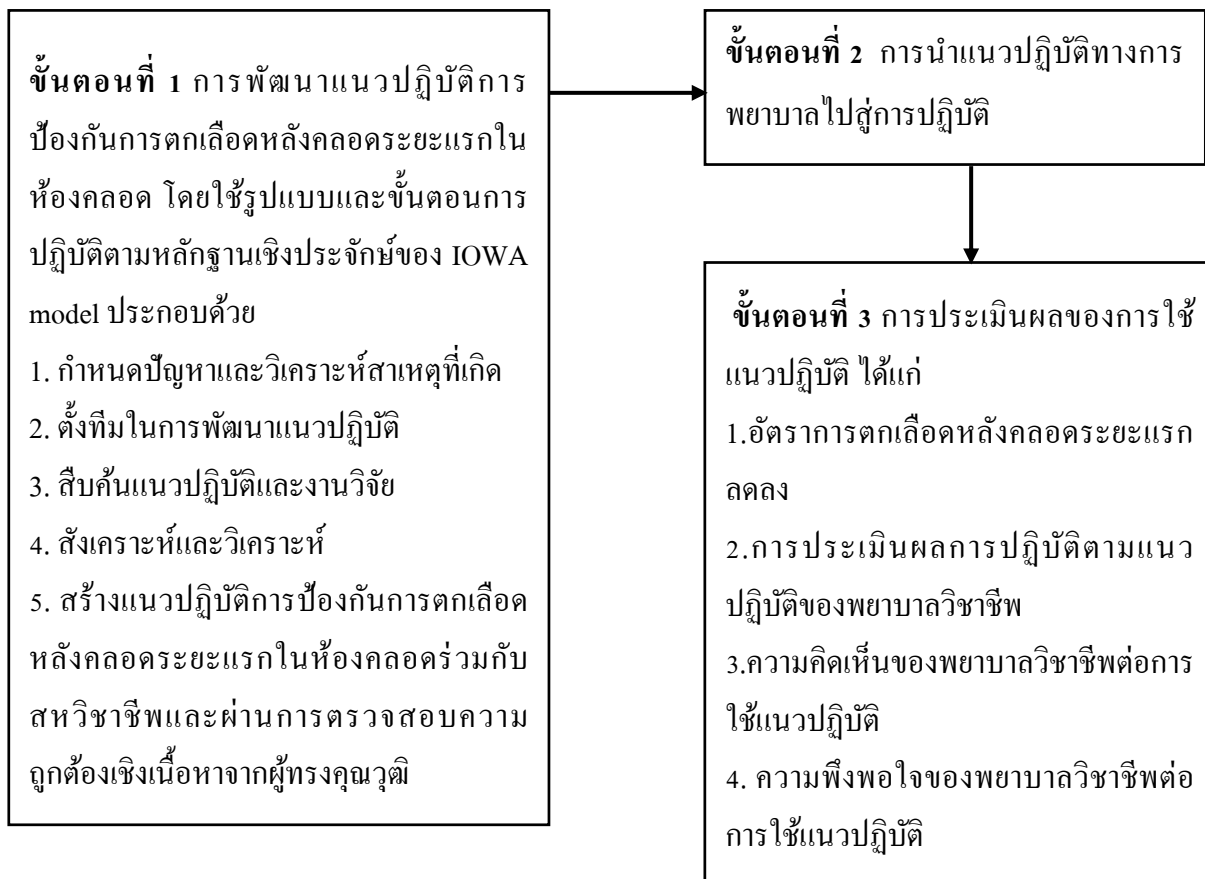
ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปสู่การปฏิบัติ

2.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ให้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่น

2.2 นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 9 คน ทำแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ และใช้แนวปฏิบัติจริงกับมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 30 คน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติไปให้พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่งานห้องคลอด จำนวน 9 คน ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจริงกับมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 30 คน ใช้เวลาในการวิจัยประมาณ 5 เดือน และประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด กรอบแนวคิด
 ดังภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

นิยามศัพท์

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรง ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับเล็กน้อย (Mild postpartum hemorrhage) เป็นการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

2) ระดับรุนแรง (Severe postpartum hemorrhage) เป็นการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป

3) ระดับรุนแรงมาก (Very severe postpartum hemorrhage) เป็นการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิกรัมขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012)

ในการวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ตั้งแต่ระดับ 1 เป็นต้นไป

2. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบัน บำราศนราครุ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยมีรูปแบบซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของแนวปฏิบัติ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 การประเมินสภาพมารดาที่มาคลอด มีการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกถึงจนถึงระยะหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories (CMQCC) ประกอบด้วย การประเมินเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Admission hemorrhage risk factor) โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอด การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน และ 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะคลอด (Risk factors in labor) และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน ได้แก่ การคลอดในระยะที่ 2 ยาวนาน คือ ระยะที่ 2 ของการคลอดมากกว่า 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และมากกว่า 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า 12 ชั่วโมง การมีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ และผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

2.2 การพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยใช้ทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะรอคลอด 2) การพยาบาลระยะคลอด และ 3) การพยาบาลระยะหลังคลอด ดังนี้

2.2.1 การพยาบาลระยะรอคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินแรกรับ โดยซักประวัติ บ่งชี้ความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage (FM-LR-21-000) พร้อมการบันทึกในแบบประเมิน 2) เมื่อประเมินพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดท่านดิดิสติกเกอร์ คำว่า “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (FM-LR-08-000) 3) เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อประเมินแล้วพบว่ามารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้จองเลือด (Group matching) ชนิด Pack red cell 2 unit และ 4) นำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในการพยาบาลมารดาที่มาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการพยาบาล

1) การพยาบาลระยะเฉื่อย (latent phase) ประกอบด้วย 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก

เพื่อดูการหดตัวของมดลูก 2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation) ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง 3) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

2) การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงเพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด 2) ในระยะนี้ท่านดูแลให้มารดาจิบน้ำดื่มน้ำทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์อัตรากรไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20 และ 3) เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด

2.2.2 การพยาบาลระยะคลอด ประกอบด้วย 1) พยาบาลช่วยคลอดตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที 2) ตัดซิเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่หน้าคลอด 3) สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 4) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด และ 5) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งทุกราย

2.2.3 การพยาบาลระยะหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด 2) ประเมินสัญญาณชีพของมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติ 3) กรณีที่มารดาตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด และ 4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage) และการพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยนับเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) 2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง และ 4) ส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้แก่

3.1 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด หมายถึง ความคิดเห็นที่มีต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด หมายถึง ความพึงพอใจที่มีต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.3 อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาที่มีการคลอดทางช่องคลอด หมายถึง ภาวะที่มีการเสียเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด

สูตรคำนวณ $\frac{\text{จำนวนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด}}{\text{จำนวนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด}} \times 100$

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ครอบคลุมประเด็นปัจจัยเสี่ยงการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดากลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดตกเลือดระยะแรกหลังคลอดตามแนวปฏิบัติที่กำหนด

2. ได้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด Risk Assessment for Postpartum Hemorrhage (FM-LR-21-000) ของมารดากลุ่มเสี่ยง เป็นแนวปฏิบัติแบบเดียวกันที่สามารถนำมาใช้ในสถาบันบำราศนราดูรได้

3. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการป้องกัน เฝ้าระวังการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดากลุ่มเสี่ยง

4. ลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดากลุ่มเสี่ยงในสถาบันบำราศนราดูร

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตกเลือดหลังคลอด
 - 1.1 ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.2 พยาธิสภาพของการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.3 ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.5 ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอด
 - 1.6 การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลมารดาในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด
 - 2.1 ความรู้เกี่ยวกับ Active management of Third stage of labor
 - 2.2 การคลึงมดลูกหลังคลอด
 - 2.3 การประเมินการสูญเสียเลือด
3. บทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
4. แนวคิดของไอโอวา โมเดล (The Iowa Model of Research in Practice)
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
6. วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

1. การตกเลือดหลังคลอด

1.1 ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) หมายถึง การสูญเสียเลือดของมารดาจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า หรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด รวมทั้งการ

วินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด และจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (World Health Organization, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ได้ให้ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การสูญเสียเลือดของมารดาจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร

1.2 พยาธิสภาพของการตกเลือดหลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ของการตกเลือดหลังคลอดจะเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Pillitteri, 2014) สาเหตุเกิดจากปัญหาของการคลอดในระยะที่ 3 (World Health Organization, 2012) ระยะที่ 3 ของการคลอดเริ่มต้นทันทีหลังทารกคลอดจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ กลไกการคลอดในระยะที่ 3 เริ่มจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกทำให้เกิดแรงดึงรั้งระหว่างผนังมดลูกกับรกมีการฉีกขาดของเยื่อผนังมดลูกกับรกชั้นใน เมื่อรกแยกชั้นออกมาจะมีการเกิดก้อนเลือดแทรกในชั้นที่แยกนั้น ซึ่งก้อนเลือดนี้จะเป็นตัวช่วยเพิ่มการหลุดลอกของรกมากขึ้น แรงดันจากการบีบตัวของมดลูกทำให้รกเคลื่อนต่ำลงเรื่อยๆจนในที่สุดสามารถคลอดออกมาได้ เมื่อมีการลอกตัวของรก จะมีการแยกตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของมดลูกจำนวนมากที่นำเลือดเข้าออกจากเนื้อรก โดยทั่วไปการหยุดของเลือดต้องอาศัยการหดตัวของหลอดเลือดเอง และการเกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่ ซึ่งการที่จะทำให้เลือดบริเวณที่รกเกาะหยุดได้ดี ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อกดหลอดเลือดใหญ่ๆ และปิดรูเปิดของหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดได้ในที่สุด กรณีที่มีส่วนของรกหรือก้อนเลือดขนาดใหญ่วางในโพรงมดลูกจะเป็นการขัดขวางการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและขัดขวางการห้ามเลือดของตำแหน่งที่รกเกาะ ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมารดาอาจเสียเลือดได้รวดเร็วมากถึง 600 มิลลิลิตรต่อนาที การตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่มักเกิดการหดตัวไม่ดีของมดลูก ถึงแม้ว่ากลไกการแข็งตัวของเลือดจะปกติตรงกันข้ามถึงแม้แต่การหดตัวของมดลูกจะดีแต่ถ้ากลไกการแข็งตัวของเลือดมีความบกพร่องก็ทำให้มีเลือดออกจากบริเวณที่รกเกาะหรือเกิดการตกเลือดได้ (Cunningham et al., 2010)

1.3 ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

1.3.1 ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดแบ่งตามปริมาณของการสูญเสียหลังคลอด โดยเกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดมี 3 ระดับ (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) ได้แก่

- 1) การตกเลือดหลังคลอดระดับเล็กน้อย (Mild postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดหลังทารกคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป
- 2) การตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง (Severe postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดหลังทารกคลอดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป
- 3) การตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรงมาก (Very severe or Major postpartum hemorrhage) หมายถึง การเสียเลือดหลังทารกคลอดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป

1.3.2 การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (World Health Organization, 2012; Murray and Mckinney, 2014)

- 1) การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด
- 2) การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ได้แบ่งประเภทของการตกเลือดหลังคลอดตามระยะเวลาที่เกิด ไม่ได้แบ่งประเภทของการตกเลือดหลังคลอดตามปริมาณเลือดที่ออก โดยแบ่งการตกเลือดหลังคลอดเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) และการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) จากการทบทวนเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.72, 11.00, 7.90, 9.40 และ 2.91 ตามลำดับ และพบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 และในปีพ.ศ. 2562 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.38 โดยทั้งหมดเป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (สถาบันบำราศนราดูร รายงานการคลอดปีงบประมาณ 2560-2564) การแบ่งประเภทของการตกเลือดหลังคลอดตามระยะเวลาที่เกิดขึ้น สามารถแยกประเภทของการตกเลือดหลังคลอดได้

ชัดเจน ถ้ามีการแบ่งประเภทของการตกเลือดหลังคลอดตามปริมาณเลือดที่ออกด้วยน่าจะเป็นการให้การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็วและลดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ การตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทันที (Pillitteri, 2014) ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดสามารถแบ่งสาเหตุหลักๆ ได้ 4 สาเหตุตามกระบวนการเกิด (Perry et al, 2010; Su, 2012; Murray and Mckinney, 2014) ได้แก่

1.4.1 การหดตัวของมดลูก (Tone) การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดของการตกเลือดหลังคลอด ประมาณร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (โหมพิลาส จงสมชัย, 2555; Su, 2012; Lim, 2012) จากการที่กล้ามเนื้อมดลูกไม่สามารถหดตัวได้อย่างเหมาะสมหลังคลอด ทำให้มีการเสียเลือดมาก ปกติหลังจากที่รกคลอดแล้วจะมีเลือดออกที่ตำแหน่งรกเกาะ ซึ่งร่างกายจำเป็นต้องมีกลไกที่จะหยุดเลือดที่ออกนี้ทันที กลไกที่สำคัญที่สุดนี้คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เส้นเลือดต่างๆ ที่อยู่บริเวณรกเคยเกาะมีการหดตัวเพื่อให้เลือดหยุดไหล ถ้ามดลูกไม่หดตัวหรือหดตัวไม่ดีจะทำให้ตกเลือดได้ ซึ่งสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่

1) กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายตัวมากกว่าปกติ (Overdistention of uterus) เป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญของการหดตัวไม่ดีของมดลูก พบในหญิงตั้งครรภ์คลอดทารกตัวโต (Fetal macrosomia) คือทารกที่คลอดมีน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) ในระยะรอคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมงมีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น (Naoko et al., 2013) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยา Turbutaline ในช่วงเจ็บครรภ์คลอดมีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 4.11 เท่า (Satapornteera et al., 2012)

2) กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง เนื่องจากการคลอดเร็วเกินไป (Precipitate labor) ทำให้มดลูกเปลี่ยนแปลงจากขนาดใหญ่มาเป็นขนาดเล็ก (Clark, 2002) มารดาที่ผ่านการคลอดบุตรมากกว่า 4 ครั้ง (Grand multiparity) ทำให้แรงของกล้ามเนื้อมดลูกหดตัวผิดปกติ มีการศึกษาในมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 76 เป็นมารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรหลายครั้ง และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดรุนแรง (Zaman, Sher-Uz-Zaman, Badar and Tariq, 2007) และพบว่ามารดาที่เคยผ่านการคลอดบุตรหลายคน จะทำให้เกิดพังผืดแทรกอยู่ในระหว่างกล้ามเนื้อมดลูกทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ดี และ

โดยเฉพาะในรายที่เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอดมาก่อนผนังมดลูกมักจะบางและไม่แข็งแรง ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี การเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน (Prolonged labor) การคลอดยาวนานก็จะทำให้มารดาารอดเลือดถึงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ เนื่องจากการหดตัวของมดลูกนานๆ จะทำให้มดลูกล้า เกิดการหดตัวไม่ดีขณะคลอดและหลังคลอด และจากการกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอดและการชักนำการคลอด

3) การติดเชื้อภายในถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) พบได้จาก premature rupture of membrane (PROM) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ส่วนใหญ่จะไม่ทราบสาเหตุ แต่อาจพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ คือ ภาวะติดเชื้อซึ่งอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในบริเวณช่องคลอดและปากมดลูก มีการอักเสบของช่องคลอด ครรภ์แฝด น้ำทำให้มดลูกมีความตึงตัวสูง แรงดันในมดลูกเพิ่มมากขึ้นทำให้ถุงน้ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นต้น ผลกระทบของภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จะทำให้มารดามีภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อในโพรงมดลูกหรือในถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) ถ้าระยะเวลาตั้งแต่ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่วจนกระทั่งเจ็บครรภ์คลอดนานเกิน 18 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดการติดเชื้อภายในถุงน้ำคร่ำสูง ถ้าหากเวลานั้นนานเกิน 24 ชั่วโมง จะเรียกว่า prolonged rupture of membranes ภาวะเสี่ยงของการติดเชื้อจะเพิ่มมากขึ้น (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2554) ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งมีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดจะส่งผลให้กล้ามเนื้อของมดลูกของผู้คลอดไม่สามารถหดตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

4) สาเหตุอื่นๆ ที่มีการขัดขวางการหดตัวของมดลูก เช่น ภาวะเพาะบัสสาวะโป่งตึง เนื่องจากที่ตัวมดลูก (Myoma) มีแผลผ่าตัดที่มดลูก (Uterine scar) หรือมดลูกมีความผิดปกติมาแต่กำเนิด (Yiadom and Carusi, 2009)

ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีหลังคลอดสามารถวินิจฉัยได้ เมื่อคลำหาตำแหน่งยอดมดลูกไม่ได้ หรือเมื่อคลึงมดลูกจะหดตัว แต่ถ้าหยุดคลึงมดลูกการหดตัวจะหายไป ตำแหน่งยอดมดลูกอยู่เหนือกว่าระดับหลังคลอดที่คาดไว้ เมื่อคลึงมดลูกแล้วมีเลือดหรือก้อนเลือด (Blood clot) ออกปริมาณมาก (McKinney, James, Murray and Ashwill, 2005)

1.4.2 รกและชิ้นส่วนของรก (Tissue) รกและชิ้นส่วนของรกก้างในโพรงมดลูกเป็นสาเหตุที่ทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ทั้งในระยะแรกและระยะหลัง แต่ส่วนใหญ่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง การตรวจรกลูกหลังจากที่คลอดรกแล้วจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง และควรกระทำอย่างละเอียดทุกราย (Ramanathan and Arulkumaran, 2006; Anderson and Etches, 2007) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกก้าง คือ

1) วิธีการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดไม่ถูกต้อง พบบ่อยในผู้ทำคลอดที่พยายามจะเร่งทำคลอดรก โดยการบีบหรือนวดมดลูกจะไปรบกวนต่อกลไกการลอกตัวของรก

ทำให้รกอาจลอกตัวเป็นเพียงบางส่วนจึงเป็นผลให้เลือดออกมากได้ นอกจากนี้ ยังพบในผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก บางครั้งทำให้มดลูกหดเกร็งปิดกั้นไม่ให้รกลอกตัวหลุดออกมาทำให้ขัดขวางต่อการหดตัวของมดลูกได้ (Fraser and Cooper, 2003; Littleton and Engebretson, 2005)

2) มดลูกผิดปกติ เช่น รอยแผลผ่าตัดเดิมที่มดลูกจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการตัดเนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งอาจทำให้รกลอกตัวเป็นบางส่วนได้ เนื่องจากรกเกิดการเกาะลึกหรือเกาะติดแน่น เมื่อมีการลอกตัวของรกจะมีการลอกตัวเป็นบางส่วน จึงทำให้เลือดออกตลอดเวลาจากบริเวณที่รกลอกตัวไปแล้ว (Littleton and Engebretson, 2005)

3) ตำแหน่งการเกาะของรกมีความผิดปกติ ได้แก่ เส้นเลือดที่รกผิดปกติ รกเกาะต่ำทำให้กล้ามเนื้อส่วนล่างหดตัวไม่ดี เหมือนกล้ามเนื้อส่วนบน หลอดเลือดจึงปิดไม่สนิท และรกลอกตัวก่อนกำหนด ทำให้เลือดซึมแทรกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก กล้ามเนื้อมดลูกไม่สามารถหดตัวได้ เป็นผลให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และมีโอกาสเกิดการตกค้างของเศษรกมากขึ้น (Fraser and Cooper, 2003; Littleton and Engebretson, 2005; Luxner, 2005)

4) การสร้างรกผิดปกติ เช่น มีรคน้อย รกเหล่านี้ส่วนใหญ่จะลอกตัวหมด แต่ถ้าทำคลอดรกผิดวิธีแล้ว มักจะมีการตกค้างของรคน้อยได้ (Littleton and Engebretson, 2005)

5) สายสะดือขาด เนื่องจากการทำคลอดรกผิดวิธี การพยายามใช้แรงดึงสายสะดือในขณะที่รกรยังลอกตัวไม่สมบูรณ์ เป็นต้น ทำให้รกรยังคงค้างอยู่ในโพรงมดลูก เกิดปัญหาการตกเลือดหลังคลอดได้ (Fraser and Cooper, 2003)

1.4.3 การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) การฉีกขาดของช่องคลอด (Tear vaginal) การฉีกขาดของแผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) (Perry et al., 2010; Mattson and Smith, 2011; Su, 2012; Murray and Mckinney, 2014) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับสองของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบได้ร้อยละ 20 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดต่อมาเกิดการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (Fetal malpresentation) การใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) (Su, 2012)

1.4.4 การแข็งตัวของเลือด (Thrombin) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) เป็นภาวะแทรกซ้อนของมารดาตั้งครรภ์ที่พบน้อยเพียงร้อยละ 1 แต่เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อชีวิต สาเหตุจากการติดเชื้อรุนแรงที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของทั้งระบบการแข็งตัวของเลือดและระบบการละลายลิ่มเลือด (Disseminated Intravascular Coagulopathy: DIC) ภาวะอื่นทาง

สูติกรรม เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) ภาวะน้ำคร่ำออกหลอดเลือด ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) อาจทำให้เกิด DIC ได้ หญิงตั้งครรภ์ที่ครรภ์เป็นพิษหรือมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe preeclampsia) การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage) การติดเชื้อ (Sepsis) (Su, 2012) ได้รับยาสเตียรอยด์เพื่อการรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2 เท่า (Briley et al., 2014) พบว่ามารดาที่มีภาวะซีดรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า (Tort et al., 2015) และมารดาที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดสูง 82.0 เท่า (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony) ร้อยละ 70 (โหมพิลาศ จงสมชัย, 2555; Su, 2012; Lim, 2012) แต่สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ประจำปีงบประมาณ 2563 มี 6 สาเหตุ คือ 1) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 26.40 2) ทารกตัวโต จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 31.60 การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate of labor) จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.80 การฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับสอง (Second degree tear) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.60 การฉีกขาดของผนังช่องทางคลอด (Tear vaginal wall) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.60 และมีเศษรกค้าง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.30 (จากจำนวนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 19 คน) อาจเป็นเพราะทักษะการทำคลอดของบุคลากรที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งจากการระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอด ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับเศษรกค้างได้มีการร่วมกันพัฒนาโดยการฝึกการทำคลอดรกแบบ Controlled cord traction โดยผู้เชี่ยวชาญไปแล้ว ส่วนที่ยังคงมีปัญหาคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี ถึงแม้จะไม่ใช่สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ก็ยังเป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีนวัตกรรมถุงดวงเลือด เทคนิคการคลึงมดลูก เพื่อพัฒนาระบบการดูแลมารดาในระยะแรกหลังคลอด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก ให้ได้มาตรฐานการดูแลภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง

นอกจากนี้การแบ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดตามกระบวนการเกิด ทำให้สามารถค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันที่

1.5 ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอด

เมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อมารดาทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจได้ ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดที่พบ ได้แก่

1.5.1 ด้านร่างกาย

อาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซึบจรรยาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น ระบายน้ำ ระยะแรกจะหายใจเร็ว ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาว เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง (ศุภวดี แถวเพ็ช, 2548)

เกิดภาวะช็อก มือเท้าแขนขาเย็นซีด และขึ้นด้วยเหงื่อเย็นๆ เพราะมีเลือดไปเลี้ยงผิวหนังน้อย อ่อนเพลีย อาจเป็นลมหมดสติได้ และอาจทำให้เกิดภาวะซีดและการติดเชื้อหลังคลอดได้ง่าย (Anderson and Etches, 2007)

เกิดภาวะชีฮานซิน โครม (Sheehan's syndrome) การเสียเลือดมากๆ อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้า มีผลให้ความรู้สึกรู้ตัวและความนึกคิดลดลง ซึ่งจะทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด ไม่มีประจำเดือน เต้านมเล็กลง ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง ต่อมาทรอยด์ และต่อมหมวกไตส่วนนอกทำงานบกพร่อง ปัสสาวะน้อยลง เพราะไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง อย่างไรก็ตาม พยาธิกำเนิดของภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด และส่วนใหญ่ของสตรีที่ตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงก็ไม่เกิดภาวะนี้จึงพบได้น้อยประมาณ 1:10,000 ของการคลอด (Feinberg, Molitch, Enders and Peaceman, 2005)

การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้อีก (Anderson and Etches, 2007) กรณีที่เลือดออกอย่างรุนแรงและรวดเร็ว หรือดูแลรักษาไม่ทันท่วงที อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Littleton and Engebretson, 2005)

1.5.2 จิตสังคม ผู้คลอดที่มีการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้นส่วนใหญ่มักจะมีความกลัวความวิตกกังวลว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง การปรับตัว และการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น บางรายกลัวการสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้นเพราะตัวผู้คลอดมีการสูญเสียเลือดอยู่แล้ว และยังคงถูกเจาะเลือดบ่อยๆ ทำให้เกิดความไม่สบายใจเพิ่มมากขึ้น เกิดความทุกข์ทรมานทั้งมารดาและญาติ อันอาจนำมาซึ่งความไม่พอใจต่อการรักษานำไปสู่การฟ้องร้องได้ (ชัยยุทธ เครือเทศน์, 2549)

1.5.3 เศรษฐกิจ เมื่อผู้คลอดเกิดการตกเลือดหลังคลอด จะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ต้องรับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น (ชัยยุทธ เครือเทศน์, 2549; Lalonde, Daviss, Acosta and Herschderfer, 2006)

1.5.4 ผลกระทบต่อรัฐ/ระบบบริการ ทำให้รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอัตราการเกิดภาวะดังกล่าวที่เพิ่มขึ้น ยังบ่งถึงคุณภาพการบริการด้านสุขภาพของรัฐอีกด้วย

สรุปได้ว่า หากเกิดการตกเลือดหลังคลอดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อต่างๆมากมาย ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมการป้องกัน และการดูแลรักษาการตกเลือดหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน นอกจากจะช่วยลดการเกิดการตกเลือดหลังคลอดแล้ว ยังสามารถช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนด้วย

1.6 การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

โคมพิลาส จงสมชัย (2555) ได้สรุปแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไว้ดังนี้

1.6.1 ระยะตั้งครรภ์

เริ่มจากการดูแลขณะตั้งครรภ์ โดยการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ เช่น ประวัติตกเลือดหลังคลอดในการตั้งครรภ์ก่อนๆ มีรกเกาะต่ำ ตั้งครรภ์แฝด ทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหดตัวไม่ดีของมดลูกหลังคลอด ตรวจสอบและแก้ไขภาวะชดขณะตั้งครรภ์ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยทนต่อการเสียเลือดได้น้อย หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การเตรียมคลอดในสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ เตรียมความพร้อมสำหรับภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงครอบครัวและชุมชน ต้องทราบถึงอาการแสดงที่บ่งบอกถึงอันตราย เช่น การมีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์

1.6.2 ระยะคลอด

เมื่ออยู่ในระยะคลอด พิจารณาให้ยากระตุ้นคลอด (Oxytocin) อย่างถูกต้องเหมาะสม ตามข้อบ่งชี้ด้วยความระมัดระวัง และเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการใช้ Partograph เพื่อติดตามการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดที่เนิ่นนาน (Prolonged labor) รวมทั้งฟังเสียงหัวใจทารกสม่ำเสมอ สังเกตเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด พร้อมจะแก้ไขได้เมื่อเกิดความผิดปกติ เช่น ในรายที่มีมดลูกแตก จะสามารถวินิจฉัยได้ทันเวลาที่จากการหดตัวของมดลูกที่มากผิดปกติแล้วหายไปพร้อมกับหัวใจทารกเต้นช้าลงอย่างมาก ในระยะคลอด ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องดูแลการคลอดระยะที่สามอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้มาก ในระยะที่ 2 ของการคลอด ต้องทำการคลอดทารกอย่างถูกต้องตามกระบวนการคลอด ช่วยคลอด โดยให้มีการบาดเจ็บต่อช่องทางการคลอดน้อยที่สุด และใช้หัตถการช่วยคลอดตามข้อบ่งชี้ ถ้าต้องใช้หัตถการช่วยคลอดให้ใช้เครื่องดูดสุญญากาศแทนการใช้คีมช่วยคลอด เพราะมีข้อมูลยืนยันว่าการใช้เครื่องสุญญากาศช่วยคลอด ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อช่องคลอดน้อยกว่าการใช้คีมช่วยคลอด ส่วนการตัดแผลฝีเย็บนั้น ควรตัดในรายที่จำเป็น ไม่ควรตัดฝีเย็บทุกราย จะสามารถลดการเสียเลือดได้

1.6.3 ระยะหลังคลอด

หลังการคลอดระยะที่ 3 ลึ้นสุดลง ต้องเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการตกเลือดเกิดขึ้นจะได้ให้การดูแลทันเวลาที่ โดยเฉพาะในช่วงสองชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเกิดการตกเลือดได้บ่อย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งจากการดำเนินงานของงานห้องคลอด สถาบันบาราศนราครุในปีงบประมาณ 2564 ที่ผ่านมา พบปัญหาของการป้องกันการตกเลือดในระยะคลอด คือการทำคลอดรก และได้รับการแก้ไข โดยการฝึกทักษะการทำคลอดรกแบบ Controlled cord traction ด้วยผู้เชี่ยวชาญไปแล้ว ส่วนปัญหาของการป้องกันการตกเลือดในระยะหลังคลอด คือ ขาดการคลึงมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำถุงตวงเลือด เพื่อประมาณการตกเลือดหลังคลอด และสอนการคลึงมดลูกให้กับทีมพยาบาลผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวดี ป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอด

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.1 ความรู้เกี่ยวกับ Active management of Third stage of labor (AMTSL)

Active management of Third stage of labor (AMTSL) หมายถึง การดูแลการคลอดแบบก้าวหน้าในระยะที่ 3 ของการคลอด ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้แนะนำให้ทำ active management ในระยะที่ 3 ของการคลอด ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ถึงร้อยละ 60 โดย Active management of Third stage of labor (AMTSL) มีขั้นตอน ดังนี้ (World Health Organization, 2012; สุจิต คุณประดิษฐ์, 2553)

2.1.1 ฉีด Oxytocin 10 unit เข้ากล้ามเนื้อมารดา หรือเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ ภายใน 1 นาที (im/iv) ทันทีที่ไหล่หน้าคลอด

2.1.2 ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ให้สวนปัสสาวะทิ้ง เพื่อให้มดลูกหดตัวดี

2.1.3 การทำ delayed cord clamping (หนีบและตัดสายสะดือ เมื่อคลำชีพจรไม่ได้แล้ว) โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1 นาที เพื่อประโยชน์ต่อทารกแรกเกิด โดยจะช่วยเพิ่ม placental transfusion ทำให้เพิ่มปริมาณเลือดไปยังทารกแรกเกิดได้ถึงร้อยละ 30 เป็นผลให้มีการเพิ่ม iron stores และลดภาวะโลหิตจางในทารกแรกเกิด

2.1.4 การทำ Controlled Cord Traction (CCT) มีขั้นตอนการทำ ดังนี้

1) ภายหลังกทารกคลอดและเริ่มคลำชีพจรสายสะดือไม่ได้ ให้ใช้ Clamp หนีบกับสายสะดือใกล้กับรก ถือ clamp ไว้ด้วยมือข้างหนึ่ง

2) คลำมดลูกเบาๆดูว่ามดลูกหดตัวดีหรือไม่ ถ้ามดลูกหดตัวดี คลำแล้วจะพบว่ามดลูกมีลักษณะแข็งเป็นก้อนกลม รูปร่างชัดเจน แต่ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี คลำแล้วจะอ่อนนุ่ม ขนาดใหญ่ รูปร่างไม่ชัดเจน เมื่อมดลูกหดตัวดี ดึงสายสะดือเบาๆ ขณะที่โกยมดลูกขึ้น โดยดัน

ขึ้นจากบริเวณหัวหน้า โดยให้แรงต้านกับแรงดึงสายสะดือ ดึงสายสะดือให้พอดีเล็กน้อย และรอจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี เมื่อมดลูกหดตัวดีแล้วก็ให้โกยมดลูกขึ้นพร้อมๆ กับดึงสายสะดือเบาๆ ให้รกคลอดออกมา

3) ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงมาภายใน 30-40 วินาที ภายหลังทำ controlled cord traction ให้หยุดดึงสายสะดือ และรอจนกว่าจะมีการหดตัวครั้งใหม่จึงทำ controlled cord traction อีก ไม่ควรดึงสายสะดือโดยไม่มีแรงต้านจากการจับยึดตัวมดลูกเหนือหัวหน้า

4) ขณะรกเคลื่อนต่ำลงมา ให้จับรกด้วยสองมือ พร้อมทั้งหมุนเบาๆ จนยื่นหุ้มเด็กหลุดออกมา

5) เมื่อรกคลอดแล้วให้คลำยอดมดลูก ประเมินความมดลูกหดตัวดีหรือไม่ ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้คลึงมดลูก

6) ตรวจสอบว่ารกครบหรือไม่

2.1.5 ทำการนวดคลึงมดลูก (Uterine massage) บริเวณยอดมดลูกผ่านทางหน้าท้องทันทีจนมดลูกมีการหดตัวดี

1) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที และทำการนวดคลึงมดลูกซ้ำ หากตรวจพบว่ามีมดลูกหดตัวไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2) หากจะหยุดนวดคลึงมดลูก ต้องมั่นใจว่าการหดตัวของมดลูกอยู่ในเกณฑ์ดีแล้ว

3) ตรวจสอบช่องทางคลอดว่ามีการฉีกขาดหรือไม่ โดยเฉพาะถ้ามีการทำสูติศาสตร์หัตถการและเย็บซ่อมแซมโดยเร็ว

4) เฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยบันทึกความดันโลหิตและชีพจรทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ให้ระวังในผู้ป่วยต่อไปนี้ที่มักได้รับผลกระทบง่าย แม้ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น Preeclampsia, anemia, dehydrate, small stature

จากการสังเคราะห์งานวิจัยจาก Cochrane Review ของ Prendiville, Elbourne, and McDonald (2000) พบว่า active management of Third stage of labor สามารถลดการตกเลือดได้มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งการศึกษานี้รวบรวมผลงานวิจัย 5 รายงาน พบว่าการดูแลแบบ Active management of Third stage of labor ในโรงพยาบาลสัมพันธ์กับการลดการตกเลือดหลังคลอดที่มากกว่า 500 มิลลิลิตรได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Althabe et al. (2009) โดยศึกษาแบบทดลองเปรียบเทียบการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction กับการคลอดรกแบบปกติในประเทศอุรุกวัย (Uruguay) และสหรัฐอเมริกา โดยหญิงที่มากคลอดทุกรายจะได้รับยาออกซิโตซิน เมื่อทารกคลอดไหล่หน้า หรือ 1 นาที หลังทารกคลอด และได้รับการคลึงมดลูกทุก 15 นาทีหลังจากคลอดรอก กลุ่มที่ทำ

คลอดรกแบบ controlled cord traction มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ทำคลอดรกแบบปกติ แม้ไม่มีความแตกต่างกันของปริมาณเลือดที่ออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ลดระยะที่สามของการคลอดลดปริมาณเลือดที่ออกได้

การศึกษาของ Jangsten, Mattsson, Lyckestam, Hellstrom, and Berg (2010) ได้ศึกษาเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบ ผลการดูแลแบบ active management กับการดูแลแบบเดิม (Expectant management) ในระยะที่ 3 ของการคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศสวีเดน พบว่า กลุ่มที่ดูแลแบบ active management มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบ Expectant management อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ ชัยยุทธ เครือเทศน์ (2549) ที่ทำการศึกษาในมารดาในกลุ่มเสี่ยงที่คลอดที่โรงพยาบาลโพธาราม ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546-เมษายน พ.ศ. 2548 จำนวน 2,263 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่ศึกษาได้รับการดูแลแบบ active management จำนวน 1,137 ราย ร่วมกับการคลึงมดลูกเป็นระยะๆ และกลุ่มควบคุมใช้การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติ จำนวน 1,126 ราย พบว่ามารดาในกลุ่มที่ศึกษามีการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ย การได้รับเลือดและการได้รับยาเพิ่มเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ อารักขา ปทุมบาล (2551) ที่ทำการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบย้อนหลังผลของการนำวิธีการดูแลเชิงรุก (Active management) มาใช้ในระยะเวลาที่สามของการคลอดในโรงพยาบาลชุมชนอำเภอวังเหนือ ระหว่างเดือนกันยายน 2548-กรกฎาคม 2550 จำนวน 381 ราย กลุ่มที่ได้รับการดูแลเชิงรุก จำนวน 154 ราย กับกลุ่มที่รอให้รกลอกตัวเอง (Expectant management) จำนวน 229 ราย พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลเชิงรุกมีปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่รอให้รกลอกตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ อวยชัย ศรีประโมทย์ (2553) ที่ทำการศึกษาผลของการนำวิธีการดูแลแบบ active management มาใช้ในระยะเวลาที่สามของการคลอดในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2552-เมษายน พ.ศ. 2552 จำนวน 130 ราย โดยกลุ่มทดลองจำนวน 65 รายได้รับการดูแลแบบ active management เมื่อร่วมกับการคลึงมดลูกเป็นระยะๆ เพื่อให้มดลูกหดตัวดีกับกลุ่มควบคุมจำนวน 65 รายได้รับการดูแลแบบ expectant management พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอดเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า active management of Third stage of labor (AMTSL) เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้ผลดีมากกว่าวิธีหนึ่ง ซึ่งจากการปฏิบัติงานพบว่างานห้องคลอด สถาบันบาราศนราดูรยังไม่สามารถที่จะทำ active management of Third stage of labor (AMTSL) ได้เต็มรูปแบบ โดยขาดการนวดคลึงมดลูก

(Uterine massage) บริเวณยอดมดลูก ผ่านทางหน้าท้องทุก 15 นาที จนครบสองชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคิดหาวิธีการที่จะทำให้กระบวนการ การทำ Active management of Third stage of labor (AMTSL) ให้เต็มรูปแบบ ภายใต้ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง หวังผลเพื่อลดปริมาณการสูญเสียเลือด หลังรกคลอดจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก

2.2. การคลึงมดลูกหลังคลอด

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงของมดลูกหลังคลอดหลังจากทารกคลอด จะพบว่ายอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือประมาณ 1 นิ้วมือ และรูปร่างของมดลูกจะแบนกว้าง ค่อนข้างนุ่ม ระดับความแข็งประมาณลูกเทนนิส เมื่อมดลูกมีการหดตัวมดลูกจะแข็งและกลมขึ้น แต่ถ้าหลังจากทารกคลอดแล้ว มดลูกจะลอยอยู่เหนือระดับสะดือมากกว่า 1 นิ้วมือ ควรหาสาเหตุ หลังรกคลอดครบต้องประเมินการหดตัวของมดลูกทันที พร้อมกับคลึงกระตุ้นที่ยอดมดลูกเบาๆ ให้มดลูกหดตัวเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังจากนั้นประเมินเป็นระยะ ทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ทุกครึ่งชั่วโมงในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด โดยประเมินไปพร้อมๆ กับการประเมินสัญญาณชีพ (สัญญาณชีพ สัญญาณ และน้ำหนักพร แสนศิริพันธ์, 2553)

2.2.2 ผลของการคลึงมดลูก การคลึงมดลูกส่งผลให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เกิดแรงดึงรั้งระหว่างผนังมดลูกกับรก มีการฉีกขาดของเยื่อผนังมดลูกกับรกชั้นใน เมื่อรกแยกชั้นออกมาจะมีการเกิดก้อนเลือดแทรกในชั้นที่แยกนั้น ซึ่งก้อนเลือดนี้จะเป็นตัวช่วยเพิ่มการหลุดลอกของรกมากขึ้น แรงดันจากการบีบตัวของมดลูก ทำให้รกเคลื่อนต่ำลงเรื่อยๆ จนในที่สุดก็สามารถคลอดออกมาได้ (Cunningham et al., 2010) เมื่อมีการลอกตัวของรก จะมีการแยกตัวของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำของมดลูกจำนวนมากที่นำเลือดเข้าออกจากเนื้อรก โดยทั่วไปการหยุดเลือดต้องอาศัยการหดตัวของหลอดเลือดเอง และการเกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่ ซึ่งการที่จะทำให้เลือดบริเวณที่รกเกาะหยุดได้ดี ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก เพื่อกดหลอดเลือดดำใหญ่ๆ และปิดรูเปิดของหลอดเลือด ทำให้เลือดหยุดได้ในที่สุด (Cunningham et al., 2010)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) แนะนำว่าภายหลังรกคลอดให้นวดคลึงบริเวณยอดมดลูกของผู้คลอดจนมดลูกหดตัวดี และให้นวดคลึงมดลูกซ้ำทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอด จะหยุดนวดคลึงมดลูกเมื่อมั่นใจแล้วว่ามดลูกหดตัวดีแล้ว

ACOG (2008) แนะนำให้ประเมินการสูญเสียเลือดและการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ในสองชั่วโมงแรกหลังคลอด

International Confederation of Midwives [ICM] and International Federation of Gynecology and Obstetrics [FICO] (2012) แนะนำให้นวดคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอด

จากการศึกษาของ วันชัย จันทราพิทักษ์, กมล ศรีจันทิก และเรณู วัฒนเหลืออรุณ (2554) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการกดมดลูกส่วนล่างในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ณ กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552-มีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 686 ราย โดยการสุ่มเลือกเป็นกลุ่มควบคุม 343 ราย และกลุ่มทดลอง จำนวน 343 ราย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลการคลอดแบบปกติ คือ ได้รับ oxytocin ก่อนคลอดและหลังคลอดหนีบ และตัดสายสะดือภายใน 3 นาที หลังทารกคลอด ทำคลอดรกแบบ controlled cord traction พร้อมทั้งคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด ส่วนกลุ่มทดลอง เพิ่มการกดมดลูกส่วนล่างทางหน้าท้องนาน 10 นาที พบว่ากลุ่มทดลองมีการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองสามารถลดการสูญเสียเลือดได้ 29.3 มิลลิลิตร

สรุปได้ว่า การคลึงมดลูกหลังคลอด มีความสำคัญเพื่อให้มดลูกหดตัวดี ลดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการดำเนินงานของงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูรที่ผ่านมาแนวทางปฏิบัติในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีการประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที พบปัญหา มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี 1 ราย โดยตามมาตรฐาน และตามคำแนะนำของ WHO, ACOG, ICM และ FIGO แนะนำให้มีการคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หน่วยงานห้องคลอดยังพบปัญหา คือ การคลึงมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่ไม่ได้มาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยให้มีการคลึงมดลูก มีระบบเตือนการคลึงมดลูกตามมาตรฐาน คือทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2.3 การประเมินการสูญเสียเลือด

การประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตา ไม่สามารถบอกปริมาณเลือดที่เสียไปได้อย่างแม่นยำ มีหลายงานวิจัยที่ยืนยันว่าส่วนใหญ่แล้ว จะประเมินเลือดที่ออกต่ำกว่าความจริงประมาณครึ่งหนึ่ง ทำให้มารดาหลังคลอดมีสัญญาณชีพผิดปกติได้ (โคมพิลาส จงสมชัย, 2555) การประเมินปริมาณที่ออกจากฝ้าอนามัยของมารดาหลังคลอด โดยการนำฝ้าอนามัยชุ่มเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือก้อนเลือดมาชั่งน้ำหนักโดย 1 มิลลิลิตร เท่ากับ 1 กรัม (Lowdermilk and Perry, 2006) โดยปกติค่ามาตรฐานเลือดที่ออกจากช่องคลอดภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไม่ควรเกิน 1 แผ่นฝ้าอนามัย หรือประมาณ 50 มิลลิลิตร ชั่วโมงที่ 2 ไม่ควรเกิน 30 มิลลิลิตร หลังจากนั้นเลือดควรออกลดลงเรื่อยๆ (Mckinney et al., 2005) ดังนั้น หลังรกคลอด 2 ชั่วโมงไม่ควรสูญเสียเลือดมากกว่า 80 มิลลิลิตร

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น สถาบันบำราศนราดูรใช้การประเมินการสูญเสียเลือดด้วยสายตา ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะประเมินเลือดที่ออกต่ำกว่าความจริง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินการสูญเสียเลือด 2 วิธี ดังนี้ วิธีแรกกรณีหลังรกคลอดใช้ถุงตวงเลือดวัดปริมาณเลือด

ที่ออก และวิธีที่ 2 ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยการนำผ้าอนามัยชุ่มเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือก้อนเลือดมาชั่งน้ำหนัก ซึ่งจะบอกปริมาณการสูญเสียเลือดได้แม่นยำ

3. บทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งในระยะแรก และระยะหลังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เริ่มตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก หลังคลอด ส่วนการตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง อาจเกิดได้ตลอดเวลาพักฟื้นในหอผู้ป่วย หลังคลอดจนถึงกลับบ้าน ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะในการป้องกันการตกเลือด หลังคลอด ได้แก่

3.1 การพยาบาลเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

การประเมินสภาพมารดาหลังคลอด เป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลต้องสามารถดำเนินการ ได้ เพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยงและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการตกเลือดของมารดาหลังคลอด เช่น การใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของ The University of Utah (Einerson et al., 2016) โดยแบ่งระดับของความเสี่ยง และ ปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระดับ คือ ความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) และความเสี่ยงระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องประเมินทั้ง 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด ดังนี้

3.1.1 การประเมินในระยะแรกรับ ได้แก่ ปัจจัยความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) และปัจจัยความเสี่ยงระดับสูง (High risk)

1) ปัจจัยความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) ได้แก่ ประวัติการผ่าตัด มดลูกหรือผ่าตัดคลอด การตั้งครรภ์หลายครั้ง การคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง มีประวัติ เลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน มีก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม อ้วนมากดัชนีมวลกายมากกว่า 40 มีภาวะซีดผลความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hematocrit) น้อยกว่า 32%

2) ปัจจัยความเสี่ยงระดับสูง (High risk) ได้แก่ รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รก ผังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป

3.1.2 การประเมินในระยะคลอด ได้แก่ ปัจจัยความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) และปัจจัยความเสี่ยงระดับสูง (High risk)

1) ปัจจัยความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate risk) ได้แก่ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ของการคลอด ยาวนาน (Prolonged 2nd stage) และการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

2) ปัจจัยความเสี่ยงระดับสูง (High risk) ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณ มาก (Active bleeding) มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป

เพื่อให้การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในมารดาหลังคลอด มีแนวปฏิบัติที่ ชัดเจนโดยใช้รูปแบบของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560) ที่ใช้หลักการประเมินมารดาหลังคลอดมีการ กำหนดตัวอักษรย่อ B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ได้แก่ Black ground and Body condition, Breast and Lactation, Uterus, Bladder, Bleeding or Lochia and Episiotomy ดังนี้

1. การตรวจสอบประวัติการคลอด (Black ground and Body condition) เพื่อ ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะคลอด เช่น ระยะการคลอดที่ 1, 2 หรือ 3 ยาวนาน การคลอดเฉียบพลัน (Precipitated labor) การมีรกค้าง เป็นต้น และการตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อระดับความรู้สึกตัว ภาวะ ชีต ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยวัดสัญญาณชีพตั้งแต่หลังรกคลอดทันทีและติดตามทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2-4 และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด

2. การประเมินลักษณะของเต้านม หัวนม และการไหลของน้ำนม (Breast and Lactation) เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนม มารดาโดยเร็วและดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมน Oxytocin ช่วย ให้มดลูกหดตัวดีป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3. การประเมินระดับยอดมดลูกและการหดตัวของมดลูก (Uterus) โดยพยาบาล ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ใน 4 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง รวมถึงวัดยอดมดลูกและบันทึกระดับการลดลงของยอดมดลูก ซึ่งการบันทึกระดับยอดมดลูกควรทำ ทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันเพื่อประเมินการเข้าอู่ของมดลูก และเป็นการเฝ้าระวัง การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

4. การประเมินกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) เพื่อให้ทราบว่ามิภาวะกระเพาะ ปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ความรู้สึกปวดปัสสาวะ และการขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด พยาบาลต้อง กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดปัสสาวะเองภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็ม และขัดขวางการหดตัวของมดลูก

5. ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลา (Bleeding or Lochia) ในระยะแรกให้มารดาใส่ผ้าอนามัย เพื่อประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

6. การประเมินช่องทางคลอดและแผลฝีเย็บ (Episiotomy) โดยพยาบาล ตรวจสอบลักษณะของแผลฝีเย็บเมื่อแรกรับ และตรวจความผิดปกติทุกๆ 8 ชั่วโมง โดยใช้ REEDA scale ของดีเวนดาและคณะ (Devendra et al., 2015) ในการประเมิน ซึ่งประกอบด้วย Redness คือ แผลมีลักษณะแดงอักเสบหรือไม่ Edema คือ แผลมีลักษณะบวมหรือไม่ Ecchymosis คือ แผลมีรอยช้ำหรือจ้ำเลือดหรือไม่ Discharge คือ แผลมีเลือด น้ำเหลืองหรือหนองซึมออกมาหรือไม่ และ Approximate คือ แผลฝีเย็บขอบเรียบชิดติดกันดีหรือไม่ เพื่อค้นหาสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่สัมพันธ์กับแผลฝีเย็บ คะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง แผลฝีเย็บปกติดี คะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง แผลฝีเย็บมีความผิดปกติระดับรุนแรงมากขึ้น

3.2 การพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที โดยใช้ทักษะการประเมินมารดาหลังคลอดในระยะแรกรับ ประกอบด้วยปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการขับถ่ายปัสสาวะหลังคลอด เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงนำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อให้การพยาบาล

3.2.1 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลาง

พยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) กิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ
- 2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูกทุก 30 นาทีในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด
- 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ซึ่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบอาการ

ผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมิน และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

4) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยาบ 100-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด

5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะ และกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง

6) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็วในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3.2.2 การพยาบาลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับสูง

พยาบาลประเมินมารดาหลังคลอด และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) กิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ใกล้ห้องทำงานพยาบาล เพื่อการดูแลใกล้ชิด

2) ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด

3) ประเมินการหดตัวของมดลูก และระดับขดมดลูกทุก 15 นาที

4) ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็ม และกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมงนับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็ม และมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ให้สวนปัสสาวะทิ้ง

5) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตรา 120-140 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

6) หากพบมีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่องให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานสูติแพทย์ และตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที

7) หากพบมีอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจนทางหน้ากาก (Mask with bag) 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อติดตาม

ปริมาณน้ำเข้า-ออก เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด Pack red cell 2 unit

8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่น และให้การช่วยเหลือ

สรุปได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลมารดาหลังคลอด โดยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลต้องสามารถดำเนินการได้ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด การจัดการความเสี่ยงและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยอาศัยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการตกเลือดของมารดาหลังคลอด Risk Assessment for Postpartum Hemorrhage (FM-LR-21-000) และให้การพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีการประสานทีมรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่

4. แนวคิดของไอโอวา โมเดล (The Iowa Model of Research in Practice)

เป็นรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการใช้ผลงานวิจัยของโมเดลนี้พัฒนาโดยทิตเทอร์ และคณะในปี ค.ศ. 1994 ได้สรุปการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย (Research utilization) ต้องเกิดจากความต้องการปรับปรุงการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด (Evidence-based nursing practice) ต่อมามีการพัฒนาโดย Titler และคณะในปี ค.ศ. 2001 และให้ชื่อใหม่ว่า “The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care” (Titler et.al., 2001) ประกอบด้วยการดำเนินงาน ดังนี้

1. การระบุปัญหาหรือเลือกประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษา ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากแหล่งข้อมูล ดังนี้

1.1 การระบุปัญหาที่มากระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน (Problem-focused trigger) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของปัญหาที่มากระตุ้นประสบการณ์การทำงานของตนเองในการปฏิบัติงาน ข้อมูลความเสี่ยง ข้อมูลจากการพัฒนาคุณภาพ ข้อมูลจากการบริหาร หรือข้อมูลการระบุประเด็นปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน

1.2 การระบุปัญหาที่มากระตุ้นที่ได้จากองค์ความรู้ที่มีอยู่ (Knowledge-focused trigger) หมายถึง การพิจารณาปัญหาที่เกิดจากการค้นคว้าวรรณกรรมหรืองานวิจัยต่างๆ ที่มีหรือจากมาตรฐานแนวทางในการปฏิบัติงานต่างที่มีในองค์กรหน่วยงานระดับชาติ หรือปรัชญาในการดูแล หรือทุกคำถามจากคณะกรรมการจัดทำมาตรฐานระดับสถาบัน

2. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Assembling relevant research literature) เป็นขั้นตอนของการสืบค้นข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในขั้นตอนนี้ หากพบว่าหลักฐานของงานวิจัยมากพอให้นำไปวิเคราะห์สังเคราะห์และประเมินคุณภาพของหลักฐาน หากพบว่าหลักฐานงานวิจัยไม่เพียงพอให้ใช้หลักฐานงานวิจัยอื่นๆ ได้แก่ รายงานกรณีศึกษาความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ หรือทฤษฎีต่างๆ มาใช้ร่วมด้วย หรือให้ดำเนินการวิจัยในประเด็นนั้นๆ เป็นขั้นตอนที่สำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งงานวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การสังเคราะห์งานวิจัยในขั้นตอนต่อไป แหล่งที่มาของงานวิจัยที่ได้มาควรครอบคลุมทั้งงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ และไม่มีตีพิมพ์ ทั้งที่เป็นงานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อลดความลำเอียงจากการใช้งานวิจัยจากแหล่งใดเพียงแหล่งเดียว

3. การวิเคราะห์และประเมินงานวิจัยเพื่อตัดสินความพอเพียงและคุณภาพของงานวิจัย นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ (Critique, determination of sufficiency of research based) ซึ่งหลังจากที่ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติแล้ว ผู้วิจัยต้องอ่านงานวิจัยเพื่อทำความเข้าใจในสาระงานวิจัยทั้งหมด จากนั้นวิเคราะห์และสังเคราะห์ ตลอดจนวิจารณ์งานวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยเรื่องนั้นมีคุณภาพเพียงใด โดยวิธีการประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพหลักฐาน และการประเมินความสามารถของการนำไปใช้ ดังนั้น ถ้างานวิจัยในประเด็นที่ต้องการมีมากพอ ควรใช้งานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับต้นๆ

4. นำแนวปฏิบัติให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และการศึกษานำร่อง หากมีหลักฐานข้อมูลจากงานวิจัยเพียงพอที่พิสูจน์ว่าการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขด้วยวิธีนี้ได้ผลจริง ในขั้นตอนนี้หากมีหลักฐานข้อมูลไม่เพียงพอ ต้องมีการศึกษาเช่นเดียวกัน แต่มีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กกว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมาสามารถตอบคำถามการวิจัยได้

5. การตัดสินใจนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาไปใช้ในหน่วยงานหรือองค์กร (Decision making) ซึ่งต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารของหน่วยงาน ความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเอื้อแหล่งประโยชน์ตามความจำเป็น และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง

5.1 การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ (Practice change) หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริงในคลินิกว่าสามารถใช้ได้หรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมให้ย้อนไปประเมินคุณภาพของการดูแล และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้น และดำเนินการระบุประเด็นที่ต้องการศึกษาใหม่ ถ้าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้นเหมาะสมสำหรับการนำไปปฏิบัติจริงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร นำผลมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติ

5.2 การวัดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ (Monitoring of outcome) ต้องประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และประเมินประโยชน์ ความคุ้มค่า คุ่มทุนที่เกิดขึ้น และในการใช้แนวปฏิบัติในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นจะต้องดำเนินการติดตาม วิเคราะห์ ประเมินข้อมูลทั้งเชิงโครงสร้างกระบวนการ และโดยวิเคราะห์จากสิ่งแวดล้อมบุคคล ค่าใช้จ่าย ซึ่งควรใช้เวลาในขั้นตอนนี้อย่างเพียงพอ เพื่อให้มั่นใจว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กรอย่างแท้จริง และควรมีการเผยแพร่ผลสู่วงกว้าง เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่นักปฏิบัติในหน่วยงาน

จุดแข็งไอโอวาโมเดล (The Iowa Model of Research in Practice) คือ 1) ง่ายในการนำไปใช้ประโยชน์ (Ease of use/utility) 2) มีความยืดหยุ่น (Flexibility) 3) เป็นแบบบูรณาการ (Interdisciplinary) และ 4) การประเมินผลเป็นสัดส่วน (Evaluation component)

5. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดูแลสุขภาพภายใต้ค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า คุ่มทุนเน้นคุณภาพในการบริการการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ ต้องหาแนวทางเพื่อที่จะทำให้การดูแลด้านสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้ (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1. การกำหนดประเด็นหรือเลือกพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก เลือกเรื่องที่สำคัญ และมีขนาดปัญหาทางสุขภาพมาก เป็นเรื่องที่มีวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย เสียค่าใช้จ่ายสูง และเป็นเรื่องที่มีหลักฐานใหม่ สอดคล้องกับความเชื่อ หรือวิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติเป็นประจำ และต้องการให้การปฏิบัติที่มีความทันสมัยสู่การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2. การคัดเลือก และแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เช่น ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

3. การสืบค้นข้อมูล และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุดเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นฐานสืบค้นข้อมูล และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน คือ ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภทปฐมภูมิ เช่น MEDLINE หรือ CINAHL ผลงานวิจัยทางคลินิกประเภททุติยภูมิ ได้แก่ งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หรืองานวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่มีอยู่เดิม

4. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลที่ค้นมาได้ เพื่อพิจารณาคัดเลือกเอกสารที่เข้าเกณฑ์ที่จะนำมาใช้ให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

5. การสังเคราะห์ และพัฒนาวิธีปฏิบัติแนะนำเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์เรื่องความเหมาะสมของการรักษา เปรียบเทียบคุณประโยชน์กับความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างหัตถการหรือการรักษา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์กับค่าใช้จ่ายในการใช้แนวทางปฏิบัติตามหลักฐานเชิงปฏิบัติได้จริง

6. การทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาเพื่อทบทวนและวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินจากเพื่อนร่วมวิชาชีพเพื่อประเมินช่องว่างที่เกิดขึ้น ประเมินความชัดเจน ความตรงในเนื้อหาและความจำเป็นไปได้ของการปฏิบัติ

7. การทดลองใช้ หรือการนำร่องหลังจากผ่านการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และมีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ นำมาทดลองใช้ในหน่วยงาน หรือกลุ่มบริการจำนวนน้อยๆ ก่อนเป็นโครงการนำร่อง เพื่อค้นหาปัญหาของการใช้จริง ซึ่งขั้นตอนนี้ต้องพิจารณาอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติโดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนา และการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

8. การนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกลงสู่การปฏิบัติจริง โดยคำนึงประเด็นต่างๆ ดังนี้ การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาการมีส่วนร่วม และความรู้สึกเป็นเจ้าของการใช้กระบวนการศึกษาในกลุ่มต่างๆ การนำแนวทางคลินิกเข้าไปอยู่ในกระบวนการทำงานขององค์กร เช่น การประกันคุณภาพ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารต่างๆ การสื่อสารผ่านองค์กรวิชาชีพ การใช้ผู้นำทางคลินิก รวมถึงการทดลองใช้ร่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการปฏิบัติจริง และรับข้อมูลสะท้อนกลับ

9. การเผยแพร่และการนำไปใช้ โดยผู้นำไปใช้ต้องปรับกลยุทธ์ในการนำข้อมูลที่ได้เผยแพร่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแน่ใจว่าใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกนั้นได้จริง

10. การประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลต้องประเมินผลก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในประเด็น ดังนี้ มีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ กลุ่มเป้าหมายรับรู้หรือไม่ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการมีเจตคติต่อแนวปฏิบัติอย่างไร แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถเปลี่ยนการปฏิบัติที่ทำอยู่หรือไม่ มีอะไรเป็นอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้

แนวทางปฏิบัติประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

1. ชื่อเรื่องของแนวปฏิบัติทางคลินิก
2. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก
3. กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ระบุโรค ภาวะประเภทของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ทั้งผู้รับบริการ และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

4. นิยาม ระบุความหมายของคำ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติทางคลินิกให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้มีส่วนร่วมหรือผู้เกี่ยวข้อง

5. ระบุผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่แนะนำในแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยผลลัพธ์อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วย อัตราการตาย อาการและอาการแสดง คุณภาพชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่าย ความสะดวก และความปลอดภัย เป็นต้น

6. หลักฐาน ระบุวิธีการ ได้มาซึ่งหลักฐาน วิธีการสืบค้น แหล่งของหลักฐาน วิธีการรวมหลักฐาน วิธีการวิเคราะห์หลักฐาน และประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

7. คุณค่า ระบุการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับผู้จัดทำ มุมมองของผู้จัดทำ ความคล้อยตามกัน ความขัดแย้ง และวิธีการนำไปสู่ข้อสรุปที่ระบุไว้ในวิธีปฏิบัติ

8. วิธีปฏิบัติที่แนะนำ ระบุรายละเอียดของวิธีปฏิบัติแต่ละวิธี พร้อมระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนวิธีปฏิบัติที่แนะนำกำกับไว้ด้วย

9. การตรวจสอบ ระบุกระบวนการพัฒนา และตรวจสอบแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยองค์การอื่น หรือคณะผู้จัดทำได้ดำเนินการ ความสอดคล้อง และความแตกต่างระหว่างแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับอื่นในเรื่องเดียวกัน รวมทั้งผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ไปใช้ในโครงการนำร่อง

10. ผู้สนับสนุน ระบุองค์การที่เกี่ยวข้อง หรือให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ เพื่อให้ผู้ที่แนะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ทราบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกถูกพัฒนาขึ้นอย่างมีคติ หรือมีผลประโยชน์ชัดเจนหรือไม่

11. การระบุเกี่ยวกับเอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม
กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. การค้นหา และการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในครั้งนี้ มีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลการวิจัย และแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ฐานข้อมูลที่นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Guideline) และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) สืบค้นจาก www.Guideline.gov, www.joannabriggs.edu.au, www.rmao.org, และ www.mahidol.ac.th

1.2 ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยสืบค้นได้จาก MEDLINE, CINAHL และ PUBMED

1.3 งานวิจัยที่ค้นคว้าได้และสืบค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง

1.4 ฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.5 การสืบค้นด้วยมือจากวารสารเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เช่น วารสารการพยาบาล สภาการพยาบาล งานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สืบค้นรวมทั้งสิ้น 21 เรื่อง แต่ที่ได้คัดเลือกไว้ คืองานวิจัยที่เน้นและกล่าวถึงการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในการคัดเลือกรั้งสุดท้ายเหลืองานวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 9 เรื่อง

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกครั้งนี้ใช้แนวคิด PICOT (Craig & Smyth, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ตามรายละเอียด ดังนี้

P คือ Patient population or problem การระบุประชากร โรค หรือปัญหาที่สนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

I คือ Intervention or area of interest เป็นการระบุหัตถการ/การรักษาที่น่าสนใจ หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

C คือ Comparison intervention การระบุการเปรียบเทียบการปฏิบัติ ซึ่งช่วยจำกัดขอบเขตการสืบค้นให้แคบลง หมายถึง การเปรียบเทียบผลของการใช้วิธีการที่หลากหลายในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

O คือ Outcomes ผลลัพธ์ หมายถึง การศึกษาประเมินผล ระบุตัวชี้วัดของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

T คือ Time เวลา หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นหางานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่มีการเผยแพร่ในแต่ละช่วงปี ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

3. วิธีการใช้ประเมินคุณภาพ และความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

3.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เกณฑ์ในการประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งแบ่งระดับความเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเรียงลำดับคุณภาพจากมากไปน้อย ดังนี้ (Fineout-overholt อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

ระดับ 1 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) จากกลุ่มงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Meta-analysis of randomized controlled trial)

ระดับ 2 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด ซึ่งมีการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง (Experimental study randomize controlled trial)

ระดับ 3 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัยเป็นอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-experimental studies)

ระดับ 4 หลักฐานเชิงประจักษ์ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้าที่ออกแบบวิจัยอย่างดี (Case control studies)

ระดับ 5 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัยที่มีการทดลอง เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Non-experimental descriptive, correlational, qualitative studies)

ระดับ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษาที่เป็นโปรแกรมการศึกษาจากการสังเคราะห์งานวิจัย จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ โครงการพัฒนาคุณภาพ และรายงานกรณีศึกษา (Program evaluation, research utilization studies, quality improvement project, case reports)

ระดับ 7 หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และหรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of respected authorities, or expert committees)

3.2 การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของ โพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ที่ระบุว่าการประเมินงานวิจัยเพื่อนำไปใช้ควรพิจารณาตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 3 ประการ คือ ความสอดคล้องของงานวิจัยกับปัญหาทางคลินิก การมีความหมายในเชิงศาสตร์ และแนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ (Implementation potential)

3.3 พิจารณาแนวโน้มที่จะใช้ในการปฏิบัติได้ ซึ่งประกอบด้วย ความเหมาะสมในการนำไปใช้ (Transferability of finding) มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำมาใช้ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation) พยายามมีสิทธิ์โดยชอบในการปฏิบัติ ผู้ร่วมงานให้ความ

ร่วมมือ และไม่ขัดแย้ง วิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้ และคุ้มค่าคุ้มทุน (Cost-benefit ratio)

4. การตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยพิจารณาจากความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากการประเมินของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

6. วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

6.1 งานวิจัยในประเทศ

ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย สุชาดา วิภาวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก (2559) การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่ แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย การดูแล 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนคลอด 2) ระยะคลอด และ 3) ระยะหลังคลอดให้การดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกในห้องคลอด และก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเหลือ ร้อยละ 0.18 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด อัตรา มารดาถูกตัดมดลูกจากการเสียเลือด และมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาศรี (2560) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด ประกอบด้วย 4 ระยะ 1) ระยะรอคลอด 2) ระยะคลอด 3) ระยะคลอดรก 4) ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง และการประเมิน การเตรียมความพร้อมก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรม ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติไม่พบการตกเลือดภายในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทุกระยะ พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือสามารถนำไปใช้ได้จริงเป็นประโยชน์ในทางการพยาบาล และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

เรณู วัฒนเหลืออรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์, นุชนาถ กระจ่าง และรุ่งทิพย์ อ่อนล่อ (2560) ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยง และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณเลือดที่สูญเสีย และอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกระหว่างผู้คลอดที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแบบเดิมและแบบใหม่ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลห้องคลอดต่อแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติแบบใหม่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการตกเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่อยู่ในระดับสูง

สุทธีวรรณ ทองยศ, ศิริพร ชมงาม, สุภาวดี เหลืองขวัญ และพิกุล บัณฑิตพานิชชา (2562) การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากการหดรัดตัวไม่ดีในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด นำแนวทางมาใช้กับผู้คลอดที่มีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการตกเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณิ แก้วคงธรรม (2563) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอันดับปริมาณเลือดทางช่องคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีสัดส่วนมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนนุกุลเกียรติ (2564) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น แนวปฏิบัติประกอบด้วย 4 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 2) การดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด 3) การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 4) การแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติพบอาการแสดงนำก่อนการตกเลือดร้อยละ 93.70 ในเวลาเฉลี่ย 1.72 ชั่วโมง โดยพบมารดาตกเลือดร้อยละ 12.50 และมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 12.50 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติมากเฉลี่ย 4.04 ซึ่งพบว่าเห็นด้วยมากที่สุด คือ เนื้อหาที่มีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนเฉลี่ย 4.25 เท่ากัน พบว่า มีความยุ่งยากซับซ้อน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ใน

ระดับต่ำที่สุด 3.40 จึงได้ปรับบูรรวมแนวปฏิบัติเป็นแผนผังการทำงาน (Flowchart) โดยมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในทุกขั้นตอน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

6.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Cynthia S. & et al. (2009) ศึกษาการประยุกต์ใช้ในการช่วยคลอดระยะที่ 3 โดยการใช้ AMTSL วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการช่วยคลอดในระยะที่ 3 ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดศึกษาในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา 7 ประเทศ จากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 1,816 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธี Active management of Third stage of labor สามารถลดภาวะตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มเสี่ยงได้

Tsu VD, Levin C, Mai TTP, Hoang MV and Luu HTT. (2009) ศึกษาการวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการช่วยคลอดระยะที่ 3 โดยการใช้เทคนิค Active management of Third stage of labor ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในประเทศเวียดนาม ผลการศึกษาพบว่า สามารถนำเทคนิค Active management of Third stage of labor ไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 3

สูติศาสตร์นรีเวชวิทยาคคลินิก (Clinical Obstetric Gynecology, 2010) มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลมารดาหลังคลอด โดยสร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด งานวิจัยพบว่า มารดาที่ตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony) และพบว่า การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Trauma) เป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Trauma) ถือเป็นปัจจัยความเสี่ยงสาเหตุสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ต้องระวัง เพื่อลดการตกเลือดหลังคลอด มารดาที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการประยุกต์งานวิจัยสู่การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยเสนอให้มีการใช้ออกซิโตซิน (Oxytocin) ทันทีหลังคลอดไหล่ และให้ผสมในสารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังคลอดรก การกระตุ้นมดลูกด้วยการให้ออกซิโตซิน (Oxytocin) เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มีความสำคัญต่อมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นอย่างดี เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดมารดาตลอดตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนั้น จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The University of Utah (Einerson et al., 2016) และใช้แนวทาง B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) ในการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4T's ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) ตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการพัฒนาเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีเพียงบางการศึกษาเท่านั้นที่นำเสนอเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการลดการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งกลยุทธ์ที่นำเสนอมีกิจกรรมที่หลากหลาย และแตกต่างกันตามการวิเคราะห์สถานการณ์ขององค์กร การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และทบทวนอย่างมีระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแล ได้รับความรู้ และการฝึกทักษะการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การปรับปรุงเครื่องมือการประเมิน และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบัน บำราศนราดรุร และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบัน บำราศนราดรุร ระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวา (Iowa Model of Evidence-Based Practice อ้างในพองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549: 130-135) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ดำเนินการระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2564-30 พฤศจิกายน 2564 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงาน การกำหนดประเด็นปัญหาได้มาจากสถิติมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบัน บำราศนราดรุร ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดของมารดาคลอดทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 10.72, 11.00, 7.90, 9.40 และ 2.91 ตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญโดยกำหนดให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 และจากการทบทวนเวชระเบียนในปีงบประมาณ 2563 พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอดที่เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีจำนวน 19 คน ซึ่งเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี 14 คน (ร้อยละ 73.70) การหนีขาดของช่องทางคลอด 4 คน (ร้อยละ 21.10) และจากเศษรกค้าง 1 คน (ร้อยละ 5.30) ตามลำดับ และสาเหตุเกิดจากระบบการดูแล โดยเฉพาะในระยะคลอดพยาบาลขาดทักษะในการทำ Active management of third stage of labor ขาดการดูแลต่อเนื่องในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดในเรื่องการประเมินและการคลึงมดลูก ประเมินการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไม่ครอบคลุม ไม่มีกรจำแนกกลุ่มเสี่ยง และการดูแลในแต่ละกลุ่มไม่ชัดเจน ซึ่งพบว่าอัตราการมารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG) ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จึงมีความจำเป็นเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพได้นำไปใช้ในการประเมินให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดอย่างเป็นระบบ และผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สร้างความมั่นใจให้ผู้รับบริการว่าการรักษาพยาบาลมีคุณภาพตรงตามมาตรฐาน มีความปลอดภัยเชื่อถือได้ สอดคล้องกับนโยบาย และแผนพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยงานห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุ

กิจกรรมที่ 2 จัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ผู้วิจัยประสานกับบุคลากรในทีมนำทางสูติกรรมเพื่อเชิญร่วมเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ซึ่งประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลประจำห้องคลอด จำนวน 5 คน เสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุ เพื่อดำเนินการแต่งตั้งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

กิจกรรมที่ 3 ร่วมประชุมปรึกษาหรือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานข้อมูลต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ

3.1 ฐานข้อมูลในการสืบค้น ผู้วิจัยได้สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 5 ฐาน คือ PubMed, CINAHL, Science Direct, Spinger Link, Google Scholar และจากวารสาร เอกสารทางการแพทย์ การแพทย์ การสาธารณสุข ทั้งภาษาไทย และต่างประเทศในห้องสมุดของสถาบันการศึกษาต่างๆ โดยศึกษาปัญหา ค้นคว้าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานมาวิเคราะห์ ซึ่งได้จากการรวบรวมแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และการพยาบาลที่ดี (Best practice) แล้วนำมาวิเคราะห์ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) พร้อมกับปรับแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทสถาบันบาราศนราดรุ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

3.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key word) คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นมีดังนี้

1) Postpartum hemorrhage 2) Postpartum hemorrhage in the first two hours และ 3) Clinical Nursing Practice Guideline: CNPG

3.3 การคัดเลือกงานวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1) คัดเลือกชื่อเรื่องงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Postpartum hemorrhage และ Postpartum hemorrhage in the first two hours โดยเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ซึ่งอยู่ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564

2) อ่านบทคัดย่อ (abstract) ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่าตรงประเด็นกับที่ต้องการหรือไม่ โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO Framework (Craig and Smyth อ้างในฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549: 67-68) คือ

P: Patient population or problem หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด บังคับเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด

I: Intervention or area of interest หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด Active management of third stage of labor และการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด

C: Comparison intervention หมายถึง การเปรียบเทียบวิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

O: Outcome หมายถึง การศึกษาประเมินวิธีการที่หลากหลายในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

T: Time หมายถึง การกำหนดช่วงเวลาการค้นคว้าหางานวิจัยหรือบทความที่เผยแพร่ โดยเลือกหลักฐานที่ตีพิมพ์ที่ใช้ภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่พิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564 หรือปี ค.ศ. 2011-2021

3) นำงานวิจัยที่สนใจมาค้นหา full text จากวารสารต่างๆ และ e-journal และอ่านงานวิจัยอย่างละเอียดคัดเลือกรางงานวิจัยที่เชื่อถือได้ ใช้หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2544 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A คือ หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของงานวิจัยที่เป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized controlled trials: RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ออกแบบเป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง

ระดับ B คือ หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของงานวิจัยที่เป็นเชิงทดลองชนิดที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Randomized controlled trials: RCT) อย่างน้อย 2 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่ออกแบบการวิจัยที่รัดกุมแต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองหรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 5 เรื่อง

ระดับ C คือ หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการเปรียบเทียบ การหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ จำนวน 14 เรื่อง

ระดับ D คือ หลักฐานที่ได้จากการมีฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คำนวณเอกสารอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานวิจัย จำนวน 5 เรื่อง

3.4 การวิเคราะห์งานวิจัย คณะผู้วิจัยนำงานวิจัยที่ได้มาศึกษาวิเคราะห์อย่างละเอียดตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย และความเป็นไปได้ในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้

เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Postpartum hemorrhage และ Postpartum hemorrhage in the first two hours จำนวน 25 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในประเทศไทย จำนวน 18 เรื่อง และในต่างประเทศ จำนวน 7 เรื่อง

3.5 การสังเคราะห์แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จากผลการวิเคราะห์งานวิจัย และแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด คณะผู้วิจัยได้นำงานวิจัยที่ได้มาสังเคราะห์เป็น “แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร”

กิจกรรมที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ร่วมกับทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

4.1 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยสำหรับพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 9 คน เพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกันยกร่าง และออกแบบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

4.2 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร (ฉบับร่าง) ที่ได้จากการประชุมมาตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมเนื้อหา จากนั้นนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาพยาบาลสูติกรรม จำนวน 2 คน และนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร (ฉบับร่าง) ที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบแล้วมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และสรุปเป็น “แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร” ฉบับสมบูรณ์

จากการทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่ากับ 0.95 โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนได้ให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมในประเด็นความครอบคลุมของเนื้อหา มีความถูกต้อง และเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 2 คน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 คน แนะนำให้ปรับปรุงประเด็นการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ และให้นำเสนอเนื้อหาตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน และเข้าใจง่าย

4.3 นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒินำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำมาทดลองใช้กับมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปสู่การปฏิบัติ
ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564-30 เมษายน 2565 มีกิจกรรมในการดำเนินการ ดังนี้

2.1 เตรียมความพร้อมของพยาบาลที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 9 คน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยการทำ Active management of third stage of labor ทบทวน และทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัตินี้

2.2 เก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลค้นหาปัญหา อุปสรรค และปรับปรุงแก้ไขจากข้อเท็จจริงที่ได้จากผลการดำเนินงาน จากการสอบถามความคิดเห็น และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอด จำนวน 9 คน ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้กับมารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด หลังจากนั้นเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ

2.3 ประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติต่อผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและแพทย์เพื่อการยอมรับ และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยมีการจัดประชุมวิชาการในหน่วยงาน และฝึกทักษะของพยาบาลในหน่วยงานห้องคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2.4 นำเสนอแนวปฏิบัติที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังทดลองใช้ และเกิดผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดต่อผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราคร เพื่อพิจารณาอนุมัติให้นำมาประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร

2.5 ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ กำหนดเป็นตัวชี้วัด และติดตามผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นกระบวนการสนับสนุนการพัฒนา และประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีการทบทวนการ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และเสนอให้มีการประเมินผลปีละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง ติดตามความยั่งยืนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ซึ่งการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรกนี้ ดำเนินการไปพร้อมกับการปฏิบัติระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564-30 เมษายน 2565 ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

3.1 อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

3.2 การประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตก เลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

3.3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด

3.4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ มี 2 กลุ่ม ดังนี้

ก. มารดาหลังคลอดที่คลอดในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564- 30 เมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามเกณฑ์ ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก 4T's คือ มีการหดตัวของมดลูก (Tone) การตรวจรก (Tissue) การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Trauma) และการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) โดย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดี เข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 30 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1. มารดาที่คลอดทางช่องคลอด
2. เข้าตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก 4T's

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. มารดาที่คลอดโดยการผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้อง
2. มารดาที่คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาบุตรออกทางหน้าท้อง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดูแลต่อเนื่อง (Discontinuation criteria)

คือ กลุ่มตัวอย่างมารดาที่คลอดที่เป็นอาสาสมัครเข้าโครงการ ต่อมาได้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอื่น เช่น ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยอื่นๆ ย้ายเข้าไอซียู หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

ข. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด
2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป
3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอดในช่วงระหว่างการวิจัย เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ
2. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด น้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยจำแนกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับแบบประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุง และพัฒนาร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานห้องคลอดพัฒนาร่วมกันในทุกขั้นตอน ประกอบด้วย ข้อคำถามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ได้แก่ การพยาบาลระยะรอคลอด จำนวน 10 ข้อ การพยาบาลระยะคลอด จำนวน 5 ข้อ และการพยาบาลระยะหลังคลอด จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ โดยข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่าน้ำหนัก 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

แบบประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย การพยาบาล 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะรอคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินแรกเริ่ม โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage พร้อมการบันทึกในแบบประเมิน (FM-LR-21-000) 2) เมื่อประเมินพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์คำว่า “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (FM-LR-08-000) 3) เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำ Group matching จองเลือด Pack red cell 2 unit และ 4) นำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในการพยาบาลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการพยาบาล

1.1 การพยาบาลระยะเฉื่อย (latent phase) ประกอบด้วย 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก 2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง 3) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

1.2 การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด 2) ในระยะนี้ท่านดูแลให้มารดาดื่มน้ำคอกอาหาร ทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20 และ 3) เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด

2. การพยาบาลระยะคลอด ประกอบด้วย 1) พยาบาลช่วยคลอดตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพ มารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที 2) ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะ ทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อ ใกล้เคียงคลอด 3) สอนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 4) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด และ 5) ทำคลอดครกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรก และเยื่อหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งทุกราย

3. การพยาบาลระยะหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการ ประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาล ตามสาเหตุการตกเลือด 2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง 3) กรณีที่มารดาตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด และ 4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และ คลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)

3.1 การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผิวนามัยนับเป็นจำนวนขึ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการ ประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) 2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง และ 4) ส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีค่าน้ำหนัก 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก

3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก

2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย

1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ไปสู่การปฏิบัติ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งใน และต่างประเทศร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงและพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน จำนวน 28 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด และตำแหน่งงาน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ได้แก่ การพยาบาลระยะรอคลอด จำนวน 10 ข้อ การพยาบาลระยะคลอด จำนวน 5 ข้อ และการพยาบาลระยะหลังคลอด จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ โดยข้อคำถามทุกข้อมีลักษณะจำนวน ร้อยละของกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ และปฏิบัติไม่ได้

โดยให้พยาบาลวิชาชีพนำไปปฏิบัติจริงกับมารดาในกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกำหนดแบบประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไว้ให้ใช้ขณะปฏิบัติงานโดยให้ทำเครื่องหมาย / เมื่อปฏิบัติกิจกรรม และใส่เครื่องหมาย × เมื่อไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอายุของมารดาหลังคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง ประวัติการผ่านการคลอด ประวัติโรคประจำตัว และระดับการศึกษา โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในห้องคลอด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งใน และต่างประเทศร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) ที่มีอยู่เดิมมาปรับปรุงและพัฒนา ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน จำนวน 28 ข้อ รายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จำนวน 5 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนระดับคะแนน

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเฉพาะข้อที่คิดว่าตรงกับความคิดเห็นของแต่ละข้อ (Nunnally, 1978) ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|--------------------|
| 5 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยน้อย |
| 1 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยน้อยที่สุด |

เกณฑ์การแปลผล โดยค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นกำหนดช่วงชั้นดังนี้ (Best & Kahn, 2003)

- | | | |
|-----------------------|---------|-------------------|
| ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง เห็นด้วยน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จำนวน 7 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนระดับคะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเฉพาะข้อที่คิดว่าตรงกับความพึงพอใจของแต่ละข้อ (Nunnally, 1978) ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจมาก
3 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล โดยค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจกำหนดช่วงชั้นดังนี้ (Best & Kahn, 2003)

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50	หมายถึง	พึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับแบบประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (ภาคผนวก) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.93 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.88

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (ภาคผนวก) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.89

3. แบบสอบถามความคิดเห็นและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (ภาคผนวก) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.88 จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 100

4. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (ภาคผนวก) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.90

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (ภาคผนวก) ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมอบหมายให้นางสมใจ สุทัตโต ซึ่งเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้แนะนำตัวเองแก่พยาบาล ผู้คลอดที่เข้ารับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบาราศนราศูร บอกชื่อเรื่องของการทำวิจัยครั้งนี้ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการพยาบาล นอกจากนี้ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากอาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ สามารถบอกเลิก และออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการได้รับการพยาบาลใดๆ และข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมหากมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยและพัฒนาหลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการ เป็นขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1 นำเสนอโครงการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากกรรมการจริยธรรมของสถาบัน บำราศนราครเรียบร้อยแล้ว ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบัน เพื่อขออนุญาตในการชี้แจงแนวทางการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

1.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของสถาบันแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบแนะนำตัวกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด สถาบันบำราศนราครที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 9 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน

ขั้นตอนการวิจัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

1. มอบหมายให้นางสมใจ สุทัตโต เป็นผู้ชี้แจงและอธิบายโครงการวิจัยเมื่อพยาบาลวิชาชีพที่หน่วยงานห้องคลอด ยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว จะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ

2. พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการอบรม 1 ครั้ง โดยผู้ร่วมวิจัยในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และนำไปปฏิบัติจริงกับผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. ให้แบบประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (FM-LR-21-000) โดยใช้หลัก 4T's และนำไปปฏิบัติกับผู้คลอดตามเกณฑ์ที่กำหนดที่มานอนรักษาตัวในเวลานั้นตามเวลาที่ปฏิบัติงานจริง โดยจะดูแลมารดาหลังคลอดร่วมกันทุกเวร จนกระทั่งจำหน่ายออกจากตึก จำนวนมารดาหลังคลอดทั้งสิ้น 30 คน ใช้เวลาในการศึกษาประมาณ 5 เดือน

4. ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโครงการอาจมีความรู้สึกไม่สุขสบาย วิตกกังวล เครียด หรือรู้สึกว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน สามารถขอออกจากโครงการหรือขอรับการบริการจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน และท่านจะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ขั้นตอนการวิจัยกับผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง

1. มอบหมายให้นางสมใจ สุทัตโต จะเป็นผู้ให้คำแนะนำโครงการวิจัยแก่ผู้คลอด เมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการแล้ว จะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ ถ้ามีข้อสงสัยสอบถามได้จากผู้ที่ทำหน้าที่ขอคำยินยอม และหากต้องการเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้คลอดจะได้รับการดูแลพยาบาลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนี้ ในขณะที่ท่านนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายออกจากห้องคลอด

3. ในขณะที่ผู้คลอดเข้าร่วมโครงการ อาจมีความรู้สึกไม่สบาย วิตกกังวล เครียด หรือผู้คลอดได้รับการบาดเจ็บจากการดูแลตามแนวปฏิบัติ สามารถขอออกจากโครงการนี้ได้ และขอรับการบริการจากผู้วิจัยโดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน จะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

3. การประเมินผล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ โดย
1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 3) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพ และ
4) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ด้วยสถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำไปเขียนเป็นรายงานการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดนี้ เป็นการพัฒนามาจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจากแนวปฏิบัติการพยาบาลจากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิกต่างๆ การศึกษาวิจัย เช่น PubMed, CINAHL, Science Direct, Spinger Link, Google Scholar และจากวารสาร เอกสารทางการแพทย์ การแพทย์ การสาธารณสุข ทั้งภาษาไทย และต่างประเทศ ในห้องสมุดของสถาบันการศึกษาต่างๆ โดยศึกษาปัญหา ค้นคว้าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีมาตรฐานมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และปรับพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของสถาบันบำราศนราดูร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของ

ภาษาที่ใช้ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.93 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เท่ากับ 0.88 จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 100

2. การวิเคราะห์ผลการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดมาศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้คลอด โดยวิเคราะห์ตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2.3 การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของพยาบาลวิชาชีพ

2.4 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกด้วยสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปสู่การปฏิบัติ และศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Iowa Model ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ดำเนินการระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2564-30 พฤศจิกายน 2564

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปสู่การปฏิบัติ ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564-30 เมษายน 2565

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

4.1 ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

4.1.1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและงานวิจัยที่สืบค้นได้ จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้ และชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนแนวปฏิบัติทางการแพทย์ และงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้ และชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง

ชื่อฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนที่สืบค้นได้	จำนวนที่นำไปใช้ได้	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง
www.Pubmed	Postpartum hemorrhage	5	2	1. Risk factor of Primary Postpartum Haemorrhage in Siriraj Hospital (Lertbunnaphong Tripop, Leetheeragul Jarunee, 2010) 2. Cost-effectiveness analysis of active Management of Third-stage labor in Vietnam. (Tsu,Levin,Tran,Hoang and Luu, 2009)
www.guideline.gov	Postpartum hemorrhage	10	3	3. Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, risk factors, and causes. (Clinical Obstetric Gynecology.2010 Mar; 53(1): 147-56.) 4. Use active management of the Third stage of labor in Seven developing countries. (Cynthia s, Deborah a, Iwan A et.al, 2009) 5. New Research on postpartum London-Geneva Haemorrhage in Lancet. (WHO, 2012)

ตารางที่ 4.1 จำนวนแนวปฏิบัติทางการแพทย์ และงานวิจัยที่สืบค้นได้จากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำแนกตามฐานข้อมูล คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น จำนวนที่สืบค้นได้ จำนวนเรื่องที่สามารถนำไปใช้ได้ และชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนที่สืบค้นได้	จำนวนที่นำไปใช้ได้	ชื่อเรื่อง/ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง
www.tci-thaijo.org	Postpartum hemorrhage	10	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย ,สุชาดา วิภวาทันต์ และอารี กิ่งเล็ก , 2559) 2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (ปทุมมา กังวานตระกูล, 2560) 3. การพัฒนาแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากการหดตัวไม่ดีในการคลอดทางช่องคลอด (สุทธิวรรณ ทองยศและคณะ, 2562) 4. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด (ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์และสมพร วัฒนนุกุลเกียรติ, 2564) 5. ประยุกต์ใช้ในการช่วยคลอดระยะที่ 3 โดยการให้ AMTSL พบว่าการดูแลระยะที่ 3 ด้วยวิธี Active management สามารถลดการตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มเสี่ยงได้ (ราชวิทยาลัยสูติแพทย์ 2562-2564)

จากตารางที่ 4.1 จากการสืบค้นการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และผลการวิจัยจากแหล่งฐานข้อมูลต่างๆ จำนวน 25 เรื่อง และคัดเลือกมาเพื่อการศึกษาพัฒนาเป็น แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราคร จำนวน 10 เรื่อง

4.1.2 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์คุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้

ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพ และระดับหลักฐานของสเตทเลอร์ (Stetler อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 18-20) ประเมินแนวโน้มการนำไปใช้ตามแนวคิดของ โปลิท และแฮงเลอร์ (Polit & Hungler อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549: 97-103) แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลระยะหลังคลอด สรุปเป็นตารางแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยจำแนกจากผู้ศึกษารูปแบบการวิจัย ระดับหลักฐานและกลุ่มตัวอย่างแนวปฏิบัติการพยาบาลตามที่สืบค้น การวิเคราะห์หลักฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

4.1.3 การสังเคราะห์แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สืบค้นได้

จากการศึกษาพบหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด จำนวน 10 เรื่อง ดังรายละเอียดในตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นได้

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
1. Lertbunnaphong Tripop, Leetheeragul Jarunee (2010)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำมาประยุกต์ในการสร้าง แบบประเมินความเสี่ยงในมารดาที่มีความ เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
2. Tsu, Levin, Tran, Hoang and Luu (2009)	รูปแบบการวิจัย Evidence Best Practice ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการทำ Active management of third stage of labor ซึ่งใช้ในแนวปฏิบัติเพื่อทำคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
3. Clinical Obstetric Gynecology (2010)	รูปแบบการวิจัย ศึกษาความชุก สาเหตุ และ ปัจจัยเสี่ยง ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการพัฒนาระบบการดูแล สร้างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จากงานวิจัยพบว่า มารดาที่ตกเลือดหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกไม่หดตัว และพบว่า Trauma เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มาก Trauma ถือเป็นความเสี่ยงประเด็นสำคัญที่ต้องระวัง เพื่อลดการตกเลือดหลังคลอด
4. Cynthia s, Deborah a, Iwan A et.al (2009)	รูปแบบการวิจัย Best Practice guideline ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการช่วยคลอดระยะที่ 3 โดยการใช้ Active management of third stage of labor พบว่าการดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธีนี้สามารถช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดในมารดากลุ่มเสี่ยงได้
5. World Health Organization (2012)	รูปแบบการวิจัย Guideline ระดับหลักฐานที่ 1	นำไปประยุกต์ในเรื่องการให้ Oxytocin ทันทีหลังคลอดไหล่ และให้ผสมในสารน้ำทางหลอดเลือดดำหลังรกคลอด และจากผลการศึกษาพบว่า การกระตุ้นมดลูกด้วยการให้ Oxytocin เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
6. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย ,สุชาดา วิภาวกันต์ และ อารี กิ่งเล็ก (2559)	รูปแบบการวิจัย Best Practice guideline ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการประเมินแรกรับ ประเมินความเสี่ยงโดยใช้หลัก 4T's การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตัดสินความเพียงพอและคุณภาพงานวิจัยที่สืบค้นต่อได้ (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่แต่ง	รูปแบบการวิจัย/ระดับหลักฐาน	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย
7. ปทุมมา กังวานตระกูล (2560)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการประเมินแรกรับ ประเมินความเสี่ยง โดยใช้หลัก 4T's การพยาบาลระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
8. สุทธิวรรณ ทองยศ,ศิริพร ชมงาม, สภาวดี เหลืองขวัญ และพิกุล บัณฑิตพานิชชา (2562)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องการดูแลและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี
9. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และ สมพร วัฒนนุกุลเกียรติ (2564)	รูปแบบการวิจัย Best Practice Guideline ระดับหลักฐานที่ 4	ผลการศึกษานำไปประยุกต์ในเรื่องแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564)	รูปแบบการวิจัย Guideline ระดับหลักฐานที่ 1	เสนอวิธีการทำ Active management of third stage of labor ไว้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การบริหารยา Uterotonic drugs ด้วยการฉีดยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด 2) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction และ 3) Uterine massage after delivery placenta ด้วยการนวดคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูกผ่านทางหน้าท้องทันที ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

จากตารางที่ 4.2 สรุปแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย 2 ประเด็น ดังนี้

1. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด (Risk assessment for postpartum hemorrhage) (FM-LR-21-000) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแรกรับถึงระยะหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ข้อมูลการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอด โรคประจำตัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายระดับความเสี่ยง และแผนการดูแล

2. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีหลักการ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 การพยาบาลระยะรอคลอด ได้แก่ 1) การประเมินแรกรับ โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage พร้อมการบันทึกในแบบประเมิน (FM-LR-21-000) 2) เมื่อประเมินพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์คำว่า “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (FM-LR-08-000) 3) เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เตรียมทำ Group matching ของเลือด Pack red cell 2 unit และ 4) นำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในการพยาบาลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการพยาบาล

2.1.1 การพยาบาลระยะเฉื่อย (latent phase) ได้แก่ 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก 2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง 3) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

2.1.2 การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) ได้แก่ 1) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด 2) ในระยะนี้ดูแลให้มารดาดื่มน้ำคอกอาหารทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20 และ 3) เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด

2.2 การพยาบาลระยะคลอด ได้แก่ 1) พยาบาลช่วยคลอดตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที 2) ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ ยาตามแผนการรักษา เมื่อไหล่หน้าคลอด 3) สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 4) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด และ 5) ทำคลอดครกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรก และเช็ดหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็ง

2.3 การพยาบาลระยะหลังคลอด ได้แก่ 1) ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด 2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง 3) กรณีที่มารดาตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด และ 4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)

2.3.1 การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ได้แก่ 1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากฝ้าอนามัยนับเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) 2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง และ 4) ส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

4.1.4 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น

2.1 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ทำการตรวจสอบแนวปฏิบัติการพยาบาลและได้เสนอความคิดเห็น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะโดย

ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (N=3)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
1. วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ	67%	33%			-เพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ
2. ประโยชน์การนำแนวปฏิบัติมาใช้	100%				
3. ความคุ้มค่าและคุ้มค่า	100%				- นำไปปฏิบัติจริงจะเกิดประโยชน์และคุ้มค่า
4. ความเข้มแข็งในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	67%	33%			-ต้องนำไปใช้จริง
5. ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาล	100%				-ควรมีคู่มือที่ชัดเจน
6. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้	100%				-มีการประเมินติดตามการนำไปใช้จริงได้

จากตารางที่ 4.3 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้จริง เสนอแนะเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ปรับปรุงคู่มือให้ชัดเจน เพื่อสะดวกในการนำไปปฏิบัติจริง มีการประเมินที่ถูกต้อง และการนิเทศติดตามการนำไปปฏิบัติจริง

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้
แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (N=3)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะรอคคลอด					
1. ประเมินแรกรับโดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for PPH (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก	93.30%	6.70 %			-อาจทำได้ไม่ครบถ้วนควรนิเทศติดตาม
2. ประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical Record in Obstetrics and Progress Labor (FM-LR-08-000)	100%				
3. เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อท่านประเมินพบมารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ทำ Group Matching จองเลือด PRC 2 ยูนิต	100%				
4. การนำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ดูแลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล	100%				
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase)					
5. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก	100%				
6. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation) , ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง	100%				

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้
แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (N=3) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
7. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง	100%				
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)					
8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด	100%				
9. ในระยะนี้การดูแลทรงน้ำดอาหาร และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20	100%				
10. เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)	100%				
การพยาบาลระยะคลอด					
11. พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที	100%				
12. ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด	100%				
13. สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก	100%				
14. ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด	100%				

ตารางที่ 4.4 จำนวน และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้
แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (N=3) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
15. ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเชือหุ้มทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดาทุกราย	100%				
การพยาบาลระยะหลังคลอด 16. ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM -LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือดนั้น	100%				
17. ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง	100%				
18. กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าซาร์ตมารดาหลังคลอด	100%				
19. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัวท่านคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)	93.30%	6.70%			-อาจทำได้ไม่ครบถ้วนควรนิเทศติดตาม

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิจำแนกตามความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการใช้
แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด (N=3) (ต่อ)

ข้อความ	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอด					
20. ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณ การสูญเสียเลือดจากฝ้ายอนามัยเป็นจำนวน ชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการ ประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)	100%				
21. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด	100%				
22. ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลัง คลอดภายใน 8 ชั่วโมง	100%				
23. การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแล มารดาหลังคลอด เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง	100%				

จากตารางที่ 4.4 หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว พบว่าส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีบางประเด็น เช่น การประเมินแรกจับ โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก และการตรวจสอบการหดตัวของมดลูก การคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัว ทำนคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage) ทั้ง 2 ประเด็นอาจทำได้ไม่ครบถ้วน ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 93.30-100 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีความชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้ทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนว

ปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่ากับ 0.95

4.2 ผลการศึกษาการนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปสู่การปฏิบัติ หลังจากผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน ผลการประเมินคุณภาพในภาพรวมของแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แสดงได้ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน และร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=9)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ			
	25-30 ปี	1	11.11
	31-35 ปี	4	44.44
	36-40 ปี	1	11.11
	41-45 ปี	1	11.11
	46 ปีขึ้นไป	2	22.23
อายุเฉลี่ย 45 ปี	อายุต่ำสุด 26 ปี อายุมากที่สุด 56 ปี		
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า	9	100
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด			
	1-5 ปี	3	33.33
	6-10 ปี	3	33.33
	11-15 ปี	1	11.11
	16 ปีขึ้นไป	2	22.23
ค่าเฉลี่ย 8.77 ปี	Min = 3, Max = 16		
ตำแหน่งงาน			
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	3	33.33
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	6	66.67

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 44.44 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด

ระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 33.33 และมีตำแหน่งระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 66.6

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (N=9)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	
	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
การพยาบาลระยะรอคอย		
1. ท่านประเมินแรกรับโดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก	100%	0
2. ท่านประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical Record in Obstetrics and Progress Labor (FM-LR-08-000)	100%	0
3. ท่านเจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อท่านประเมินพบมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ทำ Group Matching และจองเลือด PRC 2 ยูนิต	100%	0
4. ท่านนำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ดูแลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล	100%	0
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase)		
5. ท่านประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูแลการหดตัวของมดลูก	100%	0
6. ท่านประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง	100%	0
7. ท่านกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง	100%	0

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (N=9) (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	
	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)		
8. ท่านประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด	100%	0
9. ในระยะนี้การดูแลควรงดน้ำดอาหาร และให้สารน้ำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20	100%	0
10. ท่านเตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)	100%	0
การพยาบาลระยะคลอด		
11. พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที	100%	0
12. ท่านตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด	100%	0
13. ท่านสวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก	100%	0
14. ท่านประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด	100%	0
15. ท่านทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดาทุกราย	100%	0
การพยาบาลระยะหลังคลอด		
16. ท่านประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM -LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือดนั้น	100%	0

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ (N=9) (ต่อ)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	การปฏิบัติการพยาบาล	
	ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)	ปฏิบัติไม่ได้ (ร้อยละ)
17. ท่านประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง	100%	0
18. กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด	100%	0
19. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัว ท่านคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)	100%	0
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด 20. ท่านประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)	100%	0
21. ท่านให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเองให้ควมรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	100%	0
22. ท่านประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง	100%	0
23. ท่านส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง	100%	0

จากตารางที่ 4.6 พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริงสูง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบว่า การพยาบาลระยะรอคอดสามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ด้านการพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase) มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง และการ

กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้งได้ร้อยละ 100 การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) พบว่า การเตรียมกล้องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX) ได้ร้อยละ 100

การพยาบาลระยะคลอด เมื่อพิจารณา rays ข้อสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที และการสวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ส่วนการตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด ปฏิบัติได้ร้อยละ 100

การพยาบาลระยะหลังคลอด เมื่อพิจารณา rays ข้อสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูก ทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัวท่านคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage) และการพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เมื่อพิจารณา rays ข้อสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 ได้แก่ การประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)

ตารางที่ 4.7 ระดับค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด

หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร (n=9)

ความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติ	\bar{X}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้	5.00	.000	มากที่สุด
2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้	5.00	.000	มากที่สุด
3. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้	5.00	.000	มากที่สุด
4. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย	4.89	.333	มากที่สุด
5. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอด บุคลากร และหน่วยงานของท่าน	5.00	.000	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.7 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆทุกประเด็น คือ นโยบายปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้ นโยบายปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ นโยบายปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้ และนโยบายปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้คลอด บุคลากร และหน่วยงาน (\bar{X} =5.00, SD=.000) และรองลงมาคือ นโยบายปฏิบัติระบุทางเลือกสำหรับการตอบสนองปัญหา และความต้องการของผู้คลอดแต่ละราย (\bar{X} =4.89, SD=.333)

ตารางที่ 4.8 ระดับค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด สถาบันบําราศนราดรุ (n=9)

ความพึงพอใจของการใช้นโยบายปฏิบัติ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ	5.00	.000	มากที่สุด
2. มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง	5.00	.000	มากที่สุด
3. มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดสถาบันบําราศนราดรุ	5.00	.000	มากที่สุด
4. ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด	5.00	.000	มากที่สุด
5. ช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	5.00	.000	มากที่สุด
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	5.00	.000	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจโดยรวม	5.00	.000	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.8 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็นต่างๆ ทุกประเด็น คือมีความง่าย และสะดวกต่อการปฏิบัติ การสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้องตามความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานห้องคลอด สถาบันบําราศนราดรุ ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด ช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =5.00, SD=.000)

4.3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

4.3.1 หลังจากผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และศึกษาความเป็นไปได้โดยพยาบาลวิชาชีพแล้ว ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปทดลองใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการในหน่วยงานห้องคลอด จำนวน 30 คน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด (N = 30)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	15-20 ปี	1	3.33
	21-25 ปี	1	3.33
	26-30 ปี	13	43.34
	31-35 ปี	6	20.00
	36-40 ปี	9	30.00
การตั้งครรภ์	ครรภ์ที่ 1	3	10.00
	ครรภ์ที่ 2	8	26.67
	ครรภ์ที่ 3	10	33.33
	ครรภ์ที่ 4	6	20.00
	ครรภ์ที่ 5	3	10.00
ประวัติการแท้ง	เคย	6	20.00
	ไม่เคย	24	80.00
ประวัติการผ่านการคลอด	ไม่เคยผ่านการคลอด	3	10.00
	ผ่านการคลอด 1 ครั้ง	6	20.00
	ผ่านการคลอด 2 ครั้ง	13	43.33
	ผ่านการคลอด 3 ครั้ง	6	20.00
	ผ่านการคลอด 4 ครั้ง	2	6.67
ประวัติโรคประจำตัว	มี	2	6.67
	ไม่มี	28	93.33

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา หลังคลอด (N = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	มัธยมต้น	7	23.34
	มัธยมปลาย/ปวช.	12	40.00
	อนุปริญญา/ปวส.	4	13.33
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	7	23.33
อัตราการตกเลือดหลังคลอด		0	0.00

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ส่วนใหญ่มารดาหลังคลอดมีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 43.34 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 33.33 ไม่เคยมีประวัติการแท้งมาก่อน ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่ผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง ร้อยละ 43.33 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. ร้อยละ 40.00 และไม่พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกก่อน และหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา				หลังพัฒนา
	ปี 2561 (n=419)	ปี 2562 (n=537)	ปี 2563 (n=202)	ปี 2564 (n=240)	ธันวาคม 2564- เมษายน 2565 (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มารดาตกเลือดหลังคลอด	46 (10.98)	42 (7.82)	19 (9.40)	7 (2.92)	0
2. มารดาเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อก จากการตกเลือดหลังคลอด	1 (2.17)	1 (2.38)	0	0	0

จากตารางที่ 4.10 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก มารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 2.92 ปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 0 ในปี พ.ศ. 2565 (ธันวาคม 2564-เมษายน 2565)

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติและหลังใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุการตกเลือดหลังคลอด	ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ		หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ
	ปี พ.ศ.2563 (n=202)	ปี พ.ศ. 2564 (n=240)	ธันวาคม 2564- เมษายน 2565 (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone)	14 (73.70)	2 (28.60)	0
การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma)	4 (21.10)	2 (28.60)	0
รกและชิ้นส่วนของรก (Tissue)	1 (5.20)	3 (42.80)	0
การแข็งตัวของเลือด (Thrombin)	0 (0.00)	0 (0.00)	0
รวม	19 (9.41)	7 (2.92)	0

จากตารางที่ 4.11 ข้อมูลสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติในปี 2563 พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) คิดเป็นร้อยละ 73.70 รองลงมาคือ การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) คิดเป็นร้อยละ 21.10 รกและชิ้นส่วนของรก (Tissue) คิดเป็นร้อยละ 5.20 ตามลำดับ และปี 2564 พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากรก และชิ้นส่วนของรก (Tissue) คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมาคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) และการบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Trauma) เท่ากันคือร้อยละ 28.60 และมารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติตั้งแต่ ธันวาคม 2564 – เมษายน 2565 ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอดจากปัจจัยดังกล่าว

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดก่อนพัฒนา
แนวปฏิบัติและหลังใช้แนวปฏิบัติ จำแนกตามระดับความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด

ระดับความเสี่ยง	ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ		หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ
	ปี พ.ศ. 2563 (n=202)	ปี พ.ศ. 2564 (n=240)	ธันวาคม 2564- เมษายน 2565 (n=30)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับต่ำ	135 (66.83)	152 (63.33)	8 (26.67)
ระดับปานกลาง	54 (26.73)	71 (29.59)	15 (30.00)
ระดับสูง	13 (6.44)	17 (7.08)	7 (23.33)

จากตารางที่ 4.12 พบว่า ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามระดับความเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดคือ ในปี 2563 อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 66.83 ระดับปานกลาง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 26.73 และระดับสูง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 6.44 และในปี 2564 อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ระดับปานกลาง จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 29.59 และระดับสูง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 7.08 ส่วนหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 - เมษายน 2565 พบว่า ผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 ระดับปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และระดับสูง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33

ผลที่ได้จากการดำเนินการวิจัยตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ข้อนี้ นำไปสรุปและอภิปรายผล และข้อเสนอแนะในบทที่ 5 ต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ดำเนินการวิจัยในสถาบันบำราศนราดูร การศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปสู่การปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด จำนวน 9 คน 2) มารดากลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการที่หน่วยงานห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 - 30 เมษายน 2565 จำนวน 30 คน ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย สรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร โดยมีการพัฒนาร่วมกับทีมนำทางสุติกรรม ประกอบด้วย สุติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยงานห้องคลอด จำนวน 5 คน ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ ดังนี้

สรุปผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้นำมาคัดเลือกและจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมากำหนดแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลระยะหลังคลอด ดังนี้

การพยาบาลระยะรอคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินแรกรับ โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก 2) เมื่อประเมินพบว่า มารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลดิดสติเกอร์ คำว่า “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical

record in obstetrics and progress labor (FM-LR-08-000) 3) เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ทำ Group matching ของเลือด Pack red cell 2 unit และ 4) นำ Partograph ขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้ในการพยาบาลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการพยาบาล การพยาบาลระยะรอคลอด แบ่งเป็นการพยาบาลระยะระยะเนือย (latent phase) ประกอบด้วย 1) การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก 2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง 3) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง และการพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง 2) ดูแลให้มารดาดื่มน้ำคอกอาหารทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20 และ 3) เตรียมกล่องอุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือนกณีตกเลือดหลังคลอด

การพยาบาลระยะคลอด ประกอบด้วย 1) พยาบาลช่วยคลอดตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที 2) ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด 3) สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 4) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด และ 5) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรก และเยื่อหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็ง

การพยาบาลระยะหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก (FM-LR-09-000) โดยการใช้นกณี 4T's 2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง 3) กรณีที่มารดาตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ "SAVE LIFE" ที่หน้าชาร์ต และ 4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดีให้คลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage) และยังคงรวมทั้งการพยาบาลมารดาหลังคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยนับเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) 2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง และ 4) ส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร

การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร มีดังนี้ 1) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด 2) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และ 4) การประเมินผลลัพธ์อัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

สรุปผลประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีอายุส่วนใหญ่ระหว่าง 31-35 ปี (ร้อยละ 44.44) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอดระหว่าง 1-5 ปี และ 6-10 ปี (ร้อยละ 33.33) และส่วนใหญ่มีตำแหน่งระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 66.67) การประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สามารถปฏิบัติได้จริง (ร้อยละ 100) ด้านการพยาบาลในระยะรอคลอดสามารถปฏิบัติได้ทุกครั้ง ได้แก่ การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase) มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบวมตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง และการกระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้งได้ (ร้อยละ 100) การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) พบว่า การเตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอดได้ (ร้อยละ 100) ด้านการพยาบาลระยะคลอดสามารถปฏิบัติได้ (ร้อยละ 100) ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที และทำการสวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก ส่วนการตัดฝีเย็บเมื่อส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่หน้าคลอดปฏิบัติได้ (ร้อยละ 100) และด้านการพยาบาลระยะหลังคลอดสามารถปฏิบัติได้ (ร้อยละ 100) ได้แก่ ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูก ทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง หากมดลูกไม่แข็งตัวให้ทำการคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage) และการพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด สามารถปฏิบัติได้ (ร้อยละ 100)

การประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตามลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ นโยบายปฏิบัติสามารถนำไปใช้ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้จริง นโยบายปฏิบัติมีความง่าย มีความชัดเจน และมีประโยชน์ต่อมารดาคลอด บุคลากร และหน่วยงาน ($\bar{X}=4.00$, $SD=.000$) และนโยบายปฏิบัติระบุทางเลือกในการตอบสนองปัญหาและความต้องการของมารดาคลอดแต่ละรายได้ ($\bar{X}=3.89$, $SD=.333$)

การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.00$, $SD=.000$)

การประเมินผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด ประเมินจากอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด มารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 9.40 ในปี พ.ศ. 2563 เหลือร้อยละ 2.92 ในปี พ.ศ. 2564 มีสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากรกและชิ้นส่วนของรก (Tissue) คิดเป็นร้อยละ 42.80 รองลงมาคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) และการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (Trauma) เท่ากันคือร้อยละ 28.60 และหลังการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2564-30 เมษายน 2565 ไม่พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของไอโอวา (IOWA model) (อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549) ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T's ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และการใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย (Research utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาวิธีปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2553) โดยการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนา และดำเนินการตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านครอบครัวเชิงเนื้อหา มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงนำมาใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นครั้งนี้ ประกอบด้วย 3

ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะรอคลอด 2) การพยาบาลระยะคลอด และ 3) การพยาบาลหลังคลอด ซึ่งเป็นรูปแบบที่มาจากการพัฒนาและการปฏิบัติไปพร้อมกัน เริ่มจากการสำรวจ และวิเคราะห์ปัญหาจากการดำเนินการที่ผ่านมา 1 ปี โดยการประชุมกับบุคลากรในทีมนำทางสูติกรรมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลมารดาหลังคลอดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 เนื่องจากในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอดมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความภาคภูมิใจในความเป็นเจ้าของผลงาน รวมทั้งสามารถประเมินผลการดำเนินงานและนำไปปรับปรุงแก้ไขกระบวนการทำงานได้ ซึ่งแนวปฏิบัติทั้ง 3 ระยะของการคลอด คือ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลหลังคลอด ส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาหลังคลอดไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่พบอัตราการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งอภิปรายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร ถือว่าเป็นการจัดการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ เนื่องจากการดำเนินงาน โดยผู้ปฏิบัติในหน่วยงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นกว่าเดิม ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาดา วิทวานันต์ และอารี กิ่งเล็ก (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มารดาคลอดได้รับการพยาบาลในแนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัยจากการคลอด ดังจะเห็นได้จากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ด้านผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดากลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูก และไม่พบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งทีมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ในระดับมากที่สุด ทั้งกลุ่มของผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด ช่วยประหยัด และลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจากพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาเป็นอย่างดีจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริภรณ์ ปิ่น โปธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมาก และนำแนวปฏิบัติไปใช้เพิ่มขึ้น และพยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู วัฒนเหลืออรุณและคณะ (2560) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติและพยาบาลวิชาชีพประเมินความเสี่ยงได้และในการพยาบาลถูกต้องตามระดับความเสี่ยง ซึ่งอภิปรายได้ว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะทักษะในการทำ Active management of third stage of labor ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอดต้องผ่านการฝึกฝนมาอย่างดี จนเกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะมารดาในกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) ที่เสนอวิธีการทำ Active management of third stage of labor ไว้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การบริหารยา Uterotonic drugs ด้วยการฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีหลังทารกคลอด 2) ทำคลอดครกด้วยวิธี Controlled cord traction และ 3) Uterine massage after delivery placenta ด้วยการนวดคลึงมดลูกบริเวณยอดมดลูก ผ่านทางหน้าท้องทันทีซึ่งช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารจัดการ ควรพิจารณาในแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ดังนี้

1.1 ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานหรือทบทวนแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดทุก 1 ปี โดยปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติเมื่อผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดการแปรปรวนของกระบวนการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอน

1.2 ควรมีการจัดระบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในคลินิกผู้ป่วยนอกสูติกรรม และในหน่วยงานห้องคลอด เพื่อให้เกิดความสอดคล้องในการพยาบาล เพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

1.3 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดได้รับการอบรม และพัฒนาทักษะในเรื่องการพยาบาลเพื่อการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยตรง เพื่อให้สามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานห้องคลอดได้มากขึ้น

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การพิจารณา ดังนี้

2.1 ในการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ ออกแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้น ไปปฏิบัติจริง มีความยั่งยืน

2.2 เป็นแนวทางให้บุคลากรที่ดูแลมารดาหลังคลอดได้นำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปใช้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

2. ควรศึกษาวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2553). *เกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ*. สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2563, จาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
- โณมพิลาศ จงสมชัย. (2555). *วิกฤติการณ์ทางสูติกรรมที่รุนแรง: ภาวะตกเลือดหลังคลอด*. บริษัทตรีดีสแกน จำกัด.
- ชัยยุทธ เครือเทศน์. (2549). การดูแลระยะที่สามของการคลอดด้วยวิธี active management กับวิธีธรรมชาติ (expectant management) ในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ. 2546-2548. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 15, 753-759.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และวิทยา ธิฐาพันธ์. (2559). *ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม*. บริษัทพี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(2), 146-157.
- ทัศนีย์วรรณ จิวโสสม และคณะ. (2560). *ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาหลัง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ที่ตึกหลังคลอด โรงพยาบาลอากาศอำนวย [R2R งานห้องคลอด]*. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอากาศอำนวย.
- ปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาสร. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 121-134.
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์ และคณะ. (2560). *ตำราสูติศาสตร์*. บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- พิมลพันธ์ เจริญศรี และคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 48-57.

- ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มงคล เบญจาทิบาลและคณะ. (2552). สูตินรีเวชทันยุค. บริษัทพี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9). โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562-2564). *แนวทางเวชปฏิบัติเรื่องการป้องกันและ
รักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2564, จาก
[http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-
Management-Of Postpartum- Hemorrhage.pdf](http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-Of Postpartum- Hemorrhage.pdf).
- รัตยา โทธิผลิ. (2563). *การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก*. สืบค้นเมื่อ
15 ตุลาคม 2563, จาก https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_5726.pdf.
- เรณู วัฒนเหลืออรุณ และคณะ. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนว
ปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัว
ไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*,
13(2), 25-42.
- ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ และคณะ. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 127-141.
- วรรณิ แก้วคงธรรม. (2563). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการ
ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพัทลุง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 2(3), 37-47.
- วันชัย จันทราพิทักษ์, กมล ศรีจันทิก และเรณู วัฒนเหลืออรุณ. (2554). ประสิทธิภาพของการกดมดลูก
ส่วนล่างเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. *แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยใน
พระบรมราชูปถัมภ์*, 94(6), 649-656.
- วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. (2561). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด. *วารสารพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 101-112.

- ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, ครุณี ยอดรัก. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร ไทย*, 9(2), 173-190.
- ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2564, 25 มีนาคม). การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภวดี แถวเพ็ช. (2548). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บ.ก.), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*. (หน้า 510-526). ยุทธรินทร์.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2563). *รายงานการคลอดประจำปีงบประมาณ 2560-2563*.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 4). องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2563). *ผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สำนักส่งเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2563*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2563, จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/opdc-2563>.
- สุกัญญา ปริสัณญกุลและนันทพรแสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นันทพันธ์ พรินต์ติ้ง.
- สุทธิวรรณ ทองยศ และคณะ. (2562). การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากการหดรัดตัวไม่ดีในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(พิเศษ), 176-183.
- สุจิต คุณประดิษฐ์. (2553). การตกเลือดหลังคลอด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จุติมา สุนทรสัจ และ สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. (บ.ก.), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 247-266). พิมพ์ดี.
- อวยชัย ศรีประโมทย์. (2553). ผลการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยวิธี Active management ร่วมกับการฉีด oxytocin เข้ากล้ามเนื้อต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ใน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 19(2), 262-268.
- อารักขา ปทุมบาล. (2551). ผลของการดูแลเชิงรุกในระยะที่สามของการคลอดต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอวังเหนือ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17, 109-115.

อุบล ศรีนากรุง. (2561). การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี* 2561; 26(3), 126-134.

Althabe et al. (2009). A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 107(1), 4-7.

American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2008). ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 108(76), 1039-47.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2014, June 11). *Evidence-based Practice Center Systematic Review Protocol Project Title: Management of Postpartum Hemorrhage*. www.Guideline.gov

Anderson and Etches. (2007). Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. *AmFamPhysician*, 75(6), 875-882.

Best, J. W., & Kahn, J. R. (2003). *Research in Education* (9th ed.). Prentice Hall of Inc.

Bohlmann MK, Rath W. (2014). Medical prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a comparison of different guidelines. *Arch Gynecol Obstet*, 289(5), 55-67.

Briley et al. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum Hemorrhage and progression to severe PPH: a prospective observational study. *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(7), 876-888.

Carroll et al. (2016). The prevalence of women's emotional and physical health problems Following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(261), 1-11.

Clark Steven L. (2002). Managing postpartum hemorrhage: establish a cause. *OBG Management*, 14(11), 61-70.

Clinical Obstetric Gynecology. (2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, risk factors, and causes. *Mar*, 53(1), 147-56.

Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2002). *The evidence-base practice manual for nurse*. Churchill Livingstone.

- Cunningham FG, Williams JW. (2010). *Obstetrical hemorrhage* (23rd ed.). McGraw-Hill Medical.
- Cynthia S, Deborah A, Iwan A et al. (2009). Use of active management of the third stage of labour in seven developing countries. *Bull World Health Organ*, 87(3), 207-215.
- Devendra BN, Seema KB, Kammappa KA. (2015). Episiotomy wound haematoma: Recognition, Management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 14(9), 8-11.
- Einerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A., Sullivan, A. and Clark, E. A.S. (2016). *Postpartum hemorrhage implementing your bundle*. University of Utah. Retrieved January 16, 2021, from <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>.
- Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2003). *Myles textbook for midwives*. Churchill Livingstone.
- Feinberg, E. C., Molitch, M. E., Enders, L. K., & Peaceman, A. M. (2005). The incidence of sheehan's syndrome after obstetric hemorrhage. *American Society for Reproductive Medicine*, 84(4), 975-979.
- International Federation of Gynecology (FIGO). (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. *Int J GynecObstet*; 117: 108-18.
- Jangsten, D.M., Mattsson, L., Lyckestam, I., Hellstrom, A., & Berg, M. (2010). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: A Swedish randomized controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(3), 362-369.
- John W. Best, James V. Kahn. (2003). *Research in Education* (9th ed.). Allyn and Bacon.
- Lertbunnaphong Tripop, Leetheeragul Jarunee. (2010). Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage in Siriraj Hospital. *Siriraj Med J*, 62(5), 195-198.
- Lalonde, A., Daviss, B.A., Acosta, A., Herschderfer, K. (2006). Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004 - 2006., *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 94(3), 243-253.
- Lim, P.S. (2012). *Uterine Atony: Management Strategies*. Retrieved January 16, 2021, from www.intechopen.com.

- Littleton, L. Y., & Engebretson, J. C. (2005). *Maternity nursing care*. Thomson.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Maternity nursing* (7th ed.). Mosby Elsevier.
- Luxner, K.L. (2005). *Maternal infant nursing care plans* (2nd ed). Thomson.
- Mattson, S. and Smith, J.E. (2011). *Postpartum complication*. In *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing* (4th ed). Saunders Elsevier.
- Michelet, D., Ricbourg, A., Rossignol, M., Schurando, P. and Barranger, E. (2015). Emergency hysterectomy for life threatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. *Gynecologic Obstetric and Fertilities*. 43(12), 773-779.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2005). *Maternal-child Nursing* (2nd ed.). Elsevier Saunders.
- Murray, & McKinney. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). Elsevier.
- Naoko, M., Yaeko, K., Hiromi, E., & Shigeko, H. (2013). Literature review of risk factors and preventive interventions for postpartum hemorrhage. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 27(1), 4-15.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Perry, E., Hockenberry, M.J., Lowdermilk, D.L. and Winson, D. (2010). Postpartum complications. In *Maternal Child Nursing Care* (4th ed). Mosby Elsevier.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., Beck, C.T. and Hungler, B.P. (2001). *Essential of Nursing Reseach*. Philadeiphia: Lippincott Company.
- Prendiville, W. J., Elbourne, D., & McDonald, S. (2000). Active versus expectant management in third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-5.
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. (2012). *Primary postpartum haemorrhage*. Retrieved January 16, 2021, from https://www.sigo.it/wpcontent/uploads/2015/10/emorragia_postpartum11.pdf.

- Ramanathan G, Arulkumaran S. (2006). Postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*, 28(9), 67-73.
- Satapornteera, P., Arj-Ong, S. and Aswakul, O. (2012). Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 20(1), 21-28.
- Stetler, CB. (2001). Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, 49(6), 272-279.
- Su CW. Postpartum hemorrhage. *Prim Care* 2012, 39(1), 167-187.
- Titler et.al. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Tort et al. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(235), 1-9.
- Tripop Lertbunnaphong, Jarunee Leetheeragul. (2010). Risk Factors of Primary Postpartum Hemorrhage in Siriraj Hospital. *Siriraj Med J*, 62(5), 195-198.
- Tsu VD, Levin C, Tran MP, Hoang MV, Luu HT. (2009). Cost-effectiveness analysis of active Management of third-stage labour in Vietnam. *Health Policy Plan*, 24(6), 438-444.
- World Health Organization. (2012). WHO recommendation for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Retrieved January 16, 2021, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf.
- www.Guideline.gov. Retrieved January 10, 2021
- www.joannabriggs.edu.au. Retrieved January 10, 2021
- www.rnao.org. Retrieved January 10, 2021
- www.mahidol.ac.th. Retrieved January 10, 2021
- Yiadom, M.Y. A. B., & Carusi, D. (2009). *Pregnancy, postpartum hemorrhage*. Retrieved January 16, 2021, from <http://emedicine.medscape.com/article/796758-overview>.
- Yinka Oyelese, Cande V Ananth. (2010). Postpartum Hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53(1), 147-156.

Zaman, B., Sher-Uz-Zaman, M., Badar, S., & Tariq, M. (2007). Risk factors for primary postpartum hemorrhage. *Professional Medicine Journal*, 14(3), 378-381.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร

1. แพทย์หญิงวัชรีย์ มะลิวรรณี่ นายแพทย์ชำนาญการ หัวหน้าแผนกสูติ-นรีเวชกรรม
2. นางสาวณิชาภา ขนจอหอ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ
ศูนย์ تخصصสาขาการพยาบาลสูตินรีเวชกรรม
3. นางสุทธิพร เทรฐยา พยาบาลวิชาชีพระดับเชี่ยวชาญ

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการดำเนินการวิจัยในมนุษย์

ที่ IRB/BIDI N003h/64



คณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันป๋าราศนราตุร
38 ถนนเดิควานนท์ อำเภอเมือง จังหวัตฉนทบุรี 11000

รหัสโครงการ: N003h/64

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการค้าเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันป๋าราศนราตุร

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนาภานต์

สังกัดคหหน่วยงาน : ตึกห้องคลอด สถาบันป๋าราศนราตุร

สถานที่ทำการวิจัย: สถาบันป๋าราศนราตุร

เอกสารรับรอง :

- (1) โครงการการวิจัยภาษาไทย ฉบับที่ 3.0วันที่ 1 ตุลาคม 2564
- (2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์ ฉบับที่ 1.0 วันที่ 8 มกราคม 2564
- (3) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ฉบับที่ 3.0วันที่ 1 ตุลาคม 2564
- (4) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ ฉบับที่ 1.0 วันที่ 8 มกราคม 2564
- (5) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์ ฉบับที่ 1.0 วันที่ 8 มกราคม 2564
- (6) แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการค้าเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันป๋าราศนราตุร ฉบับที่ 3.0วันที่ 1 ตุลาคม 2564
- (7) สติ๊กเกอร์ PPH
- (8) ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันป๋าราศนราตุร ว่าสอดคล้องกับปฏิญญาเฮลซิงกิ และแนวปฏิบัติ ICH GCP

วันที่รับรองคานจริยธรรมของโครงการการวิจัย: 10 ตุลาคม 2564

วันสิ้นสุดการรับรอง: 9 ตุลาคม 2565

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 12 เดือน

.....
(น.ส.ปิยะวดี สุมาลัย)

เลขานุการกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันป๋าราศนราตุร

.....
(นพ.กฤตเดช โส สิริภัสสร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันป๋าราศนราตุร

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ
การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบําราศนราดรุร

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดสถาบันบำราศนราดูร

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขแนวปฏิบัตินี้ให้เหมาะสม

- 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะรอคลอด					
1. ประเมินแรกรับ โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for PPH พร้อมทั้งบันทึก (FM-LR-21-000)					
2. ประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ SAVE LIFE ที่ใบ Medical Record in Obstetrics and Progress Labor (FM-LR-08-000)					
3. เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อท่านประเมินพบมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำ Group Matching ของเลือด PRC 2 ยูนิต					
4. การนำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ดูแลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล					
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase)					
5. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชม. พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่และระยะเวลาการหดตัวของมดลูกเพื่อการหดตัวของมดลูก					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
6. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายใน ดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบาง ตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง					
7. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบ กระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวน ปัสสาวะทิ้ง					
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)					
8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชม. เพื่อดู ความก้าวหน้าของการคลอด					
9. ในระยะนี้การดูแลควรให้มารดาดื่มน้ำดื่งอาหาร และให้ สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20					
10. เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณี ตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)					
การพยาบาลระยะคลอด					
11. พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที					
12. ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของ สูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด					
13. สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการ ขัดขวางการหดตัวของมดลูก					
14. ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด					
15. ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบ รก และเยื่อหุ้มทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดา ทุกราย					

ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ				
	4	3	2	1	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะหลังคลอด					
16. ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด					
17. ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง					
18. กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ "SAVE LIFE" ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด					
19. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัว ทำนคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)					
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด					
20. ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)					
21. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด					
22. ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง					
23. การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง					

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ
การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบำราศนราดรุร

ภาคผนวก ง

**แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ
เกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบำราศนราดรุร**

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดรุร ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดรุร ตอนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ และตอนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดสถาบันบำราศนราดรุร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย
() หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุด () ปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
() ปริญญาโท
() อื่นๆ โปรดระบุ
4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดรุร รวม.....ปี
5. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่ง.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ
การปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|--------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านปฏิบัติทุกครั้ง |
| 0 | หมายถึง | ข้อความนั้นท่านไม่ปฏิบัติเลย |

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	1	0	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะรอคลอด			
1. ประเมินแรกจับ โดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for PPH (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก			
2. ประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical Record in Obstetrics and Progress Labor (FM-LR-08-000)			
3. เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อท่านประเมินพบมารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ทำ Group Matching จองเลือด PRC 2 ยูนิต			
4. การนำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ดูแลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล			
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase)			
5. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมงพร้อมทั้งบันทึกผล ความถี่ และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก			
6. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง			
7. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง			
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)			
8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด			

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	1	0	ข้อเสนอแนะ
9. ในระยะนี้การดูแลควรดื่มน้ำดอาหาร และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของ สูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20			
10. เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วย เหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)			
การพยาบาลระยะคลอด			
11. พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที			
12. ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด			
13. สวมปลั้วสภาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก			
14. ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด			
15. ทำคลอดครกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดาทุกราย			
การพยาบาลระยะหลังคลอด			
16. ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือดนั้น			
17. ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง			
18. กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ตมารดาหลังคลอด			
19. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัวท่านคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)			

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	1	0	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด			
20. ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากฝ่านามัย เป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)			
21. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด			
22. ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง			
23. การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดรุร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|--------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อย |
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อยที่สุด |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปใช้					
2. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติตามได้					
3. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดได้					
4. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีการระบุทางเลือกสำหรับการตอบสนองปัญหาและความต้องการของมารดาคลอดแต่ละราย					
5. ท่านคิดว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อมารดาคลอด บุคลากร และหน่วยงานของท่าน					

ตอนที่ 4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

คำชี้แจง กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคจากการนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดไปใช้

1. ปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับผู้คลอด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ปัญหา/อุปสรรคเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติที่ใช้แนวปฏิบัติ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ปัญหา/อุปสรรคที่เกิดจากแนวปฏิบัติฯ

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดรุร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือของแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ ความพึงพอใจของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
- 4 หมายถึง พึงพอใจมาก
- 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
- 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย
- 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
1.มีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ					
2.มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง					
3.มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดสถาบันบำราศนราดรุร					
4.ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด					
5.ช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ					
6.มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน					
7.ความพึงพอใจโดยรวม					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. การตั้งครรภ์ครั้งที่.....
3. ประวัติการแท้งบุตร
 - () เคยแท้ง
 - () ไม่เคยแท้ง
4. ประวัติการผ่านการคลอด.....ครั้ง
5. ประวัติโรคประจำตัว
 - () มี
 - () ไม่มี
6. ระดับการศึกษา
 - () มัธยมต้น
 - () มัธยมปลาย/ปวช.
 - () อนุปริญญา/ปวส.
 - ()ปริญญาตรี/สูงกว่า

Nurse _Information sheet version3.0 date 1/10/2564

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบาราศนราดูร

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

- นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนาภานต์ ปฏิบัติงานตึกห้องคลอด สถาบันบาราศนราดูร
เบอร์โทรศัพท์ 02-5903636 มือถือ 089-8935033 สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลา
ราชการ

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้าน การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการปฏิบัติต่องานของท่านในปัจจุบันและอนาคต โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย


การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดในหลายประเทศ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดจากการที่มีเลือดออกมากผิดปกติ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดพบประมาณร้อยละ 1-5 ของการคลอด ยังเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกโดยคณะเนาะจะมีมารดาเสียชีวิต 1 คนในทุก ๆ 4 นาที ในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่ามารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 1:1,000 ของการคลอด ในทวีปเอเชีย พบว่าร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 มีอัตราส่วนการตายของมารดาเท่ากับ 17.1 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเป็นการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 22.5 มดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก และมีข้อมูลจากระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมพบสาเหตุปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการตายมารดามากที่สุด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 – 2562 คือภาวะตกเลือดหลัง สาเหตุที่ไม่ได้เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง และภาวะตกเลือด

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นแหล่งสำคัญก่อให้เกิดการลดหรือเพิ่มอัตราป่วยและอัตรารายของผู้คลอดและทารก ทั้งนี้สาเหตุการป่วยและการตายส่วนใหญ่เกิดจาก

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบาราศนราดูร เริ่มใช้

	INSTITUTIONAL REVIEW BOARD BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE 10 หมู่ 1 ซอย 4 หน้า ตุลาคม 2561 Approved date.....
---	---

Nurse _Information sheet version3.0 date 1/10/2564

ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต่อมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการรักษามาตรฐานคุณภาพเชิงวิชาชีพในการให้บริการที่นำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลในห้องคลอดต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติเหมาะสม คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

เป็นการศึกษาที่ตึกห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 9 คน

กระบวนการเชิญและขอคำยินยอมจากท่านเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำโครงการวิจัยแก่ท่าน หากท่านสนใจจะเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ หากท่านมีข้อสงสัยท่านสอบถามผู้วิจัย และหากท่านต้องการเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งทั้งหมด

ท่านต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนี้ กับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย

ท่านจะต้องตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 5 ชุด จำนวน 2 ครั้ง

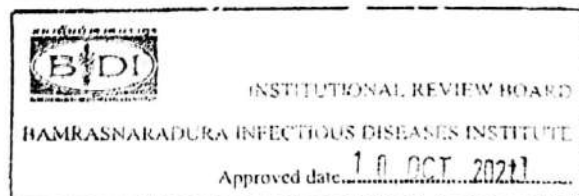
ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราคร
3. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ
4. แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรค

ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 10 นาที

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ
- หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

คุณประยูร พรหมทัต ผู้ร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ดำเนินการอบรมเรื่องการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดให้แก่ท่าน 1 ครั้ง และท่านนำไปปฏิบัติจริงกับหญิงตั้งครรภ์จำนวน 30 ราย



Nurse _Information sheet version3.0 date 1/10/2564

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว อาจทำให้เกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด หรือไม่เข้าใจข้อคำถามของแบบสอบถาม สามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้วิจัยได้ทันที หรือขอออกจากโครงการวิจัยได้ที่นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ เบอร์โทร 089-8935033 จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและการทำงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยรวม เจ้าหน้าที่ห้องคลอดมีแนวปฏิบัติงานในการค้นหา ฝ้าระวี และดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อตกเลือดหลังคลอดได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้ได้ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของท่านในปัจจุบันและอนาคต

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว และเกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด สามารถขอออกจากโครงการหรือขอรับบริการจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน สามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ที่นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ เบอร์โทร 089-8935033

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ เบอร์โทรศัพท์ 089-8935033 ติดต่อกับได้ 24 ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันปวโรศนราดูร ชั้น 3 ตึกอำนวยการ เบอร์โทร 02-590-3478 E-mail: irbbamras@bidi.mail.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับเว้นการเปิดเผยต่อคณะกรรมการที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของโครงการฯ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย การบันทึกข้อมูลต่างๆจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและตัวท่าน การนำข้อมูลไปวิเคราะห์หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวม โดยเอกสารที่เกี่ยวข้องของโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารมีกุญแจล็อกที่ตึกห้องคลอด โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้ถือกุญแจตู้เอกสาร ภายใน 3 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์

สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันปวโรศนราดูร เริ่มใช้



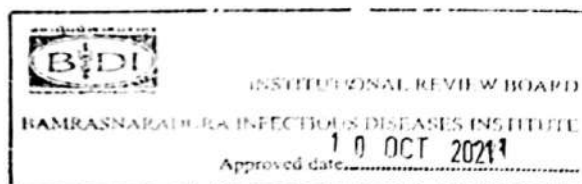
Approved date: 1 OCT 2021

Nurse _Information sheet version3.0 date 1/10/2564

ผลงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นเอกสารต่างๆจะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่องทำลายเอกสารหรือการเผา

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล จะไม่มีผลเสียใดๆเกิดขึ้น และท่านอาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่มีท่านไม่สามารถปฏิบัติงานในห้องคลอสดสถาบันบำราศนราดูรได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย



Consent Form version1.0 date 8/1/2564

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันปราชญ์ราชูร

วันที่ลงนาม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการ
วิจัย วิธีการดำเนินวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการปฏิบัติงาน
ของข้าพเจ้าในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุป
ผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

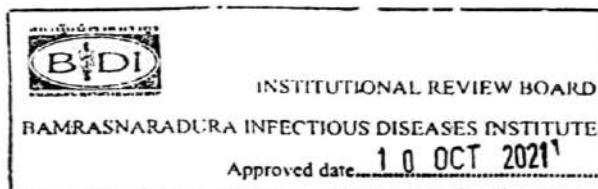
ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)



Patient_Information sheet version1.0 date 8/1/2564

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์
(Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด
สถาบันบำราศนราดูร

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย

- นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนาภานต์ ปฏิบัติงานตึกห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร
เบอร์โทรศัพท์ 02-5903636 มือถือ 089-8935033 สามารถติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลา
ราชการ

ผู้ให้ทุนวิจัย ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่นำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น **ความสมัครใจ** ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือขู่ขู่ ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลบลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

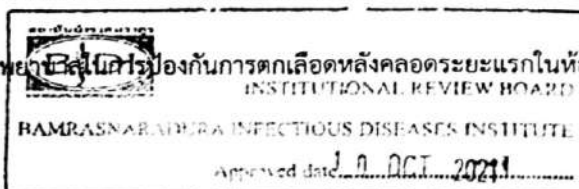
โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไร และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดในหลายประเทศ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดจากการที่มีเลือดออกมากผิดปกติ

ตึกห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูรมีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้มาตรฐานคุณภาพเชิงวิชาชีพในการให้บริการผู้ป่วย และได้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดแต่ยังพบภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยเห็นถึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดอัตราเสี่ยงการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และนำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลในห้องคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร



Patient _Information sheet version 1.0 date 8/1/2564

2. ศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบาราศนราดูร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัตินี้เหมาะสมดังต่อไปนี้

เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติเหมาะสม คือ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงอาจเกิดการตกเลือดหลังคลอดที่เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอด

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เป็นหญิงตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่เข้ารับบริการคลอดในห้องคลอด

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

เป็นการศึกษาที่ตึกห้องคลอด สถาบันบาราศนราดูร โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 30 คน

กระบวนการเชื้อเชิญและขอคำยินยอมจากท่านเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะเป็นผู้ให้คำแนะนำโครงการวิจัยแก่ท่านและญาติ หากท่านสนใจจะเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นท่านจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อทบทวน และทำความเข้าใจ หากท่านมีข้อสงสัยท่าน สอบถามได้จากผู้ที่ทำหน้าที่ขอคำยินยอมจากท่าน และหากท่านต้องการเข้าร่วมการวิจัย จึงลงนามใน หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งนั้น

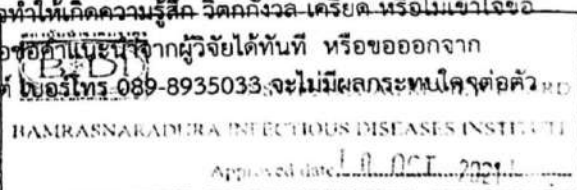
ท่านจะได้รับการดูแลพยาบาลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น ในขณะที่ท่านนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 24 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานนี้ จนถึงการทำนายออกจากห้องผู้ป่วย

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไร

ท่านจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จนกระทั่งกลับบ้าน

ความไม่สุขสบาย หรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้าง และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

เมื่อท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว อาจทำให้เกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด หรือไม่เข้าใจข้อ
คำถามของแบบสอบถาม สามารถสอบถามหรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้ที่ หรือขอออกจาก
โครงการวิจัยได้ นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนา กานต์ โทร 089-8935033 จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัว
ท่าน



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

ประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทำให้ลดอัตราเสี่ยงการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

Patient _Information sheet version 1.0 date 8/1/2564

ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการคลอctrของ ท่านซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานและตามสิทธิการรักษาปกติของท่าน

ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน

หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง

ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการนี้ได้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่าน ท่านจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติตามปกติ

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใครและได้รับการปฏิบัติอย่างไร

หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว และเกิดความรู้สึก วิตกกังวล เครียด สามารถขอออกจากโครงการหรือขอรับบริการจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะประสานส่งต่อที่คลินิกคลายเครียดของสถาบัน สามารถแจ้งต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนาภานต์ ที่เบอร์โทร 089-8935033

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย นางสาวจตุพร วงศ์วัฒนาภานต์ เบอร์โทรศัพท์ 089-8935033 ติดต่อกับได้ 24 ชั่วโมง

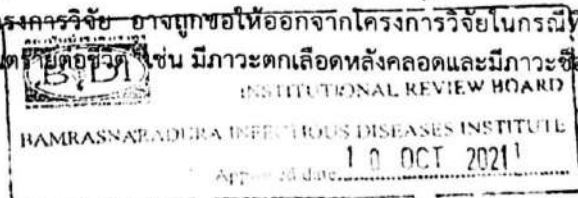
หากท่านรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถแจ้งเรื่องได้ที่ สำนักงานพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันปราชญ์ราษฎร ชั้น 3 ตึกอำนวยการ เบอร์โทร 02-590-3478 E-mail: irbbamras@bidi.mail.go.th

ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับยกเว้นการเปิดเผยต่อคณะกรรมการที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของโครงการฯ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย การบันทึกข้อมูลต่างๆใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่าน จะไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและตัวท่าน การนำข้อมูลไปวิเคราะห์หรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวม โดยเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารมีกุญแจล็อกที่ตึกห้องคลอด โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้ถือกุญแจตู้เอกสาร ภายใน 3 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นเอกสารต่างๆจะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยการทำลายเอกสารหรือการเผา

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่

ท่านสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล จะไม่มีผลเสียใดๆเกิดขึ้น และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย อาจถูกขอให้ออกจากโครงการวิจัยในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (เช่น มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก เป็นต้น)



Consent Form version 1.0 date 8/1/2564

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยของหญิงตั้งครรภ์

ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในหน่วยคลอด
สถาบันบำราศนราดูร

วันที่ลงนาม.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการ
วิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการ
วิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ
ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ผลต่อการ
รักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุป
ผลการวิจัยโดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุใน
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

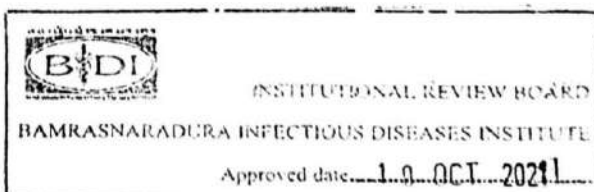
ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อผู้วิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)



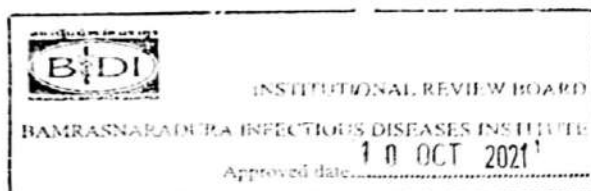
Consent Form version1.0 date 8/1/2564

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านคำอธิบายโครงการวิจัย รวมทั้งใบหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ และได้รับคำตอบทุกข้อสงสัยทั้งหมดแล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม/มอบหมายให้ผู้แทนลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

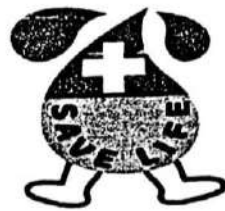
ลงชื่อผู้วิจัย
(.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)






ตัวใหญ่ติดหน้าขาวด้านหลังคลอড



ตัวเล็กติดหน้าใบ Labor record

 INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
HAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE
Approved date. 10 OCT 2021



สถาบันบำราศนราดูร
กรมควบคุมโรค

FM-LR-21-000

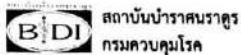
ติดสติ๊กเกอร์

Risk Assessment for PPH

Admission risk assessment	Risk factors		Plan management
	Medium	High	
Date..... Time..... (ประเมินแรกรับ) <input type="checkbox"/> Low risk Signature,,	<input type="checkbox"/> Twin pregnancy <input type="checkbox"/> Prior cesarean, Uterine surgery / multiple laparotomy <input type="checkbox"/> Prior PPH <input type="checkbox"/> EBW \geq 4,000 gms. <input type="checkbox"/> Hct \leq 32% (at LR) <input type="checkbox"/> BMI $>$ 35 kgm ² <input type="checkbox"/> Age $<$ 20 years or $>$ 35 years <input type="checkbox"/> \geq 2 prior births <input type="checkbox"/> PROM \geq 18 hrs. <input type="checkbox"/> Prior Retained placenta, removal of placenta, curettage <input type="checkbox"/> Prior Vacuum, Forceps <input type="checkbox"/> Large myoma uteri <input type="checkbox"/> History of difficult delivery	<input type="checkbox"/> Placenta previa / low lying placenta <input type="checkbox"/> Active bleeding <input type="checkbox"/> Suspected placenta accrete / percreta <input type="checkbox"/> \geq 2 medium risk factors	<input type="checkbox"/> Counselling risk to all patient and husband <input type="checkbox"/> Blood for T/S (T/S อยู่ได้ 7 วัน) <input type="checkbox"/> G/M PRC / LPRC 2 unit <input type="checkbox"/> CBC

Intrapartum risk assessment	Risk factors		Plan management
	Medium	High	
Date..... Time..... (รอกคลอด-รอกคลอด) <input type="checkbox"/> Low risk Signature,,	<input type="checkbox"/> Terbutaline (Bricanyl®) <input type="checkbox"/> Magnesium sulfate <input type="checkbox"/> Retained placenta <input type="checkbox"/> Removal of placenta / curettage <input type="checkbox"/> EBL \geq 300 ml <input type="checkbox"/> Vacuum / Forceps <input type="checkbox"/> Breech assisting <input type="checkbox"/> Prolonged 2 nd stage <input type="checkbox"/> Prolonged Oxytocin <input type="checkbox"/> Vaginal tear 3 – 4 stage <input type="checkbox"/> Precipitate labor	<input type="checkbox"/> PPH \geq 500 ml (vaginal delivery) <input type="checkbox"/> New active bleeding <input type="checkbox"/> \geq 2 medium risk factors	<input type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> Oxygen mask with bag 10 LPM <input type="checkbox"/> Hct. stat =% <input type="checkbox"/> DTX stat =mg% <input type="checkbox"/> G/M PRC / LPRC 2 unit <input type="checkbox"/> 1000 ml IV rate.....mL/hr. <input type="checkbox"/> 1,000 ml + Oxytocin 20 unit IV rate 120 mL/hr. <input type="checkbox"/> Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอด <input type="checkbox"/> Intermittent catheter <input type="checkbox"/> Retained foley's catheter <input type="checkbox"/> Misoprostol..... <input type="checkbox"/> Methylegometrine <input type="checkbox"/> Tranexamic acid <input type="checkbox"/> Hydroxyethyl starch (Vuluven®) 500 ml

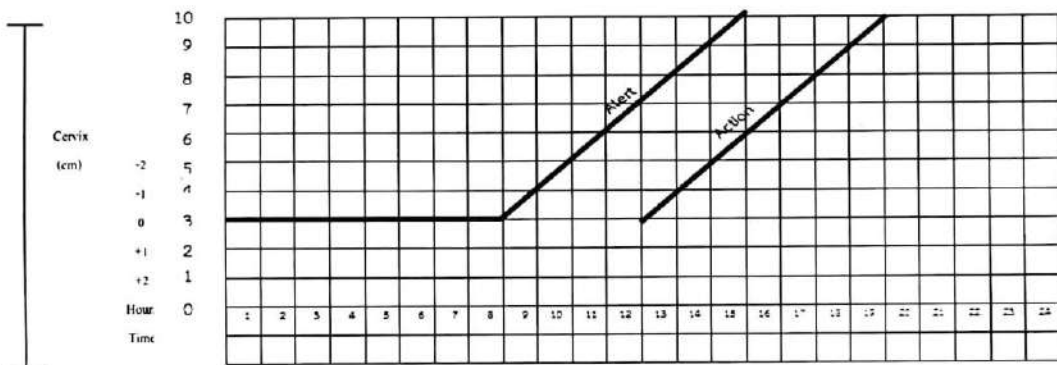
Postpartum risk assessment	Risk factors		Plan management
	Medium	High	
Date..... Time..... (รอกคลอด - ครบ 24 hrs หลังคลอด) <input type="checkbox"/> Low risk Signature,,	<input type="checkbox"/> PPH \geq 500 ml (vaginal delivery) / \geq 1,000 ml(C/S) <input type="checkbox"/> Uterine atony <input type="checkbox"/> HR = 100-120 bpm <input type="checkbox"/> BP $<$ 90/60 mmHg. <input type="checkbox"/> MAP $<$ 65 mmHg. <input type="checkbox"/> RR = 20 - 30 bpm	<input type="checkbox"/> New active bleeding <input type="checkbox"/> \geq 2 medium risk factors	<input type="checkbox"/> Record V/S <input type="checkbox"/> 1,000 ml + Oxytocin unit IV rate 120 mL/hr. <input type="checkbox"/> Intermittent catheter <input type="checkbox"/> Retained foley's catheter



Medical Record in Obstetrics and Progress of Labour

Patient's Name Age.....ปี G P A D L HN.....AN.....
 Admitted วันที่.....เวลา.....น. Week' Gestation by LMP by U/S by Size
 Lab ครั้งที่ 1 VDRL.....TPHAHIV.....HBsAg.....Hct.....%. Blood group.....Rh.....
 Lab ครั้งที่ 2 VDRL.....TPHAHIV.....HBsAg.....Hct.....%. Flect enema ทำ ไม่ทำ
 อาการเรื้อรังเจ็บครรภ์ วันที่.....เวลา.....น. มีเลือดสดออกมามาก.....วันที่.....เวลา.....น.
 น้่านิน วันที่.....เวลา.....น. ประวัติเด็กคั้น เด็กคั้นดี เด็กคั้นน้อย เด็กไม่คั้น.....
 มูกเลือด วันที่.....เวลา.....น. NPO.....น. ไม่บวม บวม กาดคะเนน้ำหนักรกกัรบ

Complication.....
 Physical Exam HEENT Normal Abnormal.....Heart Normal Abnormal.....Urine protein.....Sugar.....
 Lung Normal Abnormal.....Abdomen.....Extrimity.....Reflex.....



EXAMINATION

Date	Time	BP	Fetal Position	FHS	Dila tation	Efface ment	Mem branc	station	U/C		Examiner	Remark
									I	D		

แบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชม. แรกหลังคลอด

ติด Sticker

มีแผลฝีเย็บ ไม่มีแผลฝีเย็บ มีแผลผ่าตัด C/S ครบปัสสาวะ.....น.

วันที่ / เวลา	สัญญาณชีพ / การขับถ่ายปัสสาวะ	แผลฝีเย็บ/ แผลผ่าตัด	การหดตัวของมดลูก	Bleeding / น้ำคาวปลา	Sedation Score	Pain Score		Medication
						NRS	PFS	
	T.....°C P..... R..... BP...../..... P..... R..... BP...../..... P..... R..... BP...../..... P..... R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ				.
	P..... R..... BP...../..... T.....°C P..... R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ				.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.
	T.....°C P.....R..... BP...../.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่ปัสสาวะ <input type="checkbox"/> Retained F/C <input type="checkbox"/> ปัสสาวะแล้ว	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> บวม <input type="checkbox"/> มีเลือดซึม	<input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มากผิดปกติ			.

การประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้ Sedation Score

- 5 = นอนหลับ อัตราการหายใจปกติ (RR \geq 12 ครั้ง/นาที)
 1 = ตื่นเต็มที่
 2 = ง่วงซึมเล็กน้อย คุยโต้ตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ดี
 3 = ง่วงซึมตลอดเวลา ปลุกตื่นง่าย ยังคุยรู้เรื่อง
 4 = ง่วงซึมมากปลุกตื่นยาก (ต้องนับอัตราการหายใจด้วยทุกครั้ง)

ก่อนให้ผู้ป่วยประเมินความปวดด้วยตนเอง ผู้ป่วยต้องมี Sedation Score 1-2 เท่านั้น จึงจะให้ผู้ผู้ป่วยสามารถประเมินความปวดด้วยตนเองได้

การประเมินปวดโดยผู้ป่วย

1. ประเมินปวดโดยให้ผู้ผู้ป่วยบอกเป็นตัวเลข Numeric Rating Scale
2. หากผู้ป่วยไม่สามารถบอกเป็นตัวเลขได้ ให้ผู้ป่วยชี้รูปภาพที่ตนรู้สึก
3. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถชี้รูปภาพได้ ให้พยาบาลเป็นผู้ประเมินจากสีหน้าผู้ป่วยเปรียบเทียบกับตัวอย่างรูปภาพที่ใช้ในการประเมิน

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการสื่อสาร (คือข้อ 2 และข้อ 3) จะเริ่มให้ยาบรรเทาปวดเมื่อประเมินได้รูปภาพที่ 4 (6 คะแนน) ขึ้นไป

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale

การให้ยาบรรเทาปวด

- จะให้ยาบรรเทาปวดเมื่อ Pain scale \geq 5
1. กรณีให้ยา IV ประเมิน NRS ซ้ำหลังให้ยา 5-15 นาที
 2. กรณีให้ยา IM ประเมิน NRS ซ้ำหลังให้ยา 15-30 นาที

ควร Consult เมื่อ

1. ผู้ป่วยหลับลึก Sedation Score \geq 3 และหายใจได้ $<$ 12 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยปวดมาก Pain scale \geq 5 หลังให้ยาบรรเทาปวดตามการรักษาของแพทย์แล้ว

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ตารางสรุปการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสมของแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด สถาบันบำราศนราดูร และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และกรุณาให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขแนวปฏิบัตินี้ให้เหมาะสม

- 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องมาก
- 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องค่อนข้างมาก
- 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้อง

ข้อคำถาม	คะแนนความสอดคล้อง (CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่			
	1	2	3	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะรอคลอด				
1. ประเมินแรกจับโดยซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for PPH (FM-LR-21-000) พร้อมทั้งบันทึก	4	4	3	-อาจทำได้ไม่ครบถ้วนควรนิเทศติดตาม
2. ประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical Record in Obstetrics and Progress Labor (FM-LR-08-000)	4	4	4	
3. เจาะเลือดส่ง CBC ทุกราย และเมื่อท่านประเมินพบมารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ทำ Group Matching และจองเลือด PRC 2 ยูนิต	4	4	4	
4. การนำ Partograph ขององค์การอนามัยโลกมาใช้ดูแลมารดาคลอด พร้อมทั้งบันทึกผลของการดูแล	4	4	4	
การพยาบาลระยะเฉื่อย (Latent phase)				
5. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชม. พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่และระยะเวลาการหดตัวของมดลูกเพื่อการหดตัวของมดลูก	4	4	4	

ข้อคำถาม	คะแนนความสอดคล้อง (CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่			
	1	2	3	ข้อเสนอแนะ
6. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และระดับของส่วนน้ำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง	4	4	4	
7. กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full Bladder) ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง	4	4	4	
การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase)				
8. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที - 1 ชม. เพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด	4	4	4	
9. ในระยะนี้การดูแลควรให้มารดาดื่มน้ำดื่งอาหาร และให้สารน้ำเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20	4	4	4	
10. เตรียมกล่องอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือกรณีตกเลือดหลังคลอด (PPH BOX)	4	4	4	
การพยาบาลระยะคลอด				
11. พยาบาลตรวจประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที	4	4	4	
12. ตัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่น้ำคลอด	4	4	3	
13. สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก	4	4	4	
14. ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด	4	4	4	
15. ทำคลอดครกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มทารกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็งในมารดาทุกราย	4	4	4	

ข้อคำถาม	คะแนนความสอดคล้อง (CVI) ของผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่			
	1	2	3	ข้อเสนอแนะ
การพยาบาลระยะหลังคลอด				
16. ประเมินการตกเลือดตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000) โดยการใช้น้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด	4	4	4	
17. ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง	4	4	4	
18. กรณีที่มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าขาร้ตมารดาหลังคลอด	4	4	3	
19. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผล หากไม่แข็งตัว ท่านทำคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)	4	4	2	-อาจทำได้ไม่ครบถ้วนควรน้เทศติดตาม
การพยาบาลก่อนย้ายไปหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด				
20. ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากฝ้าอนามัยเป็นจำนวนขึ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)	4	4	4	
21. ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด	4	4	4	
22. ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง	4	4	4	
23. การส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง	4	4	4	

$$\text{สรุปค่า CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}} = \frac{22}{23} = 0.95$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ภาคผนวก ฉ

แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรกในห้องคลอด

แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

สถาบันบำราศนราดูร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด พบว่า แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้นำมาคัดเลือกและจัดระดับคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมากำหนดแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ประกอบด้วย 2 ประเด็น ดังนี้

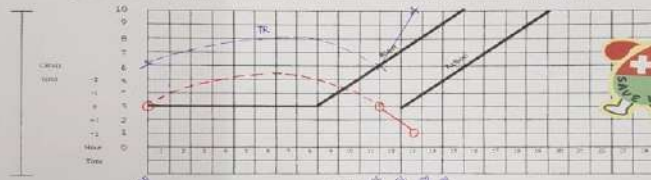
1. แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอด (Risk assessment for postpartum hemorrhage) (FM-LR-21-000) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินแรกรับถึงระยะหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ข้อมูลการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้ง การคลอด โรคประจำตัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกายระดับความเสี่ยง และแผนการดูแล

2. แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลระยะหลังคลอด ดังนี้

การพยาบาลระยะรอคลอด ประกอบด้วย

1) การประเมินแรกรับ โดยใช้แบบประเมิน Risk assessment for Postpartum hemorrhage (FM-LR-21-000)

2) เมื่อประเมินพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลติดสติ๊กเกอร์ คำว่า “SAVE LIFE” ที่ใบ Medical record in obstetrics and progress labor (FM-LR-08-000)

B+D1 สถาบันพระปกเกล้า กระทรวงสาธารณสุข FM-LR-08-000
Obstetrics and Progress of Labour
 HN 1360603
 Patient's Name: Age:
 Admitted วันที่ 13/4/15 เวลา 09.00 น. Week Gestation 38^{W 4D} by LMP by Size
 Lab ครั้งที่ 1 VDRL TPFA HIV HBsAg Hct % Blood group Rh
 Lab ครั้งที่ 2 VDRL TPFA HIV HBsAg Hct % Blood group Rh
 ขบวนการคลอดเริ่มครั้งแรก วันที่ 13/4/15 เวลา 09.00 น. ลักษณะการคลอด
 ผนังมดลูก วันที่ 13/4/15 เวลา 09.30 น. ที่วัดได้คือ
 มูกเลือด วันที่ เวลา น. NPO น. ไม่ยอม
 Complication
 Physical Exam HEENT Normal Abnormal Heart Normal Abnormal Urine protein Sugar
 Lung Normal Abnormal Abdomen Extremity Reflex

 EXAMINATIONS

Date	Time	BP	Fetal Position	FHS	Dila- tion	Efface- ment	Mem- brane	Station	LOC	Examiner	Remark
13/4/15	09:00	100/70	+	145	L 1cm	100%	-	-0	.....	.....	.....
	09:30		+	145					.....	.....	.....
	09:45		+	140					.....	.....	.....
	10:00		+	130					.....	.....	.....
	06:30	100/110	+	100	.....	100%	PR	+2	.....	.....	.....
	05:45		+	130	.....	100%	PR	+2	.....	.....	.....
	04:30		+	130					.....	.....	.....
	02:15		+	130					.....	.....	.....

..... วันที่ 1 มิถุนายน 2560 วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 หน้า 1 จาก 2

3) เจาะเลือดส่ง CBC ทุกสาย และเมื่อประเมินแล้วพบว่ามารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือด หลังคลอด ทำ Group matching ของเลือด Pack red cell 2 unit

4) นำ Partograph ขององค์การอนามัยโลก มาปรับใช้ในการพยาบาลมารดาคลอด พร้อมทั้ง บันทึกผลของการพยาบาล

การพยาบาลระยะรอคลอด แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

การพยาบาลระยะเฉื่อย (latent phase) ประกอบด้วย

1) การประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกผลความถี่ และ ระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อดูการหดตัวของมดลูก

2) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูก (Cervix dilatation), ความบางตัวของปากมดลูก (Effacement) และ ระดับของส่วนนำ (Station) ทุก 4 ชั่วโมง

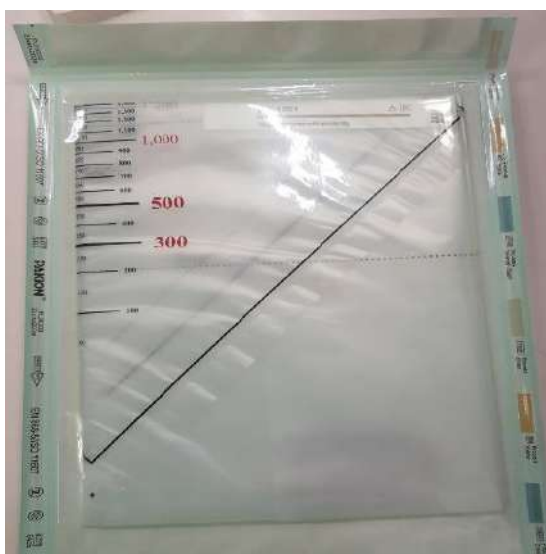
3) กระตุ้นให้มารดาถ่ายปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เมื่อพบกระเพาะปัสสาวะเต็ม (Full bladder) ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

การพยาบาลระยะเร่ง (Active phase) ประกอบด้วย

- 1) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง
- 2) ดูแลให้มารดาดื่มน้ำคอกอาหารทางปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ อัตราการไหล 80-100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ด้วยเข็มเบอร์ 20
- 3) เตรียมกล่องอุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือนิ่วตกเลือดหลังคลอด (PPH Box)

การพยาบาลระยะคลอด ประกอบด้วย

- 1) พยาบาลช่วยคลอดตรวจสอบประเมินสัญญาณชีพมารดาทุก 30 นาที และฟังเสียงหัวใจทารก (Fetal heart sound) ทุก 5 นาที
- 2) ดัดฝีเย็บเมื่อเห็นส่วนศีรษะทารกโผล่มาที่ปากช่องคลอด (Head crown) และให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์ เมื่อไหล่หน้าคลอด
- 3) สวนปัสสาวะมารดาหลังทารกคลอดทุกราย เพื่อลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- 4) ประเมินการเสียเลือดด้วยการสอดถุงตวงเลือด



- 5) ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled cord traction ตรวจสอบรกและเยื่อหุ้มรกให้ครบ คลึงมดลูกให้กลมแข็ง

การพยาบาลระยะหลังคลอด ประกอบด้วย

- 1) ประเมินการตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยการใช้หลัก 4T's และให้การพยาบาลตามสาเหตุการตกเลือด

2) ประเมินสัญญาณชีพมารดาหลังคลอดทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง จนครบ 24 ชั่วโมง และบันทึกตามแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)

3) กรณีที่มารดาตกเลือดหลังคลอด/มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พยายามติดสติ๊กเกอร์ “SAVE LIFE” ที่หน้าชาร์ต



4) ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง พร้อมบันทึกผล หากมดลูกแข็งตัวไม่ดี พยายามคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็ง (Active massage)

การพยาบาลมารดาหลังคลอดย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย

1) ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณการสูญเสียเลือดจากผ้าอนามัยนับเป็นจำนวนชิ้น พร้อมทั้งบันทึกในแบบบันทึกการประเมินมารดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (FM-LR-09-000)

2) ให้คำแนะนำแก่มารดาในการดูแลตนเอง ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3) ประเมินการถ่ายปัสสาวะของมารดาหลังคลอดภายใน 8 ชั่วโมง

4) ส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลที่ดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ภาคผนวก ช

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

1.	ชื่อ นางสาวจุฑพร วงศ์วัฒนาภานต์
	ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งหัวหน้างานหน่วยงานสูติกรรม (ห้องคลอด/หลังคลอด)
	ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยงานสูติกรรม (ห้องคลอด/หลังคลอด) สถาบันบำราศนราดูร
	การศึกษา - ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบำราศนราดูร 15 มีนาคม พ.ศ. 2528 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช 29 ตุลาคม พ.ศ. 2533
2.	ชื่อ นางประยูร พรหมทัต
	ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองหัวหน้าพยาบาล ด้านบริหาร
	ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
	สถานที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร
	การศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง สาขาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้น 1 วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2531