



บทความวิชาการ

Original Article

ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เรณู วัฒนเหลืออรุณ วท.ม.* วันชัย จันทราพิทักษ์ พบ.ว.(สูติ-นรีเวชกรรม)** นุชนาถ กระจำง พย.บ.* รุ่งทิพย์ อ่อนละออ พย.บ.*

* ห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

** กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณเลือดที่สูญเสียและอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกระหว่างผู้คลอดที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแบบดั้งเดิมกับผู้คลอดที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแบบใหม่ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลห้องคลอดต่อแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีแบบใหม่

วิธีการดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ ชนิดศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้า ก่อนและหลังการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแบบใหม่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้คลอดอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 1,170 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแบบดั้งเดิม เป็นผู้คลอดที่มาคลอดตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2559 จำนวน 585 ราย โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ส่วนกลุ่มทดลองใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแบบใหม่ เป็นผู้คลอดที่มาคลอดตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2559 จำนวน 585 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจำนวน 17 ราย เปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณเลือดที่สูญเสียหลังคลอดระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ student's t test และเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดของทั้ง 2 กลุ่ม ใช้สถิติ chi-square หรือ fisher exact test กำหนดให้มีความแตกต่างทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)



บทความวิชาการ

Original Article

ประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จากมดลูกหดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เรณู วัฒนเหลืออรุณ วท.ม.* วันชัย จันทราพิทักษ์ พบ.ว.(สูติ-นรีเวชกรรม)** นุชนาถ กระจำง พย.บ.* รุ่งทิพย์ อ่อนละอ พย.บ.*

* ห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

** กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

บทคัดย่อ (ต่อ)

ผลการวิจัย: ผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปริมาณเลือดที่สูญเสียทางช่องคลอด 196.43 ± 123.04 มิลลิลิตร และ 188.51 ± 108.63 มิลลิลิตร ตามลำดับ ($p = 0.26$) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 2.7 และร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ($p = 0.18$) ด้านความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่ ($\bar{X} = 4.53$ S.D. = 0.51, $\bar{X} = 4.59$ S.D. = 0.51 ตามลำดับ)

สรุป: การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดและให้การดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงสามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดลงได้ และทำให้ไม่เพิ่มภาระงานพยาบาลวิชาชีพมากเกินไปจนความจำเป็น

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติทางการพยาบาล การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด



บทความวิชาการ

Original Article

Effectiveness of using risk assessment and clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum haemorrhage from uterine atony in Charoenkrung Pracharak Hospital

Renu Wattanaluangarun MSc*, Wanchai Chantrapitak MD**, Nuchanad Kajang BSc*, Rungthip Onlaor BSc*

* Labour room, Charoenkrung Pracharak Hospital

** Department of Obstetrics and Gynaecology, Charoenkrung Pracharak Hospital

Abstract

Objective: The aims of the study were to compare the amount of blood loss and early postpartum haemorrhage rate during childbirth between pregnant women who received care of current protocol and pregnant women who received the revised risk assessment and clinical nursing practice protocol. It was also to explore nurses' satisfaction on this revised protocol.

Methodology: This study is a comparative study with concurrent controls using retrospective and prospective data. The participants of the study were recruited through a purposive sampling. Seven hundred and thirty (1,170) pregnant women who were gestational ages over than 28 weeks and gave births in this hospital were recruited to evaluate the revised guideline compared with the previous guideline. Pregnant women (N = 585) gave births from May 1 to July 31, 2016 that were retrospective data from medical records using the previous risk assessment and guideline as a control group whereas pregnant women (N = 585) gave births from August 1 to October 31, 2016 that were prospective data as an experimental group. In addition, seventeen (17) nurses were recruited to explore the satisfaction on these revised risk assessment and guideline. The data were analyzed by using percentage, mean $\pm$ standard deviations. To compare amount of blood loss between control and experimental groups using student's t-test. To compare postpartum haemorrhage rate between 2 groups using chi-square or fisher exact test. The difference between 2 groups when p-value < 0.05.



บทความวิชาการ

Original Article

Effectiveness of using risk assessment and clinical nursing practice guideline for the prevention of early postpartum haemorrhage from uterine atony in Charoenkrung Pracharak Hospital

Renu Wattanaluangarun MSc*, Wanchai Chantrapitak MD**, Nuchanad Kajang BSc*, Rungthip Onlaor BSc*

* Labour room, Charoenkrung Pracharak Hospital

** Department of Obstetrics and Gynaecology, Charoenkrung Pracharak Hospital

Abstract (cont.)

Results: The results of this study were not significant between two groups. However, the amount of bleeding during childbirth in the controlled group was higher than comparative group (196.43 ± 123.04 vs 188.51 ± 108.63 $p = 0.26$). A higher incidence of early postpartum haemorrhage was found in the controlled group compared with comparative group (2.7% vs 1.5 $p = 0.18$). However, the satisfaction survey with these assessment and guideline had the highest satisfaction amongst nurses in labour room. ($\bar{X} = 4.53$ S.D. = 0.51, $\bar{X} = 4.59$ S.D. = 0.51 respectively)

Conclusion: These revised risk assessment and clinical nursing practice guideline for prevention early postpartum haemorrhage can be applied as a nursing guideline for pregnant women who are likely to have an early postpartum haemorrhage in order to decrease severe complication.

Key word: Postpartum Haemorrhage, clinical nursing practice guideline, risk assessment for PPH

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการคลอด จากสถิติองค์การอนามัยโลกระบุว่า การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 25 ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา¹ โดยส่วนใหญ่มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดหลังจากระยะที่สามของการคลอดสิ้นสุดลง โดยในบางประเทศมีอัตราการเสียชีวิตของมารดามากกว่า 1,000 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ² สำหรับในประเทศไทยจากการรายงานสถานการณ์ในปี พ.ศ.2555 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด 17.6 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ โดยมีการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง³ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในปี พ.ศ.2555, 2556, 2557 เป็นร้อยละ 1.1, 1.32 และ 1.07 ตามลำดับ โดยพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.2 ของการตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี⁴ จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ยังไม่มี การเสียชีวิตของมารดา แต่มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่รุนแรงและจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก 4 ราย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ และเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด คือ การทำ active management of the third stage of labor (AMTSL) จากการศึกษาระหว่างการทำ AMTSL กับ expectant management ในระยะที่ 3 ของการคลอด พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการทำ AMTSL มีการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ทำ expectant management⁵ ซึ่งปัจจุบันห้องคลอดได้มีการนำ AMTSL มาใช้ และมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบดั้งเดิม ซึ่งมีการประเมินความเสี่ยงและรายงาน

สถิติแพทย์เมื่อผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและมีการทำ AMTSL แต่พบว่า แนวทางดังกล่าวยังไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดแต่ละราย จึงทำให้การดูแลผู้คลอดในกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories⁶ ซึ่งได้มีการใช้แล้ว พบว่าได้ผลดังนี้ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.8 (ค่า RR = 0.30, 0.22 - 0.42) กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (medium risk) มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 2 (ค่า RR = 1.67, 1.20 - 2.40) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) มีอัตราการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 7.3 (ค่า RR = 6.50, 4.39 - 9.61)⁷ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดีให้มีความเหมาะสม โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) และกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและให้การดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงของผู้คลอดแต่ละราย รวมทั้งมีการทำ AMTSL ร่วมกับการนำวิธีการกดมดลูกส่วนล่างซึ่งได้ทำการวิจัยมาแล้วว่า สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้⁸ มาใช้กับผู้คลอดที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง เพื่อการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอด พัฒนาคุณภาพการบริการและนำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณเลือดที่สูญเสียและอัตราการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรกระหว่างผู้คลอดที่ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีแบบดั้งเดิมกับผู้คลอดที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีแบบใหม่

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลห้องคลอด ต่อแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีแบบใหม่

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบเดิม หมายถึง วิธีการดูแลผู้คลอดที่จัดทำขึ้นสำหรับบุคลากรพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ใช้มาก่อน

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบใหม่ หมายถึง วิธีการดูแลผู้คลอดที่ปรับปรุงจากของเดิมสำหรับบุคลากรพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทดแทนแนวปฏิบัติเดิม

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด หมายถึง แบบบันทึกข้อมูลความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอด โดยประเมินตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะหลังคลอด โดยใช้แบบบันทึกความเสี่ยงของ The California Maternal Quality Care Collaborative risk categories (CMQCC)⁶

การทำ Active management of third stage (AMTSL) หมายถึง หลักการดูแลในระยะที่ 3 ของการคลอดตามแนวทางของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)⁹ มีดังนี้ ฉีดยอกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อ หลังทารกคลอด 1-3 นาที แล้วให้ clamp หนีบสายสะดือแล้วตัดสายสะดือ จากนั้นทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ชนิดย้อนหลังและไปข้างหน้า ก่อนและหลังการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2559

2. พยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 17 คน เลือกแบบเจาะจง

ขนาดตัวอย่าง

p1 และ p2 เป็นอัตราของความสำเร็จหรือดีขึ้นของภาวะการตกเลือดหลังคลอด

q1 และ q2 เป็นอัตราของการไม่ประสบความสำเร็จของประชากรทั้งสองกลุ่ม

โดยอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 2 และคาดว่าเมื่อใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอัตราตกเลือดหลังคลอดจะลดลงเหลือ ร้อยละ 0.2⁹

กำหนดให้ $\alpha = .05$ และ $\beta = .20$
สูตรที่ใช้

$$m = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{2pq} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_2q_2}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$= \frac{[1.96\sqrt{2(0.011)(0.989)} + 0.842\sqrt{(0.02)(0.98) + (0.002)(0.998)}]^2}{(0.05)^2}$$

$$= 526.06$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 527 คน แต่เนื่องจากป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงคำนวณเผื่อกลุ่มตัวอย่าง $10\% = 527/0.9 = 585.55$ คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 585 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และคลอดทางช่องคลอด

ยีนดีและสมัครใจที่จะเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก คือ ดูจากประวัติการฝากครรภ์ มี platlet น้อยกว่า 100 THSD/Cumm เป็นโรคเลือดอื่น ๆ ที่มีภาวะเลือดหยุดยาก เช่น ITP SLE ฮีโมฟีเลีย เป็นต้น เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ระบบการสร้างและแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

เกณฑ์พิจารณาหยุดการวิจัย คือ หลังคลอดที่มีภาวะมดลูกปลิ้นหรือแตก มีภาวะรกค้าง มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 ขึ้นไป

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เมื่อคณะกรรมการพิจารณาอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 ทดสอบแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

1. ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม และพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินการวิจัย นำแบบประเมินความเสี่ยงมาทดลองใช้เป็นเวลา 1 เดือน

2. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ทบทวนการใช้แบบประเมินปัญหาและการแก้ไข สรุปเป็นแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่

3. เชิญสูติแพทย์มาช่วยฝึกปฏิบัติการทำคลอดรอกแบบ controlled cord traction และการกดมดลูกส่วนล่างให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน โดยใช้แบบทดสอบเป็นลักษณะ check list ตามขั้นตอนการปฏิบัติ โดยต้องทำครบทุกขั้นตอนจึงผ่านเกณฑ์การประเมิน

ระยะที่ 2 นำแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ปรับปรุงมาใช้

1. นำแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกที่ได้ปรับปรุงมาทดลองใช้กับผู้คลอด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 1,170 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มควบคุม คือ ผู้คลอดที่คลอดระหว่าง เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2559 จำนวน 585 ราย ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบดั้งเดิม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และแบบบันทึกข้อมูลทางสูติกรรม

1.2 กลุ่มทดลอง คือ ผู้คลอดที่คลอดระหว่าง เดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2559 จำนวน 585 ราย ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติแบบใหม่ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด ปฏิบัติดังนี้

1.2.1 เมื่อแรกรับพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดจะเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงและแบ่งผู้คลอดออกตามคะแนนความเสี่ยง และให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

1.2.2 ภายหลังรอกคลอด ใช้ถุงพลาสติกที่ผ่านการฆ่าเชื้อรองเลือดไว้ และนำไปซังน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลที่ได้มาตรฐาน ภายหลังการเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ

1.2.3 หลังจากนั้นใช้ผ้าซังซังน้ำหนักก่อนแล้วรอกกันผู้คลอดไว้จนถึง 2 ชั่วโมง ผู้คลอดจะได้รับการดูแลหลังคลอด 2 ชั่วโมงตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้

1.2.4 ก่อนย้ายผู้คลอดออกจากห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพประเมินปริมาณเลือดที่สูญเสียอีกครั้งโดยนำผ้าที่รองไปซังน้ำหนักซ้ำและหักออกจากน้ำหนักที่ซังไว้ก่อนนำน้ำหนักมารวมกันเป็นปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด กำหนดให้น้ำหนัก 1 กรัมเท่ากับปริมาณเลือด 1 มิลลิลิตร พยาบาลวิชาชีพจดบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลจนครบตามจำนวน

2. ภายหลังจากเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมจนครบ 585 คนแล้ว จึงประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่จำนวน 17 คน

3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถามมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC)⁶ ประกอบด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกจับ (admission haemorrhage risk factor) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระหว่างการคลอด (risk factors in labour) โดยแบ่งผู้คลอดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูง¹⁰

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกแบบใหม่ โดยผู้วิจัยจัดทำแนวปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่ระยะแรกจับผู้คลอดไว้ในห้องคลอดจนกระทั่งภายหลังการคลอด 2 ชั่วโมง จากการทบทวนวรรณกรรม มีแนวปฏิบัติทางคลินิกและข้อแนะนำสำหรับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในประเทศ 2 เรื่อง^{11,12} และต่างประเทศ 6 เรื่อง^{13,14,15,16,17,18} คัดเลือกแนวปฏิบัติและข้อเสนอนั้นที่เหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และสามารถนำเอามาใช้ได้จริง นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดีแบบใหม่ โดยใช้กระบวนการ PDCA ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่ มีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติแบบเดิม คือ จะมีการดูแลและเฝ้าระวัง ผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ มีการประเมินผู้คลอดซ้ำในระหว่างการคลอด ในระยะคลอดกลุ่มเสี่ยงปานกลางจะได้รับการกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาที และกลุ่มเสี่ยงสูงจะได้

รับการกดมดลูกส่วนล่างนาน 20 นาทีและระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีการประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก และสัญญาณชีพทุก 15 นาที

3. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลของฉวีวรรณ ธงชัยและพิกุล นันทชัยพันธ์⁹ ลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ระดับความพึงพอใจเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ²⁰ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.20 - 5.00 หมายถึงความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.40 - 4.19 หมายถึง ความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.60 - 3.39 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.80 - 2.59 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.79 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด

4. แบบบันทึกข้อมูลตามรายละเอียดตัวแปรที่กำหนดจะศึกษาในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องหรือค่า IOC (Item Objective Congruence) ของแบบประเมินความเสี่ยงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแบบสอบถามความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี โดยการพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้อง ข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป จะคัดเลือกไว้ใช้ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเสี่ยง ให่วิธีประเมินร่วมกัน (inter rater reliability) ของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 17 ราย โดยให้พยาบาลวิชาชีพใช้แบบประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกประเมินผู้คลอดแรกรับ และในระยะคลอด จำนวน 20 ราย ใช้สถิติแคปปา หรือค่าสัมประสิทธิ์ฟลีสแคปปา (Fleiss's Kappa Coefficient) เป็นค่าที่ใช้พิจารณาความเห็นระหว่างผู้ประเมินว่ามีความเห็นสอดคล้องมากหรือน้อยเพียงใด เกณฑ์การพิจารณาระดับความสอดคล้องของสถิติแคปปามากกว่า 0.80 หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินสามารถยอมรับได้ในทางปฏิบัติ²¹ ผลการทดสอบพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์

ฟลีสแคปปาเท่ากับ 0.875 แสดงว่า ระดับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินสอดคล้องกันดีมาก

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมจำนวน 585 ราย คัดออกจำนวน 25 ราย เนื่องจากไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้จำนวน 23 ราย รกค้างจำนวน 1 ราย และมดลูกปลิ้นจำนวน 1 ราย ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 585 ราย คัดออกจำนวน 57 ราย เนื่องจากไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้จำนวน 53 ราย รกค้างจำนวน 2 ราย แผลฝีเย็บมีการฉีกขาดระดับ 3 จำนวน 1 ราย และไม่คลอดจำนวน 1 ราย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=560)	กลุ่มทดลอง (n=528)	p-value
อายุ (ปี) mean $\pm$ S.D.	26.97 $\pm$ 6.40	26.56 $\pm$ 5.88	0.27*
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์			0.79 ⁺
- ตั้งครรภ์แรก	219 (39.1 %)	197 (37.3 %)	
- ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2	178 (31.8 %)	181 (34.3 %)	
- ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3	103 (18.4 %)	99 (18.8 %)	
- ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	60 (10.1 %)	51 (9.7 %)	
จำนวนครั้งการคลอด			0.45 ⁺
- ไม่เคยผ่านการคลอด	247 (44.1 %)	223 (42.2 %)	
- เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง	190 (33.9 %)	202 (38.3 %)	
- เคยผ่านการคลอด 2 ครั้ง	88 (15.7 %)	80 (15.2 %)	
- เคยผ่านการคลอด 3 ครั้ง	26 (4.6 %)	16 (3.0 %)	
- เคยผ่านการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป	9 (1.6 %)	7 (1.3 %)	
อายุครรภ์ (วัน) mean $\pm$ S.D.	272.05 $\pm$ 11.82	270.80 $\pm$ 25.15	0.29*
น้ำหนักผู้คลอด (กก.) mean $\pm$ S.D.	66.27 $\pm$ 11.73	65.60 $\pm$ 12.80	0.37*
ส่วนสูง (ซม.) mean $\pm$ S.D.	157.84 $\pm$ 6.04	157.35 $\pm$ 6.10	0.18*
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²) mean $\pm$ S.D.	26.57 $\pm$ 4.24	26.45 $\pm$ 4.72	0.67*

*p-value by t-test, ⁺p-value by chi-square test

ลักษณะทั่วไปของผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ครรภ์ น้ำหนักตัวผู้คลอด และดัชนีมวลกาย ไม่มี
อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด อายุ ความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวนร้อยละ ข้อมูลลักษณะทั่วไปก่อนคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=560)	กลุ่มทดลอง (n=528)	p -value
ได้รับแมกนีเซียมซัลเฟต (ราย)	7 (1.2 %)	2 (0.4 %)	0.18 [†]
มีภาวะถุงน้ำคร่ำติดเชื้อ (ราย)	0	1 (0.2 %)	0.49 [‡]
ได้รับยากระตุ้นคลอด (ราย)	370 (66.1 %)	341 (64.6 %)	0.61 [†]
ระยะเวลาการได้รับยากระตุ้นคลอด (นาทีก)	199.97 ± 170.73	208.91 ± 166.89	0.48*
ระยะที่ 1 ของการคลอด (นาทีก)	442.18 ± 333.06	453.76 ± 340.88	0.57*
ระยะที่ 2 ของการคลอด (นาทีก)	24.47 ± 24.36	21.76 ± 23.69	0.06*
ระยะที่ 3 ของการคลอด (นาทีก)	6.47 ± 4.78	6.27 ± 4.31	0.46*
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	3,038.04 ± 481.19	3,077.27 ± 383.91	0.14*

*p-value by t-test, [†]p-value by chi-square test, [‡]p-value by Fisher's exact test

ลักษณะทั่วไปก่อนคลอดของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า และน้ำหนักทารกแรกเกิด ไม่มีความแตกต่างกัน
ได้รับยาแมกนีเซียม มีภาวะถุงน้ำคร่ำติดเชื้อ ระยะ ดังตารางที่ 2
เวลาได้รับยากระตุ้นคลอด ระยะที่ 1 - 3 ของการคลอด

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำนวนร้อยละ ข้อมูลลักษณะทั่วไปหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=560)	กลุ่มทดลอง (n=528)	p -value
ปริมาณเลือดที่สูญเสีย (มิลลิลิตร)	196.43 ± 123.04	188.51 ± 108.63	0.26*
ได้รับออกซิโทซินผสมในสารละลาย (ราย)	449 (80.2 %)	408 (76.3 %)	0.12 [†]
ได้รับ methergin® (ราย)	50 (8.9 %)	52 (9.8 %)	0.60 [†]
ได้รับเลือด (ราย)	2 (0.4 %)	3 (0.6 %)	0.68 [‡]
ได้รับ misoprostol (ราย)	1 (0.2 %)	0	1.00 [‡]
มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราย)	15 (2.7 %)	8 (1.5 %)	0.18 [†]

*p-value by t-test, [†]p-value by chi-square test, [‡]p-value by Fisher's exact test

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหลังคลอด (p-value = 0.26) ส่วนอัตราการตกเลือดหลังคลอด
พบว่า กลุ่มควบคุมมีปริมาณเลือดที่สูญเสียเลือด กลุ่มทดลองมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 8 ราย (1.5 %)
เฉลี่ย 196.43 ± 123.04 มิลลิลิตรมากกว่ากลุ่ม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
ทดลองที่สูญเสียเลือดเฉลี่ย 188.51 ± 108.63 มิลลิลิตร 15 ราย (2.7 %) (p-value = 0.18) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปพยาบาลวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 17)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- ไม่เกิน 30 ปี	7	41.2
- 31 - 40 ปี	7	41.2
- มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	3	17.6
ระดับการศึกษา		
- ปริญญาตรี	15	88.2
- ปริญญาโท	2	11.8
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
- ไม่เกิน 10 ปี	12	70.6
- 10 - 20 ปี	3	17.6
- มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	2	11.8
ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
- พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	9	52.9
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	8	47.1

ด้านพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีแบบใหม่จำนวน 17 คน ส่วนใหญ่

มีอายุไม่เกิน 30 ปี จำนวน 7 คน (41.2 %) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่เกิน 10 ปี จำนวน 12 คน (70.6 %)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. มีความง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ	4.12	0.33	มาก
2. มีการสื่อสารชัดเจน สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง	4.24	0.56	มากที่สุด
3. มีความเหมาะสมกับบริบทของห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	4.47	0.51	มากที่สุด
4. ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด	4.88	0.33	มากที่สุด
5. ช่วยประหยัดและลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	3.94	1.03	มาก
6. มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.41	0.51	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.53	0.51	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 และ 6 พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแบบประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$ S.D. = 0.51) และ

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาผลลัพธ์อัตราการตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดในกลุ่มที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบใหม่มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้คลอดโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติแบบใหม่ทำให้ผู้คลอดทุกรายได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกกับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด รวมทั้งมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ ทำให้ผู้คลอดได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะรอคลอดจนกระทั่งถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติแบบใหม่ มีอัตราการตกเลือดลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพงศ์พรณพาดกลาง และจิพร จักขุจินดา²² ได้ทำการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนครภายหลังนำแนวทางมาใช้พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 3.3 เหลือร้อยละ 1.2 และไม่พบอุบัติการณ์ผู้คลอดตายจากการตกเลือดหลังคลอด บุญทิศา เหล็กแก้ว²³ ได้ศึกษาการจัดระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้รับการปฏิบัติตามระบบการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทุกรายจำนวน 322 คน พบว่า มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 9 มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการผ่าตัด

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.59$ S.D. = 0.51)

เอามดลูกออก ร้อยละ 0.31 และไม่พบผู้คลอดเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด จากการศึกษาของ Smith Woiski, Middeldorp and Roosmalen²⁴ ได้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพเกี่ยวกับป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตัวชี้วัดคุณภาพที่เห็นว่ามีค่าสำคัญคือการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ตลอดจนถึงระยะคลอด นอกจากนี้พยาบาลต้องมีการอธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงความเสี่ยงดังกล่าวและร่วมกับผู้คลอดในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด¹⁸ และการศึกษาของ วรรณา ดีมูล²⁵ ที่ได้ทำการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอดในโรงพยาบาลคอนสวรรค์ มีผลลัพธ์คือ พยาบาลทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ แต่ยังมีผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดถึงร้อยละ 33.34 เนื่องจากไม่ได้คัดกรองผู้คลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และแยกผู้คลอดกลุ่มเสี่ยงออกตั้งแต่แรกเริ่ม ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยควรมีการประเมินตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนกระทั่งคลอดและหลังคลอด 24 ชั่วโมง

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบใหม่โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากผู้ใช้เห็นว่า แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแบบใหม่มีขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย กิจกรรมการพยาบาลในแนว

ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ทำให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ง่ายขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล คือ ไม่เพิ่มภาระงานเกินความจำเป็น และไม่ทำให้ผู้ใช้รู้สึกยุ่งยากในการใช้ ซึ่งผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บานเย็น แสนเรียน²⁶ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดีสำหรับพยาบาลในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น ใช้แนวความคิดพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการ PDCA หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติที่ได้มาประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้ใช้พบว่า พยาบาลห้องคลอดสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นได้ครบทุกคน และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในภาพรวมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 71.88 โดยพยาบาล ร้อยละ 93.75 เห็นว่าแนวปฏิบัติไม่ทำให้ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่เพิ่มภาระงาน นอกจากนี้การศึกษาของบุญทิวา เหล็กแก้ว²³ ในการจัดระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า บุคลากรมีการปฏิบัติตามระบบการบริการเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 96.38 คะแนนความพึงพอใจของ ผู้ปฏิบัติต่อการใช้นโยบายทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.5 และแนวปฏิบัติสามารถทำให้บุคลากรมีความสามารถวินิจฉัยช่วยเหลือผู้คลอดหลังคลอดได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนางาน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกิดการยอมรับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาคิดค้นขึ้นมาร่วมกัน

ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ จึงสามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ดังเช่นการศึกษาของ ณฐนนท์ ศิริมาศและคณะ²² ที่ได้การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาล คือ มีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจนและปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 85 และนำแนวปฏิบัติมาใช้ร้อยละ 97.3

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร มีการอบรมให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน และควรมีการติดตามกำกับดูแล และประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
2. การพัฒนางานโดยใช้กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จะสามารถให้บรรลุเป้าหมายได้ รวมทั้งการให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นจะทำให้มีความยั่งยืนมากขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพจะทำให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้คลอดเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณปรียาภรณ์ บุญยัง คุณจินดาวรรณ บึงเที่ยง อาจารย์วารีรัตน์ จิตติถาวร และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุน จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Recommendation for the prevention of postpartum Haemorrhage (summary of results from a WHO technical consultation, October 2006; 2007).
2. United Nations. The millennium development goal report 2014. New York; 2014.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
4. วันชัย จันทราพิทักษ์, วิสุทธิ อนันต์สกุลวัฒน์, สุกิจ ศรีทิพย์วรรณ, สงวน โล่ห์จินดารัตน์, กมล ศรีจันทิก, เรณู วัฒนเหลืออรุณ. นวัตกรรมเพื่อการรักษาและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2557; 10 (1): 45-52.
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Review). Cochrane Database Syst review (4); 2007.
6. Bingham D, Melsop K, Main E. CMQCC obstetric hemorrhage hospital level implementation guide. The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC). Stanford University, Palo Alto, CA; 2010.
7. Dilla AJ, Water JH, Yazer MH. Clinical Validation of Risk Stratification Criteria for Peripartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2013; 22(1): 120-6.
8. Chantrapitak W, Srijuntuek K, Wattanalungarun R. The Efficacy of Lower Uterine Segment Compression for Prevention of Early Postpartum Hemorrhage after Vaginal Delivery. J Med Assoc Thai. 2011; 94(6): 649-56.
9. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. Int J Gynaecol Obstet. 2006; 94: 243-53.
10. Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Main E, Cape V. Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage Version 2.0. California Maternal Quality Care Collaborative Toolkit to Transform Maternity Care Developed under contract #11-10006 with the California Department of Public Health. 2015. Available at <http://health.utah.gov/uwnqc/documents/CaliforniaToolkittoTransformMaternityCare.pdf>
11. คณะอนุกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก. แนวทางปฏิบัติทางสูติศาสตร์และกุมารเวชศาสตร์. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 1; 1-2 กันยายน 2557; ลำพูน; 2557. 200-13.
12. พรปวีณ์ อธิธัญชัยพงษ์, จุฬาลักษณ์ สิงกลางพล, ดลธวรรณ อุณนันทน์, นฤกร ธรรมเกษม. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2558.
13. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician - Gynecologists. Obstet Gynecol. 2006; 108(76): 1039-47.
14. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). SOGC Clinical Practice Guideline: Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. October 2009; JOGC(235), 980-93.

15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. RCOG Green-top Guideline No.52. 2011; 1-24.
16. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline Program. Primaty Postpartum Haemorrhage. 2013. Available at https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/140136/g-pph.pdf.
17. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee / International. FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low - resource settings. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012; (117): 108-18.
18. PPH CPG Work group. Association of Ontario Midwives. Postpartum Hemorrhage (Clinical Practice Guideline No.17). 2016. Available at http://www.aom.on.ca/files/Health_Care_Professionals/Clinical_Practice_Guidelines/cpg_pph_2016_FINAL.pdf.
19. จีวีวรรณ ธงชัย, พิกุล นันทชัยพันธ์. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
20. สมชาย วรภิเษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. อุดรธานี: อักษรศิลป์การพิมพ์; 2553.
21. ประสพชัย พสุนนท์. การประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินโดยใช้สถิติแคปปา. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. 2558; 8 (1): 2-20.
22. ณฐนนท์ ศิริมาศ, จีรพร จักขุจินดา, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 32(2): 37-46.
23. บุญทิวา เหล็กแก้ว. การจัดระบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสาธารณสุขสู่ล้านนา. 2554; 7(1): 55-62.
24. Smit M, Sindram SIC, Woiski M, Middeldorp JM, Roosmalen JV. The development of quality indicators for the prevention and management of postpartum haemorrhage in primary midwifery care in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbir. 2013; 13(194).
25. วรณนา ดีมูล. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สามและระยะที่สี่ของการคลอดโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ รายงานการศึกษานิพนธ์ [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
26. บานเย็น แสนเรียน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) สำหรับบุคลากรพยาบาลในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น รายงานการศึกษานิพนธ์ [พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ขั้นสูง]. คณะพยาบาลศาสตร์, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.