

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

เบญจมาภรณ์ จานทอง
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและเพื่อศึกษาความพึงพอใจของ พยาบาลห้องคลอดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 830 คนระหว่างเดือนมีนาคม 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 และกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 789 คน ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรกจากเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม Hosxp และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยสาระแนวนโยบายและแบบประเมินความพึงพอใจได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 การวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง สัดส่วนมารดาที่ ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก สัดส่วนมารดาที่มีความรุนแรงของการ ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ข้อมูลของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อ การใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p = 0.743$) กลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < 0.001$) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 50) และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 5 คน (ร้อยละ 50) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้อง คลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันได้ว่าการใช้นโยบาย ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

The Effectiveness of Clinical Practice Guidelines for the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage in Labor Room, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Benjamaporn Jantong

Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

ABSTRACT

This study was a descriptive research to compare the difference of early postpartum hemorrhage rate and the severity of early postpartum hemorrhage between 830 parturients who received usual nursing care during March 2019 to February 2020 and 789 parturients received nursing care according to the Clinical Practice Guidelines (CPGs) during March 2020 to February 2021. The other objective was to study the nurse's satisfaction of using CPGs in Labor Room, Health Promotion hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi. Data collection tools consisted of Early Postpartum Maternal Data Record Form from Hosxp program and Nurses Satisfaction Survey Form. The practical guidelines and Satisfaction Survey Form validated by 3 professionals and the consistency index equal to 1. The personal data of parturients of early postpartum hemorrhage rate, proportion of severity of postpartum hemorrhage, personal data of nurses who were guide users and nurses satisfaction of using CPGs in Labor Room, these data were analyzed by frequency distribution. The incidence of Postpartum hemorrhage before and after applying the guidelines were compared with Fisher's exact probability test.

Research results :

1. The rate of early postpartum hemorrhage, were no difference between the parturients in CPGs implementing group and the parturients who received usual nursing care group ($p = 0.743$).
2. The parturients in CPGs implementing group had significantly lower proportions of severe early postpartum hemorrhage than the parturients who received usual nursing care group ($p < .000$).
3. The satisfaction of CPGs implementation was evaluated at a high level by 50% and a moderate level by 50% of health care nurses. All 100% of health care nurses agreed that the guidelines could prevent early postpartum hemorrhage in the Labor Room. They were able to follow and use the guidelines continuously.

The results confirm that implementation of CPGs for prevention of early postpartum hemorrhage can lead to improved quality outcome.

Keywords : Effectiveness, Clinical Practice Guideline, Early Postpartum Hemorrhage

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอด ที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดาในประเทศที่กำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2562 (ต.ค.2561– ก.ย.2562) พบอัตราการตายมารดาเท่ากับ 19.8 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยพบว่ามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง²

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตร จากการผ่าคลอด หลังจากลิ้นสุตระยะที่สามของการคลอด (ภายหลังรกคลอด)³⁻⁴ โดยภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นสาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดที่พบได้มากและบ่อยที่สุดประมาณ 90% มีสาเหตุมาจากการหดตัวไม่ดีของมดลูก (uterine atony)⁵ ซึ่งการตกเลือดหลังคลอด ส่งผลเสียต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารก เพิ่มอัตราการได้รับเลือด/ส่วนประกอบของเลือดและอัตราการตัดมดลูกหลังคลอด⁶ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจึงเป็น สิ่งจำเป็น

จากสถิติมารดาที่มารับบริการคลอดในงานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2560 – 2562 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 2.60 เป็น 3.67 และ 3.43 ตามลำดับ⁷ ทั้งที่ห้องคลอดได้มีการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกนั้น เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากช่องคลอดฉีกขาด รกค้าง และสาเหตุอื่นๆ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดบางรายมีภาวะช็อก ต้องได้รับเลือดทดแทน ตัดมดลูก และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น อีกทั้งแนวปฏิบัติดังกล่าวนี้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ให้การดูแลแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นแล้ว ยังขาดแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการตกเลือดของมารดาหลังคลอด

แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดในห้องคลอดจะอยู่ในเกณฑ์ชี้วัดของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี คือไม่เกินร้อยละ 5 และไม่มีมารดาเสียชีวิต แต่ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลทางสูติกรรม ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล บริการคลอด โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ดังนั้นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกเนื่องจากรกค้างหรือมดลูกหดตัวไม่ดี จึงเป็นประเด็นคุณภาพบริการพยาบาลที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจของพยาบาลในการดูแลมารดาในห้องคลอดให้ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC)⁸ และการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labour (AMTSL) โดยหลักในการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1. การบริหารยา uterotonic drugs เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก 2. การทำ controlled cord traction เพื่อคลอดรก และ 3. uterine massage ภายหลังการคลอดรก⁹ สามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอด และลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 60% รวมทั้งลดความต้องการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อมีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง 50%⁶ และ

มีหลายการศึกษาที่นำ AMTSL มากำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แล้วพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด/ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้⁹⁻¹¹

งานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จึงได้นำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) และนำแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL มาใช้ในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 แต่ยังไม่ได้มีการประเมินผลการดำเนินงาน สำหรับนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสูติกรรม โดยคาดหวังว่าจะสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและการให้บริการแบบเดิม ในด้านอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ

2.1 ข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่บันทึกข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอด) และรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ที่บันทึกในโปรแกรม HosXP จำนวนทั้งสิ้น 1,619 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอด ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ ศอ. 5 ราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2562 – 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 จำนวน 830 คน

- กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ข้อมูลมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอด ร.พ.ส่งเสริมสุขภาพ ศอ. 5 ราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2563 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 จำนวน 789 คน

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี อย่างน้อย 12 เดือน จำนวน 10 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรก

ตัวแปรตาม คือ อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อนโยบายปฏิบัติ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) และแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่ประยุกต์ใช้ AMTSL ในมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอดที่งานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยประเมินจาก

1. อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก หมายถึง จำนวนมารดาหลังคลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ต่อจำนวนมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

2. อัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก หมายถึง จำนวนมารดาหลังคลอดที่เกิดภาวะช็อก ถูกตัดมดลูก ได้รับเลือดทดแทน หรือเสียชีวิตจากการตกเลือด 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ต่อจำนวนมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้แนวปฏิบัติในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หมายถึง แนวทางในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยนำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) และนำแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด พัฒนาโดยทีมสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอด เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 ประกอบด้วยการดูแลทั้งหมด 4 ระยะ ดังต่อไปนี้ 1.ระยะรอคลอด 2.ระยะคลอด 3.ระยะคลอดรก และ 4. ระยะหลังคลอด 2 ชม.

1. ระยะรอคลอด

1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) โดยแบ่งเป็นการประเมิน 2 ระยะ ดังนี้

1.1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ (Admission haemorrhage risk factor)

โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกาย แรกรับและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ดังรายละเอียด

1. กลุ่มเสี่ยงต่ำ	2. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง	3. กลุ่มเสี่ยงสูง
☐ 1. ไม่มีประวัติการผ่าตัดมดลูก ☐ 2. ตั้งครรภ์เดี่ยว ☐ 3. ประวัติคลอดทางช่องคลอดไม่เกิน 4 ครั้ง ☐ 4. ไม่มีประวัติเลือดหยุดยาก ☐ 5. ไม่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน	☐ 1. มีประวัติผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก ☐ 2. มีประวัติคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป ☐ 3. มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ ☐ 4. เคยตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน ☐ 5. มีเนื้องอกมดลูกชนิด intramural ขนาด ≥ 5 ซม. ขึ้นไป ☐ 6. ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์มากกว่า 4 กิโลกรัม ☐ 7. ผู้คลอดอ้วน BMI มากกว่า 35	☐ 1. มีภาวะรกเกาะต่ำชนิด low lying ☐ 2. ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 30% และมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย ☐ 3. มีเลือดสดออกทางช่องคลอด ☐ 4. มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

การแปลผล หากมีความเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 1 ข้อ ให้ดูแลผู้คลอดแบบกลุ่มเสี่ยงสูง

1.1.2 ประเมินความเสี่ยงระหว่างการคลอด (risk factor in labour) และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน

ได้แก่

- ☐ 1. การคลอดในระยะที่ 2 ยาวนาน คือ ระยะที่ 2 ของการคลอดมากกว่า 2 ชั่วโมงในครรภ์แรกและมากกว่า 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง
- ☐ 2. การให้ออกซิโทซินยาวนาน คือ ระยะเวลาการให้ออกซิโทซินมากกว่า 12 ชั่วโมง
- ☐ 3. มีภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบติดเชื้อ
- ☐ 4. ผู้คลอดได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต

การแปลผล

หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ หลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด 1 ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงปานกลาง

หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงระหว่างการคลอดเพิ่มเติม ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

หากผู้คลอดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำแล้วหลังจากนั้นมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระหว่างการคลอด ≥ 2 ข้อ ให้จัดผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง

1.2 สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้แก่ผู้คลอด ในระยะ Latent phase และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับ เพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกได้ด้วยตนเอง

1.3 ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Parthograph และลงบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดให้ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด(Uterine atony) จากการคลอดยาวนาน

1.4 ให้มารดาปัสสาวะก่อนคลอดเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี ลดการขัดขวางการคลอด

2. ระยะคลอด

2.1 จัดท่าเบ่งคลอด Lithotomy ให้ศีรษะสูง การเบ่งคลอดแนะนำให้สุดหายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มปอดในเวลาที่จะเริ่มรู้สึกท้องเริ่มแข็งตัวและกลั้นไว้จนรู้สึกว่าจะท้องแข็งเต็มที่ ออกแรงเบ่งลงสู่ส่วนล่างให้เต็มแรงจนรู้สึกว่าจะไม่สามารถกลั้นลมหายใจได้อีก ใช้มือ 2 ข้างจับข้างเตียง ยกศีรษะและงอตัวจนคางชิดหน้าอก เวลาเบ่งไม่ออกเสียง และพักในระยะมดลูกคลายตัว และให้สารถีทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยเพลียและภาวะขาดน้ำขณะเบ่งคลอด

2.2 ประเมินการหดตัวของมดลูก ปกติมดลูกจะหดตัวทุก 2-3 นาที และระยะการหดตัวประมาณ 40-45 วินาที ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก

2.3 ประเมินระยะเวลาการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม. แนะนำให้เบ่งคลอด แต่ถ้าภายใน 30 นาทียังไม่คลอดทั้งในครรภ์แรกและครรภ์หลัง ให้ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก และรายงานแพทย์ทราบภายในเวลา 1 ชม.เพื่อพิจารณาช่วยเหลือการคลอดต่อไป

2.4 ตัดแผลฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตึง ปากช่องคลอดมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 ซม. และควรตัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุด ลดการสูญเสียเลือด

2.5 ทำคลอดศีรษะทารกโดยใช้มือกดท้ายทอยให้ก้มแล้วงายขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกคลอดผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป และทำการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งในขณะที่ทำคลอดไหล่เพื่อลดการสูญเสียเลือด

2.6 หลังไหล่หน้าทารกคลอดให้ฉีดยา Syntocinon 10 unit IM และหลังทารกคลอด add Syntocinon 20 unit IV drip (IV > 500 ml) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ลดอุบัติเหตุและปัญหาจากการหดตัวไม่ดีหลังคลอด ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดีขึ้น

3. ระยะคลอดรก

3.1 ใช้ถุงตวงเลือดเพื่อคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ภายหลังกคลอดแล้วใช้ถุงตวงเลือดบูโดยสอดมือทั้งสองข้างเข้าไปในช่องที่ปากถุง สอดปากถุงไปได้ก้นของผู้คลอดโดยให้ผู้คลอดยกก้นขึ้น สอดถุงตวงเลือดเข้าไปได้ก้นจนถึงบริเวณเอว

3.2 สอนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก (ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี รกลอกตัวได้ดีตามมา

3.3 ทำคลอดรกดด้วยวิธี Controlled cord traction เพื่อให้รกลอกตัวและหลุดออกจากช่องคลอดได้เร็วขึ้น เป็นการลดการสูญเสียเลือด โดยการรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบาๆ ขณะที่มืออีกข้างหนึ่งกดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า เป็นการ Control traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ผลักส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูก

หัวเหน่าขึ้นไปทางศีรษะมารดา พร้อมดึงสายสะดือลงเบาๆ ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงให้หยุดดึงแล้วรวมมดลูกหดตัวครั้งต่อไป จึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อยๆ จนรกสามารถคลอดออกมาได้

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

3.5 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก หากสงสัยมีเศษรกค้างให้รายงานแพทย์เพื่อทำการอัลตราซาวด์ ขูดมดลูก หรือให้การรักษาอื่นๆต่อไป

3.6 ตรวจสอบ ช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ Hematoma และไล่ก้อนเลือดให้ออกจากโพรงมดลูกให้หมด

3.7 ถ้าตรวจพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดีให้ Methergin 0.2 mg. IM โดยก่อนให้ยาต้องตรวจสอบว่าผู้คลอดไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคอื่นๆอันเป็นข้อห้ามในการให้ยา

3.8 ในระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ(กรณีที่มีแผลฝีเย็บ) ให้ตรวจสอบระดับเลือดในถุงตวงเลือดและการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หากมารดาเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิตรให้รายงานแพทย์

3.9 หลังจากเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ให้ดูปริมาณเลือดจากสเกลของถุงตวงเลือด และบันทึกปริมาณเลือดที่ออก

4. ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ประเมินและเตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนย้ายไปตึกหลังคลอด

4.1 จัดให้อยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง

4.2 วัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอดทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง

4.3 ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง

4.4 ตรวจสอบลักษณะปัสสาวะของผู้คลอด ถ้าพบปัสสาวะ หรือผู้คลอดปวดปัสสาวะ แนะนำให้ปัสสาวะเองที่เตียง แต่หากปัสสาวะเองไม่ออกให้พยาบาลสวนปัสสาวะทิ้ง พร้อมทั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกหรือแนะนำให้ปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด

4.5 ดูแลให้คลึงมดลูกทุก 15 นาที นาน 60 วินาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

4.6 ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบปัญหาให้ทำการแก้ไข

4.7 ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4.8 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอดปกติ หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

4.9 บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลความเสี่ยงของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด

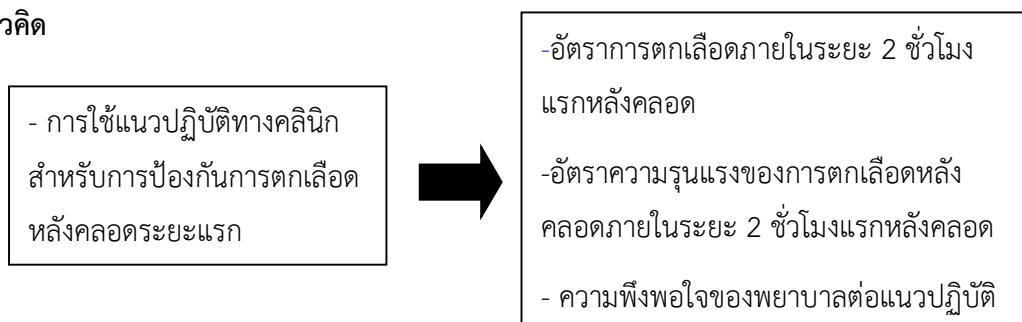
4.10 สังเกตสภาพทั่วไปของผู้คลอดก่อนย้ายไปตึกหลังคลอดดังนี้ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ประเมินลักษณะของแผลฝีเย็บ ตรวจสอบภาวะปัสสาวะ อาการช็อค อ่อนเพลีย หรือสอบถามเกี่ยวกับอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ/ใจสั่นเวลาลุกนั่ง ดูแลความสะอาดเรียบร้อยทั่วไปของร่างกายและเสื้อผ้า ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และเปลี่ยนผ้าอนามัยให้ผู้คลอด และก่อนย้ายพยาบาลต้องประสานงานกับตึกหลังคลอด เพื่อส่งต่ออาการของผู้คลอดและรายละเอียดข้อมูลอื่นๆ

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก หมายถึง การที่มีการดามีการสูญเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือดเป็นเครื่องมือในการวัดปริมาณเลือด

พยาบาล หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ความพึงพอใจของพยาบาล หมายถึง ทศนคติและความรู้สึกที่ดี ซึ่งเกิดจากการรับรู้และการประเมินจากประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยคำนึงความคิดเห็นด้านความสามารถป้องกันการตกเลือดได้ ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ด้านความสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในภาพรวม

กรอบแนวคิด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด เป็นการสอบถามความคิดเห็น ด้านความสามารถป้องกันการตกเลือด ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ ด้านความสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด รูปแบบของคำถามประกอบด้วยคำถามแบบปลายปิด (close- ended questions) ให้เลือกตอบคือ ระดับความพึงพอใจให้เลือกตอบความรู้สึก ได้แก่ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยงานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

5.1 ขั้นตอนเตรียมการ

5.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อขอข้อมูลทำการศึกษาวิจัย

5.1.2 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2564 เอกสารรับรองเลขที่ 10/2564

5.1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าห้องคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

5.2 ขั้นตอนปฏิบัติการ มีขั้นตอนดังนี้

5.2.1 จัดประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

5.2.2 รวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ให้ดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม Hosxp เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2562 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 สำหรับนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนมารดาหลังคลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนมารดาหลังคลอดที่เกิดภาวะช็อก ถูกตัดมดลูก ได้เลือดทันท่วงที หรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด) ในช่วง 12 เดือนก่อนการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปเปรียบเทียบกับอัตราการตกเลือดและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหลังคลอดในช่วง 12 เดือนหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

5.3 ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและมอบแบบสอบถามความพึงพอใจให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง

5.4 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น

6.1 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Source of Data) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลำดับ การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดระหว่างวันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดย

6.1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.1.2 อัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราการตกเลือดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.1.3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อมูลที่ได้นำมาทดสอบวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

6.2 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ได้แก่ ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 830 คน ระหว่างเดือนมีนาคม 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ 2563 และกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก จำนวน 789 คน ระหว่างเดือนมีนาคม 2563 – เดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะทั่วไปที่ใกล้เคียงกัน คือ มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี (กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 53.7 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 57.5) ตั้งครรภ์แรก (กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 42.7 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 44.5) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.(กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 24.1 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 22.1) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี (กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 23.3 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 25.0) มีอาชีพรับจ้าง (กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 38.6 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 38.2) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ร้อยละ 86.7 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ร้อยละ 87.2) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มมารดาคลอดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (n=830)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=789)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ				
< 20 ปี	113	13.6	76	9.6
20 – 29 ปี	446	53.7	454	57.5
30 – 39 ปี	256	30.9	246	31.2
> 39 ปี	15	1.8	13	1.7
	$(\bar{X}= 26.90, S.D. = 5.770)$		$(\bar{X}= 27.30, S.D. = 5.412)$	
ลำดับการตั้งครรภ์				
ครรภ์ที่ 1	354	42.7	351	44.4
ครรภ์ที่ 2	290	34.9	280	35.5
ครรภ์ที่ 3	137	16.5	111	14.1
ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	49	5.9	47	6.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	50	6.0	40	5.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	138	16.6	127	16.1
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	200	24.1	174	22.1
ปวส.	71	8.6	95	12.0
ปริญญาตรี	193	23.3	197	25.0
ปริญญาโท/ปริญญาเอก	21	2.5	17	2.1
ไม่ระบุ/ไม่ทราบ	157	18.9	139	17.6
อาชีพ				
รับราชการ	48	5.8	50	6.3
รัฐวิสาหกิจ	5	0.6	11	1.4
รับจ้าง	320	38.6	301	38.2
เกษตรกรรวม	24	2.9	23	2.9
ค้าขาย	148	17.8	134	17.0
พนักงานเอกชน	63	7.6	69	8.7
นักเรียน แม่บ้าน (ไม่ได้ทำงาน)	222	26.7	201	25.5
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์				
มี	110	13.3	101	12.8
ไม่มี	720	86.7	688	87.2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มมารดาที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 830 คน มีปริมาณการเสียเลือดมากที่สุดในช่วง 500 – 599 มิลลิลิตร จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 รองลงมาคือ มีปริมาณการเสียเลือด 700 -799 มิลลิลิตร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 มีปริมาณการเสียเลือดตั้งแต่ 1000 มิลลิลิตรขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 และมีปริมาณการเสียเลือด 600 - 699 มิลลิลิตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจำนวน 793 คน มีปริมาณการเสียเลือดมากที่สุดในช่วง 500 – 599 มิลลิลิตร จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 รองลงมาคือมีปริมาณการเสียเลือด 600 -699 มิลลิลิตร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 และมีปริมาณการเสียเลือดตั้งแต่ 700-799 มิลลิลิตร จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตาม

ปริมาณการเสียเลือด ระยะแรก	กลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับการ ดูแลตามปกติ (n=830)		กลุ่มมารดาคลอดที่ได้รับ การดูแลโดยใช้แนว ปฏิบัติทางคลินิก (n=789)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร	810	97.6	772	97.9
500 - 599 มิลลิลิตร	11	1.3	7	0.9
600 - 699 มิลลิลิตร	2	0.2	4	0.5
700 - 799 มิลลิลิตร	4	0.5	3	0.4
800 - 899 มิลลิลิตร	0	0.0	1	0.1
900 - 999 มิลลิลิตร	0	0.0	1	0.1
ตั้งแต่ 1000 มิลลิลิตรขึ้นไป	3	0.4	1	0.1

แนวทางปฏิบัติทางคลินิกจำแนกตามปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดระยะแรก

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 830 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 และกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 793 คน มีการตกเลือด หลังคลอด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกจำแนกตามอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

อุบัติการณ์	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=830)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=793)		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	20	2.4	17	2.2	0.743

* Fisher 's exact probability test

เมื่อเปรียบเทียบอัตรามารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 830 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 และกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 793 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกจำแนกตามความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

อุบัติการณ์	กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=830)		กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (n=789)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ภาวะช็อก	0	0	0	0	
ตัดมดลูก	0	0	0	0	
ได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด	3	0.36	0	0	< 0.001
เสียชีวิต	0	0	0	0	

* Fisher 's exact probability test

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ($\bar{X} = 39.70$ SD = 9.94) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 30 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และ 26-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 พยาบาลเคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 และไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N = 10)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	100
ชาย	0	0
อายุ		
21-30 ปี	2	20
31-40 ปี	5	50
41-50 ปี	1	10
51-60 ปี	2	20
$(\bar{X} = 39.70, S.D. = 9.94)$		
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	3	30
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	7	70
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
น้อยกว่า 5 ปี	2	20
5-10 ปี	4	40
11-15 ปี	1	10
15-20 ปี	0	0
21-25 ปี	0	0
26-30 ปี	2	20
มากกว่า 30 ปี	1	10
ประวัติการเข้ารับการอบรมด้านการป้องกัน		
การตกเลือดหลังคลอด		
เคย	5	50
ไม่เคย	5	50

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่ทดลองใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดจำนวน 10 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 50) และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 5 คน (ร้อยละ 50) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่านโยบายปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ดังแสดง ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

ความพึงพอใจ	จำนวน (N = 10)	ร้อยละ
1. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย		
พึงพอใจ ในระดับมาก	5	50
พึงพอใจ ในระดับปานกลาง	5	50
2. ความคิดเห็น		
2.1 ด้านความสามารถในการป้องกันการตกเลือดได้		
เห็นด้วย	10	100
2.2 ด้านความสามารถปฏิบัติได้ทุกข้อ		
เห็นด้วย	10	100
2.3 ด้านความสามารถใช้นโยบายได้อย่างต่อเนื่อง		
เห็นด้วย	10	100

สรุปผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้สรุปประเด็นสำคัญในการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกไม่แตกต่างกับกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p = 0.743$)

2. กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < 0.001$)

3. พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 50) และมีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง 5 คน (ร้อยละ 50) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่านโยบายดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจะมีการทำ active management of the third stage of labor (AMTSL) โดยมีหลักการดังนี้ ฉีดยาออกซิโทซิน 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อที่หลังคลอด หีบสายสะดือหลังทารกคลอด 1-3 นาทีและการทำคลอดด้วยวิธี controlled cord traction และได้มีการนำการทำ AMTSL มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ

The California Maternal Quality Care Collaborative (CMQCC) มีการแบ่งระดับเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดแต่ละราย จึงทำให้การดูแลผู้คลอดในกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงมีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งต่างจากการดูแลกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติที่ยังไม่มีการทำ AMTSL และไม่มีการแบ่งระดับเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของผู้คลอดแต่ละราย จึงทำให้การดูแลผู้คลอดในกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัย เรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มารดาที่คลอดทางช่องคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ลดลง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ไม่แตกต่างกับกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 830 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติจำนวน 793 คน มีการตกเลือดหลังคลอด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 2.2 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า มีสัดส่วนการตกเลือดไม่แตกต่างที่นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า น่าจะเป็นผลจากการประมาณการสูญเสียเลือดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงไว้มาก (under estimate) การดูแลผู้คลอดตามปกติใช้วิธีการคาดคะเนสูญเสียเลือดด้วยตาเปล่า ความคลาดเคลื่อนไปตามประสบการณ์ของผู้ประเมิน โดยทั่วไปความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการคาดคะเนปริมาณเลือดที่สูญเสียด้วยตาเปล่าจะสามารถคาดคะเนได้แม่นยำในกรณีที่มีการสูญเสียเลือดเล็กน้อยเท่านั้น เลือดบางส่วนที่รั่วไหลไปกับวัสดุและผ้าที่ใช้ซับหรือทำความสะอาดในระหว่างการคลอดมักไม่ถูกนำมาประเมินด้วย สำหรับกลุ่มผู้คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีการใช้ถุงตวงเลือดในระยะคลอด ทำให้สามารถคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำภายหลังทารกคลอด ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ รสสุคนธ์ จันทรดาประดิษฐ์ และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัดปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด²⁹ พบว่าปริมาณเลือดที่ประเมินโดยการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มมากกว่าปริมาณเลือดที่ได้จากการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสัดส่วนของมารดาที่สูญเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิลิตร และ 500 มิลลิลิตร จากการประเมินปริมาณเลือด โดยการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์ม มากกว่าการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มในการประเมินปริมาณเลือดได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างชัดเจน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มารดาที่คลอดทางช่องคลอด ในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ลดลง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีอัตราความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 830 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทนหลังคลอด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 และกลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจำนวน 793 คน มีจำนวนการได้รับเลือดทดแทน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability) พบว่า กลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการดูแลมารดาคลอดทางช่องคลอดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทำให้มารดาคลอดทางช่องคลอดทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกตามหลัก AMTSL ในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกจนถึงจำหน่ายออกจากห้องคลอด ส่งผลให้มารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีอัตราการตกเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวรพรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี⁵² ผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดในระดับมาก 5 คน (ร้อยละ 50) และมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง 5 คน (ร้อยละ 50) โดยพยาบาลร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ และสามารถใช้นโยบายนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าการนำแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำมาปฏิบัติได้จริง เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสู่การปฏิบัติในคลินิก รวมทั้งการเตรียมในด้านเนื้อหาและวิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกจากผู้ศึกษา ตลอดจนการได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเห็นถึงความเหมาะสม และความชัดเจนของแนวปฏิบัติว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้ทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติ

มีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชนนท์ ศิริมาศและคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกนคร⁴¹ โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลลัพธ์จากการปฏิบัติร่วมกันของพยาบาล คือ มีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ร้อยละ 85 และนำแนวปฏิบัติมาใช้ร้อยละ 97.3

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.1 มีการจัดอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการทำคลอดรกแบบควบคุมการดึงสายสะดือจนชำนาญ เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

1.2 มีการสนับสนุนให้พยาบาลเรียนเฉพาะทางด้านสูติกรรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแล ผู้คลอด

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

2.1 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไปใช้ ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานเกี่ยวกับทีมพยาบาล ผู้คลอด สถานที่ และอุปกรณ์ก่อนเสมอ เพื่อให้การบริการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 ควรทำความเข้าใจแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกกับทีมพยาบาลก่อนนำไปใช้ และมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกให้มีความทันสมัย และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้เกิดผลดีมีประสิทธิภาพต่อผู้คลอดรวมทั้งควรมีการเผยแพร่องค์ความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ได้ให้แก่หน่วยงานอื่นและผู้สนใจอย่างสม่ำเสมอ

3. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ต้นทุนการรักษา ภาระงานของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO; 2015: 16-21.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังมารดาตายสำหรับประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202103/m_news/28669/203651/file_download/83a70991c77a096030ca5d0878b23295.pdf
3. WHO. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta [Internet]. 2014[cited 2020 Mar 5]. Available from: [https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20220516144152_4445/20220516145110_4354 .pdf](https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20220516144152_4445/20220516145110_4354.pdf)
4. Pornsak Satapornteera, Sakda Arj-Ong, Oraphan Aswakul. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in MaharatNakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012;20:21-28.
5. Lim PS, Sulaiman AS, Lee CY, Shafiee MN, Omar MH, Yassin MA, et al. Uterine Atony: Management Strategies. INTECH Open Access Publisher 2012;1:97-128
6. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ. ตำราภาวะฉุกเฉินทางสูติ – นรีเวช. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
7. หน่วยงานห้องคลอด ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. รายงานสถิติผู้คลอดและตกเลือดหลังคลอด. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2562.
8. Bing D, Melsop K, Main E. CMQCC obstetric hemorrhage hospital level implementation guide. California: Stanford University; 2010.
9. WHO. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
10. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว [อินเทอร์เน็ต]. 2558[เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_019.pdf
11. สุทาร์ตน์ ชูรส. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทของพยาบาล. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2562;33(1):181-192.