

รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

THE RISK MANAGEMENT MODEL IN POSTPARTUM HEMORRHAGE PATIENTS. MINISTRY OF
PUBLIC HEALTH; REGION 5 RATCHABURI.

อมรศรี พังเครือ

บทนำ

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และตึกหลังคลอด จำนวน 29 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (การสูญเสียเลือดจากการคลอด) จากข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนของโรงพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลของมารดาหลังคลอดระยะแรก และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติสำหรับป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด หลังคลอด ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ภายหลังการใช้รูปแบบพบ 1) อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเหลือร้อยละ 1.59 2) ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 3) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD = 0.41)

Abstract

This project was a descriptive research that was aimed to study the risks management of postpartum complications. Participants are 29 midwives of Labor Room and Recover Room. It was purposive selection. Data collections-tools consisted of: 1.) Data recorder form of General Health Information (Postpartum hemorrhage). In this research, the data from electronic medical record and medical record form the hospital. 2.) Health recorder of postpartum mom. 3.) Satisfaction Questionnaires about the nursing care methods to prevent and to solve Postpartum hemorrhage. Content Validity was managed by 3 specialists, with and Index Content Validity (IOC) between

.67-1.00 and a confidence level of .95. Data analysis methods by using descriptive statistics and paired t-tests.

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

Keyword: postpartum hemorrhage, risk management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์กรหลักทางสูติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำนิยามของการตกเลือดหลังคลอด ในปี ค.ศ. 2017 หมายถึงการเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตร ขึ้นไปภายใน 24 ชั่วโมง หลังการคลอดหรือการเสียเลือดจนทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของสารน้ำในร่างกายไม่เพียงพอ¹ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ องค์กรทางสูติศาสตร์อื่น ๆ และแม้แต่วิธีปฏิบัติในประเทศไทยยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักเกี่ยวกับเกณฑ์ปริมาณเลือดที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากการใช้คำนิยามใหม่จะช่วยให้การวินิจฉัยภาวะนี้มีความถูกต้องมากขึ้น แต่อาจส่งผลเสียให้การดูแลรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็นได้เช่นกัน โดยธรรมชาตินั้นการกะเนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริงเสมอ จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 15 ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งจะมีอาการที่ชัดเจนของการเสียเลือด เช่น ซีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ กระสับกระส่าย แสดงว่ามีการเสียเลือดในปริมาณมาก และต้องได้รับแก้ไขให้ทันที่ การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดของมารดาทั่วโลก คิดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุ มารดาตาย² จากสถิติของกรมอนามัยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 20.29, 34.68 และ 25.36 ตามลำดับ³ เช่นเดียวกับข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 5 ในปี พ.ศ.2563-2565 พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อแสนการเกิดเท่ากับ 25.20 (11 ราย) 37.35 (15 ราย) และ 26.86 (10 ราย) ตามลำดับเช่นเดียวกับข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 2.29 , 1.89 และ 2.75 ตามลำดับ โดยพบอัตราการเกิดภาวะ ซ็อกจากตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 11.00, 7.00 และ 10.00 ตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์

ดังกล่าวสิ่งที่สำคัญที่ช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด คือการค้นหา ฝ้าระวัง และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือด หลังคลอด โดยการประเมินความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่แรกรับในห้องคลอด การดูแลในขณะคลอดและหลังคลอด เพื่อลดการเสียเลือดในระยะคลอด จึงเป็นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด อุบัติการณ์ที่บอกถึงสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบเทียบหลังดำเนินการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสร้างเครื่องมือประเมินการตกเลือดหลังคลอด ของศิริวรรณ วิเลิศและคณะ ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลต่อไป อุบัติการณ์การเกิดจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น การศึกษาสถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดจำนวน 26 ราย ร้อยละ 0.64 สาเหตุหลักคือ รกหรือเศษรกค้าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดระยะที่ 3 วิธีการคลอดรก ความสมบูรณ์ของรก ความผิดปกติของรก และการใช้ยากระตุ้นมดลูกในระยะคลอด⁶ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญศึกษา การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน มีการศึกษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้มารดาเข้ารับการรักษาในไอซียูโดยไม่ได้วางแผน ทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกเพิ่มขึ้น ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาจึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้เป็นอย่างดี จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดของ The University of Utah⁷ และใช้แนวทาง B-BUBBLE⁸ ในการประเมินเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4T's ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด⁹ วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์ ได้ทำการศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด พบว่า จากการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใช้ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ด้วยการตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ และในระหว่างรอคลอดมีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับการดูแลแบบ AMTSL: Active management of third stage of labor¹ มาปรับใช้ระยะเวลา 7 เดือน พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดเพียงร้อยละ 0.25 และไม่พบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด¹⁰

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัยขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) การพยาบาลมารดา และทารกต้องมีมาตรฐานและคุณภาพการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกโดยเฉพาะความเสี่ยงที่ป้องกันได้ ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีได้กำหนดอัตราการตกเลือดหลังคลอดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดของปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 28 ราย พบว่ามี 3 รายตกเลือดที่ตึกหลังคลอดเกิดภาวะช็อก 1 รายและพบว่าการพยาบาลมารดา เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีการดูแลเช่นเดียวกันทุกรายขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้การดูแลตามระดับ ความเสี่ยง การประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลผู้ดูแลที่มาปฏิบัติงานใหม่ยังขาดทักษะ ประสิทธิภาพ และยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญในแนวทางการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด หลังคลอดอย่างแท้จริงโดยเฉพาะในตึกหลังคลอด จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงจนอาจทำให้เสียชีวิตได้ การตกเลือดจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการเกิด การตกเลือดหลังคลอด

การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นระบบงานที่สำคัญที่ส่งเสริมความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่ผู้คลอด และผู้ให้บริการ เมื่อเกิดความเสี่ยงขึ้นในระบบบริการ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ขาดความเชื่อมั่นในการรับบริการ ในการพัฒนาระบบงานบริหาร ความเสี่ยงจะต้องอาศัยมาตรฐานต่างๆ มาใช้ โดยองค์กรต้องมีการกำหนดนโยบายความปลอดภัยเป็นเป้าหมายหลักของการบริการรวมถึงกำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทราบและปฏิบัติตามแนวทางเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย¹¹ จากการจัดลำดับความเสี่ยงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับ 1 ของโรงพยาบาล เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้คลอด ที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตและสุขภาพ เช่น เกิดภาวะช็อก ไตวาย ต้องผ่าตัดมดลูก เสียชีวิตหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี มีการปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่องแต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลที่ต้องมี การพัฒนาต่อไป

ด้วยนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราการเสียชีวิตจากการ ตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยในที่ดูแลห้องคลอด ห้องผ่าตัด หอทารกแรกเกิดป่วย และหอผู้ป่วยใน เลขาที่มำนาทางสูติกรรมเห็นความสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงที่เกิดกับผู้คลอด จึงได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้คลอด ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อแก้ไขและลดอุบัติการณ์ มารดาตกเลือดหลังคลอดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภาวรรณ รัตนพิทักษ์¹⁰ ที่มีการประเมินค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการตกเลือด หลังคลอด ในรายที่พบความเสี่ยงมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมต่อระดับความเสี่ยง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานเพื่อ

แก้ไขและปฏิบัติการมารดาตกเลือดหลังคลอดสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดอัตราการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงได้ทบทวนผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในทีมสหสาขา เป็นกระบวนการที่จะทำให้ปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดลดลง และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องสามารถศึกษารายละเอียดนำไปใช้ดูแล ผู้คลอดในทุกระยะของการคลอด ช่วยเหลือมารดาได้อย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงจากการเสียเลือด ส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี
2. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และประเมินผลการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงที่ได้พัฒนาขึ้นดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์ภาวะการตกเลือดหลังคลอด โดยร่วมกันหาปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุ แบ่งเป็น 2 วิธีการ ได้แก่ ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม

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

วิธีที่ 2 การสนทนากลุ่มตามแนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุและการวางแผนในการแก้ไขปัญหาประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 29 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 6 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

2.แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนทางป้องกัน และการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทบทวนแนวทางการดูแล แก้ไขภาวะการตกเลือด หลังคลอดในแต่ละระยะ 2) สาเหตุของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ 3) แนวทางการดูแล ป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือด หลังคลอดแต่ละระยะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุ ความเสี่ยง การวางแผนทางป้องกัน และการแก้ไขปัญหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการจบสาขาการพยาบาลเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาได้ค่า IOC เท่ากับ 1.0 หลังจากได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้แก้ไขและปรับปรุงให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 โดยรวบรวมอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงานเวชระเบียนของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการนำข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSXP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอดนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่มีการเสียเลือดทางช่องคลอดปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร และเสียเลือดปริมาณมากกว่า 1000 มิลลิลิตรในกรณีที่ผ่าตัดคลอด) และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (จำนวนผู้คลอดที่เกิดภาวะช็อก ถูกตัดมดลูก ได้เลือดทดแทนหรือเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด) ที่ผ่านมา

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมา เรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยผู้วิจัยและทีมได้นำผลสรุปในระยะที่ 1 ร่วมกับสืบค้นแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยทบทวนแนวปฏิบัติเดิม

ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T² แนวทางของคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต เขตสุขภาพที่ 5 และปรับปรุงพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้นเพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบและบริบทของการดูแลผู้คลอด มาพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยง หลังจากนั้นนำรูปแบบบริหารความเสี่ยง ไปประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ใน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

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

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงและการประเมินผล เป็นการนำรูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดไปปฏิบัติ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงแรกรับและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การดูแลผู้คลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด

2) คู่มือแนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของงานห้องคลอด และคู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแก่ผู้คลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในจากโปรแกรม HOSXP บันทึกข้อมูลรายบุคคลของผู้คลอดประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง ข้อมูลการคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด

2) แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลต่อการใช้นโยบายสำหรับการป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด ตึกหลังคลอด ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบวัดมาตรา ประเมินค่า มี 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจระดับน้อย ระดับปานกลาง และความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ สูติแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความง่ายในการนำไปใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 คน จากนั้นนำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 เอกสารรับรองเลขที่ 4/2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารโรงพยาบาลโดยชี้แจง วัตถุประสงค์และประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วม โครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มี ผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะนำเสนอเป็น ภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมกลุ่มทีมผู้ดูแลในเวทีการประชุมทีมนำสูติกรรม (PCT สูติกรรม) เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา และการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด
2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดหลังใช้ รูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยประสานกับงาน เวชระเบียนของ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในการดึงข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรม HOSXP เฉพาะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566 แล้วนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลัง คลอดในระยะแรก และสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก
3. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วย ตกเลือดหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลรายงานการคลอดของผู้คลอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 – 30 กันยายน พ.ศ.2566 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. อัตราผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และอัตราผู้คลอดที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดย

1.1 การศึกษาสถานการณ์ และสภาพปัญหาภาวะการตกเลือดหลังคลอดโดยการวิเคราะห์ เวกะเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปีงบประมาณ 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จำนวน 28 ราย พบว่ามารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 10.71 มีภาวะช็อก ร้อยละ 3.57 และจากการสนทนากลุ่ม พบว่าการพยาบาลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดมีการดูแลและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกราย แต่พบว่าขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่ต้องเฝ้าระวัง การดูแลตามระดับความเสี่ยงและการประเมินปัจจัยเสี่ยงไม่ครอบคลุมตั้งแต่แรกได้รับ รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลเป็นพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ ยังขาดทักษะ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในการดูแล ป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด

1.2 การพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด โดยปรับปรุงพัฒนาร่วมกันของ

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

1.การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แบ่งเป็นการประเมิน 2 ระยะ ดังนี้ 1)ประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ (Admission hemorrhage risk Factor) โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอด

และการตรวจร่างกายแรกรับและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มเสี่ยงสูง 2) ประเมินความเสี่ยงระหว่างการคลอด (risk factor in labor) และรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน

2.แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย

ระยะรอคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) แรกรับ คัดกรองความเสี่ยงประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกรับ (Admission hemorrhage risk) ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง โดยดูจากประวัติการฝากครรภ์ ผลการอัลตราซาวด์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชักประวัติจากผู้คลอดและการตรวจร่างกายแรกรับและรายงานสูติแพทย์ร่วมประเมิน เพื่อแบ่งกลุ่มผู้คลอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง เพื่อให้การช่วยเหลือตั้งแต่ต้นโดยถ้าเป็นภาวะฉุกเฉินต้องผ่าตัดก็เตรียมผ่าตัดอย่างรวดเร็วเตรียมจองเลือดในรายที่ต้องผ่าตัดทุกราย เจาะ Hct Stat ในวันแรกที่ Admit ที่ห้องคลอดถ้าพบ Hct < 33% รายงานแพทย์

2) เตรียมความพร้อมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทุกรายคลอดตั้งแต่ระยะ active โดยการให้สารน้ำเข้าเส้นเลือดในรูป isotonic fluid และเก็บClot Blood ทุกรายเพื่อเตรียมพร้อมในการผ่าตัดและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

3) สอนและสาธิตการคลึงมดลูกให้แก่ผู้คลอด ในระยะ Latent phase และให้ผู้คลอดสาธิตย้อนกลับเพื่อเป็นการเตรียมผู้คลอดในการคลึงมดลูกได้ด้วยตนเอง

4) ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Partograph และลงบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดให้ถูกต้อง ชัดเจนและต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงมดลูกอ่อนล้าหลังคลอด(Uterine atony) จากการคลอดยาวนาน

5) ให้มารดาปัสสาวะก่อนคลอดเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดรัดตัวดีลดการขัดขวางการคลอด

ระยะคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การจัดท่าเบ่งคลอด Lithotomy ให้ศีรษะสูง การเบ่งคลอด แนะนำให้สูดหายใจเข้าลึก ๆ ให้เต็มปอดในเวลาที่เริ่มรู้สึกท้องเริ่มแข็งตัวและกลั้นไว้จนรู้สึกท้อแข็งเต็มที่ ออกแรงเบ่งลงสู่ส่วนล่างให้เต็มแรงจนรู้สึกท้อไม่สามารถกลั้นลมหายใจได้อีก ใช้มือ 2 ข้างจับข้างเตียง ยกศีรษะและงอตัวจนคางชิดหน้าอก เวลาเบ่งไม่ออกเสียง และพักในระยะมดลูกคลายตัว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยเพลียและภาวะขาดน้ำขณะเบ่งคลอด

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

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

4) การตัดแผลฝีเย็บเมื่อเห็นฝีเย็บโป่งตึง ปากช่องคลอดมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 3-4 เซนติเมตร และควรตัดในรายที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อให้เส้นเลือดบริเวณปากช่องคลอดถูกตัดน้อยที่สุดลดการสูญเสียเลือด

5) การทำคลอดศีรษะทารกโดยใช้มือกดท้ายทอยให้ก้มแล้วเงยขึ้นอย่างช้าๆ เพื่อไม่ให้ศีรษะทารกคลอดผ่านช่องคลอดเร็วเกินไป และทำการ safe perineum เพื่อป้องกันการฉีกขาดของฝีเย็บ ไม่ให้ผู้คลอดเบ่งในขณะที่ทำคลอดไหลเพื่อลดการสูญเสียเลือด

6) การบริหารยา Syntocinon โดยหลังไหล่น้ำทารกคลอดให้ฉีดยา Syntocinon 10 unit IM และหลังทารกคลอด add Syntocinon 20 unit IV drip (IV > 500 ml) เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกลดอุบัติเหตุและปัญหาจากการหดตัวไม่ดีหลังคลอด ช่วยให้มีมดลูกหดตัวดีขึ้น

ระยะคลอดรก มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) การใช้ถุงตวงเลือดเพื่อคำนวณจำนวนเลือดที่สูญเสียไปได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ภายหลังทารกคลอดแล้ว ใช้ถุงตวงเลือดบูโดยสอดมือทั้งสองข้างเข้าไปในช่องที่ปากถุง สอดปากถุงไปได้ก้นของผู้คลอดโดยให้ผู้คลอดยกก้นขึ้น สอดถุงตวงเลือดเข้าไปได้ก้นจนถึงบริเวณเอว

2) การสวนปัสสาวะก่อนทำคลอดรก (ในรายที่กระเพาะปัสสาวะเต็ม) เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกหดตัวดี รกลอกตัวได้ดีตามมา

3) การทำคลอดรกดด้วยวิธี Controlled cord traction เพื่อให้รกลอกตัวและหลุดออกทางช่องคลอดได้เร็วขึ้น เป็นการลดการสูญเสียเลือด โดยการรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบา ๆ ขณะที่มืออีกข้างหนึ่งกดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า เป็นการ Control traction เพื่อป้องกันมดลูกปลิ้น ผลักส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่าขึ้นไปทางศีรษะมารดา พร้อมทั้งสายสะดือลงเบา ๆ ถ้ารกไม่เคลื่อนต่ำลงให้หยุดดึงแล้วรอมดลูกหดตัวครั้งต่อไป จึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อย ๆ จนรกสามารถคลอดออกมาได้

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

5) การตรวจความสมบูรณ์ของรกและเยื่อหุ้มเด็ก หากสงสัยมีเศษรกค้างให้รายงานแพทย์เพื่อทำการอัลตราซาวนด์ ขูดมดลูกหรือให้การรักษาอื่น ๆ ต่อไป

6) การตรวจสอบช่องทางคลอด แผลฝีเย็บ Hematoma และลิ่มก้อนเลือดให้ออกจากโพรงมดลูกให้หมด

7) การรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมถ้ามีการเสียเลือดตั้งแต่ 300 ซีซี

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

9) ในระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ(กรณีที่มีแผลฝีเย็บ) ให้ตรวจสอบระดับเลือดใน ถุงตวงเลือดและการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที หากมารดาเสียเลือดมากกว่า 300 มิลลิตรให้รายงานแพทย์ หากไม่มีอาการผิดปกติหลังจากเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ให้ดูปริมาณเลือดจากสเกลของถุงตวงเลือด และบันทึกปริมาณเลือดที่ออก

ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง มีแนวปฏิบัติดังนี้

1) จัดให้อยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่
2) วัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังคลอดรทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 30 นาทีในชั่วโมงที่สอง

3) ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมง
4) ตรวจสอบลักษณะโป่งนูนของกระเพาะปัสสาวะ ถ้าพบโป่งนูนหรือผู้คลอดปวดปัสสาวะ แนะนำให้ปัสสาวะเองที่เตียง แต่หากปัสสาวะเองไม่ออกให้พยาบาลสวนปัสสาวะทิ้ง พร้อมทั้งบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกหรือแนะนำให้ปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด

5) ดูแลให้คลั่งมดลูกทุก 15 นาที นาน 60 วินาที เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
6) ประเมินแผลฝีเย็บที่ 1 และ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าพบปัญหาให้ทำการแก้ไข
7) ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การสังเกตน้ำคาวปลา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้การใช้เทคนิคการสร้างความรู้สุขภาพ (Health Literacy)

8) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการดูแล เช่น หลังคลอดปกติ หลังคลอดมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน

9) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และข้อมูลความเสี่ยงของผู้คลอดที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือดหลังคลอด

10) ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตึกหลังคลอดเช่น ปริมาณการเสียเลือด ยาที่ได้รับ ภาวะเสี่ยงสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก

แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด มีแนวปฏิบัติดังนี้

1.) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ในระดับปานกลางเมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับปานกลาง (Moderate risk) ควรให้การดูแลโดยติดตามความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของการมีเลือดออกอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ดังนี้

1.1 วัดสัญญาณชีพประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอedmดลูกทุก 30 นาที ในระยะ

2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอดหรือห้องผ่าตัด

1.2 สังเกตเลือดออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ซึ่งผ้าอนามัยและบันทึกทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด หากไม่พบความผิดปกติในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามประเมินและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

1.3 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ต่อไปอีกจนครบ 12-18 ชั่วโมงหลังคลอด

1.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง

1.5 นำอาหารมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมแม่เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก

1.6 ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2) การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูงเมื่อพยาบาลประเมินมารดาหลังคลอดและพบปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระดับสูง (High risk) พยาบาลต้องให้การดูแลเบื้องต้นตามแนวทางการป้องกันตกเลือดหลังคลอดของหน่วยงานได้ทันที ดังนี้

2.1 จัดให้มารดาอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด

2.2 ติดตามวัดสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 5-15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด

2.3 ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอedmดลูกทุก 15 นาที

2.4 ประเมินกระเพาะปัสสาวะเต็มและกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะเองภายใน 4-6 ชั่วโมง นับจากการปัสสาวะครั้งสุดท้ายของมารดา หากพบว่ามีการเพาปัสสาวะเต็มและมารดาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ทำการสวนปัสสาวะทิ้ง

2.5 ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยด 120 - 140 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

2.6 หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกของการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์ตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที

2.7 หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดทำนอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตรต่อนาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมองใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณน้ำเข้า-น้ำออก เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด isotonic อีก 1 เส้น เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกาย เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอผลด่วน และจองเลือด Pack red cells 2 ยูนิต

2.8 ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

1. ผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอด โดยหลังจากมีการนำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่เพิ่มแนวปฏิบัติ

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

ตกหลังคลอด

1.1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด พบว่าผู้คลอดมีอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.16 ส่วนใหญ่สัญชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 93.95 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 43.92 มีประวัติซีดไม่ได้รับเลือดก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ 4.96 และเคยมีประวัติซีดได้รับเลือดก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.19 เคยมีประวัติการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 2.23 มีภาวะอ้วน (BMI > 30) คิดเป็นร้อยละ 19.16 เคยผ่าตัดในระบบสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 21.96 มีภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 3.31 รับประทาน $MgSO_4$ ในระหว่างการคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.64 รับประทานเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 32.59 เคยรับประทาน Bricanyl ก่อนคลอด คิดเป็นร้อยละ 0.64 มีภาวะรกเกาะต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.46

1.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแรกเริ่ม (Admission hemorrhage risk) และในระยะคลอด (risk factor in labor) พบว่าระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ของผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 49.97 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.15 และมีความเสี่ยงระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 17.88

ห้องคลอด

2.3 จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียน พบว่ามีผู้คลอดทั้งหมด 1,571 คน มีการคลอดโดยวิธีผ่าคลอด คิดเป็นร้อยละ 62.69 คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 34.81 คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ คิดเป็นร้อยละ 2.36 ในกรณีที่คลอดทางช่องคลอดระยะเวลาของการคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกระยะ คิดเป็นร้อยละ 98.97 ทุกระยะรวมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 0.17 ระยะที่ 1 นานกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 0.17 ผู้คลอดมีทารกน้ำหนักทารกแรกเกิด 3,000-3,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 41.69 ทารกน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัมเป็นร้อยละ 0.57 และมารดาคลอดเป็นทารกแฝด คิดเป็นร้อยละ 0.64

2.4 การตกเลือดหลังคลอดและความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังใช้แนวปฏิบัติตามการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ผู้คลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.59 โดยมีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 84.00 ภาวะช่องคลอดฉีกขาด คิดเป็นร้อยละ 8.00 และมีภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 8.00

2.5 เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบหลังการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมารดามีการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากปี 2565 ไม่พบภาวะช็อกและไม่มีมารดาต้องตัดมดลูกจากการตกเลือดหลังคลอด

3.ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ได้ผลการศึกษาดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.82 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 65.52 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.48 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมด้านการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 93.10

3.2 ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.30 โดยมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ และสามารถใช้นโยบายปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 และมีความคิดเห็นว่าสามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อ ร้อยละ 96.50

อภิปรายผลการศึกษา

1.การพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกเริ่มและแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 2) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดแบ่งเป็น 4 ระยะคือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะคลอดรก และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดตึกหลังคลอด ซึ่งรูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดที่ได้เป็นการพัฒนาร่วมกันของทีมผู้ดูแลทุกกระบวนการ และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ใช้เป็นแนวทางช่วยในการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติเน้นการดูแลผู้คลอดเป็นสำคัญ มีความครอบคลุมการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลขณะรอคลอด ขณะคลอด ย้ายไปตึกหลังคลอด จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และมีการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้คลอดและเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2560) ผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงานพิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทางใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานทำให้รูปแบบที่ได้ช่วยลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้

2.ด้านผลของการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีมารตามีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง มารดาในกลุ่มเสี่ยงไม่เกิดภาวะ ช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด ไม่ถูกตัดมดลูก ไม่พบมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งทีมพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานให้ความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ในระดับมากที่สุด ทั้งกลุ่มผู้คลอดที่มี ปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีความเข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ สู้ติ แพทย์ให้ความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแล อย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลดีต่อผู้คลอด ช่วยประหยัด ลดต้นทุนทางด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ สอดคล้อง กับผลการศึกษาของเรณู วัฒนเหลืออรุณและคณะ (2560) เรื่องการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติ ทางพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีพบว่าการประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด มีอัตราการ ตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินความเสี่ยง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนวรรณ มณี จันท์และอุบล แจ่มนาม ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบบริหารความเสี่ยงผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.30 ซึ่งแนวปฏิบัติ ดังกล่าวสามารถป้องกันการเกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ สามารถปฏิบัติตามได้ทุกข้อและ สามารถใช้แนวปฏิบัติ ได้อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงได้ให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการคัดเลือกและวิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุและวิธีแก้ไขปรับปรุง ทุกกระบวนการ ทำให้ได้รูปแบบที่ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ส่งผลต่อการดูแลผู้คลอดให้ปลอดภัย ลดอัตรา อุบัติการณ์การตกเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนกุลเกียรติ (2560) ผล การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติที่มีอยู่เพื่อปรับใช้ให้เป็นแนวทาง ใหม่ให้เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้าง ด้วยตัวเองเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน ดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้นโดยมีการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม คงอยู่เป็นเวลานานสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอันตรายแก่ชีวิตผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดควรมีการจัดทำทุกโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลของตนเองเนื่องจากอัตราการเสียชีวิตของผู้คลอดยังเป็นปัญหาที่ควรเห็นความสำคัญอยู่

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ เนื่องการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมดังนั้นควรมีการซ้อมแผนปฏิบัติการและทดสอบสมรรถนะว่าสามารถให้การดูแลได้ถูกต้องและรวดเร็วทัน่วงที

3. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีจัดทำรูปแบบการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล

3.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด หลังคลอดได้รับการอบรมและพัฒนาทักษะในเรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพื่อสามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนางานให้มากขึ้น

3.3 ในการปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ควรให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้ ในการวิเคราะห์ปัญหา สังเคราะห์ความรู้ ออกแบบการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตัวเอง ทำให้เกิดการนำแนวทางนั้นไปปฏิบัติได้จริงมีความยั่งยืน

3.4 ควรมีการศึกษาติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

3.5 ควรมีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดและทบทวนบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุม เพื่อให้การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

3.6 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ต้นทุนการรักษา ภาระงานของพยาบาลจากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World; 2012.

2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. 2563 [cited 2023 Mar 30]. Available from: <http://www.rtog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/9/OB-63020-Prevention-and-Pre-Management-of-Postpartum-Hemorrhage.pdf>
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลกลางกรมอนามัย 2565. [online] Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th>
4. หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. สถิติการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี 2562-2566.
5. World Health Organization, UNICEF. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. [online] 2014. Available from: http://appswho.int/bitstream/10665/112682/97892451507226_eng.pdf?ua=1
6. ศิริวรรณ วิเลิศ, ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, ดรุณี ยอดรัก. สถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2559; 9(2): 173-190.
7. Einerson BD, Baksh L, Fisher JA, Sullivan A, Clark EAS. Postpartum Hemorrhage Implementing your bundle. University of Utah. [online] 2016. Available from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-ldactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>
8. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560; 6(2): 146-157.
10. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline [Internet]. 2012 [cited 2020 Mar 5]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
11. วิภาวรรณ รัตนพิทักษ์. การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสยาม. 2561; 19(36): 101-102.

12. ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง. การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข. 2560; 3(1): 77-87.
13. ISO 31000 Risk Management: Principles and Guidelines. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. สืบค้นจาก:
<https://halearningonline.ha.or.th/pdf/20200721080710.pdf>. [เข้าถึงเมื่อ: 30 มกราคม 2568].
14. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childbearing family. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. Satapornteera P, Arj-Ong S, Aswakul O. Factors associated with early postpartum hemorrhage of singleton pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2012; 20(1): 21-28.
16. โฉมพิลาศ จงสมชัย. ภาวะตกเลือดหลังคลอด. Srinagarind Medical Journal. 2560; 33: 6-18.
17. McKinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal-child nursing. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
18. Titler B, et al. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2001; 13(4): 497-509.
19. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติพิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดฟรี-วัน; 2554.
20. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2560; 33(2): 121-134.
21. เรณู วัฒนเหลืออรุณ, คณะ. ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2560; 13(2): 25-42.
22. นววรรณ มณีจันทร์, อุบล แจ่มนาม. ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์. 2560; 31(1): 143-155.
23. ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 22. วันที่ 25 มีนาคม 2564.

24. วันรัฐ พจนา, เกศกัญญา ไชยวงศา, ภัทรา สมโชค. การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(2): 182-194.
25. ศิริภรณ์ อินทฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลหนองเสือจังหวัดปทุมธานี. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. สืบค้นจาก
26. https://swdcph.moph.go.th/sawangweb_2021/admin/uploads/1461_file20220215104334.pdf
27. Cynthia S, Deborah A, Iwan A et al. Use of active management of the third stage of labor in seven developing countries. Bull World Health Organ. 2009. 87(3), 207-215.