วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2564
Research and development health system journal
VOL.14 No.2 May – August 2021

การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Development of the risk factor assessment and nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage by knowledge management, Sawang Dandin Crown Prince Hospital

วันรัฐ พจนา[1] , เกศกัญญา ไชยวงศา[2] , ภัทรา สมโชค[3]

Wanrat Pochana[1], Kedkanya Chaiwongsa[2], Phattha Somchok[3]

(Received: March 20,2021; Accepted: May 28,2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร โดยเลือกแบบเจาะจง 2) ทีมงานสหวิชาชีพได้แก่ สูติ-นรีแพทย์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลแผนกหลังคลอด ทีมงานห้องผ่าตัด ทีมงานห้องปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ทบทวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็นเกณฑ์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ – เดือน 15 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาลในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ประเมินผลการศึกษาโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้แก่ มีเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับที่ห้องคลอด การใช้ถุงตวงเลือดหลังรกคลอดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดที่ตรงกับความเป็นจริง มีการใช้โมเดลมดลูก (uterus model) สอน สาธิต อธิบาย และให้มารดาหลังคลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองได้ถูกต้อง ใช้ชุดอุปกรณ์และยาป้องกันตกเลือดหลังคลอด (PPH set box) ใช้หลักปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว (Active Management of the Third Stage of Labor: AMTSL) ใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดด้วยกระบวนการ TIME ในกรณีเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี. ขึ้นไป และนำหลัก SBAR มาใช้เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินการจัดการความรู้ครบกระบวนการ 7 ขั้นตอน ผลลัพธ์การพัฒนาพบมารดาหลังผ่าตัดคลอด ตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ไม่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหรือตัดมดลูก การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยการจัดการความรู้ เป็นเครื่องมือที่ทำให้พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ มีศักยภาพในการจัดการการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล การตกเลือดหลังคลอด การจัดการความรู้

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2564
Research and development health system journal
VOL.14 No.2 May – August 2021

Abstract

This study is participatory action research, a purpose was to develop a risk factor assessment form and nursing practice guidelines to prevent early postpartum hemorrhage by using knowledge management, Sawang Dandin Crown Prince Hospital. The target groups are 1) pregnant women who came to give birth at Sawang Dandin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province. 2) Multidisciplinary team including obstetrician-gynecologist, antenatal nurse, delivery room nurse, postpartum nurse, operating room group, laboratory group By finding the cause of postpartum hemorrhage, Reviewing the guidelines of the relevant agencies, and improving the guidelines by using the risk factor assessment form as a criterion. The research was conducted from February to May 2021. The research tool including a structured interview, screening form of pregnant women who risk postpartum hemorrhage in the delivery room, nursing practice guidelines to prevent postpartum hemorrhage in the delivery room, nursing practice guidelines in the postpartum department, the results of the study were evaluated by visual multiplication data analysis by content analysis, Quantitative data using percentage.

The results showed that good nursing practices to prevent early postpartum hemorrhage are: There are risk factors assessment criteria in the early stages of admission at the delivery room, using a postpartum blood bag to assess realistic blood loss, the uterus model was used to teach, demonstrate, explain and allow the postpartum mother to properly massage the uterus by herself., use a PPH set box and use management practice in the 3rd stage of labor called Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL), use the TIME protocol to manage active bleeding when blood loss more than 300 cc., and the SBAR principle is used to achieve effective communication. And a 7-step process of knowledge management was carried out. The development outcomes were found, one postpartum hemorrhage in the mother after cesarean section, no hemorrhagic shock or hysterectomy. Improving the quality of nursing through knowledge management It is a tool that gives nurses a multidisciplinary team the potential to effectively manage postpartum hemorrhage.

Keywords: nursing practice guideline postpartum hemorrhage knowledge management

บทนำ

การตกเลือดในระยะหลังคลอดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุการ ตายของมารดาทั่วโลกและ 1 ใน 4 ของการตายมารดาหลังคลอด ซึ่งเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดหลังจากระยะที่ 3 ของการคลอดสิ้นสุดลงและภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในแต่ละปีพบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงเรื่อยๆ แต่ยังคงเป็นปัญหาการตายที่สำคัญของมารดาหลังคลอดในประเทศไทย[1] โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี รองมาเป็นการฉีกขาดของช่องทางคลอด รกหรือชิ้นส่วนของรกค้าง และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติตามลำดับ[2] และการศึกษาของ บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวชและคณะ[3] ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และเปรียบเทียบปริมาณเลือดที่ออกใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอดพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกมากที่สุดคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 75.8 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3 - 6 เดือน ได้แก่ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้า หลังคลอดร้อยละ 13 และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Post-traumatic stress disorder) ร้อยละ 34 ซึ่งปัญหาสุขภาพของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้[2] โดยการตกเลือดหลัง

คลอดระยะแรกทางด้านร่างกาย จะมีการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อค ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้าที่ทำหน้าที่ในการหลั่งฮอร์โมนเพศหญิงลดลง ก่อให้เกิดภาวะ Sheehan's syndrome ถ้าหากดูแลไม่ทันท่วงที และไม่สามารถควบคุมการตกเลือดได้ อาจต้องตัดมดลูกหรือทำให้เกิดอันตราย ถึงแก่ชีวิตได้[4]

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงถือว่าเป็นงานที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจคุกคามต่อชีวิตมารดาในระยะคลอด 20% ของการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นในสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง จึงต้องเตรียมแพทย์เพื่อจัดการปัญหานี้[5] พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ซึ่งการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่สำคัญ คือ การป้องกันการหดรัดตัวไม่ดีของมดลูก ซึ่งต้องเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ จึงควรมีความรู้และทักษะในการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในแต่ละระยะ[6] เพื่อให้เกิดการทำงานด้านการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ การออกแบบการทำงาน การบริหารเวลา การพัฒนาบุคลากรและการจัดการบุคลากร ด้วยการนำแนวคิดและกระบวนการจัดการความรู้ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะขับเคลื่อนคุณภาพงาน บริการด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นฐานให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน สร้างองค์ความรู้ใหม่และใช้ความรู้จากประสบการณ์ทำงานมาพัฒนากระบวนการทำงาน เป็นการสร้างและใช้ความรู้ทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ณจุดปฏิบัติงานโดยผู้ทำงาน เป็นการสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น[7] โดยต้องมีการสำรวจสภาพปัจจุบัน และการกำหนดเป้าหมาย ส่วนขั้นตอนการนำแผนงานไปปฏิบัตินั้น จะต้องใช้รูปแบบของการพัฒนาความรู้ ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมา การเรียนรู้จากการทดลอง การเรียนรู้จากการอบรมและพัฒนา[8] โดยการนำศักยภาพความร่วมมือ ร่วมใจกัน รวมถึงความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา สร้างโอกาส ปฏิบัติงานร่วมกันตามภารกิจที่มีความซับซ้อนเป็นแบบสหวิทยาการ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสร้างแนวปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรช่วยแก้ไขการตกเลือดหลังคลอดได้ ได้แก่การศึกษาของนววรรณ มณีจันทร์และอุบล แจ่มนาม[9] พบว่าสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก พบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ สุทธิวรรณ ทองยศและคณะ[4] ที่พัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติแบบใหม่พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มีสัดส่วนการตกเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์และคณะ[10] พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอดที่พัฒนาขึ้น ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดลงเหลือร้อยละ 0.18 ไม่พบอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด อัตรามารดาถูกตัดมดลูกจากการเสียเลือด และมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งลดลง ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นการพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดจะช่วยลดอัตราการตกเลือดและตัดมดลูกหลังคลอด สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เกิดความร่วมมือในการดูแลและการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในทีมสหสาขาของโรงพยาบาล[1] รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย ทีมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การ

ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก แนวปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกและถุงตวงเลือด และมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และติดตามเยี่ยมบ้านกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ผลของการพัฒนา พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร้อยละ 22.7 ไม่มีอุบัติการณ์ตัดมดลูก และเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด[11]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินมีมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สามารถป้องกันได้ ในปี 2561, 2562, 2563 ร้อยละ 0.89,0.90,0.69 ตามลำดับ และพบภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด และถูกตัดมดลูกจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการหดรัดตัวไม่ดี และในปี 2561 พบมารดาหลังคลอดเสียชีวิต 1 ราย จากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติในการแก้ไขเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอด และมีการใช้ถุงตวงเลือดในการประเมินปริมาณเลือดที่ออกหลังรกคลอด ทำให้สามารถประเมินเลือดที่สูญเสียได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เมื่อประเมินได้ว่ามีการเสียเลือดมากที่เข้าเกณฑ์การตกเลือดหลังคลอด จะให้การช่วยเหลือและแก้ไขการตกเลือดตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น ซึ่งจะแก้ไขเมื่อพบว่ามีการตกเลือด แต่ยังไม่มีเกณฑ์ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกรับที่ห้องคลอด และไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อพบปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้มีการการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีกระบวนการจัดการที่มีเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วนโดยใช้การมีส่วนร่วม ตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมคิดและร่วมพัฒนา ช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาแนวทางหรือรูปแบบในการพัฒนางานและพัฒนาคน และพัฒนาองค์กรที่มีคุณภาพ และเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่ยั่งยืน และช่วยหาแนวทางแก้ไขปัญหาการตกเลือดหลังคลอดที่สามารถป้องกันได้ให้ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดเกิดความปลอดภัยทั้งแม่และทารกในครรภ์ที่ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดอัตราตายมารดาจากสาเหตุภาวะตกเลือดหลังคลอด และใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดหลังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน กลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ – วันที่ 15 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 เลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัยโดยประชุมทีมงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมงานสหวิชาชีพ สูติ-นรีแพทย์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ พยาบาลห้องคลอด พยาบาลแผนกหลังคลอด ทีมงานห้องผ่าตัด ทีมงานห้องปฏิบัติการ เพื่อร่วมกันหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ทบทวนแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ โดยมีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการวิจัย เพื่อทำความเข้าใจบริบท สถานการณ์ และรูปแบบการดำเนินงานของปัญหาที่ต้องการแก้ไข และการกำหนดจุดมุ่งหมายการปฏิบัติการ วิเคราะห์ปัญหาการตกเลือดหลัง

คลอดระยะแรก โดยใช้กระบวนการจัดการความรู้ ในขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้และกำหนดขอบเขตและเป้าหมายขององค์ความรู้ ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโดยการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ตามวงจรปฏิบัติการวิจัย (Research Cycle) ในวงจรที่ 1 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1) การวินิจฉัย (diagnosing) เป็นการวินิจฉัยสภาวการณ์ของปัญหาที่จำเป็นต้องแก้ไขรวมทั้งการระบุกรอบแนวคิดทฤษฎีและหลักการพื้นฐานสำหรับใช้รองรับการปฏิบัติงาน โดยการวิเคราะห์สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอด โดยใช้ SWOT Analysis: เพื่อค้นหา จุดแข็ง จุดเด่น จุดด้อย หรือสิ่งที่อาจเป็นปัญหาสำคัญของการตกเลือดหลังคลอด เพื่อใช้ในการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต (Vision) และประชุมและแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ปฏิบัติงาน เป็นกิจกรรมร่วมคิดและวางแผนจากความรู้ส่วนบุคคล ตำราและเอกสาร และทีมร่วมกันวางแผน พร้อมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการความรู้ เป็นขั้นตอนการบ่งชี้ความรู้และการสร้างและแสวงหาความรู้และจัดทำปฏิทินการดำเนินงาน ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2564

ขั้นตอนที่ 2) การวางแผนปฏิบัติ (planning) ตามจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหา โดยอาศัยข้อมูลจากการวินิจฉัยในขั้นตอนแรก และความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรฝ่ายต่างๆ โดยมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและจัดทำเกณฑ์ความเสี่ยง เพื่อให้สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการพัฒนาหรือต้องการเปลี่ยนแปลง และจัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดหมวดหมู่องค์ความรู้ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดก่อนที่จะนำไปใช้ เป็นขั้นตอนการจัดองค์ความรู้ให้เป็นระบบและประมวลและกลั่นกรองความรู้ จัดทำเครื่องมือในการวิจัยซึ่งได้จากกิจกรรมที่ 2 แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือวิจัยและใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2564

ขั้นตอนที่ 3) การลงมือปฏิบัติ (taking action) ได้แก่ ประเมินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่พัฒนาขึ้น ก่อนนำแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติจริง โดยจัดทำแนวปฏิบัติและให้พยาบาลห้องคลอด ห้องผ่าตัดและทีมงานสหวิชาชีพเข้าถึงข้อมูล เป็นขั้นตอนการเข้าถึงความรู้ของกระบวนการจัดการความรู้และนำแผนปฏิบัติการลงสู่การลงมือปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจริง ดำเนินการในระหว่างเดือนเมษายน 2564

ขั้นตอนที่ 4) การประเมินผลการปฏิบัติ (evaluation action) เพื่อประเมินและสรุปผล และการสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ระยะที่ 3 เป็นการดำเนินการในวงจรที่ 2 โดยการประเมินผลการดำเนินงานการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่ได้พัฒนาขึ้นจากวงจรที่ 1 ได้เสร็จสิ้นลงและเข้าสู่วงจรที่ 2 ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤษภาคม- 15 มิถุนายน 2564 โดย 1) ทบทวนการวินิจฉัยใหม่จากสภาวการณ์ที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลไปแล้วเพื่อวิเคราะห์สภาพปัจจุบันของการพัฒนางาน 2) วางแผนปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาลใหม่ (Replanning) 3) ลงมือปฏิบัติการใหม่ (Re-acting) และ4) การสรุปผล (Conclusion) ในขั้นตอนสุดท้ายด้วยการถอดบทเรียน (lesson distilled) เพื่อร่วมกันทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่าง ๆ โดยการศึกษาทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งหาข้อสรุปในประเด็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิบัติจริง การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและได้ความรู้ใหม่จากปฏิบัติจริง เป็นกระบวนการจัดการความรู้ในขั้นตอนการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเรียนรู้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง SWOT Analysis

3.2 แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (Risk PPH) ในห้องคลอด

3.3 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

3.4 แนวปฏิบัติการพยาบาลในแผนกสูติกรรมหลังคลอดการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Analysis) และความง่ายในการนำไปใช้ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีมาคลอด แล้วจึงนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีมาคลอดจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2021-003 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564ดำเนินการวิจัยโดยโดยจัดประชุมทีมสูติแพทย์ พยาบาลแผนกห้องคลอดและหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ทีมงานห้องผ่าตัดและห้องปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง และจัดทำแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งกำหนดหมวดหมู่องค์ความรู้ที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และจัดองค์ความรู้ให้เป็นระบบ และนำแนวปฏิบัติลงสู่การลงมือปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยนำกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นไปใช้จริง กับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มารับบริการ จำนวน 283 คน และประเมินผลแนวปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่ได้พัฒนาขึ้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 1 เดือนเมษายน - วันที่ 15 เดือนมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะปฏิบัติการ จากการสังเกต การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสะท้อนข้อมูลในที่ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะการประเมินผลทั้งในระดับหน่วยงานและระดับบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินปัจจัยเสี่ยง จากการทบทวนความรู้และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมสหวิชาชีพ ได้มีการจัดหมวดหมู่องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง มีการแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ (low risk factor) ได้แก่ ตั้งครรภ์แรก ประวัติมีเลือดสดออกทางช่องคลอด มีประวัติเคยตกเลือดหลังคลอด/คลอดติดไหล่/คลอดยาก/ ตั้งครรภ์เกินกำหนด >42 สัปดาห์ การได้รับยาระงับความเจ็บปวด มีภาวะซีดฮีมาโตคริตน้อยกว่า 33% กลุ่มโรคเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

2) ปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง (medium risk factor) ได้แก่ ตั้งครรภ์หลายครั้ง เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด มีก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ ท้องโตระดับยอดมดลูกสูงมากกว่า 38 เซนติเมตรคาดคะเนน้ำหนักทารก> 3,500 กรัม เคยแท้งหรือเคยขูดมดลูก ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกนานเกิน 12 ชั่วโมง ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ดัชนีมวลกายมากกว่า 30

3) ปัจจัยเสี่ยงระดับสูง (high risk factor) ได้แก่ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด รกค้าง/รกลอกตัวไม่ครบ เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือจากการผ่าตัดปริมาณมาก มีการแข็งตัว

ของเลือดผิดปกติ มีภาวะซีดฮีมาโตคริตน้อยกว่า 28% และระดับฮีโมโกลบินในระยะตั้งครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 กรัม/เดซิลิตร ตั้งครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ ได้รับยาความดันโลหิตสูงแมกนีเซียมซัลเฟต มีการฉีกขาดของปากมดลูกและฝีเย็บระดับ 3 ขึ้นไป ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง

สรุปเกณฑ์ในการพิจารณาปัจจัยเสี่ยง มีทั้งหมด 5 คะแนน ดังนี้ปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ (0-2 คะแนน) ได้แก่ พบปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ 0-2 ข้อ โดยที่ไม่พบปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางและระดับสูงปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลาง (3-4 คะแนน) ได้แก่ พบปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ และปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางอย่างน้อย 1-2 ข้อ โดยไม่พบปัจจัยเสี่ยงระดับสูงปัจจัยเสี่ยงระดับสูง (5 คะแนน) ได้แก่ พบปัจจัยเสี่ยงระดับสูงอย่างน้อย 1-2 ข้อ โดยที่จะพบปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ และปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางหรือไม่ก็ได้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติตามปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองได้ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด และระยะหลังคลอด 2-24 ชั่วโมงในแผนกสูติกรรมหลังคลอด โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

1) แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะรอคลอด (ระยะปากมดลูกเปิดช้าถึงปากมดลูกเปิดเร็ว) ได้แก่ ซักประวัติ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงแต่ละระดับ วัดสัญญาณชีพ เจาะเลือด CBC ถ้าฮีมาโตคริต <33% ฮีโมโกลบิน < 11% ต้องเฝ้าระวังและรายงานแพทย์ นำกราฟดูแลการคลอด (Partograph) มาใช้ในการดูแลมารดารอคลอด เขียนป้ายด้วยข้อความ risk PPH ที่ใบจำแนกเกณฑ์เสี่ยงตั้งแต่งานฝากครรภ์ ติดป้ายระบุเสี่ยง PPH ที่แฟ้มมารดารอคลอด เพื่อส่งต่อข้อมูล ใช้โมเดลมดลูก (uterus model) เพื่อสอน สาธิต อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อดีของการหดรัดตัวของมดลูก ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นให้ปัสสาวะก่อนเข้าห้องทำคลอด ในกรณีได้รับยาเร่งคลอดดูแลปรับหยดตามแผนการรักษา

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด (ปากมดลูกเปิดหมดถึงเด็กคลอด) ขณะเบ่งคลอดเปิดเส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 ตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นและ save perineum ตามความเหมาะสม ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยสวนปัสสาวะทิ้งก่อนทำคลอดรก

ใช้หลักปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) คือ ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตั้งแต่ระยะที่ 3 ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin 20 ยูนิต ให้ทางน้ำเกลือ และหลังไหล่หน้าทารกคลอดให้ Oxytocin 10 ยูนิต เข้ากล้ามเนื้อต้นแขนทันที ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction ผู้ทำคลอด clamp cord และตัดสายสะดือหลังทารกคลอดแล้วประมาณ 1 นาที ใช้ถุงตวงเลือดในการประเมินการสูญเสียเลือด และคลึงมดลูกให้แข็งตัว

ในกรณีถ้าเสียเลือด ≥300 ซีซี. ขึ้นไป ให้การดูแลโดยประเมินและวัดสัญญาณชีพ ให้ 5%DN/2 1,000 ซีซี. +Oxytocin 20 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ อัตรา 100 มล./ชั่วโมง และใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดด้วยกระบวนการ TIME ได้แก่ 1) การเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพ (T: Team management) โดยเรียกทีมงานมาช่วยอีก 1-2 คน (ตามเกณฑ์) รายงานแพทย์และมีการแบ่งหน้าที่การช่วยเหลือที่ชัดเจน (เตรียมข้อมูล ประวัติ,วัดสัญญาณชีพ,ประมาณการ

สูญเสียเลือด) มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยหลัก SBAR 2) การประเมินและช่วยชีวิตและสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ (I: Initial Evaluation, resuscitation and investigation) ประเมินการตกเลือดตามสาเหตุ 4Ts ประเมินภาะซีดจากเปลือกตาล่าง อาการเหนื่อย เพลีย ให้ออกซิเจน canular 3 ลิตรต่อนาที นวดคลึงมดลูกทุก 5 นาทีจนกว่าจะเย็บแผลเสร็จ 3) ให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (M: Medical management) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (Tone) ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี ใช้ชุดอุปกรณ์และยาป้องกันตกเลือดหลังคลอด (PPH set box) ได้แก่ ให้ 5%DN/2 1,000 ซีซี. + Oxytocin 40 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ให้ Methergin 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที และสามารถให้ซ้ำได้ทุก 15 นาที (สูงสุด 5 ครั้ง) ให้ยา Cytotec 4 เม็ด เหน็บทางทวารหนักหรืออมใต้ลิ้น (สูงสุด 5 เม็ด) ในกรณีที่มดลูกยังหดรัดตัวไม่ดี มีเลือดไหลออกเรื่อยๆ ดูแลให้ Nalador 500µg +0.9% NSS 100 ซีซี. ทางหลอดเลือดดำใน 30 นาที และให้ Transmine 1 gm. IV stat (ถ้า 30 นาทีเลือดยังไม่หยุดให้ซ้ำได้ ประเมินตรวจรก (Tissue) ทำการล้วงรกหรือขูดมดลูกกรณีรกค้างหรือรกติด (Trauma) ประเมินการบวมช้ำของแผลฝีเย็บ (Hematoma) เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ ประเมินปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) โดยเจาะเลือดส่งตรวจปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, INR, coagulator) ดูแลให้เลือด ถ้าความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว เปิดเส้นเลือดด้วยเข็มเบอร์ 18 อีก 1 เส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด NSS 1,000 ซีซี. load 500 ซีซี. และ 4) การหยุดสาเหตุของเลือดอย่างเฉียบพลัน (E: End of bleeding) ดูแลให้เลือดหยุดภายใน 30 นาที ถ้ายังไม่หยุด รายงานแพทย์เพื่อส่งต่อหรือผ่าตัดมดลูกเพื่อหยุดเลือด

3) แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด ได้แก่ นวดคลึงมดลูก และใช้โมเดลมดลูก (uterus model) สอน สาธิต อธิบายและให้คลึงมดลูกติดตามสัญญาณชีพ กระตุ้นทารกดูดนมมารดาดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี ประเมินกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ดูแลการให้ได้รับสารน้ำ ถ้าไม่มีข้อห้ามให้ดื่มนมหรือโอวัลตินอุ่นๆ 1 แก้ว ประเมิน 4Ts ล้วง blood clot ก่อนย้ายไปตึกสูติกรรมหลังคลอด ประเมินเลือดที่ออกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ SBAR ในกรณีที่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด

4) แนวปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังคลอด 2-24 ชั่วโมงในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ได้แก่ ประเมินอาการซีด เหนื่อย อ่อนเพลีย วัดสัญญาณชีพ ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะรับย้ายและให้การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก B-BUBBLE (Pillitteri, 2014) การประเมินแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA score ถ้าพบ Hematoma ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร รายงานแพทย์ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะหลังคลอดและให้การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลัก4Ts ใช้โมเดลมดลูก (uterus model) สอน สาธิต อธิบายและให้คลึงมดลูก เพื่อการหดรัดตัวของมดลูกที่ดี ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2. การจัดการความรู้ ได้องค์ความรู้เรื่อง แนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Good practice) ได้แก่ มีเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับที่ห้องคลอดโดยแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง ประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด 4Ts และให้การแก้ไขตามสาเหตุ การใช้ถุงตวงเลือดหลังรกคลอดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดที่ตรงกับความเป็นจริง มีการใช้โมเดลมดลูก (uterus model) สอน

สาธิต อธิบายและให้มารดาหลังคลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองได้ถูกต้อง ใช้ชุดอุปกรณ์และยาป้องกันตกเลือดหลังคลอด (PPH set box) ใช้หลักปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) ใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดด้วยกระบวนการ TIME ในกรณีเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี. ขึ้นไป และนำหลัก SBAR มาใช้เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินการจัดการความรู้ครบกระบวนการ 7 ขั้นตอน

3. ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด 283 คน ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 1) การคลอดปกติจำนวน 138 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 26.06 ปี (SD = 6.22โดยอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 51.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.0) รองลงมาอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 62.3) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 13.0) มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 79.7) เป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดร้อยละ 98.6 ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งร้อยละ 66.7 ปัจจัยเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 3.6) ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (ร้อยละ 2.9) เบาหวานขณะตั้งครรภ์และโรคไทรอยด์ (ร้อยละ 2.2) โรคซิฟิลิส (ร้อยละ 1.4) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 0.7) ค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่สามการคลอดเท่ากับ 5.10 นาที ค่าเฉลี่ยการสูญเสียเลือด 197.14 ซีซี. ไม่พบการตกเลือดหลังคลอดหลังใช้แนวปฏิบัติในมารดาหลังคลอดปกติ 2) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 145 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 29.08 ปี (SD = 5.75) โดยอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.0) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.4) รองลงมาอยู่ระดับประกาศนียบัตรและปริญญาตรี (ร้อยละ 20.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 52.4) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 17.9) มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 74.5) เป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดร้อยละ 97.2 ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งร้อยละ 75.2 ปัจจัยเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 7.6) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 5.5) โรคไทรอยด์ (ร้อยละ 3.4) การคลอดก่อนกำหนดและใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน (ร้อยละ 1.4) หลังการพัฒนาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงวันที่ 15 เดือนมิถุนายน 64 พบมารดาหลังผ่าตัดคลอด ตกเลือดหลังคลอด 1 ราย ซึ่งในมารดาหลังคลอดรายนี้จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น พบว่าไม่มีมารดาเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหรือตัดมดลูก และไม่ได้รับเลือดหลังคลอด

สรุปและอภิปรายผล

1.การประเมินปัจจัยเสี่ยง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด:การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิมาน[12] ซึ่งมีผลให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ และจากการทบทวนความรู้ และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานของสูติแพทย์ ทีมงานห้องคลอด ห้องผ่าตัดและแผนกสูติกรรมหลังคลอด มีปัจจัยเสี่ยงบางข้อที่จากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แล้วพบว่าเป็นความเสี่ยงสูง ได้แก่ มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือจากการผ่าตัดปริมาณมาก มีการฉีกขาดของปากมดลูกและฝีเย็บระดับ 3

ขึ้นไป ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง ถึงแม้ว่ามารดาหลังคลอดเมื่อแรกรับที่ห้องคลอดอาจไม่พบปัจจัยเสี่ยงหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่ำ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ทำให้พบการดำเนินการคลอดล่าช้าจากการประเมินด้วยกราฟดูแลการคลอด (partograph) ทำให้เกิดการคลอดล่าช้าในระยะที่ 1 และระยะที่ ๒ การคลอด แพทย์อาจพิจารณาให้ยาเร่งคลอดเพื่อกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก จึงทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอดได้[5] ดังนั้นจากการผลการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยนี้ พบว่า การที่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีแบบประเมินความเสี่ยงในระยะแรกรับในห้องคลอด จะช่วยเป็นแนวทางทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและมีการส่งต่อที่เหมาะสม มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุการณ์ตกเลือดขึ้น ได้แก่ การประสานห้องปฏิบัติการ การจองเลือดและรายงานแพทย์เบื้องต้น

2.แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติตามปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองได้ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงในห้องคลอด และ ระยะหลังคลอด 2-24 ชั่วโมงในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งแนวทางเหล่านี้จะช่วยลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้การจัดการความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ การที่จะทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ให้ดีขึ้นกว่าเดิมนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งที่มาจากตัวบุคคลซึ่งมีประสบการณ์จากการทำงานและความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร ผลงานวิชาการหรือวิจัย เพื่อให้มีแนวปฏิบัติที่ดี นำมาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาองค์กร การใช้การจัดการความรู้ทางการพยาบาลเป็นการสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นปรัชญาหรือกระบวนการที่ช่วยให้มีการสร้างรวบรวมจัดระบบเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice)[7] ในการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอดครั้งนี้ พบว่า เจ้าหน้าที่มีร่วมในการคิด ร่วมวางแผนกิจกรรมการพยาบาล และมีการตื่นตัว ตระหนักในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดมากขึ้น และปฏิบัติการพยาบาลได้เหมาะสม แนวปฏิบัติที่แตกต่างจากเดิมก่อนการพัฒนา ได้แก่ การมีป้าย Risk PPH ติดไว้ที่สมุดฝากครรภ์และแฟ้มผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด ใช้โมเดลมดลูก (uterus model) เพื่อสอน สาธิต อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบข้อดีของการหดรัดตัวของมดลูกเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการคลึงมดลูกและประโยชน์การคลึงมดลูกด้วยตนเอง จะช่วยให้มารดาหลังคลอดปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ใช้ถุงตวงเลือดในการประเมินการสูญเสียเลือด และใช้หลักการดูแลภาวะตกเลือดด้วยกระบวนการ TIME ได้แก่ 1) การเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพ (T: Team management) มีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยหลัก SBAR 2) การประเมินและช่วยชีวิตเบื้องต้นและสืบค้นทางห้องปฏิบัติการ (I: Initial Evaluation, resuscitation and investigation) 3) การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก 4) การหยุดสาเหตุของเลือดอย่างเฉียบพลัน (E: End of bleeding) ดูแลให้เลือดหยุดภายใน 30 นาที[13] การที่เจ้าหน้าที่พยาบาลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2564
Research and development health system journal
VOL.14 No.2 May – August 2021

พยาบาลและมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม จึงช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และป้องกันภาวะช็อคได้ [10]

3.ผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติมีผลลัพธ์ที่ดี ไม่มีมารดาตกเลือดหลังคลอด ไม่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด และไม่มีการตัดมดลูกจากการเสียเลือด อภิบายได้ว่า การใช้แบบประเมนความเสี่ยง เพื่อปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามความเสี่ยงที่คัดกรองได้ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ได้รับการดูแลที่รวดเร็วมีการเมินความเสี่ยงได้รวดเร็วและวางแผนการพยาบาลที่เร็วขึ้น มีความตระหนักมากขึ้น จึงส่งผลให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง ถ้าแพทย์และพยาบาลสามารถวินิจฉัยอาการตกเลือดหลังคลอดพลาดหรือล่าช้า จะทำให้การรักษาล่าช้าและล้มเหลวไปด้วย ทั้งนี้การขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ก็มีส่วนที่ทำให้เกิดการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดที่ตกเลือดไม่เหมาะสม[14] ทั้งนี้การใช้การจัดการความรู้เป็นการช่วยพัฒนาคน โดยการประชุมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานและความรู้ที่ได้จากเอกสารตำราผลงานวิชาการหรือวิจัย ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้มากขึ้น ผลการจัดการความรู้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดระยะแรก ทำให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ มีความสามารถในการพัฒนาทักษะ ศักยภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์ในบริบทของตนเอง ประสานการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยการจัดการความรู้ จึงเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สามารถบอกได้ว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือที่ทำให้พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ มีศักยภาพในการจัดการการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7]

หลังการพัฒนามีเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ในห้องผ่าตัด และระยะหลังคลอด มีการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงในแต่ละหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีการรับทราบอย่างต่อเนื่อง มีการใช้นวัตกรรมโมเดลมดลูก (Uterus Model) เพื่อสอนมารดาให้คลึงมดลูก และใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด เจ้าหน้าที่มีการตื่นตัวและใช้หลักการดูแลรักษาภาวะตกเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการ TIME ตั้งแต่ประเมินการเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี. และทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาตกเลือดหลังคลอด มีการวางแผนดูแลและปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี และมีการประสานงานระหว่างบุคลากรระหว่างหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม เจ้าหน้าที่มีการตระหนักและตื่นตัวมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้คือไม่พบอัตราการตกเลือด หลังมีการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรนำนวัตกรรมโมเดลมดลูก (Uterus Model) เพื่อสอนมารดาให้คลึงมดลูก และใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด ใช้หลักการดูแลรักษาภาวะตกเลือดเฉียบพลันด้วยกระบวนการ TIME ตั้งแต่ประเมินการเสียเลือดมากกว่า 300 ซีซี. ขึ้นไป
2. ควรมีการศึกษาผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมมากที่สุด

3. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะ 2-4 ชั่วโมงหลังคลอดที่แผนกสูติ-นรีเวชกรรมเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ทีมสูติแพทย์ พยาบาลแผนกห้องคลอดและหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ทีมงานห้องผ่าตัด และห้องปฏิบัติการ ผู้รับบริการที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. พิกุล บัณฑิตพานิชชาและคณะ. “การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด”. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.** 32(2): หน้า 131-144, 2560.
2. สุฑารัตน์ ชูรส. “การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล”. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**. 33(1) : หน้า 181-192, 2562.
3. บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวชและคณะ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.** 1(1) : หน้า 39-47, 2561.
4. สุทธิวรรณ ทองยศและคณะ. “การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่มีสาเหตุจากการหดรัดตัวไม่ดี ในมารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข.** 28 (ฉบับพิเศษ) : หน้า 176-183, 2562.
5. Evensen, A., Anderson, J. M., & Fontaine, P. Postpartum hemorrhage: prevention and treatment. **American family physician**, 95(7) : 442-449, 2017.
6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. “การป้องกันการตกเลือดใน2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด:บทบาทผดุงครรภ์ First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention: Midwives’ Role”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.** 37(2) : หน้า 155-162, 2557.
7. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน,และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรคหัวใจโดยการ จัดการความรู้. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.** 24(1) : หน้า 84-95, 2556.
8. พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์. การจัดการความรู้. **วารสารรัชต์ภาคย์**. 11(23): 79-86, 2560.
9. นวววรรณ มณีจันทร์และอุบล แจ่มนาม. “ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี”. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**. 31(1) : หน้า 143-155, 2560.
10. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์และคณะ. “การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** 3 (3) : หน้า 127-141, 2559.
11. พิมลพันธ์ เจริญศรีและคณะ. “การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์”. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 35(3) : หน้า 48-57, 2560.
12. นฎกร อิตุพรและคณะ. “ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด: การทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์อภิมาน”. **เชียงรายเวชสาร.** 10(1) : หน้า 149-160, 2561.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2564
Research and development health system journal
VOL.14 No.2 May – August 2021

13. วิทยา ถิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). **ตำราประกอบภาพ:ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม (Obstetric Crisis).** พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลกรุงเทพฯ. 2561.

14. Rath, W. H. "Postpartum hemorrhage–update on problems of definitions and diagnosis". **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**. 90(5) : 421-428, 2011.