

ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี

นาววรรณ มณีจันทร์ พย.บ.* อุบล แจ่มนาม พย.ม.**

Effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage at Ratchaburi Hospital

Abstract

This comparative, prospective, uncontrolled before and after intervention design was conducted to determine the effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines (CNPGs) for prevention of early postpartum hemorrhage at Ratchaburi Hospital. The research was carried out from August 2016 to December 2016. Samples were divided into 2 groups: 86 parturients who received usual nursing care, and 86 parturient who received care using the CNPGs. The research instruments were: 1) the CNPGs for prevention of early postpartum hemorrhage among mothers in Ratchaburi Hospital, 2) the postpartum hemorrhage recording form. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Fisher's exact probability test.

The results of this study revealed that the parturients in CNPGs implementing group had significantly higher proportions of early postpartum hemorrhage than the parturients who received usual nursing care group ($p < .05$). For proportion of severity of postpartum hemorrhage in CNPGs implementing group had significantly lower than the parturients who received usual nursing care group ($p < .05$). The results confirm that implementation of CNPGs for prevention of early postpartum hemorrhage can lead to improved quality outcome. So this CNPGs should be used as a routine care for all although there is no risk.

Nawawan Maneechan B.N.S.
Labour Room Head
Ubol Jamnam M.N.S.**
Postpartum Ward Head
Department of Obstetric
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi Province 70000

วารสารวิชาการแพทย์ ; 31

เขต 11 2560
Reg Med J 2017

: 143 - 155

Keywords : clinical nursing practice guidelines (CNPGs) early postpartum hemorrhage

บทคัดย่อ

บทคัดย่อการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบชนิดศึกษาไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มาคลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2559 ถึงเดือนธันวาคม 2559

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 86 คนและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 86คนเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาคือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกพบในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาค้นนี้ยืนยันได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพได้ ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ควรถูกไปใช้เป็นงานประจำในการดูแลผู้คลอดทุกรายแม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ตาม

คำรหัส : แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

Original Articles

นิพนธ์ฉบับ

* หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000

**หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลราชบุรีจังหวัดราชบุรี 70000

บทนำ

การตายจากการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดานับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ในปี 2015 พบอัตราการตายของมารดา 216 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ (303,000 คน) โดยมีสาเหตุจากการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด⁽¹⁾ อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดพบประมาณร้อยละ 1 ถึง 5 ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัย ส่วนอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรงพบได้ร้อยละ 1.86⁽²⁾ แต่ตัวเลขที่แท้จริงน่าจะสูงกว่านี้เพราะการประเมินด้วยสายตามักต่ำกว่าความเป็นจริงประมาณครึ่งหนึ่ง⁽³⁻⁴⁾ โดยองค์การอนามัยโลกประเมินว่าทุกๆ ปีมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตกเลือดที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปีละประมาณ 14 ล้านคนและอย่างน้อยที่สุดหญิงเหล่านี้จำนวน 128,000 คนตกเลือดรุนแรงจนเสียชีวิต โดยส่วนใหญ่เกิดการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดและเป็นผลมาจากปัญหาในระยะที่ 3 ของการคลอด⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตแต่ละแห่งแตกต่างกันไปตามความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลรักษา ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอัตราส่วนมารดาตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 0.4 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบสูงถึง 150 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพ⁽⁶⁾ สำหรับ

ประเทศไทย พ.ศ. 2556-2558 พบอัตราการตายของมารดาเท่ากับ 31.2, 26.0, 22.7 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพตามลำดับ โดยมีสาเหตุมาจากการตกเลือดหลังคลอดมากที่สุด⁽⁷⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ทุกโรงพยาบาลเร่งพัฒนาระบบบริการห้องคลอดคุณภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยมีเป้าหมายให้อัตราส่วนการตายของมารดาในห้องคลอดไม่เกิน 18 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพในปี 2559 และลดลงเหลือไม่เกิน 15 ต่อ 100,000 ของการเกิดมีชีพในปี 2561⁽⁷⁾

การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกหมายถึง การสูญเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดหรือความเข้มข้นของเลือดลดลงมากกว่าร้อยละ 10 หลังการคลอดหรือเมื่อจำเป็นต้องให้เลือดทดแทนใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽⁸⁾ เป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายแม้ว่าจะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำและมีการคลอดปกติก็ตาม ไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้⁽⁹⁾ ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะในช่วงระยะที่สามของการคลอดหากใช้เวลานานมากกว่า 20 นาทีขึ้นไป

จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตกเลือดมากขึ้น⁽¹¹⁾ สาเหตุหลักเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดีร้อยละ 70 จากการฉีกขาดของช่องคลอดปากมดลูกและมีเย็บร้อยละ 20 จากกรและชิ้นส่วนของรกค้างร้อยละ 10 และจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1⁽¹²⁾ การตกเลือดหลังคลอดหากได้รับการรักษาล่าช้า จะนำไปสู่ภาวะช็อกจนอาจเกิดภาวะที่ชานซินโดรม⁽¹³⁾ การตัดมดลูก⁽¹⁴⁾ และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ สถาบันหลักที่ดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในระดับนานาชาติเช่น องค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ และสมาพันธ์สูตินรีแพทย์นานาชาติ⁽¹⁶⁾ ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยสนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลมีการทำ Active management of 3rd stage of labor (AMTSL) เป็นงานประจำในการดูแลผู้คลอดทุกรายไม่ว่าจะมีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่ เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่า AMTSL สามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอดและลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึงร้อยละ 60 รวมทั้งลดความต้องการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อมีการตกเลือดหลังคลอดได้มากถึงร้อยละ 50 โดยไม่พบว่ามีผลดีหรือผลเสียต่อทารก⁽¹⁷⁾

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 855 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีภารกิจสำคัญในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤต มีศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง (Excellent Center) ที่ต้องการการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และยังเป็นสถานศึกษาและแหล่งค้นคว้าสำหรับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงเป็นศูนย์รับบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและระดับตติยภูมิในต่างจังหวัดเข้ามารักษาต่อเนื่อง กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรมได้มีความพยายามลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดโดยได้นำแนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งปีงบประมาณ 2555-2558 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.29, 0.89, 0.73 และ 0.70 ตามลำดับ⁽¹⁸⁾ แม้อัตราการตกเลือดหลังคลอดจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นปัญหาที่ยังต้องการการแก้ไข เนื่องจากพบอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะช็อกในปี 2555 จำนวน 5 ราย ใน

ปี 2556 จำนวน 2 ราย ปี 2557 จำนวน 1 ราย และปี 2558 จำนวน 1 ราย พบอุบัติการณ์มารดาที่ตกเลือดหลังคลอดจนต้องได้รับการตัดมดลูกในปี 2555 จำนวน 5 ราย ปี 2556 จำนวน 2 ราย ปี 2557 จำนวน 1 ราย ปี 2558 จำนวน 1 ราย และที่สำคัญมีมารดาเสียชีวิตจากตกเลือดหลังคลอด ในปี 2556 จำนวน 1 ราย ครอบครัวและญาติเกิดความไม่พึงพอใจมีการร้องเรียนการเยียวยาตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขจากอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตได้นำไปสู่การทบทวนคุณภาพโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกด้านสูตินรีเวชกรรม (Patient care team : PCT) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลในห้องคลอดของโรงพยาบาลราชบุรีพบว่า 1)โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาตกเลือดหลังคลอด ทั้งที่เดินทางมาเองและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลใกล้เคียง แม้จะมีการคัดกรองแยกความเสี่ยงของมารดาที่แผนกฝากครรภ์ แต่การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน (ห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด อาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุน) ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอ เกิดความล่าช้าในการประสานงาน 2)พบผู้ป่วยที่มีปัญหาตกเลือดรุนแรงในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น ทั้งที่ในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วย แต่มีมาตรการการเตรียมการตั้งรับเฉพาะในห้องคลอด จึงไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 3) มารดามีภาวะช็อคเดิม 4) โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงเรียนแพทย์และเป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาล ด้วยระบบของโรงเรียนแพทย์จึงมีการหมุนเวียนของนิสิตแพทย์และแพทย์ใช้ทุนตลอดทั้งปี การดูแลเป็นไปตามความรู้ ความชำนาญของแต่ละบุคคลและความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอดมีความหลากหลาย แม้จะมีแนวปฏิบัติแล้วก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแนวปฏิบัติเน้นเรื่องการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้เน้นในส่วนของการนำไปใช้ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ควรครอบคลุมทุกระยะของการคลอด เป็นผลให้ขาดการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะการประเมินความผิดปกติของมดลูก ลักษณะการหดตัวของมดลูก ขาดการนวดมดลูกในระยะ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอดอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ

ขาดการประเมินการเสียเลือดที่แม่นยำ ส่วนใหญ่ใช้การประเมินด้วยสายตา ซึ่งจะได้ปริมาณเลือดที่ออกน้อยกว่าความเป็นจริงส่งผลให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดทันทีล่าช้าและที่สำคัญพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำคลอดรกด้วยวิธีอำคัยมดลูกส่วนบนที่หดตัวแข็งดันเอารกที่อยู่ด้านล่างทางคลอดออกมา(modified crede' maneuver) ทั้งนี้ด้วยได้รับการฝึกสอนให้ทำคลอดรกโดยวิธีนี้มาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลจึงขาดทักษะและความมั่นใจในการทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมการดึงสายสะดือ (controlled cord traction) แม้จะทราบและยอมรับว่าการทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction ช่วยลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดได้ดีกว่าการทำคลอดรกด้วยวิธี modified crede' maneuver⁽¹⁹⁾ 5) อัตราการกำลังของพยาบาลวิชาชีพมีไม่เพียงพอสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้คลอด เท่ากับ 1:4 ซึ่งตามเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพจะระดับทั่วไปขั้นต่ำในแต่ละหน่วยบริการระดับตติยภูมิห้องคลอดควรมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ : ผู้คลอดเท่ากับ 2 : 1⁽²⁰⁾ ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่ได้มีการประเมินการหดตัวของมดลูกตามมาตรฐานคือทุก 15 นาทีจนครบสองชั่วโมงแรกหลังคลอด

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของโรงพยาบาลราชบุรีขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เกิดความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ และช่วยยกระดับวิชาชีพพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรี โดยเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและสัดส่วนมารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

มารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการ

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบชนิดไปข้างหน้าแบบไม่ควบคุมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกกลุ่มตัวอย่างได้แก่มารดาที่มารับบริการคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าคือมารดาที่มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี มีอายุครรภ์ครบกำหนด 37 – 42 สัปดาห์ตั้งครรภ์เดี่ยวสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ มีจำนวนการคลอด ≤ 4 ครั้ง มีการฝากครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์สื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการแยกกลุ่มตัวอย่างออกได้แก่มารดาที่มีโรคทางกายที่มีผลต่อการตกเลือดหลังคลอด เช่น โรคเลือดต่างๆ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะลมโป่งพอง ได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด (aspirin, warfarin) มารดาที่เข้าร่วมการศึกษาแล้วมีความประสงค์ที่จะออกจากการศึกษาในครั้งนี้อ หรือพบภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอดและแพทย์พิจารณาให้ทำผ่าตัดคลอด คำวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกของจำนวนประชากรที่มาคลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลราชบุรี ในปีงบประมาณ 2558 มีจำนวนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดทั้งหมด 509 ราย ในจำนวนนี้เป็นมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์จำนวน 61 ราย และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ 86 ราย รวมมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด 147 ราย คงเหลือมารดาที่มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน $509 - 147 = 362$ ราย แบ่งเป็นมารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง จำนวน 77 ราย และมารดาที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้งจำนวน 285 ราย ($362 - 77$) เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง มีขนาดและลักษณะของประชากรมีลักษณะคล้ายกันและทราบจำนวนประชากรที่

ค่อนข้างแน่นอนจำนวนประชากรทั้งหมดที่ศึกษาเป็น
หลักร้อยละ จึงใช้เกณฑ์การสุ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
15- 30 %⁽²¹⁾ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 285 X 30 % คิด
เป็น 86 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1)แนว
ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือด
หลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี 2) เครื่องมือที่
ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วน
บุคคลของผู้คลอดและแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตก
เลือดหลังคลอดในระยะแรก การตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการ
ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรีนี้ ผู้วิจัย
พัฒนาขึ้นโดยนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกัน
การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลจอมทอง ของ
ชญาณิศวรร ภูณา⁽²²⁾ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในคุณภาพและมีหลาย
หน่วยงานได้นำไปใช้ มาปรับให้สอดคล้องและเหมาะสม
กับบริบทของโรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้แบบสำรวจความ
คิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของจิวรรณ
รงค์ชัย และพิกุล นันทชัยพันธ์⁽²³⁾ ประเมินความเป็นไปได้กับ
ทีมพยาบาลห้องคลอดผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 9 คนพบว่า
ความคิดเห็นในการนำไปใช้ในแต่ละหัวข้ออยู่ในเกณฑ์เห็น
ด้วยระดับมาก จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน
ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลภาควิชา
สูติศาสตร์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร 1 คน
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอ
แนะจากนั้นได้นำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับมารดาที่มี
คุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยทดลอง
ปฏิบัติงานครบทุกข้อเสนอแนะในแนวทางปฏิบัติการ
พยาบาลทางคลินิก ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อขออนุญาตใช้
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลัง
คลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทองของ
ชญาณิศวรร ภูณา พร้อมทั้งได้แต่งตั้งคณะทำงานในการ
ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกัน
การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี
โดยมีผู้วิจัยเป็นหัวหน้าทีมและทีมสหสาขาวิชาชีพของ

โรงพยาบาลประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติ
นรีเวชกรรม เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด วิทยาลัย
พยาบาล ธนาคารเลือด ห้องปฏิบัติการ และพยาบาล
วิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยได้ร่วม
วางแผนการใช้แนวปฏิบัติและจัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง
เพื่อเผยแพร่ทีมการดูแลมารดาหลังคลอดภายหลังได้รับ
อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ราชบุรี ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลราชบุรี ที่ รบ.0032. 102/276 ลงวันที่ 4
สิงหาคม 2559

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลในกลุ่มที่ดูแลตามปกติก่อนตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม
2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการดูแล
การคลอดระยะที่สามด้วยกระบวนการแบบดั้งเดิมคือรอให้
มีอาการแสดงของรกลอกตัวก่อนทำคลอดรก ให้ยากระตุ้น
การหดตัวของมดลูกด้วย oxytocin เมื่อแพทย์สั่งเท่านั้น
ขนาดคลึงมดลูกเมื่อมดลูกไม่แข็งหรือมีอาการตกเลือด
ทำคลอดรกดด้วยวิธี Brant Andrew หรือ Modified crede
และประเมินปริมาณการเสียเลือดด้วยสายตาของผู้
ทำคลอด จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวม
ข้อมูลในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกตั้งแต
วันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2559 ตาม
แนวทางการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้และการประเมิน
ผลของสภาวะวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ
ประเทศออสเตรเลีย(National Health and Medical Re-
search Council [NHMRC], 1999)⁽²⁴⁾ มีทั้งหมด 3 ขั้นตอน
ดังต่อไปนี้

1. ขึ้นเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ผู้ปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้อง
ในหน่วยงานโดยจัดประชุมทีมพยาบาลห้องคลอดซึ่งเป็น
ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับโครงการโดยให้ทีมผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมใน
การแสดงความคิดเห็นในส่วนของการกำหนดเป้าหมาย
และส่งเสริมให้มีการใช้แนวปฏิบัติ
2. ขึ้นดำเนินการใช้แนวปฏิบัติโดยวางแผน
สนับสนุนและการกำกับติดตามให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- 1) ประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดแผนการใช้
แนวปฏิบัติแนวทางการกำกับติดตามกระบวนการใช้แนว
ปฏิบัติร่วมกัน ตลอดจนกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของ

แต่ละคนในการกำกับและติดตามการใช้แนวปฏิบัติการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตลอดจนการปรับปรุงแก้ไขและการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2) สนับสนุนความรู้และทักษะสำคัญที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้แก่ จัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในห้องคลอดเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และแบบบันทึกที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ จัดประชุมให้ความรู้ในการประเมินความเสี่ยงการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและการจัดการการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction และการนวดมดลูกโดยสูติแพทย์

3) เริ่มมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ในการดูแลมารดาที่มารับการคลอดที่โรงพยาบาลราชบุรีตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 เป็นต้นไป มีการใช้กระบวนการเร่งคลอดด้วยวิธี AMTSL อย่างเป็นระบบ ใช้การตรวจประเมินการเสียเลือดในระยะที่สามของการคลอด และใช้การซังผ้าอนามัยประเมินการเสียเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยผู้วิจัยได้ทำการกำกับติดตามให้มีการดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยลงมือปฏิบัติและประสานงานกับทีมผู้ดูแลทุกฝ่ายโดยมีการตรวจเยี่ยมการปฏิบัติในแต่ละจุดบริการเป็นระยะ ติดตามสอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติในระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้วิจัยมีการสัธิตและฝึกทักษะการปฏิบัติให้กับทีมผู้ดูแลและมีการติดตามทุกสัปดาห์หรือตามความจำเป็นเพื่อติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ

3. ขั้นตอนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการรวบรวมข้อมูลประเมินความสำเร็จของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากจำนวนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก จำนวนมารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก สัดส่วนมารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิก (n = 86)		กลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ (n = 86)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานที่ฝากครรภ์					.62	.73
โรงพยาบาลราชบุรี	30	34.88	32	37.21		
คลินิกเอกชน	52	60.47	48	55.81		
โรงพยาบาลอื่นๆ	4	4.65	6	6.98		
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์					2.02	.15
มี	0	0.00	2	2.33		
ไม่มี	86	100	84	97.67		
ชนิดของการคลอด					.12	.73
คลอดปกติ (NL)	82	95.35	81	94.19		
ใช้เครื่องมือช่วยคลอด(V/E)	4	4.65	5	5.81		
ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด					.15	.69
ภาวะซีด	5	5.81	5	5.81		
ตัดฝีเย็บ	86	100	86	100		
ได้รับยาเร่งคลอด	15	17.44	17	19.77		

จากตารางที่ 1 พบว่ามารดาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกส่วนใหญ่ร้อยละ 60.47(52 คน)มีการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน ร้อยละ 100 (86 คน) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 95.35(82 คน) เป็นการคลอดปกติ และส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยได้รับการตัดฝีเย็บทุกรายร้อยละ 100 (86 คน) รองลงมาคือร้อยละ 17.44 (15 คน) ได้รับยาเร่งคลอด และร้อยละ 5.81 (5 คน) มีภาวะซีด ตามลำดับ ส่วนมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่ร้อยละ

55.81 (48 คน)มีการฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน ร้อยละ 97.67 (84 คน) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 94.19 (81 คน) เป็นการคลอดปกติ และส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยได้รับการตัดฝีเย็บทุกรายร้อยละ 100 (86 คน) รองลงมาคือร้อยละ 19.77 (17 คน) ได้รับยาเร่งคลอด และร้อยละ 5.81 (5 คน) มีภาวะซีด ตามลำดับ เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแคว์พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (n = 86)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 86)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก	24	26.74	8	9.30	.003*
- เสียเลือด 200 –300 มิลลิลิตร	8	9.30	7	8.14	
- เสียเลือด 301 –400 มิลลิลิตร	25	29.07	50	58.14	
- เสียเลือด 401 –500 มิลลิลิตร	29	33.72	21	24.42	
- เสียเลือด 501 –600 มิลลิลิตร	18	20.93	6	6.98	
- เสียเลือด 601 –700 มิลลิลิตร	4	4.65	0	0.00	
- เสียเลือด 701 –800 มิลลิลิตร	0	0.00	0	0.00	
- เสียเลือด 801 –900 มิลลิลิตร	1	1.16	0	0.00	
- เสียเลือด 901 –1000 มิลลิลิตร	0	0.00	1	1.16	
- เสียเลือด 1001 –1100 มิลลิลิตร	0	0.00	1	1.16	
- เสียเลือด 1101 –1200 มิลลิลิตร	1	1.16	0	0.00	

* p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.72 (29 คน) มีการสูญเสียเลือดอยู่ในช่วง 401–500 มิลลิลิตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่ร้อยละ 29.07 (25 คน) มีการสูญเสียเลือดในช่วง 301–400 มิลลิลิตร และ ร้อยละ 20.93 (18 คน) มีการสูญเสียเลือดในช่วง 501–600 มิลลิลิตรตามลำดับ โดยในจำนวนทั้งหมดนี้ร้อยละ 26.74 (24 คน) เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ส่วนมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่ร้อยละ 58.14 (50 คน) มีการสูญเสียเลือดอยู่ในช่วง 301–400 มิลลิลิตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ร้อยละ 24.42(21 คน) มีการ

สูญเสียเลือดในช่วง 401 –500 มิลลิลิตร และร้อยละ 8.14 (7 คน) มีการสูญเสียเลือดในช่วง 200 –300 มิลลิลิตร ตามลำดับ โดยในจำนวนทั้งหมดนี้ร้อยละ 9.30 (8 คน) เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนมารดาที่มีความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (n = 86)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 86)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก	24	27.91	8	9.30	.003*
- ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย	18	75.00	4	75.00	
- ความเข้มข้นของเลือดลดลง $\geq$ ร้อยละ 10 (ภาวะซีด)	5	20.83	2	25.00	
- จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน	1	4.17	2	25.00	

* p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกร้อยละ 20.83 (5 คน) เกิดความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในระดับที่ความเข้มข้นของเลือดลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 (ภาวะซีด) และร้อยละ 4.17 (1 คน) ที่จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน ส่วนมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร้อยละ 25 (2 คน) เกิดภาวะซีดและร้อยละ 25 (2 คน) ที่จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบสัดส่วนความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยใช้สถิติทดสอบความน่าจะเป็นฟิชเชอร์ พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วิจารณ์ผล

1. จากผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาเช่นการศึกษาของจิราณี ปัญญาปิ่น (2553) ที่ได้ศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁵⁾ การศึกษาของแสงเดือน วงศ์ใหญ่ (2553) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁶⁾ และการศึกษาของธนกร กฤษณพันธ์ (2553) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลพังงา พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกไม่แตกต่างจากมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁽²⁷⁾ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าน่าจะเป็นผลจากการประมาณการสูญเสียเลือดที่ต่ำกว่าความจริงไว้มาก (underestimate) ในอดีตโรงพยาบาลราชบุรีใช้วิธีการประเมินการสูญเสียเลือดด้วยตาเปล่า ความคลาดเคลื่อนแปรไปตามประสบการณ์ของผู้ประเมิน โดยทั่วไปความสามารถของบุคลากรด้านสุขภาพ

ในการคาดคะเนปริมาณเลือดที่สูญเสียด้วยตาเปล่าจะสามารถคาดคะเนได้แม่นยำในกรณีที่มีการสูญเสียเลือดเล็กน้อยเท่านั้น ในการคลอดจะมีเลือดบางส่วนที่รั่วไหลไปกับวัสดุและผ้าที่ใช้ซับหรือทำความสะอาดและมักไม่ถูกนำมาประเมินด้วย ดังเช่นในการศึกษานี้ที่พบว่าการประเมินการสูญเสียเลือดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 301 – 400 มิลลิลิตรร้อยละ 58.14 เมื่อเทียบกับมารดาในกลุ่มที่ใช้แนวทางการพยาบาลทางคลินิกที่มีการสูญเสียเลือดในช่วงเดียวกันพบเพียงร้อยละ 25 และยังพบว่าการสูญเสียเลือดในช่วง 601 – 700 มิลลิลิตร, 701 – 800 มิลลิลิตร และ 801 – 900 มิลลิลิตรไม่มีรายงานในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าการประเมินปริมาณเลือดหลังคลอดด้วยวิธีการตรวจหรือการชั่งมีประสิทธิภาพมากกว่าการประเมินด้วยการคาดคะเนด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁸⁻³¹⁾

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ามารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางการพยาบาลทางคลินิกส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชบุรี (พยาบาลวิชาชีพทำคลอด) มากกว่ามารดาที่มีการฝากครรภ์ที่คลินิก (สูติแพทย์ทำคลอด) สะท้อนให้เห็นว่าทักษะการทำคลอดด้วยวิธี controlled cord traction ของพยาบาลวิชาชีพอาจยังไม่เพียงพอ และพบว่าการฉีดยาออกซิโตซิน 10 ยูนิตรากลับมาเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำหลังทารกคลอดไหล่หน้า ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการทำ AMTSL นั้นไม่ได้ทำทุกราย ด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังใจกับภาระงานที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะนอกเวลาราชการมีพยาบาลวิชาชีพขึ้นปฏิบัติงาน เวลระ 2 คน หากมีการทำผ่าตัดคลอดพร้อมกับมีการทำคลอดเกิดขึ้น พยาบาลวิชาชีพ 1 คนต้องไปปรับทารกผ่าตัดคลอดที่ห้องผ่าตัด เหลือพยาบาลวิชาชีพ 1 คนที่ทำคลอด จึงไม่สามารถฉีดยาเมื่อทารกคลอดไหล่หน้าได้ และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดมากกว่า 1000 มิลลิลิตรพบว่ามารดามีภาวะรกติดตึง (Placenta adherens) ด้วยเหตุผลดังกล่าวสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในมารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวทางการพยาบาลทางคลินิกจึงมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามหากมีการติดตามผลอย่าง

ต่อเนื่องในระยะยาวแนวโน้มสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในภาพรวมน่าจะลดลง

2. มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าการวินิจฉัยที่รวดเร็วได้จากการวัดปริมาณเลือดที่แม่นยำ ตรวจจับเลือดเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยให้วินิจฉัยได้ถูกต้องเพื่อให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว ช่วยเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรในระหว่างที่เลือดออกตั้งแต่ 300 มิลลิลิตรไปถึง 500 มิลลิลิตร และวางแผนการดูแลรักษาเพื่อลดความรุนแรง ดังเช่นในการศึกษานี้หลังจากที่มีการใช้ตรวจจับเลือด สามารถให้การวินิจฉัยมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดได้เพิ่มขึ้น แต่ความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในระดับที่เกิดภาวะช็อคมีเพียงร้อยละ 20.83 และระดับที่จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทนมีเพียงร้อยละ 4.17 ในขณะที่มารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกในระดับที่เกิดภาวะช็อคถึงร้อยละ 25 และระดับที่จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทนร้อยละ 25 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรวิรัตน์ มงคลปฐมรัตน์ (2551) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการเร่งคลอดรกในการลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการเร่งคลอดรกและชั่งเลือดผ่านแผ่นรองซับเลือดมีระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับการเร่งคลอดรกและประเมินการสูญเสียเลือดด้วยตาเปล่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³²⁾ อย่างไรก็ตามความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกจะมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างได้แก่ปริมาณเลือดของมารดาขณะยังไม่ตั้งครรภ์ ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์และภาวะโลหิตจางในขณะคลอด⁽³³⁾ ในรายที่มีโลหิตจางอย่างรุนแรงอยู่ก่อน การเสียเลือดเพียง 200 ถึง 250 มิลลิลิตรอาจทำให้เสียชีวิตได้ ในมารดาที่มีความดันโลหิตปกติอาจมีการตอบสนองต่อการตกเลือดโดยมีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นในช่วงแรกต่อมาจึงต่ำลงในขณะที่อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้นที่พรวดเร็วขึ้นและเบาลงความดันโลหิตลดต่ำลงเรื่อย ๆ รวมกับความรู้สึกตัวของมารดาอาจเริ่มเปลี่ยนแปลง แต่ในรายที่มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อน

ตกเลือดอาจทำให้แพทย์วินิจฉัยผิดว่ายังไม่มีภาวะช็อกเกิดขึ้นเพราะความดันโลหิตตกมาอยู่ในค่าปกติในขณะที่มีเลือดออกมากจนปริมาณเลือดในร่างกายไม่เพียงพอแล้ว

สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ช่วยให้อัตราการตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง รวดเร็ว และรีบให้การรักษาทันเวลาก่อนที่จะเกิดความรุนแรง ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ควรถูกนำไปใช้เป็นงานประจำในการดูแลผู้ที่คลอดทางช่องคลอดทุกรายแม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ตามโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ทำคลอดทุกคนต้องได้รับการฝึกทักษะให้มีความชำนาญเรื่องการทำคลอดรกดด้วยวิธี controlled cord traction ร่วมกับการบริหารอัตรากำลังเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการกดยาลอกซิโตซิน 10 ยูนิททางกล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดดำหลังทารกคลอดไหล่หน้าได้ในกรณีที่ภาระงานมาก ซึ่งอาจทำได้โดยให้พยาบาลวิชาชีพเตรียมยาไว้พร้อมใช้ แล้วให้นักศึกษาพยาบาลที่มีทักษะการกดยาลอกซิโตซิน หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ในห้องคลอดขณะนั้น เช่นแพทย์ใช้ทุนช่วยกดให้ก็ได้ รวมถึงการคลึงมดลูกหลังคลอดสามารถสอนนักศึกษาพยาบาล พนักงานช่วยเหลือคนไข้ให้ช่วยได้โดยมีการสอนการฝึกทักษะให้ปฏิบัติได้ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. Say L, ChouD, Gemmill A, TunçalpO, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, AlkemaL. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. [online] . 2014 . Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X). [cited 2016 April 23].
2. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 2008; 22(6):999-1012.
3. Schorn MN. Measurement of blood loss: review of the literature. Journal of Midwifery & Womens Health ; 2010; 55:20-7.
4. Al-Kadri HM, Al-Anazi BK, Tamim HM. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. Archives of Gynecology and Obstetrics; 2011; 283(6):1207-1213.
5. World Health Organization [WHO]. Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. [online]. 2012. Available from <http://whglbdoc.who.int/publication/2009/9789241-eng.pdf>. [cited 2016 January 20].
6. Weeks A. The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next? . International journal of obstetrics and gynaecology; 2015; 122(2):202-210.
7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559. [ออนไลน์]. 2559. สืบค้นจาก http://psdg.ana-mai.moph.go.th/download/D_seminar/semnar6_0159/9 Strategy.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2559]
8. Smith J.R. Postpartum hemorrhage. [online]. 2011. Available from: <http://www.emedicine.com/med/topic3568.htm>. [cited 2016 January 20].
9. Prata N, Hamza S, Bell S, Karasek D, Vahidnia F, Holston M. et al. Inability to predict postpartum hemorrhage: Insights from Egyptian intervention data [online]. 2011. Available from: <http://escholarship.org/uc/item/0b54873d>. [cited 2017 January 23].
10. Pillitteri A. Maternal & child health nursing care of the childbearing & childbearing family. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, López JD, Macones GA, Cahill AG. Duration of the third stage of labor and risk of postpartum hemorrhage. Obstetrics & Gynecology; 2016 ; 127(5): 951-956.
12. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. American

- Family Physician ;2007; 75(6): 875-82.
13. Feinberg EC, Molitch ME, Enders LK, Peaceman AM. The incidence of Sheehan's syndrome after obstetric hemorrhage. American Society for Reproductive Medicine; 2005; 84(4):975-979.
 14. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: A systematic review. J Obstet Gynaecol; 2010; 115(3): 637 – 644.
 15. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Geneva: WHO; 2009.
 16. International Federation of Gynecology (FIGO). 2012. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource setting. Int J Gynec Obstet ;2012; 117: 108-18.
 17. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labor (Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 4. 2007. Chichester. UK : John Wiley & Sons. [online]. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD000007.pdf>. [cited 2010 May 20].
 18. งานห้องคลอด. รายงานข้อมูลตัวชี้วัด. ราชบุรี: โรงพยาบาลราชบุรี; 2558.
 19. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 29;1:CD008020. doi: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.
 20. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ [ออนไลน์]. 2548. สืบค้นจาก http://www.tnc.or.th/files/2010/10/act_of_parliament-368/_14975.pdf. [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2559].
 21. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น; 2535.
 22. ชญาณิศวรร กุณา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ชั้นสูง] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
 23. ฉวีวรรณ ธงชัย, และพิกุลนนท์ชัยพันธ์. แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
 24. National Health and Medical Research Council, Australia [NHMRC]. A guide to the development, evaluation and implementation of clinical practice guidelines. [online]. 1999. Available from http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp30.pdf. [cited 2016 January 20].
 25. จิราณี ปัญญาปิ่น. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 26. แสงเดือน วงศ์ใหญ่. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 27. ธนกร กฤษณาพันธ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลพังงา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 28. Bose P, Regan F, Paterson BS. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. J Obstet Gynaecol ;2006; 113: 919-24.
 29. Buckland SS, Homer CS. Estimating blood loss after birth: using simulated clinical examples. Women Birth 2007;20: 85-8.

30. MaslovitzS, Barkai G, Lessing JB, Ziv A, Many A.
Improved accuracy of postpartum blood loss estimation as assessed by simulation. ActaObstet-Gyn Scan 2008; 87: 929-34.
31. รสสุคนธ์ จันทร์ดาประดิษฐ์ และสร้อยอนุสรณ์ ธีรกุล.
ประสิทธิภาพของการใช้ถุงพลาสติกแผ่นฟิล์มวัด
ปริมาณการสูญเสียเลือดหลังคลอด.ศรีนครินทร์เวชสาร
2558; 30(3):270-275.
32. สุรวิรัตน์ มงคลปทุมรัตน์. ประสิทธิภาพของการเร่งคลอด
รกในการลดการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก วารสาร
วิชาการสาธารณสุข 2551; 17(5): 737 – 743.
33. โฉมพิลาศ จงสมชัย. ภาวะตกเลือดหลังคลอด.
การประชุมวิชาการครั้งที่ 26 ประจำปี 2553.
Srinagarind Medical Journal 2010; 25 (sup-
pl):151-158.

