



ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการ
กดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็นในมารดาที่มารับบริการคลอด
โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

Effects of Model Development for Preventing Early Postpartum Hemorrhage
Combined with Lower Uterine Segment Compression and Cold Massage in Mothers
Receiving Labor Services Rangae Hospital, Narathiwat Province

กาญจนา บัวหอม¹, รอบีอาห์ นาวะกาณิง¹,
ฮุไดบะห์ สาละ¹, วรินทร์ จันทสิโร¹, วณิสา หะยีเซะ^{2*}

Kanjana Buahom¹, Rorbia Nawakaning¹,
Hudaibah Salae¹, Warintorn Chantasiro¹, Wanisa Hayeese^{2*}

(Received: September 1, 2025; Revised: January 12, 2026; Accepted: January 12, 2026)

บทคัดย่อขยาย

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดา
เขตบริการสุขภาพที่ 12 พบอัตราการตายสูงสุด ร้อยละ 72.6 (Ministry of Public Health, 2022) และ
ในปี 2564 - 2566 โรงพยาบาลระแงะมีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.37, 0.4
และ 0.97 ตามลำดับ สาเหตุที่พบส่วนใหญ่คือ ภาวะมดลูกไม่หดตัว และภาวะรกค้าง เพื่อพัฒนา
รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก และเปรียบเทียบปริมาณเลือดทั้งหมดที่สูญเสีย
ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

วิธีการวิจัย รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน
1) ขั้นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น (R1): ผู้ให้ข้อมูลคือมารดาที่มีประวัติตกเลือด
หลังคลอดและพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด 2) ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (D1): นักวิจัยร่าง

¹โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส

¹Rangae hospital, Narathiwat

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

²Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: wanisa.h@pun.ac.th



รูปแบบและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ 3) ขั้นตอนการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ (R2): กลุ่มประชากรคือ ผู้รับบริการคลอดในโรงพยาบาลระแงะ กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาคลอดปกติ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก รูปแบบการกดมดลูกส่วนล่าง รูปแบบการคลึงด้วยความเย็น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน (t-test) และ 4) ขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (D2): ผู้ให้ข้อมูลคือ มารดาคลอดที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 25 คน

ผลการวิจัย รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ประกอบด้วย การดูแลทำคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ ร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างและนวดมดลูกนาน 10 นาที และการคลึงมดลูกด้วยการประคบเย็น ปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.60 มิลลิลิตร (S.D. = 18.82) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 206 มิลลิลิตร (S.D. = 36.74) ปริมาณการสูญเสียเลือดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.46, p < 0.000$)

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็น ช่วยลดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษารวดเร็ว และเกิดความปลอดภัยจากการคลอด

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก, การกดมดลูกส่วนล่าง, การคลึงมดลูกด้วยความเย็น, การพยาบาลหลังคลอด

Extended Abstract

Background and Objectives Postpartum hemorrhage is a major cause of maternal death. Health Service Area 12 had the highest maternal mortality rate at 72.6 % (Ministry of Public Health, 2022). Rangae Hospital has seen a rise in postpartum hemorrhage in the first two hours from 2021 to 2023, with rates of 0.37 %, 0.4 %, and 0.97%, respectively. The most common causes were uterine atony and retained placenta. To develop a model for preventing early postpartum hemorrhage and compare the total blood loss between the experimental group using the developed model and the control group receiving standard care.



Methods The research and development model consisted of 4 steps: 1) Problem and needs analysis (R1): Data providers were mothers with a history of postpartum hemorrhage and professional nurses working in the labor room; 2) Model design and development (D1): Researchers drafted the model and had experts review its quality; 3) Model testing and effectiveness evaluation (R2): The study population consisted of women giving birth at Rangae Hospital. The sample consisted of 50 women who delivered normally, divided into 25 in the experimental group and 25 in the control group. The tools used were the early postpartum hemorrhage prevention model, the lower uterine segment compression model, and the cold massage model, including a personal information questionnaire and a record of blood loss volume within 2 hours postpartum. Data were analyzed using descriptive statistics (t-test); 4) Evaluation of the developed model (D2): Data providers were 25 women who used the developed model.

Results The early postpartum hemorrhage prevention model included professional standard labor care combined with lower uterine segment compression and uterine massage for 10 minutes, as well as uterine massage with cold compresses. The amount of blood loss in the first 2 hours after delivery in the experimental group using the postpartum hemorrhage prevention model was 119.60 milliliters on average (S.D. = 18.82). The control group receiving standard care had an average of 206 milliliters (S.D. = 36.74). The amount of blood loss in the experimental group was significantly statistically less than in the control group ($t = 10.46, p < 0.000$).

Conclusion and Recommendation The study results show that the early postpartum hemorrhage prevention model combined with lower uterine segment compression and cold massage effectively reduces postpartum hemorrhage. This provides guidance for nurses in caring for mothers receiving labor services, leading to rapid diagnosis and treatment and ensuring safe delivery.

Keywords: Prevention of early postpartum hemorrhage, Lower uterine segment compression, Cold uterine massage, Postpartum nursing care

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติ และมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด และจากอาการแสดงภาวะ



ซึ่งจากการเสียเลือด เช่น อาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม อาจมีอาการกระหายน้ำร่วมด้วย ถ้ามีภาวะร่างกายขาดน้ำหรืออาจมีอาการของการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว หากภาวะช็อกเป็นในระดับที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการซึม หมดสติ ปัสสาวะออกน้อยลงหรือไม่ออกเลย เป็นต้น (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020) เมื่อแบ่งตามระยะทั่วไปของการตั้งครรภ์จนถึงคลอด (Stage of labour) สามารถแบ่งได้ 3 ระยะหลัก คือ 1) ระยะก่อนคลอด เป็นระยะที่ใช้เวลาประมาณ 40 สัปดาห์ นับตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์จนถึงระยะเจ็บครรภ์คลอด 2) ระยะคลอด สามารถแบ่งระยะตามขบวนการคลอดเป็น 4 ระยะได้แก่ (ระยะที่ 1) ของการคลอด (First stage of labour) นับตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์เริ่มมีการเจ็บครรภ์จริง (True labour pain) จนถึง มีการเปิดขยายของปากมดลูก จนหมด 10 เซนติเมตร (Fully dilatation of cervix) เรียกได้ว่าระยะนี้เป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์อยู่ในระหว่างการรอคลอด (ระยะที่ 2) ของการคลอด (Second stage of labour) เริ่มนับตั้งแต่สตรีตั้งครรภ์มีการเปิดขยายของปากมดลูก 10 เซนติเมตร จนถึงระยะที่ทารกคลอด หรือเรียกได้ว่าสตรีตั้งครรภ์อยู่ในระหว่างการเบ่งคลอด (ระยะที่ 3) ของการคลอด (Third stage of labour) เริ่มตั้งแต่หลังจากทารกคลอดจนถึงรกคลอด หรือเรียกได้ว่าเป็นระยะเด่นของการทำคลอดรก และ (ระยะที่ 4) ของการคลอด (Fourth stage of labour) เป็นชั่วโมงแรกหลังจากที่รกคลอดเรียบร้อยจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ระยะนี้มีความสำคัญมาก ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการตกเลือดหลังคลอดมักเกิดขึ้นได้มากที่สุดในระยะนี้ และ 3) ระยะหลังคลอด โดยหลังคลอดระยะแรกจะนับตั้งแต่ระยะเวลากายหลังคลอดทารกและคลอดรกเรียบร้อยแล้วจนถึง 2 ชั่วโมง ส่วนระยะหลังไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอดสตรีวิทยาต่าง ๆ ของสตรีที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการปรับตัวในระหว่างตั้งครรภ์ จะกลับคืนสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ภายในเวลาเฉลี่ยประมาณ 6 สัปดาห์ (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022)

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก ในปี 2566 องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปีดังกล่าวมีผู้หญิงเสียชีวิตประมาณ 260,000 รายทั่วโลก จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด โดยมากกว่า 90 % เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งรวมถึงการเสียเลือดระหว่างหรือหลังคลอดด้วย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังระบุว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยกำหนดค่าจำกัดความที่ยอมรับกันทั่วไปคือการเสียเลือด ≥ 500 มิลลิลิตรภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และเป็นปัจจัยอันดับต้น ๆ ที่ส่งผลต่อสัดส่วนการเสียชีวิตเหล่านี้ (World Health Organization [WHO], 2024) สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ 2563 - 2565 อยู่ที่ 22.9, 39.0 และ 25.6 ต่อการเกิด มีชีพ 100,000 รายตามลำดับ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าอัตราการเสียชีวิตของมารดา ไม่เกิน 17 ต่อ



การเกิดมีชีพแสนราย และเขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนการตายมารดาสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 72.6, เขตสุขภาพที่ 6 ร้อยละ 52.6, และ เขตสุขภาพที่ 9 ร้อยละ 39.3 ตามลำดับต่อการเกิดมีชีพแสนราย (Ministry of Public Health, 2022) แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดโดยอ้างอิงจากแนวทางของราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย (RTCOT) (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022) คือความสำคัญหรือค่านิยมของภาวะตกเลือดหลังคลอด การประเมินความเสี่ยงก่อนคลอด การจัดการเชิงป้องกัน (AMTSL) และการดูแลติดตามหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยทางการแพทย์และการประสมการณ์ความชำนาญทางคลินิก ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ นำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติการพยาบาลและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลายโรงพยาบาลมีการปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เช่น การจัดการระบบการพยาบาลในโรงพยาบาลนรีรรมย์และภาควิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำระบบการพยาบาลและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้ลดอัตราการตกเลือดและตัดมดลูกหลังคลอดได้จากร้อยละ 1.64 สู่ ร้อยละ 0.63 (Banditpanichcha et al., 2018) กระบวนการที่สำคัญหลัก ๆ คือการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (Promma, 2021) การดูแลการพยาบาลขณะคลอด (Buakam, 2019) แม้ว่าจะมีการพัฒนา และนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถานพยาบาลต่าง ๆ แล้ว ผลการตกเลือดหลังคลอดยังมีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ด้วยสาเหตุของ “เวลา” ดังการศึกษาการบริหารจัดการเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ (Chaiyapap, 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางและบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการบริหารจัดการเชิงรุก เพื่อป้องกันภาวะช็อก (Shock) จากการสูญเสียเลือดในมารดาหลังคลอด พบว่า บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ไม่ได้เป็นเพียงผู้ทำคลอด แต่เป็น “ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager)” ที่ต้องมีความไวในการตรวจพบอาการผิดปกติ (Early Detection) และการตัดสินใจที่รวดเร็ว (Early Intervention) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อก

จากสถิติการดำเนินงานของห้องคลอด โรงพยาบาลระยอง ในปี 2561 พบอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 3.10 นำไปสู่การศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง โดยในปีงบประมาณ 2562 ได้มีการวิจัยเรื่อง ผลของการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการคลึงมดลูกด้วยความเย็นต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Ragae Hospital., 2023) ซึ่งผลการศึกษาในขณะนั้นยืนยันว่าสามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ได้มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องกลับพบอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดเริ่มมีแนวโน้มกลับมาเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2566 (คิดเป็นร้อยละ 0.37, 0.4 และ 0.97 ตามลำดับ) ผู้บริหารร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติงานได้ทำการทบทวนระบบงานและวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติเดิมอย่างถี่ถ้วน พบ



ข้อจำกัดสำคัญ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบการคัดกรองความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม 2) ผู้คัดลอกขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง 3) เทคนิคการกวดมดลูกยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน 4) การกำหนดระยะเวลาและอุปกรณ์ในการคลึงเย็นยังไม่ชัดเจน และ 5) ขาดระบบการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ (Ragae Hospital., 2023) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยนำนวัตกรรมการกวดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการคลึงมดลูกด้วยความเย็นมาบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลเชิงรุก เพื่อยกระดับประสิทธิภาพในการประเมิน การวินิจฉัย และการป้องกันความเสี่ยงให้ครอบคลุมและแม่นยำยิ่งขึ้น อันจะเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับพยาบาลในการสร้างความปลอดภัยสูงสุดแก่ผู้รับบริการในโรงพยาบาลระแงะต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกวดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็น
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดทั้งหมดที่สูญเสีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของมารดา ในการได้รับการดูแลจากรูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกวดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็น

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) ประยุกต์จากการศึกษาของ Chookhampaeng (2018) โดยมีวงจรในการพัฒนางานที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อได้มาซึ่งแนวปฏิบัติ หรือรูปแบบการทำงานต่าง ๆ ที่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพของการทำงาน โดยมีขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบของการวิจัยที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนผลที่ได้สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Figure 1)



Figure 1 Conceptual framework



วิธีการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research (R1))

ขั้นตอนดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จำนวน 10 คน และมารดาที่เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอด จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์พยาบาลผู้ร่วมปฏิบัติงานเพื่อค้นหาปัญหาเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด ผ่านการพัฒนาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอด มีปัญหาในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด อะไรบ้าง อย่างไร และมารดามีความต้องการเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อะไรบ้าง แนวทางที่ต้องการพัฒนาเป็นอย่างไร ซึ่งแนวปฏิบัติที่เดิมพบปัญหาคือระบบการคัดกรองความเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม, ผู้คลอดขาดการรับรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง, เทคนิคการกอดมดลูกยังขาดความเป็นมาตรฐานเดียวกัน, การกำหนดระยะเวลาและอุปกรณ์ในการคลึงเอ็นยังไม่ชัดเจน และ ขาดระบบการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด โดยมีลำดับขั้นตอนโดยละเอียดดังนี้

ขออนุญาตและรับรองจริยธรรม ดำเนินการให้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดทั้งหมดเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน ออกแบบเครื่องมือและแนวคำถาม โดยจัดเตรียมแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แนวคำถามมุ่งเน้นการค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด เช่น ปัญหาในการดูแลมารดา, ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของมารดา, ปัญหาของแนวปฏิบัติเดิม, และแนวทางที่ต้องการพัฒนา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลมารดาที่มารับบริการคลอด ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ SWOT Analysis (Hill & Jones, 2018)



ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ (Design and Development (D1)) มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อเติมเต็มกรอบแนวคิดของการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกมดลูกส่วนล่างและการคลั่งด้วยประคบเย็นในมารดาที่มารับบริการคลอดโรงพยาบาลระแงะ

2. ร่างรูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกมดลูกส่วนล่างและการคลั่งด้วยความเย็น ที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบคุณภาพ ตรวจสอบคำถามเชิงลึกก่อนสัมภาษณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมและนรีเวชกรรม อาจารย์พยาบาลสาขาสูติกรรม และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีการปรับปรุงแก้ไข จนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ารูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย เครื่องมือทั้งในส่วนของการรวบรวมข้อมูลและส่วนที่ใช้ทดลอง Flow chart การปฏิบัติงาน มีความเหมาะสม ครอบคลุมในการคัดกรองความเสี่ยงและแนวทางดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกมดลูกส่วนล่างและการคลั่งด้วยความเย็น ไปทดลองใช้กับมารดาคลอดปกติที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการคลอดโรงพยาบาลระแงะ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอดโดยผ่านการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) จำนวน 10 ราย ดังนี้ 1) มารดาอายุระหว่าง 20 - 45 ปี 2) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 - 3 3) อายุครรภ์ครบกำหนด 37 - 42 สัปดาห์ 4) รับไหมในระยะที่ 1 ของการคลอด 5) ไม่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 6) ไม่มีประวัติผ่าตัดมดลูก/ไม่มีประวัติผ่าตัดเนื้องอกที่มดลูกเป็นมารดาครรภ์เดียว และ 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น PIH, GDM, หัวใจ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Implementation :Research (R2)) มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มารับบริการคลอดโรงพยาบาลระแงะ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดปกติที่มารับบริการคลอด โรงพยาบาลระแงะ ที่มารับบริการตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มารดาอายุระหว่าง 20 - 45 ปี 2) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 - 3 3) อายุครรภ์ครบกำหนด 37 - 42 สัปดาห์ 4) รับไหมในระยะที่ 1 ของการคลอด 5) ไม่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 6) ไม่มีประวัติผ่าตัดมดลูก / ไม่มีประวัติผ่าตัดเนื้องอกที่มดลูกเป็นมารดาครรภ์เดียว และ 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น PIH, GDM, หัวใจ เป็นต้น



มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไข้เย็บลึกขนาดระดับ 3 ขึ้นไป รกหรือเศษรกค้าง มดลูกปลิ้น Total Blood loss มากกว่าหรือเท่ากับ 450 มิลลิลิตร ขณะคลอด เนื่องจากเป็นภาวะตกเลือด หลังคลอดที่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power กำหนด effect size เท่ากับ 1.04 คำนวณ ผลจากงานวิจัยของ Buakam (2019) เรื่องการพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม - เตือนการนวดมดลูกต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชาวมาน จังหวัดอำนาจเจริญ และกำหนด power ที่ 0.8, p-value ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย โดยจะเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจากผู้มารับบริการคลอดให้เสร็จสิ้น จึงเก็บในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูล โดยคำนึงคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่มีความใกล้เคียง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. แบบการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตั้งแต่แรกได้รับผู้ป่วย โดยประเมินความเสี่ยงการตกเลือดและการดูแลระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดย

ระยะก่อนคลอด ประกอบด้วย ชักประวัติ / ตรวจร่างกาย การประเมินภาวะเสี่ยงในการ คัดกรองผู้รับบริการ คัดกรองความเสี่ยงด้วยตนเอง ผ่าน QR code และ Attend ผู้รับบริการตามปกติ

ระยะคลอด ประกอบด้วย ดูแลทำคลอดปกติตามมาตรฐานวิชาชีพ และเพิ่มกระบวนการกดมดลูกส่วนล่างและคลึงมดลูกด้วยความเย็น โดยรูปแบบการกดและการคลึงมดลูก มีดังนี้

- การกดมดลูกส่วนล่าง เริ่มจับเวลาโดยพยาบาลผู้ช่วยคลอด หลังจากพยาบาลผู้ทำคลอดรก กดมดลูกส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีโดยหันฝ่ามือเข้าหาผู้คลอดด้วยน้ำหนักมือประมาณ 2 กิโลกรัม ให้สัมผัสและได้รับรู้ถึงการแข็งตัวของมดลูก กดนาน 10 นาที (Tewapitak & Phonphok, 2022) (โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจะต้องผ่านการฝึกทักษะลงน้ำหนักมือให้ได้ 2 กิโลกรัม ปฏิบัติทุกวันทุกครั้งหลังรับเวร) เมื่อครบเวลา เปลี่ยนมือกดเป็นคลึงมดลูก โดยพยาบาลห้องคลอดทุกท่านได้รับการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการในการกดมดลูกส่วนล่าง

- การคลึงมดลูกด้วยความเย็นที่มดลูก หลังจากครบเวลาการกดมดลูกส่วนล่าง โดยพยาบาลผู้ช่วยเหลือการคลอด ใช้ Cool pack ที่ผ่านการแช่ความเย็นช่อง Freez อุณหภูมิ -18 องศา ห่อผ้า 1 ชั้น นวดคลึงมดลูกด้วยประคบเย็นทุก 15 นาที โดยคลึงมดลูกด้วยประคบเย็น 10 นาที พัก 5 นาที เมื่อพยาบาลผู้ทำคลอดเย็บแผลฝีเย็บเสร็จสิ้น จะแนะนำมารดานวดมดลูกด้วยประคบเย็นทุก 15 นาที



จำนวน 8 ครั้ง กระทำจนกว่าจะครบย้าย 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยมีพยาบาลผู้ช่วยคลอดคอยแจ้งเตือนมารดาเมื่อครบเวลาการคลึงแต่ละครั้งพร้อมทั้งประเมินมารดาแต่ละราย

ระยะหลังคลอด ประกอบด้วย ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีโดยพยาบาลผู้ช่วยคลอด ประเมินการสูญเสียเลือดขณะเย็บแผล 2 ครั้ง / หรือทุก 30 นาที จากถุงตวงเลือดโดยพยาบาลผู้ทำคลอด เมื่อเย็บแผลเสร็จ พยาบาลผู้ทำคลอดจะคอยประเมินจากผ้าอนามัย 2 ครั้ง / หรือทุก 30 นาที คลึงมดลูกไล่ Blood clot ก่อนย้ายไปยังตึกหลังคลอด ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิ้นสุดของงานวิจัย พร้อมกล่าวขอบคุณ

2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการตกเลือดทุกระยะของการคลอดในการคัดกรองผู้รับบริการ ได้แก่

ระยะก่อนคลอด โดยประเมินจากการซักประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดในครรภ์ก่อนการผ่าตัด โรคประจำตัว ลำดับของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งความผิดปกติเกี่ยวกับหมู่เลือด

ระยะคลอด ประเมินเกี่ยวกับการใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน ระยะเวลาในการเบ่งระยะเวลาของรกคลอด และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด เช่น Tear Rectum, Shoulder dystocia, Tear cervix, Active bleed เป็นต้น

ระยะหลังคลอด ประเมินปริมาณเลือดมากกว่า 500 ml มดลูกไม่แข็งตัว และแผลฝีเย็บมี Hematoma

3. แบบประเมินการป้องกันภาวะตกเลือดและการพยาบาลหลังคลอดระยะแรก ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ Buakam (2019) จากการศึกษาจะมีการแจ้งเตือนเวลาของการกดมดลูกส่วนล่าง และมีการประเมินปริมาณเลือดที่เตียงหลังคลอด 2 ชม. ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องชนิดนี้ เพื่อให้มีรูปแบบการกดมดลูกชัดเจนและให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการประเมินปริมาณเลือดถี่มากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยเพิ่มการประเมินอาการอื่น ๆ และการพยาบาลมารดาหลังคลอดร่วมด้วย เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการแข็งตัวของมดลูก การระบุปัญหา 4T (Tear, Trauma, Tissue, Thrombin) การให้ยา การระบุอาการและอาการแสดง การกดมดลูกส่วนล่าง การคลึงมดลูกด้วยประคบเย็น การให้คะแนนของแผลฝีเย็บ การกระตุ้นปัสสาวะ เป็นต้น

การเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่พยาบาลห้องคลอดในการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้มีการประชุมประจำเดือน มีการ conference เมื่อมีการรายงานความเสี่ยง เพื่อนำอุบัติการณ์มา เพื่อแก้ปัญหาลดภาวะการตกเลือดหลังคลอด และมีการประชุมทีมได้มีการอธิบายถึงงานวิจัยและรูปแบบที่พัฒนาขึ้นดังกล่าวเพื่อให้พยาบาลห้องคลอดได้รับทราบถึงบทบาทหน้าที่ทั้งผู้ทำคลอด ผู้ช่วยเหลือการคลอด พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่อื่น ๆ มีส่วนร่วมและนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการทำคลอดทุกครั้ง



เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา โดยผู้วิจัยคัดค้นจากประวัติที่จะส่งผลการตกเลือด โดยจะให้หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ระยะรอคลอด Scan QR code และกรอกคำตอบ ประกอบด้วย อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติการผ่าตัด ความผิดปกติเกี่ยวกับกลุ่มเลือด ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน

2. แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยจะประเมินจากถุงตวงเลือดตั้งแต่กระบวนการคลอดทารกเสร็จสิ้นจนถึงเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ทุก 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง อีก 2 ครั้งหลังเย็บแผลจนกระทั่งครบย้ายหลังคลอด โดยวัดปริมาณเลือดด้วยถุงตวงเลือด นำไปชั่ง โดย 1 กรัม เท่ากับ 1 มิลลิลิตร / ฟাঁอนามัย 1 ช้อน เท่ากับ ปริมาณเลือด 100 มิลลิลิตร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีการตรวจสอบ 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบการประเมินและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 2) แบบประเมินภาวะเสี่ยงการตกเลือดทุกระยะของการคลอด 3) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด 4) แบบประเมินการป้องกันภาวะตกเลือดและการพยาบาลหลังคลอดระยะแรก และ 5) แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมและนรีเวชกรรม อาจารย์พยาบาล สาขาสูติกรรม และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content valid index: CVI) เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ราย และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.81 ก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

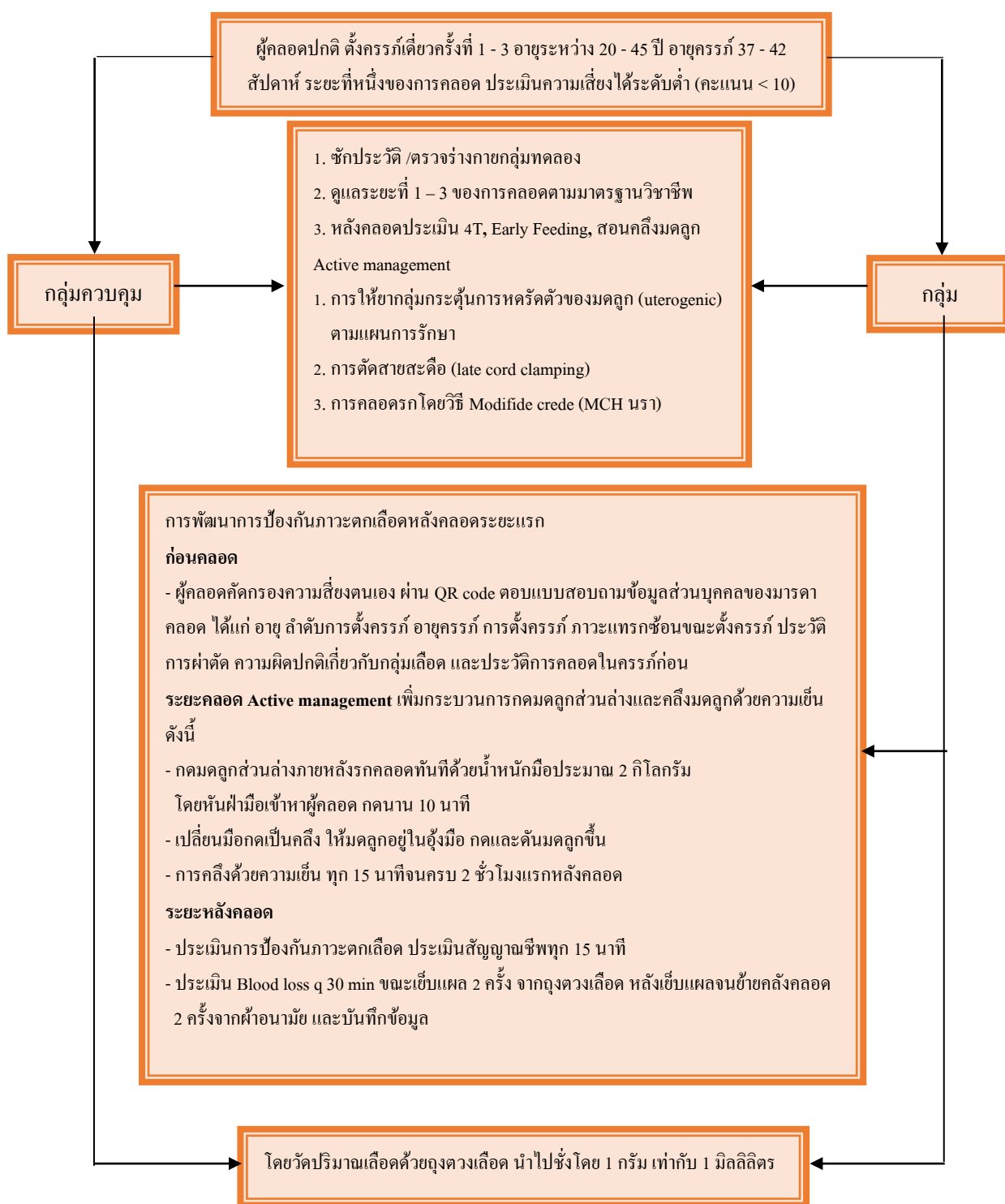
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่โครงการวิจัย 12 / 2567 วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และดำเนินการวิจัยในมารดาที่มารับบริการคลอด โรงพยาบาลระแงะ ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลระแงะ
2. จากนั้นผู้วิจัยแจ้งหัวหน้าห้องคลอดทราบและอธิบายพยาบาลปฏิบัติงาน ถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลมารดาคลอดปกติ
3. ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่มารดาคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรับทราบ
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยเรียงลำดับการเข้ารับบริการคลอดของมารดา ดังนี้ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ภาพแสดงการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov) ตรวจสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูลแต่ละชุด (test of homogeneity of variance) ในส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ เพื่อกำหนดคุณสมบัติกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่างให้มีคล้ายกันมากที่สุด

2. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) ส่วนอายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (T-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูญเสียเลือดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูญเสียเลือดภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังด้วยสถิติทีคู่ (dependent t-test)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณการสูญเสียเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Evaluation: Development (D2))

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความพึงพอใจในการได้รับการดูแลจากการรูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็น จำนวน 25 คน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากแบบบันทึกความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้รับบริการผู้ป่วยใน จำนวน 10 ข้อ ของแบบสอบถาม IP Voice (Nursing Council of Thailand, 2022) ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลในปี 2022

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้รับบริการผู้ป่วยใน จากแบบสอบถาม IP Voice (Nursing Council of Thailand, 2022) โดยเก็บข้อมูลในระยะที่ 4 ของการคลอด ในช่วง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดจะทำแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วนำมาวิเคราะห์ผล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น พบว่า จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดจำนวน 10 คน และมารดาที่มีประวัติตกเลือดหลังคลอดจำนวน 5 คน พบว่า การดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นอกจากนี้ การประเมินปริมาณการสูญเสียเลือดยังอาศัยการคาดคะเนจากสายตาเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลผู้ให้บริการมีความต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ประวัติการผ่าตัด ความผิดปกติเกี่ยวกับกลุ่มเลือด ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน ดังแสดงใน Table 1

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาคลอดปกติ

Table 1 Number, percentage, and results of a Chi-square test for differences in personal data of mothers with normal deliveries between the control and experimental groups ($n = 50$)

Personal Characteristics	Control Group ($n = 25$)		Experimental Group ($n = 25$)		$\bar{X}$
	n	%	n	%	
Age (years)					.99 ^{ns}
20 – 25	13	52	14	56	
26 – 30	6	24	6	24	
31 – 35	5	20	4	16	
36 – 40	1	4	1	4	
Parity					.92 ^{ns}
1st pregnancy	4	16	5	20	



Personal Characteristics	Control Group (n = 25)		Experimental Group (n = 25)		$\bar{X}$
	n	%	n	%	
2nd pregnancy	12	48	12	48	
3rd pregnancy	9	36	8	32	
Gestational Age (weeks)					.99 ^{ns}
37 weeks	2	8	2	8	
38 weeks	6	24	6	24	
39 weeks	8	32	8	32	
41 weeks	3	12	2 =	8	

ns=nonsignificant

2. รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) การดูแล ทำคลอดปกติตามมาตรฐานวิชาชีพพร้อมกับการกดมดลูกส่วนล่างนาน 10 นาที โดยเป็นการกดมดลูก ส่วนล่างภายหลังรกคลอดทันทีด้วยน้ำหนักมือประมาณ 2 กิโลกรัม ต่อเนื่องนาน 10 นาที และการคลึง มดลูกด้วยการประคบเย็น (ใช้ Cool pack) ดำเนินการคลึงด้วยประคบเย็นทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง แรกหลังคลอด (คลึง 10 นาที พัก 5 นาที) รวมถึงแบบประเมินภาวะเสี่ยงการตกเลือดในทุกๆ ระยะของการคลอดเพื่อคัดกรองผู้รับบริการ และการประเมินการป้องกันภาวะตกเลือดและการพยาบาลหลัง คลอดระยะแรก

3. ประสิทธิภาพรูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกร่วมกับการกดมดลูก ส่วนล่างและการคลึงด้วยประคบเย็น หลังการทดลองพบว่า เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดใน ระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการใช้รูปแบบการป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกๆ พบว่าปริมาณการสูญเสียเลือดในกลุ่มควบคุม เฉลี่ยเท่ากับ 206 มิลลิลิตร (S.D. = 36.74) และในกลุ่มทดลองเฉลี่ยเท่ากับ 119.60 มิลลิลิตร (S.D. = 18.82) กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Table 2



ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบปริมาณเลือดทั้งหมดที่สูญเสีย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Table 2 Comparison of average total blood loss between the experimental and control groups Mean, standard deviation, and results of the t-test for the difference in blood loss among mothers with normal deliveries in the group receiving the intervention model and the group receiving standard nursing care (n = 50)

Group	Blood Loss After Intervention			
	Mean	S.D.	t	p - values
Experimental Group (n = 25)	119.60	18.82	10.46	.000
Control Group (n = 25)	206.00	36.74		

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจในกลุ่มทดลอง

Table 3 The satisfaction levels experimental group consisted of 25 participants who received care based on the early postpartum hemorrhage prevention model combined with lower uterine segment compression and cold uterine massage.

Satisfaction level	Experimental Group (n = 25)	
	n	%
Very dissatisfied	0	0
Dissatisfied	0	0
Moderately satisfied	0	0
Satisfied	7	28.0
Very satisfied	18	72.0
Mean ($\bar{x}$) = 4.72, S.D. = 0.46		

Table 3 การศึกษาระดับความพึงพอใจของมารดาภายหลังการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็น พบว่า มารดาที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 72 ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับค่าเฉลี่ย 4.72 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4



อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกวดมดลูก ส่วนล่างและการคลึงด้วยประคบเย็นในมารดาที่มารับบริการคลอด โรงพยาบาลระแงะ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง การประเมินภาวะเสี่ยง และการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โดยมีขั้นตอนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) (Chookhampaeng, 2018) พบว่า ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็นในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบ โดยเฉพาะการประเมินความเสี่ยงและการเฝ้าระวังในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการประเมินปริมาณการสูญเสียเลือด ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยและการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด พยาบาลผู้ให้บริการมีความต้องการแนวทางการดูแลที่ชัดเจน เป็นมาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทำให้ทราบปัญหาและจุดบกพร่องของการวิจัยครั้งที่ 1 ที่ทำให้อัตราการเกิดภาวะตกเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาพัฒนาต่อขอผลงานวิจัย การสัมภาษณ์พยาบาลและมารดาที่มีประวัติตกเลือดทำให้ทราบความต้องการที่จำเป็นสามารถออกแบบการวิจัยได้อย่างครอบคลุม ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยนำข้อมูลที่ได้มาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็นมาพัฒนาออกแบบการวิจัยเพื่อให้การวิจัยมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการทดลองใช้ในผู้คลอดที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ .81 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือการวิจัยมีความเชื่อมั่น สามารถนำมาใช้วิจัยได้จริง ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือด ประเมินความพึงพอใจของมารดาที่มารับบริการคลอดได้ค่าเฉลี่ยในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{x} = 4.72$) แสดงให้เห็นว่าผู้คลอดมีความพึงพอใจในรูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

อีกทั้งผลของการนำรูปแบบมาใช้ให้พยาบาลใช้ในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และเป็นเครื่องมือในการดูแลมารดาคลอด ลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย ที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และทำให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี การวินิจฉัยและการคัดกรองที่เร็วขึ้น สามารถรายงานหรือปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเสี่ยง ส่งผลให้มารดาที่มีความเสี่ยงได้รับการรักษาที่เร็ว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองพบว่า หลังการใช้รูปแบบ ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาคลอดตั้งแต่แรก รับจนย้ายไปยังตึกหลังคลอด มารดาคลอดได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน มีมาตรฐาน เกิดความ



ปลอดภัยจากการคลอด ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะช็อก ไม่ถูกตัดมดลูกและไม่มีมารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษา เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการพยาบาล ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ช่วยลดอัตราการตกเลือดและตัดมดลูกหลังคลอด สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เกิดความร่วมมือในการดูแลและการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในทีมสหสาขาของโรงพยาบาล (Banditchanicha, 2017) และการศึกษาของ Kunsete (2021) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยประกอบด้วยการประเมินสัญญาณเตือน การนวดมดลูกหลังคลอด และการประเมินปริมาณเลือดในระยะเวลา 2 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้แนวทางดังกล่าว ภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีปริมาณเลือดสูญเสียน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร ($p = 0.001$) และมีอาการหลังคลอดปกติ พยาบาลรายงานว่าแนวทางดังกล่าวเข้าใจง่ายและเหมาะสมกับการใช้งานจริง นำไปสู่การป้องกันภาวะตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดทั้งหมดที่สูญเสียระหว่างกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถลดปริมาณเลือดลงได้ 86.4 มิลลิลิตร อธิบายได้ว่าการประเมินความเสี่ยงการกดมดลูกส่วนล่างภายนอกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน 10 นาที เป็นการประยุกต์ใช้หลักการในการหยุดเลือดโดยใช้แรงกด (Pressure effect) ช่วยให้ส่วนของมดลูกถูกกดบีบเข้าหากันอย่างแน่นหนา หลอดเลือดที่ไหลเวียนบริเวณมดลูกมีการหดตัว เกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่และทำให้เลือดหยุดได้ในที่สุด (Hongranai et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Buakam (2019) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกต่อคุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลชานุมานจังหวัดอำนาจเจริญ และพบว่า การกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับนวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกสามารถเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผลของระยะเวลาการกดมดลูกส่วนล่างภายหลังคลอดทันทีต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอดปกติ (Hongranai, 2020) แสดงให้เห็นว่า การกดมดลูกส่วนล่างภายหลังคลอดทันทีนาน 10 นาที ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดได้ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดภายหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) จากการกดมดลูกส่วนล่างนอกจากจะช่วยทำให้ลดอัตราการตกเลือดหลังคลอดแล้ว



ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษานี้แบบ single-site ต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำให้ต้องใช้เวลานานในการทดลอง เนื่องจากผู้คลอดโดยส่วนใหญ่จะมาเข้ารับบริการเมื่อเจ็บครรภ์มาก ๆ ด้วยข้อจำกัดของสถานที่ห้องคลอดที่ไม่สามารถให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา จึงเลือกมาโรงพยาบาลเมื่อใกล้คลอด

สรุป

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตมารดาหลังคลอดได้ มารดาจึงควรได้รับการป้องกัน และการรักษาได้อย่างทันท่วงที การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพยาบาล เพื่อลดภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่มารับบริการคลอด โดยการประเมิน หรือ คัดกรองความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด การกดมดลูกส่วนล่าง และการคลึงด้วยความเย็น ช่วยให้ลดภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณ การสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 สามารถลดปริมาณ เลือดลงได้ 86.40 มิลลิลิตร ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางการพยาบาลทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยลดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หลังจากศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างและการคลึงด้วยความเย็นในมารดาที่มารับบริการคลอด โรงพยาบาลระแงะ สามารถนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในหน่วยงาน ขยายผลของรูปแบบต่อหน่วยงานหลังคลอดในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงสามารถนำรูปแบบของการศึกษานี้ เผยแพร่ไปยังหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนระดับเดียวกันได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายขนาดและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันให้ครอบคลุมสถานบริการสุขภาพหลายระดับหรือหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปในบริบทที่แตกต่างกัน และเสริมความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์มากขึ้น



รายการอ้างอิง (Reference)

- Banditchanicha, P. (2017). Prevention of postpartum hemorrhage in an interdisciplinary hospital team. *Nursing Division Journal*, 44(2), 10-19. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/116895>
- Banditpanichcha, P., Phonsaen, N., & Lueangkhwan, S. (2018). The development of nursing care system for prevention postpartum hemorrhage. *Sisaket Surin Buriram Hospital Medical Journal*, 32(2), 131 – 144. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/116895>
- Buakam, O. (2019). The development of a lower uterine segment compression model combined with a preparatory-alert innovation for uterine massage on the quality of monitoring for earlypostpartum hemorrhage at Chanuman Hospital, Amnat Charoen Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 4(3), 58 - 70. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/722/357>
- Chaiyatap, S. (2017). Developing research, creating Thai higher education, moving towards Thailand 4.0 [Management for preventing shock from postpartum hemorrhage: The midwife's role]. In Nakhon Pathom Thailand. *The 9th National Academic Conference*. (pp. 612-619). Nakhon Pathom Rajabhat University.
- Chookhampaeng, C. (2018). *Curriculum Research and Development Concept and Process* [Master's thesis]. Chulalongkorn University Press.
- Hill, J. S., & Jones, G. R. (2018). The history of SWOT analysis: From military strategy to business planning. *Journal of Management History*, 24(2), 154 - 171. <http://doi.org/10.1108/JMH-07-2017-0038>
- Hongranai, S. (2020). The effect of the duration of uterine compression immediately after placental delivery on the amount of blood loss in normal labor. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(2), 56 - 67. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/16387/13094>
- Hongranai, S., Sopajaree, C., Ruangrit, P., & Doungnit, W. (2019). Effect of Duration of Lower Uterine Segment Compression Immediately after Placental Delivery on Amount of Blood Loss in Normal Delivery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 179 – 192. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/download/239958/163605>



- Kunsete, P. (2021). Development of a clinical nursing practice guideline to prevent early postpartum hemorrhage for vaginal delivery in a labor room, Songkhla Hospital, *Journal of Nursing and Public Health Research*, 1(2) 83 – 99. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2571>
- Ministry of Public Health. (2022). *Maternal mortality ratio*. https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-ortalityratio/download?id=79052&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=24018
- Nursing Council of Thailand. (2022). *IP Voice*, 21(Issues 14). Author.
- Promma, S. (2021). The results of using nursing practice guidelines to prevent early postpartum hemorrhage in the labor room at Bangpakong Hospital. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 6(2), 125 - 134. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/886/481>
- Ragae Hospital. (2023). *Annual Performance Report*. Author.
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Prevention and management of postpartum hemorrhage* (Clinical practice guideline OB 63-020). Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.rtcog.or.th>
- Tewapitak, P., & Phonphok, P. (2022). *The effects of lower uterine segment compression after Modified Crede' maneuver on blood loss in postpartum period* [Research Report]. Rangsit University. <https://rsuir-library.rsu.ac.th/handle/123456789/2386>
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Clinical practice guideline of The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (50th anniversary edition)*. Author.
- World Health Organization. (2024). *Second global call for data on postpartum haemorrhage*. Author.