

The development of maternity nursing care model for antepartum
intrapartum and postpartum mothers in the delivery room, Chiangkhan hospital.

Kannika Una

Chiang khan Hospita, Loei Province

Abstract

Effective maternal care during the antepartum, intrapartum, and postpartum periods is essential for ensuring the safety of both mothers and newborns. According to the statistics of Chiang Khan Hospital from 2021 to 2023, several complications were identified, including 2-3 cases of delivery on the waiting bed per year, neonatal asphyxia rates ranging from 8.41% to 33.11%, postpartum hemorrhage rates of 2.54% to 6.15%, and referral rates of mothers in the first stage of labor who delivered normal labor at the referral hospital ranging from 21.42% to 31.25%. This study aimed to develop a maternal care model for the antepartum, intrapartum, and postpartum periods in the delivery room at Chiang Khan Hospital. This action research employed purposive sampling. The sample consisted of 68 mothers who delivered vaginally and 22 healthcare personnel working in the maternal care unit between October 2024 and August 2025. Research instruments included the developed maternal care model, data recording forms, a labor pain coping questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results The developed maternal care model comprised three phases: (1) the antepartum phase, utilizing Partograph for risk screening and educating mothers and relatives on slow deep breathing techniques and uterine massage; (2) the intrapartum phase, implementing the ATM (Assessment-Team preparation-Management) guidelines with fetal heart rate monitoring every 5-10 minutes; and (3) the postpartum phase, performing uterine massage every 15 minutes during the first two hours using an innovative loudspeaker reminder system. Following implementation, no cases of delivery on the waiting bed or neonatal asphyxia were observed. The referral rate decreased to 26.47%. The most frequently used labor pain coping method was slow deep breathing (80.88%). Maternal satisfaction was rated at the highest level for both the antepartum and intrapartum periods (Mean = 4.54, SD = 0.05) and the postpartum period (Mean = 4.59, SD = 0.04).

Conclusion The developed maternal care model effectively reduced the incidence of complications, enhanced mothers' labor pain coping skills, and increased client satisfaction.

Keywords: maternal care, antepartum, intrapartum, postpartum, community hospital

**Corresponding Author: kannikauma@gmail.com*

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน

กรรณิการ์ อนุา
โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของมารดาและทารก จากสถิติโรงพยาบาลเชียงคาน ปี 2564 - 2566 พบปัญหาการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด 2-3 รายต่อปี ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดร้อยละ 8.41-33.11 ต่อ 1,000 ภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 2.54-6.15 และการส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายร้อยละ 21.42-31.25 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง สิงหาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด (ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยง สอนการหายใจเข้าลึกและคลึงมดลูก) ระยะคลอด (ใช้แนวปฏิบัติ ATM ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที) และระยะหลังคลอด (คลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือน) ภายหลังการใช้รูปแบบ ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดและไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด อุบัติการณ์การส่งต่อลดลงเหลือร้อยละ 26.47 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก (ร้อยละ 80.88) และมารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุดทั้งระยะรอคลอดและระยะคลอด (Mean = 4.54, SD = 0.05) และระยะหลังคลอด (Mean = 4.59, SD = 0.04)

สรุป รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน เพิ่มทักษะการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การดูแลมารดา, ระยะรอคลอด, ระยะคลอด, ระยะหลังคลอด, โรงพยาบาลชุมชน

บทนำ

การคลอดบุตรเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการดูแลมารดาในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดจำเป็นต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้กระบวนการคลอดดำเนินไปอย่างปลอดภัย โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการ (นวรรตน์ ไชยมภู และศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ, 2561) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยให้ความสำคัญลำดับแรกแก่กลุ่มสตรีและเด็ก 0-5 ปี ซึ่งมีตัวชี้วัดสำคัญคืออัตราการตายมารดาและพัฒนาการสมวัยของเด็ก นอกจากนี้ กรมอนามัยยังได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีระบบบริการที่ได้มาตรฐานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง 5 ปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือด การฉีกขาดของแผลฝีเย็บช่องคลอด และการติดเชื้อ ในส่วนของทารกแรกเกิดอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอด การมีเลือดออกในสมอง ภาวะเลือดข้นและการติดเชื้อ การคลอดบนเตียงมักพบในผู้คลอดครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรกหรือผู้ที่มีประวัติคลอดเร็วในครรภ์ที่ผ่านมา (ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ และคณะ, 2562) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกแรกเกิดเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้สูง และเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่บอกถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลมารดาและทารกในโรงพยาบาล โดยการประเมินสถานะของทารกแรกเกิดใช้ค่าคะแนน Apgar score ในการประเมินที่นาทีที่ 1, 5 และ 10 ซึ่งการวินิจฉัยภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดคือค่า Apgar score ที่นาทีที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 (จิรย์พล ไทยานันท์, 2565)

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายของมารดา พบว่าเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 3 ถึง 25 ของการคลอด โดยการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ประมาณร้อยละ 93 (นิตยา สีนสุกใส, 2560) จากสถานการณ์ปี 2564 ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศอยู่ที่ 34.68 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป หรือมีเลือดออกร่วมกับมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะ hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดมี 5 สาเหตุ (5T) ได้แก่ Tone คือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี Trauma คือการฉีกขาดของช่องทางคลอด Tissue คือการมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อค้าง Thrombin คือความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด และ Traction คือการเกิดมดลูกปลิ้น (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2563) วิธีการที่ช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยในระยะรอคลอดควรมีการสอนและสาธิตการคลึงมดลูกหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดให้แก่ผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า การจัดทำศีรษะสูง และการลดปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวดสัมผัส การหายใจ เป็นต้น ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดแนะนำให้มารดาคลึงมดลูกทุก 15 นาที แต่หากมารดา

หลังคลอดเกิดความเหนื่อยล้าจากการคลอดทำให้ไม่สามารถคลึงมดลูกได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนดูแลจากญาติ โดยสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดและญาติมีทักษะในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (หทัยกาญจน์ ถาวรสุข และคณะ, 2565) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลมารดาจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะความชำนาญในการประเมินปัจจัยเสี่ยง มีการประเมินได้รวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน (เพิ่มศักดิ์ สุขเมศรี, 2560)

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลเชียงคานตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566 พบว่า อุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคคลอดในระยะ 1st stage of labor และคลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายในปี 2564 จำนวน 14 ราย คลอด Normal labor 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.42 ปี 2565 จำนวน 17 ราย คลอด Normal labor 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.52 และปี 2566 จำนวน 16 ราย คลอด Normal labor 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25 ตามลำดับ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดในปี 2564 จำนวน 3 ราย คิดเป็น 15.38 ต่อ 1,000 ปี 2565 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 8.41 ต่อ 1,000 และปี 2566 จำนวน 5 ราย คิดเป็น 33.11 ต่อ 1,000 ตามลำดับ การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดในปี 2564 จำนวน 2 ราย ปี 2565 จำนวน 3 ราย และปี 2566 จำนวน 3 ราย ตามลำดับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในปี 2564 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 ปี 2565 จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.54 และปี 2566 จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.97 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงคาน, 2567) จากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน พบว่า รูปแบบการดูแลเดิมแม้จะมีการให้คำแนะนำทั่วไป และมีคำสั่งการพยาบาลที่กำหนดขอบเขตหน้าที่ไว้แล้ว แต่ยังขาดความเป็นระบบและความชัดเจนในทางปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อคุณภาพและความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกคลอด การดำเนินการคลอดที่ผิดพลาดจากการประเมินด้วย Partograph ยังใช้ในรูปแบบเดิมที่อาจไม่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน นอกจากนี้ ในบริบทที่มีการหมุนเวียนบุคลากรและใช้อัตรากำลังร่วมกันระหว่างห้องคลอดและห้องฉุกเฉิน ทำให้การดูแลมารดาขาดความต่อเนื่องและอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติการพยาบาล

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้มีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ในเชิงทฤษฎีจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางความรู้เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร ในเชิงปฏิบัติรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นรูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐานและเป็นระบบ ครอบคลุมการดูแลมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด โดยมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีรายการตรวจสอบ (Checklist) สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล นอกจากนี้ ยังส่งเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของมารดาและญาติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการให้ความรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเจ็บครรภ์ เช่น การหายใจเข้าลึก การนวดสัมผัส และการคลึงมดลูกหลังคลอด รูปแบบการดูแลนี้มุ่งเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างชัดเจน ได้แก่ การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด โดยใช้เครื่องมือและ

แนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การใช้ Partograph การติดตามประเมินภาวะมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง และการคลั่งมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพร้อมระบบเตือน ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้คลอด อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีคู่มือและแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สามารถใช้เป็นแนวทางอ้างอิงในการปฏิบัติงานจริง ทำให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหา ประเมินอาการผิดปกติ และให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดการบาดเจ็บและภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของมารดาและทารกแรกคลอด

จากความเป็นมาและความสำคัญที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย เพื่อลดอุบัติการณ์การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ลดภาวะตกเลือดหลังคลอด ลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอด และลดอุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกคลอดของโรงพยาบาลเชียงคานอย่างยั่งยืน ส่งผลต่อคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวม เพิ่มความมั่นใจของผู้คลอดต่อระบบบริการ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียนหรือการฟ้องร้องทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ของโรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย

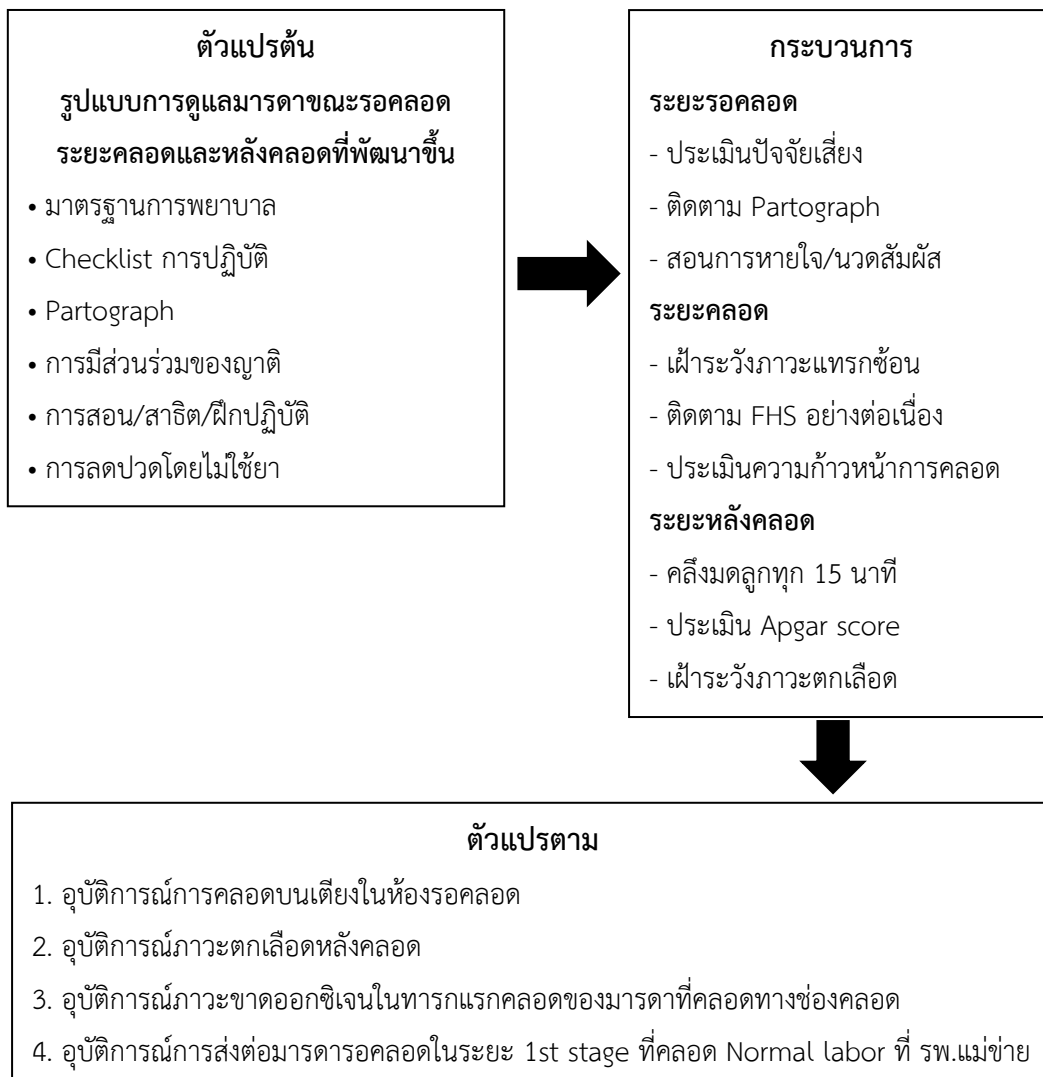
สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. อุบัติการณ์การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดลดลง
2. อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง
3. อุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดลดลง
4. อุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคลอดในระยะ 1st stage of labor ที่คลอด Normal labor ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับ มาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารก ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดกระบวนการดูแลตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family-Centered Care) ในการส่งเสริมบทบาทของมารดาและญาติในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารก เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่มีความเป็นระบบ มีรายการตรวจสอบ (Checklist) ที่ชัดเจน และมีการใช้เครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น Partograph ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกคลอด จากแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (Quasi-experimental research: One group pretest-posttest design) โดยมีกรอบการดำเนินงาน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน โดยการทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development Phase) พัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด โดยบูรณาการแนวทางการดูแลแบบองค์รวม มาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารก และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วยการกร่างรูปแบบ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้เบื้องต้น

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล (Implementation and Evaluation Phase) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) มารดาที่มากลอดบุตร ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย
- 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลเชียงคาน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งตามระยะของการวิจัย ได้แก่

ระยะที่ 1 ทบทวนเวชระเบียนมารดาที่คลอดบุตร ปี 2564-2566 ระยะที่ 2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และระยะที่ 3 มารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มมารดา ได้แก่ มารดาที่คลอดทางช่องคลอด อายุ 20-34 ปี อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ครรภ์เดี่ยว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มารดาที่ต้องย้ายโรงพยาบาลแบบฉุกเฉิน ระยะเวลาคลอดเกิน 24 ชั่วโมง และน้ำหนักทารกแรกเกิด $< 2,500$ กรัม หรือ $\geq 4,000$ กรัม

2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มบุคลากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่นระหว่างดำเนินการวิจัย

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) คู่มือการดูแลมารดาตามมาตรฐานครอบคลุม 3 ระยะ (2) Checklist การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลในแต่ละระยะ (3) Partograph สำหรับบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน WHO (4) สื่อการสอนสำหรับมารดาและญาติเกี่ยวกับการหายใจ ชำลิก การนวดสัมผัส และการคลึงมดลูกหลังคลอด และ (5) แบบบันทึกการคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพร้อมระบบเสียงลำโพงเตือน

2) **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของมารดา ข้อมูลการคลอด และผลลัพธ์การคลอด (2) แบบประเมิน Apgar score สำหรับประเมินสภาวะทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1, 5 และ 10 (3) แบบบันทึกปริมาณการเสียเลือด โดยใช้เกณฑ์การเสียเลือด $\geq 1,000$ มิลลิลิตร หรือมีอาการแสดงของภาวะ Hypovolemia ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (4) แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และ (5) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก ด้านสถิติศาสตร์ และด้านการวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ $IOC \geq 0.50$ ผลการตรวจสอบพบว่า รูปแบบการดูแลมารดามีค่า $IOC = 0.98$ แบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลมีค่า $IOC = 0.93$ แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีค่า $IOC = 0.98$ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $IOC = 0.98$ และแบบบันทึก Obstetrical department labor record มีค่า $IOC = 0.98$

2) **การตรวจสอบความเที่ยง** แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบบันทึกข้อมูลตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กำหนดเกณฑ์ ≥ 0.70 ผลการตรวจสอบพบว่า แบบบันทึกข้อมูลการพยาบาลมีค่า $\alpha = 0.97$ แบบสอบถามวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีค่า $\alpha = 0.73$ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่า $\alpha = 0.97$ และแบบบันทึก Obstetrical department labor record มีค่า $\alpha = 0.98$

3) **การทดลองใช้เครื่องมือ** นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10-15 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนของภาษา และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1) **ขั้นเตรียมการ** ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (ECLOEI 063/2567) ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงคาน ประสานงานกับหัวหน้างานห้องคลอด และเตรียมเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนเวชระเบียนมารดาที่คลอดบุตร ปี 2564-2566 บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน รวบรวมปัจจัยเสี่ยง และวิเคราะห์กระบวนการดูแลเดิม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ยกร่างรูปแบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3-5 คน ทดลองใช้เบื้องต้นในมารดา 10-15 ราย และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 การนำไปใช้และประเมินผล ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (O_1 เป็น X เป็น O_2) โดยรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนใช้รูปแบบ (Pretest) อบรมพยาบาลและนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริง (Intervention) ได้แก่ การใช้ Partograph ติดตามความก้าวหน้าการคลอด การสอนการหายใจและคลึงมดลูกแก่มารดาและญาติ การติดตามคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดโดยใช้ระบบเสียงลำโพงเตือน จากนั้นรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบ (Posttest) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 11 เดือน (ตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568)

2) การควบคุมคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกวัน ใช้ผู้เก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรม ใช้เครื่องมือและขั้นตอนเดียวกันตลอดการวิจัย และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร้อยละ 10-20

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน และระดับความพึงพอใจ กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้มัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์

2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับเปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล และ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดและคะแนน Apgar score โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test และ Levene's test หากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงจะใช้สถิติ nonparametric แทน

3) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ($IOC \geq 0.50$) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ($\alpha \geq 0.70$)

4) เกณฑ์การแปลผลความพึงพอใจ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 4.51-5.00 = มากที่สุด, 3.51-4.50 = มาก, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 1.51-2.50 = น้อย และ 1.00-1.50 = น้อยที่สุด

2.7 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองเลขที่ ECLOEI 063/2567

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่มารับบริการคลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอดจำนวน 22 คน ในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนสิงหาคม 2568 ผลการวิจัยมี ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ได้แก่ (1) ระยะรอคลอด: ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยงภายใน 15 นาทีแรก สอนการหายใจเข้าลึกและฝึกคลึงมดลูกให้ผู้คลอดและญาติ ติดตาม Partograph ทุก 30-60 นาที หากอยู่ใต้ Action line รายงานแพทย์ทันที (2) ระยะคลอด: ใช้แนวปฏิบัติ ATM (Assessment-Team preparation-Management) ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที และ (3) ระยะหลังคลอด: คลึงมดลูกทันทีหลังรอกคลอด ใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือนทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยพยาบาลวิชาชีพทั้ง 6 คนที่ปฏิบัติในห้องคลอดสามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดได้ร้อยละ 100

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของรูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการโดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน 4 ด้าน ได้แก่ การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด และการส่งต่อมารดารอคอดในระยะ 1st stage of labor ระหว่างช่วงก่อนการพัฒนาแบบ (ปีงบประมาณ 2564-2566) กับช่วงหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น (ตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนพัฒนา (ปี 2564-2566)	หลังพัฒนา (n=68)
1. การคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด	2-3 ราย/ปี	0 ราย (0%)
2. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด	8.41-33.11%	0 ราย (0%)
3. ภาวะตกเลือดหลังคลอด	2.54-6.15%	5 ราย (7.35%)
4. การส่งต่อมารดา 1st stage ที่คลอด Normal labor	21.42-31.25%	18 ราย (26.47%)

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้น ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด (ร้อยละ 0) ในขณะที่ช่วงก่อนการพัฒนาพบ 2-3 รายต่อปี และไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด (ร้อยละ 0) โดยทารกทุกรายมีค่า Apgar score ที่นาทีที่ 1 มากกว่า 7 ในขณะที่ช่วงก่อนการพัฒนาพบอุบัติการณ์ร้อยละ 8.41-33.11 ต่อ 1,000 สำหรับภาวะตกเลือดหลังคลอดพบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.35 ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนา (ร้อยละ 2.54-6.15) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเฝ้าระวังและคัดกรองที่เข้มงวดมากขึ้นทำให้ตรวจพบได้ครบถ้วนกว่าเดิม อย่างไรก็ตามไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนอุบัติการณ์การส่งต่อมารดารอคอดในระยะ 1st stage of labor พบ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.47 ซึ่งอยู่ในช่วงใกล้เคียงกับก่อนการพัฒนา (ร้อยละ 21.42-31.25) แสดงให้เห็นว่าการส่งต่อยังคงมีความจำเป็นภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของโรงพยาบาลชุมชน

3. วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา

การศึกษาวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดาภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ซึ่งเน้นการสอนและฝึกทักษะการหายใจเข้าลึก การนวดสัมผัส และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ระยะรอคลอด โดยจำแนกวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ วิธีการแสดงพฤติกรรม วิธีการด้านความคิด และวิธีการทางด้านจิตใจ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของมารดา (n=68)

วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
วิธีการแสดงพฤติกรรม		
1. หายใจช้าๆ ลึกๆ	55	80.88
2. การลูบหน้าท้อง	48	70.59
3. การเคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยนท่าทาง	42	61.76
วิธีการด้านความคิด		
4. บอกตนเองให้อดทน	54	79.41
5. คิดถึงสามี และครอบครัวอยากให้มาอยู่ใกล้ๆ	53	77.94
6. คิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์	39	57.35
วิธีการทางด้านจิตใจ		
7. จับมือสามี หรือคนในครอบครัว	50	73.53
8. ครางเบาๆ	48	70.59

จากตารางที่ 2 พบว่า วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การหายใจช้าๆ ลึกๆ (ร้อยละ 80.88) การบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 79.41) และการคิดถึงสามีและครอบครัวอยากให้มาอยู่ใกล้ๆ (ร้อยละ 77.94) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามประเภทของวิธีการเผชิญความเจ็บปวด พบว่า วิธีการแสดงพฤติกรรม ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจช้าๆ ลึกๆ (ร้อยละ 80.88) รองลงมาคือการลูบหน้าท้อง (ร้อยละ 70.59) และการเคลื่อนไหวร่างกายเปลี่ยนท่าทาง (ร้อยละ 61.76) วิธีการด้านความคิด ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการบอกตนเองให้อดทน (ร้อยละ 79.41) รองลงมาคือการคิดถึงสามีและครอบครัว (ร้อยละ 77.94) และการคิดถึงสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 57.35) วิธีการทางด้านจิตใจ ที่มารดาใช้มากที่สุดคือการจับมือสามีหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 73.53) รองลงมาคือการครางเบาๆ (ร้อยละ 70.59) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการสอนและฝึกทักษะการหายใจเข้าลึกตั้งแต่ระยะรอคลอดตามรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ทำให้มารดาสามารถนำทักษะไปใช้จริงในการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดได้

4. ความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การประเมินความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะรอคลอด และระยะคลอด และความพึงพอใจต่อการดูแลในระยะหลังคลอด กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก, 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของมารดาต่อรูปแบบการดูแล (n=68)

รายการความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
ระยะรอคลอดและระยะคลอด			
1. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์	4.85	0.21	มากที่สุด
2. การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลห้องคลอด	4.76	0.14	มากที่สุด
3. การจัดห้องรอคลอดสะอาด มีสิ่งอำนวยความสะดวก	4.65	0.20	มากที่สุด
คะแนนรวมระยะรอคลอดและระยะคลอด	4.54	0.05	มากที่สุด
ระยะหลังคลอด			
1. การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังคลอด	4.82	0.25	มากที่สุด
2. การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์	4.75	0.16	มากที่สุด
3. การเตือนในการคลึงมดลูก	4.56	0.15	มากที่สุด
คะแนนรวมระยะหลังคลอด	4.59	0.04	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุดทั้ง 2 ระยะ โดยระยะรอคลอดและระยะคลอด มีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.54 (SD = 0.05) รายการที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ (Mean = 4.85, SD = 0.21) การได้รับคำแนะนำจาก พยาบาลห้องคลอด (Mean = 4.76, SD = 0.14) และการจัดห้องรอคลอดมีความสะอาดและมีสิ่งอำนวยความสะดวก (Mean = 4.65, SD = 0.20) ตามลำดับ

ระยะหลังคลอด มีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.59 (SD = 0.04) ซึ่งสูงกว่าระยะรอคลอดและระยะคลอดเล็กน้อย รายการที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาลหลังคลอด (Mean = 4.82, SD = 0.25) การเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ (Mean = 4.75, SD = 0.16) และการเตือนในการ คลึงมดลูก (Mean = 4.56, SD = 0.15) ตามลำดับ

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามารดามีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับมากที่สุดทุกรายการ โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ และการได้รับคำแนะนำจากพยาบาล สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่รายการ "การเตือนในการคลึงมดลูก" ได้รับคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ามารดาตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของนวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือนที่พัฒนาขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลเชียงคาน

อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ที่พัฒนาขึ้น ไม่พบการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอด ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการประเมินความก้าวหน้าของ การคลอดด้วย Partograph อย่างเข้มงวด ร่วมกับการกำหนดเกณฑ์การเคลื่อนย้ายที่ชัดเจนตามระดับความเสี่ยง โดยเฉพาะการใช้เส้น Action line เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจ หากการเปิดช่องปากมดลูกอยู่ใต้ Action line ให้รายงานแพทย์ทันที แนวทางนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ และคณะ (2562)

ที่พบว่าการคลอดบนเตียงรอกคลอดมักเกิดในมารดาครรภ์หลังหรือผู้ที่มีประวัติคลอดเร็ว ซึ่งหากไม่มีการประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถคาดการณ์เวลาคลอดได้ทัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ World Health Organization (2018) ที่แนะนำให้ใช้ Partograph เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และการศึกษาของ Lavender, Hart และ Smyth (2013) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการใช้ Partograph ช่วยลดอุบัติการณ์การคลอดที่ยืดเยื้อและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีนัยสำคัญ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอดจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน โดยมีค่า Apgar score ที่นาที่ที่ 1 มากกว่า 7 ทุกราย ผลลัพธ์ดังกล่าวเกิดจากการนำรูปแบบการดูแลที่เน้นการทำงานเป็นทีมในระยะคลอด ร่วมกับการติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอทุก 5-10 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชพล ไทยนันท์ (2565) ที่ระบุว่าการประเมิน FHR ไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุหลักของภาวะขาดออกซิเจน และสอดคล้องกับแนวทางของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) ที่แนะนำให้ติดตาม FHR อย่างต่อเนื่องในระยะที่สองของการคลอด รวมถึงการศึกษาของ Alfrevic, Devane และ Gyte (2017) ที่พบว่าการติดตาม FHR อย่างเป็นระบบช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะชักในทารกแรกเกิดได้

อุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการศึกษาครั้งนี้พบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.35 ซึ่งสูงกว่าช่วงก่อนการพัฒนาารูปแบบ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการที่รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นทำให้มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างละเอียดมากขึ้น ส่งผลให้ตรวจพบภาวะตกเลือดได้ครบถ้วนและรวดเร็วขึ้น ประกอบกับขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยทำให้ค่าร้อยละมีความผันผวนสูง อย่างไรก็ตาม ไม่พบการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา สีนสุกใส (2560) ที่ระบุว่าการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 93 หากมีระบบเตือนภัยที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hofmeyr และคณะ (2022) ใน Cochrane Review ที่พบว่าการคลึงมดลูกหลังคลอดช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการศึกษาของ Begley และคณะ (2019) ที่เน้นย้ำความสำคัญของ Active management of third stage of labor ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor พบร้อยละ 26.47 ซึ่งต่ำกว่าช่วงก่อนการพัฒนาารูปแบบ แม้อัตราการส่งต่อจะยังไม่ลดลงเป็นศูนย์ แต่ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดอัตราการส่งต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล ศรีนากรุง (2561) ที่พบว่าการใช้แนวทางคัดกรองความเสี่ยงช่วยลดอัตราการส่งต่อมารดาได้ แต่ไม่สามารถบริหารจัดการส่งต่อได้ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rowe และคณะ (2018) ในประเทศอังกฤษที่พบว่าการส่งต่อมารดาจากหน่วยบริการระดับต้นไปยังโรงพยาบาลที่มีสูตินรีแพทย์ประจำเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

วิธีการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก คิดเป็นร้อยละ 80.88 สะท้อนให้เห็นประสิทธิผลของการสอนและฝึกทักษะการหายใจตั้งแต่ระยะรอกคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ ไชยมภู และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ (2018) ใน Cochrane Review ที่พบว่าการหายใจและการผ่อนคลายช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มความพึงพอใจ

ของมารดาในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการศึกษาของ Bonapace และคณะ (2018) ที่พบว่าการฝึกเทคนิคการหายใจล่วงหน้าช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง

ความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิด Patient-Centered Care ของ Institute of Medicine (2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bohren และคณะ (2017) ที่พบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่งผลต่อความพึงพอใจและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การประเมินความพึงพอใจดำเนินการทันทีหลังคลอด ซึ่งอาจเกิด Response bias จากความรู้สึกเชิงบวกต่อประสบการณ์การคลอดที่ประสบความสำเร็จ การวิจัยในอนาคตควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และควรประเมินความพึงพอใจในช่วงเวลาที่ห่างจากการคลอดอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ หรือใช้วิธีการประเมินแบบ Mixed methods ที่ผสมผสานการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อลด Response bias และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาขณะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงคาน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยมารดาที่คลอดทางช่องคลอด จำนวน 68 ราย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอด จำนวน 22 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึงสิงหาคม 2568 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลมารดาที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะรอคลอด (ใช้ Partograph คัดกรองความเสี่ยง สอนการหายใจเข้าลึกและคลึงมดลูก) ระยะคลอด (ใช้แนวปฏิบัติ ATM ติดตาม FHR ทุก 5-10 นาที) และระยะหลังคลอด (คลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรก โดยใช้นวัตกรรมระบบเสียงลำโพงเตือน) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น พบว่าไม่เกิดการคลอดบนเตียงในห้องรอคลอดและไม่พบภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด อุบัติการณ์การส่งต่อมารดาคลอดในระยะ 1st stage of labor ลดลงเหลือร้อยละ 26.47 วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่มารดาใช้มากที่สุดคือการหายใจเข้าลึก (ร้อยละ 80.88) และมารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในระดับมากที่สุดทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด (Mean = 4.54, SD = 0.05) และระยะหลังคลอด (Mean = 4.59, SD = 0.04)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรศึกษาผลระยะยาวของการใช้รูปแบบการดูแลต่อสุขภาพของมารดาและทารก เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน.
<https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2021>
- คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/276>
- จิรัชพล ไทยานันท์. (2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2), 28-48.
- นวรรตน์ ไชยภูมิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2561). การดูแลระยะรอคลอดด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: บริบทชายแดนใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 5(1), 113-127.
- นิตยา สีนสุกใส. (2560). ภาวะตกเลือดหลังคลอด: บทบาทพยาบาล. ใน เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐธินิ ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0 (น. 91-96). ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ, ศิริพร ศิริวัฒนไพศาล และวรรณ พาทูวัฒนกร. (2562). แนวทางปฏิบัติการช่วยคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลในเมืองใหญ่. วารสารกิจการรณ, 26(2), 169-180.
- เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี. (2560). ตกเลือดหลังคลอด. ใน เพิ่มศักดิ์ สุมะศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย ผดุงเกียรติวัฒนา และณัฐธินิ ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริบาลปริกำเนิด 4.0 (น. 83-90). ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- โรงพยาบาลเชียงคาน. (2567). สถิติห้องคลอดของโรงพยาบาลเชียงคาน [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. โรงพยาบาลเชียงคาน.
- วรณัฐ บุญสอน. (2566). การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 8(2), 205-211.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข).
<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000077.PDF>
- หทัยกาญจน์ ถาวรสุข, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสนับสนุนจากญาติต่อพฤติกรรมป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในมารดาครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 134-148.
- อุบล ศรีนากรุง. (2561). การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26(3), 126-134.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press.