

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในการคลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

ชุตินันท์ ไพศาล, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ก่อนและหลังการพัฒนาและประเมินผลพันธกิจบริการในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน และหญิงคลอด จำนวน 32 คน ระหว่างเดือนตุลาคม-มกราคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ผลลัพธ์การดูแลผู้คลอด CVI = 1 การปฏิบัติการพยาบาล KR-20 = 0.93 การรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์และการตกเลือดหลังคลอด $\alpha = 0.87$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test.

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA มี 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) บริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 7) การเตรียมความพร้อมในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ ผลการพัฒนา ไม่พบอุบัติการณ์หลังคลอดระยะแรกที่มีภาวะตกเลือด มารดาที่มาคลอดได้รับการประเมินเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100 และการตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อค ร้อยละ 0.0 การปฏิบัติการพยาบาลตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยรวมถูกต้องเพิ่มขึ้น จาก 35 คะแนน เป็น 38 คะแนน ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังนำรูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 37.86 (S.D.=3.67) มารดาผู้คลอดมีการคลั่งมดลูกโดยรวม ร้อยละ 77.8 และหลังได้รับโปรแกรมมารดามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ของผู้คลอดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ข้อเสนอแนะ: การใช้โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด จะช่วยให้หญิงคลอดมีการรับรู้การป้องกันภาวะเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

คำสำคัญ: โปรแกรมป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การคลอดทางช่องคลอด

*โรงพยาบาลวังสามหมอ อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดอุดรธานี

Effectiveness of program for prevention and cure of early postpartum hemorrhage among vaginal delivery at Wangsammo Hospital Udon Thani Province

Chutinun Paisan, B.N.S.*

Abstract

This action research aims to study compare operations of programs to prevent and correct early postpartum hemorrhage in normal labour, before and after developing and evaluating the results of services for postpartum. Sample group included 7 professional nurses and 32 women giving birth, between October 2024 to January 2025. Research instrument was questionnaire, including results of care for births CVI =1, nursing practice KR-20 = 0.93, perception of pregnancy risk and postpartum hemorrhage, alpha =0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results: It was found that developing a program to prevent and treat early postpartum hemorrhage among vaginal delivery using the PDCA cycle quality process, there are 9 activities as follows: 1) Services before the waiting period 2) Services for 3rd stage of labor 3) Normal vaginal delivery services 4) Services during delivery period 5) Services for postpartum period 6) Risk factor assessment 7) Preparation for providing services 8) Guidelines for prevention and correction of postpartum hemorrhage 9) Program to provide knowledge on how to behave for giving birth and relatives. Development results: No incidence of early postpartum hemorrhage was found. 100% of birthing mothers were appropriately assessed for early postpartum hemorrhage and 0.0% for postpartum hemorrhage and shock. Nursing practice according to prevent and correct postpartum hemorrhage increased in overall from 35 to 38. Nurses' satisfaction after implementing the postpartum hemorrhage prevention model was overall high, with an average of 37.86 (S.D.=3.67). Over all 77.8% of mothers performed uterine movements and after receiving the program, mothers' awareness overall risks of pregnancy increased significantly ($p = 0.001$).

Suggestions: Using a program to prevent and treat early postpartum hemorrhage in vaginal births. It will help giving birth to women with increased awareness of postpartum hemorrhage prevention and to prevent postpartum hemorrhage.

Keyword: Prevention Program, Early Postpartum Hemorrhage, Vaginal Delivery

* Wangsammo Hospital, Wangsammo District, Udon Thani Province

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ถือเป็นภาวะวิกฤตและเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยประเทศที่ก าลังพัฒนาพบว่าทุก 4 นาทีจะมีการเสียชีวิตของมารดา 1 รายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 230 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย¹ สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจาก มดลูกไม่หดรัดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ grand multiparity ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วย oxytocin การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไปการล้วงรก ได้รับยาดมสลบหรือแมกนีเซียมซัลเฟต เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด อ้วน อายุมากกว่า 35 ปี อย่างไรก็ตาม ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดขึ้นในสตรีที่ไม่มีประวัติ หรือมีปัจจัยเสี่ยง แม้ว่าจะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ยังมีสตรีตั้งครรภ์บางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด²

สถานการณ์และสภาพปัญหาในประเทศไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายมารดาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าอัตราการตายมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตายมารดาตั้งแต่ ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน พบว่าระหว่างปี พศ. 2556 – 2560 พบอัตราเกิดมีชีพ มีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน เท่ากับ 11.6, 11.0, 10.4, 10.2, 10.1 ตามลำดับ ซึ่งตรงข้ามกับอัตราตายต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เท่ากับ 6.6, 6.7, 6.9, 7.2 7.0 มารดาส่วนใหญ่ตายเนื่องจากสาเหตุทางตรงซึ่งเป็นการตายจากสาเหตุทางสูติกรรม ได้แก่ การตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสาเหตุการตายขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่าสาเหตุการตายหลักของสตรีทั่วโลก ได้แก่ ตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อและการแท้งที่ไม่ปลอดภัย การดูแลสตรีตั้งครรภ์ถือเป็นการดูแลที่มีระยะที่ยาวนานเนื่องจากตามปกติการตั้งครรภ์ครบกำหนดต้องใช้เวลาราว 9 เดือน หรือ 40 สัปดาห์กว่าจะผ่านแต่ละช่วงเวลาแต่ละไตรมาสสตรีตั้งครรภ์อาจมีอาการที่ผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะเลือดออกก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือทารกตายในครรภ์³

ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันที จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด คือการที่ผู้คลอดมีปริมาณเลือดที่สูญเสีย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรงมาก (very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Health service; 2012) สาเหตุการตกเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) พบมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูกและฝีเย็บ (Trauma) พบได้ถึงร้อยละ 20 รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) พบได้ร้อยละ 10 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบได้ประมาณ ร้อยละ 1⁴

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือด ในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การกำหนดแนวทางการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแล และป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในทีมสหสาขา⁵ ส่งผลลัพธ์ให้อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดลดลง และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้⁶ แม้ว่าจะมีการพัฒนาและนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือด

หลังคลอดของสถานพยาบาลต่างๆ แต่เนื่องจากแนวปฏิบัติของแต่ละแห่งได้พัฒนาขึ้นตามบริบทการทำงาน เฉพาะที่ ซึ่งจะเห็นว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานของแต่ละแห่ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาแนว ปฏิบัติดังกล่าวแล้ว พบว่ายังมีข้อจำกัดและความแตกต่างในเรื่องบริบทการทำงานในหลายด้าน ทำให้ไม่ สามารถนำแนวปฏิบัติที่มีการนำเสนออยู่แล้วมาใช้ได้อย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลให้ไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ข้อมูลสถานการณ์หญิงตั้งครรภ์จากสถิติผลการดำเนินงาน หน่วยงานบริการผู้คลอด ปีงบประมาณ 2563-2566 คลอดทั้งหมดจำนวน 200 ราย, 199 ราย, 168 ราย และ 172 ราย ไม่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตของมารดา อัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.5, 1.5, 2.4 และ 0.58 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดจะอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5.0 แต่ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการช็อกทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญ เช่น uterine atony, คลอดเฉียบพลัน/ คลอดเร็ว, ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป, เจ็บครรภ์คลอดยาวนานและทารกตัวโต เป็นต้น หน่วยงานบริการผู้ คลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ สามารถให้บริการทำคลอดปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ได้ผ่านการฝึกทักษะดูแล การคลอดจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลกุมภวาปี) กรณีผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงสูงมีภาวะแทรกซ้อนในขณะ ตั้งครรภ์หรือในระหว่างคลอด จะได้รับการประสานและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลกุมภวาปี⁷ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่อง คลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ โดยยึดแนวทางการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ ของสำนักงานการ พยาบาล⁸ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อใช้ ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ และ เพื่อนำโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด มาใช้เป็นส่วน หนึ่งของการพัฒนากระบวนการบริการการคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการ คลอดทางช่องคลอด ก่อนและหลังการพัฒนา
3. เพื่อประเมินผลการบริการในมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพและข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด
2. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่อง คลอด มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาทักษะและผู้นำนางพยาบาล 2) มีการกำหนด early warning signs 3) กรณี มารดามีภาวะช็อค 4) การใช้ถุงตวงเลือด 5) On the job training
3. โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) บริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัย เสี่ยง 7) การเตรียมความพร้อมในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ

ตัวแปรตาม คือการประเมินผลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังพัฒนา

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด และความพึงพอใจต่อโปรแกรม
2. ผู้มารับบริการคลอด ได้แก่ การคลั่งมดลูกของผู้คลอด การรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์และการตกเลือดหลังคลอด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) สถานที่ศึกษา โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 - มกราคม 2568

ประชากรที่ศึกษา ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 คน ผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดอย่างน้อย 1 ปี ในห้องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ ที่หมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงาน ในช่วงที่ศึกษาเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567
2. ผู้รับบริการคลอด จำนวน 32 คน โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) มารดาที่มารับบริการคลอดในช่วงศึกษา โดยสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁹

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (exclusion criteria)

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดอย่างน้อย 1 ปี ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
2. ผู้มารับบริการคลอด แล้วไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ มีภาวะตั้งครรภ์ซึ่งทำให้มารดาและทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงตายสูงหรือเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ผลการประเมินความรุนแรงของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด การตรวจประเมินปากมดลูกและการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก และกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยโดยสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้ตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของสำนักงานพยาบาล⁸ และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย² ประกอบด้วย

1.1 การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาทักษะและผู้ปฏิบัติงาน 2) มีการกำหนด early warning signs 3) กรณีมารดามีภาวะช็อค 4) การใช้ถุงตวงเลือด 5) On the job training

1.2 โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ตามแนวปฏิบัติการบริการผู้คลอด ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการบริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) แนวปฏิบัติการบริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด 7) การเตรียมความพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 9) โปรแกรมให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติการพยาบาลโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 38 ข้อ ผู้วิจัยใช้ตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของสำนักการพยาบาล⁸ และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย² เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดของผู้ให้บริการ 9 กิจกรรม ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการบริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด, 2) แนวปฏิบัติการบริการ ระยะที่ 3 ของการคลอด, 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด, 4) บริการระยะคลอด, 5) บริการระยะหลังคลอด, 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด, 7) การเตรียมความพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่สำคัญในการให้บริการ, 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 9) โปรแกรมให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ รหัสการตอบ 1 = ปฏิบัติ, 0 = ไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลผลคะแนนรวม 38 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้ 0.00 – 12.66 = ระดับต่ำ, 12.67 – 25.33 = ระดับปานกลาง, 25.34 – 38.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 8 ข้อ เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้ ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเข้าใจ/ความยากง่าย ความเหมาะสมของการช่วยในการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยหรือรายงานแพทย์ได้ ความเหมาะสมของรูปแบบสามารถใช้เป็นแนวทางเดียวกัน มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการคลอด

การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ (Likert, 1967) คือระดับคะแนนความพึงพอใจ 1=น้อยที่สุด 2=ค่อนข้างน้อย 3=ค่อนข้างมาก 4=มาก 5=มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 40 คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ คะแนน 8.00 – 18.66 ระดับต่ำ, 18.67 – 29.33 ระดับปานกลาง และ 23.34 – 40.00 ระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้มารับบริการคลอด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการคลั่งมดลูกของผู้คลอด 9 ข้อ ผู้วิจัยใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดของ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย² เกี่ยวกับการคลั่งมดลูก ครบ 9 ครั้งของมารดา ในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด การตอบคือ การคลั่งมดลูก เลข 1=ปฏิบัติ, เลข 0=ไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนรวม 9 คะแนน การแปลแบ่งระดับคะแนนตามร้อยละเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 5 คะแนน) ระดับไม่ดี

ร้อยละ 60 – 79 (5-7 คะแนน) ระดับพอใช้

ร้อยละ 80 – 100 (8 คะแนนขึ้นไป) ระดับดี

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์และการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์และการตกเลือดหลังคลอดและมีการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยง ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ¹¹ ดังนี้ 1 = ไม่รับรู้หรือไม่รู้เรื่องนั้นเลย ถึง 5 = รับรู้มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ย 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ คือ

คะแนน 10.00-23.33 ระดับต่ำ, 23.34-36.66 ระดับปานกลาง และ 36.67 – 50.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาถึงความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบโดยพิจารณาเป็นรายข้อ โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน แบบสอบถามทั้งชุดมีค่า CVI เท่ากับ 1 จึงนำไปใช้ คือ แบบบันทึกการคลั่งมดลูกของมารดาและผลลัพธ์การดูแลผู้คลอด

2. หาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบสอบถามการปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 ได้ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด KR-20 เท่ากับ 0.93

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) ในโรงพยาบาลวังสามหมอ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน สำหรับแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณและแบบช่วง ทำการหาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) ผลการทดสอบค่าเชื่อมั่น (alpha) คือการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์และการตกเลือดหลังคลอด $\alpha = 0.87$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในเชิงปริมาณ แสดงค่า ความถี่และร้อยละ

สถิติเชิงอนุมาน เพื่อทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนา 1) กรณีการแจกแจงไม่ปกติ ทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test 2) กรณีที่มีการแจกแจงปกติ ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 1168 วันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอดครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาทักษะและปฏิบัติงาน 2) มีการกำหนด early warning signs 3) กรณีมารดามีภาวะช็อค 4) การใช้ถุงตวงเลือด 5) On the job training โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด มี 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) บริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 7) การเตรียมความพร้อมในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ ผลการพัฒนา ไม่พบอุบัติการณ์หลังคลอดระยะแรกที่มีภาวะตกเลือด มารดาที่มาคลอดได้รับการประเมินเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100 และการตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อค ร้อยละ 0.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด
โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

สภาพปัญหาเดิม	กิจกรรม	ผลการพัฒนา
สรุปสภาพปัญหาสถานการณ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอดพบว่า 1. ปีงบประมาณ 2563-2566 มารดาคลอดทั้งหมดจำนวน 200 ราย, 199 ราย, 168 ราย , 172 ราย	ผู้วิจัยสอบถามความสนใจการเข้าร่วมวิจัยของพยาบาล วิชาชีพ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนดำเนินการ (pretest) การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลัง คลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) พัฒนาทักษะและปฏิบัติงาน ในกระบวนการคัดกรอง ครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์	1. มีโปรแกรมป้องกันและ แก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก 2. อัตรามารดาที่มาคลอด ได้รับการประเมินเฝ้าระวัง ภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 กิจกรรมโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกๆ (ต่อ)

สภาพปัญหาเดิม	กิจกรรม	ผลการพัฒนา
อัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.5, 1.5, 2.4 และ 0.58 ตามลำดับ 2. หน่วยงานผู้คลอด จึงได้ ค้นหาสาเหตุเพิ่มเติม โดยการ ทำ root course analysis พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก มดลูกหดตัวไม่ดีหลังรก คลอด และบางรายเป็นผู้ คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตก เลือดหลังคลอดแต่ไม่ได้รับ การดูแลรักษาตามแนว ทางการป้องกันดูแลรักษาผู้ คลอดที่ตกเลือดหลังคลอด	โดยนำระบบการฝากครรภ์แนวใหม่มาใช้ในการฝากครรภ์ เพื่อการวินิจฉัย/รักษาภาวะช็อคก่อนคลอด และส่งข้อมูลมารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ห้อง คลอดทุกเดือนโดยพยาบาลที่ประเมินครรภ์เสี่ยง 2) มีการกำหนด early warning signs เฉพาะในการเฝ้า ระวังการตกเลือดหลังคลอดและ และเกณฑ์การรายงาน แพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้การดูแลรักษาเพิ่มเติมและมีเฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม 3) กรณีมารดามีภาวะช็อค จะมีการประสาน blood bank ในการ cross match เพื่อสำรองเลือดกรณีฉุกเฉิน 4) การใช้ถุงตวงเลือดที่ เพื่อการประเมินภาวะตกเลือดที่มี ความแม่นยำมากขึ้น 5) On the job training บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ด้วย ระบบพี่เลี้ยง	
3. แนวทางการประเมินการ ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้ ทันสมัย ที่มีการวัดประเมิน ปริมาณเลือด อาการและ อาการแสดงที่แม่นยำ รวดเร็ว เพื่อให้การรักษายาบาลที่ เหมาะสม และไม่มีการ รายงานอาการเปลี่ยนแปลงซ้ำ แก่แพทย์ผู้ให้การรักษา	โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) บริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยงการตกเลือด 7) การเตรียมความพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัว	3. ไม่พบอุบัติการณ์หลังคลอด ระยะแรกที่มีภาวะตกเลือด อัตราการตกเลือดหลังคลอด และภาวะช็อค ร้อยละ 0.0
4. การประเมินผลยังไม่เป็น ระบบที่ชัดเจน	ทำการประเมินผลจากการศึกษานี้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำ แบบสอบถาม หลังสิ้นสุดการวิจัย (posttest)	4. มีระบบการประเมินผลการ ปฏิบัติที่ชัดเจน

2. การปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดถูกต้องเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 100.0 ได้แก่ มีการกำหนดบทบาท มีการกำหนด early warning signs การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการและความเสี่ยง จำแนกสาเหตุของการเสียเลือด การพยาบาลเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก มีการกำหนดบทบาท มีการกำหนด early warning signs การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการและความเสี่ยง จำแนกสาเหตุของการเสียเลือด การพยาบาลเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก การประเมินความรุนแรง, Retained placenta, Laceration of Genital tract or Uterine inversion, ประเมินสาเหตุการตกเลือด การหนีสายสะดือ การใช้ถุงตวงเลือด การให้ fluid resuscitate และ blood & blood component ในภาวะตกเลือด การซักประวัติ ครอบครัวการตั้งครรภ์ และการคลอด ตรวจร่างกายและสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด การเตรียมเครื่องมือช่วยวินิจฉัย/รักษา และเครื่องมือวัด การรับผู้คลอดในวันแรกรับ การระบุตัวผู้ป่วย การประเมินคัดกรองจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล

การให้ความรู้ผู้คลอดและญาติ สอนวิธีการนวดคลึงมดลูก แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดรายข้อปฏิบัติ
ถูกต้อง ก่อนและหลังพัฒนา (n=7)

ปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีการกำหนดบทบาทของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดระยะหลังคลอด	5	71.4	7	100.0
2. มีการพัฒนาทักษะและปฏิบัติงาน ในกระบวนการคัดกรองครรภ์เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์	5	71.4	6	85.7
3. มีการกำหนด early warning signs เฉพาะในการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดและ และเกณฑ์การรายงานแพทย์ที่ชัดเจน	6	85.7	7	100.0
4. On the job training บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ด้วยระบบพี่เลี้ยง ในการฝึกประสบการณ์การทำงานคลอดและการดูแลหลังคลอดจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	5	71.4	6	85.7
5. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาล	6	85.7	7	100.0
บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด				
6. พุดคุยสนทนากับผู้คลอด เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติ ชักถามปัญหา และ ความคับข้องใจ ตอบปัญหาข้อซักถามด้วยความเต็มใจตามความเหมาะสม	5	71.4	6	85.7
7. ประเมินอาการและความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด : รกเกาะต่ำ, รกเกาะแน่นผิดปกติ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ, และสตรีตั้งครรภ์ที่ปฏิเสธการรับเลือด	6	85.7	7	100.0
8. ตรวจคัดกรองและแก้ไขภาวะซิดในหญิงตั้งครรภ์ : ที่สามารถรับประทานธาตุเหล็กได้เริ่มให้ธาตุเหล็กเพื่อให้ได้ความเข้มข้นเลือดตามเป้าหมาย	5	71.4	6	85.7
9. จำแนกสาเหตุของการเสียเลือด ที่สำคัญและพบได้บ่อย ตามสาเหตุ 4T+1	7	100.0	7	100.0
การบริการในระยะที่ 3 ของการคลอด				
10. การพยาบาลเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก	6	85.7	7	100.0
11. นวดคลึงมดลูกเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 60 วินาที หลังรกคลอดประเมินปริมาณการเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง	4	57.1	5	71.4
12. ใช้วิธีการประเมินอย่างเป็นทางการ โดยใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประสิทธิภาพและความแม่นยำ	7	100.0	7	100.0
บริการคลอดปกติทางช่องคลอด				
13.การประเมินความรุนแรง	6	85.7	7	100.0
14.การรักษาตามสาเหตุ Uterine atony การคลึงมดลูกอย่างสม่ำเสมอ	4	57.1	5	71.4
15. Retained placenta or piece of placenta ถ้า 15-30 นาที รกไม่คลอด ไม่แนะนำให้ล้วงรก ให้รายงานแพทย์	5	71.4	7	100.0
16. Laceration of Genital tract or Uterine inversion โดยเย็บซ่อมแซม รอยฉีกขาด	4	57.1	6	85.7
17.Coagulation defect ให้องค์ประกอบของเลือด	4	57.1	6	85.7
การดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด				
18. ประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุหลัก (4Ts)	6	85.7	7	100.0
19.การให้ยา oxytocin กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยการฉีด oxytocin	4	57.1	6	85.7
20.การหนีบสายสะดือ (cord clamping) ใช้ umbilical cord clamp หนีบสายสะดือแล้วตัดสายสะดือทารกภายใน 1 นาที	6	85.7	7	100.0
21.ทำคลอดรกโดยวิธี controlled cord traction	5	71.4	6	85.7

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดรายข้อปฏิบัติ
ถูกต้อง ก่อนและหลังพัฒนา (n=7)

ปฏิบัติการพยาบาล	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
22. การใช้ถุงทวงเลือด ที่มีหน่วยปริมาตรที่ชัดเจน สเกลวัดปริมาตร 50 ถึง 2,000 มิลลิลิตร	6	85.7	7	100.0
23. การคลึงมดลูก (Uterine massage) หลังรกคลอดวางมือบนยอดมดลูก เพื่อตรวจการหดตัวของมดลูกหากไม่แข็งตัวให้ดันไล่ก้อนเลือดและใช้มือคลึง ยอดมดลูกเบาๆ เพื่อให้มดลูกหดตัวได้ดีและตรวจสอบระดับยอดมดลูก	5	71.4	6	85.7
24.การประเมินการสูญเสียเลือดดูปริมาณการเสียเลือด (Blood loss), การประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง	4	57.1	5	71.4
25. การให้ fluid resuscitate และ blood & blood component ในภาวะ ตกเลือดหลังคลอดในระยะก่อนคลอด, เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ	6	85.7	7	100.0
26. เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเส้นที่ 2 ด้วยเข็มเบอร์ 18 ด้วย Lactate Ringer 1000 ml, ให้ Hemacelle 500 ml IV drip in 30 - 60 นาทีหรือ 1,000 ml IV drip in 90 - 120 นาที, Keep Hct.>25%	5	71.4	6	85.7
บริการระยะหลังคลอด				
27. ผู้คลอดจะต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์และพยาบาลในห้อง คลอดก่อน จนมั่นใจว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยได้	4	57.1	5	71.4
28. การซักประวัติ ครอบคลุมการตั้งครรภ์ และการคลอด ทั้งในปัจจุบันและใน อดีต	6	85.7	7	100.0
29. ตรวจร่างกายและสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด	5	71.4	7	100.0
30. การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด ผู้คลอดที่ถือว่ามี early หรือ primary PPH คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป	6	85.7	7	100.0
31. เครื่องมือช่วยชีวิต ได้แก่ defibrillator, neo-puff, laryngoscope, Ambu bag และ infant ventilator	4	57.1	5	71.4
32. เครื่องมือช่วยวินิจฉัย/รักษา	6	85.7	7	100.0
33. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล, เครื่องชั่งน้ำหนักผู้ใหญ่และเด็ก, โคม ไฟส่องสว่าง, เครื่อง computer	7	100.0	7	100.0
34. การรับผู้คลอดในวันแรก	6	85.7	7	100.0
35. การระบุตัวผู้ป่วย การประเมินคัดกรองจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล	5	71.4	7	100.0
36. การให้ความรู้ผู้คลอดและญาติ	6	85.7	7	100.0
37. สอนวิธีการนวดคลึงมดลูกหลังรกคลอดและการช่วยเหลือการคลอดฉุกเฉิน	5	71.4	7	100.0
38. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	7	100.0	7	100.0

เมื่อเปรียบเทียบมาตรฐานคะแนนการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยรวม ระหว่างก่อนและหลังพัฒนา พบว่า หลังพัฒนามีการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตก เลือดหลังคลอดโดยรวมถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก 35 คะแนน เป็น 38 คะแนน (คะแนนเต็ม 38 คะแนน)

ความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังนำรูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง เฉลี่ย 37.86 (S.D.=3.67) มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ มีความครอบคลุมของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้จริง เฉลี่ย 4.86 (S.D.= 0.37) รองลงมาคือ ความเข้าใจ/ความ ยากง่าย เฉลี่ย 4.81 (S.D.= 0.48) และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิมเฉลี่ย 4.57 (S.D.= 0.78) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจภายหลังนำรูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้ (n=7)

การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด	Mean±S.D.	ระดับ
1. มีความครอบคลุมของเนื้อหา	4.86±0.37	สูง
2. ความเข้าใจ/ความยากง่าย	4.81±0.48	สูง
3. ความเหมาะสมของการช่วยในการตัดสินใจรายงานแพทย์หรือส่งต่อ	4.71±0.48	สูง
4. ความเหมาะสมของรูปแบบสามารถใช้เป็นแนวทางเดียวกัน	4.71±0.48	สูง
5. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	4.57±0.78	สูง
6. สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.86±0.37	สูง
7. เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการคลอด	4.71±0.75	สูง
8. ความพึงพอใจโดยรวมภายหลังนำรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้	4.71±0.48	สูง
เฉลี่ย	37.86±3.67	สูง

3. การให้บริการผู้คลอด การคลี่มดลูก ครบ 9 ครั้งของมารดา ในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด พบว่า การคลี่มดลูกโดยรวม 7 ครั้ง (ใน 9 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 77.8 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การคลี่มดลูก ครบ 9 ครั้งของมารดา ในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด

ครั้งที่	การคลี่มดลูก	จำนวน	ร้อยละ
1	หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
2	15 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
3	30 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
4	45 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
5	1 ชั่วโมง หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
6	1 ชั่วโมง 15 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0

ตารางที่ 4 การคลั่งมดลูก ครบ 9 ครั้งของมารดา ในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด (ต่อ)

ครั้งที่	การคลั่งมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
7	1 ชั่วโมง 30 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	0	0.0
	ปฏิบัติ	32	100.0
8	1 ชั่วโมง 45 นาที หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	1	3.1
	ปฏิบัติ	31	96.9
9	2 ชั่วโมง หลังรกลคลอด		
	ไม่ปฏิบัติ	2	6.3
	ปฏิบัติ	30	93.8

4. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมความรู้ กลุ่มมารดาผู้คลอดมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์ จาก 4.06 ± 0.84 เป็น 4.31 ± 0.69 รองลงมาคือ ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จาก 4.16 ± 0.80 เป็น 4.22 ± 0.75 และ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์ จาก 4.16 ± 0.62 เป็น 4.01 ± 0.74 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์การตั้งครรภ์ของมารดา รายข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้ (n=32)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อน	หลัง
	Mean \pm SD	Mean \pm SD
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง		
1.ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์คือการตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อแม่และทารกในครรภ์	3.78 \pm 0.65	4.13 \pm 0.60
2.ภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์	4.16 \pm 0.62	4.01 \pm 0.74
3.ภาวะเสี่ยงตกเลือด คือการมีเลือดออกจากช่องคลอดขณะตั้งครรภ์	4.19 \pm 0.82	4.16 \pm 0.84
4.ความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และเพิ่มภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์เสียชีวิต	3.88 \pm 0.75	4.13 \pm 0.70
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์		
5.ภาวะเสี่ยงของลูกในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดอันตรายหรือเสียชีวิตคือ มีประวัติเคยคลอดลูกแล้วลูกเสียชีวิตในครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอดมาก่อน	3.84 \pm 0.76	4.03 \pm 0.74
6.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความผิดปกติของลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์คือแม่ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งครรภ์	3.97 \pm 0.78	4.28 \pm 0.72
7.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะมีความพิการแต่กำเนิด คือการไปฝากครรภ์ช้า/แม่เป็นพาหะโรคธาลัสซีเมีย	3.91 \pm 0.89	4.16 \pm 0.88
8.ภาวะเสี่ยงของลูกที่ต้องเข้าไปอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนด	4.00 \pm 0.76	4.16 \pm 0.72
9.ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4.16 \pm 0.80	4.22 \pm 0.75
10.ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์	4.06 \pm 0.84	4.31 \pm 0.69

ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ของผู้คลอดโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมมารดามีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ของผู้คลอดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.875, p = 0.001$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ของผู้คลอดโดยรวมและรายด้านระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้ (n=32)

การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	ก่อนได้รับโปรแกรม	หลังได้รับโปรแกรม	t	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อตนเอง	16.00±2.20	16.44±2.61	-1.843	0.175
การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อทารกในครรภ์	23.94±3.67	25.16±4.19	4.202	<0.001*
รวม	39.94±5.61	41.59±6.68	-3.875	0.001*

* $p < 0.05$, Paired t-test

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ โดยใช้กระบวนการคุณภาพวงจร PDCA มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พัฒนาทักษะและผูปฏิบัติงาน 2) มีการกำหนด early warning signs 3) กรณีมารดามีภาวะช็อค 4) การใช้ถุงตวงเลือด 5) On the job training โปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ 9 กิจกรรม ดังนี้ 1) บริการก่อนเข้าสู่ระยะรอคลอด 2) บริการระยะที่ 3 ของการคลอด 3) บริการคลอดปกติทางช่องคลอด 4) บริการระยะคลอด 5) บริการระยะหลังคลอด 6) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 7) การเตรียมความพร้อมในการให้บริการ 8) แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด 9) โปรแกรมให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้คลอดและญาติ ทั้งนี้ผลการพัฒนาไม่พบอุบัติการณ์หลังคลอดระยะแรกที่มีภาวะตกเลือด มารดาที่มาคลอดได้รับการประเมินเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกอย่างเหมาะสม ร้อยละ 100 การตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อค ร้อยละ 0.0 และมีระบบการประเมินผลงานที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช บุญสอน¹² การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด พบว่า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินสัญญาณเตือนของการตกเลือด ภายหลังทารกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด 2) การนวดมดลูก ภายหลังรกคลอด 3) ประเมินปริมาณเลือด ภายหลังคลอด 1 ชั่วโมง และ 4) ประเมินปริมาณเลือดและหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า มารดาหลังคลอดระยะแรกเสียเลือดในระดับปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้แก่ มีเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะแรกรับที่ห้องคลอด การใช้ถุงตวงเลือดหลังรกคลอดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดที่ตรงกับความเป็นจริง มีการใช้โมเดลมดลูก (uterus model) สอน สาธิต อธิบาย และให้มารดาหลังคลอดคลึงมดลูกด้วยตนเองได้ถูกต้อง¹³

2. การปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดถูกต้องเพิ่มขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 100.0 ได้แก่ มีการกำหนดบทบาท มีการกำหนด early warning signs การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการและความเสี่ยง จำแนกสาเหตุของการเสียเลือด การพยาบาลเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก มีการกำหนดบทบาท มีการกำหนด early warning signs การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการและความเสี่ยง จำแนกสาเหตุของการเสียเลือด การพยาบาลเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก การประเมินความรุนแรง, Retained placenta, Laceration of Genital tract or Uterine inversion, ประเมินสาเหตุการตกเลือด

การหนีบสายสะดือ การใช้ถุงตวงเลือด การให้ fluid resuscitate และ blood & blood component ในภาวะตกเลือด การช้กประวัติ ครอบครัวการตั้งครรภ์ และการคลอด ตรวจร่างกายและสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด การเตรียมเครื่องมือช่วยวินิจฉัย/รักษา และเครื่องมือวัด การรับผู้คลอดในวันแรก การระบุตัวผู้ป่วย การประเมินคัดกรองจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแล การให้ความรู้ผู้คลอดและญาติ สอนวิธีการนวดคลึงมดลูก แนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และหลังพัฒนาการปฏิบัติตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยรวมถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของพยาบาล ภายหลังจากนำรูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดไปใช้ พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง มากที่สุดคือ มีความครอบคลุมของเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้จริง รองลงมาคือ ความเข้าใจ/ความยากง่าย และพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิมตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา เอ้าเจริญ¹⁴ ศึกษาประสิทธิผลการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามแนวทางสามพรานโมเดล โรงพยาบาลสามพราน พบว่า แนวทางสามพรานโมเดล มีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการประเมินและวินิจฉัยความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ครอบคลุมและถูกต้อง การศึกษาการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกต่อการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการกดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกเสียเลือดในระดับปกติ รูปแบบของการกดมดลูกสามารถนำมาใช้เป็นระบบเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ และ การศึกษาการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก พบว่ามีการตกเลือดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 4.51 โดยพบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดทางช่องคลอด เกิดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดและภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี¹⁶

3. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็น เบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.1 แต่หลังได้รับโปรแกรมความรู้ กลุ่มมารดาผู้ที่มาคลอดมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น มากที่สุดคือ ภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อลูกระหว่างตั้งครรภ์ รองลงมาคือ ภาวะเสี่ยงของลูกที่จะเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ คือแม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือภาวะเสี่ยงที่จะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คือการเคยผ่าท้องคลอดมาก่อนอาจเสี่ยงต่อการที่แผลผ่าตัดตรงมดลูกเปิดระหว่างตั้งครรภ์ และหลังได้รับโปรแกรมมารดาที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงการตั้งครรภ์ของผู้คลอดโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ อาจมีภาวะเสี่ยงได้ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น การตั้งครรภ์แฝด แม่อายุมาก แม่วัยรุ่น การติดเชื้อโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น หากไม่มีการรับรู้มากที่สุดเรื่องภาวะเสี่ยงเหล่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ตามลำดับ¹⁷ และการศึกษาของ Carrillo GLA, et al (2023) การศึกษาการออกแบบเครื่องวัดความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการตกเลือดหลังคลอด พบว่า หญิงคลอดที่ได้รับการประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด สามารถป้องกันการสูญเสียเลือดตลอดการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป หลังดำเนินการตามโปรแกรมป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้หญิงคลอดมีการรับรู้การป้องกันภาวะเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารงาน หัวหน้าแผนกควรมีการสะท้อนการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงการ ดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมถึง ทบทวนแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้แก่บุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นทิศทางเดียวกัน
2. ด้านคุณภาพบริการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลประจำห้องคลอด ต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและการเตรียมช่วยเหลือ โดยพยาบาลต้องมีความไวในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพื่อช่วยเหลือให้ผู้คลอดพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต
3. ด้านผู้รับบริการ การให้ข้อมูลแก่มารดาหลังคลอดต้องให้ข้อมูลความรู้เพื่อส่งเสริมความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการป้องกันการตกเลือดระยะแรกหลังคลอด
4. ด้านวิชาการ ควรจัดทบทวนและฝึกทักษะการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและ มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือของทีมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมทักษะการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแก่พยาบาลวิชาชีพ และโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงสูงต่อการตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์แบบเชิงรุก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data. [Internet]. 2014. [Cited 2023, Oct., 20]. Available from: <https://who.int>
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (2562-2564). คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.rtcog.or.th/home/wp>
3. วรณชนก ลี้มจำรูญ. สถานการณ์การตายมารดาไทยปี พ.ศ.2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. Enerson BD, Baksh L, Fisher JA, Sullivan A, Clark EAS. Postpartum hemorrhage implementing your bundle. University of Utah. [Internet]. 2016. [Cited 2024, Oct., 20]. Available from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy>
5. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาล อุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2560; 33(2): 121-34.
6. นภวรรณ มณีจันทร์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต11, 2560; 31(1):143-55.
7. โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี. Service Profile หน่วยงานบริการผู้คลอด โรงพยาบาลวังสามหมอ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.wangsammo.hospital.go.th>

8. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sirindhornhosp.go.th>
9. ปรีดี นุกุลสมปารธนา. จำนวน Sample Size ที่เหมาะกับการทำ Research; 2564. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงจาก: www.qualtrics.com/au
10. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.; 1977.
11. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
12. วรณัฐ บุญสอน. การพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2566; 8(2): 205-11.
13. วันรัฐ พงนา, เกศกัญญา ไชยวงศา, ภัทรา สมโชค. การพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังคลอดระยะแรกโดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 182-94.
14. สุนันทา เอ้าเจริญ. ประสิทธิภาพการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดตามแนวทางสามพรานโมเดล โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการจัดการ 2562; 3(2): 125-40.
15. อรทัย บัวคำ. การพัฒนารูปแบบการกอดมดลูกส่วนล่างร่วมกับการใช้นวัตกรรมเตรียม-เตือนการนวดมดลูกต่อ คุณภาพการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกโรงพยาบาลชานุมานจังหวัด อำนาจเจริญ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562; 4(3): 58-70.
16. จิรย์พล ไทยานันท์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในการคลอดทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร. 2566; 10(1): 1-17.
17. เบญจมาภรณ์ จานทอง, วิลาวัลย์ ป้อถา, สุคนธ์ทิพย์ ว่องไว. รายงานบททบทวนวรรณกรรม เรื่อง การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. งานห้องคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/dmkm>
18. Carrillo GLA, Ruiz de Aguiar C, Martin Muriel J, Rodriguez Zambrano MA. Design of a postpartum hemorrhage and transfusion risk calculator. Heliyon. 2023; 9(2): 13428. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e13428