

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด

ระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent and Cure of the 2-24 hours Postpartum Hemorrhage in Obstetrics Ward, Khonkaen Hospital

ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ (Siriporn Pinpo)* สมพร วัฒนนุกุลเกียรติ (Somporn Wattananukulkiat)**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์ คัดเลือกปัญหาที่แท้จริง 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ โดยพยาบาลจำนวน 16 คน มารดาหลังคลอด 16 คน 4) ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 ใช้กรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของฟองคำ (2553) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ได้แนวปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 แนวปฏิบัติย่อย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดฯ 2) แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดฯ 3) แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ 4) แนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบอาการแสดงนำก่อนตกเลือดร้อยละ 93.7 ในเวลาเฉลี่ย 1.72 ชั่วโมง โดยพบมารดาตกเลือดร้อยละ 12.5 และมีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 12.5 พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติมากเฉลี่ย 4.04 ซึ่งพบว่าเห็นด้วยมากที่สุดคือ เนื้อหาที่มีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนเฉลี่ย 4.25 เท่ากัน แต่พบว่ามี ความยุ่งยากซับซ้อนได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด 3.43 จึงได้มีการปรับปรุงรวมแนวปฏิบัติเป็น Flowchart และการมีส่วนร่วมของพยาบาลในทุกขั้นตอนนี้ทำให้พยาบาลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริง ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำใช้นโยบายปฏิบัติอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และทำการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

ABSTRACT

This research and development study aimed to 1) develop the clinical nursing practice guidelines (CPG) for preventing and management of 2 to 24 hours postpartum hemorrhage in obstetric ward at Khon Kaen hospital and 2) determine nurses's satisfaction with CPG. The study consisted of 4 steps 1) situation analysis of postpartum hemorrhage 2) developing CPG 3) Trial CPG by 16 registered nurses and 16 postpartum mothers and 4) evaluation and revision. This new developed CPG had used Fongkum Tilokskulchai (2008) evidence based nursing practice concept and had content validity (CVI) 0.96. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results revealed as following get 4 guidelines which are 1) CPG for Assessing the Risk of Postpartum Hemorrhage 2) CPG for pre-treatment of pre-hemorrhage after childbirth 3) CPG for the prevention of postpartum hemorrhage 4) CPG for correcting postpartum hemorrhage. After the trial 93.7% of pre-hemorrhage symptoms were found in the mean time of 1.72 hours, 12.5% of mothers had hemorrhage and 12.5% of complications. The nurse satisfaction scores are in the high level ($x=4.04$). The highest nurse satisfaction mean score are comprehensive and clear content of the CPG ($x=4.25$). But found that there was complexity and had the lowest satisfaction score of 3.43. Therefore, a flowchart is collapsed and integrated into practice. Participation in developing new CPG in all process made the nurses felt ownership with their work. In conclusion, CPG should be applied continuously for a long time to assess the effectiveness of the guideline and make appropriate adjustments.

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติ สุนทรียเวชกรรม

Keywords: Postpartum hemorrhage, Clinical nursing practice guideline, Obstetrics

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ถือเป็นภาวะวิกฤติ และเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุด รวมถึงเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก โดยในประเทศไทยที่กำลังพัฒนาพบว่ามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 230 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย และในประเทศที่พัฒนาแล้วพบ 16 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย (World Health Organization [WHO], 2014) นับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญ สถิติปี พ.ศ. 2557 ในประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั้งประเทศ 26 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย และสาเหตุหลักมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นอันดับหนึ่ง (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) กระทรวงสาธารณสุขได้มองเห็นถึงความสำคัญของปัญหานี้ ดังนั้นในปี 2559 จึงกำหนดเกณฑ์อัตราการตายของมารดาเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพงานสาธารณสุขประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาจากการคลอดไม่เกิน 18 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 และลดลงไม่น้อยกว่า 15 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ในปี 2561 (กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อคแล้ว บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บใหม่ การชูดมดลูก รวมทั้งการตัดมดลูกทิ้ง (Devendra et al., 2015) หากการสูญเสียเลือดยังคงดำเนินต่อไปไม่ได้รับการแก้ไข เสียเลือดอยู่นาน มารดาจะเกิดภาวะช็อค การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะนั้น ๆ เช่น ไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว และสุดท้ายเสียชีวิต (Pacagnella et al., 2013; Michelet et al., 2015) บางรายที่เสียเลือดรุนแรง ส่งผลให้ต่อมใต้สมองขาดเลือด เนื้อเยื่อสมองบางส่วนตาย เกิดภาวะ Sheehan's syndrome คือ อาการเต้านมเหี่ยว ไม่มีน้ำนมสำหรับทารก เกิดความวิตกกังวล และในระยะยาวทำให้ไม่มีประจำเดือน ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง รวมทั้งต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ (Rossi et al., 2010; Carroll et al., 2016) มีผลต่อการดำเนินชีวิตและลักษณะความเป็นหญิงของมารดาในอนาคต จากการที่บางรายอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น หรือต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดในห้อง ICU ถูกแยกออกจากครอบครัว และบุตร ทำให้เกิดความกลัว ไม่แน่ใจกับอาการและการรักษา เกิดเป็นความวิตกกังวลจนเครียดมากขึ้นต่อเนื่องหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Carroll et al., 2016) รวมถึงญาติเอง

ก็ต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดในสิ่งที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาทั้งในส่วนของมารดา ครอบครัว และโรงพยาบาล และอาจเกิดความไม่พึงพอใจเกิดการร้องเรียนตามมาตรา 41 (ม. 41) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุขจากอุบัติเหตุการมารดาเสียชีวิต (ยุทธพงศ์, 2559) ภาวะตกเลือดมักเกิดขึ้นในระยะแรก คือภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017) แบ่งสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 4Ts ได้แก่ 1) การหดตัวของมดลูก (Tone) โดยการหดตัวของมดลูกที่ไม่ดี เป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกถึงร้อยละ 70 2) ช่องทางคลอดฉีกขาด (Tear or Trauma) พบร้อยละ 20 ได้แก่ การฉีกขาดของฝีเย็บ ช่องคลอด ปากมดลูก และมดลูกแตก 3) ส่วนของรกตกค้าง (Tissue) พบได้ร้อยละ 10 และ 4) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Thrombin) พบร้อยละ 1 แต่มีความรุนแรงที่ต้องการการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง (advance tertiary care) ขนาด 867 เตียง ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีจำนวนมารดาตกเลือดหลังคลอดทั้งหมดจำนวน 492, 422, 340 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.1, 6.9, 5.7 ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ห้องคลอดในช่วงหลังคลอดทันทีถึง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจำนวน 330, 310, 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.4, 5.3, 4.2 ตามลำดับ แต่ก็ยังพบว่ามีการตกเลือดตกค้างที่ย้ายจากห้องคลอด มาที่แผนกหลังคลอด สูติกรรม 1 และ 2 แล้วมาตกเลือดภายหลังจำนวน 162, 112, 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7, 1.6, 1.5 ตามลำดับ (ภาระงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น, 2559) แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น มีการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการประเมินลักษณะแผลฝีเย็บและการหดตัวของมดลูกด้วย Check list เมื่อแรกรับและประเมินการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องด้วย Maternal warning score chart ติดไว้ปลายเตียง แต่ยังไม่ครอบคลุม 4Ts ในส่วนของ Tissue และ Thrombin จากการทบทวนประวัติมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 10 ราย พบว่าเป็นมารดาที่อาการแสดงของภาวะตกเลือดเกิดขึ้นแล้วทุกราย โดยที่ไม่มีการบันทึกถึงอาการแสดงนำก่อนที่จะมีอาการตกเลือดเกิดขึ้น และมารดาที่มีความรุนแรงของภาวะตกเลือดจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยที่มารดาได้รับการประเมินพบภาวะเสี่ยงจาก check list 7 ราย แต่ได้รับการดูแลเหมือนในกรณีที่ไม่มีความเสี่ยง ในขณะที่การประเมินด้วย Maternal warning score เท่ากับ 0 ทุกราย ทั้งที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนั้น การให้คะแนนจากเครื่องมือ check list และ Maternal warning score จึงยังไม่มีความไวพอในการคัดกรองภาวะตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งยังไม่มีแนวทางในการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่เน้นการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในระยะที่ 3 ของการคลอดจนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาอยู่ในห้องคลอด แต่อุบัติการณ์มักเกิดขึ้นได้จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด (Miller et al., 2017) ซึ่งรวมถึงระยะที่ย้ายมาที่แผนกหลังคลอดแล้ว จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่แผนกหลังคลอด เพื่อให้มีเครื่องมือ มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบท อันจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการตายของมารดาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบบมีส่วนร่วม ชนิดที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ตามกรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของฟองคำ (2553) โดยทีมพัฒนาได้แก่ ผู้วิจัย พยาบาลประจำแผนกสูติกรรม และอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง

1. มารดาหลังคลอดปกติ 2-24 ชั่วโมงแรก ที่แผนกสูติกรรม อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ 16 คน
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรมทั้งหมด จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด ชนิดการคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด หลังคลอด และสิทธิการรักษา
2. ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 2) แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอด 3) แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 4) แนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่า CVI 0.96
3. แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือด ระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และข้อความประเมินความพึงพอใจ 8 ข้อ แต่ละข้อแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนเต็ม 40 คะแนน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความยุ่งยากในการนำไปปฏิบัติ, ข้อความเข้าใจได้ง่าย, มีความครอบคลุม, สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง, ช่วยตัดสินใจในการปฏิบัติ, มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน, บริการมีคุณภาพมากขึ้น และความพึงพอใจในภาพรวม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงโครงการวิจัย ให้มีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับ โครงการได้รับอนุมัติการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE622101 และโรงพยาบาลขอนแก่นเลขที่ KEMOU62019

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ใช้กรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของฟองคำ ดิลกสกุลชัย (2553) ให้เจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยอิงเนื้อหาตาม ACOG (ACOG, 2017) และสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศไทย (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2558) ถึงการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน จะช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรง โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาทางการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนบริบท และทำการสืบค้นเวชระเบียนของมารดาหลังคลอดที่ตกเลือดแผนกสูติกรรมจำนวน 10 รายพบว่า เป็นมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่ก่อน 7 รายและไม่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ราย พบว่ามีการตกเลือดที่เจอได้ล่าช้า มารดามีอาการที่รุนแรงแล้ว จึงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ต้องได้เลือด 4 ราย ชูตมดลูก 4 ราย และอีก 2 รายให้เลือดและชูตมดลูก โดยที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ชัดเจน

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์เช่น PubMed, CINAHL, The Cochrane Library และ MEDLINE เป็นต้น ที่ตีพิมพ์ระหว่างปี 2555 ถึงปี 2560 โดยนำกรอบ PICO มาสรุปคำสำคัญที่ใช้สืบค้นได้แก่ Early detection PPH, Recognition PPH, Postpartum hemorrhage, Nursing Intervention, Nursing Protocol ได้งานวิจัยตรงตามเกณฑ์ 10 เรื่อง จำแนกตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Polit and Beck, 2013) มีระดับ 1, 2, 3, 4, 7 จำนวน 5, 1, 2, 1, 1 เรื่อง ตามลำดับได้นำเนื้อหา มาเป็นต้นแบบในการสร้างแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการยกเว้นแนวปฏิบัติฯ นำไปเสนอในที่ประชุมของแผนกสูติกรรม ก่อนให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการวิพากษ์ และเสนอแนะ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อส่งตรวจสอบคุณภาพกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่า CVI 0.96

3. นำแนวปฏิบัติฯ ที่ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ โดยพยาบาลจำนวน 16 คน กับมารดาหลังคลอด 16 คน โดยให้มีการสลับใช้ทุกเวรทั้ง เช้า บ่าย และดึก พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติฯ

4. ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ และปรับปรุงแก้ไข วิเคราะห์ข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติฯ และความพึงพอใจโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 มารดาหลังคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.75 ปี โดยมีอายุ 20-25 ปี, 26-30 ปี และ 36 ปีขึ้นไปร้อยละ 25 เท่ากัน ดัชนีมวลกายก่อนคลอดเฉลี่ย 30.5 กิโลกรัม/ม² โดยน้อยกว่า 30 kg/m² และมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² มีร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 93.8 โดยร้อยละ 62.5 ตั้งครรภ์ 2-3 ครั้ง ตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 25 ส่วนครรภ์แรกร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่ไม่เคยชูตมดลูก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอดร้อยละ 81.3, 81.3 และ 75 ตามลำดับ และใช้สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทองคิดเป็นร้อยละ 75

1.2 พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอด อายุเฉลี่ย 30.56 ปี ส่วนใหญ่อายุ 26-30 ปีร้อยละ 37.5 จบการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลทั้งหมด มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแผนกสูติกรรมเฉลี่ย 7.43 ปี โดยอยู่ในช่วง 1-5 ปีและ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 เท่ากัน

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่น ภายหลังจากดำเนินการได้แนวปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 แนวปฏิบัติย่อย ดังนี้

2.1 แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดฯ ประกอบด้วย ระดับความเสี่ยงต่ำ 10 ข้อ ระดับความเสี่ยงสูง 6 ข้อ และการสุกระดับความเสี่ยงของมารดาตามคำชี้แจง

2.2 แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดฯ ประกอบด้วย 6 ข้อ และคำชี้แจงแนวทางการประเมินแต่ละข้อ

2.3 แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ ประกอบด้วย 10 ข้อ และคำชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติ

2.4 แนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ ประกอบด้วย 9 ข้อ

3. ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

3.1 การใช้แนวปฏิบัติฯ

3.1.1 แนวปฏิบัติการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดฯ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลนำใช้แนวปฏิบัติทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 แต่การประเมินระดับความเสี่ยงทำไม่ครบตามขั้นตอน 2 คน เนื่องจากไม่คำนวณค่าดัชนีมวลกายก่อนการประเมิน

3.1.2 แนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือดหลังคลอดฯ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลนำใช้แนวปฏิบัติทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 แต่มี 3 คนจาก 16 คน ที่บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยไม่บันทึกเวลาวัดสัญญาณชีพ และเวลาการนวดคลึงมดลูก 1 คน และไม่ได้บันทึกเวลาที่ตรวจพบมดลูกนุ่ม 2 คน

3.1.3 แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลนำใช้แนวปฏิบัติทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

3.1.4 แนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดฯ กลุ่มตัวอย่างพยาบาลนำใช้แนวปฏิบัติ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 เนื่องจากมีมารดาที่ตกเลือดหลังคลอด 2 คน

3.2 ผลการใช้แนวปฏิบัติฯ

3.2.1 อาการที่ดักจับได้ก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพบอาการก่อนตกเลือด 15 คนคิดเป็นร้อยละ 93.7 ซึ่งพบอาการมดลูกนุ่มมากที่สุด 10 คนคิดเป็นร้อยละ 62.4 มดลูกนุ่มร่วมกับกระเพาะปัสสาวะเต็ม 4 คนคิดเป็นร้อยละ 25.0 และพบมดลูกนุ่มร่วมกับ REEDA score > 8 1 คนคิดเป็นร้อยละ 6.3 ตามตารางที่ 1

3.2.2 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ดักจับอาการนับตั้งแต่แรกรับจนดักจับอาการได้เท่ากับ 1.72 ชั่วโมง พบว่าระยะเวลาน้อยที่สุดคือ 1 ชั่วโมง และมากที่สุดคือ 6 ชั่วโมง

3.2.3 การตกเลือดหลังคลอด ปริมาณเลือดที่ออกหลังคลอด พบว่ามารดามีเลือดออกเฉลี่ย 202.5 มิลลิลิตร ต่ำสุด 80 มล. สูงสุด 800 มล. โดยพบมารดาตกเลือด (มากกว่า 500 มิลลิลิตร) 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5

3.2.4 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังตกเลือด เป็นมารดาที่ตกเลือดทั้ง 2 รายได้รับการขูดมดลูกร้อยละ 12.5 แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลของการใช้แนวปฏิบัติฯ	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
1. อาการที่ดักจับได้ก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด		
ไม่มี	1	6.3
มี ได้แก่	15	93.7
- มดลูกนุ่ม	(10)	(62.4)
- มดลูกนุ่ม และกระเพาะปัสสาวะเต็ม	(4)	(25)
- มดลูกนุ่ม และ REEDA score > 8	(1)	(6.3)

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน (n=16)	ร้อยละ
2. ระยะเวลาที่ดักจับอาการนับตั้งแต่แรกรับจนถึงจับอาการได้		
ชั่วโมงที่ 1-2	5	31.23
ชั่วโมงที่ 3-4	8	49.97
ชั่วโมงที่ 5-6	2	12.49
Mean=1.43 ชั่วโมง, Min= 1 ชั่วโมง, Max= 6 ชั่วโมง, SD= 2.09 ชั่วโมง		
3. ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทั้งหมด ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (มิลลิลิตร)		
ไม่ตกเลือด ได้แก่	14	87.5
- 100-200 มิลลิลิตร	(12)	(75)
- 300-400 มิลลิลิตร	(2)	(12.5)
ตกเลือด ได้แก่	2	12.5
- 500 มิลลิลิตรขึ้นไป	(2)	(12.5)
Mean= 202.50 มิลลิลิตร, SD= 195.94 มิลลิลิตร, Min= 80 มิลลิลิตร, Max= 800 มิลลิลิตร		
4. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังตกเลือด		
ไม่มี	14	87.5
มี คือ	2	12.5
- ชูดมดลูก	(2)	(12.5)

4. ความพึงพอใจต่อการใช้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล

พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 16 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ในภาพรวมในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.04 โดยพบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจ เห็นด้วยมากที่สุดคือ เนื้อหาที่มีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจนคะแนนเฉลี่ย 4.25 เท่ากัน นำไปปฏิบัติได้จริง และช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้นคะแนนเฉลี่ย 4.12 เท่ากัน มีความเข้าใจง่าย ช่วยในการตัดสินใจ และเกิดความพอใจเฉลี่ย 4.06 เท่ากัน ส่วนเรื่องความยุ่งยากซับซ้อนได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด 3.43 โดยให้ข้อคิดเห็นว่า การลงเวลา ในแบบฟอร์มการบันทึกสัญญาณชีพต้องปฏิบัติซ้ำซ้อนกันในแนวปฏิบัติกับใบบันทึกเวลาหน้าเตียงมารดา

5. การปรับปรุงแนวปฏิบัติ

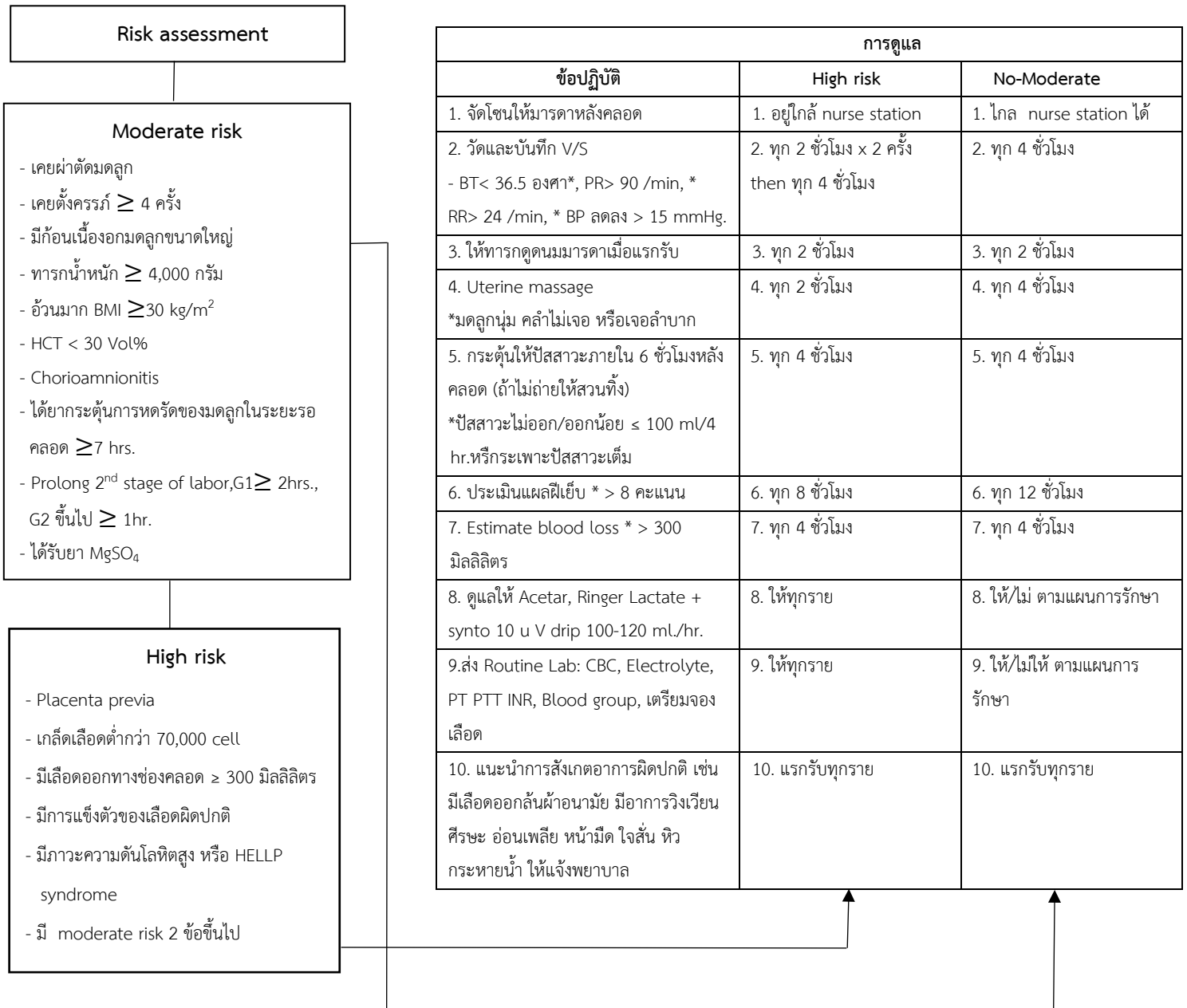
ภายหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลเพื่อปรับปรุงให้สะดวกและสามารถนำมาใช้ได้จริง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

5.1 รวมแนวปฏิบัติการดักจับอาการแสดงนำ กับแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดเข้าด้วยกัน เนื่องจากมีบางข้อที่คล้ายกันเช่น สัญญาณชีพ การวัดระดับยอดมดลูก การประเมินกระเพาะปัสสาวะ การประเมินแผลฝีเย็บ และการวัดปริมาณเลือด

5.2 ปรับแบบฟอร์มการบันทึกสัญญาณชีพ ซึ่งใช้ประเมินที่หน้าเตียง โดยเพิ่มหัวข้อการประเมินให้ครอบคลุมสิ่งที่ประเมินจากแนวปฏิบัติ ได้แก่ ระดับยอตมดลูก การประเมินกระเพาะปัสสาวะ การประเมินแผลฟิเย็บ การวัดปริมาณเลือด และการกระตุ้นนมแม่

5.3 ปรับแนวปฏิบัติทั้ง 4 แนวปฏิบัติให้เป็น Flowchart การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างละเอียด เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานดังรูปที่ 1

Flowchart I : การดักจับอาการแสดงนำ และการป้องกันภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด
แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น



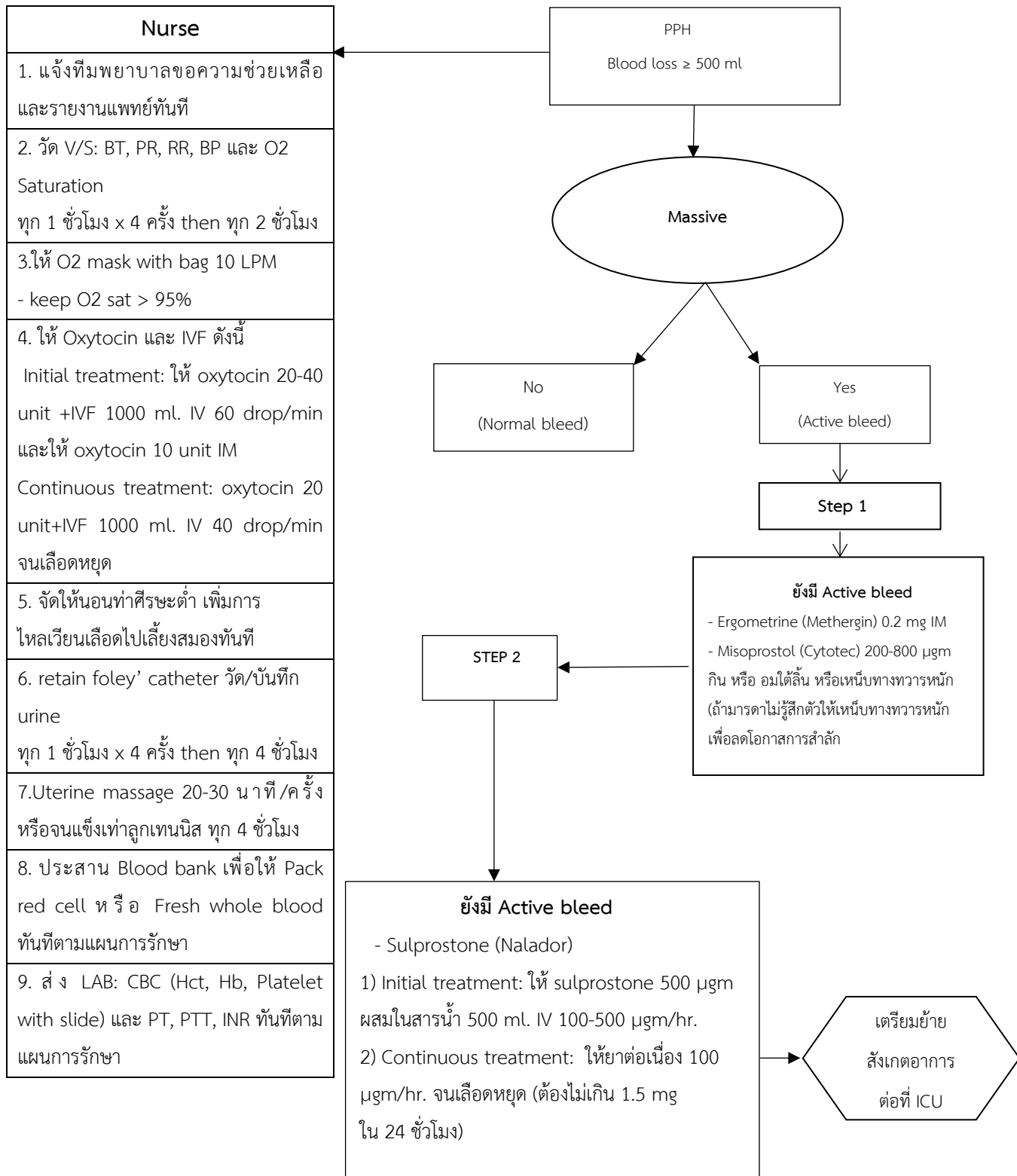
ระบุความเสี่ยง No Moderateข้อ High.....ข้อ

หมายเหตุ: ปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ประเมินความเสี่ยง และระบุความเสี่ยง โดยเขียนไว้ที่ หัวกระดาษ Flowchart
2. ถ้าไม่พบความเสี่ยง หรือ moderate เพียง 1 ข้อให้ปฏิบัติตามช่อง No-Moderate แต่ถ้าพบ high risk หรือ พบ moderate 2 ข้อให้ปฏิบัติตามช่อง High risk

รูปที่ 1 Flowchart การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

Flowchart II : การแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาล



รูปที่ 1 Flowchart การดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของฟองคำ (2553) อิงเนื้อหาตาม ACOG (2017) และสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศไทย โดยให้เจ้าหน้าที่เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การคัดเลือกปัญหา การสืบค้น คัดสรร และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนา และดำเนินงาน ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ช่วยลดความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดลง และสามารถจัดการดูแลที่รวดเร็วเกิดคุณภาพของงานพยาบาลปฏิบัติได้ร้อยละ 100 เนื่องมาจากการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการให้พยาบาลมีส่วนร่วม และการร่วมมือในทุกขั้นตอนนี้ทำให้พยาบาลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา เกิดเป็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ (2556) พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการสร้างแนวปฏิบัติฯ ทำให้พยาบาลมีความรู้เรื่องภาวะตกเลือดเพิ่มมากขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการตกเลือดหลังคลอด

2. ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติฯ ต่อมารดาหลังคลอด จากการศึกษาที่พบว่า การใช้นโยบายปฏิบัติฯ สามารถดักจับอาการก่อนตกเลือดได้ทุกรายที่มีอาการ เช่น มดลูกนุ่ม กระเพาะปัสสาวะเต็ม และคะแนน REEDA มากกว่า 8 อีกทั้งยังพบในเวลาที่ใช้รวดเร็วเฉลี่ย 1.72 ชั่วโมง เร็วที่สุดภายในชั่วโมงแรก และช้าที่สุดที่พบอาการคือ 6 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดในกิจกรรมต่อมาได้เร็ว ซึ่งจะเป็นผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามพบว่ามีการดา 2 ราย (ร้อยละ 12.5) ที่ตกเลือดหลังคลอด 500 และ 800 มิลลิลิตร โดยรายที่ 1 ประเมินพบความเสี่ยงระดับต่ำ และรายที่ 2 พบความเสี่ยงระดับปานกลางตั้งแต่แรกเริ่ม พบว่าดักจับอาการแสดงนำได้ทั้ง 2 รายคือ มดลูกหดตัวไม่ดี มารดาทั้ง 2 ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการรายงานอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์พิจารณายังไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ต่อมาพบว่ามารดาทั้ง 2 ราย ตกเลือดมีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดมารดาได้รับการขูดมดลูกทั้ง 2 รายเนื่องจากมีเศษรกค้างเหมือนกัน แต่ไม่ได้ให้เลือด เนื่องจากมีระดับความเข้มข้นเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 35 vol% และ 34 vol% ตามลำดับ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างอื่น เช่น ตันมดลูก ซ็อก อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยการใช้นโยบายเชิงประจักษ์แบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดระยะ 2- 24 ชั่วโมงในแนวทางเดียวกัน ทำให้สามารถดักจับอาการและให้การพยาบาลได้เร็ว ซึ่งพยาบาลเองมีความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติฯ สอดคล้องกับการศึกษาของณฐนนท์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาล สกลนคร พบว่ามารดาหลังคลอดมีอัตราการตกเลือดลดลงจากร้อยละ 3.3 ในปี 2554 เหลือ 1.2 ในปี 2556 และไม่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากสาเหตุตกเลือดหลังคลอด และการศึกษาของเรณู และคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มมารดาหลังคลอดที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยง และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้นโยบายปฏิบัติฯ และพยาบาลประเมินความเสี่ยงของมารดาได้และให้การดูแลถูกต้องตามระดับความเสี่ยง และไม่เพิ่มภาระงาน

3. ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการเข้าร่วมแนวปฏิบัติฯ พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 4) โดยเห็นว่าเนื้อหามีความครอบคลุม เข้าใจง่าย มีรูปแบบชัดเจน ช่วยในการตัดสินใจให้การพยาบาลได้ สามารถนำไปใช้ได้จริง และทำให้งานมีคุณภาพมากขึ้น แต่ยังมีเรื่องของความยุ่งยากซ้ำซ้อนที่พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.43) ซึ่งภายหลังจากทดลองใช้จึงได้ประชุมปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ง่าย สะดวก เหมาะสม

กับบริบทของหน่วยงาน ตามแผนภาพที่ 1 โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ตั้งแต่การคัดเลือกปัญหา การวิพากษ์ รวมทั้งทดลองใช้ ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุง ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้พยาบาลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ยินยอมให้ความร่วมมือเกิดเป็นผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เกิดเป็นความพึงพอใจสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปทุมมา และคณะ (2560) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงาน พิจารณาแนวทางการปฏิบัติงานที่มีอยู่เพื่อปรับใช้เป็นแนวทางใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน เนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างด้วยตัวเองเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง และเป็นเจ้าของผลงาน ดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้นโดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม คงอยู่เป็นเวลานานสามารถปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดอันตรายแก่ชีวิตผู้รับบริการ

สรุป

งานวิจัยและพัฒนาี้ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น โดยที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของแผนกหลังคลอด มีกิจกรรมการพยาบาลที่ทันสมัย ครอบคลุม มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน จากผลการทดลองใช้ สามารถที่จะใช้ได้จริง ประเมินพบอาการนำก่อนการตกเลือดได้เร็ว และสามารถให้การพยาบาลได้เร็วทั้งการป้องกันและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดการตกเลือดเกิดขึ้นและผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัตินี้มีกิจกรรมที่ครอบคลุม ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยคือ การมีแนวทางการดูแลมารดาที่ชัดเจนครบถ้วนในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่พยาบาลนำไปใช้ได้จริงในบริบทของแผนกสูติกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด ที่ปรับปรุงแล้ว ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน
2. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมารดาหลังคลอด หัวหน้าพยาบาล พยาบาลแผนกสูติกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ให้ความร่วมมือ และเอื้ออำนวยในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. ขอนแก่น: โรงพิมพ์เพ็ญพรินทร์; 2557.
- กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการ กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 [ออนไลน์] 2559 [อ้างเมื่อ 9 กรกฎาคม 2560]. จาก http://psdg.anamai.moph.go.th/download/D_seminar/seminar6_0159/9Strategy.pdf

- กรณีการ ทุ่นศิริ. ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน
เครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;
31(4): 115-120.
- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี. แนวทาง
เวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 19(1): 113-134.
- ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง, จีรพร จักขุจินดา. การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์
ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557;
32(2): 37-46.
- ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อีนยาศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมง
แรกหลังคลอด ในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2560; 33(2):
121-134.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
พีริ-วัน; 2553.
- ภาระงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานข้อมูลตัวชี้วัด. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2559.
- ยุทธพงศ์ วีรวัฒน์ตระกูล. สุนิติศาสตร์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ภาควิชาสุนิติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
- เรณู วัฒนเรืองอรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์, นุชนารถ กระจำง, รุ่งทิพย์ อ่อนสะอาด. ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมิน
ความเสี่ยง และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่
ดี ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560; 13(2): 28-42.
- ลัดดาวลัย ปลอดฤทธิ์, สุชาติา วิภาวาทันต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
ระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้
2559; 3(3): 127-141.
- American college of obstetricians and gynecologists. Clinical management guidelines for obstetricians-
gynecologists number Postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and
Gynecologist 2017; 108(4): 1039-1047.
- Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems
following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;
6(1): 261-272.
- Devendra BN, Seema KB, Kammappa KA. Episiotomy wound haematoma: Recognition, management
and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and
Medical Sciences (IOSR-JDMS) 2015; 14(9): 8-11.
- Michelet D, Ricbourg A, Rossignol M, Schurando P, Barranger E. Emergency hysterectomy for life-
threatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. Gynecologic
obstetric and fertilities 2015; 43(12): 773-779.



- Miller CM, Cohn S, Akdagli S, Carvalho B, Blumenfeld YJ, Butwick AJ. Postpartum hemorrhage following vaginal delivery: risk factors and maternal outcomes. *J Perinatol* 2017; 37(3): 243-248.
- Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, Perel P, Blum J, Winikoff B, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. *Plos one* 2013; 8(3): 1-8.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in nursing & health* 2013; 29(1): 489-497.
- Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: A systematic review. *J ObstetGynaecol* 2010; 115(3): 637-644.
- World Health Organization [WHO], UNICEF. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population [online] 2014 [cited 2019 July 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.