

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี

DEVELOPING A PARTURIENT CARE MODEL FOR POSTPARTUM HEMORRHAGE
PREVENTION AT NONG SUE HOSPITAL IN PATHUM THANI PROVINCE

ศิริพร อินทฤทธิ์¹

Siriporn Indharite¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวโน้มและลักษณะทางคลินิกของผู้คลอด พัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ระยะที่ 2 ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) สถานที่ศึกษา โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอด 145 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 12 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้คลอด เอกสารรูปแบบการดูแลผู้คลอด และ แบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาล ดำเนินการเดือน มกราคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่ อายุ 14-19 ปี ร้อยละ 30.34 ตั้งครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 40.69 มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด ระดับต่ำ ร้อยละ 57.24 มารดาที่ตกเลือดส่วนใหญ่ มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระดับต่ำ และปานกลาง ร้อยละ 50.00 และ 41.67 พยาบาลวิชาชีพ พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอด ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 พึงพอใจมากในเรื่อง ความครอบคลุมของเนื้อหา การปฏิบัติได้จริง มีรูปแบบที่ชัดเจน และช่วยให้งานมีคุณภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.55, 4.23, 4.20 และ 4.20 ตามลำดับ การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ควรกำหนดปัจจัยเสี่ยงสอดคล้องกับบริบทผู้คลอดของโรงพยาบาล พัฒนาการสื่อสารให้เข้าใจ เนื้อหามากขึ้น และปรับปรุงเอกสารให้ใช้งานง่าย

คำสำคัญ: ตกเลือดหลังคลอด รูปแบบการดูแลผู้คลอด ความพึงพอใจ พยาบาล

Abstract

This study aimed to assess trend and clinical characteristics of parturient at Nong Sue Hospital in Pathum Thani province, develop a parturient care model for postpartum hemorrhage prevention, and determine nurse's satisfaction with the postpartum hemorrhage prevention model. The study had two phases, and phase 1 was a retrospective design ; phase 2 was a cross-sectional design. Study population consisted of group 1, 145 parturient and group 2, 12 register nurses working at the labor room. The research instruments were parturient 's individual record, the postpartum hemorrhage prevention model among at Nong Sue Hospital, and nurse's satisfaction with the postpartum hemorrhage prevention model. The study was conducted in January 2022, and the data were analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that 30.34% of parturient aged between 14-19 years old, and 40.69% were primigravida. About 57.24 % had low risk screening of postpartum hemorrhage. It showed that 50.00% of postpartum hemorrhage mother had low risk screening of postpartum hemorrhage, and 41.67% had a moderate risk. The nurse's satisfaction level was good (mean 4.23, SD 0.47). The highest satisfaction levels were followed: coverage of content, practice utilization, concrete guidance in practice, and quality improvement (means 4.55, 4.23, 4.20, and 4.20, respectively). The study suggested that risk factor assessment of postpartum hemorrhage of parturient at Nong Sue Hospital should be consistent with hospital context, and internal communication among practice staff and updated documentation for useful practice should be strengthened.

Keywords: postpartum hemorrhage, parturient care model, satisfaction, nurse

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองเสือ

¹ Nongsue Hospital

ความรู้ทางวิชาการที่ใช้ในการดำเนินการ

การศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ ได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความหมายการตกเลือดหลังคลอด พยาธิสภาพ ชนิดของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวทางป้องกัน การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดหลังคลอดทารก ปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร เมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร เมื่อคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือการเสียเลือดมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา รวมถึงการที่ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด (WHO, 2012) กลไกการหยุดเลือดโดยธรรมชาติประกอบด้วย การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก โดยใยกล้ามเนื้อมดลูกชั้นกลางเรียงประสานกันเป็นเลขแปด และขดล้อมรอบโพรงหลอดเลือด ที่เปิดเข้าสู่ intervillous space ดังนั้นการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง ทำให้โพรงหลอดเลือดถูกรัดให้แคบลง ภายหลังรกคลอด การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้โพรงหลอดเลือดตีบแคบ กลไกนี้เรียกว่า Living ligation รวมถึงกระบวนการเกิด Thrombosis ไปอุดโพรงหลอดเลือด ทำให้เลือดหยุด แต่ในกรณีที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อมดลูก หรือการแข็งตัวของเลือด หรือมีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก จะทำให้กลไกเหล่านี้บกพร่องทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

การจำแนกชนิดของการตกเลือดหลังคลอด(Classification of PPH) สามารถแบ่งได้หลายแบบ ดังนี้ 1) จำแนกตามระยะเวลาเมื่อเทียบกับการคลอด ได้แก่ Early หรือ Primary PPH หมายถึง ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันที จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนLate หรือ Secondary PPH หมายถึง ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นภายหลัง 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 12 สัปดาห์หลังคลอด พบได้น้อย ประมาณร้อยละ 1-3 ของการคลอดทั้งหมด (Murray,S.S.&McKinney,E.S., 2014) 2) จำแนกตามปริมาณเลือดที่สูญเสีย เป็น 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) 3). จำแนกตามสาเหตุของการเสียเลือด สามารถจำแนกสาเหตุของการเสียเลือดที่สำคัญและ พบได้บ่อย ตามสาเหตุ4T ได้แก่ 1) Tone คือมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the genital tract) 3) Tissue คือ การมีเศษรกเนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (American college of Obstetricians and gynecologists, 2017) บางคนแยก 4T + 1 โดย1 สุดท้ายคือ Traction จนเกิดuterine inversion 4) จำแนกตามอาการและแสดงอาการทางคลินิก การใช้อาการ และอาการแสดงทางคลินิกร่วมในการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดมีประโยชน์ ช่วยให้สามารถวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของร่างกายแปรผันกับปริมาณเลือดที่เสียไปโดยตรง

สาเหตุการตกเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ การหดตัวของมดลูก (Tone) พบมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูกและ ฝีเย็บ(Trauma) พบได้ถึง ร้อยละ 20 รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) พบได้ร้อยละ10 และ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบได้ประมาณ ร้อยละ1 (Su, C.W. 2012 ; Lim, P.S., 2012)

อาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด

ขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะมีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นกว่าปกติร้อยละ 30-60 หรือประมาณ 1-2 ลิตร เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเสียเลือดขณะคลอดและหลังคลอด ถ้าเสียเลือดปริมาณไม่มาก ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งอาการทางคลินิกของการเสียเลือดจะมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่สูญเสียไป ระยะเวลาของการสูญเสียเลือด ภาวะสุขภาพ และโรคประจำตัวของผู้คลอด เช่น บางรายอาจมีโลหิตจางอยู่ก่อนแล้ว ถ้ามีการเสียเลือดในปริมาณมาก ก็เพิ่มความรุนแรงของอาการได้ เป็นต้น โดยเลือดที่ออกมานี้อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอด หรือค้างอยู่ในช่องทางคลอด ในรายที่มีเลือดออกมาให้เห็นอาจมีลักษณะ ไหลพุ่งหรือไหลซึม ส่วนเลือดที่ขังอยู่ในโพรงมดลูกหรือช่องคลอดมักจะไม่ไหลออกมาให้เห็น เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งและกดไล่ก็จะมีเลือดไหลออกมา หรืออาจคลำพบมดลูกอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติ เนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายใน ในรายที่รุนแรงมาก มดลูกจะอ่อนปวกเปียก หากมีการเสียเลือดมาก มักมีอาการและอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ อาการซีด กระสับกระส่าย กระจายน้ำ เพราะปริมาณเลือดไหลเวียนลดลง ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาวสั่น เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงมีเลือดออกมากต่อไปอาจทำให้ช็อก หมดสติ หรือเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก อาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด มีดังนี้

1. การซักประวัติ ควรครอบคลุมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดทั้งในปัจจุบันและในอดีต เช่น โลหิตจาง โรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของกลไกการแข็งตัวของเลือด ภาวะความดันโลหิตสูง ประวัติเกี่ยวกับการมีเลือดออกทางช่องคลอด หาสเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด ได้แก่ อายุครรภ์ อาการระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ประวัติมีเลือดออกทางช่องคลอด ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ประวัติแท้ง การขูดมดลูก การล้วงรกในครรภ์ก่อน ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติคลอดยาก ประวัติผ่าตัดคลอด เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง

2. ตรวจร่างกายทั่วไปโดยพยาบาล ควรสังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ดังนี้ สัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ชีพจรเบาและเร็ว หายใจหอบและ ความดันโลหิตต่ำ ตรวจอาการและอาการแสดงของการตกเลือด ได้แก่ ซีด มือเท้าเย็นขึ้น เหงื่อออก ใจสั่น กระสับกระส่าย เป็นต้น ถ้ามีอาการช็อก โดยเลือดที่ออกทางช่องคลอดไม่มาก และไม่ได้สัดส่วนกับปริมาณเลือดที่เสียไป แสดงว่าอาจมีเลือดออกในช่องท้อง ควรนึกถึงภาวะมดลูกแตก

3. การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดที่ไม่แม่นยำ อาจทำให้การวินิจฉัยการตกเลือดล่าช้า จึงมีการใช้ถุงตวงเลือด เป็นเครื่องมือในการวัดปริมาณเลือด ทำให้ประมาณการสูญเสียเลือดได้อย่างแม่นยำ ช่วยวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้รวดเร็วขึ้น สามารถให้การช่วยเหลือมารดาได้อย่างทันท่วงที ช่วยลดอุบัติการณ์เสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดา

แนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (WHO, 2012) เนื่องจากเป็นที่ยอมรับแล้วว่า Active management of 3rd stage of labor (AMTSL) เป็นกระบวนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ดีที่สุด เนื่องจากมีหลักฐานยืนยันว่าสามารถลดปริมาณเลือดที่เสียไปจากการคลอด และลดอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากถึง ร้อยละ 60 โดยปฏิบัติตามลำดับดังนี้

1. บริหารยา uterotonic drugs เป็นขั้นตอนแรก (strong recommendation) แนะนำให้บริหารยาเมื่อคลอดไหล่หน้าของทารก หรือเมื่อคลอดครบแล้วก็ได้ สำหรับยาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Oxytocin, methylergometrine (Methergin®), sulprostone (Nalador®), misoprostol (Cytotec®) และ tranexamic acid (TXA)

2. Controlled cord traction แนะนำให้ทำ controlled cord Traction ในการคลอดทางช่องคลอด โดยผู้ที่ผ่านการอบรมมาเป็นอย่างดี (strong recommendation) ทำ late cord clamping (1-3 นาทีหลังคลอด)ทุกราย พร้อมกับการดูแลทารกแรกคลอดตามปกติ (strong recommendation) เว้นแต่ทารกมี asphyxia และต้อง resuscitate ทันที

3. Uterine massage after delivery of placenta, as appropriate โดยนวดคลึงมดลูก จนมดลูกมีการหดตัวดี ตรวจสอบการหดตัวของ มดลูกทุกๆ 15 นาที และทำการนวดคลึงมดลูกซ้ำในกรณี ตรวจพบการหดตัวที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แนะนำให้ปฏิบัติดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์, 2563)

1. ขอความช่วยเหลือจากสูติแพทย์ผู้มีความชำนาญ วิกฤติแพทย์
2. ประเมินทางเดินหายใจ การหายใจและระบบการไหลเวียนของโลหิต
3. ให้ออกซิเจนทาง face mask 10-15 ลิตรต่อนาที
4. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
5. ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะ
6. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น โดยใช้เข็มเบอร์ใหญ่ เช่น เบอร์ 16-18
7. ส่งเลือดเพื่อตรวจ complete blood count, coagulogram, fibrinogen, urea, electrolytes, liver function test และ crossmatch PRC และส่วนประกอบอื่นของเลือด
8. ระหว่างที่รอเลือด ให้สารน้ำ warmed crystalloid เข้าหลอดเลือดดำ 2-3 ลิตร ในอัตราเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
9. ให้เลือดและ/หรือส่วนประกอบอื่นๆ ของเลือด ตามข้อบ่งชี้
10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกว่าจะคงที่

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด มีหลักสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ หยุดเลือดที่ออก และให้เลือดทดแทนให้เพียงพอ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดสรุปได้ ดังนี้

1. หาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด เริ่มจากตรวจการหดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอด ตรวจรูกว่าคลอดครบหรือไม่ ดูปัจจัยการแข็งตัวของเลือด

2. ให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองอื่นๆ ได้แก่ ให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวด้วยการใช้ยา ได้แก่ oxytocin, methylergometrine (Methergin®), sulprostone (Nalador®), misoprostol (Cytotec®), tranexamic acid (TXA) นอกจากนี้ ยังมีการรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัวที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ นวดคลึงมดลูก, การกดมดลูก (Bimanual uterine compression), Intrauterine balloon /condom tamponade, Uterine artery embolization ในสถานบริการที่สามารถทำได้

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดระยะหลังคลอด

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลสูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือด ในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอผู้ป่วยหลังคลอดจนกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลเพื่อป้องกันตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony) ในระยะ 24 ชั่วโมง แรก และตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด โดยประเมินสภาพมารดาหลังคลอด เพื่อค้นหาข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด จัดการความเสี่ยง และให้การดูแลแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างถูกต้อง

2. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อค้นหาปัญหา ที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยใช้ทักษะการประเมินสภาพมารดาหลังคลอด ในระยะแรกได้รับประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) การหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ระดับยอดมดลูก (Fundal height) อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการปัสสาวะ (Urine void) เมื่อได้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆแล้ว นำมาจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การกำหนดแนวทางการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยง สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในทีมสหสาขา (กรรณิการ์ พุ่นศิริ, 2556; ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิ่น อินยาศรี, 2560) พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติ (ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, 2564). และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน นำไปสู่การปฏิบัติจริง(เรณู วัฒนเรืองอรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์, นุชนารถ กระจำง, รุ่งทิพย์ อ่อนสะอาด, 2560) ส่งผลลัพท์ให้อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดลดลง (ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพงศ์พรรณ พาดกลาง,จิรพร จักขุจินดา, 2557) และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ (นภวรรณ มณีจันทร์, 2560)

สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

1) หลักการและเหตุผล

การเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก (WHO,2014) อัตราการเสียชีวิตแต่ละประเทศ แตกต่างกันตามความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้รับบริการ สำหรับประเทศไทย ปีงบประมาณ 2562-2564 พบอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 19.98, 23.10 และ 41.20 ต่อแสนการเกิดมีชีวิตตามลำดับ ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมาย ที่กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559). สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตมารดาไทย ส่วนใหญ่ ยังคงเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี 2562 ประเทศไทยรายงานมารดาเสียชีวิต จากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 21.62 ส่วนใหญ่การตกเลือดหลังคลอด มักเกิดขึ้นทันทีภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2557) แบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Health, 2012) ผลกระทบของภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อค บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากกว่าปกติ เช่น ชูดมดลูก ตัดมดลูก เป็นต้น (Devendra BN Seema KB. Kammappa KA, 2015) หากการเสียเลือดยังดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที มารดาจะเกิดภาวะช็อค การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้เกิดไตวาย หัวใจล้มเหลว เลือดไม่แข็งตัว ซิเอนซินโดรม และรุนแรง ถึงขั้นเสียชีวิตในที่สุด (Michelet D, Ricbourg A, Rossignol M, Schurando P, Barranger. E, 2015)

โรงพยาบาลหนองเสือ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกห้องคลอดจำนวน 5 คน โรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีสูติแพทย์ ไม่มีกุมารแพทย์ มีพยาบาลงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ร่วมเป็นทีมดูแลผู้คลอด สามารถให้บริการทำคลอดปกติ โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกทักษะดูแลการคลอดจากโรงพยาบาลปทุมธานี มีผู้รับบริการคลอดเฉลี่ย 102 รายต่อปี กรณีผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงสูง มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ หรือในระยะคลอด จะได้รับการประสานและส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี จากสถิติการคลอดโรงพยาบาลหนองเสือ ปีงบประมาณ 2560-2564 พบมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 5.22, 4.85, 4.65, 6.25 และ 7.35 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนดไว้ ไม่เกินร้อยละ 5.0 จากปัญหาอัตราการตกเลือดหลังคลอดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และการตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้มารดาเสียชีวิต ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้คลอดที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน เพื่อแก้ไขและลดอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด อัตราเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด จึงได้ทบทวนวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้คลอดตามระดับความเสี่ยงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในทีมสหสาขา พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริง ส่งผลดีทำให้อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดลดลง และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ นอกจากนั้นยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถศึกษารายละเอียด นำไปใช้ดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอดและใช้ประกอบการตัดสินใจ ช่วยเหลือมารดาได้อย่างรวดเร็ว ลดความรุนแรงจากการเสียเลือด ส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และยกระดับคุณภาพทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น

2)วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มผู้คลอด โรงพยาบาลหนองเสือ
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้คลอด โรงพยาบาลหนองเสือ จำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
- 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางและระดับสูง
- 4) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระดับปานกลางและระดับสูง

3) เป้าหมาย

- 3.1. พัฒนามาตรฐานการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
- 3.2. เพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ

4) สรุปสาระสำคัญ

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) เพื่อศึกษาแนวโน้มผู้คลอดและลักษณะทางคลินิกของผู้คลอด จำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ระยะที่2 เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางและระดับสูง และศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่กำหนดขึ้น

กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้คลอดที่มารับบริการ ในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ ในปีงบประมาณ 2563-2564 จำนวน 145 คน และ พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนที่ 2 ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด รวบรวมข้อมูลจากแบบซักประวัติและตรวจร่างกายผู้คลอด ในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วนที่3 ข้อมูลคลอดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด เก็บรวบรวมจากโปรแกรมHOSxP และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) รูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เป็นแนวทางการดูแลผู้คลอดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการดูแลผู้คลอด ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลางและระดับสูง ในทุกระยะของการคลอด และผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาในเอกสารอธิบายรูปแบบการดูแลผู้คลอด 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริการดูแลผู้คลอด โรงพยาบาลหนองเสือ ต่อรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในทุกระยะของการคลอด คำถามจำนวน 35 ข้อ สอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับ เนื้อหาเข้าใจง่าย, สามารถช่วยในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล มีรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่ชัดเจน มีคุณภาพในการทำงานมากขึ้น และนำไปปฏิบัติได้จริง คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และ พึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนรวม อยู่ระหว่าง

35-175 คะแนน และ แบ่งระดับความพึงพอใจ โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับได้แก่ ระดับดีมาก (4.51-5.00) ระดับดี (3.51-4.50) ระดับปานกลาง (2.51-3.50) ระดับน้อย (1.51-2.50) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นจำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version14.2

ผลการศึกษา

1. ผู้คลอดส่วนใหญ่มีอายุ 14-19 และ 20-24 ปี ร้อยละ 30.35 และ 23.45 ตามลำดับ มีสัญชาติ ไทย, ลาว และกัมพูชา ร้อยละ 84.82, 7.59 และ 7.59 ตามลำดับ ดัชนีมวลกาย 18.5-29.9 (ปกติ), ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (อ้วน) และ น้อยกว่า 18.5 (ผอม) ร้อยละ 82.76, 16.55 และ 0.69 ตามลำดับ ตั้งครรภ์ที่ 1 และตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 40.69 และ 18.62 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 98.62 มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 57.24, 32.41 และ 10.35 ตามลำดับ มีผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดระดับสูง จำนวน 15 ราย เกิดจากมีความเสี่ยงระดับปานกลางตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป และปัจจัยเสี่ยงปานกลางที่พบร่วมกันในการศึกษาค้างนี้ คือ ตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ภาวะอ้วน ความดันโลหิตสูง ความเข้มข้นเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 คิดเป็น ร้อยละ 73.33, 53.33, 33.33, และ 13.33 ตามลำดับ และปัจจัยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม รกค้าง และมีประวัติผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เท่ากัน ร้อยละ 6.67 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (n = 145)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
14-19	44	30.35
20-24	34	23.45
25-29	25	17.24
30-34	21	14.48
35-39	16	11.03
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5	1	0.69
18.5 – 22.9	27	18.62
23.0 – 24.9	32	22.07
25.0 – 29.9	61	42.07
ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป	24	16.55

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (n = 145) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
1	59	40.69
2	36	24.83
3	23	15.86
ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป	27	18.62
ประวัติการตกเลือดหลังคลอด		
มี	2	1.38
ไม่มี	143	98.62
ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด		
ต่ำ	83	57.24
ปานกลาง	47	32.41
สูง	15	10.35

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด พบว่า มารดาส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการคลอด อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในทุกระยะของการคลอด มีระยะเวลาคลอดรวมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง (คลอดเร็ว) และเจ็บครรภ์ระยะที่ 1 ระยะที่ 2 หรือระยะที่ 3 นานกว่าปกติ คิดเป็น ร้อยละ 80.69, 13.10 และ 6.21 มารดาร้อยละ 100 คลอดทางทวารช่องคลอด น้ำหนักทารก 2,500-2,999 กรัม และ 3,000-3,499 กรัม คิดเป็นร้อยละ 45.52 และ 36.55 มารดาร้อยละ 71.03 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ช่องทางคลอดฉีกขาด และ รกค้าง ร้อยละ 19.31, 7.59 และ 2.07 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้คลอด จำแนกตามข้อมูลระยะคลอด (n = 145)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการคลอด		
อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกระยะ	117	80.69
ทุกระยะรวมน้อยกว่า 3 ชั่วโมง	19	13.10
ระยะที่ 1 นานกว่าปกติ	2	1.38
ระยะที่ 2 นานกว่าปกติ	6	4.14
ระยะที่ 3 นานกว่าปกติ	1	0.69

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้คลอด จำแนกตามข้อมูลระยะคลอด (n = 145) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักทารกแรกเกิด		
< 2500	13	8.96
2,500-2,999	66	45.52
3,000-3,499	53	36.55
3,500-3,999	12	8.28
4,000 กรัมขึ้นไป	1	0.69
ภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด		
ไม่มี	103	71.03
มีภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี	28	19.31
มีภาวะรกค้าง	3	2.07
มีภาวะช่องทางคลอดฉีกขาด	11	7.59

3. มีมารดาตกเลือดหลังคลอด จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เกิดในมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ระดับต่ำ และ ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และ 41.67 ดังตารางที่ 3 หากจำแนกมารดาตกเลือดหลังคลอดตามระดับความเสี่ยง เป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 7.23, 10.64 และ 6.67 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	6	50.00
ปานกลาง	5	41.67
สูง	1	8.33
รวม	12	100.00

4. มีมารดาตกเลือดหลังคลอดระดับรุนแรง จำนวน 2 คน พบในมารดาที่มีความเสี่ยงระดับต่ำ จำนวน 1 คน และระดับสูง จำนวน 1 คน ส่วนมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระดับเล็กน้อย พบในมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับต่ำ จำนวน 5 คน และระดับปานกลาง จำนวน 5 คน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามระดับความรุนแรงของการตกเลือดและระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด	ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
เล็กน้อย	5	5	0
รุนแรง	1	0	1
รวม	6	5	1

5. พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดส่วนใหญ่ อายุ 41-45 ปี และ 46-53 ปี กลุ่มละ 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานสูติกรรม 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.67 และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมทางสูติกรรมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 58.33 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอด จำแนกตามช่วงอายุ (n=12)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
23-25	3	25.00
26-30	1	8.34
41-45	4	33.33
46-53	4	33.33
ได้รับการอบรมทางสูติกรรม		
ได้รับ	5	41.67
ไม่ได้รับ	7	58.33

6. พยาบาลส่วนใหญ่มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในภาพรวมเพียงร้อยละ 60.42 พบมีการประเมินในระยะคลอดมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ส่วนระยะแรกเริ่ม, ระยะรอคลอด และระยะหลังคลอด มีการประเมินเพียงร้อยละ 58.33 มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในระยะแรกเริ่มและระยะคลอด ร้อยละ 87.50 และ 84.26 ส่วนในระยะรอคลอด และหลังคลอด มีการปฏิบัติเท่ากัน ร้อยละ 62.50 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละพยาบาล จำแนกตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ตัวแปร	ร้อยละ
การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด	
การประเมินภาวะเสี่ยงระยะแรกรับ	58.33
การประเมินภาวะเสี่ยงระยะรอคลอด	58.33
การประเมินภาวะเสี่ยงระยะคลอด	66.67
การประเมินภาวะเสี่ยงระยะหลังคลอด	58.33
การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดโดยรวม	60.42
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือด	
การดูแลระยะแรกรับ	87.50
การดูแลระยะรอคลอด	62.50
การดูแลระยะคลอด	84.26
การดูแลระยะหลังคลอด	62.50

7. ความพึงพอใจของพยาบาล ภายหลังจากนำรูปแบบการดูแล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ไปใช้ดูแลผู้คลอด พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอดในภาพรวม ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 พิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจ ในเรื่อง ความครอบคลุมของเนื้อหา สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้มีรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่ชัดเจน และช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น คะแนนเฉลี่ย 4.55, 4.23, 4.20 และ 4.20 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือด

หลังคลอด			
ความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความครอบคลุมของเนื้อหา	4.55	0.50	ดีมาก
เนื้อหาเข้าใจง่าย	4.17	0.46	ดี
ช่วยในการตัดสินใจ	4.13	0.54	ดี
ความยุ่งยาก ซับซ้อน	1.88	0.32	น้อย
ทำให้มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน	4.20	0.44	ดี
ช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น	4.20	0.40	ดี
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4.23	0.46	ดี
ความพึงพอใจรวม	4.23	0.47	ดี

สรุปผลการศึกษา

1. การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective data) ครั้งนี้ พบข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดของผู้คลอด ดังนี้ ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นไป (อ้วน) ร้อยละ 16.55 ตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ร้อยละ 18.62 มารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลาง ร้อยละ 32.41 มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด ร้อยละ 28.97 ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ช่องทางคลอดผิดปกติ และรกค้าง ร้อยละ 19.31, 7.59 และ 2.07 ตามลำดับ มีมารดาตกเลือดหลังคลอด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.28 เมื่อจำแนกตามความรุนแรง พบมีการตกเลือดระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย เกิดในมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับสูง ได้แก่ ตั้งครรภ์ที่ 5 ร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 ราย และระดับต่ำ พบปัจจัยเสี่ยง มารดาอายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 1 ราย ส่วนมารดาตกเลือดหลังคลอด ระดับเล็กน้อย พบในมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ระดับต่ำ จำนวน 5 ราย ในจำนวนดังกล่าว มีมารดาได้รับการหัตถ์ตัวของมดลูก เพื่อรักษาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 1 ราย มารดาหลังคลอดบุตร 1 ปี 3 เดือน จำนวน 1 ราย ส่วนระดับปานกลาง จำนวน 5 ราย พบปัจจัยเสี่ยง ตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป จำนวน 1 ราย ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 จำนวน 1 ราย รกค้าง จำนวน 3 ราย จากปัจจัยเสี่ยงที่พบในการศึกษานี้ จึงควรกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงและระดับความเสี่ยงที่เหมาะสมกับผู้คลอดของโรงพยาบาล เพื่อการประเมินที่ถูกต้อง ครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด

2. เมื่อคิดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จำแนกตามระดับความเสี่ยงระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง พบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใกล้เคียงกัน ร้อยละ 7.23, 10.64 และ 6.67 ตามลำดับ สอดคล้องการวิจัยของ ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ, รุณรารณณ์ แก้วบุญเรือง (2561) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน พบว่าแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ได้รับการรักษาทันเวลา ก่อนเกิดความรุนแรง จึงควรใช้เป็นงานประจำทุกราย แม้ว่าจะไม่มีปัจจัยเสี่ยงก็ตาม

3. จากข้อมูลประสบการณ์ การปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่าที่ผ่านมา มีประสบการณ์ในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ภาพรวม เพียงร้อยละ 60.42 สอดคล้องกับการวิจัยของ ฉวีวรรณ ตี๋ยง (2560) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการรายงานแพทย์ และแก้ไขช่วยเหลือเบื้องต้นในภาวะตกเลือดหลังคลอด ปฏิบัติได้ ร้อยละ 77.2 การวิจัยของ ญฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพางค์พรรณ พาดกลาง, จุรีพร จักขุจินดา (2557) ศึกษาพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจนและมีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และอัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากร้อยละ 3.3 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 1.2 ในปี 2556 การวิจัยของกรณิการ์ พุ่นศิริ (2556), พิกุล บัณฑิตพานิชชา, นงลักษณ์ พลแสน และ สุภาวดี เหลืองขวัญ (2560) ศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในทีมสหสาขาของโรงพยาบาลและในภาคีเครือข่ายงานวิจัยของทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560) ศึกษาการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน พบว่า พยาบาลควรนำความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาล หรือสร้างแนวปฏิบัติ

การพยาบาลมารดา ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ มาตรฐานที่ดี ช่วยลดความรุนแรงหรืออันตรายต่อชีวิต

4. ในระยะการนำรูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ไปใช้ดูแลผู้คลอด ทำให้มีการประเมินซ้ำ เฝ้าระวัง และปฏิบัติตามแผนการดูแลที่กำหนด ทำให้มารดาที่มีปัญหาหมดลูกหดรัศตัวไม่ดี หรือมารดาที่ได้รับการประเมินพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จากปัจจัยมดลูกหดรัศตัวไม่ดี ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ ไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอด ในช่วงเวลาดังกล่าว สอดคล้องการวิจัยของ ศิริวรรณ วิเลิศ และ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2559) ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตกเลือดหลังคลอด มารดาคลอดทางช่องคลอด ในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า การใช้แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ที่เป็นมาตรฐานจากทีม สูติ-นรีเวชกรรม ทำให้มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพียงเล็กน้อย การวิจัยของ ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาติา วิภวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก (2559) ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรก ในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดลดลง ไม่พบการเกิดภาวะช็อก จากการตกเลือดหลังคลอด การวิจัยของ นภวรรณ มณีจันทร์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรี ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีสัดส่วนความรุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก น้อยกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอด ในภาพรวม อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47 พึงพอใจระดับดีมาก ในเรื่องความครอบคลุมของเนื้อหา รองลงมาคือ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น คะแนนเฉลี่ย 4.55, 4.23, 4.20 และ 4.20 ตามลำดับ สอดคล้องกับ การวิจัยของปทุมมา กังวานตระกูล และ อ้อยอิน อินยาศรี (2560) ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ทุกระยะ และมีความเห็น 3 ลำดับแรก คือ สามารถนำไปใช้ได้จริง เป็นประโยชน์ในทางการพยาบาล และมีความพึงพอใจ คะแนน 4.73, 4.59, และ 4.50 ตามลำดับ การวิจัยของฉวีวรรณ ดิยิ๊ง (2560) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประมาณการสูญเสียเลือดจากการคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาพรวมร้อยละ 88.8 การวิจัยของ ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์ และ สมพร วัฒนกุลเกียรติ (2564) ศึกษาพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติมาก คะแนนเฉลี่ย 4.04 และ เห็นด้วยมากที่สุด ในเรื่อง เนื้อหา มีความครอบคลุม และ มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 4.25 เท่ากัน แต่ความยุ่งยากซับซ้อน ได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด 3.43 ทำให้พยาบาลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน ซึ่งจะนำไปสู่ การปฏิบัติจริง

6. ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ การประเมินผลการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ภายหลังการพัฒนาแบบดังกล่าว ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากการศึกษาไม่ได้ครอบคลุมการติดตามผู้คลอดในระยะยาว

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) เลือกหัวข้อปัญหาการวิจัย
- 2) ศึกษาค้นคว้า รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3) กำหนดขอบเขตของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย
- 4) นำแนวคิดและทฤษฎีมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย
- 5) สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล
- 6) เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล
- 7) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ
- 8) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาบทสรุปของงานวิจัย
- 9) สรุปผลและอภิปรายผล
- 10) เรียบเรียง จัดทำรูปเล่มรายงานการศึกษาวิจัย
- 11) เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัย

ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 31 มกราคม 2565

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1) เชิงปริมาณ มีรูปแบบการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดและเป็นเกณฑ์ปรึกษาแพทย์ในทุกระยะของการคลอด

2) เชิงคุณภาพ

2.1) ทำให้ทราบลักษณะผู้รับบริการ และ ลักษณะทางคลินิกของมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะมีประโยชน์ในการนำไปวางแผนกำหนดปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ที่มีความครอบคลุมและเฉพาะเจาะจงตามบริบทผู้คลอดโรงพยาบาลหนองเสือมากขึ้น

2.2) การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ขั้นตอนการคัดเลือกปัญหา การสืบค้นข้อมูลจากเอกสารวิชาการ, หลักฐานการวิจัย เพื่อนำมากำหนดเป็นรูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ และการดูแลแบบต้นตอ มีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดมาตรฐานในการดูแลผู้คลอด ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

2.3) พยาบาลมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่กำหนดขึ้น คณะแผนภาพรวมอยู่ในระดับดี พยาบาลเห็นว่า เนื้อหามีความครอบคลุมดีมาก นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้มีรูปแบบการดูแลผู้คลอดที่ชัดเจน และช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น จากการศึกษาดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดมากขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจในการขอคำปรึกษา การรายงานแพทย์ เนื่องจากแนวทางการดูแลที่มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2.4) เป็นข้อมูลนำไปกำหนดแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อจัดกิจกรรมประชุม, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวทางปฏิบัติงาน เกิดความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติตามการดูแลผู้คลอดได้ตามแผนอย่างถูกต้อง เหมาะสม

2.5) ส่งเสริมทัศนคติ และการเรียนรู้ ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย, การมุ่งผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน และความร่วมมือร่วมใจ ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญของผู้ปฏิบัติงาน

การนำไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้คลอด เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้คลอด ในทุกระยะของการคลอด
2. ใช้เป็นเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ การขอคำปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยทางสูติกรรม ทำให้เกิดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และความเข้าใจอันดีระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
3. เป็นข้อมูลในการกำหนดเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงและการจัดระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดที่มีความเหมาะสม ครอบคลุมตามลักษณะผู้คลอดของโรงพยาบาลหนองเสือ
4. เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อตอบสนองเป้าหมายคุณภาพของโรงพยาบาล ในการลดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร งานชันสูตรและธนาคารเลือด ตลอดจนการสนับสนุนจากทีมบริหาร ในการจัดการเครื่องมือ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ เลือด และการประสานความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกองค์กร สามารถนำไปเป็นตัวอย่างการบริหารจัดการความร่วมมือและการมุ่งผลสัมฤทธิ์ในงาน
5. กำหนดแผนพัฒนาบุคลากร ปฏิบัติงานบริการที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการประชุมสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้ทีมมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเพียงพอในการตัดสินใจให้การดูแลผู้คลอดอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเตรียมพร้อมช่วยเหลือมารดาภาวะวิกฤติเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

1. การสร้างเจตคติให้เจ้าหน้าที่ทีมช่วยคลอด และสหสาขาวิชาชีพ เห็นปัญหาตกเลือดหลังคลอด เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล และสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษา
2. ขั้นตอนจัดทำรูปแบบการดูแล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จำเป็นต้องมีการศึกษาเอกสารวิชาการหลากหลายรูปแบบ ประชุมปรึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบ และขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้รูปแบบที่กำหนดขึ้น มีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง
3. การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในช่วงเวลาสั้น จึงไม่สามารถประเมินผลการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ภายหลังการพัฒนารูปแบบดังกล่าวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดปัจจัยเสี่ยงและระดับความรุนแรง ต่อการตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ร่วมกับหลักฐานวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุมารดามากกว่า 40 ปี มารดาหลังคลอดบุตรน้อยกว่า 2 ปี มารดาได้รับยาาระงับการหดตัวของมดลูก เป็นต้น เพื่อให้ได้เกณฑ์ประเมินที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้คลอดของโรงพยาบาล
2. พยาบาลส่วนใหญ่ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ระยะแรกรับในห้องคลอด และ ระยะคลอด แต่มีการปฏิบัติระดับน้อย ในระยะรอคลอด และระยะหลังคลอด เนื่องจากมีความคิดเห็นว่า ทั้งสองระยะนี้ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เร่งด่วน จึงให้ความสนใจในการร่วมปฏิบัติงานน้อย แต่รูปแบบการดูแลผู้คลอดที่จัดทำขึ้น ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจ ขั้นตอนปฏิบัติงานที่ชัดเจนมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการดูแลผู้คลอด ระดับดี และเพื่อให้รูปแบบการดูแลผู้คลอดสามารถใช้งานได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพบริการ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1) พัฒนารูปแบบและช่องทางสื่อสาร เช่น จัดประชุมในระยะแรกทุก 1 เดือน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยให้เข้าใจเนื้อหา มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถให้การดูแลผู้คลอดได้เหมาะสมมากขึ้น

2.2) ปรับปรุงรูปแบบเอกสาร การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และแผนการดูแลผู้คลอดให้สามารถใช้งานได้ง่าย

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ภายหลังจากใช้รูปแบบการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

4. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดที่พัฒนาขึ้น กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ พุ่มศิริ. (2556). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4):115-120.
- กรมการแพทย์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. มปท.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 [ออนไลน์] สืบค้นจาก http://psdg.anamaimoph.go.th/download/D_semina6_0159/9Strategy.pdf เข้าถึงเมื่อ 30 ธันวาคม 2564
- กระทรวงสาธารณสุข. Healthkpi.2564. [ออนไลน์] สืบค้นจาก http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2564. เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2564
- ฉวีวรรณ ดียิ่ง (2560) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพัฒนาและวัดผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินการสูญเสียเลือด ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2564. จาก <https://www.kkh.go.th/wpcontent/uploads/2019/06/5.ฉวีวรรณ-CNPGประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอด-P-สาขา6.pdf>.
- .ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และ จีรพร จักขุจินดา.(2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2):37-46.
- นฏกร อิตุพร และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอด:การทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์ห่อภิมาณ. เชียงรายเวชสาร, 10(1):149-160.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด : บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2):146-157.
- นภวรรณ มณีจันทร์. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารวิชาการแพทย์เขต11, 31(1):143-155.
- ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. (2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ2ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 33(2):121-134.
- พิกุล บัณฑิตพานิชชา. นงลักษณ์ พลแสน.และ สุภาวดี เหลืองขวัญ. (2560) การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 32(2):131-144.

- เรณู วัฒนเรืองอรุณ, วันชัย จันทราพิทักษ์. นุชนารถ กระจำงและ รุ่งทิพย์ อ่อนสะอ. (2560). ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 13(2):28-42.
- ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, สุชาตา วิภวกันต์ และ อารี กิ่งเล็ก (2559) ศึกษาการพัฒนา แนวปฏิบัติ การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3):127-141
- ศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์, สมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่22 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ วิเลิศ และ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2559). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การตกเลือดหลังคลอดในมารดาคลอดทางช่องคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมสามัญ โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี.วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 9(2):173-186.
- ศิริโสภา คำเครือ, ทศนีย์ ศรีสุวรรณ และรณรารวรรณ แก้วบุญเรือง (2561).การพัฒนาแนวปฏิบัติ การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลลำพูน. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 8(1):46-57.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557). การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 37(2):156-162.
- หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ. สถิติการคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลหนองเสือ 2560-2564. มปท.
- American college of obstetricians and gynecologists. (2017). Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists number Postpartum hemorrhage American College of Obstetricians and gynecologists, 108(4):1039-1047.
- Briley, A., et al.. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and progression to severe PPH: prospective observational study. An international Journal of Obstetrics and Gynecology. 121(7): 876-888.
- Devendra, B.N., Seema, K.B., Kammappa, K.A. (2015). Episiotomy wound hematoma : Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS), 14 (9) : 8-11.
- Enerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A, Sullivan, A. ,Clark, E.A.S.(2016). Postpartum hemorrhage implementing your bundle. University of Utah. Retrieved December 20, 2022 from <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-Care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>.
- Gabbe,.S.G, Niebyl,, J..R., Simson, J. L. (2002). .Obstetric Normal and problem pregnancies. 4th ed, New York : Churchill Livingstone.

- Lim, P.S., et al. (2012). Uterine Atony: Management Strategies. INTECH Open Access Publisher
- Michelet, D., et al.. (2015) Emergency hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage Risk factors and Psychological impact. Gynecologic obstetric and fertilities; 43(12):773-779.
- Murray, S.S. and McKinney, E.S. (2014). Pain In management during childbirth. Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed., United States of America Saunders Elsevier.
- Naoko, M., Yaeko, K., Hiromi, E. and Shigeko, H. (2013) Literature review of risk factors and preventive interventions for post partum hemorrhage. Journal of Japan Academy of Midwifery, 27(1): 415
- Queensland Health. (2012). Primary postpartum hemorrhage Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Retrieved June 26, 2016 from www.health.qld.gov.au/qcg
- Satapornteera, P., Arj-Ong, S. and Aswakul, O. (2012). Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynecology, 20(1):21-28.
- Smith J R. Postpartum hemorrhage. [Online].2018. [cited 2021 Oct 22]. Available from <http://www.emedicine.com/med/topic3568.htm>.
- Su, C.W. (2012).. Postpartum hemorrhage. Retrieved November 20, 2015 from primarycare.theclinics.com.
- Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P. and Dumont, A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a crosssectional epidemiological survey. BMC Pregnancy Childbirth, 15(235): 1-9.
- Weeks, A. (2015). The prevention and treatment of postpartum hemorrhage : what do we know and where do we go to next? International journal of obstetrics and gynecology. 122(2):202-210
- World Health Organization.(2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World.
- World Health Organization, UNICEF. (2014). Trend in maternal mortality : 1990 to 2013 estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division : Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/9789241507226_eng.pdf?ua=1.

