

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง  
หลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย  
Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent  
of 2-24 hours Postpartum Hemorrhage in Obstetrics Ward, Nongkhai Hospital

กฤษณา สารบรรณ\* อรพนิต ภูวงษ์ไกร\*\*ศุภนา ลิ้มบุษศิริพร\*  
กุลญาดา โคตรวรมมา\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2) ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 7 คนและมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่อยู่ในระยะ 2-24 ชั่วโมงแบ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 60 คน

ผลการศึกษา พบว่า 1) ไม่พบการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่ปัจจัยเสี่ยง 3) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.378$ ) มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.71, SD=0.488$ ) และ มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ( $\bar{X}=4.57, SD=0.533$ ) และ มารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.378$ ) ส่วนอันดับ 2 และอันดับ 3 มีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยเท่ากันคือ มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.78, SD=0.484$ ) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาในทุกด้านและสะดวกต่อผู้ใช้ สามารถเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ใกล้เคียงความเสี่ยงที่แท้จริงเพิ่มขึ้น

### Abstract:

This study aimed to improve and develop 1) develop the clinical nursing practice guideline (CNP) for prevention of postpartum hemorrhage in 2-24 hours after giving birth, and 2) Evaluation of the clinical nursing practice guideline to prevent hemorrhage in 2-24 hours after giving birth The sample group consisted of 7 professional nurses who applied the guideline and postpartum period in 2-24 hours after giving birth consisted of 60 mothers with and without risk factors.

The result indicated that 1) No postpartum hemorrhage was found in 2-24 hours after giving birth. 2) There is a nursing practice guideline to prevent postpartum hemorrhage after giving birth with risk factors and without risk factors. 3) Opinions of professional nurses on the use of nursing practice guidelines for the prevention of postpartum hemorrhage after giving birth with risk factors. It was found that the top 3 were at the highest level of agreeing. It is clearer than the original practice ( $\bar{x} = 4.86, SD = 0.378$ ) benefit with workers and have

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

service recipients ( $\bar{x} = 4.71$ ,  $SD = 0.488$ ). They were satisfied with the use of the nursing practice guideline to prevent postpartum hemorrhage within 2-24 hours after giving birth ( $\bar{x} = 4.57$ ,  $SD = 0.535$ ). Mothers without risk factors, it was found that the top 3 were in the most agreeable level. It is clearer than the original practice ( $\bar{x} = 4.86$ ,  $SD = 0.386$ ). As for the 2nd and 3rd, there were the same level of opinion. Benefit with workers and have service recipients and satisfied with the use of the nursing practice guideline to prevent postpartum hemorrhage after giving birth ( $\bar{x} = 4.78$ ,  $SD = 0.484$ ). The author suggests that nursing practice guidelines for the prevention of hemorrhage postpartum for both mothers with risk factors and without risk factors. Registered nurses can be used and there should be continuous monitoring and evaluation of the use of the guideline to increase the effectiveness of nursing outcomes and lead to better quality

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการพยาบาล การตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

**Keywords:** postpartum hemorrhage

## บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ถือเป็นภาวะวิกฤตและเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าทุก 4 นาทีจะมีการเสียชีวิตของมารดา 1 รายจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 230 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย (World Health Organization [WHO], 2557) สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจาก มดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ grand multiparity ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วย oxytocin การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไปการล้าวงรก ได้รับยาดมสลบหรือแมกนีเซียมซัลเฟต เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อน กำหนด อ้วน อายุมากกว่า 35 ปี อย่างไรก็ตาม ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดขึ้นในสตรีที่ไม่มีประวัติ หรือมีปัจจัยเสี่ยง แม้ว่าจะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ยังมีสตรีตั้งครรภ์บางรายเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

จากสถิติเวชระเบียนหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่ามีมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่รับย้ายจากห้องคลอดมารับการดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม จำนวน 1280 คน 1212 คนและ 1129 คนตามลำดับ พบอุบัติการณ์เกิดการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 1.43 , 1.19 และ 1.66 ตามลำดับ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่าเกิดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ร้อยละ 63.64 รกติดและเศษรกค้าง ร้อยละ 20.97 และการฉีกขาดของช่องทางคลอด ร้อยละ 15.39 (ข้อมูลจากเวชระเบียนหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย , 2561-2563) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ นววรรณมณีจันทร์ (2560) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกของโรงพยาบาลราชบุรี และการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และอ้อยอิน อินยาศรี. (2560) วิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี รวมทั้งการกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด จัดทำโดย คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2562- 2564 แม้ว่าจะมีการพัฒนาและนำเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสถานพยาบาลต่างๆแต่เนื่องจากแนวปฏิบัติของแต่ละแห่ง ได้

พัฒนาขึ้นตามบริบทการทำงานเฉพาะที่ซึ่งจะเห็นว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการทำงานของแต่ละแห่ง ดังนั้นเมื่อพิจารณาแนวปฏิบัติดังกล่าวแล้ว พบว่า ยังมีข้อจำกัดและความแตกต่างในเรื่องบริบทการทำงานในหลายด้านส่วนมากเป็นการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่ 3 ของการคลอดจนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาอยู่ในห้องคลอดแต่อุบัติการณ์มักเกิดขึ้นได้จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด(Miller et al.,2560) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ย้ายมาที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม(หลังคลอด)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดของหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อให้มีเครื่องมือและแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท ซึ่งจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องรวดเร็วปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ เกิดความคุ้มค่าของระบบสุขภาพ และช่วยยกระดับวิชาชีพพยาบาลให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

### แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

#### ความหมายของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกและการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง(WHO, 2009; Murray & McKinney, 2014) การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดของมารดาจากการคลอดทางช่องคลอดที่มีปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (WHO, 2552; Belfort et al., 2553; สุพรรณิ ศรีภายชัย, 2558) หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวของมารดาหลังจากการคลอดระยะที่สามเมื่อสิ้นสุดลง หรือความเข้มข้นของเลือดลดลงร้อยละ 10 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2553; WHO, 2552; Yiadom and Carusi, 2552) และการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หรือจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน (Belfort et al., 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดนิยามและความหมายของภาวะตกเลือดหลังคลอดไว้ว่าคือ การสูญเสียเลือดภายหลังการคลอดทารกในระยะเวลา 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยจำนวนปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรเมื่อคลอดทางช่องคลอด

#### สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด

1. **Tone** คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของ การหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด (Su, 2555; Lim, 2555) เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอด 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) เป็นต้น

2. **Trauma** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vaginal) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น (Perry et al., 2553; Mattson & Smith, 2554; Su, 2555; Murray & McKinney, 2557) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (Fetal malpresentation) เป็นต้น

3. **Tissue** คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรกเยื่อหุ้มรก หรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด

(Mattson & Smith, 2554; Su, 2555) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Mid trimester delivery) การติดเชื้อของรกและน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis and accessory placental lobes) (Su, 2555) เป็นต้น

**4. Thrombin** คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้ ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์ หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) (Su, 2555) เป็นต้น

#### **การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด**

ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติกรรมจึงเป็น บุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และใช้แนวทาง B-BUBBLE (Pillitteri, 2557) ในการประเมินเพื่อหาคอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง 4Ts ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2555) ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

#### **บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด**

การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดทั้งใน ระยะแรกและระยะหลังเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล สูติกรรม ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะ หลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (Late postpartum hemorrhage) อาจเกิดขึ้นได้ตลอดการพักฟื้นในหอ ผู้ป่วยหลังคลอดจนถึงกลับไปอยู่ที่บ้าน บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันตกเลือด ในระยะหลังคลอด ได้แก่ การพยาบาลในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด และการพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด

#### **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก**

การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ได้ใช้การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยกำหนดขอบเขตการเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหลัก PICOT (Sackett et al., 1997) เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกงานวิจัยให้ตรงกับเนื้อหาที่ศึกษา โดยกำหนดขอบเขตการเลือก ดังนี้

P: Patient population or problem หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหรือกลุ่มปัญหา ของการตกเลือดหลังคลอด

I: Intervention or Area of interest หมายถึง การเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

C: Comparison Intervention หมายถึง การระบุเปรียบเทียบวิธีการที่หลากหลาย จะช่วยจำกัดขอบเขตของการสืบค้นให้แคบลง และเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

O: Outcome หมายถึง ผลที่ได้จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงและวัดได้

T: Time หมายถึง การกำหนดช่วงระยะเวลาการค้นหางานวิจัยหรือบทความทางวิชาการที่ เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2563 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

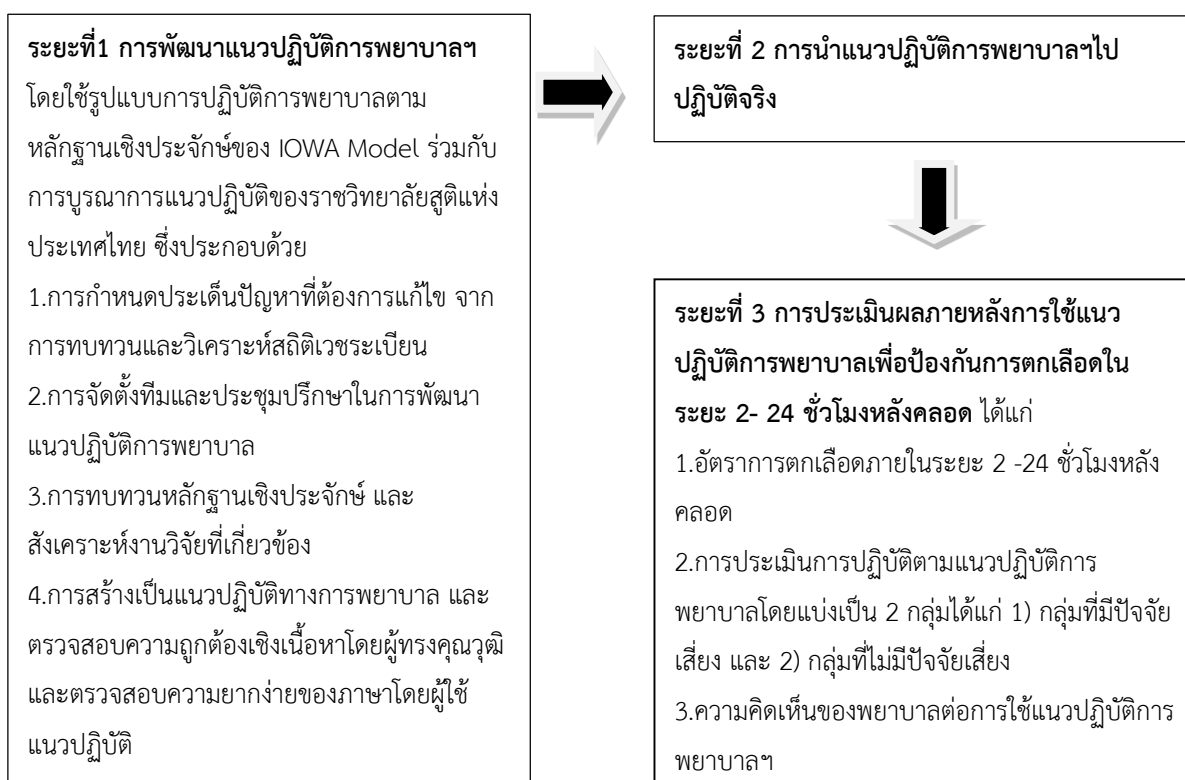
## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย

## กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของไอโอวา (The Iowa Model of Evidence-based Practice to Promote Quality of Care, Tittler, et al., 2001: 497-509) ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีขั้นตอนที่เข้าใจง่ายชัดเจนร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงจากสาเหตุหลัก 4Ts ของราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และใช้ผลลัพธ์การศึกษาจากวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ (Research Utilization) มาประยุกต์และพัฒนา ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และพัฒนางานร่วมกันในทุกขั้นตอน มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

## วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกาวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titer et ,2001) ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก4Ts ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย(2562-2564) และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัย(Research Utilization)ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด(Evidence-Based Practice: EBP)

## กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ใช้แนวทางปฏิบัติคัดเลือกแบบเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน
2. กลุ่มมารดาหลังคลอดคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากมารดาคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลหนองคาย และรับย้ายมาดูแลต่อเนื่องในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2564 มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและมีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ โดยแบ่งมารดาเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts จำนวน 30 คนและกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4T s จำนวน 30 คน ทุกคนสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้ง 2 แบบคือแบบมีปัจจัยเสี่ยงและแบบไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนประกอบด้วยสูติแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ 0.98 และ 0.96 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหา และนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขความชัดเจนและความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่มีความซ้ำซ้อนให้มีความชัดเจนและอ่านให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ทั้ง 2 แบบคือแบบมีปัจจัยเสี่ยงและแบบไม่มีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา การใช้ภาษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.97 และ0.96 ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 32 /2563 เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2563

## วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงาน และกำหนดประเด็นปัญหาที่ได้จากสถิติเวชระเบียนของผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมเกี่ยวกับมารดาตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

2. การสืบค้นงานวิจัย และวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลออนไลน์ได้แก่ Pubmed, Google Scholar, Cochrane reviews, ThaiJO และ ThaiLIS ซึ่งตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปีค.ศ.2010-2020 โดยกำหนดคำในการสืบค้นคือ “การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด” “การตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก” และ “early postpartum hemorrhage” หลังจากนั้นนำข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านี้ไปใช้ในการสังเคราะห์และร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อระดมความคิดเห็นร่วมกันร่างเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติเดิมจากนั้นจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคายผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2564 โดยใช้แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยการมีดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดไปให้พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติพร้อมทั้งอธิบายชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจและเพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ตรงกัน

2. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างโดยการหยิบลากวันคู่เป็นกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และวันคี่เป็นกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเวรเช้าบ่ายดึกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่รับย้ายจากห้องคลอดตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลอย่างเจาะจง ทุกรายโดยให้มีการสลับใช้และส่งต่อเวรกันทุกเวรทั้งเช้า บ่ายและดึกจนครบ 24 ชั่วโมงพร้อมทั้งประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลจนครบกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ

3. การใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ

4. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยข้อมูลที่พัฒนาขึ้นสามารถจำแนกกลุ่มเสี่ยงได้เพิ่มเติม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเดิมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่ภายหลังการพัฒนา
1. ไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน	1. มีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอดที่จำแนกกลุ่มมารดาหลังคลอดด้วยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่มีความจำเพาะ และชัดเจนมากขึ้น
2. การประเมินอาการผู้ป่วยในบางข้อ ไม่มีความชัดเจนของการกำหนดปริมาณ ความถี่ ของการประเมินอาการ	2. มีการกำหนดปริมาณ ความถี่ ของกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของมารดาหลังคลอด
3. ไม่มีความแตกต่างของกิจกรรมการพยาบาล ที่เป็นแนวทางให้พยาบาลพิจารณา หรือตัดสินใจรายงานสูติแพทย์ให้รับทราบที่ชัดเจน และรวดเร็ว	3. มีแนวทางการดำเนินงาน ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นแนวทางเดียวกัน
4. รายการประเมินมีจำนวนมาก ไม่สะดวกต่อการใช้ได้จริง	4. ปรับเนื้อหารายการของการประเมินให้มีความกระชับ สั้น และอ่านเข้าใจเนื้อหาง่ายขึ้น

ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติและให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำไปใช้และสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกหลังคลอด

จำนวนและร้อยละของมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยความเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts อย่างเจาะจงได้ดังนี้ คือ อายุที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดคือ อายุที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดคืออายุ  $\geq 35$  ปี =10 คนคิดเป็น

ร้อยละ 33.33 ผ่านการคลอด $\geq 3$  ครั้งขึ้นไป = 4 คนคิดเป็นร้อยละ 13.3 มีประวัติการแท้ง = 7 คนคิดเป็นร้อยละ 23.3 มีภาวะ PIH = 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ทำหัตถการช่วยคลอด(F/E,V/E) = 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 (N = 30) และกลุ่มมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยความเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts อย่างเจาะจง (N = 30) (ตารางที่ 2) ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มมีปัจจัยเสี่ยง (n=30)	กลุ่มไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=30)
<b>1. อายุ ( ปี )</b>		
< 20 ปี	0(0)	5 (16.7)
21-34 ปี	20(66.67)	25 (83.3)
$\geq 35$ ปี	10(33.33)	0 (0)
<b>2. อายุครรภ์</b>	30 (100)	30 (100)
37- 40 สัปดาห์		
<b>3. จำนวนครั้งการตั้งครรภ์</b>	26 (86.7)	30 (100)
ตั้งครรภ์ที่ 1- 3	4 (13.3)	0 (0)
ตั้งครรภ์ $\geq 4$ ครั้ง		
<b>4. จำนวนครั้งการคลอด</b>		
ไม่เคยผ่านการคลอด	11(36.7)	16 (53.3)
คลอดครั้งที่ 1	9 (30.0)	9 (30)
คลอดครั้งที่ 2	6 (20.0)	5(16.7)
คลอด $\geq 3$ ครั้ง	4 (13.3)	0 (0)
<b>5. ประวัติการแท้ง</b>		
ไม่เคยแท้ง	23 (76.7)	30 (100)
เคยแท้ง	7 (23.3)	0 (0)
<b>6. ภาวะ PIH</b>		
มีภาวะ PIH	3 (10.0)	0 (0)
ไม่มีภาวะ PIH	27 (90.0)	30 (100)
<b>7. ทำหัตถการช่วยคลอด</b>		
F/E, V/E	6 (20.0)	0 (0)
คลอดปกติ	24 (80.0)	30 (100)
<b>8. น้ำหนักทารก</b>		
2500-3500	19 (63.3)	26 (96.6)
3501-3999	11 (36.7)	4 (13.3)

### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม มีอายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 48.14 ปี (SD. = 7.36) อายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 24.14 ปี (SD. = 7.82) ประสบการณ์ปฏิบัติงานเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 12.86 ปี (SD. = 5.58) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ อายุการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม (n=7)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	(S.D.)
<b>อายุ(ปี)</b>			48.14	7.36
ไม่เกิน 45 ปี	4	57.2		
46-55 ปี	1	14.3		
56 ปีขึ้นไป	2	28.5		
<b>อายุการปฏิบัติงาน(ปี)</b>			24.14	7.82
ไม่เกิน 15 ปี	1	14.3		
16-20 ปี	2	28.5		
21-25 ปี	1	14.3		
26ปีขึ้นไป	3	42.9		
<b>ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย(ปี)</b>			12.86	5.58
ไม่เกิน 5 ปี				
6-10 ปี	1	14.3		
11-15 ปี	1	14.3		
15 ปีขึ้นไป	3	42.9		
	2	28.5		

### ส่วนที่ 3 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

การศึกษาครั้งนี้ จำแนกมารดาหลังคลอดเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คน และกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ทั้ง 7 คน ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คนพบว่าพยาบาลทั้ง 7 คน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน 16 ข้อ ได้ทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จำแนกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด (n=30)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
1.จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล	7	100
2.ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพแรกรับ(2 ชั่วโมงหลังคลอด) และ ทุก30 นาที x 4 ครั้งและ1 ชั่วโมง x1ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก4 ชั่วโมงจนครบ24ชั่วโมง	7	100
3. ประเมินลักษณะของเต้านม หัวนมและการไหลของน้ำนมเพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำทารกเข้าเต้าเพื่อดูดนมมารดาโดยเร็วและดูบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง	7	100
4.ประเมินการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกทุก30 นาทีนาน 1 นาที x 4 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงx 2 ครั้งต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง กรณีมดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกไล่ blood clot พร้อมวาง cold pack บริเวณยอดมดลูกและคลึงมดลูกต่อเนื่องจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี	7	100
5. ดูแลให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 cc.+ Syntocinon 20 unit เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยุด 120-140 มิลลิลิตร/ชม.จนครบ 12-18 ชม.หลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์	7	100
6. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ bladder full ทุก 2 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 6 - 8 ชั่วโมงหากปัสสาวะไม่ออกหรือมี bladder Full พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง	7	100
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยดูจากปริมาณเลือดที่ผ้าอนามัยและประเมินลักษณะแผลฝีเย็บโดยใช้REEDA Scale ทุก 1 ชั่วโมง X 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้ตรวจภายในเพื่อประเมินซ้ำ ภายใน 6 -12 ชั่วโมง/ประเมินระดับการปวดแผลฝีเย็บ (Pain score) ทุก 4 – 6 ชั่วโมง	7	100
8. รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เจาะเลือด Hct เพื่อตรวจความเข้มข้นของเลือด	7	100
9. ประเมินการรับประทานอาหาร น้ำ / น้ำจืด และยา ได้เหมาะสมครบตามเวลา ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ	7	100

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
10. แนะนำญาติเฝ้าและดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งได้แก่ วิงเวียนศีรษะ รู้สึกว่ามีเลือดไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา	7	100
11. สอนคลึงมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง คลึงนาน 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี	7	100
12. สังเกตเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากหรือเปลี่ยนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนในเวลา 1 ชั่วโมง	7	100
13. สังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บมากจนปัสสาวะไม่ออก	7	100
14. แนะนำไม่ให้ลุกจากเตียงจนกว่าจะครบ 6 ชม. หลังคลอดหรือจนกว่าเมื่อกำลังนอนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด/วิงเวียน	7	100
15. แนะนำปัสสาวะบนเตียงโดยใช้หมอนอน เวลาไปเข้าห้องน้ำในครั้งแรก ต้องมีญาติไปด้วยทุกครั้ง ถ้าไม่มีญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่	7	100
16. แนะนำญาติช่วยมารดาดูแลนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding	7	100

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือผู้ช่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ทั้ง 7 คน ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คนพบว่าพยาบาลทั้ง 7 คน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 14 ข้อได้ทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จำแนกตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 30 คน (n=30)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพแรกรับ (2 ชั่วโมงหลังคลอด) และ ทุก 30 นาที x 4 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง x 1 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง	7	100
2. ประเมินลักษณะของเต้านม หัวนมและการไหลของน้ำนมเพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นมารดาโดยเร็วและดูบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง	7	100
3. ประเมินการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกทุก 30 นาทีนาน 1 นาที x 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4	7	100

แนวปฏิบัติการพยาบาล	ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้	
	จำนวน	ร้อยละ
ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง กรณีมดลูกหดตัวไม่ดี ให้คลึงมดลูกไล่ blood clot พร้อมวาง cold pack บริเวณยอดมดลูกและคลึงมดลูกต่อเนื่องจนกว่ามดลูกจะหดตัวดี		
4. ดูแลให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 cc.+ Syntocinon 20 unit เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องในอัตราหยุด 120-140 มิลลิลิตร/ชม.จนครบ 12-18 ชม.หลังคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์	7	100
5. ประเมินกระเพาะปัสสาวะ/ภาวะ bladder full ทุก 2 ชั่วโมง x 2 ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และกระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 6 - 8 ชั่วโมงหากปัสสาวะไม่ออก หรือมี bladder Full พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง	7	100
6. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยดูจากปริมาณเลือดที่ผ้าอนามัยและประเมินลักษณะแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA Scale ทุก 1 ชั่วโมง X 2 ครั้ง และทุก 2 ชั่วโมง x 4 ครั้งต่อ จากนั้นประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง ถ้ามีเลือดออกมากให้ตรวจภายในเพื่อประเมินซ้ำ ภายใน 6 -12 ชั่วโมง/ประเมินระดับการปวดแผลฝีเย็บ (Pain score) ทุก 4 – 6 ชั่วโมง	7	100
7. ประเมินการรับประทานอาหาร น้ำ / น้ำขิง และยา ได้เหมาะสมครบตามเวลา ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ	7	100
8. แนะนำญาติเฝ้าและดูแลใกล้ชิดเพื่อสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งได้แก่ วิงเวียนศีรษะ รู้สึกว่ามีเลือดไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา	7	100
9. สอนคลึงมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง คลึงนาน 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะแข็งตัวดี	7	100
10. สังเกตเลือดออกชุ่มผ้าอนามัยมากหรือเปลี่ยนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนในเวลา 1 ชั่วโมง	7	100
11. สังเกตอาการปวดแผลฝีเย็บมากจนปัสสาวะไม่ออก	7	100
12. แนะนำไม่ให้ลุกจากเตียงจนกว่าจะครบ 6 ชม.หลังคลอดหรือจนกว่าเมื่อลูกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด/วิงเวียน	7	100
13. แนะนำปัสสาวะบนเตียงโดยใช้หมอนอน เวลาไปเข้าห้องน้ำในครั้งแรก ต้องมีญาติไปด้วยทุกครั้ง ถ้าไม่มีญาติต้องแจ้งเจ้าหน้าที่	7	100
14. แนะนำญาติช่วยมารดาดูแลนำทารกเข้าเต้าเพื่อกระตุ้น Breast feeding	7	100

**ส่วนที่ 4** ความคิดเห็นของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 30 คน (n=30) และกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 30 คน (n=30) ดังนี้

4.1 ความคิดเห็นของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยง (n=30)

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86$ ,  $SD=0.378$ ) มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ( $\bar{X}=4.71$ ,  $SD=0.488$ ) และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ( $\bar{X}=4.57$ ,  $SD=0.533$ ) (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** ระดับค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ของกลุ่มมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด (n=30)

ความคิดเห็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. มีรูปแบบง่ายในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.43	0.535	มากที่สุด
2. มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.71	0.488	มากที่สุด
3. สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริง	4.43	0.535	มากที่สุด
4. เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ	4.43	0.535	มากที่สุด
5. เนื้อหามีความครอบคลุม	4.43	0.535	มากที่สุด
6. ใช้ภาษาที่เหมาะสม ชัดเจน	4.43	0.535	มากที่สุด
7. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	4.86	0.378	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด	4.57	0.533	มากที่สุด

4.2 ความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด (n=30)

ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86$ ,  $SD=0.378$ ) ส่วนอันดับ 2 และอันดับ 3 มีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยเท่ากันคือ มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติฯ และมีผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ( $\bar{X}=4.78$ ,  $SD=0.484$ ) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ของกลุ่มมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (n=30)

ความคิดเห็น	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. มีรูปแบบง่ายในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.57	0.54	มากที่สุด
2. มีความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติฯ	4.78	0.48	มากที่สุด
3. สามารถนำไปปฏิบัติในหน่วยงานได้จริง	4.57	0.54	มากที่สุด
4. เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ	4.57	0.54	มากที่สุด
5. เนื้อหามีความครอบคลุม	4.57	0.54	มากที่สุด
6. ใช้ภาษาที่เหมาะสม ชัดเจน	4.57	0.54	มากที่สุด
7. มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม	4.86	0.38	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด	4.78	0.48	มากที่สุด

#### อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titer et al., 2001) ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4Ts ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งใช้ผลการศึกษางานวิจัย (Research Utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (best evidence) ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านความครอบคลุมเชิงเนื้อหา มีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอดและมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงใช้กันไปในแนวเดียวกัน พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 100 เนื่องจากในขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ทำให้พยาบาลมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของผลงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของปทุมมา กังวานตระกูลและคณะ (2560) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการวางแผนงานพิจารณาแนวทางการปฏิบัติงานที่มีอยู่เพื่อปรับใช้เป็นแนวทางใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานรวมทั้งมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่เกิดขึ้นซึ่งก่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากเป็นแนวทางที่พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการสร้างด้วยตัวเองเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของของผลงานดังนั้นจึงให้ความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาเกิดเป็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ และนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พุณศิริ (2556) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่าย อนามัยแม่และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นส่งผล ให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น

2. ด้านผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ไปใช้ในการปฏิบัติพบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือ 1) ไม่พบการตกเลือดภายในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด 2) พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดได้ทั้งมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 3) ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.378$ ) มีความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติและมีผู้รับบริการ ( $\bar{X}=4.71, SD=0.488$ ) และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ( $\bar{X}=4.57, SD=0.535$ ) และ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.386$ ) ส่วนอันดับ2 และอันดับ3 มีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยเท่ากันคือมีความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.71, SD=0.488$ ) อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดทั้งสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ดีที่ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดตามสาเหตุหลัก 4 Tsส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลเป็น แนวทางเดียวกัน เกิดความปลอดภัย ไม่พบการตกเลือดภายในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสอดคล้องกับกรณิการ์ พุ่นศิริ (2556) และการศึกษาของเรณู วัฒนเหลืออรุณ และคณะ (2560) ที่พบว่ากลุ่มพยาบาลหลังคลอดที่ใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดมีอัตราการตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แนวปฏิบัติและพยาบาลประเมินความเสี่ยงได้ และในการดูแลถูกต้องตามระดับความเสี่ยงและไม่เพิ่มภาระงาน และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของณฐนนท์ ศิริมาศและคณะ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือด หลังคลอด พบว่า หลังพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model (Titer et ,2001) ร่วมกับการบูรณาการแนวปฏิบัติการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก4Ts ของราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2562-2564) และการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม รวมทั้งใช้ผลการศึกษางานวิจัย (Research Utilization) ซึ่งถือว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (best evidence) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาแล้วไปปฏิบัติจริง และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 7 คนและมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่อยู่ในระยะ 2-24 ชั่วโมงเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด จำนวน 30 คนและ

มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ 1)แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts 2) แบบบันทึกข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติสำหรับมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง มีความตรงตามเนื้อหา(CVI) เท่ากัน 0.98 และ 0.96 2) แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดทั้งที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากัน 0.97 และ 0.96 ทดสอบความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.88

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย ทั้ง 7 คน สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดจำนวน 16 ข้อ ได้ทุกข้อคิดเป็นร้อยละ 100 และมีความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่มีปัจจัยเสี่ยงพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.378$ ) มีความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.71, SD=0.488$ ) และมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ( $\bar{X}=4.57, SD=0.533$ ) ส่วนมารดาที่คลอดทางช่องคลอดที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ มีความชัดเจนมากกว่าแนวปฏิบัติเดิม ( $\bar{X}=4.86, SD=0.378$ ) ส่วนอันดับ 2 และอันดับ 3 มีระดับความคิดเห็นเห็นด้วยเท่ากันคือ มีความสะดวกในการใช้นโยบายปฏิบัติและมีผู้รับบริการและความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ( $\bar{X}=4.78, SD=0.484$ )

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 1.1 ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับปัจจุบัน
- 1.2 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
- 1.3 ควรมีการศึกษาผลของการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2- 24 ชั่วโมงหลังคลอดที่ปรับปรุงแล้วในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- 1.4 แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดมีคุณภาพที่ดีต่อไป

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดโดยใช้ในการประเมินในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงตามสาเหตุหลัก 4 Ts
- 2.2 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม ทั้งในส่วนข้อมูลความเสี่ยงของมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด การดูแลที่ได้รับในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อให้การศึกษาครั้งต่อไปมีความ สมบูรณ์มากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ พูนศิริ. (2556). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4): 115-120.
- ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และจิรพร จักขุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2): 37-46.
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 146–154.
- นววรรณ มณีจันทร์และอุบล แจ่มนาม. “ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก โรงพยาบาลราชบุรี”. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 31(1) : หน้า 143-155, 2560. 10.
- ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี.(2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลอุตรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 33(2), 121–132.
- พิกุล บัณฑิตพานิชชาและคณะ. “การพัฒนาระบบการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด”. วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 32(2): หน้า 131-144, 2560.
- พูลสวัสดิ์ โพธิ์ทอง,สุริพร กระจงนอก,พิชัย บุญมาศรีและระพีพรรณ นันทะนา.ผลการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด(2562)
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2554). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ(พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพฯ: พรี-วัน.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว. สืบค้น17 กุมภาพันธ์ 2564 จาก [http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB\\_019.pdf](http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_019.pdf).
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562-2564). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด.สืบค้น17กุมภาพันธ์ 2564 จาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-Of Postpartum-Hemorrhage.pdf>.
- เรณู วัฒนเหลืองอรุณ.(2560). ประสิทธิภาพของการใช้แบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดตัวไม่ดีในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ลัดดา เอี่ยมกลั่น. (2559) การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด. ลัดดาวัลย์ ปลอดภัยและคณะ.(2559) “การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่”. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3 (3) : หน้า 127-141.
- ศิริโสภา คำเครือ,ทัศน์ีย์ ศรีสุวรรณและรุณรารวรรณ แก้วบุญเรือง.(2561) การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด.

- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557) “การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์ First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention: Midwives’ Role”. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 37(2) : หน้า 155-162.
- สุจิต คุณประดิษฐ์.(2555) การตกเลือดหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี ;
- สุพรรณิ ศรีภักษ์. (2558). ผลของการใช้นวัตกรรมตุ๊กตาช่วยเตือนคลังมดลูกต่อปริมาณการสูญเสียเลือดในมารดาสอง ชั่วโมงแรกหลังคลอด. ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุทาร์ตน์ ชูรส. (2562) “การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด: บทบาทของพยาบาล”. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 33(1) : หน้า 181-192.
- สุทธิวรรณ ทองยศและคณะ.(2562.)“การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีสาเหตุจากการหดรัดตัวไม่ดีใน มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอด”วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28 (ฉบับพิเศษ) : หน้า176-183.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:
- อุบล ศรีนากรุง.(2561)การศึกษาแนวปฏิบัติการคัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 2 ชั่วโมงแรก
- อัตราส่วนการตายมารดา.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Available: <http://planning.anamai.moph.th/download> [http://planning.anamai.moph.go.th/download /D\\_Strategic /D Strategic /2562 Committee/ Committee62\\_Data2- 050362.pdf](http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_Strategic/D_Strategic/2562_Committee/Committee62_Data2-050362.pdf)
- Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., et al. Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and progression to severe PPH: a prospective observational study. An international Journal of Obstetrics and Gynaecology; 2014
- Devendra, B.N., Seema, K.B. and Kammappa, K.A. 2015. Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS).14(9): 8-11. Retrieved January 10, 2017 from <https://pdfs.semanticscholar.org/a917/4267b87f65a039ea80fc0ae4773e43ad5d02.pdf>
- Einerson, B.D., Baksh, L., Fisher, J.A., Sullivan, A. and Clark, E. A.S. 2016. Postpartum hemorrhage implementing your bundle. University of Utah. Retrieved November 1, 2016 from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-didactics/201609.09-postpartum-hemorrhage.pdf>
- Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, et al.; Clinical Practice Obstetrics Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Active management of the third stage of labour: prevention and

- treatment of postpartum hemorrhage. SOGC Clinical Practice Guideline No. 235. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31: 980–93.
- Murray, S.S. and McKinney, E.S. Pain management during childbirth. In *Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*. United States of America: Saunders Elsevier; 2014.
- New South Wales Ministry of Health. Maternity—prevention, early recognition and management of postpartum haemorrhage (PPH). Policy Directive. North Sydney : NSW Ministry of Health; 2010. Available at: [http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010\\_064.pdf](http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2010_064.pdf).
- Satapornteera, P., Arj-Ong, S. and Aswakul, O. Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage of Singleton Pregnancy in MaharatNakhon Ratchasima Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012; 20(1): 21-8.
- Thomas, L., & Hotchkiss, R. (2002). Evidence - based guideline. In Craig, J.V., & Smyth, R. l. (Eds.), *The evidence -based practice manual for nurse*, London: Churchill livingstone.
- World Health Organization. (2006). MPS Technical Update Prevention of Postpartum Haemorrhage by Active Management of Third Stage of Labour. Retrieved November 2, 2011, from <http://www.who.int/makingpregnancysafer>
- World Health Organization. 2012. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data; 2014.



โรงพยาบาลหนองคาย กระทรวงสาธารณสุข  
๑๑๕๘ ถนนมีชัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โทร ๐๔๒-๔๒๑๔๖๕

คณะกรรมการจัดการความรู้และศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย ดำเนินการให้การรับรอง  
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki ,  
The Belmont Report , CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good  
Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะ  
๒๔ ชั่วโมงแรก หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมฯ โรงพยาบาลหนองคาย

เลขที่โครงการวิจัย : ๓๒/๒๕๖๓

ผู้วิจัยหลัก : นางกฤษณา สารบรรณ

สังกัดหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมฯ โรงพยาบาลหนองคาย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด / เสียงเกินครึ่งหนึ่งของกรรมการที่ร่วมพิจารณา

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง / ปี หรือส่งรายงาน  
ฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

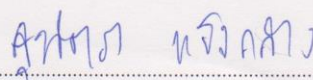
เอกสารรับรอง : ตามเอกสารแนบท้าย

ลงนาม ..... 

( นางณฤดี ทิพย์สุทธิ์ )

กรรมการ

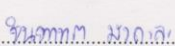
คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ลงนาม ..... 

( ภญ.สุพัตรา แข็งกลาง )

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ลงนาม ..... 

( พญ.จินตหรา มังคะละ )

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : ๓๒/๒๕๖๓

วันที่ให้รับรอง : วันที่ ๒๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

วันหมดอายุใบรับรอง : ๑ ปี นับจากวันที่ให้รับรอง

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางกฤษณา สารบรรณ
การศึกษา	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย
ชื่อ – สกุล	นางอรพนิต ภูวงษ์ไกร
การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี
ชื่อ – สกุล	นางศกุนา ลี้มบุพศิริพร
การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย
ชื่อ – สกุล	นางสาวกุลญาดา โคตรวรมมา
การศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย