

**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด
ณ หอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์: การศึกษาความเป็นไปได้**

รจนา กุลนิตย์ พย.บ.* นิตยา พันธุ์งาม ประ.ด.**

รัตนา คำวิสัยศักดิ์ พ.บ.*** นิตยา ปานเพชร พย.ม.**** สุธิดา ยาทองไชย พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของไอโอวาโมเดลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) คัดเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไข 2) จัดตั้งทีม 3) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 4) วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และ 5) พัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษานำร่อง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดในเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2566 จำนวน 20 ราย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 9 ราย กระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การทบทวนเวชระเบียนและสถิติ 3) การทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลและการสังเคราะห์งานวิจัย และ 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ผลการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดและแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 1 ค่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) ของแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 0.578 (95%CI: 0.328-0.745) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การบันทึกข้อมูลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามเทคนิคไอเอสบาร์ 2) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด และ 3) แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ผลการทดลองใช้นำร่อง พบว่า มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 85 ($\bar{X}$ =4.85) และพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติมีความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 75 ($\bar{X}$ =4.75) และผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า มีมารดาตกเลือดหลังคลอด 1 ราย แต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหน่วยงานอย่างต่อเนื่องระยะยาว

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด

เลขที่จริยธรรมการวิจัย HE 661575 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 27 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 8 ธันวาคม 2567

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงานบรรณกิจ อีเมล nittapa@kku.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**The development of nursing practice guidelines
for the prevention of postpartum hemorrhage within 2–24 hours
at the postpartum and neonatal ward 2B, Srinagarind Hospital: A feasibility study**

Rotjana Kullanit B.N.S.* Nittaya Panngam Ph.D.**

Ratana Komwilaisak M.D.*** Nittaya Panphet M.N.S.**** Suthida Yathongchai M.N.S.****

Abstract

This research and development study aimed at developing and examining the feasibility of nursing practice guidelines to prevent 2-24 hour postpartum hemorrhage. The IOWA Model was used as a framework for developing the nursing practice guidelines, which consisted of: 1) selecting the problem to be solved, 2) forming a team, 3) searching for empirical evidence and reviewing related literature, 4) analyzing and synthesizing related research, and 5) developing an evidence-based nursing practice guideline and conducting a pilot study. Sample comprised of two groups: 20 postpartum mothers who gave birth vaginally in September-October 2023 and 9 registered nurses working in the postpartum and neonatal ward 2B, Srinagarind Hospital. Developing the nursing practice guideline were: 1) situation analysis; 2) medical record and statistics review; 3) nursing practice review and research synthesis; and 4) data collection using the nursing practice guideline outcome record form, and the nurses' satisfaction towards the nursing practice guideline assessment form. Verification of the research instruments showed that the content validity index (CVI) of the nursing practice guideline to prevent 2-24 hour postpartum hemorrhage and the nursing practice guideline outcome record form was 1. The inter-rater reliability coefficient of the nursing practice guideline outcome record form was 0.578 (95%CI: 0.328-0.745). The Cronbach's alpha coefficient of the nurses' satisfaction towards the nursing practice guideline assessment form was 0.84. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results found that the nursing practice guideline to prevent 2-24hour postpartum hemorrhage, consisted of 3 components: 1) postpartum mothers' health records using the ISBAR technique, 2) a risk screening of 2-24 hour postpartum hemorrhage, and 3) postpartum care guideline based on the risk level of 2-24 hour postpartum hemorrhage. The findings of pilot study indicated the highest level of feasibility at 85% ($\bar{X}$ =4.85) and nurses utilizing the practice guideline reported the highest overall satisfaction at 75 % ($\bar{X}$ =4.75). Clinical results showed 1 case of postpartum hemorrhage with no complication occurred. This study demonstrated that the nursing practice guideline to prevent 2-24 hour postpartum hemorrhage can be applied as a guideline for postpartum care in order to prevent postpartum hemorrhage. It should be continuously implemented in healthcare facilities in the long term.

keywords: practice guidelines; postpartum hemorrhage; complications of postpartum hemorrhage

Ethical approval: HE661263, Plagiarism checked, 3 Reviews.

Received 27 May 2024, Revised 29 October 2024, Accepted 8 December 2024

*A student of the master of nursing science program in midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: nittapa@kku.ac.th

***Assistant professor, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

****Registered nurse, Senior professional level, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร จากการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด¹ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังคลอด หรือมีค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงมากกว่า ร้อยละ 10 จากก่อนคลอด หรือมีความจำเป็นที่ต้องได้รับเลือดทดแทน หรือมีอาการแสดงถึงภาวะช็อกจากการเสียเลือด² ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิต ร้อยละ 27.1 ของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก¹ ในประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ในปี พ.ศ.2562-2564 พบอัตราการตายเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด 3.78, 3.61 และ 4.87 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ตามลำดับ³ ข้อมูลสถิติ 3 ปีย้อนหลัง ในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ พบมารดาหลังคลอดเกิดภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 0, 0.22, 1.40 ตามลำดับ แม้อัตราการตกเลือดหลังคลอดจะยังไม่เกินดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพของงานพยาบาล สูติ-นรีเวชกรรม ที่กำหนดไม่เกิน ร้อยละ 5 ของการคลอดทั้งหมด แต่พบว่าการเกิดภาวะตกเลือดมีแนวโน้มที่สูงขึ้นและมารดาหลังคลอดได้รับผลกระทบรุนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ มีภาวะช็อคจนต้องได้รับเลือด ร้อยละ 0, 50 และ 22.73 ตามลำดับ และได้รับการตัดมดลูก ร้อยละ 25 ของการตกเลือดทั้งหมด ในปี พ.ศ.2564⁴ สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี พบประมาณ ร้อยละ 70 และยังพบสาเหตุอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การบาดเจ็บหรือฉีกขาดของช่องทางคลอด ระดับ 3 และ 4 พบร้อยละ 20 การมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อหรือรกค้างภายในโพรงมดลูก พบร้อยละ 10 และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบร้อยละ 1⁵ โดยภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจพบจากสาเหตุเดียวหรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน ดังนั้น การค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม

องค์กรต่าง ๆ ทั่วโลกได้กำหนดแนวทางการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนี้ 1) การจัดการอย่างรวดเร็วของระยะที่ 3 ของการคลอด (active management of the third stage of labor: AMTSL) โดยองค์การอนามัยโลก เน้นสาระสำคัญในระยะคลอดและระบุนโยบายบริหารจัดการยาเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอด⁶ 2) หลักการ 4 Rs องค์ประกอบสำคัญของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ 2.1) readiness หมายถึง การเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุก ๆ ด้าน 2.2) recognition and prevention หมายถึง การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดด้วยการค้นหาและคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และป้องกันด้วยการทำ AMTSL ในผู้คลอดทุกราย 2.3) response หมายถึง การตอบสนองหรือการปฏิบัติของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการบริหารจัดการอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน และ 2.4) reporting and learning หมายถึง การรายงานทำสรุปหลังเกิดอุบัติการณ์ ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น สร้างความตระหนักให้เห็นถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้คลอดและต้องส่งต่อข้อมูลให้แก่อีก^{1,7-9} นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มเติมสาระสำคัญจาก 4Rs โดยเพิ่มการเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ความผิดปกติของรگมีการประเมินความเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินระยะแรกรับระหว่างคลอด และต่อเนื่องถึงระยะหลังคลอดโดยหน่วยงานการดูแลคุณภาพมารดา แห่งแคลิฟอร์เนีย⁸ และกำหนดแนวทางในระยะก่อนคลอด ให้ระบุหรือประเมินความเสี่ยง หากพบความเสี่ยงที่ผิดปกติให้ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่าในทุกะยะของการคลอด โดยมหาวิทยาลัยแห่งรัฐยูทาห์ ประเทศสหรัฐอเมริกา⁹ สำหรับประเทศไทยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มุ่งเน้นถึงความสำคัญของการคัดกรองและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด การทำ AMTSL และแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอด¹⁰ โดยส่วนใหญ่เป็นการบริหารจัดการในห้องคลอดและเป็นแนวทางการบริหารจัดการของแพทย์ แต่ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด¹¹ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาหลังคลอด

พักฟื้นอยู่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด โดยมีพยาบาลดูแลเป็นหลัก ดังนั้น ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ในบทบาทพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้ต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด

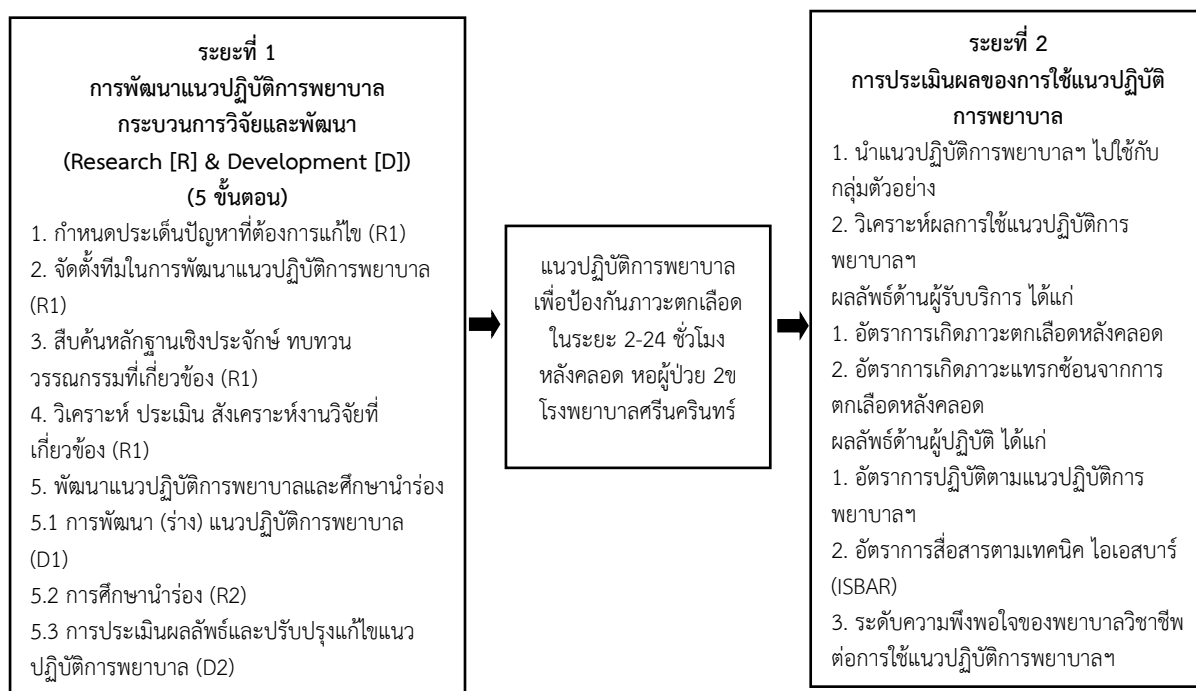
หอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้บริการมารดาหลังคลอดโดยใช้แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามมาตรฐานการพยาบาลโดยยึดหลักการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย¹² ประกอบด้วย การซักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประเมินสภาพร่างกาย และวัดสัญญาณชีพ ซึ่งข้อมูลประวัติของมารดาหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แต่พบปัญหาไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลบางส่วนระหว่างมารดาหลังคลอดย้ายหน่วยงาน เช่น ประวัติการชดุมดลูก ประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน เป็นต้น รวมทั้งพยาบาลหลังคลอดไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงและการจัดแบ่งระดับความเสี่ยงไม่ชัดเจน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของพยาบาล ทำให้การวางแผนดูแลมารดาหลังคลอดไม่สอดคล้องกับความเสี่ยงของมารดาหลังคลอดในแต่ละราย ส่งผลให้พบมารดาตกเลือดและได้รับการดูแลที่ล่าช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่า ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และ 3) การบริหารจัดการตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลนำไปใช้ในการดูแลผู้รับบริการ มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน การบริการที่มีคุณภาพ และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี¹³ ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ส่วน จะช่วยให้มีแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ในมารดาที่คลอดทางช่องคลอดและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงในหอผู้ป่วย 2x โดยใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model¹⁴ เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดให้เป็นแนวทางเดียวกันและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา¹⁵ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA Model¹⁴ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มีขั้นตอนเข้าใจง่ายและชัดเจน ช่วยในการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ โดยการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล การประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหน่วยงานในทุกขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้เกิดการส่งเสริม การติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้เกิดการดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)¹⁵ ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด ในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ผู้วิจัยบูรณาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA Model¹⁴ ร่วมกับให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มีกระบวนการพัฒนาเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ ระยะที่ 2 การประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการศึกษานี้ ศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาทางคลินิกที่ต้องการ (R1) ซึ่งพิจารณาจากประเด็น ดังนี้

1) problem-focused trigger จากการศึกษาปรากฏการณ์ในหน่วยงาน โดยการทบทวนเวชระเบียน 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 เปรียบเทียบกับสถิติดัชนีชี้วัดในหน่วยงาน ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงประเด็นปัญหา และสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงาน พบว่า จากสถิติ 3 ปี มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การสูญเสียเลือดจนต้องได้รับส่วนประกอบของเลือด และการถูกตัดมดลูก เป็นต้น

2) knowledge-focused trigger โดยการทบทวนแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ เช่น WHO, ACOG, FIGO และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย^{1,6,7,10} ซึ่งทุกองค์กรต่างระบุว่า การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการคัดกรองความเสี่ยงและออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับความเสี่ยง เพื่อช่วยให้ค้นพบผู้คลอดที่มีความเสี่ยงและช่วยลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดได้ ผู้วิจัยทบทวนแนวปฏิบัติของหน่วยงาน พบมีแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยยึดหลักการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย¹² ใช้อักษรย่อ B-BUBBLE¹⁹ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินสัญญาณชีพ ซึ่งการประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดนั้น พยาบาลหลังคลอดเป็นผู้ประเมิน

โดยใช้ข้อมูลของมารดาคลอดที่ได้รับจากพยาบาลห้องคลอด แต่ไม่มีแบบประเมินความเสี่ยงและการจัดระดับความเสี่ยงแตกต่างกันตามประสบการณ์ทำงานของพยาบาลแต่ละคน และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การตกเลือดหลังคลอดย้อนหลัง พบว่า ในด้านการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของมารดาหลังคลอดยังไม่ครบถ้วน เช่น ประวัติการคุมดลูก ประวัติการตกเลือดในครรภ์ก่อน เป็นต้น ทำให้การประเมินความเสี่ยงไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้การวางแผนดูแลมารดาหลังคลอดไม่สอดคล้องกับความเสี่ยง จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลของปัญหาการตกเลือดหลังคลอดในหน่วยงาน จัดประชุมและสอบถามความคิดเห็นพร้อมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติสรุปได้ว่า ปัญหาการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่เกิดขึ้นนั้น เป็นปัญหาที่หน่วยงานควรมีการพัฒนาและปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ครอบคลุม ชัดเจน ถูกต้อง และทันสมัยเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (R1) ผู้วิจัยได้กำหนดทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2x จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ร่วมวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 9 คน ให้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับการวิพากษ์ แสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะ และร่วมใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอด

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (R1) ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม บทความวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Cochrane, Google scholar และ ThaiJO โดยใช้กรอบ PICO²⁰ ในการสืบค้นของการศึกษานี้ ได้กำหนดคำสำคัญ ได้แก่ postpartum hemorrhage, prevention of postpartum hemorrhage, clinical practice guidelines for postpartum hemorrhage, guidelines on management of postpartum hemorrhage, complication of postpartum hemorrhage ภาวะตกเลือดหลังคลอด การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) บทความวิจัยและบทความวิชาการ 2) เป็นงานที่พิมพ์ด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 3) ระยะเวลาในการตีพิมพ์ ไม่เกิน 10 ปี (ค.ศ. 2012-2022)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (R1) ผู้วิจัยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นส่วนสำคัญเกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดที่คัดเลือกมา ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จากนั้นประเมินคุณภาพและจัดระบบความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินของเมลินีย์และไฟเอาร์ท-โอเวอร์ฮอลท์²¹ 7 ระดับ ผู้วิจัยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งหมด 15 เรื่อง ประกอบด้วย ระดับ 1 เป็นงานวิจัย systematic review and meta-analysis จำนวน 2 เรื่อง^{22,23} ระดับ 2 เป็น RCT จำนวน 1 เรื่อง²⁴ ระดับ 3 เป็น quasi experimental research จำนวน 1 เรื่อง²⁵ ระดับ 4 เป็น action research จำนวน 2 เรื่อง^{26,27} Research and Development จำนวน 2 เรื่อง^{17,28} cross-sectional epidemiological survey จำนวน 1 เรื่อง²⁹ case-control study จำนวน 1 เรื่อง³⁰ และระดับ 7 เป็น academic articles จำนวน 1 เรื่อง¹⁸ clinical practice guideline จำนวน 1 เรื่อง¹⁰ และ protocol จำนวน 3 เรื่อง^{6,8,9} จากนั้น ผู้วิจัยนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อทีม เพื่อให้ทีมร่วมวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกมา เพื่อการออกแบบแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง ความถี่

การวัดสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก กระเพาะปัสสาวะ แผลฝีเย็บและการติดตามความเข้มข้นของเลือด

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษานำร่อง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

5.1 การออกแบบและพัฒนา (ร่าง) แนวปฏิบัติการพยาบาล (D1) ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สังเคราะห์มานำใช้ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากนั้นจึงนำไปเสนอแก่ทีมผู้วิจัยและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีส่วนร่วมในการวิพากษ์ แสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แล้วจึงนำไปประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยการหาความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาผดุงครรภ์ 2 คน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม 2 คน และแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (scale-level CVI: S-CVI) เท่ากับ 1

5.2 การศึกษานำร่องใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (R2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามบริบทในหน่วยงาน ดำเนินการโดย 1) ขออนุญาตทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและเก็บข้อมูลมารดาหลังคลอด จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 2) ประชุมชี้แจงข้อมูลแก่หัวหน้าและพยาบาลห้องคลอด จำนวน 10 คน หัวหน้าและพยาบาลหอผู้ป่วย 2x จำนวน 12 คน ซึ่งชี้แจงเกี่ยวกับการนำร่องใช้แนวปฏิบัติ ข้อมูลแนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือการใช้กำหนดการของการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการขอความยินยอมกับอาสาสมัคร และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยนำร่องใช้แนวปฏิบัติในมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 26 กันยายน ถึง 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 20 คน^{31,32} โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหน่วยงานใช้แนวปฏิบัติ อย่างน้อย 2 ครั้ง ในเวรที่แตกต่างกัน อย่างน้อย 2 เวร และกระจายในทุก ๆ เวร ทั้งเวรเช้า บ่าย และดึก เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติในสถานการณ์และเวลาที่แตกต่างกัน จากนั้นพยาบาลประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นิเทศแนวปฏิบัติการพยาบาลหลังใช้ครบ 24 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและทีมผู้วิจัย

5.3 การประเมินผลลัพธ์และปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาล (D2)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. มารดาหลังคลอด ที่ได้รับการรักษาไว้ในห้องคลอด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอด สื่อสารและเข้าใจภาษาไทย มารดาหลังคลอดหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 20 ราย
2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 9 ราย เป็นผู้ผ่านกระบวนการฝึกอบรมพยาบาลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด และมีประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน 1 ปีขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วย 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2566 เลขที่ HE661263

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การทบทวนเวชระเบียนและสถิติ 3) การทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลและการสังเคราะห์งานวิจัย และ 4) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของมารดาหลังคลอดได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การบันทึกข้อมูลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามเทคนิคไอเอสบาร์ (ISBAR) 2) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และ 3) แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดำเนินการประเมินผล ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability)¹⁶ จากการสังเกตสถานการณ์รับส่งข้อมูลมารดาหลังคลอด จำนวน 5 สถานการณ์ โดยผู้วิจัยและทีมผู้วิจัย 2 คน จากนั้นนำผลการบันทึกในแบบประเมินคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต โดยใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนจากการสังเกตที่ได้ไม่แตกต่างกัน ได้เท่ากับ 0.578 (95%CI: 0.328-0.745) ประกอบด้วย 2 แบบบันทึก ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) การบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอด (2) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด และ (3) การบันทึกผลลัพธ์ของมารดาหลังคลอดหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบประเมินผลการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามเทคนิคไอเอสบาร์ (ISBAR) (2) แบบบันทึกผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การ ผู้วิจัยดัดแปลงของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์¹⁷ แบบประเมินมีจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (น้อยที่สุด) 2 (น้อย) 3 (ปานกลาง) 4 (มาก) และ 5 (มากที่สุด) โดยผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหาในแบบประเมินเกี่ยวกับสถานที่ดำเนินการวิจัยและปรับเนื้อหาในบางข้อคำถามแต่ความหมายข้อคำถามยังคงเดิม จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 แปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ¹⁸ คือ พึงพอใจมากที่สุด (คะแนน 4.51-5.00) พึงพอใจมาก (คะแนน 3.51-4.50) พึงพอใจปานกลาง (คะแนน 2.51-3.50) พึงพอใจน้อย (คะแนน 1.51-2.50) และพึงพอใจน้อยที่สุด (คะแนน 1.00-1.50)

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 28.0.1.0 ดำเนินการ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดและพยาบาล และ 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาล และผลลัพธ์การปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 มารดาหลังคลอด จำนวน 20 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 28.30 ปี (SD=4.81) โดยมีอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 35 สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 30 และใช้สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 65 เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 50 คลอดอายุครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 85 ส่วนใหญ่ มีการศึกษาของช่องทางคลอด ระดับ 2 ร้อยละ 75

1.2 พยาบาลวิชาชีพ อายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนใหญ่อายุ 30-35 ปี ร้อยละ 55 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 2x เฉลี่ย 8.70 ปี โดยส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 2-8 ปี คิดเป็นร้อยละ 55

2. แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการป้องกันภาวะตกเลือดและการดูแลมารดาหลังคลอด ในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินคุณภาพและจัดระบบความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 15 เรื่อง จากนั้นพัฒนาร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ S-CVI เท่ากับ 1 และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้สังเกต โดยใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนจากผลการสังเกตที่ได้ไม่แตกต่างกัน ได้เท่ากับ 0.578 (95%CI: 0.328-0.745) ภายหลังดำเนินการนำได้แนวปฏิบัติการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามเทคนิค ไอเอสบาร์ (ISBAR) ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล อายุ ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด โรคประจำตัว สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส การแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สารน้ำที่ได้รับ สัญญาณชีพก่อนย้าย ภาวะสุขภาพของทารกการกระตุ้นนมแม่ และสิ่งที่ติดตามเพิ่มเติม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ มีไว้เพื่อการสื่อสารข้อมูล โดยใช้เทคนิคไอเอสบาร์ (ISBAR) มีแนวทางชัดเจน ครบถ้วนและครอบคลุม^{26,33} ช่วยส่งต่อข้อมูลสำคัญ เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้องและนำไปวางแผนการดูแลมารดาได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ประกอบด้วย ระดับเสี่ยงปานกลาง 15 ข้อ ระดับเสี่ยงสูง 11 ข้อ และการสรุประดับความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด โดยผลจากการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดด้วยการค้นหาและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงจะช่วยให้ค้นพบผู้มีความเสี่ยง^{1,7} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด และระยะคลอด มาปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดและแบ่งระดับความเสี่ยงให้เหมาะสมกับบริบทในหน่วยงานและลักษณะภาวะสุขภาพของมารดา โดยใช้ปัจจัยเสี่ยงของ 4 สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด⁵ ผู้วิจัยเพิ่มปัจจัยเสี่ยงเนื้องอกในโพรงมดลูกโดยระบุขนาด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสูง เนื่องจากเนื้องอกจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก²²

ส่วนที่ 3 แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การนำแนวความคิดการตื่นตัวเตรียมพร้อมในสัญญาณไฟจราจร มาปรับในการแบ่งกลุ่มจัดระดับความเสี่ยงจะทำให้เป็นการกระตุ้นเตือนพยาบาลได้ชัดเจน^{25,27} ซึ่งระบุสัญลักษณ์สีเขียว (เสี่ยงต่ำ) สีเหลือง (เสี่ยงปานกลาง) และสีแดง (เสี่ยงสูง) ในการปฏิบัติให้ชวนปายสีไว้หัวเตียงและแนบแผ่นการ์ดที่หน้าเอกสารแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามปกติมาตรฐาน และ

2) แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง

3. การประเมินผลการนำร่องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วย 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์

3.1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 9 ราย ให้ความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 85 ($\bar{X}=4.85$)

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 75 ($\bar{X}=4.75$) และมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติโดยระบุจุดเด่นคือ สามารถแบ่งความเสี่ยงมารดาหลังคลอดได้ชัดเจน มีแนวการดูแลที่ครอบคลุม และควรนำมาใช้ในหน่วยงาน และจุดที่ต้องปรับปรุง คือ การเตรียมอุปกรณ์สายวัดระดับยอมนดลูกให้เพียงพอต่อการใช้งาน และควรมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติติดไว้ในส่วนที่สามารถมองเห็นได้ง่าย ผู้วิจัยดำเนินการนำสายวัดและแผ่นรายละเอียดแนวปฏิบัติแขวนไว้ที่รถวัดสัญญาณชีพ ทั้ง 3 คัน เพื่อให้สะดวกต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

3.3 การปฏิบัติของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า มีการใช้แนวปฏิบัติดังนี้

3.3.1 การบันทึกข้อมูลสุขภาพมารดาหลังคลอดตามเทคนิคไอเอสบาร์ (ISBAR) พยาบาลนำใช้ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการระบุสิ่งที่ต้องตรวจหรือติดตามเพิ่มเติม เช่น เอกซเรย์ การเจาะเลือดหรือติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแนะนำหรือระบุกิจกรรมการพยาบาลที่จำเป็นต้องเฝ้าระวังหรือดูแลต่อเนื่องให้แก่พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอด สามารถปฏิบัติได้เพียง ร้อยละ 40 รายละเอียดดังตาราง

3.3.2 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลนำใช้ทุกคนและระบุความเสี่ยงครบ คิดเป็นร้อยละ 100

3.3.3 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลนำใช้ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 พบว่า พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับการประเมินและจัดระบบความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แขนว และแนบแผ่นการ์ดสี วัดสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก การกระตุ้นขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินแผลฝีเย็บและเลือดออกทางช่องคลอด รายละเอียดดังตาราง

3.4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาหลังคลอด เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 75 เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 โดยสูญเสียเลือดประมาณ 609 มิลลิลิตร และมีความเข้มข้นของเลือดลดลง ร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับก่อนคลอด แต่ไม่ได้รับเลือดทดแทนและไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละของข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
ส่วนที่ 1 ด้านการสื่อสารตามเทคนิค ไอเอสบาร์ (ISBAR) ครบคลุม		
1. Identify	20	100
2. Situation	19	95
3. Background	17	85
4. Assessment	15	75
5. Recommendation	8	40
ส่วนที่ 2 ด้านการปฏิบัติของพยาบาลตามแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด		
1. การประเมินระดับความเสี่ยง	20	100
2. การบริหารลงเตียงตามระดับความเสี่ยง		
ไม่ปฏิบัติ	1	5
ปฏิบัติ	19	95
3. การระบุสีตามระดับความเสี่ยง	20	100
4. การวัดสัญญาณชีพ	20	100
5. การประเมินความปวด	20	100
6. การประเมินลักษณะการหดตัวของมดลูก	20	100
7. การวัดระดับยอคมดลูก		
ไม่ปฏิบัติ	9	45
ปฏิบัติ	11	55
8. การกระตุ้นขับถ่ายปัสสาวะ	20	100
9. การประเมินลักษณะแผลฝีเย็บ	20	100
10. การประเมินเลือดออกทางช่องคลอด	20	100
11. การแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตความผิดปกติ	20	100
12. การกระตุ้นให้นมหรือป้อนนมทุก 2-3 ชั่วโมง	20	100
13. การให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา	20	100
14. การดูแลให้รับประทานอาหารและดื่มน้ำ	20	100
15. การให้นอนพักบนเตียง 12 ชั่วโมงหลังคลอด		
ไม่ปฏิบัติ	1	5
ปฏิบัติ	19	95
16. การติดตามระดับความเข้มข้นเลือด		
ไม่ปฏิบัติ	1	5
ปฏิบัติ	4	20
ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ต้องปฏิบัติ	19	75
17. การรายงานแพทย์		
ปฏิบัติ	1	5
ไม่เกิดเหตุการณ์ที่ต้องปฏิบัติ	19	95

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน (n=20)	ร้อยละ
ด้านที่ 3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาหลังคลอดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด		
1. วิธีการคลอด Normal labor	20	100
2. ระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด		
เสี่ยงต่ำ	15	75
เสี่ยงสูง	5	25
3. สัญญาณชีพ		
ผิดปกติ	1	5
ปกติ	19	95
4. การขับถ่ายปัสสาวะ		
ปัสสาวะได้เองภายใน 6-8 ชั่วโมง	18	90
สวนปัสสาวะทิ้ง	1	5
คาสายสวนปัสสาวะจากห้องคลอด	1	5
5. ลักษณะแผลฝีเย็บ		
REEDA 0 คะแนน	14	70
REEDA 1 คะแนน	6	30
6. ประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมง		
หลังคลอด (มิลลิลิตร)		
ไม่ตกเลือด ปริมาณเลือด 100-499 มิลลิลิตร	19	95
ตกเลือด ปริมาณเลือด 500 มิลลิลิตรขึ้นไป	1	5
$\bar{X}=344.60$ มิลลิลิตร, $SD=94.93$ มิลลิลิตร, $min=188$ มิลลิลิตร, $max=609$ มิลลิลิตร		

อภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ในหอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พัฒนาขึ้นได้ผลลัพธ์ในด้านนวัตกรรม ประเภทรูปแบบวิธีการหรือแนวทาง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา¹⁵ และมีความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของ Iowa Model¹⁴ ซึ่งมีขั้นตอนเข้าใจง่ายและชัดเจน ช่วยในการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้เกิดการส่งเสริม การติดตามและ ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งจากกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหน่วยงานที่มี การคัดเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไข การจัดตั้งทีมพัฒนา การสืบค้น การวิเคราะห์ สังเคราะห์และประยุกต์ใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง มาพัฒนาและดำเนินการนาร่องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย 2x การประเมินผลและสู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไข โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความครอบคลุมเชิงเนื้อหา (I-CVI) และทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ พิจารณากรณีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3-5 คน ค่า I-CVI ควรมีค่าเท่ากับ 1 และค่า S-CVI ควรมีค่า 0.80 ขึ้นไป³⁴ การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งแบบบันทึกผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ ระหว่างผู้สังเกต โดยใช้การวิเคราะห์ค่าคะแนนจากผลการสังเกตที่ได้ไม่แตกต่างกัน¹⁶ ได้เท่ากับ 0.578 (95%CI: 0.328-0.745) และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

เท่ากับ 0.84 (เกณฑ์พิจารณาค่าที่ยอมรับได้ของสถิติ 0.70 ขึ้นไป³⁵ จากนั้นมีการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อมารดาหลังคลอดและมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน จากการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของผลงานที่พัฒนาขึ้น ก่อให้เกิดการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอดใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของ IOWA Model¹⁴ ที่มาใช้ในการพัฒนาอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการคัดสรรจากผู้เชี่ยวชาญมาประยุกต์ใช้ จากการดำเนินงานโดยพยาบาลในหน่วยงานก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เนื่องจากความร่วมมือของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พุนศิริ³⁶ ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอนามัยแม่และเด็ก พบว่า การมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลมีความรู้เรื่องการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ร้อยละ 90.91 สอดคล้องกับการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และคณะ³⁷ ที่พบว่า พยาบาลที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและพิจารณาแนวปฏิบัติที่มีอยู่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน จึงทำให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ การศึกษาของกฤษฎณา สารบรรณ และคณะ²⁸ ณัฐนนท์ ศิริมาศ¹³ และศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์¹⁷ ยังพบว่า จากการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้มีแนวทางชัดเจน เนื้อหาสอดคล้องครอบคลุมและสะดวกต่อผู้ใช้แนวปฏิบัติ อันจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น เกิดความน่าเชื่อถือ พยาบาลมีแนวทางในการประเมินคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลมารดาหลังคลอดที่ชัดเจน ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมารดาหลังคลอดปลอดภัย

2. ด้านความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน โดยพยาบาลมีความคิดเห็นหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ($\bar{X}=5.00$, $SD=0.000$) เท่ากับช่วยให้การบริการที่มีคุณภาพ ($\bar{X}=5.00$, $SD=0.000$) เนื้อหาครอบคลุม ($\bar{X}=4.90$, $SD=0.308$) เท่ากับเป็นเครื่องมือที่ช่วยตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X}=4.90$, $SD=0.308$) และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน ($\bar{X}=4.85$, $SD=0.366$) อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน ก่อให้เกิดผลดีต่อการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานและมีแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์¹⁷ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริงมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง ($\bar{X}=4.12$, $SD=0.5$)

3. ด้านความพึงพอใจของพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากการที่พยาบาลในหน่วยงานมีส่วนร่วม ส่งผลให้พยาบาลรู้สึกพึงพอใจในผลงาน ก่อให้เกิดการให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และคณะ³⁷ ที่พบว่า พยาบาลที่มีส่วนร่วมในการวางแผน

และพิจารณาแนวปฏิบัติที่มีอยู่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน จึงทำให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา สารบรรณ และคณะ²⁸ ณฐนนท์ ศิริมาศ¹³ และศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์¹⁷ ที่พบว่า จากการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและมารดาหลังคลอดปลอดภัย

4. ด้านผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ในหอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้แก่

4.1 พยาบาลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของผลงานและทำให้เกิดความร่วมมือ สอดคล้องกับการศึกษาของปทุมมา กังวานตระกูล และคณะ ที่พบว่า พยาบาลที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและพิจารณาแนวปฏิบัติที่มีอยู่ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเป็นเจ้าของผลงาน จึงทำให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ³⁷ และการที่มีแนวทางในการประเมินคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลมารดาหลังคลอดที่ชัดเจน ก่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง^{13,17,28}

4.2 ผลลัพธ์ด้านคลินิกของมารดาหลังคลอด หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบมารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยเป็นผู้ที่มีระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสูงเนื่องจากการมีเลือดออกทางช่องคลอดในช่องคลอด จำนวน 300 มิลลิลิตร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดระดับสูง อธิบายได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แบบมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือที่ดีที่ช่วยให้พยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ส่งผลให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน และเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงสูงอย่างครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่ได้รับส่วนประกอบของเลือดทดแทนและไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของพูลสวัสดิ์ โพธิ์ทอง และคณะ²⁷ ที่พบว่า หลังใช้ระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลเลย มารดาตกเลือดหลังคลอดลดลง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของณฐนนท์ ศิริมาศ และคณะ¹³ ที่ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลมีความพึงพอใจและนำแนวปฏิบัติไปใช้มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตกเลือดลดลง และไม่พบอุบัติการณ์มารดาตายจากการตกเลือดหลังคลอด แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาหลังคลอด ดังนั้น แนวปฏิบัติการที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลในหน่วยงานได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยหลังคลอดและทารกแรกเกิด 2x โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากกระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหน่วยงานในการพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน มีกิจกรรมการพยาบาลที่ชัดเจนและครอบคลุม มีความตรงตามเนื้อหาและมีความเที่ยงสูง จากผลการนำร่องใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง ในหน่วยงาน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด มารดาหลังคลอดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกินดัชนีชี้วัดของหน่วยงาน และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แนวปฏิบัติการพยาบาล ดังกล่าว มีประโยชน์ที่พยาบาลจะนำไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงเรียนแพทย์ที่มีบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และในส่วนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิ ควรปรับหรือประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมตามบริบทและศักยภาพ ในการดูแลผู้รับบริการของแต่ละโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น และศึกษาประเมินผลในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว.พรนภา บุญตาแสง หัวหน้างานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม พว.สุนทรี น้ำใจทหาร หัวหน้าหอผู้ป่วย 2x และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบคุณมารดาหลังคลอดและเจ้าหน้าที่ในหน่วยห้องคลอดและหอผู้ป่วย 2x ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยในการวิจัยครั้งนี้

References

1. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, et al. FIGO recommendations on the management of postpartum haemorrhage 2022. International journal of gynaecology and obstetrics 2022;157:3–50.
2. Queensland Clinical Guidelines. Postpartum hemorrhage guideline No. MN18.1-V10-R23 Queensland Health [Internet]. Queensland: Queensland Health;2021 [updated 2024; cited 2021 Sep 2]. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
3. Ministry of Public Health. Maternal mortality rate [Internet]. Nontaburi: Department of Health, Ministry of Public Health;2022 [updated 2020; cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2021> (in Thai)

4. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Mother's registration report. Khon Kaen: Srinagarind Hospital;2021. (in Thai)
5. Leeman L, Quinlan JD, Dresang LT, Gregory DS, Howell L. Advanced life support in obstetrics provider manual. 9th ed. Kansas: The American Academy of Family Physicians (AAFP);2017.
6. World Health Organization. WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization;2018 [updated 2024; cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>
7. Florida perinatal quality collaborative. Florida obstetric hemorrhage initiative toolkit: a quality improvement initiative for obstetric hemorrhage management [Internet]. CA: Florida perinatal quality collaborative; 2015 [updated 2024; cited 2021 Aug 11]. Available from: <https://health.usf.edu/publichealth/chiles/fpqc/~media/5EB396812B504B2ABC336812AE82D412.ashx>
8. Lagrew D, McNulty J, Sakowski C, Cape V, McCormick E, Morton CH. Improving health care response to obstetric hemorrhage, a California maternal quality care collaborative toolkit. CA: California Maternal Quality Care Collaborative;2022.
9. Einerson BD, Baksh L, Fisher JA, Sullivan A, Clark EAS. Postpartum hemorrhage implementing your bundle [Internet]. UT: University of Utah; 2016 [updated 2024; cited 2021 Aug 11]. Available from: <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/pregnancy-care-Idactics/201609.09-postpartumhemorrhage.pdf>
10. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists [RTCOG]. RTCOG Clinical practice guideline prevention and management of postpartum hemorrhage [Internet]. Bangkok: he The royal Thai college of obstetricians and gynecologists; 2020 [updated 2024; cited 2021 Aug 2]. Available from: <https://mch.hpc1.go.th/uploads/article/website/1/CPG%20MCH%20%E0%B9%80%E0%B8%82%E0%B8%95%201%202014.pdf> (in Thai)
11. Tiruneh B, Fooladi E, McLelland G, Plummer V. Incidence, mortality, and factors associated with primary postpartum haemorrhage following in-hospital births in northwest Ethiopia. PLoS One 2022;17(4):e0266345.
12. The royal Thai college of obstetricians and gynecologists [RTCOG]. RTCOG guideline postpartum management after vaginal delivery [Internet]. Bangkok: he The royal Thai college of obstetricians and gynecologists; 2012 [updated 2024; cited 2022 Nov 11]. Available from: https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-020_summary.pdf (in Thai)
13. Sirimas N, Somsripang P, Padklang S, Jaksujinda J. The development care system for women pregnant of prevention postpartum hemorrhage in Sakon Nakhon Hospital. Journal of Nursing and Health Care 2014;32(2):37-46. (in Thai)

14. Iowa Model Collaborative, Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, et al. Iowa model of evidence-based practice: revisions and validation. *Worldviews Evid Based Nurs* 2017;14(3):175-82.
15. Wongkhan K. Research and development (R&D) and participatory action research (PAR) [Internet]. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University;2018 [updated 2024; cited 2023 Mar 8]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/08f2018072012262188.pdf (in Thai)
16. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine* 2016 Jun;15(2):155-63.
17. Pinpo S. The effect of clinical nursing practice guideline for prevention and management of 2-24 hours postpartum hemorrhage at postpartum ward, Khon Kaen Hospital [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen Univ;2021. (in Thai)
18. Srisa-ard B. Introduction to research. 8th ed. Bangkok: Sureevrivarasarn; 2010. (in Thai)
19. Iamchareon T. Postpartum hemorrhage: significance of nurse's roles in prevention. *APHEIT Journal* 2017;6(2):146-57. (in Thai)
20. Kummatid A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: a 3-step method. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(3):246-59. (in Thai)
21. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 6-10.
22. I-Tuporn N, Nutravong T, Ratanasiri A, Boonprasert K, Chatrchaiwiwatana S, Na Pikul T. Risk factors for postpartum hemorrhage via vaginal deliveries: systematic review and meta-analysis. *Chiangrai Medical Journal* 2018;10(1):149-60. (in Thai)
23. Ende HB, Lozada MJ, Chestnut DH, Osmundson SS, Walden RL, Shotwell MS, et al. Risk factors for atonic postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2021;137(2):305-23.
24. Girault A, Deneux-Tharaux C, Sentilhes L, Maillard F, Goffinet F. Undiagnosed abnormal postpartum blood loss: incidence and risk factors. *PLoS One* 2018;13(1):e0190845.
25. Outchareon S. The effectiveness of prevention of postpartum hemorrhage, according to the Sampharn model, Samphran hospital, Nakhon Pathom province. *Journal of Arts Management* 2019;3(2):125-40. (in Thai)
26. Bandidpanicha P, Ponsane N, Luangkwan S. The development of nursing care system for prevention postpartum hemorrhage. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2017;32(2):131-44. (in Thai)
27. Pothong P, Kachodnog S, Boonmasri P, Nuntana R. The effects development of monitoring and prevention system for postpartum hemorrhage patients in private obstetrics and gynecology ward, Loei Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal* 2019; 39(2):14-23. (in Thai)

28. Sarabun K, Phuwongkrai O, Limbupasiriporn S, Khotrwmma K. Development of clinical nursing practice guidelines to prevent of 2-24 hours postpartum hemorrhage in obstetrics ward, Nongkhai Hospital. *Journal of Nongkhai Hospital* 2021;1(1):1-22. (in Thai)
29. Tort J, Rozenberg P, Traore M, Fournier P, Dumont A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:235.
30. Nyflot LT, Sandven I, Stray-Pedersen B, Pettersen S, Al-Zirqi I, Rosenberg M, et al. Risk factors for severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017;17(1):17.
31. Komoltri J. Sample size calculation. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012;20(3): 192-8. (in Thai)
32. Perneger TV, Courvoisier DS, Hudelson PM, Gayet-Ageron A. Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research* 2015;24(1):147-51.
33. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018. Bangkok: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2018.
34. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health* 2006;29(5):489-97.
35. Tavakol M, Dennick R. Making sense of cronbach's alpha. *IJME* 2011;2:53-5.
36. Tunsiri G. Effects of participatory learning on development of clinical nursing practice guideline to prevent postpartum hemorrhage in maternal and child health care network in Sisaket province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division* 2013;31(4):115-20. (in Thai)
37. Kangwantrakul P, Inyasri O. Development of nursing practice guideline for the prevention of postpartum hemorrhage in the first two hours after giving birth at labor room, Udonthani hospital. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2017;33(2):121-34. (in Thai)