บทความวิจัย | ORIGINAL ARTICLE

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for the Prevention of Early Postpartum Hemorrhage in the Labor Room, Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani Province

รัสณีย์ แสงมนตรี[1*], วัจฉราพร จูงไทย[2]

Ratsanee Saengmontri[1*], Watcharaphon Joongthai[2]

[1] พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี / Registered Nurse, Labor Room Nursing Unit, Nursing Department, Ban Dung Crown Prince Hospital, Ban Dung District, Udon Thani Province

[2] พยาบาลวิชาชีพ งานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี / Registered Nurse, Research and Development Unit, Nursing Department, Ban Dung Crown Prince Hospital, Ban Dung District, Udon Thani Province

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 11 สิงหาคม 2569 ✓**แก้ไขบทความ:** 17 สิงหาคม 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 28 สิงหาคม 2569

การอ้างอิง (Citation): รัสณีย์ แสงมนตรี, วัจฉราพร จูงไทย. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(2):73-86.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ศึกษาผลลัพธ์ ทดสอบผลลัพธ์เทียบกับเกณฑ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน และเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ โดยประยุกต์วงจร Plan Act Observe Reflect ร่วมกับการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ระหว่างเดือนมกราคม–สิงหาคม พ.ศ. 2569 ผู้ร่วมวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอดและหลังคลอด 13 คน (ประชากรทั้งหมด) และผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 32 คน ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์และวางแผนพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผลและสะท้อนผล เครื่องมือคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ รวมทั้งแบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา One-sample t-test, Paired t-test, 95% CI และ Cohen's d กำหนดนัยสำคัญที่ 0.05

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลระยะรอคลอด การดูแลระยะคลอดตามหลัก AMTSL การเฝ้าระวัง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การประเมินและจัดการตามหลัก 4Ts และการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความรู้เฉลี่ย 17.15 จาก 20 คะแนน (ร้อยละ 85.77) ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ร้อยละ 80 (p=0.066) ส่วนผู้คลอดมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความรู้เพิ่มจาก 11.84 เป็น 16.53 คะแนน การปฏิบัติตนเพิ่มจาก 3.12 เป็น 4.05

คะแนน, p<0.001) ความต้องการพัฒนา ($\bar{x}$=3.84) ความเป็นไปได้ ($\bar{x}$=3.78) และความพึงพอใจ ($\bar{x}$=4.03) อยู่ในระดับมากและสูงกว่าเกณฑ์ 3.40 อย่างมีนัยสำคัญ (p<0.05) แนวปฏิบัติชัดเจน เหมาะสมกับบริบท และนำไปใช้ได้จริง ควรติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด, แนวปฏิบัติการพยาบาล, ห้องคลอด, สถิติเชิงอนุมาน

Abstract

This action research aimed to 1) develop clinical nursing practice guidelines for the prevention of early postpartum hemorrhage (PPH) in the labor room of Ban Dung Crown Prince Hospital, Udon Thani Province, 2) evaluate the outcomes of guideline implementation, 3) test the outcomes against predefined criteria using inferential statistics, and 4) compare knowledge and self-care practices of postpartum women before and after receiving care under the guideline. The Plan–Act–Observe–Reflect cycle was applied with an evidence-based practice approach from January to August 2026. Participants were 13 registered nurses in the labor and postpartum nursing units (total population). In addition, 32 postpartum women who received care under the guideline were included for outcome evaluation. The study had three phases: situation analysis and planning, guideline development and pilot implementation, and outcome evaluation and reflection. Instruments were a demographic questionnaire, a 20-item knowledge test, and assessments of problems and development needs, feasibility, and satisfaction, together with knowledge and self-care practice assessments for postpartum women. Data were analyzed using descriptive statistics, the one-sample t-test, and the paired t-test with 95% confidence intervals (CI) and Cohen's d, at a significance level of 0.05.

The guideline comprised six components: risk assessment, care during labor, active management of the third stage of labor (AMTSL), surveillance during the first two hours postpartum, assessment and management based on the 4Ts, and handover and continuity of care. After implementation, the mean knowledge score was 17.15 out of 20 (85.77%), which did not differ significantly from the 80% criterion (t=2.02, p=0.066). Among the 32 postpartum women, knowledge scores (11.84 to 16.53 out of 20) and self-care practice scores (3.12 to 4.05 out of 5) were significantly higher after receiving care under the guideline (p<0.001). Development needs ($\bar{x}$=3.84), feasibility ($\bar{x}$=3.78), and satisfaction ($\bar{x}$=4.03) were at a high level and significantly higher than the criterion of 3.40 (p<0.05). The guideline was clear, appropriate to the context, feasible, and well accepted. Continuous monitoring of adherence and clinical outcomes, together with a pre–post evaluation is recommended.

Keywords: early postpartum hemorrhage, clinical nursing practice guideline, labor room, inferential statistics

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาร้อยละ 25–30 โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และเกิดขึ้นได้ทั้งในมารดาที่มีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงล่วงหน้า1 ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การสูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป

ภายหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไปภายหลังการผ่าตัดคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด[2] ทั้งนี้ ACOG และ RCOG เน้นว่าการวินิจฉัยควรพิจารณาร่วมกับอาการทางคลินิก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการช็อก และความจำเป็นในการให้เลือด มิใช่ปริมาณเลือดที่สูญเสียเพียงอย่างเดียว[3,4] สาเหตุอธิบายได้ตามหลัก 4Ts ได้แก่ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) ซึ่งพบบ่อยที่สุด ร้อยละ 70–80 การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) ร้อยละ 20 รกหรือเศษรกค้าง (Tissue) ร้อยละ 10 และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) ร้อยละ 1[5] แม้มีแนวทางมาตรฐาน เช่น การบริหารจัดการระยะที่สามของการคลอดแบบเชิงรุก (AMTSL) การประเมินปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังการเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง ยังพบภาวะนี้ได้แม้ในมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง จึงจำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยบริการ

ประเทศไทยกำหนดให้การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาเป็นตัวชี้วัดสำคัญของระบบบริการสุขภาพ[6] โดยตั้งเป้าหมายอัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ขณะที่ในปี พ.ศ. 2562–2566 อัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 22.5, 22.9, 39.8, 25.66 และ 21 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ และการตกเลือดยังคงเป็นสาเหตุการตายทางสูติกรรมที่พบมากที่สุด[7] โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาด 120 เตียง มีสูติแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำงานการพยาบาลผู้คลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด 15 คน สถิติปี พ.ศ. 2564–2568 พบจำนวนการคลอด 625, 681, 602, 486 และ 467 ราย และภาวะตกเลือดหลังคลอด 21, 26, 12, 7 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.36, 3.82, 1.99, 1.44 และ 0.85 ตามลำดับ[8] แม้แนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square test for trend: χ^2=12.62, df=1, p<0.001) แต่จากการทบทวนเวชระเบียน การสังเกตการปฏิบัติงาน การทบทวนเหตุการณ์ (Case Review) และการสนทนากลุ่ม พบการปฏิบัติที่แตกต่างกันระหว่างบุคคล การประเมินความเสี่ยงและการหดรัดตัวของมดลูกไม่สม่ำเสมอ การบันทึกไม่ครบถ้วน และการส่งต่อข้อมูลระหว่างห้องคลอดกับหอผู้ป่วยหลังคลอดไม่เป็นระบบ ซึ่งอาจกระทบความปลอดภัยของมารดา ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวเป็นสถิติระดับหน่วยงานที่ไม่ได้ทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติใด ๆ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงงานผ่านวงจร Plan–Act–Observe–Reflect ซึ่งส่งเสริมความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติและความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง[9] เมื่อบูรณาการกับการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP)[10] แบบจำลองของ Rosswurm และ Larrabee[11] กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian[12] และแนวทางขององค์การอนามัยโลก ACOG RCOG และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย[1–4,13] จะได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบท งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มศักยภาพของทีม เพิ่มความพึงพอใจ และลดอุบัติการณ์ PPH ได้[14–18] อย่างไรก็ตาม หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติที่พัฒนาร่วมกันโดยผู้ปฏิบัติงานบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงมีช่องว่างระหว่างองค์ความรู้กับการปฏิบัติ (Knowledge-to-Practice Gap) ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อยกระดับความรู้และการปฏิบัติของพยาบาล ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทีม และเพิ่มความปลอดภัยของมารดา โดยใช้สถิติเชิงอนุมานประเมินว่าความรู้ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจแตกต่างจากเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ และเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

3) เพื่อทดสอบผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดด้วยสถิติเชิงอนุมาน

4) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติด้วยสถิติเชิงอนุมาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจร Plan–Act–Observe–Reflect[9] ร่วมกับการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ดำเนินการในงานการพยาบาลผู้คลอดและงานการพยาบาลหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม–สิงหาคม พ.ศ. 2569 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวางแผน (Plan) ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ (Act–Observe) และระยะที่ 3 ประเมินผลและสะท้อนผล (Reflect) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้คลอดและงานการพยาบาลหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา จำนวน 13 คน **ประชากรกลุ่มที่ 2** ผู้คลอดที่เข้ารับบริการคลอดในงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ใช้ประชากรทั้งหมด (Total Population) จำนวน 13 คน โดยไม่สุ่มตัวอย่าง เนื่องจากบุคลากรทุกคนหมุนเวียนดูแลผู้คลอดตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีบทบาทโดยตรงต่อการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 13 คน ให้อำนาจการทดสอบ (Power) ร้อยละ 75 เมื่อขนาดอิทธิพลสูง (Cohen's d = 0.80) และ ร้อยละ 38 เมื่อขนาดอิทธิพลปานกลาง (d = 0.50) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แบบสองทาง

กลุ่มตัวอย่างผู้คลอด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 32 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน ให้อำนาจการทดสอบ (Power) ประมาณร้อยละ 78 เมื่อขนาดอิทธิพลปานกลาง (d = 0.50) และมากกว่าร้อยละ 99 เมื่อขนาดอิทธิพลสูง (d = 0.80) สำหรับ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แบบสองทาง

เกณฑ์การคัดเข้าของพยาบาลวิชาชีพ (Inclusion Criteria) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ปฏิบัติงานในหน่วยงานอย่างน้อย 6 เดือน เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้คลอด และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของพยาบาลวิชาชีพ (Exclusion Criteria) ลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือย้ายหน่วยงานระหว่างการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกระยะ หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้คลอด ได้แก่ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป คลอดทางช่องคลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษา สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของผู้คลอด ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องส่งต่อทันที ไม่สามารถตอบแบบประเมินได้ครบทั้งสองครั้ง หรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด 6 องค์ประกอบ (การประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลระยะรอคลอด การดูแลระยะคลอดตามหลัก AMTSL การเฝ้าระวัง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การประเมินและจัดการตามหลัก 4Ts และการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง) ซึ่งเชื่อมโยงกับแบบประเมินภาวะเสี่ยง Flowchart และ Audit Checklist 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบประเมินความรู้ 20

ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนเต็ม 20 คะแนน (3) แบบประเมินสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา 20 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ (4) แบบประเมินความเป็นไปได้ และ (5) แบบประเมินความพึงพอใจ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 น้อยที่สุด 1.81–2.60 น้อย 2.61–3.40 ปานกลาง 3.41–4.20 มาก และ 4.21–5.00 มากที่สุด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ) ได้ค่า IOC 0.67–1.00 (เกณฑ์ ≥0.50) และแนวปฏิบัติได้ S-CVI เท่ากับ 0.95 (เกณฑ์ I-CVI ≥0.78 และ S-CVI ≥0.90) ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.78 และมาตรประมาณค่า Cronbach's alpha 0.86–0.92 (เกณฑ์ ≥0.70)

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้คลอด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด (2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและการปฏิบัติตนหลังคลอด 20 ข้อ แบบเลือกตอบ คะแนนเต็ม 20 คะแนน และ (3) แบบประเมินการปฏิบัติตนของผู้คลอด 10 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์เดียวกับข้างต้น ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ใช้ KR-20 ได้เท่ากับ 0.76 และแบบประเมินการปฏิบัติตนใช้ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียน สังเกตการปฏิบัติงาน ประชุมทบทวนเหตุการณ์ สนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา และความต้องการพัฒนา ระยะที่ 2 สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ยกร่างแนวปฏิบัติร่วมกับผู้ร่วมวิจัย ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ชี้แจงและอบรมการใช้แนวปฏิบัติ และทดลองใช้ในหน้างานเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ประเมินความรู้ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ และจัดประชุมสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้คลอด ผู้วิจัยประเมินความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ (Pre-test) และประเมินซ้ำภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Post-test) ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และช่วงคะแนน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ One-sample t-test ทดสอบค่าเฉลี่ยของความต้องการพัฒนา ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจเทียบกับเกณฑ์ 3.40 (ขอบบนของระดับปานกลาง) และคะแนนความรู้เทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 (16 จาก 20 คะแนน) โดยตั้งสมมติฐานหลัก H0: μ = ค่าเกณฑ์ และสมมติฐานรอง H1: $\mu \neq$ ค่าเกณฑ์ (สองทาง) รายงานค่า t, df, p-value, 95% CI ของค่าเฉลี่ย และ Cohen's d ตรวจสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk และใช้ Wilcoxon signed-rank test เมื่อข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ทดสอบแนวโน้มอัตราการเกิด PPH รายปีด้วย Chi-square test for trend ส่วนความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ เปรียบเทียบด้วย Paired t-test (df = 31) โดยตั้งสมมติฐานหลัก H0: $\mu d = 0$ และสมมติฐานรอง H1: $\mu d \neq 0$ (สองทาง) รายงานค่าเฉลี่ยของผลต่าง ค่า t, p-value ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ของผลต่าง และขนาดอิทธิพล (Cohen's d) ตรวจสอบการแจกแจงปกติของผลต่างด้วยสถิติ Shapiro-Wilk กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึง หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน และลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วม ส่วนผู้คลอดได้รับการชี้แจงและลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยเช่นเดียวกัน ข้อมูลรายบุคคลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย พยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย 13 คน มีอายุเฉลี่ย 36.23±7.70 ปี (มัธยฐาน 37 ปี, 27–51 ปี) ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 92.3) ดำรงตำแหน่งชำนาญการ (ร้อยละ 69.2) มีอายุงานมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 38.5) มีประสบการณ์การพยาบาลผู้คลอด 6–10 ปี (ร้อยละ 38.5) และเคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้อง (ร้อยละ 69.2) ดังตารางที่ 1

1.2 สภาพปัญหาก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ภาพรวมสภาพปัญหามีค่าเฉลี่ย 2.38 (ระดับน้อย) ประเด็นสูงสุดคือบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ PPH ไม่เพียงพอ ($\bar{x}$=2.77, S.D.=1.17) รองลงมาคือการติดตามผลลัพธ์หลังคลอดยังไม่เป็นระบบ ($\bar{x}$=2.62, S.D.=1.12) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนต่ำสุดคือไม่มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ($\bar{x}$=2.08, S.D.=0.95) สะท้อนว่าปัญหาสำคัญอยู่ที่ความรู้ การติดตามผล และความสม่ำเสมอของการนำแนวทางไปใช้ ดังตารางที่ 2

1.3 ความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ ภาพรวมความต้องการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 3.84 (ระดับมาก) สูงสุดคือการใช้แนวปฏิบัติร่วมกันทั้งหน่วยงาน ($\bar{x}$=4.15, S.D.=1.07) รองลงมาคือระบบติดตามผลลัพธ์ ($\bar{x}$=4.08, S.D.=1.04) และการอบรม/เพิ่มพูนความรู้ ($\bar{x}$=4.00, S.D.=1.00) ส่วนต่ำสุด 3 ประเด็น ($\bar{x}$=3.69) ยังอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 3 และสูงกว่าเกณฑ์ระดับมาก (3.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.025) ดังตารางที่ 8

1.4 กระบวนการพัฒนาและแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น การพัฒนาแนวปฏิบัติดำเนินการตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังตารางที่ 4 ได้แนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะรับใหม่ ระยะรอคลอด/คลอด และระยะหลังคลอด เช่น ประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน ครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป ครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวโต (EFW >3,500 กรัม) ประวัติผ่าตัดที่ตัวมดลูก BMI >30 การชักนำหรือเร่งคลอด การคลอดยาวนาน และการได้รับยา MgSO4 หรือ Terbutaline 2) การดูแลระยะรอคลอด 3) การดูแลระยะคลอดตามหลัก AMTSL ได้แก่ การให้ Oxytocin 5 ยูนิตทางหลอดเลือดดำเมื่อคลอดไหล่หน้า ต่อด้วยสารน้ำผสม Oxytocin 20 ยูนิต อัตรา 120 มล./ชม. การตรวจช่องทางคลอด รก เยื่อหุ้มรก และสายสะดือ การคลึงมดลูกและประเมินการหดรัดตัว และการประเมินกระเพาะปัสสาวะ 4) การเฝ้าระวัง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยกำหนดการตอบสนองตามปริมาณเลือดที่สูญเสีย (300 มล. เป็น Warning sign, 500–999 มล. และ 1,000–1,500 มล.) และส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีเมื่อเสียเลือดมากกว่า 1,500 มล. 5) การประเมินและจัดการตามหลัก 4Ts และ 6) การส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงกับ Flowchart และ Audit Checklist

2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ คะแนนความรู้เฉลี่ย 17.15 จาก 20 คะแนน (ร้อยละ 85.77) ข้อที่ตอบถูกทุกคนมี 6 ข้อ (ข้อ 3, 5, 8, 9, 11 และ 19) ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 53.8) คือข้อ 10 ระยะเวลาประเมินสัญญาณชีพหลังคลอด และข้อ 13 ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของ PPH ดังตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากเกณฑ์ร้อยละ 80 (16 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.066) ดังตารางที่ 8

2.2 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 3.78 (ระดับมาก) สูงสุดคือความชัดเจนของแนวปฏิบัติ และความพร้อมของทรัพยากร อุปกรณ์ และบุคลากร ($\bar{x}$=3.85 เท่ากัน) ต่ำสุดคือความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ ($\bar{x}$=3.69) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 6 และสูงกว่าเกณฑ์ระดับมาก (3.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.028) ดังตารางที่ 8

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 4.03 (ระดับมาก) สูงสุดคือประโยชน์ของแนวปฏิบัติต่อการปฏิบัติงาน ($\bar{x}$=4.15) รองลงมาคือความชัดเจนและ

ความง่ายของขั้นตอน และความมั่นใจในการดูแลผู้คลอด ($\bar{x}$=4.08 เท่ากัน) ต่ำสุดคือรูปแบบการนำเสนอและความสะดวกในการใช้งานจริง ($\bar{x}$=3.92) ดังตารางที่ 7 และสูงกว่าเกณฑ์ระดับมาก (3.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 8

2.4 การทดสอบด้วยสถิติเชิงอนุมาน ผลการทดสอบด้วย One-sample t-test (df = 12) ดังตารางที่ 8 พบว่า ความต้องการพัฒนา ($\bar{x}$=3.84; t=2.56, p=0.025, 95% CI = 3.47–4.21, d=0.71) ความเป็นไปได้ ($\bar{x}$=3.78; t=2.49, p=0.028, 95% CI = 3.45–4.11, d=0.69) และความพึงพอใจ ($\bar{x}$=4.03; t=4.73, p<0.001, 95% CI = 3.74–4.32, d=1.31) สูงกว่าเกณฑ์ระดับมาก (3.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนคะแนนความรู้ ($\bar{x}$=17.15) ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ 16 คะแนน (t=2.02, p=0.066, 95% CI = 15.91–18.39, d=0.56) เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ครอบคลุมค่าเกณฑ์ จึงสรุปไม่ได้ว่าความรู้สูงกว่าเกณฑ์ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างเล็กและอำนาจการทดสอบจำกัด

3. ผลลัพธ์ในผู้คลอดภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอด ผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน มีอายุเฉลี่ย 27.41±5.62 ปี (ต่ำสุด–สูงสุด 18–39 ปี) ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 65.6 เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 56.3 คลอดทางช่องคลอดปกติ ร้อยละ 84.4 และมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 28.1 ดังตารางที่ 9

3.2 การทดสอบความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดด้วยสถิติเชิงอนุมาน ผลการทดสอบด้วย Paired t-test (df = 31) ดังตารางที่ 10 โดยผลต่างของคะแนนมีการแจกแจงปกติ (Shapiro-Wilk $p>0.05$) พบว่า ผู้คลอดมีคะแนนความรู้เฉลี่ยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ($\bar{x}$=16.53, S.D.=2.11) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล ($\bar{x}$=11.84, S.D.=2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 4.69 คะแนน (t=8.56, p<0.001, 95% CI = 3.57–5.81, d=1.51) และคะแนนการปฏิบัติตนเฉลี่ยภายหลังได้รับการดูแล ($\bar{x}$=4.05, S.D.=0.46, ระดับมาก) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล ($\bar{x}$=3.12, S.D.=0.58, ระดับปานกลาง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของผลต่างเท่ากับ 0.93 คะแนน (t=8.22, p<0.001, 95% CI = 0.70–1.16, d=1.45) ขนาดอิทธิพลของทั้งสองตัวแปรอยู่ในระดับสูง และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างไม่ครอบคลุมค่าศูนย์ แสดงว่าผู้คลอดมีความรู้และการปฏิบัติตนดีขึ้นภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ร่วมวิจัย (n = 13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\bar{x}$±S.D.	36.23±7.70	
มัธยฐาน (ต่ำสุด–สูงสุด)	37 (27–51)	
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	12	92.3
ปริญญาโท	1	7.7
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	4	30.8
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	9	69.2
อายุงาน		
1–5 ปี	3	23.1
6–10 ปี	2	15.4
11–15 ปี	3	23.1
มากกว่า 15 ปี	5	38.5
ประสบการณ์การพยาบาลผู้คลอด		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1 ปี	2	15.4
1–5 ปี	4	30.8
6–10 ปี	5	38.5
11–15 ปี	0	0.0
มากกว่า 15 ปี	2	15.4
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอด/การป้องกัน PPH		
เคย	9	69.2
ไม่เคย	4	30.8

ตารางที่ 2 สภาพปัญหาในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ (n = 13)

สภาพปัญหา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ PPH ไม่เพียงพอ	2.77	1.17	ปานกลาง
2. การติดตามผลลัพธ์หลังคลอดยังไม่เป็นระบบ	2.62	1.12	ปานกลาง
3. การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่เป็นระบบ	2.46	1.33	น้อย
4. การเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ	2.46	0.88	น้อย
5. การบันทึกข้อมูลการดูแลยังไม่เป็นมาตรฐาน	2.38	0.96	น้อย
6. การประเมินปริมาณเลือดสูญเสียมีความคลาดเคลื่อน	2.31	1.03	น้อย
7. การสื่อสารในทีม/การส่งต่อยังไม่ชัดเจน	2.31	1.11	น้อย
8. การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่ครอบคลุม	2.23	0.93	น้อย
9. บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน	2.15	1.07	น้อย
10. ไม่มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	2.08	0.95	น้อย
ภาพรวม	**2.38**	-	**น้อย**

ตารางที่ 3 ความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (n = 13)

ความต้องการพัฒนา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ต้องการใช้แนวปฏิบัติร่วมกันทั้งหน่วยงาน	4.15	1.07	มาก
2. ต้องการระบบติดตามผลลัพธ์	4.08	1.04	มาก
3. ต้องการการอบรม/เพิ่มพูนความรู้	4.00	1.00	มาก
4. ต้องการแนวปฏิบัติที่ชัดเจน	3.77	1.09	มาก
5. ต้องการแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง	3.77	1.09	มาก
6. ต้องการคู่มือประกอบการปฏิบัติงาน	3.77	1.09	มาก
7. ต้องการระบบบันทึกติดตาม	3.77	1.17	มาก
8. ต้องการแนวทางประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐาน	3.69	1.03	มาก
9. ต้องการแนวทางเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด	3.69	1.03	มาก
10. ต้องการระบบพร้อมประเมินความเสี่ยง	3.69	0.85	มาก
ภาพรวม	**3.84**	-	**มาก**

ตารางที่ 4 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ระยะ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1. ศึกษาสถานการณ์และวางแผน (Plan)	ทบทวนสถิติและเวชระเบียน PPH ปี 2564–2568 สังเกตการปฏิบัติงาน ประชุมทบทวนเหตุการณ์ (Case Review) สนทนากลุ่ม และประเมินสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา	แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา แนวคำถามสนทนากลุ่ม	8 สัปดาห์ (ม.ค.–ก.พ. 2569)	วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ขั้นการวิเคราะห์ปัญหาของ Rosswurm และ Larrabee
2. พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติ (Act–Observe)	สืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จาก WHO ACOG RCOG และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ ยกร่างแนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อบรมชี้แจง ทดลองใช้และสังเกตการปฏิบัติ	แนวปฏิบัติ แบบประเมินภาวะเสี่ยง Flowchart และ Audit Checklist	16 สัปดาห์ (มี.ค.–มิ.ย. 2569)	การปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk และ Fineout-Overholt หลัก AMTSL และ 4Ts
3. ประเมินผลและสะท้อนผล (Reflect)	ประเมินความรู้ ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจ ประชุมสะท้อนผลและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน	แบบประเมินความรู้ แบบประเมินความเป็นไปได้ และแบบประเมินความพึงพอใจ	8 สัปดาห์ (ก.ค.–ส.ค. 2569)	กรอบแนวคิดคุณภาพบริการของ Donabedian (โครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ตอบคำถามความรู้ได้ถูกต้อง จำแนกรายข้อ (n = 13)

รายการข้อคำถาม	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
1. นิยาม PPH หลังคลอดทางช่องคลอด ≥500 มล.	12	92.3
2. PPH ระยะแรกเกิดภายใน 24 ชั่วโมง	12	92.3
3. สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือมดลูกหดรัดตัวไม่ดี	13	100.0
4. หลัก 4Ts: Tone หมายถึง มดลูกหดรัดตัวไม่ดี	12	92.3
5. ยาที่แนะนำเป็นอันดับแรกในการป้องกัน PPH คือ Oxytocin	13	100.0
6. เวลาให้ Oxytocin เพื่อป้องกัน PPH	11	84.6
7. ความหมายของ AMTSL	12	92.3
8. จุดประสงค์ของการคลึงมดลูกหลังคลอด	13	100.0
9. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของ PPH	13	100.0
10. ระยะเวลาประเมินสัญญาณชีพหลังคลอด	7	53.8
11. อาการเตือนสำคัญของ PPH	13	100.0
12. วิธีประเมินมดลูกหลังคลอด	10	76.9
13. ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของ PPH	7	53.8
14. จุดประสงค์ของการคำนวณปริมาณเลือดสูญเสีย	10	76.9
15. การประเมินความเสี่ยงควรทำเมื่อใด	10	76.9
16. ภาวะโลหิตจางจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงระดับใด	10	76.9

รายการข้อคำถาม	ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
17. แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้เกิดผลใด	12	92.3
18. ผู้มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง PPH	10	76.9
19. การตอบสนองเมื่อพบภาวะเสี่ยงควรเป็นอย่างไร	13	100.0
20. เป้าหมายสำคัญของการป้องกัน PPH	10	76.9
คะแนนเฉลี่ยรวม (คะแนนเต็ม 20)	**17.15**	**85.77**

ตารางที่ 6 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (n = 13)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติที่ทำให้สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง	3.85	0.80	มาก
2. ความพร้อมของทรัพยากร อุปกรณ์ และบุคลากรที่รองรับการปฏิบัติตามแนวทาง	3.85	0.69	มาก
3. ความสะดวกในการนำขั้นตอนของแนวปฏิบัติไปใช้ในหน้างานจริง	3.77	0.83	มาก
4. ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริงอย่างต่อเนื่อง	3.77	1.17	มาก
5. ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	3.69	0.85	มาก
ภาพรวม	**3.78**	**-**	**มาก**

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติ (n = 13)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ประโยชน์ของแนวปฏิบัติต่อการปฏิบัติงาน	4.15	0.55	มาก
2. ขั้นตอนการปฏิบัติมีความชัดเจนและปฏิบัติตามได้ง่าย	4.08	0.64	มาก
3. ความมั่นใจในการดูแลผู้คลอดหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.08	0.76	มาก
4. เนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครบถ้วนและเป็นประโยชน์	4.00	0.58	มาก
5. รูปแบบการนำเสนอแนวปฏิบัติมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย	3.92	0.64	มาก
6. ความสะดวกในการใช้งานแนวปฏิบัติในสถานการณ์จริง	3.92	0.64	มาก
ภาพรวม	**4.03**	**-**	**มาก**

ตารางที่ 8 การทดสอบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์เทียบกับค่าเกณฑ์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (n = 13)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	d	t	95% CI	p-value
ความต้องการพัฒนา	3.84	0.62	0.71	2.56	3.47–4.21	0.025*
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	17.15	2.05	0.56	2.02	15.91–18.39	0.066
ความเป็นไปได้	3.78	0.55	0.69	2.49	3.45–4.11	0.028*
ความพึงพอใจ	4.03	0.48	1.31	4.73	3.74–4.32	<0.001*

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปของผู้คลอดกลุ่มตัวอย่าง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\bar{x}$±S.D.	27.41±5.62	
ต่ำสุด–สูงสุด	18–39	
ระดับการศึกษา		

ต่ำกว่าปริญญาตรี	21	65.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	11	34.4
ลำดับการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	14	43.8
ครรภ์หลัง	18	56.3
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอดปกติ	27	84.4
ใช้สูติศาสตร์หัตถการ	5	15.6
ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด		
มี	9	28.1
ไม่มี	23	71.9

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนของผู้คลอดก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติด้วยสถิติเชิงอนุมาน (n = 32)

ตัวแปร	ก่อน ($\bar{x}$±S.D.)	หลัง ($\bar{x}$±S.D.)	ผลต่างเฉลี่ย (95% CI)	t	d	p-value
ความรู้ (คะแนนเต็ม 20)	11.84±2.76	16.53±2.11	4.69 (3.57–5.81)	8.56	1.51	<0.001*
การปฏิบัติตน (คะแนนเต็ม 5)	3.12±0.58	4.05±0.46	0.93 (0.70–1.16)	8.22	1.45	<0.001*

หมายเหตุ: *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1) พบว่าปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือบุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับ PPH ไม่เพียงพอ ($\bar{x}$=2.77) และการติดตามผลลัพธ์ไม่เป็นระบบ ($\bar{x}$=2.62) ขณะที่ปัญหาต่ำสุดคือไม่มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ($\bar{x}$=2.08) สะท้อนว่าโจทย์สำคัญของหน่วยงานคือช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริง การใช้แนวทางอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลลัพธ์ และการสื่อสารในทีม ส่วนความต้องการสูงสุดคือการใช้แนวปฏิบัติร่วมกันทั้งหน่วยงาน ($\bar{x}$=4.15) เพราะการดูแล PPH ต้องตอบสนองรวดเร็วและทำงานเป็นทีม การมีมาตรฐานเดียวกันช่วยลดความแปรปรวนของการประเมินและการตัดสินใจ สอดคล้องกับ Forbes และคณะ[21] ที่พบว่าอุปสรรคต่อการตรวจพบและจัดการ PPH ในเคนยา ไนจีเรีย และแอฟริกาใต้ ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร การฝึกอบรมจำกัด และการใช้แนวทางไม่สม่ำเสมอ และวันรัฐ พจนา และคณะ[14] ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติป้องกัน PPH ซึ่งช่วยเพิ่มศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ แนวปฏิบัติ 6 องค์ประกอบนี้จึงตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของหน่วยงานโดยตรง

ด้านความรู้ (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2) ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 17.15 จาก 20 คะแนน อาจเกิดจากแนวปฏิบัติพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาและทดลองใช้ และผู้ร่วมวิจัยร้อยละ 69.2 เคยได้รับการอบรมมาก่อน ส่วนประเด็นที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือระยะเวลาการประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนสำคัญของ PPH (ร้อยละ 53.8) อาจเพราะต้องจดจำรายละเอียดเชิงเวลาและเชื่อมโยงภาวะแทรกซ้อนกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก สอดคล้องกับ Coelho และคณะ[19] ที่พบว่าการฝึกด้วยสถานการณ์จำลองในพยาบาล 37 คน ทำให้คะแนนความรู้เพิ่มจากร้อยละ 65 เป็นร้อยละ 90 และ Faustine และคณะ[20] ที่พบว่า

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเพิ่มความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) จึงสนับสนุนว่าการใช้แนวปฏิบัติร่วมกับการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยคงความรู้และเพิ่มความพร้อมของบุคลากร

ด้านความเป็นไปได้และความพึงพอใจ ความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=3.78) โดยความชัดเจนของแนวปฏิบัติและความพร้อมของทรัพยากรสูงสุด ($\bar{x}$=3.85) ส่วนความเหมาะสมของระยะเวลาต่ำสุด ($\bar{x}$=3.69) ซึ่งอาจสะท้อนภาระงานและความเร่งด่วนของห้องคลอด สอดคล้องกับรจนา กุลนิตย์ และคณะ[18] ที่พบความเป็นไปได้ระดับมากที่สุด และสุทธิพร พรมจันทร์ และคณะ[17] ที่พบความเป็นไปได้ร้อยละ 95.45 และอุบัติการณ์ PPH ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.03) โดยประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานสูงสุด ($\bar{x}$=4.15) แสดงว่าแนวปฏิบัติที่ช่วยให้เห็นลำดับการประเมิน การป้องกัน และการตอบสนองชัดเจน ลดความไม่แน่นอนและเพิ่มความมั่นใจของผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับจตุพร วงศ์วัฒนากานต์ และประยูร พรหมทัต[16] ที่พบความพึงพอใจระดับมากที่สุดและไม่พบมารดาตกเลือดหลังคลอดในกลุ่มทดลองใช้ และสุภาวดี เหลืองขวัญ และคณะ[15] ที่พบความพึงพอใจระดับมากที่สุดและอัตรา PPH ลดลงจากร้อยละ 18.9 เหลือ 3.9

ด้านสถิติเชิงอนุมาน ความต้องการพัฒนาความเป็นไปได้ และความพึงพอใจสูงกว่าเกณฑ์ระดับมาก (3.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) โดยความพึงพอใจมีขนาดอิทธิพลสูงสุด (d=1.31) สะท้อนว่าผลที่พบไม่น่าเกิดจากความผันแปรเชิงสุ่มเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับงานที่รายงานนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการเรียนรู้หรือการใช้แนวปฏิบัติ[19,20] ส่วนคะแนนความรู้ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ร้อยละ 80 (p=0.066) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (15.91–18.39) ค่อนข้างกว้าง จึงตีความได้เพียงว่าผลยังไม่แน่นอน มิใช่หลักฐานว่าความรู้ไม่เพียงพอ เนื่องจากอำนาจการทดสอบของกลุ่มตัวอย่าง 13 คนมีจำกัด นอกจากนี้ ความมีนัยสำคัญทางสถิติไม่เท่ากับความสำคัญทางคลินิก และผลการทดสอบเป็นการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดล่วงหน้า มิใช่การเปรียบเทียบก่อน–หลังในพยาบาลวิชาชีพ จึงยังสรุปเชิงอนุมานไม่ได้ว่าแนวปฏิบัติเป็นสาเหตุของผลลัพธ์

ผลลัพธ์ในผู้คลอด พบว่าภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ผู้คลอด 32 คน มีคะแนนความรู้ ($\bar{x}$=16.53, S.D.=2.11) และคะแนนการปฏิบัติตน ($\bar{x}$=4.05, S.D.=0.46) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแล ($\bar{x}$=11.84 และ 3.12 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) โดยขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (d=1.51 และ d=1.45) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างไม่ครอบคลุมค่าศูนย์ อาจอธิบายได้จากการที่แนวปฏิบัติกำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยง การให้ข้อมูล และการสื่อสารกับผู้คลอดอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้คลอดเข้าใจอาการเตือนและปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบก่อน–หลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงควรตีความอย่างระมัดระวัง เพราะผลที่พบอาจเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นประสบการณ์ระหว่างการคลอด และการทดสอบซ้ำด้วยแบบประเมินชุดเดิม

ข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและดำเนินการในหน่วยบริการเดียว ไม่มีการเก็บคะแนนความรู้ก่อนใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ จึงสรุปเชิงสถิติไม่ได้ว่าความรู้เพิ่มขึ้นและยังไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดา เช่น อุบัติการณ์ PPH และปริมาณเลือดที่สูญเสีย การวิเคราะห์เชิงอนุมานมีอำนาจการทดสอบต่ำ ช่วงความเชื่อมั่นกว้าง ค่า p-value อาจไม่เสถียร การทดสอบความเป็นปกติมีความไวต่ำ การทดสอบหลายตัวแปรโดยไม่ปรับระดับนัยสำคัญอาจเพิ่มความเสี่ยงความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 และ One-sample t-test เทียบกับเกณฑ์ไม่ควรอ้างอิงเป็นหลักฐานประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ การขยายผลสู่ประชากรอื่นจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง สำหรับกลุ่มผู้คลอด การศึกษาเป็นการเปรียบเทียบก่อน–หลังในกลุ่มเดียวโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และอาจได้รับอิทธิพลจากการทดสอบซ้ำ (Testing effect) จึงไม่ควรสรุปว่าความรู้และการปฏิบัติตนที่เพิ่มขึ้นเกิดจากแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว

สรุปผลการวิจัย

แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอดที่พัฒนาตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินปัจจัยเสี่ยง การดูแลระยะรอคลอด การดูแลระยะคลอดตามหลัก AMTSL การเฝ้าระวัง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การประเมินและจัดการตามหลัก 4Ts และการส่งต่อข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลมีความรู้ในระดับค่อนข้างสูง (17.15 จาก 20 คะแนน) ความเป็นไปได้และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แสดงว่าแนวปฏิบัติชัดเจน เหมาะสมกับบริบท และนำไปใช้ได้จริง ความต้องการพัฒนา ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจสูงกว่าเกณฑ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนความรู้ไม่แตกต่างจากเกณฑ์ร้อยละ 80 ($p=0.066$) ซึ่งควรยืนยันด้วยการศึกษาเชิงเปรียบเทียบที่มีกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม สำหรับผู้คลอด 32 คน พบว่าคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรกำหนดแนวปฏิบัติเป็นมาตรฐานร่วมของงานการพยาบาลผู้คลอดและหอผู้ป่วยหลังคลอด ทบทวนความรู้และฝึกสถานการณ์จำลองเป็นระยะ โดยเน้นการประเมินสัญญาณชีพหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนสำคัญของ PPH ปรับรูปแบบแนวปฏิบัติให้กระชับ เช่น Flowchart, Checklist และ Trigger เพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลา และรายงานผลเป็นช่วงความเชื่อมั่นและขนาดอิทธิพลควบคู่กับ p-value

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการประเมินก่อน–หลังในผู้เข้าร่วมรายเดิมด้วย Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test ตามการแจกแจงของข้อมูล เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและจำนวนหน่วยบริการ (คำนวณด้วย Power analysis ล่วงหน้า เช่น α=0.05, power=0.80) ออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบในผู้คลอด ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 6–12 เดือน และเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ปริมาณเลือดสูญเสีย อุบัติการณ์ PPH การให้เลือด ภาวะช็อก การส่งต่อ และระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยพิจารณา Mixed-effects model เมื่อมีข้อมูลหลายหน่วยบริการหรือหลายช่วงเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ผู้บริหารทางการพยาบาล สูติแพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนข้อมูล และเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้คลอดและงานการพยาบาลหลังคลอดทุกท่านที่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา พัฒนา ทดลองใช้ ประเมิน และสะท้อนผลแนวปฏิบัติ ตลอดจนมารดาและครอบครัวที่ได้รับบริการ ซึ่งข้อมูลและประสบการณ์จากการดูแลมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A roadmap to combat postpartum haemorrhage between 2023 and 2030. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization. WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e168-86.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage (Green-top Guideline No. 52). London: RCOG; 2016.

5. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw Hill; 2022.
6. Ministry of Public Health. Maternal mortality reduction plan 2023–2027. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
7. Bureau of Reproductive Health, Department of Health. Maternal and child health situation report of Thailand 2024. Nonthaburi: Department of Health; 2024. (in Thai)
8. Labor Room Nursing Unit, Ban Dung Crown Prince Hospital. Statistics of parturients 2024–2026. Udon Thani: Ban Dung Crown Prince Hospital; 2026. (in Thai)
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University Press; 1988.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.
11. Rosswurm MA, Larrabee JH. A model for change to evidence-based practice. Image J Nurs Sch. 1999;31(4):317-22.
12. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
13. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline: prevention and management of postpartum hemorrhage. Bangkok: RTCOG; 2023. (in Thai)
14. Pojana W, Chaiwongsa K, Somchok P. Development of a risk assessment form and nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage through knowledge management, Sawang Daen Din Crown Prince Hospital. Journal of Research and Development in Health System. 2021;14(2):182-94. (in Thai)
15. Luangkwan S, Tupimai B, Chomngam S, Loyden T. Development of clinical nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage in mothers with vaginal delivery, Buriram Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021;36(3):617-29. (in Thai)
16. Wongwattanakan J, Promthat P. Development of practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage in labor room, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Nonthaburi: Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute; 2022. (in Thai)
17. Promchan S, Samutjak N, Kaewjaiboon J. Effects of using nursing practice guideline for prevention of postpartum hemorrhage within 2 hours after delivery. Journal of Nursing and Health Research. 2021;22(2):69-81. (in Thai)
18. Kulnit R, Phan-ngam N, Khamwilaisak R, Panphet N, Yathongchai S. Development of a nursing practice guideline for prevention of postpartum hemorrhage during 2–24 hours after delivery at postpartum and newborn ward 2Kh, Srinagarind Hospital: a feasibility study. Journal of Nursing Science & Health. 2025;48(1):30-47. (in Thai)
19. Coelho TS, Fonseca LMM, Cardoso MVLML, Aquino PS, Costa CC, Maciel NS, et al. Clinical simulation for nurses' knowledge on postpartum hemorrhage: a randomized clinical trial. Rev Bras Enferm. 2025;78(Suppl 1):e20240214. doi:10.1590/0034-7167-2024-0214
20. Faustine R, Tjoflåt I, Risa ECF, Rogathi J, Mahande MJ. Improving Tanzanian student nurse-midwives' knowledge, skills and attitude in postpartum hemorrhage prevention through simulation-based education: a pre-post quasi experimental study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:471. doi:10.1186/s12884-025-07590-4

Forbes G, Akter S, Miller S, Galadanci H, Qureshi Z, Fawcus S, et al. Factors influencing postpartum haemorrhage detection and management and the implementation of a new postpartum haemorrhage care bundle (E-MOTIVE) in Kenya, Nigeria, and South Africa. Implement Sci. 2023;18(1):1. doi:10.1186/s13012-022-01253-0