

บทความวิจัย

ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทางช่องคลอด

มยุรา คุณคำ¹, สุนันทา ศรีมาคำ^{2*}, อรดี โชคสวัสดิ์³, กัลยา บัวบาน⁴, วันวิสา แสนลา⁵

(วันรับบทความ 14 สิงหาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 25 มีนาคม 2569, วันตอบรับบทความ 25 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตของมารดา หากไม่ได้รับการดูแลและรักษาอย่างทันท่วงที การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทางช่องคลอด โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2567-31 กรกฎาคม 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (296.89 ± 59.78 มล. เทียบกับ 340.86 ± 67.90 มล.; $t=2.86$, $p<.05$) และมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองยังมีระดับความพึงพอใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=3.916$, $p<.05$) แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถลดปริมาณการเสียเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และเพิ่มระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดในช่วง 24 ชั่วโมงแรก จึงควรมีการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ในหอผู้ป่วยสูติกรรมเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและส่งเสริมคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด; การป้องกันตกเลือดหลังคลอด; แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอด 24 ชั่วโมง

^{1,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

^{2,3,4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Sunantha@bcnsp.ac.th

Research article

The Effects of a Nursing Practice Guideline to Prevent Postpartum Hemorrhage within the First 24 Hours after Vaginal Delivery

Mayura Khumkham¹, Sunantha Srimakam^{2*}, Oradee Choksawat³, Kanlaya Buaban⁴, Wanvisa Saenla⁵

(Received: August 14 2025; Revised: March 25 2026; Accepted: March 25 2026)

Abstract

Postpartum hemorrhage (PPH) is a critical obstetric emergency associated with a high risk of maternal mortality if timely intervention is not provided. This study aimed to evaluate the effectiveness of a nursing practice guideline (NPG) in preventing PPH during the first 24 hours following vaginal delivery. A quasi-experimental Research Design was employed. Through purposive sampling, 70 postpartum women who underwent vaginal delivery were assigned to either an experimental group or a control group (n=35 per group). Data were collected from December 1, 2024, to July 31, 2025. The research instruments included the NPG—which demonstrated acceptable content validity (IOC=0.67) and high reliability (Cronbach's alpha=0.90)—a data recording form, and a maternal satisfaction questionnaire. Data analysis was performed using an independent t-test.

The findings indicated that the experimental group had significantly lower mean blood loss within the first 24 hours postpartum compared to the control group (296.89±59.78 mL vs. 340.86±67.90 mL; $t=2.86$, $p<.05$). Furthermore, maternal satisfaction in the experimental group was significantly higher than in the control group ($\chi^2=3.916$, $p<.05$). These results indicate that the nursing practice guideline effectively reduced postpartum blood loss and enhanced maternal satisfaction within the first 24 hours after vaginal delivery.

In conclusion, the findings demonstrate that the nursing practice guideline (NPG) is effective in preventing postpartum hemorrhage within the first 24 hours of delivery. Consequently, it is recommended that this guideline be integrated into standard obstetric protocols to strengthen PPH prevention and enhance the quality and safety of postpartum nursing care.

Keywords: Postpartum hemorrhage; Prevention of postpartum hemorrhage; Nursing practice guideline for preventing postpartum hemorrhage within 24 hours after vaginal delivery

^{1,5} Registered Nurse, Sunpasitthiprasong Hospital

^{2,3,4} Lecturer Boromarajonani College of Nursing Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani

* Corresponding Author Email: Sunantha@bcnsp.ac.th

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage; PPH) คือภาวะที่สูญเสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอดหรือเสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด โดยแบ่งชนิดของภาวะตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระยะตามเวลาของการเกิด คือ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early postpartum hemorrhage ; Early PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอดจนถึง 24 ชั่วโมงแรก และ 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage; Late PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดเกิดหลังคลอด 24 ชั่วโมงจนกระทั่งถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด⁽¹⁾ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติกรรมและเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 อันดับแรกของมารดาหลังคลอดทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าปี พ.ศ.2566 มารดาเสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดประมาณ 260,000 รายทั่วโลก ทวีปเอเชียกลางและใต้ (Central and southern asia) คิดเป็นประมาณร้อยละ 17 ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดทั่วโลก โดยมารดาที่เสียชีวิตกว่าร้อยละ 30.8 เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดและมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด⁽²⁾ ส่วนในประเทศไทยสถิติของกรมอนามัย พบว่าในปีงบประมาณ 2565-2567 มีมารดาเสียชีวิตหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 25.86 21.40 และ 19.29 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ⁽³⁾ ซึ่งหนึ่งในสาเหตุของมารดาเสียชีวิตคือสาเหตุโดยตรงจากการตกเลือดสำหรับเขตสุขภาพที่ 10 นั้น ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีอัตราส่วนการตายของมารดาร้อยละ 11.01 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งเป็นมารดาตายจากการตกเลือด 1 ราย⁽³⁾ และจากการทบทวนสถิติย้อนหลังจากเวชระเบียนปีงบประมาณ 2564-2566 ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า มารดาที่คลอดทางช่องคลอดเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกจำนวน 2 ราย (0.22%), 6 ราย (0.69%) และ 4 ราย (0.65%) ตามลำดับ ความแตกต่างของข้อมูลเชิงสถิติ อาจสัมพันธ์กับสาเหตุ และมาตรฐานการจัดการระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกัน

สาเหตุสำคัญของภาวะตกเลือดหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ร้อยละ 80 เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ส่งผลให้หลอดเลือดบริเวณรกรอกตัวไม่ปิดตามกลไกการห้ามเลือดตามธรรมชาติของร่างกาย⁽⁴⁾ ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤตที่สำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การตั้งครรภ์หลายครั้ง (Grand multiparity) ทารกตัวโต (Macrosomia) ครรภ์แฝด (Twins) ครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) รกค้าง (Retained placenta) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) การกระตุ้นการคลอดหรือเร่งคลอด (Induction of labor) การคลอดยาวนาน (Prolonged labor) หรือเร็วเกินไป (Precipitate labor) และเคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอดมาก่อน^(1,4,5,6) ปัจจัยเหล่านี้เป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักและประเมิน มารดาอย่างเป็นระบบเพื่อการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

ความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของมารดาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว โดยในระยะแรกมารดาอาจเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการสูญเสียปริมาตรเลือดอย่างรวดเร็ว นำไปสู่สภาวะช็อก (Hypovolemic shock) ภาวะช็อกอย่างรุนแรง และอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหากไม่ได้รับการแก้ไขทันที่ ส่วนในระยะยาว การสูญเสียเลือดในปริมาณมากส่งผลให้อวัยวะสำคัญรวมถึงสมองขาดออกซิเจน โดยเฉพาะภาวะต่อมใต้สมองขาดเลือด (Sheehan's syndrome) ซึ่งกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อและการสร้างน้ำนม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาพยาบาลมารดา และครอบครัว รวมถึงความเสี่ยงต่อการรื้อเรียน

ตามมาตรา 41 (ม.41) พระราชบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งว่าด้วยการคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เนื่องด้วยความไม่พึงพอใจต่อผลลัพธ์ของการบริการทางสาธารณสุข

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอด ครอบคลุมตั้งแต่การบริหารจัดการเชิงรุกผ่านการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง (Risk assessment) โดยวิเคราะห์ประวัติทางสูติกรรมและผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อจัดระดับความเสี่ยงและวางแผนการพยาบาลรายบุคคล ควบคู่ไปกับ การเฝ้าระวังและการตัดสินใจทางคลินิก (Monitoring and clinical decision making) อย่างใกล้ชิด โดยการประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินการสูญเสียเลือดอย่างแม่นยำ เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการขาดเลือด นอกจากนี้ พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน โดยประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อกู้ชีพเบื้องต้นตามมาตรฐาน การบริหารยาหดตัวของมดลูก การให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือด รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีระบบ เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการประเมินและดูแลรักษาอย่างรวดเร็วผ่านแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานจึงเป็นกลไกหลักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตายของมารดา และยกระดับการดูแลในงานสูติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด พบว่าการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Practice Guidelines: CPG) ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า สาเหตุการตายของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่ป้องกันได้หากมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ⁽³⁾ เช่น การคัดกรองความเสี่ยงที่แม่นยำ การส่งเสริมการหดตัวของมดลูก และการบริหารยาที่ถูกต้อง⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ในบริบทของการปฏิบัติงานจริง ยังพบช่องว่างเชิงทักษะและการจัดการ (Practice gap) โดยเฉพาะอาจเกิดความไม่สอดคล้องในการประเมินความเสี่ยงและการตัดสินใจทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Standardization) ซึ่งส่งผลต่อความล่าช้าในการจัดการหากมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในบริบทของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มาก่อน ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อนโยบาย "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย" และยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในการลดอัตราการตายในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมง สำหรับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่การใช้ประโยชน์จริงในทางคลินิก การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว และศึกษาระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด เพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการยกระดับศักยภาพของการพยาบาล ให้สามารถดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ป้องกันได้ และสร้างความคุ้มค่าให้แก่ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

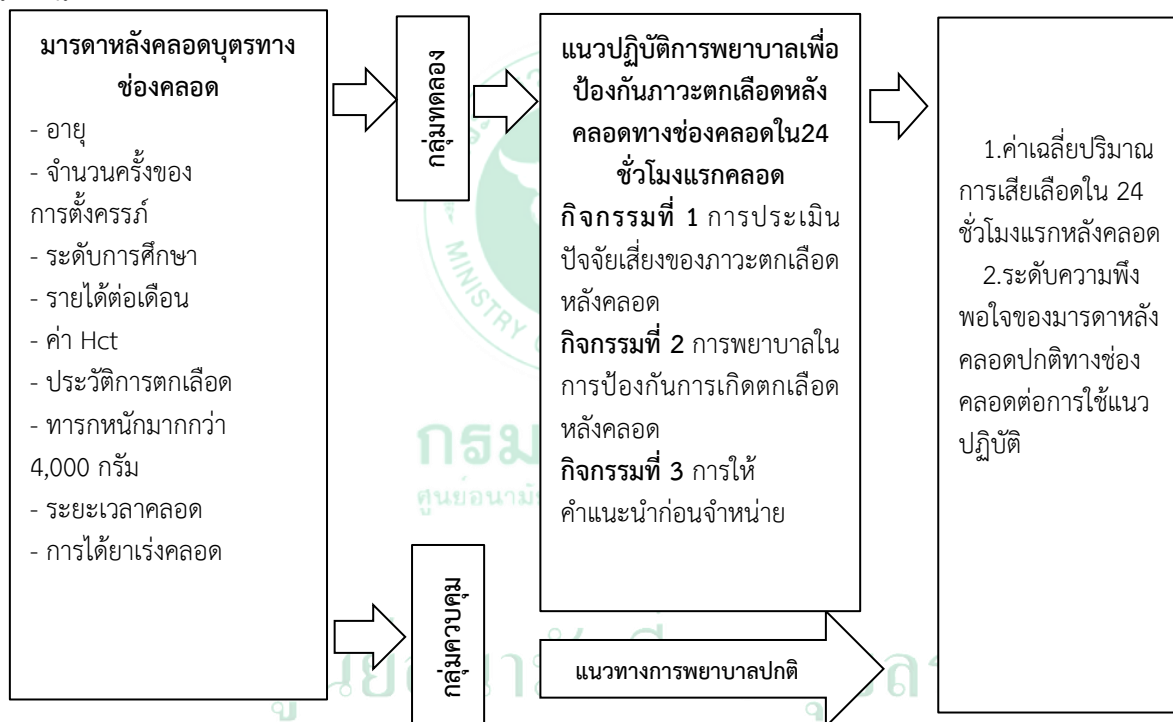
1. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกคลอด
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกคลอด

3. สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกมีปริมาณเลือดออกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดใช้การบูรณาการแนวปฏิบัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและผลลัพธ์การศึกษาจากวรรณกรรม งานวิจัยต่าง ๆ มาประยุกต์และพัฒนา มาเป็นกรอบในการศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกคลอด โดยใช้โดนาปีเดียน โมเดล⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

5. วิธีการดำเนินการวิจัย

5.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design)

5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงระหว่าง 1 ธันวาคม 2567-31 กรกฎาคม 2568 จำนวน 465 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดในช่วงระหว่าง 1 ธันวาคม 2567-31 กรกฎาคม 2568 ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าและออกจากการศึกษาดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อาสาสมัครสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีความพิการทางร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้
2. อาสาสมัครคลอดทางช่องคลอดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ระดับปานกลางขึ้นไป

ขณะพักรักษาที่ห้องคลอดระยะเวลา 2 ชั่วโมงแรกไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

3. อาสาสมัครสามารถอ่าน พูดสื่อสารภาษาไทยได้ เข้าใจ
4. อาสาสมัครไม่มีภาวะทางจิตเวชหลังคลอด ที่ต้องใช้ยารักษา
5. อาสาสมัครไม่มีภาวะติดสิ่งเสพติดหรือใช้ยาเสพติดร้ายแรง

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ดังนี้

1. อาสาสมัครไม่ยินยอมในการทดลองวิจัยจนครบระยะเวลากลับบ้านในระหว่างการศึกษา
2. อาสาสมัครมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ติดเชื้อและได้รับยาฆ่าเชื้อในระหว่างการศึกษา

โลหิตได้ ติดเชื้อและได้รับยาฆ่าเชื้อในระหว่างการศึกษา

5.3 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดระดับปานกลาง ถึงเสี่ยงสูง โดยใช้วิธีการคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติ (Significant level) ที่ 0.05 ตามวิธีของ Cohen⁽¹⁰⁾ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.90 และกำหนดอิทธิพล (Effect size)=0.71 โดยเลือก Test family ให้อยู่ในตระกูลสถิติทดสอบ t test ต่อมาเลือก Statistical test เป็น Means: Difference between two independent means (two groups) และเลือก Type of power analysis เป็นการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (A priori: Compute required sample size-given α , power and Effect size) โดยระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองมีจำนวนทั้งสิ้น 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คนและกลุ่มทดลอง 35 คน

5.4 การสุ่มขนาดตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 (หลังคลอด) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างง่าย และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 35 คนจนครบ แล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง 35 ราย ตามลำดับ

5.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) เสี่ยงสูง (High risk) โดยประเมินใน 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด 2) การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE⁽¹¹⁾ 2) การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด (ตามระดับความเสี่ยง) และ 3. การให้คำแนะนำก่อนการจำหน่าย โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

การประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือด แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และเสี่ยงสูง (High risk) ประเมิน 2 ระยะ คือ ระยะแรกรับ และระยะคลอด ดังนี้

เสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)

1. ตั้งครรภ์หลายครั้ง
2. เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง
3. เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน
4. มีก้อน เนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่
5. ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม
6. อ้วนมาก (BMI>40)
7. มีภาวะซีด(Hematocrit<30%)
8. ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ
9. ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง
10. ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน
11. ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต
12. การคลอดเฉียบพลัน
13. การมีรกค้าง

เสี่ยงสูง (High risk)

1. รกเกาะต่ำ (Placenta previa)
2. รกฝังแน่น (Accreta/Increta/Percreta)
3. เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 cell/mcL
4. มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding)
5. มีปัจจัยเสี่ยงระดับปานกลางมากกว่า 2 ปัจจัยขึ้นไป

กิจกรรมที่ 2 การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด ประยุกต์ใช้การประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE จะใช้หลักการประเมินมารดาหลังคลอดโดยใช้อักษรย่อ B-BUBBLE⁽¹¹⁾ ได้แก่ Black ground and body condition, Breast and lactation, Uterus, Bladder, Bleeding or lochia, and episiotomy โดยในกิจกรรมที่ 2 จะให้การพยาบาลในการป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด ตามระดับความเสี่ยง ดังนี้

ระดับความเสี่ยงปานกลาง

- 1) บันทึก สัญญาณชีพ
- 2) ประเมินการหดตัวของมดลูก และระดับยอคมดลูกทุก 4 ชั่วโมงหลังรับย้ายจากห้องคลอด
- 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัยและบันทึกหลังรับย้ายจากห้องคลอด บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมงในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด และบันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง
- 4) ดูแลการให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษาของแพทย์
- 5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะ และกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง
- 6) นำทารกมาเข้าเต้า เพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็ว ในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่
- 7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ระดับความเสี่ยงสูง

- 1) จัดให้มารดาหลังคลอดอยู่ที่เตียงใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาลหรือมีพยาบาลดูแลใกล้ชิด
- 2) วัดสัญญาณชีพทุก 5-15 นาทีในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังรับย้ายจากห้องคลอด
- 3) ประเมินการหดตัวของมดลูก ระดับยอคมดลูก และคลึงมดลูกทุก 15 นาทีใน 2 ชั่วโมงแรกและทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก
- 4) กระตุ้นให้มารดาปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง หากไม่ถ่ายปัสสาวะใน 4-6 ชั่วโมงและมี Bladder Full ให้สวนปัสสาวะ
- 5) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

6) หากมีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือเท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้ รายงานแพทย์ และตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที

7) กรณีมีอาการแสดงของ Hypovolemic shock

- 7.1. จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ
- 7.2. ให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที
- 7.3. ใส่สายสวนปัสสาวะ
- 7.4. เปิดเส้นให้สารน้ำชนิด Isotonic solution เพิ่มอีก 1 เส้น
- 7.5. เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, PT, PTT, INR ขอบผลด่วน และจองเลือด

8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่า เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บหรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายหลังคลอด เพื่อการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังตกเลือด โดยให้การดูแล ตามหลัก D-METHOD ร่วมกับการ Scan เข้ากลุ่มติดตามเยี่ยมทางกลุ่ม Line ให้คำแนะนำผ่านการ Scan QR Code คำแนะนำดังนี้

1. ดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง เพื่อช่วยแก้ไขภาวะซีดหลังการตกเลือด
3. ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด ภาวะซีดหลังการตกเลือด และการปฏิบัติตัวที่สำคัญหลังการตกเลือดเช่น สังเกตอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสาธิตและสอนวิธีการคลึงมดลูก วัดระดับยอคมดลูก การสังเกตน้ำคาวปลา แผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยการใช้กระจกส่องแผลฝีเย็บ
4. ประเมินความรู้และทักษะของมารดาก่อนกลับบ้าน
5. ติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และนัดตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกผลการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบไปด้วยชุดข้อมูล 3 ชุด คือ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอด 2. ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด 3. ข้อมูลผลลัพธ์การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยในส่วนนี้เป็นการลงบันทึก และส่วนที่ 2) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดต่อการใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้วิจัยปรับปรุงจากของ แสงรุ่ง รักษ์อยู่ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย รุ่งระวี นาวิเจริญ⁽¹²⁾ มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert Scale 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมากที่สุด 4 คะแนน มาก 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน และน้อย 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนอยู่ในช่วง 10-20 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และคะแนนอยู่ในช่วง 31-40 หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจในระดับมาก

5.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกคลอด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.67 จึงได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยให้ผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่านทำการสังเกตการปฏิบัติในการนวดมดลูกของมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พร้อมกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 1 ท่าน และผู้วิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter- rater Reliability) เท่ากับ 0.90

2. แบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นำไปทดสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

5.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงทำการจัดโปรแกรมในกลุ่มทดลอง หลังจากทีกลุ่มควบคุมได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ 1-3 โดยกิจกรรมที่ 2 การนวดมดลูก และพยาบาลประเมินมดลูก จำนวนเลือดที่ออก ลงในตารางแนวปฏิบัติกรพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการทดลองกับกลุ่มทดลองตามทั้ง 3 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และหลังครบ 1 วัน ผู้วิจัยเก็บใบบันทึกจำนวนเลือดที่ออกใน 24 ชั่วโมงแรกคลอด โดยเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเดือนธันวาคม 2567 จำนวน 35 คน และเริ่มศึกษากลุ่มทดลองเดือนเมษายน 2568 จนครบจำนวน 35 ราย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

5.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่ (Frequency) ด้วยสถิติ Chi-square test
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราการเสียเลือดและระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent sample t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

6. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รหัสโครงการ คือ 048/67 C ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568

7. ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้มีการเปรียบเทียบในกลุ่มทดลองและควบคุมของตัวแปร อายุ จำนวน ครั้งการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. อายุ (ปี)						
ต่ำกว่า 20 ปี	3	8.57	4	11.43	.293	.864
20-35 ปี	25	71.43	23	65.71		
มากกว่า 35 ปี	7	20.00	8	22.86		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2. จำนวนการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	15	42.86	14	40.00	.059	.808
มากกว่า 1 ครั้ง	20	57.14	21	60.00		
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	22.86	7	22.86	.237	.888
มัธยมศึกษา	18	51.43	20	54.29		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	25.71	8	22.86		
4. อาชีพ						
เกษตรกร	12	34.29	11	31.43	.272	.992
รับจ้างทั่วไป	8	22.86	9	25.71		
ค้าขาย	4	11.43	5	14.29		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3	8.57	2	5.71		
แม่บ้าน	8	20.00	8	17.14		
5. รายได้ต่อเดือน						
ไม่มี	4	11.4	6	17.14	.491	.782
น้อยกว่า 15,000 บาท	23	65.7	21	60.00		
15,000 บาทขึ้นไป	8	22.86	8	22.86		

* $p < .05$

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งในด้านอายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันก่อนเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ค่า HCT (%)						
< 30%	6	17.14	7	20.00	.094	.759
≥ 30%	29	82.86	28	80.00		
2. มีประสบการณ์การตกเลือดหลังคลอด						
เคยตกเลือดหลังคลอด	5	14.29	5	14.29	.00	1.00
ไม่เคยตกเลือดหลังคลอด	30	85.71	30	85.71		
3. ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม						
มี	4	11.43	3	8.57	.159	.690
ไม่มี	31	88.57	32	91.43		
4. ระยะเวลาคลอดทั้งหมด						
< 12 ชั่วโมง	14	40.00	9	25.71	1.619	.203
≥ 12 ชั่วโมง	21	60.00	26	74.29		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
5. การใช้ยาแรงตลอด						
ใช่	20	57.14	21	60.00	.059	.808
ไม่ใช่	15	42.86	14	40.00		
6. ปริมาณการสูญเสียเลือด (มล.) 24 ชั่วโมง						
< 300 มล.	25	68.57	13	37.14	8.289	.004*
300-500 มล.	10	31.43	22	60.00		

*p<.05

จากการเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเท่าเทียมกันก่อนการศึกษา

นอกจากนี้ จากการเปรียบเทียบผลการพยาบาล เพื่อป้องกันการตกเลือดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่ากลุ่มทดลอง มีการสูญเสียเลือดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงว่าแนวปฏิบัตินี้มีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณการเสียเลือดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง(n=35)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ปริมาณการสูญเสียเลือด ใน 24 ชั่วโมงแรก (มล.)	340.86	67.90	296.89	59.78	2.86	68	.005*

*p<.05

กลุ่มที่ทดลองมีปริมาณการเสียเลือดใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยลดปริมาณการสูญเสียเลือดใน 24 ชั่วโมงได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจรายข้อของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ประเด็นการประเมิน		กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง (n=35)	
		Mean	S.D.	Mean	S.D.
1	การทักทายอย่างเป็นกันเองและแสดงท่าทีที่เป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส	3.14	0.60	3.20	0.68
2	การพูดด้วยวาจาสุภาพและน้ำเสียงนุ่มนวล	2.80	0.63	3.00	0.73
3	การให้ความช่วยเหลือในปัญหาของท่านด้วยความเต็มใจ	2.89	0.47	2.91	0.74
4	การให้โอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ	2.89	0.72	3.20	0.63
5	การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ	2.71	0.62	2.80	0.68
6	ความชัดเจนของคำแนะนำที่ท่านได้รับ	2.69	0.63	2.69	0.76
7	ความชัดเจนของเนื้อหาในการสอน	2.63	0.65	2.80	0.68
8	ขั้นตอนและวิธีการสอน	2.74	0.61	2.86	0.69
9	ความชัดเจนในการอธิบายประโยชน์ของผู้ป่วยที่ถูกต้อง	2.71	0.67	2.91	0.78
10	การดูแลเอาใจใส่ของผู้สอนสม่ำเสมอตลอดกระบวนการใช้โปรแกรม	2.77	0.60	3.06	0.68
	ภาพรวมความพึงพอใจ	2.79	0.62	2.94	0.71

มารดาหลังคลอดมีระดับความพึงพอใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=3.916$, $p\text{-value}<.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงที่สุด คือ การทักทายอย่างเป็นกันเองและแสดงท่าทีที่เป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส (Mean=3.20, S.D.=0.68) และการให้โอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ (Mean=3.20, S.D.=0.63) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง(n=35)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปานกลาง	26	74.29	18	51.43	3.916	.048
มาก	9	25.71	17	48.57		

* $p<.05$

8. สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (296.89 ± 59.78 มล. เทียบกับ 340.86 ± 67.90 มล.; $t=2.86$, $p<.05$) แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดทางช่องคลอดสามารถลดการสูญเสียเลือดได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและจัดการภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญที่ทำให้การสูญเสียเลือดลดลง คือการประเมินการหดตัวของมดลูกและการติดตามสัญญาณชีพอย่างเป็นระบบอย่างใกล้ชิดทุก 2-4 ชั่วโมง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการเกิดภาวะตกเลือด ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก⁽¹³⁾ ที่แนะนำให้ใช้มาตรการเชิงรุก เช่น การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การคลึงมดลูกอย่างถูกวิธี และการติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการศึกษาของสุทธิพร พรหมจันทร์ นื่องขวัญ สมุทรจักร และจรรยา แก้วใจบุญ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและดูแลอย่างใกล้ชิดพร้อมกับการให้ความรู้เพื่อป้องกันการตกเลือดใน 24 ชั่วโมง มีภาวะตกเลือดหลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการศึกษาของกฤษณา สารบรรณ อรพนิต ภูวงษ์ไกร ศกุนา ลิ้มบุพศิริพร กุลญาดา โคตรธรรมมา⁽¹⁵⁾ พบว่า เมื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด ในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลหนองคาย ไม่พบมารดาตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด นอกจากนี้การตรวจพบสัญญาณเตือนได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (Early Warning Signs: EWS) ผ่านกิจกรรมการพยาบาลที่ติดตามอย่างสม่ำเสมอตามแนวปฏิบัติยังสามารถช่วยลดการสูญเสียเลือดได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ยืนยันว่าการนำระบบ EWS มาใช้ ช่วยให้ทีมการพยาบาลก้าวข้ามขีดจำกัดของการสังเกตอาการแบบเดิม ไปสู่การเฝ้าระวังเชิงระบบที่สามารถพยากรณ์ความเสี่ยงได้ล่วงหน้า ส่งผลให้การจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดมีประสิทธิภาพสูงสุดในระยะ 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากช่วยให้พยาบาลจัดการภาวะมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony) ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ดังนั้น การบูรณาการทั้งมาตรการป้องกันเชิงรุกและการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของการสูญเสียเลือดในมารดาหลังคลอดทางช่องคลอดและเพิ่มความปลอดภัยได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในมิติของกระบวนการพยาบาล แนวปฏิบัติดังกล่าวนี้มีหลักการที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล (Nursing process) อย่างเป็นระบบ ดังนี้ 1) การประเมินสภาพ (Assessment) กำหนดให้พยาบาลดำเนินการประเมินสัญญาณชีพและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องทุก 2-4 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูล (Objective data) ที่ช่วยให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมารดาได้เร็วกว่าการสังเกตอาการทั่วไป 2) การ

วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ข้อมูลที่ได้จากการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้พยาบาลสามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง เช่น "เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี" ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก 3) การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล (Planning & Implementation) แนวปฏิบัติเป็นกรอบในการให้การพยาบาล เช่น การนวดคลึงมดลูกตามระยะเวลาที่กำหนด (Uterine massage protocol) ซึ่งเป็นการป้องกันก่อนที่จะเกิดอาการรุนแรง และ 4) การประเมินผล (Evaluation) คือการวัดปริมาณเลือดที่เสียไปอย่างแม่นยำและการประเมินความแข็งแรงตัวของมดลูกหลังการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ช่วยให้พยาบาลตัดสินใจได้ว่ามารดาไม่อยู่ในอันตรายหรือจำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป ดังนั้น การบูรณาการแนวปฏิบัติเข้ากับกระบวนการพยาบาลจึงช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการดูแล (Clinical error) และเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลจากการ "แก้ไขปัญหาเมื่อเกิดเหตุ" เป็นการ "เฝ้าระวังและป้องกันเชิงรุก" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปริมาณการเสียเลือดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 500 มล.) แสดงว่าการดูแลพื้นฐานในโรงพยาบาลมีคุณภาพอยู่แล้ว แต่การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมนำไปสู่ความปลอดภัยสูงสุดของผู้รับบริการ

การศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลมีระดับความพึงพอใจระดับ "มาก" สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=3.916, p<.05$) เนื่องจากแนวปฏิบัติดังกล่าวมารดาหลังคลอดได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยข้อคำถามที่สูง เช่น การดูแลเอาใจใส่ สม่ำเสมอตลอดกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ การให้ออกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ความชัดเจนในการอธิบายประโยชน์ของผู้ป่วยที่ถูกต้อง และการพูดด้วยวาจาสุภาพและน้ำเสียงนุ่มนวล ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมถึงมิติด้านจิตใจของมารดา อธิบายได้ว่าพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์และการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ทำให้มารดารู้สึกถึงความมั่นคงปลอดภัย มารดาจะมีความพึงพอใจสูงขึ้นเมื่อได้รับข้อมูล ติดตามผล และสนับสนุนให้เชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเอง⁽¹⁷⁾ และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความพึงพอใจผ่านความเข้าใจ และการสื่อสารที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเหมาะสมสามารถลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจได้⁽¹⁸⁾ อีกทั้งยังสะท้อนบทบาทพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's theory of human caring) ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยการดูแล (Caring) คือหัวใจสำคัญของการพยาบาล เมื่อเกิดความสัมพันธ์เชิง Caring ที่ดี ผ่านการพยาบาลที่ให้ความสนใจ ความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้รับบริการได้^(19,20) ส่งผลให้ภาพรวมของการพยาบาลมีคุณภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonpracom⁽²¹⁾ ที่พบว่าการจัดระบบการดูแลที่เน้นปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงคุณภาพการพยาบาล และการศึกษาของมาณี นาคณาคุปต์และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่า การสื่อสารที่ให้ความสำคัญให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ทำให้รู้สึกสบายใจและปลอดภัย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและทารก และสัมพันธ์ภาพที่พยาบาลแสดงออกในระยะคลอดและหลังคลอด มีผลโดยตรงต่อระดับความพึงพอใจและการรับรู้ถึงการดูแลที่มีคุณภาพ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำแนวปฏิบัติมาใช้คัดกรองมารดาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและให้การพยาบาลตามระดับความเสี่ยง สามารถบูรณาการแนวปฏิบัตินี้เข้ากับระบบ

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล หรือมี Check-list ในรูปแบบ Digital/Paper-based ที่เตือนการประเมินสัญญาณชีพ และการหัตถ์ของมดลูกตามช่วงเวลาที่กำหนดใน 24 ชั่วโมงแรก

2. ด้านการเรียนการสอนพยาบาล มีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดใน มารดาหลังคลอดปกติไปใช้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

3. ด้านการบริหาร สามารถนำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานกลาง (Standard protocol) เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุม และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

9.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงการนำเทคโนโลยีหรือระบบเตือนดิจิทัล (Digital alert system) มาช่วยในการ เตือนพยาบาลเมื่อครบกำหนดเวลาประเมิน เพื่อลดข้อผิดพลาดที่เกิดจากภาระงานที่มากเกินไป

1. ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังโรงพยาบาลที่มีระดับความเชี่ยวชาญหรือขนาดที่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบความคงเส้นคงวา (Consistency) ของแนวปฏิบัติ

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เกี่ยวกับประสบการณ์หรืออุปสรรคของ พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมกับภาระงานและ บริบทของหน่วยงานมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ของการใช้แนวปฏิบัตินี้ เช่น การลด จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล หรือการลดการใช้ทรัพยากรในการรักษาภาวะตกเลือดรุนแรง

ข้อจำกัดในการวิจัย (Research limitations)

แม้ว่าผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดปริมาณการสูญเสีย เลือด แต่ผู้วิจัยพบข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา ดังนี้

1. ภาระงานและอัตรากำลังของบุคลากร ในบางช่วงเวลาที่มียาจำนวนผู้คลอดหนาแน่น อัตรากำลัง พยาบาลอาจไม่สอดคล้องกับจำนวนมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดตามประเมินสัญญาณชีพและคลั่ง มดลูกให้ได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างเคร่งครัด ปัจจัยนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการใช้แนว ปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. ความเที่ยงตรงในการวัดปริมาณการสูญเสียเลือด แม้จะมีการใช้แนวปฏิบัติในการชั่งน้ำหนัก ผ้าอนามัยเพื่อความแม่นยำ แต่ในทางปฏิบัติก็อาจมีความคลาดเคลื่อนเล็กน้อยได้

3. คุณลักษณะเฉพาะรายบุคคลของมารดา โดยปัจจัยพื้นฐานบางประการที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งหมด เช่น ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดที่แตกต่างกัน หรือความถี่ของกล้ามเนื้อมดลูก อาจส่งผล ต่อประสิทธิภาพการหัตถ์ตัวของมดลูก ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่นอกเหนือจากการควบคุมของแนวปฏิบัติการ พยาบาล

4. การเก็บข้อมูลในหน่วยงานเดียว ซึ่งการศึกษานี้ทำในบริบทของหอผู้ป่วยสูติกรรมแห่งเดียว ผล การศึกษาจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงกับสถานพยาบาลที่มีบริบท ระบบบริหารจัดการ หรือศักยภาพ ของบุคลากรที่แตกต่างกัน

10. เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. p. 637.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO,

- UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Sep 3]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023>
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. สถิติการตายและสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th>
 4. Widmer M, Piaggio G, Hofmeyr GJ, Carroli G, Coomarasamy A, Gallos I, et al. Maternal characteristics and causes associated with refractory postpartum hemorrhage after vaginal birth: a secondary analysis of the WHO CHAMPION trial data. BJOG. 2020;127(5):628-34.
 5. นันทพร แสนศิริพันธ์, ณวี เบาทรวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560.
 6. Thepampan W, Eungapithum N, Tanasombatkul K, Phinyo P. Risk factors for postpartum hemorrhage in a Thai-Myanmar border community hospital: A nested case-control study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4633.
 7. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ, สุชาดา วิภาวกันต์, อารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2559;3(3):127-41.
 8. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. Int J Gynaecol Obstet. 2012;117(2):108-18.
 9. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 11. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
 12. แสงรุ่ง รักอยู่, อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย, รุ่งระวี นาวิเจริญ. ผลของโปรแกรมการสอนแนวต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ. วารสารพยาบาลหัวใจและทรวงอก. 2558;26(1):44-56.
 13. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2026 Feb 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548502>
 14. สุทธิพร พรหมจันทร์, นื่องขวัญ สมุทรจักร, จรรยา แก้วใจบุญ. ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงหลังคลอด. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;22(2):69-81.
 15. กฤษณา สารบรรณ, อรพนิต ภูวงษ์ไกร, ศกุนา ลิ้มบุพศิริพร, กุลญาดา โคตรรวมมา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม

- โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/14.pdf>
16. กนกวรรณ ปิ่นแก้ว, ชลดา จันทร์ขาว, เบญจมาศ มณีฉาย. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและประเมินภาวะวิกฤตโดยใช้ระบบเตือนภัยล่วงหน้า (MEWS) ในมารดาหลังคลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(1):15-28.
 17. D'haenens F, Van Rompaey B, Swinnen E, Dilles T, Beeckman K. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: A systematic review. Eur J Public Health. 2020;30(4):749-60. doi:10.1093/eurpub/ckz082.
 18. Albanese AM, Geller PA, Sikes CA, Barkin JL. The importance of patient-centered research in the promotion of postpartum mental health. Front Psychiatry. 2021;12:720106. doi:10.3389/fpsy.2021.720106.
 19. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Rev. ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.
 20. Gunawan J, Aungsuroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing administration: Watson's theory of human caring. Nurs Sci Q. 2022;35(2):235-43.
 21. Boonpracom R, Kunaviktikul W, Thungjaroenkul P, Wichaikhum O. A causal model for the quality of nursing care in Thailand. Int Nurs Rev. 2019;66(1):130-8.
 22. มาณี น้ำคณาคุปต์, พรทิพย์ คณิงบุตร, ฐิติรัตน์ น้อยเกิด. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กระบวนการดูแลในระยะคลอดกับผลลัพธ์ด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดและความพึงพอใจต่อการบริการของผู้คลอด. พยาบาลสาร. 2561;45(1):50-61.

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal