

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา 2 ราย The Development of Nursing process for mothers with Postpartum hemorrhage : 2 case studies.

(Received: October 23,2023 ; Revised: November 8,2023 ; Accepted: November 14,2023)

ปาริชาติ พิมพ์ดี¹

Parichat Pimdee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาลเพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ในช่วงปีงบประมาณ 2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเลือกคือเป็นมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางและมีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มล. การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 กรณีนี้ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและใช้เครื่องมือ 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน(Gordon's Functional Health Pattern)เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกันระหว่างพยาธิสภาพของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล

คำสำคัญ : มารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด

ABSTRACT

This study was case study aimed to practice nursing mothers who have postpartum hemorrhage in the hospital To ensure the mother is safe from postpartum hemorrhage while undergoing hospitalization A case study of 2 cases during the fiscal year 2020 by using the selection criteria which is the mother giving birth in Khaosuankwang Hospital. And more than 500 ml of vaginal bleeding bleeding A case study of mothers with postpartum hemorrhage in both cases was based on general history taking. Illness history Family history From the patient data file And use the Gordon's Functional Health Pattern 11 health tools as a tool for collecting patient data. The data that have been analyzed are linked between the patient's physiology and clinical diagnoses. Then bring to plan for nursing Nursing practice And nursing evaluation Follow the nursing process

Keyword : Nursing of mothers with postpartum hemorrhage

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก สาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบบ่อยที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือการฉีกขาดของช่องทางการคลอด เยื่อหุ้มรกหรือรกค้างและการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สำหรับในประเทศไทยพบว่าสาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือด

หลังคลอด รองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือน ได้แก่ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะ 1-3 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 3.60 รองลงมาคือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลันร้อยละ 0.33 ด้านจิตใจพบว่ามารดามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13.00 และ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง

ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต(Post-traumatic stress disorder)ร้อยละ 3.00(Carroll,M.,Daly,andBegley,C.M,2016) รวมถึงยังพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดขึ้นหลังการตกเลือดเช่นภาวะช็อก(WHO,2014)ซึ่งผู้ป่วยอาจจะต้องเข้ารับการรักษานใน ICUโดยไม่ได้วางแผนทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดและอัตราการรอดตัวของมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น ภาวะตกเลือดในมารดาในระยะหลังคลอดจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของงานอนามัยแม่และเด็กในปัจจุบัน

ภาวะตกเลือดหลังคลอดหมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิเมตรจากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิเมตรจากการผ่าตัดคลอดรวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด(WHO,2014) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุลโดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอดถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาทิเช่น ผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด มารดาอาจเกิด ภาวะโลหิตจางในระยะยาวซึ่งส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป คือมารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่ 1) การหดตัวของมดลูก (Tone) พบได้มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 70 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมดเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) 2) การฉีกขาดของช่องคลอดปากมดลูก

และฝีเย็บ (Trauma) เป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการตกเลือดหลังคลอดพบได้ถึงร้อยละ 20 รองจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี 3) รกและชิ้นส่วนของรกค้าง (Tissue) การค้างของรกเยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) เป็นสาเหตุที่พบได้ร้อยละ 10 ของการคลอดปกติทั้งหมด และ 4) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Thrombin) คือสาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติโดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (สุธารัตน์ ชูรส., 2562, โฉมพิลาส จงสมชัย., 2553., ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

จากสถิติผู้รับบริการคลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามีผู้รับบริการคลอด จำนวน 114 ราย, 92 ราย และ 113 ราย เมื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดพบว่า มีมารดาคลอดบุตรที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ 7 ราย, 8 ราย และ 8 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 6.10, 8.70 และ 7.10 ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดีร้อยละ 100 การฉีกขาดของช่องคลอด ปากมดลูกและฝีเย็บ และเนื่องจากทารกตัวโตน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม ร้อยละ 75 จากการทบทวนพบว่า แนวทางปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดที่ใช้ในโรงพยาบาลเป็นแนวทางที่ปฏิบัติแนวทางเดียวกันที่ยึดตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวชของเขตสุขภาพที่ 7 แต่พบว่าทีมยังขาดทักษะในการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ผิดพลาดอยู่ การคณน้ำหนักทารกไม่เกิน 3,500 กรัม ไม่ได้ตามมาตรฐาน จึงไม่ได้ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดขึ้นจากข้อมูลดังกล่าวจึงเป็นโอกาสในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลมารดาเพื่อป้องกันภาวะตกเลือด ระยะหลังคลอด(รายงาน ก.2 โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.,ปีงบประมาณ 2563-2565)

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาตลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และ ทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง นอกจากการดูแลฟื้นฟูสภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอดและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดร่วมกันและสอนให้ทราบถึงอาการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรูสึกมั่นใจในตนเอง ว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา(สุทาร์ตน์ ชูรส,2562) เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดพยาบาลจึงควรมีความรู้ ความชำนาญและทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญได้แก่ทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดในระยะต่างๆ จากปรากฏการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด จากการศึกษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) ในการรวบรวมข้อมูลและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่นลักษณะส่วนบุคคล อายุครรภ์ ระดับความ

รุนแรงของภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด สาเหตุของภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด แนวทางการรักษาและอื่นๆเพื่อนำประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลทำให้เกิดความปลอดภัยในมารดาหลังคลอดมากขึ้น

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดในโรงพยาบาล
2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขอบเขตการศึกษา

ให้การพยาบาลสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดจำนวน 2 รายในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง ในช่วงปีงบประมาณ2565 โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือก คือเป็นมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเขาสวนกวางและมีการเสียเลือดจากการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 500 มิลลิลิตร มีขั้นตอนและวิธีดำเนินการ ได้แก่ 1) เลือกกรณีศึกษาที่จะให้การพยาบาล จำนวน 2 ราย 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการคลอด แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ 3) ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ 4) ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแหล่งความรู้ในการวางแผนการพยาบาล 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบคลุมทั้ง 4มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม 6) ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ 7) สรุปและประเมินผลการพยาบาลและปัญหาอุปสรรคในการให้การพยาบาล 8) รวบรวมจัดทำเอกสารเป็นรูปเล่ม 9) ส่งเอกสารให้กรรมการตรวจสอบ และ10) เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา



ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
หญิงไทยอายุ 15 ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:มารดาG1P0-0-0GA39 ⁺ 2wk. by U/S LMP 4เมษายน2564 EDC 25 มกราคม2565 น้ำหนัก 79kg. ส่วนสูง 158cm BM 32.061 มารพ.ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง(07.00น.) มีมูกเลือดไม่มีน้ำเดิน เด็กคันทัน เจ็บถี่และแรงขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล,1เดือนก่อนมาคลอดเคยเสพยาแอมเฟตามีน	หญิงไทยอายุ 26 ปี ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:มารดา G3P1-0-1-1 GA 41wk byU/S LMP2สิงหาคม2564 EDC28พฤษภาคม2565 น้ำหนัก 70 kg. ส่วนสูง150cm BMI 31.111 มารพ.ด้วยอาการมีท้องป้นไม่สม่ำเสมอก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง (06.00น.)และวันนั้นแพทย์นัดมาเร่งคลอดเนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนด
ผล LAB วันที่ 25 สิงหาคม 2564 VDRL=Non reactive ,Anti HIV=Non reactive HBsAg=Negative,Hct33Vol%, Hb11.4gm%, Hct ครั้งที่ 2 =34Vol%,11.5gm% (7 ธันวาคม2564) Blood group =A ,Rh+, MCV 72.5 fl ขณะฝากครรภ์ได้ตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GST=105mg%,ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาสวนกวางครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 18สัปดาห์ มาฝากครรภ์ทั้งหมด 5 ครั้ง	ผล LAB วันที่ 20 ตุลาคม 2564 VDRL=Non reactive,Anti HIV=Non reactive HBsAg=Negative,Hct38Vol%,Hb12.6gm%, Hct ครั้งที่ 2 =35Vol% Hb11.6gm% (5เมษายน2565) Blood group =O ,Rh+, MCV 80.6 fl ฝากครรภ์ที่รพ.เขาสวนกวางครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์8 ⁺ 2สัปดาห์ มาฝากครรภ์ทั้งหมด 9ครั้ง,เคย Admit ที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเขาสวนกวางด้วยอาการG3P1-0-1-1 GA36 wk by U/S c Preterm contraction ได้ยายับยั้งการคลอด BricanylและDexamethazone 6mgIM q12hr จนครบ4 dose
การวินิจฉัย:G1P0-0-0-0GA39 ⁺ 2wk.by U/S with Labour pain	การวินิจฉัย:G3P1-0-1-1GA41wk by U/S with Labour pain
การพยาบาลก่อนคลอด -แรกรับ วันที่20ม.ค.2565 เวลา09.30น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 cm. ความบางปากมดลูก80% ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ -1 ลูกน้ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอชัดเจนดี ทำLOA ประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 4 นาที Duration 35 วินาที EFM (External electronic FHR) ผล reactive -เวลา11.30น.ปากมดลูกเปิด4cm. ความบางปากมดลูก 80% ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ 0 ลูกน้ำคร่ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก140ครั้ง/นาทีทำLOAสม่่าเสมอชัดเจนดีประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 4 นาที Duration 40 วินาที ยกไป partograph	การพยาบาลก่อนคลอด -แรกรับวันที่ 4 มิ.ย.2565 เวลา 08.00น. มารพ.ด้วยอาการสำคัญคือมีท้องป้นไม่สม่ำเสมอ ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชม. (06.00น.)และแพทย์นัดมาเร่งคลอดเนื่องจากอายุครรภ์เกินกำหนดGA 41 wk byU/S,ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 cm.ความบางปากมดลูก25% ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ-2 ลูกน้ำยังไม่แตกเสียงหัวใจทารก160 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอชัดเจนดี ทำLOA ประเมินUterine contractionพบมี Interval 5นาทีDuration 30วินาที EFMผล reactive -เวลา 15.00น.ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 cm.ความบางปากมดลูก85%ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ 0 Partographตกเส้น Aleart line รายงานแพทย์ให้เจาะถุงน้ำคร่ำพบมีthick meconiumเสียงหัวใจทารก150ครั้ง/นาทีทำLOA
การพยาบาลก่อนคลอด -เวลา14.00น.ปากมดลูกเปิด 4 cm. ความบางปากมดลูก 80% ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ 0 ลูกน้ำยังไม่แตก เสียงหัวใจทารก 138 ครั้ง/นาทีสม่่าเสมอชัดเจนดี ทำ LOA ประเมิน Uterine contraction พบมีInterval 3 นาที 40 วินาที Duration 45 วินาที จึงติด EFM : minimal variability จึงได้ทำ IUR (Intra uterine resuscitation) -เวลา14.40น. ปากมดลูกยังเปิด 4 cm.เท่าเดิม ความบางปากมดลูก80%ส่วนน้ำเป็นสีชมพูอยู่ระดับ 0 ลูกน้ำคร่ำยังไม่แตก มดลูกหดตัวไม่ถี่ Interval 3 นาที30 วินาที Duration 45	การพยาบาลก่อนคลอด ประเมิน Uterine contraction พบมี Interval 2นาทีDuration 35วินาที มี severe pain แพทย์ให้ off Oxytocin drip -เวลา17.00น. ปากมดลูกเปิดหมด ยากเบ่งจึงย้ายเข้าห้องคลอด เบ่งคลอดนาน 15 นาที ส่วนน้ำไม่เคลื่อนต่ำ จัดท่า Mc. Roberts maneuver แล้วให้มารดาพยายามเบ่งคลอดต่อ หลังเบ่งครบเวลา 30 นาทีไม่คลอด รายงานแพทย์เเว -เวลา17.35น. แพทย์เเวมาถึงห้องคลอดพยายามเบ่งคลอดต่อ ส่วนน้ำเคลื่อนต่ำลงมา Station+3 ได้ตัดฝีเย็บ RML deep episiotomy เบ่งคลอดในท่า Mc. Roberts maneuver

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ทางการพยาบาลเชื่อมโยงกับพยาธิสรีรภาพ

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
วินาที patograph ตกเส้นAlert lineรายงานแพทย์เวรให้เจาะ ถุงน้ำพบว่าThick meconium - เวลา15.50น. ปากมดลูกเปิดหมด อายากแบ่งจึงย้ายเข้าห้อง คลอดและตามแพทย์เวรทำคลอดปกติ -เวลา16.13น.คลอดปกติ ทารกเพศชายรูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 3,490 กรัม ตัวยาว 54 cm. หลังทารกคลอด ให้หน้าฉีด Oxytocin 10 unit IM , APGAR SCORE 9-10-10 แพทย์ใส่ tube suction meconium2 ครั้ง ไม่พบcontent ใส่ OG tube ได้ content 3 ml thick meconium stain,Lung = clear , SpO₂ 98-99% ฝีเย็บตัด 2 ข้าง NL c RML+LML Episiotomy เนื่องจากคลอด ยากช่องทางคลอดแคบ -เวลา 16.17น. ทำคลอดรกโดยวิธี Control Cord Traction รก และเยื่อหุ้มคลอดครบ มดลูกหดตัวไม่ดี ใช้ถุงตวงเลือดพบว่า ปริมาณการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร	-เวลา 17.54 น. ทารกคลอดส่วนศีรษะทารกโผล่แต่ติดแน่นที่ ช่องทางคลอด ทำคลอดไหล่หน้าไม่ได้เนื่องจากติดแน่นบริเวณเชิง กราน จึงเปลี่ยนมาทำคลอดไหล่หลังและให้มารดาใช้มือช่วยจับขา ทั้งสองข้าง งอเข่าชิดแนบหน้าท้องเพื่อให้เชิงกรานขยายให้มาก ที่สุด พยาบาลและแพทย์ช่วยโน้มตึงเพื่อให้คลอดไหล่หลัง(ไหล่ขวา) พยาบาลช่วยคลอดคนที่สองกบบริเวณเหนือหัวหน้า รวม ระยะเวลาที่ติดและทำคลอดทารกประมาณ 1 นาที หลังทารก คลอดโดยใช้วิธี Active Management of Third Stage of Labour , คลอดทารกเพศชาย APGAR SCORE 6-8-9แพทย์ได้ กระตุ้นให้ทารกร้อง PPVx1cycle หลังจากนั้นทารกเริ่มร้องตัวเริ่ม แดงดี ทารกรูปร่างทั่วไปปกติ น้ำหนักแรกคลอด 4,340 กรัม ตัว ยาว 63cm. รอบศีรษะ 36ซม. รอบอก 37ซม. ขณะคลอดมี Thick meconium คลอดติดไหล่ ทารกยกแขนซ้ายไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย R/O Erb's palsy -เวลา17.59น.ฉีด Oxytocin 10 unit IM ,นวดคลึงมดลูก -เวลา18.02 น. ทำคลอดรกโดยวิธี Control Cord Traction รก และเยื่อหุ้มคลอดครบ มดลูกหดตัวไม่ดี ใช้ถุงตวงเลือดพบว่า ปริมาณการเสียเลือด 600 มิลลิลิตร

2. แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือด	1.ประเมินสัญญาณของการเกิดภาวะช็อก โดยการตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก15นาทีหรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะช็อก 2.สังเกตระดับความรู้สึกตัวเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด 3.ให้มารดาหลังคลอดนอนพักลดการใช้พลังงาน แนะนำให้ดื่มน้ำดื่มมากๆ 4.เจาะเลือดส่งหาหมู่เลือดและขอเลือดเตรียมไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที 5.ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6.ให้ออกซิเจนทางNasalcannula3-5ลิตรต่อนาที	1.ประเมินสัญญาณของการเกิดภาวะช็อก โดยการตรวจนับชีพจรและวัดความดันโลหิตทุก15นาทีหรือบ่อยกว่านี้ตามความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะช็อก 2.สังเกตระดับความรู้สึกตัวเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด 3.ให้มารดาหลังคลอดนอนพักลดการใช้พลังงานแนะนำให้ดื่มน้ำและดื่มนมมากๆ 4.เจาะเลือดส่งหาหมู่เลือดและขอเลือดเตรียมไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที 5.ให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 6.ให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula 3-5 ลิตรต่อนาที
1.มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด (ต่อ)	7.ประเมินสาเหตุของการตกเลือดเฉียบพลัน คือการหดตัวไม่ดีของมดลูก การเหลื่อมค้ำของรกและเยื่อหุ้มรก การบาดเจ็บของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มและความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 8.ตรวจดูการหดตัวของมดลูกและระดับยอคมดลูก	7.ประเมินสาเหตุของการตกเลือดเฉียบพลัน คือการหดตัวไม่ดีของมดลูก การเหลื่อมค้ำของรกและเยื่อหุ้มรก การบาดเจ็บของช่องทางคลอดเช่น การฉีกขาดของช่องทางคลอดเพิ่มและความผิดปกติของระบบการแข็งตัวของเลือด เช่นภาวะเกล็ดเลือดต่ำหรือการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ 8.ตรวจดูการหดตัวของมดลูกและระดับยอคมดลูก

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	9.ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ Oxytocin 20 ยูนิตผสมใน RLS 1000 มิลลิลิตรในอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ Methergin 0.2 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ 10.บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 11.ใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดต่อการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 12.ดูแลความสุขสบายทั่วไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย การประเมินผล : หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin และ Methergin จากนั้นมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ความเข้มข้นของเลือด 38% ชีพจรอยู่ในช่วง 90-100 ครั้ง/นาทีและความดันโลหิต 100/60-130/70 มิลลิเมตรปรอท	9.ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา คือ Oxytocin 40 ยูนิตผสมใน RLS 1000 มิลลิลิตรในอัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง, Methergin 0.2 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ, Nalador 500 มิลลิกรัมผสมใน NSS 250 มิลลิลิตรหยดเข้าหลอดเลือดดำใน 30 นาที และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Cytotec 5 tab เหน็บทางทวารหนักซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Prostaglandins รักษาภาวะมดลูกไม่หดตัวผลข้างเคียงคือทำให้มีไข้ ทนอาเจียน คลื่นไส้ อาเจียนและถ่ายเหลวได้ (พัชรียา นวัตกรรม 2562) 10.บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ 11.ใส่สายสวนปัสสาวะไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่ขัดต่อการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงเพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 12.ดูแลความสุขสบายทั่วไปให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย การประเมินผล : หลังได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก Oxytocin, Methergin, Nalador และ Cytotec 5 tab เหน็บทางทวารหนัก จากนั้นมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ ความเข้มข้นของเลือด 38% ชีพจรอยู่ในช่วง 70-90 ครั้ง/นาทีและความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท
2.มารดาหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ	1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บ ทุก 4 ชม. ด้วยการสอบถามสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ และเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 2.แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและเมื่อมารดาจะนั่งให้นมบุตรแนะนำให้ใช้นั่งบนหมอนรูปโดนัทเพื่อช่วยพยุงแผลฝีเย็บลดการกดทับแผลได้ 3.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกจากปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปที่การควบคุมหายใจเข้าออก (สมพร เสงประเสริฐ, 2562) 4.ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลงได้ (สมพร เสงประเสริฐ, 2562) 5.เมื่อมารดาปวดแผลฝีเย็บมาก (Pain score > 7) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Paracetamol (500mg) 1 tab กินเวลาปวดได้ทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งทำให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลง	1.ประเมินความปวดของอาการปวดแผลฝีเย็บ ทุก 4 ชม. ด้วยการสอบถามสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และใช้การประเมินจากตัวเลขบอกระดับความปวด (Pain score) เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ และเลือกวิธีบรรเทาอาการปวด 2.แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและเมื่อมารดาจะนั่งให้นมบุตรแนะนำให้ใช้นั่งบนหมอนรูปโดนัทเพื่อช่วยพยุงแผลฝีเย็บลดการกดทับแผลได้ 3.สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกจากปากเพราะการหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปที่การควบคุมหายใจเข้าออก (สมพร เสงประเสริฐ, 2562) 4.ให้การพยาบาลแก่มารดาด้วยความนุ่มนวลช่วยให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลงได้ (สมพร เสงประเสริฐ, 2562) 5.เมื่อมารดาปวดแผลฝีเย็บมาก (Pain score > 7) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Paracetamol (500mg) 1 tab กินเวลาปวดได้ทุก 4-6 ชั่วโมงซึ่งทำให้อาการปวดแผลฝีเย็บลดลง 6.พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อลดความวิตกกังวล มารดาผ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	6.พูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล มารดาอ่อนคลายช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง <i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสและไม่บ่นปวดแผลฝีเย็บ หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวด Pain score 10.00 น.=7 คะแนน Pain score 14.00 น.=3 คะแนน	<i>การประเมินผล:</i> มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสและไม่บ่นปวดแผลฝีเย็บหลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับความปวดลดลง Pain score 10.00 น.=8 คะแนน Pain score 14.00 น.=3 คะแนน
3.มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ	1.ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายหากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลฝีเย็บมีหนองมีdischargeซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น 3.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด 4.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลังไม่เช็ดย้อนไปมา 5.ดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ(Flush)ด้วยNSS เข้า-เย็นและแนะนำมารดาให้ดูแลแผลฝีเย็บให้สะอาดอยู่เสมอไม่หมักหมมและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลฝีเย็บเพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อีกเสบหรือหายช้าได้ (สมพร เสงประเสริฐ,2562 ;ดวงกมล ปิ่นเฉลียว,2552) 6.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก3-4ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา 7.รับประทานอาหารให้ครบ5หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูงเช่นเนื้อ นม ไข่หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเช่นฝรั่งส้มเพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 8.หากมีอาการผิดปกติเช่นมีไข้ปวดแผลฝีเย็บมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที	1.ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายหากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ 2.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอดเช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลฝีเย็บมีหนองมีdischargeซึม น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น 3.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา 4.ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธี โดยการล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง ไม่เช็ดย้อนไปมา 5.ดูแลทำความสะอาดแผลฝีเย็บ(Flush)ด้วยNSS เข้า-เย็นและแนะนำมารดาให้ดูแลแผลฝีเย็บให้สะอาดอยู่เสมอไม่หมักหมมและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผลฝีเย็บเพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อีกเสบหรือหายช้าได้ (สมพร เสงประเสริฐ,2562 ;ดวงกมล ปิ่นเฉลียว,2552) 6.เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก3-4ชั่วโมงหรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมมและขจัดน้ำคาวปลา 7.รับประทานอาหารให้ครบ5หมู่โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูงเช่นเนื้อ นม ไข่หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงเช่นฝรั่งส้มเพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น 8.หากมีอาการผิดปกติเช่นมีไข้ปวดแผลฝีเย็บมาก น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบทันที <i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลดีดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง36.6-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-100 ครั้ง/นาที
3.มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ(ต่อ)	<i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลดีดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 80-86 ครั้ง/นาที	<i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ไม่มีไข้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง แผลดีดี ไม่มีdischargeซึม น้ำคาวปลาไม่มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.6-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 78-85 ครั้ง/นาที
4.มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารก	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดแสดงท่าทางเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม	1.สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดแสดงท่าทางเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดซักถาม 2.อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้ทราบอาการของบุตรที่ทารกยกแขนซ้ายไม่ได้(R/O Erb's palsy) เนื่องจาก

ตารางที่ 2 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เนื่องจากทารกมีไข้หลังคลอด	2.อธิบายมารดาหลังคลอดและญาติให้รับทราบอาการของบุตรและสาเหตุที่ทารกมีไข้ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา <i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้	คลอดติดไหล่ แนะนำแผนการรักษาและช่องทางการทำกายภาพบำบัดเพื่อทารกให้อาการทุเลาและกลับมาขยับแขนได้เป็นปกติ <i>การประเมินผล :</i> มารดาหลังคลอดมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ทารกขยับแขนซ้ายไม่ได้ (R/O Erb's palsy) สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้

อภิปรายผล

การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่งโดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเพราะเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับมารดาคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การศึกษากรณีศึกษามารดาที่มีภาวะการตกเลือดหลังคลอดทั้ง 2 กรณีศึกษานี้ ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว จากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยและใช้เครื่องมือ 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำไปวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่

ข้อวินิจฉัยที่ 1 มารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ 2 มารดาหลังคลอดไม่สบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยที่ 3 มารดาเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยที่ 4 มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากทารกมีไข้หลังคลอด(กรณีศึกษาที่ 2 มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรที่ยกแขนซ้ายไม่ได้ (R/O Erb's palsy)

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ โดยเฉพาะในเรื่องการประเมิน เช่น อาการนำของอันตรายที่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่ใช้รักษาอาการมดลูกไม่หดตัวและทักษะในการซักประวัติ ค้นหาปัญหาตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนการและให้การพยาบาล ประเมินซ้ำเพื่อป้องกันและการรักษาโรคได้อย่างทัน่วงที่ การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทีมการพยาบาลอยู่เสมอรวมทั้งพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้การพยาบาลมารดาและทารกอย่างมีมาตรฐานและมีคุณภาพ สามารถให้การพยาบาลมารดาและทารกทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินได้อย่างทัน่วงที่ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กระเชียร ปัญญาคำเลิศ(2551).สูติศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์.
- งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเขาสวนกวาง. (2566). ข้อมูลรายงาน ก.2.ขอนแก่น : โรงพยาบาลเขาสวนกวาง.
- จันทิยา เนติวิษุธรรม (2563).การพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2563-มกราคม 2564

4. โฉมพิลาศ จงสมชัย.ภาวะตกเลือดหลังคลอด Post partum hemorrhage,PPH. การประชุมวิชาการครั้งที่26 ประจำปีที่33 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.2562
5. ญา ญาดาว(2563).กรณีศึกษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563
- 6.ชัยยุทธ เครือเทศน์. การดูแลระยะที่ 3 ของการคลอดด้วย วิธี active management กับวิถีธรรมชาติ (expectant management) ในโรงพยาบาลโพธาราม พ.ศ.2546-2548.วารสารวิชาการ สาธารณสุข.2549 ; 15: 753-759.
7. ญาดา ทองอยู่ (2558). Surgical Management of Post partum hemorrhage. เข้าถึงได้จาก : www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.
8. จิตติพร สิริวิชชัย. สติแพทย์จากร้อย-แก่น-สาร-สินธุ์.(2560).คู่มือ การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และโรคสตรีทางนรีเวชเขตสุขภาพที่7.พิมพ์ครั้งที่2(ปรับปรุงครั้งที่ 3):. หจก.ขอนแก่นการพิมพ์
9. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 6(2), 146-157.
10. เพชรภรณ์ ทองสด.(2563).กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.ปีที่13ฉบับที่2พฤษภาคม-สิงหาคม2563
11. วิทยา ถิฐาพันธ์. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2563). ตำราประกอบภาพ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่1 กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล : บริษัท พี.เอ.สียิ่ง จำกัด
12. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
13. สุภาวดี แถวเพีย.(2550).“การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน” ในศรีเกียรติ์ อนันต์ สวัสดิ์. บรรณาธิการ.การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3.พิมพ์ครั้งที่7.นนทบุรี: บริษัทยุทธินทรการ พิมพ์ จำกัด.
14. สุหารัตน์ ชูรส.(2562).“การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด : บทบาทพยาบาล”วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11. ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค.2562
15. Active Management of the Third Stage of Labor. (2006). ค้นเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2560. จาก <http://www.pphprevention.org/files/Indicatoremtg-AMTSTdescribed 11-17-09.pdf>
16. Carroll., Day, D. and Begley,C.M.2016. The prevalence of women’s emotional and hysical health problems following a postpartum hemorrhage : a systemic review. BMC Pregnancy and Childbirth.16(1):261.