

## แนวทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยแท้งติดยี่ที่มีภาวะช็อก

จันทร์ทิวา เจียรณัย, ปร.ด.(การพยาบาล)<sup>1</sup>

ศรัณญา จุฬารี, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปแนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมาย **วัสดุและวิธีการ:** ผู้ศึกษาทำการค้นคว้าเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลต่างๆ ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในฐานข้อมูลสากล ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2546-2556) ได้แก่ ScienceDirect, PubMed, OVID, CINAHL, Blackwell, SpringerLink และฐานข้อมูลแนวปฏิบัติจาก www.guidelines.gov วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานโดยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย 4 ระดับตั้งแต่ระดับ A ถึง D **ผลการศึกษา:** ผลการสืบค้นเอกสารจำนวน 20 เรื่อง ประกอบด้วยระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง ระดับ C จำนวน 5 เรื่อง และระดับ D จำนวน 3 เรื่อง ผลการสังเคราะห์เอกสารพบว่า แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ทำแท้งผิดกฎหมายที่มีภาวะช็อกแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) การประเมินภาวะช็อกติดเชื้อและระดับความรุนแรง 2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยช็อกติดเชื้ออย่างเป็นองค์รวม และ 3) แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะช็อกติดเชื้อจากการทำแท้งผิดกฎหมาย

**สรุป:** ผลการศึกษาช่วยให้ได้แนวทางในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทางรีเวชที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ข้อเสนอแนะคือควรมีการพัฒนารูปแบบการบริการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และควรพัฒนางานคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อน

**คำสำคัญ:** การดูแล, แท้งติดยี่ที่มีภาวะช็อก, หลักฐานเชิงประจักษ์

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

<sup>2</sup> อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## Evidence-Based Practice for Caring Patients with Septic Abortion and Shock

*Chantira Chiaranai, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>*

*Saranya Chularee, M.N.S.(C&I)<sup>2</sup>*

### Abstract

**Objectives:** The purpose of this study was to summarize and update the Clinical Practice Guideline (CPG) for caring patients with septic abortion patients and shock. **Material and Method:** Evidence-Based Practice (EBP) was employed to guide the study. Data were collected from various sources published in the international databases within 10 years (1993-2013) including ScienceDirect, PubMed, OVID, CINAHL, Blackwell, SpringerLink, and www.guidelines.gov. Data were analyzed, synthesized, and classified for the reliability using a guideline from the Royal College of Physician, Thailand. There are 4 levels of EBP's reliability ranging from level A to level D. **Results:** Twenty research articles were found. Of 7 were level A, 5 were level B, 5 were level C, and 3 were level D. Having analyzed and synthesized all EBPs, we concluded that there are 3 important procedures to care for patients with septic abortion patients and shock. They are: 1) the assessment for septic abortion and severity of shock; 2) the holistic CPG for caring patients with septic abortion patients and shock; and 3) the prevention of criminal abortion leading to septic shock. **Conclusion:** Findings from this study provide CPG for caring patients with septic abortion patients and shock using EBP. The development of a model of care for patients with gynecology problems should be employed using participatory action. Healthcare providers should be educated to use EBP as a tool for caring patients. It is recommended that EBP should be used as a tool to drive the continuity and quality of care.

**Keyword:** Caring, Evidence-based practice, Septic Abortion with Shock

---

<sup>1</sup> Assistant Professor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Thailand

<sup>2</sup> Instructor, School of Adult and Elderly Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Thailand

## บทนำ

การแท้งบุตรมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 20 - 30 ของการตั้งครรภ์โดยการแท้งเองตามธรรมชาติร้อยละ 80 เกิดในระหว่างเดือนที่ 2 และที่ 3 ของการตั้งครรภ์และการแท้งบุตร ระยะนี้ทั้งเด็กและรกจะออกมาพร้อมกัน แต่ถ้าการแท้งบุตรเกิดในระยะหลัง 12 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ไปแล้ว กระบวนการก็เหมือนการคลอดคือจะมีการปวดท้อง ภู่งน้ำหนุ่นหัวแตกแล้วทารกก็คลอด การแท้งมีหลายประเภท ได้แก่ "การแท้งคุกคาม" (Threaten abortion) มารดาจะมีการปวดท้องเพราะมดลูกรัดตัว แต่ปากมดลูกยังไม่เปิดทารกจึงยังไม่ออกจากมดลูก "การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้" (Inevitable abortion) มารดาจะมีเลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้อง และปากมดลูกเริ่มเปิด ทำให้การแท้งจะต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ "การแท้งครบ" (Complete abortion) คือการที่ทารกและรกถูกขับออกมาหมดแล้วหลังจากปวดท้องและมีเลือดออกทางช่องคลอด แต่ถ้าเด็กออกมาโดยที่รกรังค้างอยู่เรียกว่า "การแท้งไม่ครบ" (Incomplete abortion) หรือกรณีที่ทารกตายในครรภ์แต่ไม่ถูกขับออกมาก็เรียกว่า "การแท้งค้าง" (Missed abortion) ในบางครั้งอาจมีสภาวะแทรกซ้อนของการแท้งบุตรเกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อจึงเรียกว่า "การแท้งติดเชื้อ" (Septic abortion) ซึ่งมักเกิดขึ้นในกรณีที่มีการทำแท้งโดยผิดกฎหมายหรือแท้งเถื่อน (Criminal abortion) นอกจากนี้ยังแบ่งออกเป็นการแท้งเอง (Spontaneous abortion) และการทำแท้งด้วยการใช้ยาหรือการทำหัตถการทางสูติศาสตร์ (Induced abortion) ด้วยเหตุผลทางการแพทย์ เช่น การตั้งครรภ์นั้นมีอันตรายต่อสุขภาพของมารดา (จินดา อุไรรัตน์, พรรณนิภา ธรรมวิรัช และประอรนุช ตูลยาพร, 2543)

การทำแท้งโดยผิดกฎหมาย (Criminal abortion) เป็นการลักลอบทำแท้งโดยบุคคลที่มีใบแพทย์ ไม่ว่าจะทำโดยเหตุผลใดๆ ทั้งสิ้น เนื่องจากผู้ประกอบการทำแท้งส่วนมากมีใบแพทย์ และทำแท้งโดยไม่ถูกหลักวิชา การทำแท้งผิดกฎหมายจึงมักมีอาการแทรกซ้อน และมีอันตรายมากกว่าแท้งเองหรือแท้งเพื่อการรักษา เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่เพียงก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมประเทศชาติ มีรายงานในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าการทำแท้งเป็นสาเหตุการตายของมารดาถึงเกือบ ร้อยละ 50 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณไว้ว่า แต่ละปีจะมีผู้หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 210 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้ 46 ล้านครั้ง (ร้อยละ 22) ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการทำแท้ง และเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยถึง 20 ล้านครั้งในปี 2003 เพิ่มขึ้นเป็น 22 ล้านครั้งในปี 2008 และพบอีกว่า ร้อยละ 95 ของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจะเกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีการประมาณว่าแต่ละปีทั่วโลก มีผู้หญิงเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยราว 50,000 - 100,000 คน (World Health Organization [WHO], 2012) นอกจากนี้ 2012WHO รายงานว่า 1 ใน 4 ของหญิงที่ทำแท้งไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion) โดยเฉพาะการทำแท้งผิดกฎหมาย (Criminal abortion) จะเกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) ตามมาด้วย (Kontra, 2006)

ช็อกเป็นภาวะการฉีกปวยที่รุนแรงเป็นผลมาจากการมีภาวะบกพร่องของการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ (Inadequate tissue perfusion) ทำให้ร่างกายหรืออวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมอง หัวใจ ปอด ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการ และเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤติ

ที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening) รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและอาจเสียชีวิตได้ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เกิดจากการทำแท้งเถื่อน เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยจากการตกเลือด ปากมดลูกฉีกขาด มดลูกทะลุ การตกค้างของชิ้นเนื้อในโพรงมดลูกเกิดการแท้งติดเชื้อที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ (จันทิมา วิษณุโยธิน, 2555; พิษณุ ชันดิพงษ์, ชัชวาล ก่อสกุล และวิบูลพรรณ จิตะดิลก, 2547; สุจิตราลิมอำนวยลาก และชวณพิศท่าทอง, 2551) ซึ่งภาวะดังกล่าวผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะเครียดทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

ดังนั้นหากบุคลากรทางสุขภาพได้แก่แพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและรักษาผู้ป่วยนรีเวชที่มีภาวะช็อกติดเชื้อ จะทำให้สามารถช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ปลอดภัยและลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ แนวทางหนึ่งในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยคือ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice: EBP) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Davidow, et al, 2007; Perry and Potter, 2010)

ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ใช้กันส่วนใหญ่มีที่มาจาก Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes and Richardson (1996) ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยให้นิยามว่า “เป็นการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยและให้บริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุมีผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ” การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นวิธีการ บูรณาการความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ ค่านิยมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ กับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่นำมาใช้ในการตัดสินใจ

ใจ กระบวนการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ เกิดจากการสังเคราะห์ประสบการณ์จากการทำงาน การศึกษาและฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ในขณะที่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการจะเกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ/คาดหวังและเห็นว่ามีความสำคัญเป็น การบูรณาการความชำนาญทางคลินิกของนักปฏิบัติการกับข้อมูลหลักฐานทางคลินิกที่เป็นข้อค้นพบจากงานวิจัย (Sackett, et al., 1996) ซึ่ง Agency for Health Care Policy and Research หรือปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อเป็น Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ได้สรุปความหมายเกี่ยวกับหลักฐานที่ดีที่สุด (The Best Evidence) ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) เพื่อจุดมุ่งหมายหลักคือการเกิดการปฏิบัติที่ดีที่สุด เป้าหมายสำคัญของการนำ EBP มาใช้ก็คือปรับปรุงการปฏิบัติการรักษาและพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ มัชฌานา เหมชะญาดิ (2549) รายงานว่าปัญหาของการใช้ EBP สำหรับบุคลากรสุขภาพ คือ แม้ว่าบุคลากรทางสุขภาพจำนวนมากให้ความสนใจที่จะใช้ความรู้จากการวิจัย แต่ขาดทักษะในการสังเคราะห์และประยุกต์ผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการบริการ ลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการทำแท้งผิดกฎหมาย ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะช็อกติดเชื้อ และเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการทบทวนพบว่า ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพยาบาลและการรักษาผู้ป่วยแท้งติดเชื้อไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางใน

การปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษารวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยแท้งติดเชื้อที่มีภาวะช็อกเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ที่เกิดจากการทำแท้งผิดกฎหมายเพื่อให้ได้ข้อสรุปแนวทางในการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ทำแท้งผิดกฎหมายที่มีภาวะช็อกติดเชื้อต่อไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้อมูลที่ได้ สามารถใช้เป็นข้อสรุปองค์ความรู้ใหม่ที่มีความทันสมัย ไปพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนรีเวชที่ทำแท้งผิดกฎหมายที่มีภาวะช็อกติดเชื้อ

### การดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาทำการศึกษาโดยมีขั้นตอนในการค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1. กำหนดขอบเขตของการสืบค้น โดยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลสากล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึงปี ค.ศ. 2013 จากฐานข้อมูล ScienceDirect, PubMed, OVID, CINAHL, Blackwell, SpringerLink, และฐานข้อมูลแนวปฏิบัติจาก [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov)

2. กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ประกอบด้วย abortion, criminal abortion, induced abortion, illegal abortion, unintended abortion, septic abortion, sepsis in pregnancy, unsafe abortion, unwanted pregnancy

3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย

ผู้ศึกษานำข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ มาทบทวน ประเมิน และวิเคราะห์อย่างละเอียด โดยใช้เกณฑ์การนำผลงานวิจัยไปใช้ (Research utilization) ของโพลิตและคณะ (Polit, Beck and Hungler, 2001) โดยมีขั้นตอนในการพิจารณาคุณภาพ ดังนี้

3.1 ผลงานวิจัยที่ศึกษาตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (Clinical relevance)

3.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Scientific merit) โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) จำแนกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ A ถึง D (แสดงในตารางที่ 1)

3.3 แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) โดยผลการศึกษาต้องมีความสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับงานวิจัย และผลการศึกษานั้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่อผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน องค์กร และก่อให้เกิดประสิทธิผล คุ่มค่า คุ่มทุน

## ตารางที่ 1 การจำแนกระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

ระดับ	หมายถึง
A	หลักฐานที่ได้จากการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยที่เป็น meta-analysis ซึ่งมีการรวบรวมงานวิจัย ที่เป็น randomized controlled trial ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม
B	หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยที่เป็น controlled clinical study เช่น non-randomized controlled trial, cohort study, case-control study, cross sectional study ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสมหรืองานวิจัยที่เป็น meta-analysis ซึ่งมีการรวบรวมงานวิจัยที่เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง
C	หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ
D	หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (Consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ งานตำรา และเอกสารทางวิชาการต่างๆ เนื่องจากไม่มีหลักฐานจากผลงานวิจัยทางคลินิก

### ผลการศึกษา

หลักฐานที่สืบค้นได้มีจำนวน 20 เรื่อง ประกอบด้วย ระดับ A จำนวน 7 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง ระดับ C จำนวน 5 เรื่อง และ ระดับ D

จำนวน 3 เรื่อง ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์ พิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ดังแสดงตัวอย่าง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้เขียน/ปี/ชื่อเรื่อง	การออกแบบ วิจัย/ ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง/วิธี วิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/สังเคราะห์/ การนำไปใช้
Scientific of Family Panning (Society of Family Planning, 2011) Title: Clinical Guideline Prevention of infection after induced abortion	A Systematic Review Level: B	28 RCTs 8 cohort studies 6 prospective studies 7 descriptive studies 3 cross sectional studies	1. การใช้ Antibiotic prophylaxis ช่วยลดความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ และควรให้ ก่อนการทำหัตถการ 2. ยาปฏิชีวนะที่แนะนำคือ Doxycycline และควรให้ 12 ชั่วโมงก่อนการทำหัตถการ และให้ต่อเพียงระยะเวลา สั้น ๆ หลังการทำหัตถการ เพื่อให้เห็นผลในการรักษา และเชื่อไม่เกิดการดื้อยา 3. การติดเชื้อ bacteria เช่น N. Gonorrhea และ C. Tricho- monas จะเพิ่มความรุนแรง ของการติดเชื้อ จึงควรใช้ universal prophylaxis ด้วย ยาหลายขนานที่แนะนำโดย CDC* และควรมีการตรวจ เพื่อเพาะเชื้อก่อโรค 4. ควรมีการตรวจอื่นๆ ร่วม ด้วยเพื่อประเมินภาวะวิกฤต ของผู้ป่วย เช่น การตรวจการ ทำงานของไต กรด-ด่าง การ แข็งตัวของเลือด การถ่ายภาพ รังสีของหัวใจและปอด สาร เคมีในเลือด การตรวจเม็ด เลือด การตรวจน้ำตาล และ การทำงานของตับ	1. การใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นการรักษาเพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงต่อการ ติดเชื้อจากการทำแท้ง ทั้ง ก่อนและหลังการทำแท้ง ได้ดี 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติ การ และการตรวจพิเศษ อื่น ๆ ควรกระทำร่วมด้วย เพื่อประเมินภาวะวิกฤตของ ผู้ป่วย

\*CDC = Center of Disease Control

## ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้เขียน/ปี/ชื่อเรื่อง	การออกแบบ วิจัย/ ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง/วิธี วิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/สังเคราะห์/ การนำไปใช้
Davidow, J.S., Jacka, M.J., Brindly, P. & Gibney, R.T.N. (2007) Title: Treatment of patients with severe sepsis and septic shock: A retrospective review of practice prior to the publication of sepsis guidelines	Retrospective Level: B	Retrospective systematic review ของ 34 medical chart records ของ ผู้ป่วย septic shock ที่เคย รักษาตัวใน ICU ของโรง พยาบาล 4 แห่ง ของ Capital Health Region, North Alberta, Canada ในระยะ เวลา 14 เดือน (กุมภาพันธ์ 2546 ถึง เมษายน 2547)	จากการศึกษาย้อนหลังพบว่า 1. โรคที่เป็นสาเหตุของการ เกิด septic shock 2 อันดับ แรกคือ ปอดอักเสบ (41.2%) และ การติดเชื้อในช่องท้อง (26.5%) 2. ผู้ป่วยทุกรายมีคะแนน APACHEII* $\geq$ 25 (เฉลี่ย 31.3) 3. 94% ของผู้ป่วยได้รับการ การบำบัดทดแทนด้วยสาร น้ำ ภายใน 6 ชั่วโมง ทันที ที่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเกิด septic shock 3. 32% ของผู้ป่วยได้รับการ รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ภายใน 1 ชั่วโมงทันทีที่สามารถ วินิจฉัยได้ว่าเกิด septic shock 4. 38% ของผู้ป่วยได้รับการ ติดตามการประเมินค่า CVP** และ ScVO2*** 5. 82% ของผู้ป่วยได้ รับrhAPC**** ภายใน 24 ชั่วโมง ที่รับไว้ใน ICU	1. สิ่งสำคัญที่มีต่อการอัตรา การรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มี ภาวะ septic shock คือ ความสามารถของบุคลากร ทางการแพทย์และพยาบาล ในการประเมินการเกิด septic shock ให้ได้เร็วที่สุด เพื่อป้องกันการเกิด organ failure อันเป็นผลมาจากการ เกิด septic shock ที่ไม่ได้รับ การรักษาอย่างทันท่วงที 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะ septic shock - faster recognition of sepsis - earlier antibiotics - faster fluid resuscitation - early CVP and ScVO2 monitor

\*APACHEII = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

\*\*CVP = Central venous pressure

\*\*\*ScVO2 = Central venous oxygen saturation

\*\*\*\*rhAPC = recombinant human activated Protein C



ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้เขียน/ปี/ชื่อเรื่อง	การออกแบบวิจัย/ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง/วิธีวิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/สังเคราะห์/การนำไปใช้
Shahbazi, S. (2012) Title: The consequences of unsafe abortion: a qualitative study	Qualitative study Level: C	หญิงชาวอิหร่านที่มีประสบการณ์การทำแท้งผิดกฎหมาย จำนวน 27 คนเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง	ผลการวิจัยพบว่าหญิงที่มีประสบการณ์การทำแท้งผิดกฎหมาย ได้รับผลที่เกิดตามมาดังนี้ 1. ด้านร่างกาย: มีไข้สูง ปวดท้อง เลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ ซ็อกติดเชื้อ เป็นผลมาจากการทำแท้งด้วยเครื่องมือที่สกปรก เกิดภาวะแทรกซ้อนและมาพบแพทย์ซ้ำเกินไป 2. ด้านจิตใจ: สตรีส่วนใหญ่ต้องการลืมการมีประสบการณ์ที่เลวร้าย รู้สึกบ่าป เสียใจในสิ่งที่กระทำลงไป เครียด วิตกกังวล 3. ด้านสังคมและสิ่งสนับสนุน: ผลการวิจัยพบว่าสตรีอิหร่านที่โสด ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย มีความเครียด ซึ่งเครียดมากกว่าสตรีที่บรรลุนิติภาวะแล้ว นอกจากนี้ยังขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม มีความกังวลว่าเมื่อแต่งงานและหากสามีทราบว่าจะตั้งครรภ์และทำแท้งมาก่อน จะทำให้ชีวิตล้มเหลว 4. ด้านกฎหมาย: กลุ่มตัวอย่างทราบดีว่าการทำแท้งผิดศีลธรรมตามหลักศาสนาอิสลาม และผิดกฎหมาย การทำแท้งในอิหร่านสามารถทำได้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้น และหากพบว่ามีการทำแท้งผิดกฎหมาย จะได้รับบทลงโทษและเป็นตราบาปไปตลอดชีวิต	1. ในการดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชที่แท้งนั้นนอกจากจะดูแลรักษาด้านร่างกายแล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ไม่ใช่ความรู้สึกส่วนตัวในการตัดสินใจการกระทำของผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย 2. การป้องกันการเกิดภาวะซ็อกติดเชื้อทางนรีเวชที่ดีที่สุด คือการป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยการให้การศึกษา และให้คำแนะนำ

## ตารางที่ 2 ตัวอย่างการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้เขียน/ปี/ชื่อเรื่อง	การออกแบบ วิจัย/ ระดับ	กลุ่มตัวอย่าง/วิธี วิจัย	ผลการวิจัย	การวิเคราะห์/สังเคราะห์/ การนำไปใช้
Marshall, J.C., Maier, R.V., Jimenez, M. & Dellinger, E.P. (2004) Title: Source control in the management of severe sepsis and septic shock: an evidenced based review	Systemic review Level: D	เอกสาร งานวิจัย ที่ได้รับการตีพิมพ์ ในฐานข้อมูลสากล A modified Delphi method, A consensus conference	ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย ที่มีภาวะ sepsis ประกอบด้วย 1. การระบายหนองหรือสิ่ง กีดหลังออกให้ได้เร็วที่สุด 2. การทำความสะอาด เนื้อเยื่อ ที่ติดเชื้อเป็นอย่างดี 3. การกำจัดสิ่งตกค้างหรือสิ่ง แปลกปลอม ออกจากร่างกาย ให้หมดโดยเร็วที่สุด 4. การรักษาด้วยยาที่ตอบสนอง ต่อเชื้อนั้น ๆ เพื่อให้กลับคืนสู่ ภาวะปกติให้เร็วที่สุด	ความสำเร็จในการดูแล ผู้ป่วยที่ท่าแท้ง ผิดปกติไม่ให้เกิด septic shock ที่สำคัญคือ 1. การกำจัดเศษรกที่ ตกค้างในโพรงมดลูก ออก ด้วยวิธีการ แพทย์ที่ปลอดภัย 2. การชะล้างทำความสะอาด โพรงมดลูกด้วย สารน้ำที่เหมาะสม 3. ภายหลังการทำ หัตถการควรมีการรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะ

### ผลการศึกษา

ผลการประเมิน วิเคราะห์และสังเคราะห์  
งานวิจัย แบ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ท่าแท้งผิดปกติ  
ที่มีภาวะช็อกติดเชื้อออกเป็นประเภทต่างๆ  
ดังนี้

#### 1. การประเมินภาวะช็อกติดเชื้อและระดับ ความรุนแรง

ภาวะแท้งติดเชื้อเป็นภาวะติดเชื้อของ  
มดลูกและอวัยวะใกล้เคียงภายหลังการแท้ง เกิดขึ้น  
ได้ทั้งจากการทำแท้งเอง หรืออาจเป็นการทำแท้งโดย  
การใช้ยาหรือหัตถการ ภาวะแท้งติดเชื้อเป็นสาเหตุ  
ของการเสียชีวิตในสตรี สาเหตุมีความสัมพันธ์กับ  
การยุติการตั้งครรภ์โดยการทำให้หัตถการที่สกปรก  
ซึ่งโดยมากเป็นการทำแท้งแบบผิดปกติ พบใน  
หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (เจนจิต ฉายะ  
จินดา, 2554) อันตรายจากการทำแท้งผิดปกติ

ด้วยหัตถการที่สกปรกและไม่มีมาตรฐาน อันตราย  
ที่เกิดจากการทำแท้งผิดปกติได้แก่ มดลูกแตก  
มดลูกทะลุ การบาดเจ็บที่ปากมดลูก มีเศษรกค้าง  
ทำให้สูญเสียเลือดรุนแรงและช็อก มีความผิดปกติ  
ในการแข็งตัวของเลือด และหากไม่ได้รับการแก้ไข  
อย่างทันท่วงทีผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ การทำงานของ  
อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว (multiple organs failure)  
(Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011).

การประเมินภาวะช็อกติดเชื้อ Bamfo (2013) ให้ข้อเสนอแนะว่า หากบุคลากร  
ทางการแพทย์ตระหนักและให้ความสำคัญในการ  
ประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกติดเชื้อ และยิ่ง  
ประเมินได้เร็วเท่าไร จะสามารถลดอัตราการตาย  
ของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Bamfo, 2013; Davidow, et  
al, 2007) สามารถทำได้โดยการซักประวัติ ซึ่งอาจใช้

เครื่องมือในการคัดกรองเพื่อจัดระดับความรุนแรง รักษาได้ทันทีที่ ตัวอย่างและเกณฑ์ในการคัด  
ของอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จะช่วยให้สามารถให้การ กรอง (แสดงในตารางที่ 3) (Bone, et al., 1992)

**ตารางที่ 3** Definitions for sepsis and organ failure (Bone, et al, 1992)

คำศัพท์	ความหมายและเกณฑ์ประเมิน
กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS)	<p>เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองทางคลินิกต่อการอักเสบไปทั่วร่างกาย โดยมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส</li> <li>- อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้ง/นาที</li> <li>- อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที หรือ PaCO<sub>2</sub> น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท</li> <li>- ตรวจเลือดพบค่าเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์/ลบ.มม.</li> </ul>
ภาวะติดเชื้อ (Sepsis)	<p>เป็นภาวะที่มีการอักเสบทั่วร่างกายที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ อาการแสดงของการติดเชื้อเหมือนกับที่กล่าวไว้ใน SIRS โดยมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 อย่างตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อุณหภูมิทางทวารหนักสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสหรือต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส</li> <li>- อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว (Tachycardia) มากกว่า 90 ครั้ง/นาที</li> </ul> <p>ร่วมกับมีการติดเชื้อโดยมีอวัยวะที่แสดงออกถึงการเสียหายที่หรือมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง</li> <li>- มีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) โดยมีค่า PaO<sub>2</sub> น้อยกว่า 72 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ได้ออกซิเจนเข้มข้น 21 % (FiO<sub>2</sub> 0.21) โดยปัญหาในปอดที่เป็นสาเหตุให้เกิด</li> <li>- ระดับ plasma lactate level สูงขึ้น</li> <li>- มีภาวะปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) (น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง</li> </ul>
ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง (Severe sepsis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นภาวะติดเชื้อและมีการอักเสบทั่วร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับการเสียหายที่ของอวัยวะ (Organ dysfunction) อาจมีภาวะเลือดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง (Hypoperfusion) หรือความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ภาวะเลือดเป็นกรด (Lactic acidosis) ปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมี SIRS</li> <li>- ภาวะติดเชื้อที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ (Sepsis-induced hypotension) คือ มี Systolic blood pressure น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลง 40 มิลลิเมตรปรอทจากค่าปกติ อาจจะดีขึ้นเมื่อได้รับสารน้ำชดเชยอย่างเหมาะสม (Adequate fluid resuscitation) พร้อมกับมีอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะรวมถึงภาวะเลือดเป็นกรด (Lactic acidosis) ปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน</li> </ul>
ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock)	<p>เป็นภาวะการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำแม้ว่าจะชดเชยด้วยสารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะรวมถึงภาวะเลือดเป็นกรด (Lactic acidosis) ปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) หรือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่ได้รับยา Inotropic ยา Vasopressor อาจจะไม่มีความดันโลหิตต่ำขณะที่มี Organ dysfunction และ Hypoperfusion</p>

การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งบอกว่ามี การติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น ปวดท้องอย่างรุนแรง และมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่าปกติ ซึ่งพบเร็ว ความดันโลหิตตก ตรวจร่างกาย อาจพบความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น มีร่องรอยของการทำแท้ง (รอยข้ำที่ท้องน้อย ที่เกิดจากการกระแทก การกด อย่างรุนแรง, รอยเข็มแทงที่ท้องน้อย) (Davidow, et al, 2007; Mary & Mahmood, 2010; Sweetman & Considine, 2004)

## 2. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยช็อกติดเชื้อ อย่างเป็นองค์รวม

สุขภาพองค์รวมหมายถึง สภาวะที่ขึ้นอยู่กับการสัมพันธ์อันละเอียดอ่อนระหว่างร่างกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ไม่ใช่มีแต่เฉพาะเรื่องกาย หรือชีววิทยาเท่านั้น รูปแบบแนวคิดเกี่ยวกับองค์รวมของมนุษย์นั้นมีการเชื่อมโยงของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีทิศทางด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่อยู่ชั้นสูงสุดและมีความสำคัญต่อการประสานเชื่อมโยงให้ทุกมิติรักษาภาวะสมดุลของร่างกายสู่ สภาวะอันจะช่วยให้มนุษย์มีความสมดุลแบบองค์รวม (ประเวศ วะสี, 2544) ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยช็อกติดเชื้ออย่างเป็นองค์รวม ผู้ศึกษาสามารถจำแนกออกเป็น

**2.1 การดูแลด้านร่างกาย:** เมื่อสามารถประเมินผู้ป่วยว่าเข้าสู่ระยะช็อก (faster recognition of sepsis) บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะต้องให้การรักษาพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ ได้แก่ การบำบัดชดเชยด้วยสารน้ำ (fluid resuscitation) การให้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมงแรกที่วินิจฉัยว่าผู้ป่วย

ช็อกจากการติดเชื้อ (early antibiotics) ฝ้าติดตามสัญญาณชีพต่างๆ อย่างใกล้ชิด (early CVP and ScVO2 monitor) ร่วมกับการตรวจอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วย เช่น การตรวจการทำงานของไต กรด-ด่าง การแข็งตัวของเลือด การถ่ายภาพรังสีของหัวใจและปอด สารเคมีในเลือด การตรวจเม็ดเลือด การตรวจน้ำตาล และการทำงานของตับ (Davidow, et al, 2007; Society of Family Planning, 2011)

**2.2 การดูแลด้านจิต สังคม และจิตวิญญาณ:** ในการดูแลผู้ป่วยทางนรีเวชที่แท้งนั้น นอกจากจะดูแลรักษาด้านร่างกายแล้ว บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญต่อการดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวในการตัดสินใจการกระทำของผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (Marshall, Maier, Jimenez & Dellinger, 2004)

## 3. แนวทางการป้องกันการเกิดช็อกติดเชื้อ จากการทำแท้งผิดกฎหมาย

แนวทางที่ดีที่สุดในการป้องกันการเกิดช็อกติดเชื้อจากการทำแท้งผิดกฎหมายนั้น คือการป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร (Davidow, et al, 2007; Fawcus, 2008; Fiol, et al, 2012; Haddad & Nour, 2009) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Mary & Mahmood (2010) ที่กล่าวว่า การให้การศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย (Safe sex) และการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ส่งผลให้อัตราการทำแท้งผิดกฎหมายลดลงตามไปด้วย

## บทสรุป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยทางสูติ-นรีเวชที่มีปัญหาช็อกจากการติดเชื้ออย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะช็อกติดเชื้อและระดับความรุนแรง 2) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยช็อกติดเชื้ออย่างเป็นองค์รวม และ 3) แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะช็อกติดเชื้อจากการทำแท้งผิดกฎหมาย ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ได้รับการดูแล จะได้รับบริการที่ดีที่สุดผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์มาจากการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้เอกลักษณ์ของวิชาชีพทางการแพทย์และการพยาบาลมีความชัดเจนขึ้น เกิดทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการและยังเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

### 1. ด้านการบริหาร

ผู้บริหารควรส่งเสริมนโยบายการพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เนื่องจากผลลัพธ์ของการพัฒนาจะทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการซึ่งเป็นการสร้างเอกลักษณ์ของวิชาชีพการแพทย์และการพยาบาลให้มีความชัดเจน เกิดทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการบริการทางสุขภาพในปัจจุบัน ต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกับผลลัพธ์ เชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้นๆ

### 2. ด้านการบริการ

ผู้ปฏิบัติการดูแลรักษาและพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางนรีเวชสามารถนำแนวปฏิบัติ

การดูแลผู้ป่วยแท้งติดเชื้อที่มีภาวะช็อกไปใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ทางการบริการเพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งและทบทวนข้อสรุปพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สร้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปขยายผลการใช้งานสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกประเภทต่างๆ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม

3.2 ควรนำแบบการศึกษานี้ไปขยายผลเพื่อสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินด้านอื่นๆ เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพทั้งด้านการวิจัย การคิดอย่างมีวิจารณญาณรวมทั้งด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม

### 4. ด้านการศึกษาและการฝึกอบรม

4.1 ด้านการศึกษา: อาจารย์แพทย์และพยาบาลสามารถนำแนวทางการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสอนนักศึกษาเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณควบคู่ไปกับการใช้กระบวนการในการแก้ปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการแก้ปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นการใช้กระบวนการ วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากหลักฐานงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ มีขั้นตอนที่เป็นระบบสอดคล้องกับกระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์

4.2 ด้านการฝึกอบรม: แพทย์และพยาบาลสามารถเป็นวิทยากรและสร้างทีมงานใน

การถ่ายทอดความรู้ และแนวทางการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่มีภาวะช็อกติดเชื้อ เป็นสถาบันที่เลี้ยงแก่โรงพยาบาลต่างๆ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพัฒนางานตลอดจนการจัดตั้งศูนย์พัฒนางานคุณภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานคุณภาพขององค์กร

### เอกสารอ้างอิง

- จันทิมา วิษณุโยธิน. (2555). ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวชฯ. ใน การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน. วชิรราภรณ์ ฉัตรวิรุพห์, สุกัญญา ศิวายพรหมณ์, กัลป์พฤกษ์ กัยภย์. *สรุปผลการประชุมวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน*. วันที่ 11-15 มิถุนายน 2555 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์. (หน้า 14 – 16). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- จินดาอุไรรัตน์, พรรณนิภาธรรมวิรัช, และประอรนุช ตูลยาทร. (2543). *การพยาบาลนรีเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด.
- เจนจิต ฉายะจินดา. (2554). ภาวะแท้งติดเชื้อ. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 4, 49-52.
- ประเวศ วะสี. (2544). สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารหมอชาวบ้าน*, 22, 41 - 46.
- พิชญ์ ขันติพงษ์, ชัชวาล ก่อสกุล, และวิบูลพรรณ จิตะดิลก. (2547). ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งและการแก้ไข. ใน: สุวัชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ชีระพงศ์ เจริญวิทย์. (บรรณาธิการ). *การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง*. (หน้า 130 -139). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- มัทนา เหมชะญาติ. (2549). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล (Evidence-based Nursing). *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 17, 74-76.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). คำแนะนำการสร้า “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical practice guideline). *วารสารวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18, 36-47.
- สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, และชวณพิศ ทำทอง. (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*. ขอนแก่น: สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น”
- Bamfo, J.E. (2013). Managing the risks of sepsis in pregnancy. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology' Journal*, 27(4), 583 – 595.
- Bone, R., Balk, R., Cerra, F., Dellinger, R., Fein, A., Knaus, W. and et al. (1992). Definition for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest*, 101, 1644-55.
- Davidow, J.S., Jacka, M.J., Brindly, P.G., and Gibney, R.T.N. (2007). Treatment of Patients with severe sepsis and septic shock: A Retrospective review of Practice prior to the Publication of sepsis guidelines. *University of Alberta Health Sciences Journal*, 4, 5 – 9.
- Fawcus, S.R. (2008). Maternal mortality and unsafe abortion. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology' Journal*, 22(3), 533 - 548.

- Fiol, V., Briooza, L., Labandera, A., Recchi, V. and Pineyro, M. (2012). Improving care of women at Medicine, 32(11Suppl), S513-26. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118(Suppl 1), S21 – S27.
- Haddad, L.B. and Nour, N.M. (2009). Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Review of Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 122 -126.
- Kontra, JM. (2006). Evidence-based management of severe sepsis and septic shock. *Journal of Lancaster General Hospital*. 1(2), 39-46.
- Marshall, J.C., Maier, R.V., Jimenez, M. & Dellinger, E.P. (2004). Source control in the management severe sepsis and septic shock: an evidenced based review. *Critical Care Medicine*, 32(11 Supp 1), S513-26.
- Mary, N. & Mahmood, T.A. (2010). Preventing infective complications relating to induced abortion. *Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology*, 24(4), 539 – 549.
- Perry, A.G., Potter, P.A. (2010). *Clinical nursing skills techniques* (5<sup>th</sup>ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research (method, appraisal, and utilization)*. Philadelphia: PA Lippincott.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). *The care of women requesting induced abortion Evidence-based Clinical Guideline number 7*. Retrieved June 14, 2013, Available from: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/care-women-requesting-induced-abortion>.
- Sackett, D., Rosenberg, W.M.C., Gray, J., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what isn't. *British medical journal*, 312(7023), 71-72.
- Shahbazi, S. (2012). The consequences of unsafe abortion: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1247-1255.
- Society of Family Planning. (2011). Clinical Guidelines Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83, 295 – 309.
- Sweetman, B. & Considine, J. (2004). Case review: Septic shock in the pregnant patient. *International Emergency Nursing*, 12(3), 141 – 148.
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health System* (2<sup>nd</sup> ed.). Geneva: World Health Organization. Retrieved November 1, 2016, Available from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf).