

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช้ำจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง สื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด

เสนอโดย

นางสาวสิรินดา กลั่นฤทธิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 781)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะชกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง สื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด

เสนอโดย

นางสาวสิรินดา กลั่นฤทธิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 781)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะชั้กจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 13 ตุลาคม 2564)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยร้อยละ 5 – 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 พบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในประเทศไทย ร้อยละ 2.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน นอกจากการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์แล้วยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ ภาวะตับและไตวาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด เป็นต้น

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ตรวจพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง และพบการมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ (Proteinuria) ที่เก็บใน 24 ชั่วโมงมากกว่า 300 มิลลิกรัม หรือ protein: creatinine ratio (UPCR) ในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยแบ่งความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ออกเป็น 6 กลุ่ม (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) ดังนี้

1. **Preeclampsia** คือ ภาวะความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ มักเกิดหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ในรายที่ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะสามารถวินิจฉัยเพิ่มเติมได้จากการประเมินความรุนแรงของโรคว่ามี severe fratures หรือไม่ในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังนี้ เกร็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ค่า serum creatinine มากกว่า 1.1 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าจากเดิม โดยไม่ได้มีโรคไตร่วมด้วย และค่า liver transaminase เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของค่าปกติ หรือมีอาการของภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) อาการปวดศีรษะที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาการทางสายตา (visual disturbance)

2. **Gestational hypertension** คือ ภาวะความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท พบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตกลับสู่ภาวะปกติใน 12 สัปดาห์หลังคลอด

3. HELLP syndrome คือ กลุ่มอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับเลือดและตับ อาการเด่นของกลุ่มนี้คือ เม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) ค่าเอ็นไซม์ในตับสูงมากกว่า 2 เท่าของปกติ (Elevated Liver Enzymes) และเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Low Platelet Count) นอกจากนี้ยังตรวจพบค่า Lactate dehydrogenase (LDH) มากกว่าหรือเท่ากับ 600 ยูนิตต่อลิตร

4. Eclampsia คือ ภาวะชักจากการความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

5. Chronic hypertension ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มักตรวจพบความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์หรือก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตยังคงสูงอยู่นานเกินกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด

6. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia คือ ภาวะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรังและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี แต่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตหรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ควบคุมโรค ร่วมกับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะหรือลักษณะของ severe features

พยาธิสภาพ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าพยาธิสภาพหลักของโรคนี้อยู่ที่รก โดยแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 2 ระยะ (ฉวี เบาทรวง, 2560) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนแสดงอาการ คือ เกิดความผิดปกติในการฝังตัวของรก ทำให้การเชื่อมต่อของเซลล์รกและหลอดเลือดแดงของมดลูกไม่สมบูรณ์ มักเกิดขึ้นในระยะแรกของการตั้งครรภ์

ระยะที่ 2 ระยะแสดงอาการ คือ เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อโพรงหลอดเลือด เป็นสาเหตุให้เกิดการต่อต้านการอักเสบทั่วร่างกาย มักพบในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยมีอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง พบโปรตีนในปัสสาวะ และอาการตามระบบต่าง ๆ ของร่างกาย

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคประจำตัวและประวัติในครอบครัว ประวัติอาการแสดงของโรค เช่น น้ำหนักตัวเพิ่ม อาการบวม อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย พบความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ตรวจการทำงานของตับและไต ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีสามารถช่วยลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากโรคลงได้ (ฉวี เบาทรวง, 2560) แบ่งออกเป็น

1. ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placenta abruption) ภาวะเลือดไม่แข็งตัว (disseminated intravascular coagulation : DIC) ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะไตวายเฉียบพลัน (renal failure) เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด แท้ง หรือเสียชีวิตในครรภ์จากรกเสื่อม หากมารดาได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตในระยะคลอด ยานี้สามารถผ่านรกไปสู่ทารกได้ทำให้ทารกแรกเกิดอาจมี reflex การตั้งตัวของกล้ามเนื้อและการหายใจไม่ดี แต่สามารถหายใจได้เองใน 3 – 4 วัน

การรักษา

การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (จรรยาลักษณ์ สุขแจ่ม, 2562) มีดังนี้

1. Absolute bed rest ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว เฝ้าระวังอาการนำของการชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ เป็นต้น
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, LDH, Liver function test และ Proteinuria
3. บริหารยาแมกนีเซียมซัลเฟตตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการชักหรือชักซ้ำในรายที่มีอาการชักแล้ว ตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด ค่าปกติอยู่ระหว่าง 4.8 – 8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และเตรียมยา 10%แคลเซียมกลูโคเนตไว้เป็น Antidotes
4. บริหารยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาหากความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท โดยยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรก ได้แก่ Hydralazine, Nifedipine หรือ Labetalol เป็นต้น ไม่นแนะนำให้ยาในกลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI), Angiotensin-Receptor Blocker (ARB) และ Mineralocorticoid receptor antagonists เนื่องจากยาสามารถลดปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตในทารกได้ทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย (Oligohydramnios) (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)
5. ในรายที่เกิดภาวะชัก (Eclampsia) หลักการสำคัญคือ ควบคุมการชัก ดูแลทางเดินหายใจ ให้โล่ง ควบคุมความดันโลหิต และยุติการตั้งครรภ์เมื่อควบคุมอาการชักได้ (ฉวี เบาทรวง, 2560)

การพยาบาล

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ฉวี เบาทรวง, 2560) ดังนี้

1. ระยะเวลาก่อนคลอด ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะ ความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า – ออกจากร่างกาย ดูแลบริหารยาป้องกันการชักหรือ ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา สังเกตอาการนำก่อน การชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ตรวจสอบเครื่องมือให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ เช่น รถฉุกเฉิน เครื่องกระตุ้นหัวใจ (defibrillator) เป็นต้น ในรายที่เกิดอาการชักดูแลให้ได้รับออกซิเจนชนิดหน้ากากพร้อม ดูเก็บอากาศ อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนของมารดาและทารกในครรภ์ จัดทำนอนตะแคงซ้ายเพื่อป้องกันการอุดตันและเพิ่มการไหลเวียนโลหิตจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ ดูแล ทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินและเฝ้าสุขภาพของทารกในครรภ์ (Fetal Heart Rate Monitoring) ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2. ระยะเวลาคลอด การพยาบาลในระยะนี้เป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการคลอดปลอดภัย ได้แก่ จัดทำนอนตะแคงซ้าย แนะนำเทคนิคการหายใจหรือการดูหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ ดูแลบริหารยา ป้องกันการชักหรือยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง สังเกตอาการนำก่อนการชัก เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอดและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกให้พร้อมใช้งาน

3. ระยะเวลาหลังคลอด ป้องกันและเฝ้าระวังการตกเลือดในระยะหลังคลอด สังเกตปริมาณ เลือดที่ออกจากช่องคลอดต้องไม่เกิน 500 มิลลิลิตร และในรายที่ผ่าตัดคลอดปริมาณเลือดที่ออกไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร ดูแลบริหารยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและยาป้องกันการชักตามแผนการรักษาต่ออีก 24 ชั่วโมง ดูแลติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ประเมินอาการนำก่อนการชักอย่างต่อเนื่อง แนะนำการดูแล ทำความสะอาดแผลฝีเย็บและอวัยวะสืบพันธุ์ การให้นมและอาบน้ำอุ่น การรับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ การคุมกำเนิด และการมาตรวจตามนัดหลังคลอด

ความรู้ทางเภสัชวิทยา (ปราณี ทุ่งไพบุระ, 2564)

1. Magnesium sulfate ออกฤทธิ์โดยกด CNS และกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และ กล้ามเนื้อหัวใจ ลดความตึงของกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ช่วยรักษาอาการชักที่เกิดจากภาวะ ครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia or Eclampsia) การพยาบาลประเมินและบันทึกความดันโลหิตและชีพจร ทุก 15 นาที อาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและลำตัว ท้องเสีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง และบันทึกความสมดุล ของสารน้ำที่เข้า – ออกจากร่างกาย

2. Labetalol (AVEXA®) ออกฤทธิ์เป็น Competitive antagonist ที่ alpha 1 และ beta - receptors การออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ receptors ดังกล่าวมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง การพยาบาลสังเกตภาวะ ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ คลื่นไส้

3. Oxytocin การออกฤทธิ์ กระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกให้มดลูกหดตัว ใช้เพื่อกระตุ้นและเพิ่มการบีบรัดตัวของมดลูกในระยะคลอดและหลังคลอด ผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ภาวะมดลูกหดตัวถี่หรือรุนแรงมากผิดปกติ (Tetanic contraction) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ การพยาบาลสังเกตอาการปวดมดลูกมาก คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่น และสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ หากมีอาการผิดปกติควรรายงานแพทย์ทราบ

4. Misoprostol (Cytotec®) เป็นสารสังเคราะห์ที่มีโครงสร้างคล้ายพรอสตาแกลนดิน อี1 เพิ่มการหดตัวของมดลูก การพยาบาลสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ถ่ายเหลว เป็นต้น

5. Tranexamic acid (Transamin®) ออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายตัวของลิ่มเลือด ช่วยรักษาการตกเลือด ภาวะเลือดออกมาก หรือเลือดออกไม่หยุด การพยาบาลสังเกตอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ หรือแขนขาอ่อนแรง

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ร้อยละ 5 – 10 และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ จากข้อมูลปี พ.ศ.2562 – 2564 พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.71, 11.02 และ 9.19 ตามลำดับ (ระบบสารสนเทศ กรมอนามัย, 2562-2564) นอกจากการเสียชีวิตแล้วยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก จากข้อมูลของโรงพยาบาลกลางในปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบอัตราผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.86, 5.31 และ 3.87 ตามลำดับ และพบจำนวนผู้คลอดที่มีภาวะชั้กจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ 0, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกลาง, 2562-2564) การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วและการให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมทันเวลาสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะชั้กจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จากตำรา เอกสารทางวิชาการ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็นแนวทางการศึกษา

2. เลือกกรณีศึกษาผู้คลอดหญิงอายุ 37 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2564 เลขที่ภายนอก 16274/64 เลขที่ภายใน 13451/64

3. ประเมินแบบแผนสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการชั้กประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน

4. วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้คลอด โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อสามารถให้การแก้ไขได้อย่างทันที่

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่วางไว้ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุม ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองและทารก เพื่อให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

6. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

7. สรุปผลกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเอกสารทางวิชาการ และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้คลอดหญิงต่างชาตินาม กัมพูชา อายุ 37 ปี เลขที่ภายนอก 16274/64 เลขที่ภายใน 13451/64 สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน กำหนดคลอดวันที่ 20 ตุลาคม 2564 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลกลางจำนวน 12 ครั้ง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สิทธิการรักษา เงินสด เข้ารับการรักษาที่ห้องรอกคลอด โรงพยาบาลกลาง เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2564 เวลา 07.05 นาฬิกา ด้วยอาการเจ็บครรภ์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำเป็นสีชมพู ระดับส่วนน้ำ -1 และถุงน้ำคร่ำไม่แตก แรกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ ดิจเครื่องประเมินการหดตัวของมดลูก และสุขภาพของทารกในครรภ์ มดลูกหดตัวทุก 4-9 นาที หดตัวนาน 45 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว +3 เสียงหัวใจทารกเต้นอยู่ในช่วง 140 ครั้งต่อนาที รายงานสูติแพทย์ ให้นอนสังเกตอาการ วันที่ 10 ตุลาคม 2564 เวลา 06.30 นาฬิกา สูติแพทย์ตรวจเย็บอาการตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ -1 พิจารณาเจาะถุงน้ำคร่ำ น้ำคร่ำที่ออกเป็นสีเขียวขุ่น คะเน น้ำหนักทารกในครรภ์ 3,300 กรัม เปิดเส้นให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำเป็น Acetar 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากพร้อมถุงเก็บอากาศ อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที เนื่องจาก น้ำคร่ำมีสีเขียวขุ่น และป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ หลังเจาะถุงน้ำคร่ำแนะนำให้ผู้คลอด ทำกิจกรรมบนเตียงเพื่อป้องกันภาวะสายสะดือข้อยึด ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 1-2 ชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC) และ Type and screen Packed Red Cells (PRC) 1 ยูนิต กระตุ้นให้เจ็บครรภ์มากขึ้น โดยให้ 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ผสมยา oxytocin 10 ยูนิต อัตราหยด 12 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังให้ยาติดตามการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาที พบมดลูกหดตัวทุก 2 นาที 50 วินาที หดตัวนาน 55 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว +3 เสียงหัวใจทารกเต้นอยู่ในช่วง 130 ครั้งต่อนาที และปรับเพิ่มยาเป็นระยะเพื่อให้มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ

หลังได้รับยาเร่งคลอดผู้คลอดให้คะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน แนะนำวิธีการหายใจโดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนออกทางปากช้า ๆ ขณะที่มดลูกหดตัว ผู้คลอดสามารถทำตามคำแนะนำได้บางส่วน เวลา 09.30 นาฬิกา วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 169/109 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์รีเฟล็กซ์ 2+ รายงานสูติแพทย์ สูติแพทย์ตรวจเย็บมดลูกให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ได้แก่ การแข็งตัวของเลือด, การทำงานของตับ, BUN, Creatinine, Lactate dehydrogenase (LDH), Uric acid, ตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ และอัตราส่วนโปรตีนกับครีตินินในปัสสาวะ (Urine Protein Creatinine Ratio : UPCR) และสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องทุก 1 ชั่วโมง เวลา 10.00 นาฬิกา วัดความดันโลหิตได้ 150/101 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์รีเฟล็กซ์ 2+ ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดตัวสม่ำเสมอทุก 3 นาที หดตัวนาน 55 วินาที ระดับความแรงของการหดตัว +3 เสียงหัวใจทารกเต้นอยู่ในช่วง 140 ครั้งต่อนาที คะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน บรรเทาความเจ็บปวดด้วยการหายใจได้เป็นระยะ เวลา 11.00 นาฬิกา วัดความดันโลหิตได้ 146/98 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์รีเฟล็กซ์ 2+ ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ มดลูกหดตัวสม่ำเสมอทุก 3 นาที หดตัวนาน 50 วินาที ระดับความแรงของ การหดตัว +3 เสียงหัวใจทารกเต้นอยู่ในช่วง 140 ครั้งต่อนาที คะแนนความเจ็บปวด 10 คะแนน เวลา 11.45 นาฬิกา ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำ +2 เตรียมย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด และรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลโปรตีนในปัสสาวะ 2+ ผล UPCR 0.35 (ค่าปกติ < 3) ผล PT 11.70 วินาที (ค่าปกติ 9.6 – 12.6 วินาที) ผล APTT 25.50 sec (ค่าปกติ 21.7 – 30.6 sec) ผล INR 1.06 ผล Uric acid 5.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 2.4 – 5.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผล BUN 7.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 6 – 20 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผล Creatinine 0.43 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ค่าปกติ 0.51 – 0.95 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ผล LDH 182 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 135 – 214 ยูนิตต่อลิตร) ผล SGOT 18 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 0 - 32 ยูนิตต่อลิตร) ผล SGPT 15 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 0 - 33 ยูนิตต่อลิตร) และผล ALP 263 ยูนิตต่อลิตร (ค่าปกติ 35 - 104 ยูนิตต่อลิตร) เวลา 11.50 นาฬิกา ผู้คลอดเกิดอาการชักนาน 1 นาที น้ำลายฟูมปาก เรียกไม่รู้สติตัว ความดันโลหิต 205/124 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 162 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 94 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 60 – 80 ครั้งต่อนาที เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพมารดา จัดทำนอนตะแคงซ้ายให้ออกซิเจนชนิดหน้ากากพร้อมดูดเก็บอากาศ อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที คู่มือทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันการสูดสำลัก รายงานสูติแพทย์ มีคำสั่ง การรักษาให้ยาลดความดันโลหิต Labetalol 20 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำช้า ๆ และยา 10% แมกนีเซียมซัลเฟต 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำใน 15 นาที รายงานกุมารแพทย์เพื่อเตรียมรับทารกที่ห้องคลอด หลังชักประมินความรู้สึกรู้ตัวผู้คลอดมีอาการมึนงงเล็กน้อย ไม่มีกล้ามเนื้อกระตุก ความดันโลหิต

104/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที รีเฟล็กซ์ 3+ ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 140 ครั้งต่อนาที สังเกตอาการข้างเคียงหลังได้ยา 10%แมกนีเซียมซัลเฟต ไม่มีอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้ อาเจียน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูติแพทย์พิจารณาย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด เพื่อทำสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะชัก เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก และให้ยา 50%แมกนีเซียมซัลเฟต 40 กรัม ในสารน้ำ 5%DW 920 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราหยุด 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (2 กรัมต่อชั่วโมง) เวลา 12.24 นาฬิกา ทารกคลอด เพศชาย น้ำหนัก 2,890 กรัม ยาว 48 เซนติเมตร สภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี กุมารแพทย์รับทารก ให้ออกซิเจนและดูดเสมหะด้วยสายดูดเสมหะ เป็นเวลา 2 นาที Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 8 (หักสีผิวและการหายใจอย่างละ 1 คะแนน) นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 (หักการหายใจ 1 คะแนน) และย้ายทารกไปหออภิบาลทารกแรกเกิด หลังคลอดวัดความดันโลหิตได้ 114/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ และให้ยา oxytocin 10 ยูนิตในสารน้ำเดิม อัตราหยุด 300 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 12.25 นาฬิกา สูติแพทย์ทำคลอดครบ มีเลือดออกทางช่องคลอดต่อเนื่อง 350 มิลลิลิตร มดลูกนุ่ม ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพิ่มเติม ยา cytotec 200 ไมโครกรัม 4 เม็ดเหน็บทางทวารหนัก ยา Transamin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ และปรับเพิ่มอัตราหยุดยา oxytocin เป็น 600 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หลังสูติแพทย์เย็บแผลฝีเย็บเสร็จ มดลูกหดตัวดี ทำการสวนคาสาบัสสาวะ รวมปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดทั้งหมด 450 มิลลิลิตร 2 ชั่วโมง หลังคลอดผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ขณะได้รับยา 50%แมกนีเซียมซัลเฟต ไม่มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มีอ่อนเพลียเล็กน้อย ติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือดหลังได้รับยา 2 ชั่วโมงได้ 4.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร(ค่าปกติในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 6.8 – 8.6 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ความดันโลหิต 107/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที รีเฟล็กซ์ 3+ ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ รวมปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายทั้งหมด 1,340 มิลลิลิตร และปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกายทั้งหมด 800 มิลลิลิตร ย้ายผู้คลอดไปตึกสูติกรรม หลังคลอดสามัญ

วันที่ 11 – 13 ตุลาคม 2564 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอด มารดามีสีหน้าสดชื่น ช่วยเหลือตนเองได้ดี มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่มีบวม แดง มีอาการปวดเล็กน้อย คะแนนความเจ็บปวด 2 คะแนน น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มีกลิ่นเหม็น มีคัดตึงเต้านม วิตกกังวลเรื่องน่านมออกน้อย และขาดความรู้ในการดูแลตนเองและทารก ได้รับยา 50%แมกนีเซียมซัลเฟตในสารน้ำ 5%DW 920 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตราหยุด 37.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (1.5 กรัมต่อชั่วโมง) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต 112/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ รีเฟล็กซ์ 2+ แนะนำให้มารดาดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2 – 3 ลิตร กระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2 – 3 ชั่วโมง และเน้นย้ำการดูแลแผลฝีเย็บและการนวดคลึงมดลูก สังเกตปริมาณเลือดที่ออก

จากช่องคลอด เมื่อมารดาได้รับยา 50%แมกนีเซียมซัลเฟตครบ 24 ชั่วโมง หลังหยุดให้ยาและนำสายสวนปัสสาวะออก มารดาสามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ความดันโลหิต 109/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์รีเฟล็กซ์ 2+ รวมปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายทั้งหมด 650 มิลลิตร และปริมาณสารน้ำที่ออกจากร่างกายทั้งหมด 500 มิลลิตร สติแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แนะนำอาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การดมมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และการมาตรวจตามนัดที่คลินิกตรวจหลังคลอดในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะชกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะรอคลอดสูติแพทย์พิจารณาเจาะถุงน้ำและให้ยาเร่งคลอด หลังให้ยามดลูกหดตัวดีสม่ำเสมอ ความก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปอย่างปกติ วัตถุประสงค์ผู้คลอดเริ่มมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เมื่อปากมดลูกเปิดหมดเตรียมย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด ผู้คลอดเกิดอาการชัก น้ำลายฟูมปาก เรียกไม่รู้สติควานาน 1 นาที สูติแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ยาป้องกันการชักซ้ำและยาลดความดันโลหิต พิจารณาช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ทารกคลอดปลอดภัย หลังคลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่มีอาการชักซ้ำ ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ย้ายตึกสูติกรรมหลังคลอดสามัญ จากการติดตามและประเมินผลการพยาบาล พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ข้อ ดังนี้ 1. ผู้คลอดเกิดภาวะชกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2. ทารกเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง 3. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต 4. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 5. ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรและขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ทุกปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขหมดไป ผู้คลอดและทารกสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากอาการชัก มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับบ้าน สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง แนะนำมาตรวจที่คลินิกหลังคลอดตามนัดในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 รวมระยะวันนอนโรงพยาบาล 5 วัน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาตนเองในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะชกหรือเสี่ยงต่อภาวะชกจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินการ

ผู้คัดลอกเป็นชาวต่างชาติกัมพูชา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เล็กน้อย เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะรอคลอดเพื่อลดความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของการคลอด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และการฝากครรภ์ในครรภ์ถัดไปก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพื่อคัดกรองความผิดปกติและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

10. ข้อเสนอแนะ

1. การให้สุขศึกษาวางแผนก่อนตั้งครรภ์ และแนะนำการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อคัดกรองความผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างทันทั่วทั้งที่
2. หน่วยงานควรจัดอบรมและพัฒนาทักษะความรู้การพยาบาลผู้คัดลอกมีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. จัดทำ QR Code ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาษาพม่า ลาว และกัมพูชา ใช้ในหน่วยงานฝากครรภ์ เพื่อให้ผู้คัดลอกชาวต่างชาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... *สิรินดา กลั่นฤทธิ์*

(นางสาวสิรินดา กลั่นฤทธิ์)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... *๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕*

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *นางสาว...*

นางสาว...
(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

วันที่..... *๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕*

ลงชื่อ..... *นางฉวีจันทร์...*

นางฉวีจันทร์...
(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

วันที่..... *๑๒ ก.ค. ๒๕๖๕*

บรรณานุกรม

- จรรยาลักษณ์ สุขแจ่ม. (2562). *การผดุงครรภ์ 1: ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช*.
- ฉวี เบาทรวง. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์: *การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (หน้า 35-59). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ปราณี ฟูไพบเราะ. (2564). *คู่มือยา (HANDBOOK OF DRUGS NURSING)*. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: เอ็นพี เพรส.
- ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. (2562-2564). *อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน*. สืบค้น 20 มีนาคม 2565. จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2019>.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *การดูแลความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์*. สืบค้น 28 เมษายน 2565. จาก https://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2021/12/OB-63-021_CPG_PIH_7Oct20-edit-16Dec21.pdf
- เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2562-2564). *รายงานสถิติประจำปี 2562-2564*. โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวสิรินดา กลั่นฤทธิ์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพท. 781) สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์

เรื่อง สื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดความกลัว ความเครียด และความรู้สึกเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นอย่างมาก อาการเหล่านี้เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดีเกิดการคลอดที่ล่าช้า แนวทางที่ช่วยลดอาการดังกล่าวได้ดีคือการเตรียมตัวก่อนคลอด โดยเน้นให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัว และวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด (ดวงพร ผาสุวรรณ, 2563) จากสถิติจำนวนผู้คลอดที่เข้ารับการรอคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลกลาง พ.ศ. 2562 – 2564 มีจำนวน 1,202, 1,312 และ 1,402 ราย ตามลำดับ พบว่ามีการใช้ยาระงับปวดในระยะรอคลอด 113, 118 และ 102 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกลาง, 2562-2564) หากผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสมจะสามารถช่วยลดการใช้ยาระงับปวดในระยะรอคลอดได้ พยาบาลห้องคลอดให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการหายใจ การใช้ไม้นวดบริเวณหลังที่ปวดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด แต่ด้วยจำนวนผู้คลอดที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดขึ้น เพื่อให้ความรู้แก่ผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดช้า (ปากมดลูกเปิด 1 – 3 เซนติเมตร) และนำความรู้ไปปรับใช้ในระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 4 – 10 เซนติเมตร) เมื่อผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะรอคลอดได้อย่างเหมาะสมเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ การใช้ยาระงับปวดลดลง ผู้คลอดและทารกปลอดภัยจากการคลอดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับปวด

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ และสร้างความพึงพอใจในการรับบริการแก่ผู้คลอด

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย จึงได้มีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้คลอดเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ

รอกลอดและเกิดความพึงพอใจในการรับบริการในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยนำแนวคิดวงจรเดมมิ่ง (Deming Cycle) หรือวงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA Cycle) มาใช้ ซึ่งประกอบไปด้วย

1. Plan คือ การวางแผนการทำงาน โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาการทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบ และกำหนดวิธีการประเมินผลความสำเร็จ

2. Do คือ การปฏิบัติตามแผนการทำงานที่วางไว้อย่างเป็นระบบ และติดตามความก้าวหน้าของงานเป็นระยะ

3. Check คือ การตรวจสอบผลลัพธ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ควรทำควบคู่กับระยะปฏิบัติงานเป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นและนำไปปรับปรุงแก้ไขจนได้งานที่เป็นมาตรฐาน

4. Act คือ การปฏิบัติตามผลการปรับปรุงแก้ไข หากผลลัพธ์ที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายควรมีการถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อกำหนดเป็นมาตรฐานงาน ถ้าหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายควรดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

กระบวนการทั้ง 4 ที่กล่าวมาข้างต้นนี้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป การวางแผนงานที่เหมาะสมปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบอุปสรรคจนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับหน่วยงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้การพยาบาลผู้คลอดได้อย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง ไม่มีสิ้นสุด (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์โรสง, 2560)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานเพื่อค้นหาปัญหา
2. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานในการจัดทำสื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอกลอด
3. ศึกษาค้นหาหาข้อมูลจากเอกสารวิชาการและตำราต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอกลอดโดยไม่ใช้ยา

4. จัดทำเนื้อหาการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอกลอดในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ และจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการของผู้คลอด ซึ่งเนื้อหาของวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดมีดังนี้

4.1 การหายใจ

4.1.1 ปากมดลูกเปิด 1 – 3 เซนติเมตร ให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ 1 – 2 ครั้ง

4.1.2 ปากมดลูกเปิด 3 – 8 เซนติเมตร เมื่อมดลูกหดตัวแรงขึ้น ให้หายใจทางจมูกสั้น ๆ และผ่อนออกทางปากสั้น ๆ เร็ว ๆ คล้ายเป่าเทียน 4 ครั้ง แล้วหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และเป่าลมออกทางปากช้า ๆ 1 ครั้ง สลับกันไป

4.1.3 ปากมดลูกเปิด 8 – 10 เซนติเมตร เมื่อมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าทางปากแบบตื้นๆ เบาๆ เร็วๆ และเป่าลมออกทางปาก 1 ครั้ง ทำไปเรื่อย ๆ จนกว่ามดลูกจะคลายตัว

4.2 การถูนวดและการลูบ การถูหรือการนวดให้ใช้กำปั้นหรือไม้ขนาดหลังนิ้วบริเวณที่หลังหรือกระเบนเหน็บ การลูบให้ใช้ปลายนิ้วมือลูบเป็นวงกลมที่หน้าท้องด้วยจังหวะที่สม่ำเสมอ

4.3 การผ่อนคลาย โดยการเกร็งหรือคลายกล้ามเนื้อบริเวณที่ปวด

4.4 การประคบร้อน – เย็น โดยนำมาประคบบริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น หลัง ไหล่ คอ หรือบริเวณท้องส่วนล่าง ความร้อนจะช่วยให้อวัยวะผ่อนคลาย กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และความเย็นจะช่วยลดอุณหภูมิของกล้ามเนื้อทำให้การส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดล่าช้าลง

5. ให้หัวหน้าหน่วยงานและผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของสื่อวีดิทัศน์และแบบประเมิน

6. ทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดกับผู้คลอดที่มารับการบริการที่ห้องรอคลอด โรงพยาบาลกลาง

7. ประเมินผลหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอด และความพึงพอใจในการรับบริการของผู้คลอดเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด
2. ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และเผชิญความเจ็บปวดในระยะรอคลอดได้อย่างเหมาะสม และเกิดความพึงพอใจในการรับบริการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้คลอดมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่า ร้อยละ 80

ลงชื่อ..... สิรินดา กลั่นฤทธิ

(นางสาวสิรินดา กลั่นฤทธิ)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... ๒๒ ก.ค. ๒๕๖๕

บรรณานุกรม

ดวงพร ผาสุวรรณ. (2563). การเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการพยาบาล. สืบค้น 29 เมษายน 2565.

จาก http://courseware.npru.ac.th/admin/files/20200810144219_d287a61e60be277f8a4f1d4c34c173eb.pdf

เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2562-2564). รายงานสถิติประจำปี 2562-2564. โรงพยาบาลกลาง
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.

ศิริลักษณ์ ฤทธิโรสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ.

สืบค้น 7 กรกฎาคม 2565. จาก http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-1/11-Sirilak%20Ritthaisong.pdf