

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำโครงการ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

เสนอโดย

นางพิศยวรรณ อ่อนนางาม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1043)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำและได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2551 ถึงวันที่ 6 ตุลาคม 2551)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

รกเกาะต่ำ (placenta previa) หมายถึง ภาวะที่รกเกาะต่ำกว่าปกติ โดยเกาะลงมาถึงส่วนล่างของมดลูก ปกติรกจะเกาะที่ส่วนบนของมดลูก อาจจะเป็นด้านหน้า ด้านข้าง หรือด้านหลังของโพรงมดลูก ในภาวะที่รกเกาะต่ำ รกบางส่วนหรือทั้งหมดเกาะที่ส่วนล่างของมดลูกและอาจคลุมลงมาเพียงบางส่วนหรือคลุมทั้งหมดบริเวณปากมดลูก (Robert S Phillip, 2008; Linda Vorvick & Susan Storck, 2008) มักพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนมากพบในไตรมาสที่สาม โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8 เดือน(บุญสืบ โสโสม, 2549: 290)

ชนิดของรกเกาะต่ำ

สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (นิมิต เตชไกรชนะ, 2548: 384-385 ; Cunningham FG, 2005: 819)

1. Total placenta previa หรือ placenta previa totalis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด
2. Partial placenta previa หรือ placenta previa partialis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในมดลูกส่วนล่างและคลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านในเพียงบางส่วน
3. Marginal placenta previa หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกและเกาะลงมาถึงขอบของปากมดลูกด้านในพอดี
4. Low - lying placenta หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกแต่ไม่คลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านใน

พยาธิสภาพ

ในการตั้งครรภ์ปกติตัวอ่อนที่อยู่ในระยะ blastocyst จะฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกในตำแหน่งปกติ แต่ในภาวะรกเกาะต่ำ blastocyst จะเลื่อนลงมาฝังตัวในตำแหน่งผนังมดลูกส่วนล่าง จากการที่มีภาวะผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในมดลูก เช่น การไหลเวียนเลือดในบริเวณเยื่อโพรงมดลูกผิดปกติหรือจากการที่เยื่อโพรงมดลูกหรือกล้ามเนื้อมดลูก เคยได้รับการทำหัตถการบางอย่างมาก่อนในอดีต เช่น จากการขูดมดลูก หรือจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีร่องรอยแผลเป็น ส่งผลให้การฝังตัวของรกผิดปกติไปจากตำแหน่งปกติ ต่อมาเมื่อรกมีขนาดใหญ่ขึ้นจากการที่อายุครรภ์เพิ่มมากขึ้นจึงขัดขวางทางออกของทารกบริเวณรูเปิดด้านในของปากมดลูก ส่งผลให้เกิดภาวะต่าง ๆ ดังนี้ (สุกัญญา ปรีชญญกุล, 2537: 93; บุญสืบ โสโสม, 2549: 292)

1. การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกส่วนล่างจะมีน้อยกว่าบริเวณยอดมดลูก ดังนั้น รกจึงต้องเกาะบริเวณที่กว้างขึ้น
2. ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ขณะที่มดลูกมีการหดตัวจะเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอด โดยไม่มีอาการเจ็บปวด เมื่อมีการหดตัวจะมีเลือดออก และมีการตกเลือดซ้ำ ๆ และปริมาณเลือดที่ออกจะเพิ่มมากขึ้น
3. ภาวะรกเกาะต่ำทำให้เกิดการติดเชื้อจากช่องคลอดได้ง่าย เนื่องจากการหดตัวของมดลูก รกจะเกิดการลอกตัว ทำให้มีเลือดออกจากเส้นเลือดที่ฉีกขาด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางช่องคลอดเข้าสู่มดลูกได้ง่าย
4. ภาวะรกเกาะต่ำจะส่งเสริมให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ เนื่องจากรกเกาะขวางอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูก ทารกไม่สามารถกลับให้ศีรษะเป็นส่วนนำได้
5. ความผิดปกติของรกและสายสะดือ เช่น รกมีขนาดใหญ่และบาง

ผลของรกเกาะต่ำที่มีต่อการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด

เกิดภาวะแท้งคุกคาม ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา การคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติและส่วนนำผิดปกติ ลิ้มเลือดอุดตัน การตกเลือดหลังคลอด เศษรกค้างการติดเชื้อ มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ ไรดโลหิตจางเนื่องจากการเสียเลือดมาก

การรักษา

ปัญหาที่พบในมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำมี 2 ประการ คือ การตกเลือดและการคลอดก่อนกำหนด วัตถุประสงค์หลักของการรักษา คือ เพื่อป้องกันไม่ไห้มารดาได้รับอันตรายจากการตกเลือดและให้ทารกในครรภ์คลอดออกมาใกล้ครบกำหนดมากที่สุด ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังนี้ (นิमित เตชไกรชนะ, 2548: 390-391; บุญสืบ โสโสม, 2549: 293-295)

1. การรักษาแบบประคับประคอง (expectant treatment) เป็นการรักษาเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด โดยให้มารดาอยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งคลอดเพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าเลือดหยุดอาจให้กลับไปพักที่บ้านได้ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ควรให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน
2. การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุด (active treatment) กระทำได้ 2 วิธี ดังนี้
 - 2.1. การคลอดทางช่องคลอด ทำในรายที่รกเกาะปิดปากมดลูกด้านในเพียงบางส่วน ข้อควรระวัง คือ สังเกตและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ถ้าปากมดลูกเปิดไม่หมด ไม่พยายามให้ทารกคลอดทางช่องคลอด ควรทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดพร้อมใช้และรายงานกุมารแพทย์รับทารกแรกเกิด หลังรกคลอดควรเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี
 - 2.2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นวิธีที่ให้ความปลอดภัยแก่มารดาและทารกในครรภ์มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากการกระทำที่ทำให้ยุติการเสียเลือดได้อย่างรวดเร็ว

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำนั้นจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ คือ ให้การตั้งครรถ์ดำเนินต่อไปหรือให้สิ้นสุดการตั้งครรถ์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือมารดา ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มารดามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดและภาวะโลหิตจาง ระวังรอกคลอดดูแลให้นอนพักบนเตียง โดยจัดให้นอนท่าศีรษะสูง 20-30 องศา เพื่อให้ส่วนของทารกกดรกไว้ ช่วยให้เลือดออกน้อยลง ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด งดตรวจทางช่องคลอดและทวารหนัก เจาะเลือดตรวจระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และหมู่เลือด เพื่อเตรียมเลือดไว้ ระวังคลอดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดฉุกเฉิน ระวังหลังคลอดเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ยา Methergin , Oxytocin ตามแผนการรักษา

2. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ สังเกตลักษณะ ปริมาณ สี กลิ่นของเลือดที่ออก บันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งภายหลังการขับถ่าย ติดตามผลการตรวจหาค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวเป็นระยะ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ

3. เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามปกติและได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระวังรอกคลอดประเมินและสังเกต ลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพราะถ้าเลือดออกมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ รายงานแพทย์และให้ออกซิเจนแก่มารดาทันที แนะนำให้มารดาสั่งเกตและบันทึกการดิ้นของทารก ติดตามผลการตรวจสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ ดูแลให้มารดาอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกดีขึ้น แนะนำให้มารดารับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารจำพวกโปรตีนและธาตุเหล็ก ระวังคลอด บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน เตรียมเครื่องมือในการช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ระวังหลังคลอด กรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน รายงานกุมารแพทย์และเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพ

4. เพื่อส่งเสริมการตั้งครรถ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด ระวังรอกคลอดดูแลให้นอนพักบนเตียง เพื่อลดการหดตัวของมดลูก ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดูแลให้สารน้ำและยาลดการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา งดการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก เพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ดังนี้ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์ งดการทำงานหนักทุกชนิด งดการมีเพศสัมพันธ์และห้ามสวนล้างช่องคลอด แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการของมารดาและสุขภาพทารกในครรภ์

5. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง สร้างสัมพันธภาพกับมารดาโดยการพูดคุยใช้คำพูดที่สุภาพ เป็นกันเอง ให้ข้อมูล พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวการดูแลตนเอง อาการและอาการแสดงภาวะรกเกาะต่ำ เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกวิตกกังวล รับฟังด้วยความตั้งใจและตอบคำถามด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย จัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบเพื่อส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อน อธิบายให้ทราบแผนการรักษา ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เรื่องการดูแลรักษาพยาบาล

แนวคิดที่นำมาใช้

1. กรอบแนวคิดการวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สาระสำคัญของเรื่อง

รกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรม เนื่องจากอาจเกิดการตกเลือดทั้งระยะก่อนคลอดและระยะหลังคลอด ทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก การให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันที่ จะสามารถช่วยเหลือนมารดาและทารกได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จากทฤษฎีเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอด

2. กรณีศึกษา ผู้คลอดหญิงไทยอายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 11 ครั้ง ประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 16 มกราคม 2551 คณะนกำหนดคลอดวันที่ 23 ตุลาคม 2551 ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงวันที่ 23 กันยายน 2551 พบตำแหน่งของรกเป็นชนิดรกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด วันที่ 2 ตุลาคม 2551 เวลา 20.40 นาฬิกา ให้ประวัติมีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอด 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ทารกในครรภ์คินดี อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 6 วัน แพทย์รับไว้ที่ตึกคลอด เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออก พบว่าผู้คลอดมีเลือดสดๆ ไหลออกจากช่องคลอดและเริ่มเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วันที่ 3 ตุลาคม 2551 เวลา 02.01 นาฬิกา ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,800 กรัม คะแนนเอปการ์ 8 และ 10 เสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 300 มิลลิลิตร ย้ายตึกสูติกรรม 4 จากการเยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 10 ปัญหา ซึ่งสามารถแก้ไขได้ทั้งหมด หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทารกแข็งแรงดี ผู้คลอดนอนพักในโรงพยาบาลรวม 5 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 6 ตุลาคม 2551 และนัดตรวจหลังคลอดพร้อมบุตร วันที่ 3 พฤศจิกายน 2551

3. รวบรวมข้อมูลจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ และนำไปปรึกษาผู้ชำนาญการเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

กรณีศึกษา ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ครรภ์แรกคลอดปกติ 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอดประมาณประมาณ 50 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการเจ็บครรภ์เป็นพักๆ ไม่มีน้ำเดิน ทารกในครรภ์คินดี ตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความสูง พบว่า รกเกาะต่ำชนิดรกปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด จำนวนอายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ 6 วัน ตรวจด้วยเครื่องติดตามสภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ พบมดลูกหดรัดตัวทุก 10 นาที ระยะของการหดรัดตัว 40 วินาที ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทางหน้าท้องด้านขวาต่ำกว่าระดับสะดือ อัตราการเต้น 142 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่ตึกคลอด วันที่ 2 ตุลาคม 2551 เวลา 20.40 นาฬิกา แพทย์วินิจฉัย ตั้งครรภ์

ครบกำหนดร่วมกับภาวะรกเกาะต่ำชนิดรกปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี ตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ พบว่าปกติ สัญญาณชีพปกติ เวลา 21.20 นาฬิกา พบว่าเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 80-140 ครั้งต่อนาที จัดทำให้นอนศีรษะสูง 30 องศา และตะแคงด้านซ้ายเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงทารกดีขึ้น ดูแลให้ออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที รายงานแพทย์ทราบทันที เฝ้ารอและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา โดยติดเครื่องติดตามสภาวะทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150-170 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวทุก 8-10 นาที และระยะของการหดตัว 40 วินาที แพทย์วางแผนผ่าตัดคลอด วันที่ 3 ตุลาคม 2551 เวลา 09.00 นาฬิกา เนื่องจากผู้คลอดดื่มน้ำและอาหาร เวลา 19.30 นาฬิกา ให้น้ำและอาหารต่อ เพื่อเตรียมผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน ดูแลให้ LRS 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เตรียมเลือด 4 ยูนิต เจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ค่าฮีมาโตคริตร้อยละ 35 ขณะรอผ่าตัดคลอดประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิตและชีพจร เฝ้ารอและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เวลา 24.00 นาฬิกา พบมีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน มดลูกหดตัวทุก 5 นาที แพทย์ตัดสินใจให้ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เตรียมผู้คลอดเพื่อผ่าตัดคลอด วัดระดับออกซิเจนในร่างกายได้ ร้อยละ 99 ความดันโลหิต 123/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ส่งเข้าห้องผ่าตัดเวลา 01.30 นาฬิกา ทารกเกิดวันที่ 3 ตุลาคม 2551 เวลา 02.01 นาฬิกา เพศชาย น้ำหนัก 2,800 กรัม Apgar score ที่ 1 นาที ได้ 8 คะแนน และที่ 5 นาที ได้ 10 คะแนน ทารกแรกเกิดปกติแข็งแรงดีและนำทารกส่งที่หอทารกแรกเกิด เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 500 มิลลิลิตร และย้ายไปตึกสูติกรรม 4 เวลา 05.00 นาฬิกา ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและใส่สายสวนปัสสาวะคา ปัสสาวะสีเหลืองใส แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม น้ำคาาปลาไหลซึมผ้าอนามัยประมาณครึ่งผืน ปวดแผลผ่าตัด หลังผ่าตัดคลอดวันแรก แพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะคาและชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลพอน น้ำคาาปลาไหลซึมเป็นผ้าอนามัยเล็กน้อย เริ่มจิบน้ำมือเช้า รับประทานอาหารเหลวมือเที่ยงและอาหารอ่อนมือเย็น เปลี่ยนยาฉีดเป็นยารับประทาน ผู้คลอดเริ่มให้นมบุตร ทารกดูนอนได้น้อย เต้านมคัดตึงและน้ำนมไหลน้อย หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 2 แพทย์เปิดแผลผ่าตัด พบว่าแผลผ่าตัดแห้งดี ปวดแผลเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการท้องอืด ทารกดูนอนได้ดี น้านมไหลดี ไม่มีอาการคัดตึงเต้านม

วันที่ 6 ตุลาคม 2551 แผลผ่าตัดแห้งและติดสนิทดี อาการทั่วไปปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยให้ยา รับประทานที่บ้าน ได้แก่ อม็อกซิซิลลิน ซ็อกเคป เฟอรัสซัลเฟต พาราเซตามอล นัดตรวจหลังคลอดพร้อมบุตรวันที่ 3 พฤศจิกายน 2551 เวลา 08.30 นาฬิกา

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 : อาจเกิดการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีเลือดออกจากภาวะรกเกาะต่ำ

วัตถุประสงค์ : ประสิทธิภาพการกำซาบของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล : ให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง ห้ามลุกจากเตียง นอนท่าศีรษะสูง 20-30 องศา เพื่อให้ส่วนนำของทารกกดกรไ่ว ช่วยให้เกิดออกน้อยลง ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินภาวะตกเลือด ประเมินสีของเยื่ออบุตา ริมฝีปาก เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของภาวะซิด บันทึกการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาที บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง งคตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก และงคสวนอุจจาระ เจาะเลือด

ตรวจหาค่าฮีมาโทคริต และจงเลือด 4 ยูนิท เพื่อเตรียมไว้ทดแทนเมื่อมีการเสียเลือด งคอาหารน้ำและยาทางปากทุกชนิด เพื่อเตรียมพร้อมผ่าตัดคลอดกรณีฉุกเฉิน คุณดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 3 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 2 : ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงทารกน้อยลงจากการมีเลือดออกทางช่องคลอด

วัตถุประสงค์ : ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำให้ผู้คลอดนอนในท่าตะแคงซ้าย เพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับหลอดเลือด inferior vena cava ช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกเพิ่มขึ้น ดูแลให้ออกซิเจนโดยให้ชนิด partial rebreathing mask ในอัตรา 10 ลิตร ต่อนาที เพื่อเพิ่มออกซิเจนในกระแสเลือดและแนะนำให้ผู้คลอดหายใจเข้า - ออกลึกๆ ซ้ำๆ สักเกตและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 30 นาที เพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์ แนะนำสังเกตและนับการดิ้นของทารกในครรภ์ เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 3 ตุลาคม 2550

ปัญหาที่ 3 : วิตกกังวลเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเอง และบุตร เพราะมีภาวะรกเกาะต่ำ

วัตถุประสงค์ : ผู้คลอดวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมการพยาบาล ; สร้างสัมพันธภาพโดยใช้คำพูดที่สุภาพ ด้วยความเป็นกันเองและการสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล อธิบายและให้ความมั่นใจว่าแพทย์จะพิจารณาวางแผนการรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุด และพูดคุยให้กำลังใจในการรับการรักษา เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจว่า ยังอยู่ภายใต้การรักษาของแพทย์และการดูแลของพยาบาล ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามข้อสงสัย และระบายความรู้สึกวิตกกังวล โดยการรับฟังผู้คลอดด้วยความตั้งใจและตอบคำถามด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวล จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เงียบสงบเพื่อส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 3 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 4 : ขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากไม่เคยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินการรับรู้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด ให้ข้อมูลในเรื่องการเตรียมตัวเพื่อผ่าตัดคลอด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายและตอบปัญหาโดยหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่อาจทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล ปลอดภัยให้กำลังใจ อธิบายให้ทราบว่าขณะอยู่ในห้องผ่าตัดหรือภายหลังการผ่าตัดเสร็จแล้ว จะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี เพื่อให้มั่นใจในการรักษาพยาบาลและคลายความวิตกกังวล ดูแลให้ญาติเยี่ยมเพื่อพูดคุยให้กำลังใจก่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 3 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 5 : อาจเกิดการกำซาบเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์ : การกำซาบเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการพยาบาล : บันทึกความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ สังเกตอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ตกลงในระบบไหลเวียนเลือด สังเกตอาการช็อคโดยคุณลักษณะสีผิวหน้า สีเล็บ เยื่อบุตา และติดตามผลการตรวจค่าฮีมาโทคริต เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดภายหลังผ่าตัด สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดและเลือดที่ออกจากช่องคลอดโดยสังเกตจำนวนเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย บันทึกและสังเกตลักษณะจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง จำนวนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกต้องตามแผนการรักษาเพื่อรักษาความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 4 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 6 : ปวดแผลผ่าตัดหน้าท้องเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

วัตถุประสงค์ : ปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง 45 องศาและเข่างอ เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ปวดแผลลดลง แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัด เพื่อพยุงแผล แนะนำการไออย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ แล้วไอออกมาแรงๆ ครั้งเดียว ขณะไอให้ประคองแผลผ่าตัดจะช่วยพยุงแผลและกล้ามเนื้อหน้าท้องป้องกันไม่ให้แผลแยก และบรรเทาอาการปวดได้ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หายใจช้าลง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 6 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 7 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : บันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด เพื่อประเมินการติดเชื้อ แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ห้ามเปิด เกะเกาแผล ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะด้วยวิธีปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แนะนำการรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากฟันและอวัยวะสืบพันธุ์ โดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง เพื่อป้องกันมิให้เชื้อโรคบริเวณทวารหนักเข้าสู่อู้งเชิงกราน ดูแลให้ยาแอมพิซิลลิน 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อฆ่าเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อ แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 5 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 8 : ท้องอืดเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายน้อย

วัตถุประสงค์ : ท้องอืดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : กระตุ้นให้มารดาลุกเดินโดยเร็ว เพื่อช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหว ป้องกันท้องอืดเมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารได้ ให้เริ่มจากอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารธรรมดา เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารปรับสภาพ แนะนำให้ดื่มน้ำ โดยเฉพาะน้ำอุ่น น้ำผลไม้อย่างน้อยวันละ 2,500 – 3,000 มิลลิลิตร เพื่อให้อุจจาระ

นึ่งทำให้การขับถ่ายสะดวกขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีส่วนผสมของกาแฟ เพื่อป้องกันร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะมากขึ้น ทำให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 5 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 9 : ไม่สุขสบายเนื่องจากเต้านมคัดตึง

วัตถุประสงค์ : สุขสบายขึ้น อาการคัดตึงเต้านมลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : อธิบายให้เข้าใจถึงอาการคัดตึงเต้านมว่าเป็นอาการปกติในระยะหลังคลอดเกิดจากการคั่งของน้ำเลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม จะมีอาการเพียง 1-2 วัน อาการคัดตึงเต้านมจะทุเลาลงเมื่อให้บุตรดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อยและดูดถูกวิธี สอนและฝึกให้มารดาประคบเต้านมด้วยน้ำร้อนสลับกับน้ำเย็น เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น แนะนำการสวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ เพื่อช่วยพยุงเต้านม และดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 5 ตุลาคม 2551

ปัญหาที่ 10 : ขาดความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรก

วัตถุประสงค์ : มีความรู้ในการดูแลแผลหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดคลอด เพื่อจะได้ให้ข้อมูลตรงกับความต้องการของมารดา แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดคลอดโดยไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำภายใน 7 วันหลังผ่าตัด ไม่ให้เปิดแผลหรือแกะเกาแผล เมื่อแพทย์เปิดแผลผ่าตัดแล้วให้ทำแผลทุกวันจนครบ 7 วันหลังผ่าตัด เมื่อแผลสะอาดแห้งดีสามารถอาบน้ำได้ แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า เน้น โปรตีนและธาตุเหล็ก เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้เร็ว และส่งเสริมการหายของแผล งคของหมักคองและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แนะนำสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด เพื่อให้มารดาทราบและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและได้รับการช่วยเหลือได้ทันที

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 6 ตุลาคม 2551

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน เยี่ยมจำนวน 6 ครั้ง พบว่า ปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข โดยผู้คลอดและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเมื่อได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงาน เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
- 8.2 เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
- 8.3 พัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
- 8.4 ผู้คลอดและครอบครัวมีความพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 จากกรณีศึกษาพบว่าผู้คลอดมีภาวะรกเกาะต่ำและมีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน ทำให้ญาติมีความวิตกกังวล และต้องการเข้าเยี่ยมอาการของผู้คลอดตลอดเวลา แต่เนื่องด้วยจำนวนผู้รับบริการในห้องคลอดมีจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดเรื่องการให้ญาติเข้าเยี่ยมอาการของผู้คลอด

9.2. ภาวะรกเกาะต่ำและมีเลือดออกทางช่องคลอดจัดเป็นภาวะฉุกเฉิน และเกิดขึ้นทันทีโดยไม่มีอาการเตือนมาก่อน การวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง และยืนยันการวินิจฉัยตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ บุคลากรต้องมีสมรรถนะในการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรเสริมสร้างพลังอำนาจของหญิงตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมอาการของผู้คลอดเพื่อให้มีส่วนร่วมในการรักษาให้มากที่สุด

10.2 ควรจัดให้มีการอบรมเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล พื้นฟูความรู้การพยาบาลผู้คลอดภาวะรกเกาะต่ำที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

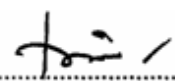
ลงชื่อ..... นิลชวรรณ อ่อนนางาม

(นางพิลชวรรณ อ่อนนางาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 5 มิ.ย. 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)..... 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

..... 5 มิ.ย. 2553

(ลงชื่อ)..... 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

..... 6 มิ.ย. 2553

เอกสารอ้างอิง

- จรรยาพร ศรีสว่าง. (2544). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*, หน้า 454-462. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. (2548). การตกเลือดก่อนคลอด. ใน จิตติมา สุนทรสัง, ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ และชนนัท วนาภิรมย์ (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์*, หน้า 10-33. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เทียมสร ทองสวัสดิ์. (2548). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน, พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 158-165. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิมิต เตชไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำและVasa Previa. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 383-396. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- บุญสืบ โสโสม. (2549). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3*, หน้า 290-310. นนทบุรี: ยูทรีนทร์การพิมพ์.
- บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. (2549). ภาวะรกเกาะต่ำ. ใน สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ (บรรณาธิการ), *แนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*. หน้า 9-17. กรุงเทพฯ: คอนเซ้นท์ เมดิคัล จำกัด.
- มานี ปิยะอนันต์ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), (2548). *ตำราสูติศาสตร์*, หน้า 92-100. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ้ง.
- รักชาย บุหงาชาติ. (2546). การผ่าท้องคลอด. ใน หทัย ถิ่นธารา และคณะ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์*, หน้า 153-154. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ (2549). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1*. นนทบุรี: ยูทรีนทร์การพิมพ์.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงขสมาก. (2551). *ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA*. กรุงเทพฯ: บพิชการพิมพ์.
- Cunningham, F. G., et al. (2005). **William obstetrics**. 22nd ed. New York: McGRAW-Hill.
- Linda Vorvick, Susan Storck. (2008). **Placenta previa**. [online]. Available from: <http://www.umm.edu/ency/article/000900all.htm> [2009, July 18]
- Martin L, Pernoll. (1991). Third-trimester hemorrhage. In Martin L, Pernoll (editors). **Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment**. 7th ed. East Norwalk: Appleton Lunge.
- Patrick Ko, Young Yoon. (2007). **Placenta previa**. [online]. Available from: <http://emedicine.medscape.com> [2009, February 20]
- Robert S. Phillip, (2008). **Understanding Placenta Previa – the Basics**. [online]. Available from: <http://www.emedwebmd.com/baby/understanding-placenta-previa-basics> [2009, July 18]

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของ นางพิลัยวรรณ อ่อนนางาม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1043) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำโครงการ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

หลักการและเหตุผล

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสังคมไทยปัจจุบันและกำลังเป็นปัญหาที่พบเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติของกรมอนามัย พบอัตราการตั้งครรภ์ในมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงถึงร้อยละ 14.7 ซึ่งพบมากกว่าเกณฑ์ที่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 10 (กุศล รัศมีเจริญและคณะ, 2550: 25) และจากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปีพ.ศ. 2549-2551 พบร้อยละ 13.14, 13.94 และ 14.65 ตามลำดับ

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่ได้รับวัฒนธรรมของตะวันตกเข้ามาเพิ่มขึ้น ในด้านความคิดและพฤติกรรม ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาหลายด้าน ทั้งต่อมารดาและทารก รวมทั้งครอบครัว (สุวชัย อินทรประเสริฐ, 2539: 176-179) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจดำเนินไปสู่การคลอดแต่ผลลัพธ์ที่เกิดจากความไม่พร้อม ทำให้เกิดปัญหาประชากรในอนาคตไม่มีคุณภาพ ดังนั้น การแก้ไข ปรับปรุงให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาการยอมรับของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยให้รู้จักตนเอง เข้าใจและยอมรับบทบาทของตนเองที่เกิดขึ้น จะเป็นการแก้ไขปัญห่อีกทางที่ทำให้ลดปัญหาทางสังคม และควรส่งเสริมบทบาทของมารดาวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัวให้เตรียมพร้อมและยอมรับบทบาท หาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและติดตามการฝากครรภ์ รวมถึงเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้วัยรุ่นลดความวิตกกังวลและกลัว และมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรได้

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการฝากครรภ์ตามนัดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
3. เพื่อให้ครอบครัว ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแล และให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

เป้าหมาย

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำโครงการ เรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในแม่ที่มีอายุไม่ถึง 20 ปี เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ควรอยู่ในช่วงของการศึกษา หากวัยรุ่นตั้งครรภ์ในช่วงอายุนี้อาจทำให้เกิดผลกระทบตามมาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีต่างๆ อีกมากมาย การจัดทำโครงการอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ทางประหว่งสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ในการสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุน จากทีมสหสาขาวิชาชีพและแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วิราวัฒน์ กล้าแรง, 2549: 35) เพื่อให้ได้มีโอกาสรับข้อมูล การปฏิบัติตน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดูแลตนเอง และบุตรได้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้าข้อมูล การตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเรื่องต่างๆ ดังนี้
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงของด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 1.2 การปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์
 - 1.3 การสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์
 - 1.4 ความสำคัญของการฝากครรภ์ตามแพทย์นัด
 - 1.5 บทบาทของสมาชิกในครอบครัว บิดา มารดาและสามี ที่มีส่วนช่วยเหลือหรือสนับสนุน
 - 1.6 จัดทำโครงการพาทัวร์ห้องคลอด
- 2 รวบรวมข้อมูล เพื่อจัดทำโครงการ เรื่อง การเตรียมตัวเพื่อการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - 2.1 การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์
 - 2.2 การปฏิบัติตัวขณะคลอด
 - 2.3 การปฏิบัติตัวหลังคลอด
- 3 นำไปปรึกษาผู้ชำนาญการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
- 4 นำไปทดลองใช้
- 5 ประเมินผลการดำเนินงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้องค์กรได้มีมาตรฐานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ครอบคลุมสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกกลุ่มอายุต่อไป
3. ลดอัตราการตายวัยรุ่นที่บุตรไว้ในโรงพยาบาล
4. บุคลากรทางการพยาบาลประจำตึกคลอดและทีมผู้ร่วมงานมีความสุขแลพึงพอใจในการทำงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ฝากครรภ์ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 80
2. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการร้อยละ 80

ลงชื่อ..... พิลัยวรรณ อ่อนนางาม

(นางพิลัยวรรณ อ่อนนางาม)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 5 ธ.ค. 2553

เอกสารอ้างอิง

- กุศล รัศมีเจริญ, มนศักดิ์ โชติรส และมณีรัตน์ ไชยนนท์. (2550). การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในพื้นฐานของข้อมูล
 ประจักษ์ ใน ชาญชัย วันทนาศิริและคณะ (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ปริกำเนิด*. หน้า 25-30.
 กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย
- พาริดา อิบราฮิม. (2546). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- วิราวัฒน์ กล้าแรง. (2549). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว ใน
 วรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1*. หน้า 24-38.
 นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สถิติเด็กคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลปีพ.ศ. 2549-2551
- สุวชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. (2539). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ใน ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์
 และคณะ. *สูติศาสตร์รามธิบดี 1*. หน้า 176-179 กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.