

ผลงานทางวิชาการ

เรื่อง การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการ
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

โดย นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309) ฝ่ายการพยาบาล
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
(ด้านการพยาบาล) (ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309)
ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

คำนำ

ภาวะรกเกาะต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลจากภาวะรกเกาะต่ำอาจทำให้มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้มารดาตั้งครรภ์ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทารกในครรภ์ หลังคลอดมารดาอาจจะตกเลือดได้ การผ่าตัดคลอดบุตรนับเป็นหัตถการที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยเหลือมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ เพื่อยุติการตกเลือดได้อย่างรวดเร็ว ภาวะต่างๆที่เกิดขึ้น จึงมีผลต่อการปรับตัวของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด

ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยในการประเมินสภาพอาการและวางแผนการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษามารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ แก่บุคคลที่สนใจ หรือใช้เป็นแนวทางในการศึกษาผู้ปวยรายต่อไป ผู้ศึกษาขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วย ให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา และให้การสนับสนุนด้านเอกสาร ตำรา เพื่อให้ผลงานวิชาการฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ประทุม จงอ่อนกลาง

กรกฎาคม 2553

สารบัญ

หน้า

การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	
ความหมาย	1
ชนิดของรกเกาะต่ำ	2
อุบัติการณ์	3
สาเหตุ	4
พยาธิสภาพ	5
อาการและอาการแสดง	6
ผลกระทบของรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ที่มีต่อมารดาและทารก	6
การวินิจฉัย	6
ภาวะแทรกซ้อน	8
การรักษา	8
การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ	10
การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	17
การศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย	
ข้อมูลส่วนบุคคล	21
สรุปสภาวะผู้ป่วยก่อนรับไว้ในความดูแล	21
รายงานประวัติ	22
การประเมินสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม	24
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	31
พยาธิสภาพของโรคตามทฤษฎีเปรียบเทียบกับผู้ป่วย	32
การรักษาขณะรับไว้ในความดูแล	34
การพยาบาล	36
คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	57
สรุปการศึกษาผู้ป่วย	58
ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	62

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงชนิดของรกเกาะปกติและรกเกาะต่ำ	2
รูปที่ 2 แสดงชนิดของรกเกาะต่ำ	2
รูปที่ 3 แสดงการแบ่งชนิดของรกเกาะต่ำโดยการประมาณเป็นเปอร์เซ็นต์	3

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง จัดทำแผ่นพับเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

เสนอโดย

นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 6 วัน (ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2550 ถึงวันที่ 9 กรกฎาคม 2550)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

รกเกาะต่ำ (placenta previa) หมายถึง ภาวะที่รกเกาะต่ำกว่าปกติ โดยเกาะลงมาถึงส่วนล่างของมดลูก ปกติรกจะเกาะที่ส่วนบนของมดลูก อาจจะเป็นด้านหน้า ด้านข้าง หรือด้านหลังของโพรงมดลูก ในภาวะที่รกเกาะต่ำ รกบางส่วนหรือทั้งหมดเกาะที่ส่วนล่างของมดลูกและอาจคลุมลงมาเพียงบางส่วนหรือคลุมทั้งหมดบริเวณปากมดลูก (Robert, 2008:2; Linda & Susan, 2008:1) มักพบเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วนมากพบในไตรมาสที่สาม โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8 เดือน(บุญสืบ โสโสม, 2549: 290)

ชนิดของรกเกาะต่ำ

สามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ (นิमित เตชไกรชนะ, 2548: 384-385 ; Cunningham, 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 ปรีสังญกุล, 2537: 93; บุญสืบ โสโสม, 2549: 292)

1. การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกส่วนล่างจะมีน้อยกว่าบริเวณยอดมดลูก ดังนั้น รกจึงต้องเกาะบริเวณที่กว้างขึ้น

2. ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ขณะที่มดลูกมีการหดตัวจะเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอด โดยไม่มีอาการเจ็บปวด เมื่อมีการหดตัวจะมีเลือดออก และมีการตกเลือดซ้ำ ๆ และปริมาณเลือดที่ออกจะเพิ่มมากขึ้น

3. ภาวะรกเกาะต่ำทำให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้นได้ง่าย เนื่องจากการหดตัวของมดลูก รกจะเกิดการลอกตัว ทำให้มีเลือดออกจากเส้นเลือดที่รกขาด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางช่องคลอดเข้าสู่มดลูกได้ง่าย

4. ภาวะรกเกาะต่ำจะส่งเสริมให้ทารกในครรภ์อยู่ในท่าที่ผิดปกติ เนื่องจากรกเกาะขวางอยู่บริเวณส่วนล่างของมดลูก ทารกไม่สามารถกลับให้ศีรษะเป็นส่วนนำได้

5. ความผิดปกติของรกและสายสะดือ เช่น รกมีขนาดใหญ่และบาง

ผลของรกเกาะต่ำที่มีต่อการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด

เกิดภาวะแท้งคุกคาม ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา การคลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ และส่วนนำผิดปกติ ลิ้มเลือดอุดตัน การตกเลือดหลังคลอด เศษรกค้าง การติดเชื้อ มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ โรคโลหิตจางเนื่องจากการเสียเลือดมาก

การรักษา

ปัญหาที่พบในมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำมี 2 ประการ คือ การตกเลือดและการคลอดก่อนกำหนด วัตถุประสงค์หลักของการรักษา คือ เพื่อป้องกันไม่ให้มารดาได้รับอันตรายจากการตกเลือดและให้ทารกในครรภ์คลอดออกมาใกล้ครบกำหนดมากที่สุด ซึ่งมีแนวทางการรักษา ดังนี้ (นิมิต 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 ข้อควรระวังคือ ตั้งแคะและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ถ้าปากมดลูกเปิดไม่หมด ไม่พยายามให้ทารกคลอดทางช่องคลอด ควรทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดพร้อมใช้และรายงานกุมารแพทย์รับทารกแรกเกิด หลังรกคลอดควรเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

2.2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นวิธีที่ให้ความปลอดภัยแก่มารดาและทารกในครรภ์ มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากการกระทำที่ทำให้เกิดการเสียเลือดได้อย่างรวดเร็ว

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำนั้นจะต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ คือ ให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือมารดา ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มารดามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยไม่เกิดภาวะตกเลือดและภาวะโลหิตจาง ระยะรอคลอดดูแลให้นอนพักบนเตียงโดยจัดให้นอนท่าศีรษะสูง 20-30 องศา เพื่อให้ส่วนของทารกกดรกไว้ ช่วยให้เลือดออกน้อยลง ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด งดตรวจทางช่องคลอดและทวารหนัก เจาะเลือดตรวจระดับฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต และหมู่เลือด เพื่อเตรียมเลือดไว้ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูง รับประทานยาบำรุงเลือด ระยะคลอดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยคลอดฉุกเฉิน ระยะหลังคลอดเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ดูแลให้ยา Methergin , Oxytocin ตามแผนการรักษา

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

3. เพื่อให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตตามปกติและได้รับออกซิเจนเพียงพอ ระยะรอคลอดประเมินและสังเกต ลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพราะถ้าเลือดออกมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ รายงานแพทย์และให้ออกซิเจนแก่มารดาทันที แนะนำให้มารดาสังเกตและบันทึกการดิ้นของทารก ติดตามผลการตรวจสภาวะของทารกในครรภ์เป็นระยะ ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกดีขึ้น แนะนำให้มารดารับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารจำพวก โปรตีนและธาตุเหล็ก ระยะคลอด บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน เตรียมเครื่องมือในการช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที ระยะหลังคลอด กรณีที่ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน รายงานกุมารแพทย์และเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพ

4. เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด ระยะรอคลอดดูแลให้นอนพักบนเตียงเพื่อลดการหดตัวของมดลูก ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ดูแลให้สารน้ำและยาลดการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา งดการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก เพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนดังนี้ สังเกตอาการผิดปกติ ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง ให้รีบมาพบแพทย์ งดการทำงานหนัก

ทุกชนิด งดการมีเพศสัมพันธ์และห้ามสวนล้างช่องคลอด แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการของมารดาและสุขภาพทารกในครรภ์

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

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สาระสำคัญของเรื่อง

รกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรม เนื่องจากอาจเกิดการตกเลือดทั้งระยะก่อนคลอดและระยะหลังคลอด ทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก การให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างทันที่ จะสามารถช่วยเหลือมารดาและทารกได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จากทฤษฎีเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลมารดา

2. กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 13 ครั้ง ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 10 ตุลาคม 2549 คณะวันกำหนดคลอดวันที่ 17 กรกฎาคม 2550 วันที่ 4 กรกฎาคม 2550 เวลา 18.00 นาฬิกา ให้ประวัติมีอาการเจ็บครรภ์ ร่วมกับมีเลือดสดปนลิ่มเลือดชุ่มผ้าอนามัย 1 แผ่น ออกทางช่องคลอด 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีไข้เนื้อไม่มึนน้ำเดิน ทารกในครรภ์ดิ้นดี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง พบตำแหน่งของรกเป็นชนิดรกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด แพทย์รับไว้ที่เตียงคลอดเพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออก พบว่าผู้ป่วยมีเลือดสดๆ ไหลออกจากช่องคลอดและเริ่มเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วันที่ 4 กรกฎาคม 2550 เวลา 20.00 นาฬิกา ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,800 กรัม คะแนนแอปการ์ที่ 1 นาทีและ 5 นาที ได้ 7 และ 10 ตามลำดับ เสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 1,100 มิลลิลิตร และได้รับเลือด (PRC) จำนวน 2 ยูนิต ค่าฮีมาโตคริตหลังผ่าตัดร้อยละ 30 ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาบำรุงเลือดและยาแก้ปวด จากการเยี่ยมจำนวน 5 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 10 ปัญหา ซึ่งสามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ทารกแข็งแรงดี ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 9 กรกฎาคม 2550 และนัดตรวจหลังคลอดพร้อมบุตร วันที่ 4 สิงหาคม 2550

3. รวบรวมข้อมูลจัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ และนำไปปรึกษาผู้ชำนาญการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอตามลำดับขั้น

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 ดังนี้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 28 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 7 สัปดาห์ ฝากครรภ์รวม 13 ครั้ง ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 10 ตุลาคม 2549 คณะนกำหนดคลอดวันที่ 17 กรกฎาคม 2550 วันที่ 4 กรกฎาคม 2550 เวลา 18.00 นาฬิกา ให้ประวัติมีอาการเจ็บครรภ์ ร่วมกับมีเลือดสดปนลิ่มเลือดชุ่ม ผ่าอนามัย 1 แผ่น ออกทางช่องคลอด 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีขื่นเนื้อ ไม่มีน้ำเดิน ทารกในครรภ์คั่นดี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 วัน จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบตำแหน่งของรกเป็นชนิดรกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด แพทย์รับไว้ที่ตึกคลอด เพื่อสังเกตปริมาณเลือดที่ออก พบว่าผู้ป่วยมีเลือดสดๆ ไหลออกจากช่องคลอดและเริ่มเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น แพทย์จึงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วันที่ 4 กรกฎาคม 2550 เวลา 20.00 นาฬิกา ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,800 กรัม คะแนนเอปการ์ที่ 1 นาที และ 5 นาที ได้ 7 และ 10 ตามลำดับ เสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด 1,100 มิลลิลิตร และได้รับเลือด (PRC) จำนวน 2 ยูนิต ค่าฮีมาโตคริตหลังผ่าตัด ร้อยละ 30 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังทำผ่าตัดคลอดทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อสัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1,000 มิลลิลิตรผสมยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก(syntocinon) 20 ยูนิตในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตปริมาณเลือดที่ออกบริเวณแผลผ่าตัดคลอดบุตรและทางช่องคลอด ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัด(pain score = 7) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Pethidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ดูแลให้ Plasil 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ แผนการรักษาหลังทำผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2550 แพทย์ให้งดรับประทานอาหาร น้ำ และยาทางปากทุกชนิด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ทั้งหมด 3 ขวด ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ขวดแรกผสม syntocinon 20 ยูนิต ให้ยาปฏิชีวนะ ampicillin 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เมื่อมารดามีอาการปวดมาก ห่างกัน 6 ชั่วโมง ให้ยา Plasil 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อมารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ห่างกัน 6 ชั่วโมง วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 แพทย์ให้จับนมมือเพียง รับประทานอาหารเหลวมือเย็น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ ampicillin 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ครั้งสุดท้ายเวลา 24.00 น. และแพทย์อนุญาตให้นำสายสวนปัสสาวะออก วันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 แพทย์ให้รับประทานอาหารอ่อน รับประทานที่ได้รับ ยาปฏิชีวนะ Amoxy 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น Air-X

รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น Paracetamal 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด เมื่อมีอาการปวด ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง Nataral รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น Calvin รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เย็น ระหว่างรับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ1 จากการเยี่ยม จำนวน 5 ครั้ง พบปัญหาทั้งหมด 10 ปัญหา ซึ่งสามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกแข็งแรงดี ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 9 กรกฎาคม 2550 และนัดตรวจหลังคลอดพร้อมบุตร วันที่ 4 สิงหาคม 2550

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 : การกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อขาดประสิทธิภาพเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดอาจเกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้

วัตถุประสงค์ : ประสิทธิภาพการกำซาบออกซิเจนของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นและไม่ตกเลือดหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล : หลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อให้เลือดจากขาไหลเวียนสู่ส่วนกลางทำให้อวัยวะสำคัญได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวและตรวจสอบอาการผิดปกติ ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งปกติ จากนั้นตรวจวัดทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่แผลผ่าตัด และน้ำคาวปลาที่ไหลออกมาโดยใส่ผ้าอนามัยรองไว้ ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือดตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา ตรวจสอบและบันทึกจำนวนปัสสาวะถ้าหากปัสสาวะมีปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงให้รายงานแพทย์ทันที เพื่อได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 5 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำในร่างกายเนื่องจากงดอาหารและน้ำเพื่อทำการผ่าตัดคลอดบุตร

วัตถุประสงค์ : มีความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล : ดูแลเช็ดทำความสะอาดร่างกาย จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการพักผ่อนเพื่อลดการทำงานของร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ให้ยาแก้อาเจียน(Plasil 10 มิลลิกรัม)ผสม NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ และสังเกตอาการข้างเคียง บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนัง

การประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 6 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 3 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล : บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลไม่ให้สายปัสสาวะหักพับงอ แขนงูปัสสาวะให้ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการเปิดถุงเก็บปัสสาวะ แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสายและงูปัสสาวะ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา ดูแลและแนะนำการทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ สังเกตและบันทึกสี กลิ่น ลักษณะของน้ำคาวปลา บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 6 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 4 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดคลอดบุตร

กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตและบันทึกลักษณะของแผลผ่าตัด แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและการสังเกตอาการผิดปกติ บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัดตามแผนการรักษา โดยวิธีปราศจากเชื้อ ดูแลเช็ดทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน แนะนำและกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณเนื้อเยื่อที่แผล

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 7 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 5 : ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลอดบุตรเนื่องจากเป็นครั้งแรก

วัตถุประสงค์ : มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลอดบุตร

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลอดบุตรของมารดาเพื่อจะได้ให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและการสังเกตอาการผิดปกติ แนะนำการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ งดของหมักดองและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน แนะนำการออกกำลังกายหลังผ่าตัดคลอดบุตร แนะนำการดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 9 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 6 : ไม่สบายใจจากการปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอดบุตร

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น มีอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือ จัดให้นอนในท่าศีรษะสูง 45 องศาและเข่างอ เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทำให้ปวดแผลลดลง แนะนำการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัด เพื่อพยุงแผล แนะนำการไออย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยสูดลมหายใจเข้าลึกๆ แล้วไอออกมาแรงๆ ครั้งเดียว ขณะไอให้ประคองแผลผ่าตัดจะ

ช่วยพยุงแผลและกล้ามเนื้อหน้าท้องป้องกันไม่ให้แผลแยก และบรรเทาอาการปวดได้ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ หายใจช้าลง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 7 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 7 : ไม่สุขสบายจากมีอาการท้องอืดเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลงหลังได้รับการผ่าตัดคลอดบุตร

วัตถุประสงค์ : อาการท้องอืดทุเลาลง ลำไส้ทำงานได้เป็นปกติ

กิจกรรมการพยาบาล : กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้การทำงานของลำไส้ดีขึ้น ประเมินอาการท้องอืดจากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การเรอ การผายลม และการขับถ่ายที่เป็นปกติ แนะนำการรับประทานอาหารโดยเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน งดนมและอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส ให้รับประทานครั้งละน้อยๆ และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น เมื่อลำไส้ทำงานดีขึ้น ดูแลให้ได้รับยาขับลมตามแผนการรักษา

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 7 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 8 : วิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรและการดูแลบุตรเนื่องจากเป็นครั้งแรก

วัตถุประสงค์ : คลายความวิตกกังวล และเกิดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูบุตร

กิจกรรมการพยาบาล : แนะนำและสอนวิธีการอุ้มบุตร ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการสอน แนะนำถึงประโยชน์ของน้ำนมมารดา แนะนำการให้นมบุตรที่ถูกต้อง อธิบายให้ทราบถึงกลไกการกระตุ้นน้ำนม คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี แนะนำการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำสะอาด 6-8 แก้วต่อวัน งดอาหารหมักดอง และแอลกอฮอล์ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและผลิตน้ำนมได้เพียงพอแก่บุตร แนะนำการดูแลบุตร อาทิเช่นการห่อผ้า เปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดทำความสะอาดหลังบุตรขับถ่าย และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่นบุตรไม่ดูดนม บุตรมีอาเจียน ลำคอก้นานม ให้รายงานพยาบาลทันที สาธิตการอาบน้ำบุตรและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติตาม พุดคุยให้กำลังใจในการเลี้ยงดูบุตร เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 7 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 9 : วิตกกังวลกลัวบุตรได้รับน้ำนมไม่เพียงพอเนื่องจากน้ำนมไหลน้อย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นน้ำสลดชื่นชื่น บุตรได้รับน้ำนมเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล : อธิบายให้เข้าใจถึงกลไกการสร้างน้ำนม และการกระตุ้นให้น้ำนมไหลดีขึ้น คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี แนะนำการให้นมบุตรที่ถูกต้อง โดยให้เหงื่อออกจนถึงลานนม ประเมินปริมาณน้ำนม ดูแลให้นมผสมหยดเสริมและแนะนำวิธีหยดนมเสริม ดูแลช่วยเหลือเมื่อมารดาต้องการความช่วยเหลือในการให้นมบุตร พุดคุยให้กำลังใจในการให้นมบุตร อธิบายให้สามีและญาติรับทราบในการช่วยเหลือผู้ป่วยดูแลบุตร

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมชมครั้งที่ 4 วันที่ 7 กรกฎาคม 2550

ปัญหาที่ 10 : ไม่สุขสบายจากการคัดตึงเต้านมเนื่องจากปริมาณการสร้างน้ำนมมาก

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น อาการคัดตึงของเต้านมลดลง

กิจกรรมการพยาบาล : อธิบายให้เข้าใจถึงอาการคัดตึงเต้านมว่าเป็นอาการปกติในระยะหลังคลอด เกิดจากการคั่งของน้ำเลือดและน้ำเหลืองบริเวณเต้านม จะมีอาการเพียง 1-2 วัน อาการคัดตึงเต้านมจะทุเลาลง เมื่อให้บุตรดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อยและดูดถูกวิธี สอนและฝึกให้มารดาประคบเต้านมด้วยน้ำร้อนสลับกับน้ำเย็น เพื่อช่วยให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองดีขึ้น แนะนำการสวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ เพื่อช่วยพยุงเต้านม และดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมชมครั้งที่ 5 วันที่ 9 กรกฎาคม 2550

7. ผลสำเร็จของงาน

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

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงาน เป็นแนวทางในการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
- 8.2 เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
- 8.3 พัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น
- 8.4 มารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องด้วยผู้ป่วยพักรักษาอาการหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษเป็นห้องพิเศษมีเวลาจำกัดในการให้ความรู้เนื่องจากมีญาติมาเยี่ยมจำนวนมาก ผู้ป่วยไม่ได้รับการพักผ่อน และขณะให้ความรู้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการรับฟัง ผู้ป่วยเกิดความสับสนเนื่องจากญาติให้ความรู้ที่แตกต่างจากที่พยาบาลแนะนำ พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยในการประเมินสภาพอาการและวางแผนการพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

10. ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ควรเสริมสร้างพลังอำนาจของหญิงตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง
- 10.2 ควรจัดให้มีการอบรมเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล เพิ่มพูนความรู้การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

19 พ.ย. 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

19 พ.ย. 2553

(ลงชื่อ).....

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

22 พ.ย. 2553

เอกสารอ้างอิง

- จรียาพร ศรีสว่าง. (2544). การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับการทำสูติศาสตร์หัตถการ. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3**. หน้า 454-462. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ. (2548). การตกเลือดก่อนคลอด. ใน จิตติมา สุนทรสัง, ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ และชนนัท วนาภิรมย์ (บรรณาธิการ), **ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์**. หน้า 10-33. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2548). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 158-165. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิमित เตชไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำและVasa Previa. ใน ชีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 383-396. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- บุญสืบ โสโสม. (2549). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3**. หน้า 290-310. นนทบุรี: ยุทธธีรภัทรการพิมพ์.
- บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ. (2549). ภาวะรกเกาะต่ำ. ใน สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ (บรรณาธิการ), **แนวทางเวชปฏิบัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา**. หน้า 9-17. กรุงเทพฯ: คอนเซินท์ เมดิคัล จำกัด.
- มานี ปิยะอนันต์ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), (2548). **ตำราสูติศาสตร์**. หน้า 236-237. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์. (2549). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1**. นนทบุรี: ยุทธธีรภัทรการพิมพ์.
- วิจิตรา กุศลภักดิ์ และอรุณี เฮงขสมาก. (2551). **ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA**. กรุงเทพฯ: บพิศการพิมพ์.
- ศุภัญญา ปริสัณญกุล. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม. หน้า 90-103. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- Cunningham, F. G. et al. (2005). **William obstetrics**. 22nd ed. New York: McGRAW-Hill.
- Linda, V. and Susan, S. (2008). **Placenta previa**. (online). Available from: <http://www.umm.edu/ency/article/000900all.htm> (2009, July 18)
- Martin, L. P. (1991). Third-trimester hemorrhage. In Martin L, Pernoll (editors). **Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis and Treatment**. 7th ed. East Norwalk: Appleton Lunge.
- Patrick, K.O. and Young, Y. (2007). **Placenta previa**. (online). Available from: <http://emedicine.medscape.com> (2009, February 20)
- Robert, S. P. (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 นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักงานการแพทย์

**เรื่อง จัดทำแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดา
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ**

หลักการและเหตุผล

ภาวะรกเกาะต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพบว่ามีกรณีการตกเลือดก่อนคลอดซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Robert, 2008:2) ภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อยในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยพบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 3-6 ราย ของหญิงตั้งครรภ์ 1,000 ราย (บุญสืบ โสโสม, 2549: 290) จากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบร้อยละ 7.79, 7.91 และ 7.87 ของการคลอดตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะรกเกาะต่ำได้ลดลงอย่างมากภายหลังที่ได้ริเริ่มให้การรักษาโดยการให้เลือดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนอันตรายและอัตราตายของทารกปริกำเนิด เป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนด และพบว่าการรักษาแบบประคับประคอง สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกลงได้ (นิमित เตชไกรชนะ, 2548: 392) ในบทบาทของพยาบาลการให้ความรู้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีเนื้องอกหรือรอบคอกุมสาเหตุ ภาวะรกเกาะต่ำ อาการ อาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง

3. เพื่อให้มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ ค่ารักษา และการทำสูติบัตร

เป้าหมาย

1. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ถูกต้อง
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง
3. มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ ค่ารักษาและการทำสูติบัตรได้ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำแผ่นพับ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem อ้างใน ฟารีดา อิบราฮิม, 2546) โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ทางระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ในการสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพและแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วิรวาณิชย์ กล้าแรง, 2549: 35) เพื่อให้ได้มีโอกาสรับข้อมูล การปฏิบัติตน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่งผลให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สามารถดูแลตนเองและบุตร รวมถึงสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะรกเกาะต่ำ
2. นำข้อมูลเนื้อหาที่จะจัดทำแผ่นพับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
3. ดำเนินการผลิตแผ่นพับ
4. ทดลองนำแผ่นพับไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล
5. นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง
6. ปรับแผ่นพับที่ได้ให้เป็นมาตรฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ครอบคลุมมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการอธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ อาการผิดปกติและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
3. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการตกเลือดของมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 0
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะรกเกาะต่ำและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80
3. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

ลงชื่อ..... *ดร. นน*

(นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๙ พ.ย. 2553

เอกสารอ้างอิง

- นิมิต เตชไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำและVasa Previa. ใน ซีระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** หน้า 383-396. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.
- บุญสืบ โสโสม. (2549). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3.** หน้า 290-310. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- วิราวัฒน์ กล้าแรง. (2549). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1.** หน้า 24-38.
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (2549-2551). **สถิติผู้มารับบริการที่ตึกคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปี พ.ศ. 2549-2551.** (เอกสารในหน่วยงาน)
- Robert, S. P. (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 นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดา
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

หลักการและเหตุผล

ภาวะรกเกาะต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพบมีการตกเลือดก่อนคลอดซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Robert, 2008:2) ภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อยในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยพบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 3

-6 ราย ของหญิงตั้งครรภ์ 1,000 ราย (บุญสืบ โสโสม, 2549: 290) จากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบร้อยละ 7.79, 7.91 และ 7.87 ของการคลอดตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะรกเกาะต่ำได้ลดลงอย่างมากภายหลังที่ไดริเริ่มให้การรักษาโดยการให้เลือดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนอันตรายและอัตราตายของทารกปริกำเนิด เป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนด และพบว่าการรักษาแบบประคับประคอง สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกลงได้ (นิมิต เตชไกรชนะ, 2548: 392) ในบทบาทของพยาบาลการให้ความรู้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน จึงได้จัดทำแผ่นพับเรื่อง การเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีเนื้อหาครอบคลุมสาเหตุ ภาวะรกเกาะต่ำ อาการ อาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

4. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง มีความรู้ ความเข้าใจ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
5. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง
6. เพื่อให้มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ ค่ารักษา และการทำสูติบัตร

เป้าหมาย

1. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ถูกต้อง
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง
3. มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ ค่ารักษาและการทำสูติบัตรได้ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำแผ่นพับ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem อังโน ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ทางระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ในการสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพและแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วิราวัฒน์ กกล้าแรง, 2549: 35) เพื่อให้ได้มีโอกาสรับข้อมูล การปฏิบัติตน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่งผลให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สามารถดูแลตนเองและบุตร รวมถึงสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะรกเกาะต่ำ

2. นำข้อมูลเนื้อหาที่จะจัดทำแผ่นพับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
3. ดำเนินการผลิตแผ่นพับ
4. ทดลองนำแผ่นพับไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล
5. นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง
6. ปรับแผ่นพับที่ได้ให้เป็นมาตรฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ครอบคลุมมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการอธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ อาการผิดปกติและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
3. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการตกเลือดของมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 0
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะรกเกาะต่ำและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80
3. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

ลงชื่อ..... *ดร. นว*

(นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๙ พ.ย. 2553

เอกสารอ้างอิง

- นิमित เตชไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำและVasa Previa. ใน ชีระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 383-396. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- บุญสืบ โสโสม. (2549). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3**. หน้า 290-310. นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- วิราวัฒน์ กล้าแรง. (2549). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1**. หน้า 24-38.
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (2549-2551). **สถิติผู้มารับบริการที่ตีคลอด**
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปี พ.ศ. 2549-2551. (เอกสารในหน่วยงาน)
- Robert, S. P. (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 นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 309) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

เรื่อง จัดทำแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับ
มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

หลักการและเหตุผล

ภาวะรกเกาะต่ำ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อมารดาตั้งครรภ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากพบมีการตกเลือดก่อนคลอดซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Robert, 2008:2) ภาวะรกเกาะต่ำเป็นสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อยในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ โดยพบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 3 – 6 ราย ของหญิงตั้งครรภ์ 1,000 ราย (บุญสืบ โสโสม, 2549: 290) จากสถิติของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี พ.ศ. 2549 - 2551 พบร้อยละ 7.79, 7.91 และ 7.87 ของการคลอดตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะรกเกาะต่ำได้ลดลงอย่างมากภายหลังที่ได้ริเริ่มให้การรักษาโดยการให้เลือดและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนอันตรายและอัตราตายของทารกปริกำเนิด เป็นผลมาจากการคลอดก่อนกำหนด และพบว่าการรักษาแบบประคับประคอง สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้ (นิมิต เตชไกรชนะ, 2548: 392) ในบทบาทของพยาบาลการให้ความรู้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีเนื้อหาคอบคลุมสาเหตุ ภาวะรกเกาะต่ำ อาการ อาการแสดง การรักษาและการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. เพื่อให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง

3. เพื่อให้มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ คำรักษา และ การทำสูติบัตร

เป้าหมาย

1. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้ถูกต้อง
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง
3. มารดาและครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมด้านสิทธิประโยชน์ คำรักษาและการทำสูติบัตรได้ถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำแผ่นพับ เรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัว ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแบบและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญ ในการสนับสนุนให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

ดังนั้น การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากทีมสหสาขาวิชาชีพและแรงสนับสนุนจากครอบครัว (วิราวัฒน์ กล้าแรง, 2549: 35) เพื่อให้ได้มีโอกาสรับข้อมูล การปฏิบัติตน การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขณะผ่าตัดคลอดและหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่งผลให้มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำสามารถดูแลตนเองและบุตร รวมถึงสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ
2. นำข้อมูลเนื้อหาที่จะจัดทำแผ่นพับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
3. ดำเนินการผลิตแผ่นพับ
4. ทดลองนำแผ่นพับไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล
5. นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง
6. ปรับแผ่นพับที่ได้ให้เป็นมาตรฐาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการการพยาบาลที่ครอบคลุมมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการอธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจเกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ อาการผิดปกติและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
3. เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการตกเลือดของมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ร้อยละ 0
2. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะรกเกาะต่ำและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80
3. มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำและครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

ลงชื่อ..... *Dr. An*

(นางสาวประทุม จงอ่อนกลาง)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๙ / พ.ย. 2553 /

เอกสารอ้างอิง

- นิมิต เตะขไกรชนะ. (2548). รกเกาะต่ำและVasa Previa. ใน ชีระพงษ์ เจริญวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** หน้า 383-396. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.
- บุญสืบ โสโสม. (2549). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด. ใน ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม3.** หน้า 290-310. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2546). **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- วิราวัฒน์ กล้าแรง. (2549). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1.** หน้า 24-38.
- วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (2549-2551). **สถิติผู้มารับบริการที่ตีคลอด**
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. ปี พ.ศ. 2549-2551. (เอกสารในหน่วยงาน)
- Robert, S. P. (2008). **Understanding Placenta Previa – the Basics.** (online). Available from:
<http://www.emedwebmd.com/baby/understanding-placenta-previa-basics> (2009, July 18)