



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม
๒๕๖๘ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภท
วิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุบลราชธานี จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางนันทิศา ศรีบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่
คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายประเสริฐ ศรีสารคาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- 6 ส.ค. 2568

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางนันทิศา ศรีบุญเรือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย สูติ-นรีเวช	๑๗๗๑๒๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช	๗๖๓๐๑	เลื่อน ระดับ ๑๐๐%
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การพยาบาลหลังคลอดมารดาภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาแนวทางดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						
				 (นายประเสริฐ ศรีสารคาม) <u>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม</u>		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลหลังคลอดมารดาภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ๑ กันยายน ๒๕๖๖ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖

กิจกรรม	ก.ย. ๖๖	ต.ค. ๖๖	พ.ย. ๖๖	ธ.ค. ๖๖
๑. ศึกษาสถิติ ความรู้เกี่ยวกับโรค ข้อมูลผู้ป่วย	/			
๒. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล	/			
๓. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้างานพยาบาล/ เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย/รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย	/			
๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง		/		
๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล		/		
๖. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง			/	/
๗. สรุปผลการศึกษา				/
๘. เรียบเรียงรายงานการศึกษา และจัดพิมพ์ผลงาน จัดทำเป็นรูปเล่มเสนอเพื่อขอรับการประเมินผลงาน				/
๙. เผยแพร่ผลงานวิชาการ				/

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ศึกษามีแนวคิด วิธีการ ที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรค: กายวิภาค / สรีรวิทยา ความหมาย อุบัติการณ์ สาเหตุ / ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการอาการแสดง / การวินิจฉัย / การรักษา / ภาวะแทรกซ้อน / ยาที่ใช้กับกรณีศึกษา

๓.๒ กระบวนการพยาบาล ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลผู้คลอด การซักประวัติ การตรวจร่างกายเวชระเบียนผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล และวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติ

๓.๓ แบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๓.๔ การประเมินความปวดโดยใช้ Pain score

๓.๕ การประเมินคะแนนการเข้าเต้าหรือ LATCH score

๓.๖ Holistic care การให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัว ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป

๓.๗ การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D – METHOD

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งต่อมารดาและทารก เช่น ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน อวัยวะล้มเหลว ภาวะชัก และการคลอดก่อนกำหนด องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกประมาณ ๑๔% ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ในขณะเดียวกัน การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamines) กำลังกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงในหลายประเทศ เนื่องจากสารนี้สามารถผ่านรกไปยังทารก ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกน้ำหนักน้อย และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและประสาท เมื่อภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงเกิดร่วมกับการใช้แอมเฟตามีน จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก สมองบวม เส้นเลือดแตก และอัตราการตายของมารดาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังส่งผลเสียต่อพัฒนาการระยะยาวของทารก และเพิ่มภาระให้กับระบบสาธารณสุข

ในประเทศไทย ปัญหาครรภ์เป็นพิษยังคงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดา โดยเฉพาะในเขตชนบทหรือพื้นที่ที่การเข้าถึงการฝากครรภ์มีข้อจำกัด ข้อมูลจากกรมอนามัยแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงไทยจำนวนไม่น้อยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการดูแลที่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของมารดาและทารก ขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและหญิงวัยเจริญพันธุ์ "ยาบ้า" ซึ่งมีส่วนประกอบของเมทแอมเฟตามีน เป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุดในกลุ่มนี้ โดยมีรายงานจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.) ระบุว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และมีประวัติใช้ยาเสพติดมักไม่เปิดเผยข้อมูลและไม่ได้รับการดูแลครรภ์อย่างเหมาะสม

จากสถิติการบริการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน สูติ-นรีเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า มียอดผู้รับบริการ จำนวน ๒,๗๒๖ ราย, ๒,๔๒๖ ราย, ๒,๕๐๒ ราย ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ตามลำดับ และจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๓ ถึงปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๑๓๓, ๑๔๓ และ ๒๑๙ (ราย เวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม, ๒๕๖๕) จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีมากถึง ร้อยละ ๔.๘๗, ๕.๘๗ และ ๗.๗๓ และ จากสถิติมารดาหลังคลอด ใช้สารแอมเฟตามีน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปี๒๕๖๕-๒๕๖๗ จำนวน ๗,๑๕,๒๐ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นหากไม่มีแนวทางการดูแลที่ครอบคลุม ส่งผลต่อความปลอดภัยของมารดาและทารกการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงในมารดาที่ใช้แอมเฟตามีนจึงเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ต้องการการดูแลรักษาแบบสหวิชาชีพ การประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดการตั้งครรภ์ และการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจหลังคลอด นอกจากนี้ยังต้องมีการบูรณาการนโยบายด้านสุขภาพและสังคมเพื่อรองรับผู้หญิงกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน

๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่สำคัญในมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้อย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การดูแลและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ๒ ราย ณ ตึกผู้ป่วยใน สตรี-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยการประเมินปัญหา ความต้องการให้การพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยง คุกคามต่อชีวิต หรือบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้และปรับแต่งเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับปัญหา และสภาพการเจ็บป่วยของมารดาหลังคลอดกรณีศึกษา และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ทำการศึกษามารดาหลังคลอดกรณีศึกษาระหว่างวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

การดูแลมารดาหลังคลอดทั้งสองรายได้วางแผนในการปฏิบัติงานตามลำดับดังต่อไปนี้

๔.๕.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรค: กายวิภาค/สรีรวิทยา ความหมาย อุบัติการณ์ สาเหตุ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ/อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้กับกรณีศึกษา

๔.๕.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดทั้งสองราย

๔.๕.๓ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ

๔.๕.๔ ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้ปรึกษา เพื่อให้เป็นข้อมูล คู่มือการปฏิบัติการรักษาความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ราชวิทยาลัยสูติแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘ และ ๒๕๖๓

๔.๕.๕ นำกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเวชระเบียนผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติ

๔.๕.๖ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล

๔.๕.๗ เรียบเรียงและจัดพิมพ์ผลงาน

๔.๕.๘ เสนอเพื่อขอรับการประเมิน

๔.๕.๙ เผยแพร่ผลงานวิชาการ

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๖.๑ การประเมินและรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพการดำเนินชีวิตของมารดาหลังคลอด นำกระบวนการพยาบาล มาวางแผนการพยาบาล ร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และ หลังคลอด รวมทั้งการส่งต่อการดูแลหลังคลอดร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ

๔.๖.๒ การคัดกรองภาวะเสี่ยงภาวะความดันโลหิตสูงและนำแนวทางการคัดกรองผู้สงสัยการใช้สารแอมเฟตามีน สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

๔.๖.๓ พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังคลอด มีความรู้ ความเข้าใจสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้มาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอด และทารกในครรภ์จากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับการใช้สารแอมเฟตามีน

๔.๗ สาระสำคัญ

การศึกษากายวิภาคการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย โรค พยาธิสภาพ การรักษา แบบแผนสุขภาพ สภาพปัญหาของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีนเพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ (ต่อ)

มีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ทำการศึกษามารดาหลังคลอดกรณีศึกษาระหว่างวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ มีเป้าหมาย เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะอาการ อาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่สำคัญในมารดาหลังคลอดกลุ่มนี้อย่างชัดเจน เพื่อนำไปสู่การดูแลและเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้

๑. การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้คลอด รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑.๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๒ ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้คลอด

๑.๓ ข้อมูลแบบแผนสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๑.๔ ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

๑.๕ ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ

๑.๖ แผนการรักษา

๒. การวินิจฉัยการพยาบาล

๓. การพยาบาลและผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้คลอดกรณีศึกษา (ตามกระบวนการพยาบาล)

๔. Holistic care การให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัว

๕. สรุปกรณีศึกษา

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด

๑. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดกรณีศึกษารายที่ ๑ และมารดาหลังคลอดกรณีศึกษารายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	หญิงไทย	หญิงไทย
อายุ	๒๑ ปี	๓๙ ปี
สถานภาพสมรส	คู่	คู่
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ / สัญชาติ	ไทย / ไทย	ไทย / ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ ๓	มัธยมศึกษาปีที่ ๓
อาชีพ / รายได้	รับจ้างทั่วไป / รายได้ ๕,๐๐๐ - ๑๐,๐๐๐ บาท/เดือน	รับจ้างกรีดยางพารา / รายได้รับจาก ๑๐,๐๐๐-๒๐,๐๐๐ บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	บัตรทองนอกเขตอำเภอเดชอุดม	บัตรทองนอกเขตอำเภอเดชอุดม
วันเดือนปี ที่เข้ารับการรักษา	๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖	๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๖
วันเดือนปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖	๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๖
รวมวันที่รับการรักษา	๓ วัน	๓ วัน
HN / AN	๔๗๗/๑๓๐ / ๖๖๐๐๑๕๕๑๐	๔๘๓๖๒๘ / ๖๖๐๐๓๑๘๑๘

วิเคราะห์ จากตารางที่ ๑ พบว่า

กรณีศึกษาที่ ๑ และกรณีศึกษารายที่ ๒ เหมือนกัน มีรายได้ใกล้เคียงกัน กรณีศึกษาที่ ๑รับจ้างทำงานเป็นบางครั้ง ซึ่งต่างกับ กรณีศึกษาที่ ๒ ต้องรับจ้างกรีดยางพารา ทุกวันเพื่ินจุนเจือครอบครัว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๒. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย กรณีศึกษา รายที่ ๑ และกรณีศึกษา รายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูล	กรณีศึกษา รายที่ ๑	กรณีศึกษา รายที่ ๒
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	รับ refer จาก รพ.ลูกข่าย ด้วยมี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดและน้ำเดิน ก่อนมา ๔ ชม.	รับ refer จาก รพ.ลูกข่ายด้วย มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดและมูกเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมา ๑ ชม.
ประวัติการ ตั้งครรภ์ใน ปัจจุบัน	ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน มารดา G๒P๑๐๐๑ GA ๓๙+๖ wks. With previous C/S รับ refer จาก รพ. ลูกข่าย ด้วยมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด และน้ำเดิน ก่อนมา ๔ ชม. จึงมา รพ.ไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ เนื่องจากประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ VDRL= NR HBsAg= negative Anti HIV = negative , amphetamine = positive consult สูติแพทย์ ส่งตัว มา รพ.แม่ข่าย	มารดา G๔P๒A๑L๑ GA ๓๖+๖ wks. with Preterm Labor รับ Refer จาก รพ.ลูกข่าย มา ด้วย ๑๔ ชม. ก่อนมามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่มี เลือดออกทางช่องคลอด ต่อมา ๑ชม.ก่อนมาเจ็บ ครรภ์คลอดและมีเลือดสดออกทางช่องคลอด จึง มา รพ.ใกล้บ้าน แรกรับER (รพ.ลูกข่าย) BP=๑๕๓/๙๐ mmHg DTR๒+ No sing PIH ส่ง Lab PIH พบ Urine Alb=๓+ urine Amphetamine =positive consult สูติแพทย์ ส่งตัวมา รพ.แม่ข่าย
ประวัติการ ตั้งครรภ์/การ คลอดและการ เจ็บป่วยในอดีต	ครรภ์แรกผ่าตัดคลอด ปี ๒๕๖๓ (เนื่องจากช่องเชิงกรานแคบ)	ครรภ์ที่๑และ๒ คลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ครรภ์ที่ ๓ แท้ง ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการ เจ็บป่วยของ บุคคล ใน ครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว	บิดา เป็น โรคความดันโลหิตสูง รับประทาน รพ.ใกล้ บ้าน
ประวัติการแพ้ย า สารเคมีและ อาหาร และสาร เสพติด	ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธแพ้ย า แพ้อาหาร เสพยาบ้า ครั้งละ ๒-๓ เม็ด / สัปดาห์	ปฏิเสธโรคประจำตัว และปฏิเสธแพ้ย า แพ้อาหาร เสพยาบ้า ๑ เม็ด ก่อนมา ๑ สัปดาห์ ดื่มน้ำกระท่อม วันละ ๑-๒ แก้ว ทุกวัน

วิเคราะห์ จากตารางที่ ๒ พบว่า

ความเหมือนกัน

-การส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย: ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการส่งต่อ (refer) จากโรงพยาบาลลูกข่ายไป
ยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการดูแลที่ซับซ้อนกว่าที่โรงพยาบาลลูกข่ายจะสามารถให้ได้

-ผลตรวจปัสสาวะ Amphetamine Positive: ผู้ป่วยทั้งสองรายมีผลตรวจปัสสาวะ (urine
Amphetamine = positive) ซึ่งแสดงถึงการใช้สารแอมเฟตามีนในผู้ป่วยทั้งสองราย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ความแตกต่าง

- ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด กรณีศึกษาครั้งที่ ๑: มารดา G๒P๑๐๐๑ GA ๓๙+๖ wks. With previous C/S ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ (unknowingly pregnant) และมีประวัติการผ่าตัดคลอดบุตร (C/S) มาก่อนกรณีศึกษาครั้งที่ ๒: มารดามาด้วยภาวะ Preterm Labor (เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด) และมีเลือดออกทางช่องคลอด (vaginal bleeding)

- อาการและอาการแสดงกรณีศึกษาครั้งที่ ๑ มาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดและน้ำเดิน (labor pain and rupture of membranes) ก่อนมาโรงพยาบาล ๔ ชั่วโมง กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ มาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดและมีเลือดออกทางช่องคลอด โดยมีเลือดออกสด (fresh bleeding) ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ ชั่วโมง นอกจากนี้ ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง (BP=๑๕๓/๙๐ mmHg) และโปรตีนในปัสสาวะ (Urine Alb=๓+) ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะครรภ์เป็นพิษ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ และกรณีศึกษาครั้งที่ ๒ ดังนี้ (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาครั้งที่ ๑	กรณีศึกษาครั้งที่ ๒
อาการแรกเริ่ม	PV cx=๓ cms Effacement ๘๐ % Station -๑ MR AF Thick meconium ,Position LOA EFM cat II , FHS= ๑๓๐ ครั้ง/นาที่ , UC I= ๔ นาที่ D=๓๕ วินาที , EFW = ๓๕๐๐ gms. -V/S BT= ๓๗.๔ c PR ๘๐ ครั้ง/นาที่ RR= ๒๐ ครั้ง/นาที่ Bp = ๑๔๔/๘๕ mmHg	PV cx=๑ cms Effacement ๕๐ % Station -๒ MI ,Position ROA EFM cat I , FHS= ๑๕๘ ครั้ง/นาที่ , UC I= >๑๐ นาที่, EFW = ๒๖๐๐ gms. -V/S BT= ๓๗.๑ c PR ๗๘ ครั้ง/นาที่ RR= ๒๐ ครั้ง/นาที่ Bp = ๑๓๐/๙๐ mmHg
การวินิจฉัยครั้งแรก	G๒P๑๐๐๑ GA ๓๙+๖ wks. With previous C/S with Not ANC With Amphetamine Use	G๔P๒A๑P๒ GA ๓๖+๖ wks. With Preterm Labor With Amphetamine Use
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	G๒P๑๐๐๑ GA ๓๙+๖ wks. With previous C/S with Not ANC With Amphetamine Use with Severe pre-eclampsia With LT Cesian section with TR	G๔P๒A๑P๒ GA ๓๖+๖ wks. With Preterm Labor With Amphetamine Use With Severe pre-eclampsia with LT Cesian section with TR

วิเคราะห์ จากตารางที่ ๒ พบว่า

ความเหมือนกัน กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ และกรณีศึกษาครั้งที่ ๒ แรกเริ่มที่ห้องคลอด มีความดันสูงโลหิตเหมือนกัน

ความแตกต่าง กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ แรกเริ่ม PV cx = ๓ cms, Effacement ๘๐%, Station -๑ MR AF Thick meconium EFM cat II UC I = ๔ นาที่ D = ๓๕ วินาที EFW = ๓๕๐๐ gms เคยผ่าตัดคลอด กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ PV cx = ๑ cms, Effacement ๕๐%, Station -๒ MI Position ROA EFM cat I UC I = >๑๐ นาที่ EFW = ๒๖๐๐ gms ซึ่งกรณีศึกษาครั้งที่ ๑ เสี่ยงต่อมดลูกแตก ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด และเสี่ยงต่อภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน มากกว่า กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ จึงต้องได้ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดทันที

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ภาวะ สุขภาพ ก่อนรับไว้ในความ ดูแล	มารดา G๒P๑๐๐๑ GA ๓๙^๖ wks. With previous C/S with Not ANC รับ refer จาก รพ.ลูกข่าย ด้วยมีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดและน้ำเดิน ก่อนมา ๔ ชม. ไม่ทราบว่าเป็นตัวเองตั้งครรภ์ เนื่องจาก ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ให้ประวัติเสพยาบ้า ๒-๓ วัน ก่อนมา ครั้งละ ๒-๓ เม็ด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ VDRL= NR HBsAg= negative Anti HIV = negative แรกวันที่ ห้องคลอด BP =๑๔๔/๘๕ mmHg รู้สึกตัวดี มี ปวด ศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ FHS= ๑๓๐ ครั้ง/นาที Position LOA EFM cat II PV cx=๓ cms Effacement ๘๐ % Station -๑ MR AF Thick macronium EFW = ๓๕๐๐ gms. UC I= ๔ นาที D=๓๕ วินาที รายงานสูติ แพทย์เวร ให้ทำ IUR ส่งเลือดตรวจทาง ห้องปฏิบัติการคือ Lab PIH,G/M จอง PRC ๒ Unit เตรียมความพร้อมก่อน ผ่าตัด คลอดบุตรตาม แผนการรักษา และ Set C/S with TR ๐๙.๓๐ น. ต่อมา EFMหลัง IUR variable drop ๑๑๐ bpm base line ๑๓๐ bpm รายงานสูติแพทย์ให้ IUR ต่อ และ รายงาน Lab PIH ค่าที่ผิดปกติคือ UA Alb= ๑+ ,UPCR= ๑๗๔๓.๘mg/g, Uric acid= ๗.๔ mg/dl BP =๑๕๐/๙๐ mmHg ปวด ศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรและทำหมัน คลอด C/S เพศหญิง AS=๗-๘-๘ AF Thin meconium BW=๒๙๘๐ gms. แรกคลอดทารกหายใจหอบ มือ งอ มี Retraction+Nasal flaring O๒ sat ๙๐-๙๒ % RR= ๘๘-๙๐ /min Hct=๖๕ % DTX=๓๕ mg% on ETT Refer รพศ. At LR	มารดา G๔P๒A๑L๑ GA ๓๖+๖ wks. with Preterm Labor รับ Refer จาก รพ.ลูกข่าย มา ด้วย ๑๔ ชม. ก่อนมามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่มี เลือดออกทางช่องคลอด ต่อมา ๑ ชม.ก่อนมาเจ็บ ครรภ์คลอดและมีเลือดสดออกทางช่องคลอด จึง มา รพ.ใกล้บ้าน แรกวันที่ER (รพ.ลูกข่าย) BP=๑๕๓/๙๐ mmHg DTR๒+ No sing PIH ส่ง Lab PIH พบ Urine Alb=๓+ urine Amphetamine =positive consult สูติแพทย์ ส่งตัวมา รพ.แม่ข่าย แรกวันที่ห้องคลอดPV cx=๑ cms.Effacement ๕๐% Station -๒ MI ,Position ROA EFM cat I , FHS= ๑๕๘ ครั้ง/ นาที , UC I= >๑๐ นาที, EFW = ๒๖๐๐ gms.Bp= ๑๓๐/๙๐ mmHg มีปวดศีรษะ ไม่มีตา พร่ามัว รายงานสูติแพทย์ ให้ repeat lab PIH , obs BP , Plane induction พรงนี้เช้า ต่อมารายงานผล lab PIH UPCR ๒๗๙๑.๕,PTT ๓๒.๓๐,LDH ๒๓๐,ALP ๒๐๔,Alb ๒+,Uric acid ๙.๔ มารดามีไอมี เสมหะ เป็นมา ๑ wks ATK=Negative พิจารณา Set C/ S with TR เวลา Start ๑๐% MgSO๔ ๕ gms+D๕W ๕๐ ml vein drip ๔๐๐ ml/ hr,๕๐%MgSO๔ ๒๐ gms +D๕W ๙๖๐ ml vein drip ๕๐ ml/hr,on O๒ mask with bag ๑๐ LPM ,Monitor EFM,พ่น Berodual ๑ NB ก่อน ไป OR ๓๐ นาที,Cefazolin ไป OR,Duratocin ๑ vial ไป OR คลอด C/S เพศหญิง AS=๙-๙-๑๐ AF Thin meconium BW=๒๒๐๐ gms.ทารก Active ตัวแดงดี Hct = ๕๐ % DTX = ๑๒๓ mg%V/S T=๓๖ .๙ องศาเซลเซียส HR= ๑๓๘/min RR=๖๘-๗๐ /min BP=๘๑/๖๒ mmHg O๒ sat=๙๖-๙๗ % หายใจหอบ ไม่มี Retraction ไม่ภาวะ Cyanosis ย้าย NICU

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๓. ภาวะสุขภาพหลังคลอด

ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่

๑) ภาวะสุขภาพระยะวิกฤต

๒) ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู

๓) ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย

ตารางที่ ๓ ภาวะสุขภาพหลังคลอดจำแนกตามกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ภาวะ สุขภาพ ระยะ วิกฤต	หลังผ่าตัดย้ายสังเกตอาการต่อ หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชแรกรับ Bp=๑๗๐/๑๐๐ mmHg No sign PIH DTR^{๒+} รายงานสูติแพทย์ให้ ยาป้องกันภาวะชัก Start ๑๐% MgSO_๔ ๕ gms+D_๕W ๕๐ ml vein drip ๔๐๐ l/hr, ๕๐% MgSO_๔ ๒๐ gms +D_๕W ๙๖๐ ml vein drip ๕๐ ml/hr Drip ๕๐ cc/hr จนครบ ๒๔ hr หลังคลอด -mg Level q ๔ hr keep ๔.๘-๘.๔ mg/dl - หลัง load MgSO_๔ ๓๐ นาที ถ้า BP > ๑๗๐-๑๐๐ mmHg p/s notify -Record V/S DTR Urine out put q ๑ hr -๕% DN/๒ ๑๐๐๐ cc +synto ๒๐ Unit vein drip ๗๐ cc/hr ขณะได้ยา MgSO_๔ ครบ ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด BP=๑๒๐/๘๐- ๑๓๐/๘๐ mmHg No Sign PIH DTR ๒ + ไม่เกิดภาวะชัก	หลังผ่าตัดย้ายสังเกตอาการต่อ หอผู้ป่วยสูติ- นรีเวชหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องดูแล ให้ ๕๐% MgSO_๔ ๒๐ gm +๕% DW ๑,๐๐๐ ml vein drip ๕๐ ml/hr, ๕% DN/๒ ๑,๐๐๐ ml + synto ๒๐ unit vein drip ๗๐ ml/hr, Retained foley's cath, Cefazolin ๑ g vein q ๖ hr ขณะได้ยา MgSO_๔ BP=๑๗๐/๑๐๐ mmHg รายงานแพทย์ เจ้าของไข้ เพิ่มยาดูแลให้รับยาลดความดัน โลหิต Nicardipine ๑ mg IV stat (keep BP < ๑๖๐/๑๐๐ mmHg) - Hydrarazine (๒๕ mg) ๑ tab oral ทุก ๘ ชม. หลังได้ยา BP=๑๔๐/๙๐-๑๕๐/๙๐ mmHg No Sign PIH DTR ๒ + หยุดให้ยา ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด
ภาวะ สุขภาพ ระยะฟื้นฟู	ตลอดระยะเวลาหลังคลอด ๓ วันมารดาไม่มี ภาวะชัก ไม่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยา กันชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สามารถหยุดยาลดความดัน โลหิตและยากันชักได้ มีอาการปวดแผล ผ่าตัด ๓/๑๐ คะแนน มดลูกหดตัวดี วัด ระดับยอ دمดลูกลดลงวันละ ๑ นิ้ว ปริมาณ น้ำคาวปลาลดลง น้ำคาวปลาออกทางช่อง คลอดประมาณ ๒๐ มล. สีแดงจาง และเริ่ม มีอาการแสดงของภาวะขาดยา มีอาการง่วง นอนตลอด หาวบ่อย น้ำมูกน้ำตาเริ่มไหล ประสานทีม OSCC เพื่อประเมินศักยภาพใน การดูแลตนเอง และบุตรและความพร้อม ของครอบครัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีความ พร้อมการดูแลตนเองและบุตร มีมารดา- บิดา สามี ช่วยดูแลและเลี้ยงดูบุตร ประเมิน ๒ Q ปกติ	ตลอดระยะเวลาหลังคลอด ๓ วันมารดา สามารถหายใจ room air ได้ ปัสสาวะออก สมดุลกับปริมาณน้ำเข้า มารดาไม่มีไข้ มีไอ แห้ง ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีอาการปวดแผล ผ่าตัด ๓/๑๐ คะแนน มดลูกหดตัวดี วัด ระดับยอ دمดลูกลดลงวันละ ๑ นิ้ว ปริมาณ น้ำคาวปลาลดลง น้ำคาวปลาออกทางช่อง คลอดประมาณ ๓๐ มล. สีแดงจาง และเริ่มมี อาการแสดงของภาวะขาดยา ขณะสนทนามี อาการง่วงนอนตลอด หาวบ่อย น้ำมูกน้ำตา เริ่มไหล มีมือสั่น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๓ ภาวะสุขภาพหลังคลอดจำแนกตามกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย	ประสานทีม OSCC เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง และบุตรและความพร้อมของครอบครัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีความพร้อมการดูแลตนเองและบุตร มีมารดา-บิดา สามี ช่วยดูแลและเลี้ยงดูบุตร ประเมิน ๒Q ปกติ ก่อนกลับบ้านมารดาหลังคลอดไม่มีไข้ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีอาการปวดศีรษะตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ BP ก่อนจำหน่าย ๑๒๐/๘๐ mmHg ยากลับบ้าน ได้แก่ triferdine ๑*๑ O pc, MTV ๑*๓ O pc, Paracetamol(๕๐๐) ๑tab po prn q ๔-๖ hr Alcohol ๗๐% สำลีแห้ง หลังD/C ๑ สัปดาห์ นัดตรวจหลังคลอดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม รพร.เดชอุดม	ประสานทีม OSCC เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง และบุตรและความพร้อมของครอบครัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน มีความพร้อมการดูแลตนเองและบุตร มีมารดา-บิดา สามี ช่วยดูแลและเลี้ยงดูบุตร ประเมิน ๒Q ปกติ - มีความพร้อมการดูแลตนเองและบุตรด้วยตนเองและสามีช่วยเลี้ยงดู -ประเมิน ๒Q ปกติ ก่อนกลับบ้านมารดาหลังคลอดมารดาไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีอาการปวดศีรษะตามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ BP ก่อนจำหน่าย ๑๔๐/๘๐ mmHg ยากลับบ้าน ได้แก่ triferdine ๑*๑ O pc, MTV ๑*๓ O pc, Paracetamol(๕๐๐) ๑tab po prn q ๔-๖ hr Alcohol ๗๐% สำลีแห้ง หลังD/C ๑ สัปดาห์ นัดตรวจหลังคลอดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม รพร.เดชอุดม

วิเคราะห์ จากตารางที่ ๓ พบว่า

ความเหมือน

- ภาวะสุขภาพระยะวิกฤตหลังผ่าตัด: ทั้งสองรายมีความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ (PIH) แม้ว่ารายที่ ๑ จะไม่มีอาการแสดงอื่นของ PIH ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด แต่ความดันโลหิตที่สูงก็ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด
- การรักษาด้วย Magnesium Sulfate (MgSO₄): ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วย MgSO₄ เพื่อป้องกันภาวะชัก ซึ่งเป็นแนวทางการรักษามาตรฐานสำหรับภาวะครรภ์เป็นพิษ
- การให้สารน้ำและยา Oxytocic: ทั้งสองรายได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยา Oxytocic (Syntocinon) เพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
- ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู: ทั้งสองรายไม่มีภาวะชักหรือผลข้างเคียงจากการได้รับยากันชัก อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่หายไป มดลูกหดตัวดี และมีปริมาณน้ำคาวปลาลดลง
- อาการแสดงของภาวะขาดยา: ทั้งสองรายเริ่มมีอาการง่วงนอน หาวบ่อย น้ำมูกและน้ำตาไหล ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะขาดยาเสพติด
- การประสานทีม OSCC: ทั้งสองรายได้รับการประสานทีม OSCC เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและบุตร รวมถึงความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- ความพร้อมในการดูแลบุตร: ทั้งสองรายมีความพร้อมในการดูแลตนเองและบุตร โดยมีครอบครัว (มารดา-บิดา, สามี) ช่วยดูแลและเลี้ยงดูบุตร และได้รับการประเมิน ๒Q ปกติ
- ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย: ทั้งสองรายไม่มีไข้ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนจำหน่าย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

-การนัดตรวจติดตาม: ทั้งสองรายได้รับการนัดตรวจหลังคลอดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ๑ สัปดาห์หลังจำหน่าย

ความแตกต่าง

-ความดันโลหิตขณะได้รับ $MgSO_4$: รายที่ ๑: ความดันโลหิตลดลงและอยู่ในเกณฑ์ปกติขณะได้รับ $MgSO_4$ ครบ ๒๔ ชั่วโมง รายที่ ๒: ความดันโลหิตยังคงสูงขณะได้รับ $MgSO_4$ ทำให้แพทย์ต้องสั่งเพิ่มยาลดความดันโลหิต (Nicardipine และ Hydralazine)

- ความดันโลหิตก่อนจำหน่าย: รายที่ ๑: ๑๒๐/๘๐ mmHg รายที่ ๒: ๑๔๐/๘๐ mmHg (สูงกว่ารายที่ ๑ เล็กน้อย แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์พิจารณาว่าสามารถจำหน่ายได้)

การดูแลบุตร: รายที่ ๑: ระบุว่ามีการดา-บิดาและสามีช่วยดูแลและเลี้ยงดูบุตร รายที่ ๒: ระบุว่าดูแลตนเองและสามีช่วยเลี้ยงดู

สรุป

ทั้งสองกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกันในหลายด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด การรักษาด้วย $MgSO_4$ การฟื้นตัวที่ดีหลังคลอด และการเผชิญกับภาวะขาดยาเสพติด อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างที่สำคัญคือ ระดับความดันโลหิตขณะได้รับการรักษาด้วย $MgSO_4$ ซึ่งรายที่ ๒ มีความดันโลหิตสูงกว่าและต้องได้รับยาลดความดันโลหิตเพิ่มเติม รวมถึงอาการแสดงของภาวะขาดยาที่แตกต่างกันเล็กน้อย และรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลบุตรหลังคลอด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPg) เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลให้พยาบาลก่อนและหลังคลอดสามารถใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้

๒. พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้สงสัยการใช้สารแอมเฟตามีน

๓. อัตราความพึงพอใจในการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะหลังคลอด >๘๐%

๔. พยาบาลที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลสูติ- นรีเวช สามารถใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะคลอด ๑๐๐%

๕. ไม่พบภาวะพิษจากการได้รับยา $MgSO_4$

๖. ไม่พบอัตราการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์และมีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแล: ข้อมูลจากกรณีศึกษาเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะสำหรับมารดาที่ไม่เคยฝากครรภ์และมีประวัติการใช้สารเสพติด เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน

๒. เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline): สามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติสำหรับการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและมีประวัติการใช้สารเสพติด

๓. เป็นข้อมูลสำหรับการอบรมบุคลากร: สามารถใช้เป็นกรณีศึกษาในการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ภาวะฉุกเฉินจากการไม่เคยฝากครรภ์และไม่ทราบการตั้งครรภ์: ขาดข้อมูลพื้นฐานและการวางแผนล่วงหน้า
๒. ผลกระทบและการจัดการภาวะขาดยาจากประวัติสุขภาพ: ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและการประสานทีม OSCC
๓. ความท้าทายในการวินิจฉัยและจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอด: อาการไม่ชัดเจนและการเฝ้าระวังเข้มงวด
๔. ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในทารก: ต้องการการดูแลจากกุมารแพทย์
๕. ความแตกต่างในการตอบสนองต่อการรักษา: ต้องปรับแผนการรักษาตามอาการผู้ป่วยแต่ละราย
๖. กระบวนการประเมินความพร้อมทางสังคมและจิตใจที่ซับซ้อน: ต้องการเวลาและความเชี่ยวชาญของทีม OSCC
๗. ความท้าทายในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ: ต้องการการสื่อสารและวางแผนร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ขาดข้อมูลสำคัญ: จากการไม่เคยฝากครรภ์และไม่ทราบการตั้งครรภ์
๒. ความท้าทายในการสื่อสารและความร่วมมือ: จากความวิตกกังวลและการไม่ไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีประวัติสุขภาพ
๓. ข้อจำกัดด้านเวลา: จากภาวะฉุกเฉินในการเข้ารับการรักษา
๔. ความรวดเร็วในการเปลี่ยนแปลงอาการ: ของภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอด
๕. ความยากในการประเมินภาวะจิตสังคม: และความพร้อมในการดูแลบุตร
๖. ความเสี่ยงของการขาดการดูแลต่อเนื่อง: หลังจำหน่ายกลับบ้าน

๙. ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีดังนี้
๑. พัฒนาระบบคัดกรองความเสี่ยง มีเครื่องมือหรือแนวทางที่ชัดเจนในการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยที่ไม่เคยฝากครรภ์และมีประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้สามารถระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างรวดเร็ว
 ๒. ชักประวัติเชิงลึกเน้นการชักประวัติที่ครอบคลุมเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติด รูปแบบการใช้ระยะเวลา ความถี่ และอาการขาดยาที่เคยมี รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ การแพ้ยาลา และข้อมูลทางสังคม
 ๓. ประเมินภาวะทางจิตสังคมเบื้องต้นประเมินภาวะอารมณ์ ความวิตกกังวล และความพร้อมในการดูแลตนเองและบุตรตั้งแต่นั้นๆ
 ๔. พัฒนาแผนการดูแลที่เป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความเสี่ยงเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะขาดยา และภาวะแทรกซ้อนในทารก
 ๕. บูรณาการการดูแลแบบสหวิชาชีพพร้อมวางแผนการดูแลกับทีมแพทย์ ทีม OSCC และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติ
 ๖. การให้ข้อมูลและการสอนให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายแก่มารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลทารก อาการที่ต้องสังเกต และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด
 ๗. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และไม่ตัดสิน เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแล
 ๘. ประสานงานกับทีมแพทย์ ทีม OSCC และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและครอบคลุม

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๙. ติดตามผลการรักษาและประเมินผลการรักษาและปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม

๑๐. ประเมินความพึงพอใจจากสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการดูแล เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการบริการ

๑๑. จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์บาลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและมีประวัติการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานวิชาการ ประเภท Oral Presentation ในการประชุมวิชาการของ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ “เรื่อง” ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI”ครั้งที่ ๓ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)

นางนันทิดา ศรีบุญเรือง สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนันทิดา ศรีบุญเรือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 15 / พ.ค. / 2568

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนันทิดา ศรีบุญเรือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอุทัยวรรณ วิบูลกิจธนากร)

(ตำแหน่ง) ...หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล...

(วันที่) 15 พ.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายประเสริฐ ศรีสารคาม)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

(วันที่) 16 ส.ค. 2568

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะตกเลือดหลังคลอด(postpartum hemorrhage, PPH) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกปริมาณมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตรหลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรหลังการผ่าตัดคลอด ถ้าเกิด ใน ๒๔ ชั่วโมงแรก หลังคลอด เรียกว่า primary หรือ early PPH แต่ถ้าเกิดหลัง ๒๔ ชั่วโมงถึง ๑๒ สัปดาห์หลัง คลอด เรียกว่า secondary หรือ late หรือ delayed PPH(ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๕๘) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่าดัชนีชี้วัดที่ การเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและ หลังคลอดในอัตราไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน แต่จากข้อมูลกองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (๒๕๖๗) จะเห็นได้ว่า อัตราการ เสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ยังสูงคิดเป็น ๒๑.๐ ต่อการ เกิดมีชีวิตแสนคนและภาวะตกเลือดหลังคลอดยังคงเป็นสาเหตุหลักของ ๑ ใน ๓ ในการเสียชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ คือ Non-Obstetric Complication , Obstetric hemorrhage และ Hypertension disorder in pregnancy สำหรับเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบอัตราการเสียชีวิต ที่ ๒๘.๔๘ ต่อการเกิดมีชีวิตแสนคน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีผู้มารับบริการคลอดทั้งหมด ปี๒๕๖๕, ๒๕๖๖, ๒๕๖๗ จำนวน ๒,๔๒๖ , ๒,๕๐๒ , ๒,๓๑๕ ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หลัง ๒ ชั่วโมง หลังคลอด จำนวน ๑, ๑, ๔, รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๕ , ๐.๑๕ , ๐.๒๒ ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากมดลูกหดตัวไม่ดีและการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ

ดังนั้น เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอด ลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด และมุ่งสู่เป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา การพัฒนาแนวทางการพยาบาลมารดา ตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จึงถูกจัดทำขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน อิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทบทวนและปรับปรุงแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดให้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และบริบทของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

๒. เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาลในการป้องกัน ประเมิน และจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

๓. เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอด

๔. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage - PPH) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดา การจัดการที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการพยาบาลจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การป้องกัน การประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการให้การรักษาดูแลตามแนวทางที่เหมาะสม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ภาวะตกเลือดหลังคลอดมักเกิดจากสาเหตุหลักสี่ประการ ซึ่งมักเรียกกันว่า "สี่ Ts" ได้แก่ Tone (มดลูกหดตัวไม่ดี), Trauma (การบาดเจ็บ), Tissue (เศษรกค้าง), และ Thrombin (ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด)

Tone (มดลูกหดตัวไม่ดี) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด (๗๐-๘๐%) เกิดจากมดลูกไม่สามารถหดตัวได้อย่างเพียงพอหลังการคลอด ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะนี้ได้แก่ มดลูกขยายตัวมากเกินไป การคลอดที่ใช้เวลานานหรือรวดเร็วเกินไป การใช้ยาออกซิโทซิน และการติดเชื้อ

Trauma (การบาดเจ็บ) การบาดเจ็บที่ช่องคลอด (เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ มดลูกแตกหรือกลับหัว) เป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง (ประมาณ ๒๐%) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การคลอดโดยใช้เครื่องมือ การตัดฝีเย็บ การคลอดที่รวดเร็ว และทารกตัวใหญ่

Tissue (เศษรกค้าง) การที่รกไม่ลอกตัวออกทั้งหมดหรือมีเศษรกค้าง (ประมาณ ๑๐%) อาจขัดขวางการหดตัวของมดลูกและนำไปสู่การตกเลือด ภาวะรกเกาะติดแน่น (placenta accreta spectrum) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน

Thrombin (ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด) ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด (น้อยกว่า ๑%) ทั้งที่มีอยู่ก่อนหรือเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (เช่น โรค von Willebrand, ภาวะ DIC) อาจทำให้เกิดการตกเลือดได้ ภาวะครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอาจกระตุ้นให้เกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดได้

การตรวจพบภาวะตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่เนิ่นๆ เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ซึ่งทำได้โดยการติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง (อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน) และการประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด การประเมินความตึงตัวของมดลูกและความสูงของยอดมดลูกเป็นประจำเพื่อตรวจหาภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีก็มีความสำคัญเช่นกัน พยาบาลควรใช้วิธีการต่างๆ ในการวัดปริมาณเลือดที่เสียไป เช่น การชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยและใช้ถุงเก็บเลือด การรายงานการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ออกอย่างกะทันหันหรือการมีเลือดขนาดใหญ่เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ พยาบาลควรทบทวนประวัติทางการแพทย์และประวัติสูติกรรมของผู้ป่วยเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดในร่างกายน้อยลงและภาวะช็อก (เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตลดลง ผิวหนังซีดหรือเย็นขึ้น กระสับกระส่าย หหมดสติ) ก็มีความจำเป็น การสื่อสารผลการประเมินอย่างชัดเจนกับทีมผู้ดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ

การเน้นย้ำการติดตามสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างรวดเร็วที่สามารถเกิดขึ้นได้กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งจำเป็นต้องตรวจพบความเสื่อมถอยของอาการอย่างทันท่วงที ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจนำไปสู่ความไม่เสถียรทางโลหิตพลศาสตร์อย่างรวดเร็ว การติดตามอย่างสม่ำเสมอช่วยให้พยาบาลสามารถระบุสัญญาณเริ่มต้นของการเสียเลือดและเริ่มการรักษาได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงถึงชีวิต การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญเป็นพิเศษ คำแนะนำโดยละเอียดเกี่ยวกับการวัดปริมาณเลือดที่เสียไป เน้นย้ำถึงการเปลี่ยนจากการประเมินเชิงอัตนัยไปสู่การวัดที่เป็นรูปธรรมและแม่นยำมากขึ้นเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกที่ดีขึ้น การวัดปริมาณเลือดที่เสียไปอย่างแม่นยำให้ตัวบ่งชี้ที่น่าเชื่อถือมากขึ้นเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอดมากกว่าการประเมินด้วยสายตา สิ่งนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถสื่อสารขอบเขตของการตกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การให้เลือด การเรียกร้องให้ทบทวนประวัติทางการแพทย์และประวัติสูติกรรม เน้นย้ำแนวทางการจัดการภาวะตกเลือดหลังคลอดเชิงรุกโดยการระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงตั้งแต่เนิ่นๆ การทราบปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลสามารถคาดการณ์ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและใช้มาตรการป้องกัน หรือเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อม แนวทางเฉพาะบุคคลนี้สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

เดิมทีม PCT สูติ-นรีเวช และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมีแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งแบ่งตามปัจจัยเสี่ยงการเกิดการตกเลือดหลังคลอดแต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดมีหลายด้าน ได้แก่ ภาระงานที่หนัก, การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนและไม่มีข้อมูลย้อนกลับ, ทรัพยากรและระบบงานที่ไม่เอื้ออำนวย, และ ความท้าทายจากสถานการณ์ฉุกเฉินและความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย อุปสรรคเหล่านี้ส่งผลต่อการนำแนวทางไปปฏิบัติจริงและอาจกระทบต่อคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอด

ตารางแสดงประเด็นข้อสรุปที่ได้และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาจากการดูแลเดิม

ประเด็น	แนวทางการพัฒนา
๑. แบบประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดเดิม การสังเกตอาการถี่เกินไป	พัฒนาแบบประเมินมารดาหลังคลอดเพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดใหม่โดยปรับปรุงมาจากงานวิจัยของศิริภรณ์ ปิ่นโพธิ์และ สมพร วัฒนกุล เกียรติ ที่ครอบคลุมและลดระยะเวลาการสังเกตอาการทำให้ภาระงานลดลง
๒. การสื่อสารและข้อมูลที่ไม่ชัดเจน : แนวทางสื่อสารไม่ทั่วถึงหรือไม่เข้าใจง่าย ขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุง	ปรับปรุงการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับ: สื่อสารแนวทางชัดเจน หลากหลายช่องทาง มีระบบติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ
๓. ขาดผู้ประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน	๓. มีการกำหนดให้มีพยาบาลรับผิดชอบรายโรค ผู้รับผิดชอบ เพื่อที่จะประสานงานและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพในเวร ๑ คน เป็นพยาบาล รับผิดชอบรายโรค

แนวความคิด/ทฤษฎี /ความรู้/งานวิจัย ที่นำมากำหนดเป็นแนวทางพัฒนางาน

แนวความคิดในการพัฒนา

๑. ความรู้เรื่องโรค
๒. นโยบายกระทรวง/เขต/โรงพยาบาล
๓. กรอบแนวคิดการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

การใช้วงจร PDCA

PDCA คือ วงจรบริหารงานคุณภาพ ที่คิดขึ้นโดย ดร.วิลเลียม เอ็ดเวิร์ดส์ เดมมิง บิดาแห่งการควบคุมคุณภาพ สมัยใหม่ บางครั้งจึงเรียกว่าวงจรเดมมิง ซึ่งประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ “Plan-Do-Check-Act” เป็นกระบวนการที่ใช้ปรับปรุงการทำงานขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และสามารถทำซ้ำได้เรื่อย ๆ Plan-Do-Check-Act ๔ ขั้นตอน ดังนี้

๑. P – Plan : วางแผน เริ่มต้นการวางแผนในการพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด วิเคราะห์ปัญหา มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนก่อน โดยขั้นตอนนี้ต้องกำหนดให้ครอบคลุมทั้ง กระบวนการตั้งแต่เริ่ม ใครเป็นผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง กระบวนการค้นหาข้อมูลคืออะไร กระบวนการแก้ไขคืออะไร โดยเฉพาะระบุตัวชี้วัด เช่น KPIs หรือ OKR ที่ชัดเจน แล้วทำออกมาเป็นแผนการดำเนินงาน (Action Plan) ซึ่ง สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

๒. D – DO : ลงมือทำ หลังจากกำหนดแผนแล้วก็ต้องนำแผนดังกล่าวมาใช้จริง ลงมือทำจริงๆ เพื่อให้เห็นผลลัพธ์จริงซึ่งแผนนี้ควร ใช้กับทีมแค่นี้ก็คนหรือเป็นโปรเจกต์เล็ก ๆ ก่อนเพื่อที่เมื่อเจอปัญหาจะได้ควบคุมและป้องกันความเสียหายไม่ให้ส่งผลกระทบไปทั้งองค์กร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓. C- check : เมื่อดำเนินการแล้ว จะต้องตรวจสอบว่าแผนดังกล่าวมีผลลัพธ์เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ต้องการหรือไม่ ถ้าประสบ ความสำเร็จตามตัวชี้วัด ก็สามารถดำเนินการไปยังขั้นตอนสุดท้ายได้เลย แต่ถ้ายังไม่สำเร็จ ก็ควรนำข้อมูลที่ได้มา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา แล้วดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ - ๓ ใหม่จนกว่าจะสำเร็จ หรือผ่านตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

๔. A - Act : ปรับปรุงแก้ไขและวางแผนใหม่ต่อไป

ถ้าแผนดังกล่าวประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ก็สามารถนำแผนนั้นมาประยุกต์ใช้กับทุกคนในองค์กร ผ่านการประชุม หรือการจัดอบรมภายในองค์กร เพื่อเปลี่ยนแปลงองค์กรให้มีมาตรฐานใหม่ ซึ่งวงจร PDCA นั้น สามารถทำซ้ำได้ ดังนั้นควรมีการต่อยอดแผนใหม่ไปเรื่อย ๆ หาวิธีใหม่ เพื่อปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้ดียิ่งขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน

๑. ประชุมคณะทำงาน พยาบาลวิชาชีพ
๒. ทบทวนวรรณกรรมศึกษาหาความรู้เรื่องเครื่องมือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตกเลือดหลังคลอด
๓. กำหนด วัตถุประสงค์ ร่วมกันของทีม
๔. จัดทำแนวทางการพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
๕. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านสูติกรรม)
๖. ประชุมชี้แจงวิธีการปฏิบัติ
๗. ทดลองใช้เครื่องมือ
๘. ติดตามผลทุก ๑ เดือน โดยติดตามตัวชี้วัด
๙. วิเคราะห์ปรับปรุงเครื่องมือและทดลองใช้ในหน่วยงาน
๑๐. ติดตามต่อทุก ๑ เดือน ๓ เดือน ๖ เดือน

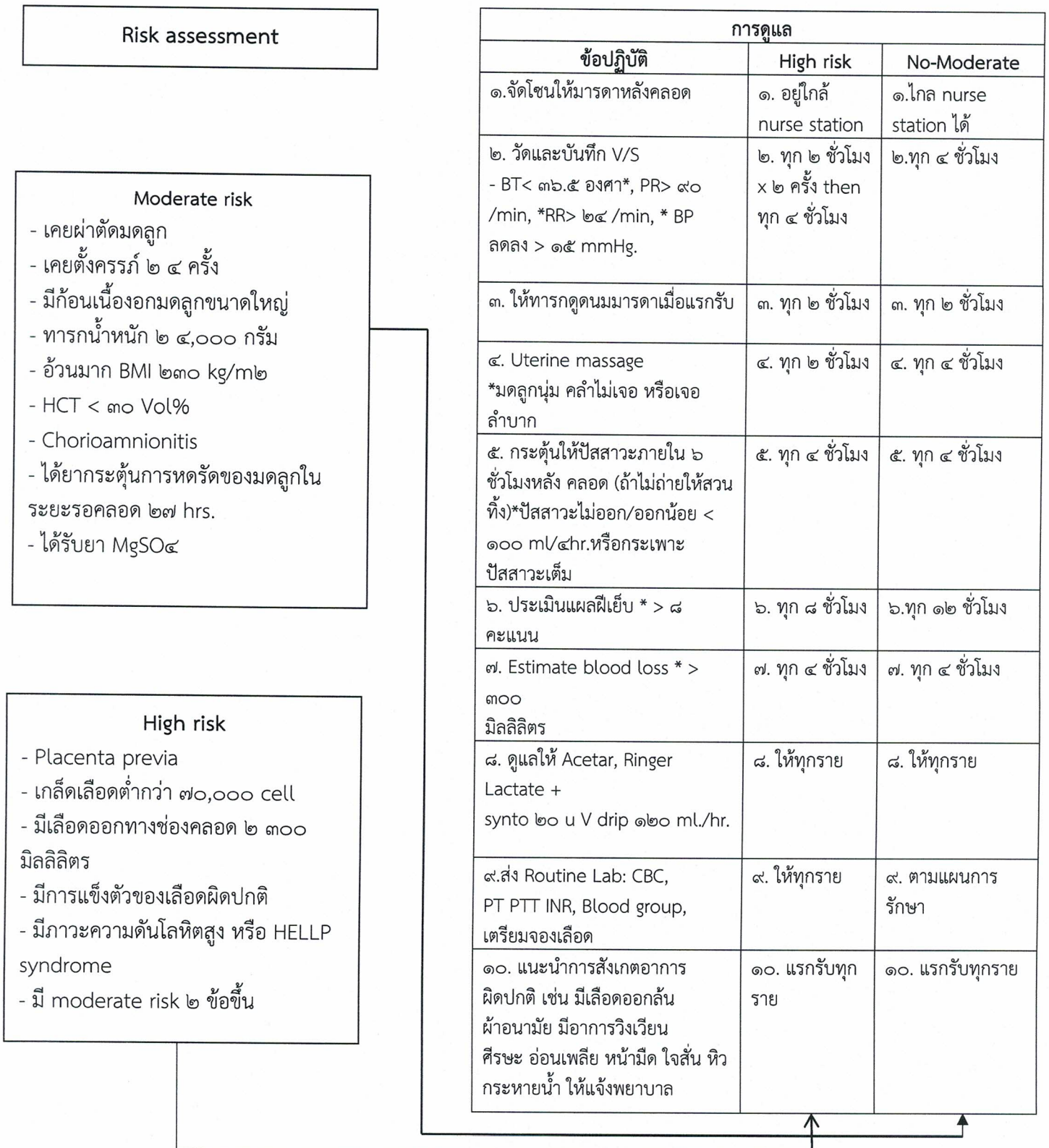
ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติงาน

แนวทางการพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีกระบวนการดูแล ดังนี้

๑. L.R ไตรประสานเกี่ยวกับ Case
๒. เตรียมเตียงหรือห้องผู้ป่วยให้พร้อม
๓. จัดให้ผู้ป่วยนอนเตียง หรือห้องที่เตรียมไว้
๔. ตรวจสอบเรียบร้อยของ Chart เวชระเบียนดูรายละเอียดการคลอดและดูว่าเป็น case high risk PPH หรือไม่
๕. ประเมินมารดาตามแนวทางการพัฒนาการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
๖. ติดป้ายห้ามลุกจากเตียงหลังคลอด ๖ ชั่วโมงที่ปลายเตียงผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการเป็นลมและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเป็นลมหลังคลอด
๗. แนะนำให้การให้มารดาหลังคลอดและญาติสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที
๘. ลงบันทึกใน Chart ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดแบบ active bleed SBP <๙๐ mmHg - PR > ๑๐๐/min เบาเร็ว มารดามีอาการหน้าซีด อ่อนแรง เหงื่อออก ชีพจรเร็ว ให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน คลึงมดลูกประมาณปริมาณเลือด รายงานแพทย์รักษาตามสาเหตุที่เกิด PPH

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

Flowchart:การดักจับอาการแสดงนำ และการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะ ๒-๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด



ระบุความเสี่ยง ☐ No

☐ Moderate.....ข้อ

☐ High.....ข้อ

หมายเหตุ : ปฏิบัติ ดังนี้

๑. ให้ประเมินความเสี่ยง และระบุความเสี่ยง โดยเขียนไว้ที่ หัวกระดาษ Flowd

๒. ถ้าไม่พบความเสี่ยง หรือ moderate เพียง ๑ ข้อให้ปฏิบัติตามช่อง No-Moderate แต่ถ้าพบ high risk หรือ พบ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรม มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงต่อ การตกเลือดหลังคลอด และสามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้ มีความพึงพอใจต่อการบริการ
๓. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีความรู้ความเข้าใจ และมีสมรรถนะในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
๔. บุคลากรประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีขวัญ และกำลังใจในการทำงาน มีความพึงพอใจในงานบริการพยาบาล
๕. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีมาตรฐานในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีระบบการนิเทศทางการพยาบาล
๖. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีระบบการติดตามพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละการทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๑๐๐ %
๒. อัตราตกเลือดทางช่องคลอดหลังคลอด ไม่เกิน ๒
๓. ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ร้อยละ ๑๐๐ %
๔. อัตราตายในมารดาหลังคลอดที่มีตกเลือดหลังคลอด = ๐
๕. ร้อยละพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ ร้อยละ ๘๐ %
๖. ร้อยละการพัฒนาเครื่องมือในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๑๐๐ %

(ลงชื่อ) *2๓๐๓*

(นางนันทิศา ศรีบุญเรือง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) *1๖* / *พ.ค.* / *๒๕๖๔*

ผู้ขอประเมิน