

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวอังสุตา ศรีเมืองเฮ้า

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ตำแหน่งเลขที่ 10344

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 10344

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือข้อย้อย : กรณีศึกษา”
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 31 มกราคม 2567

ผังกำกับงาน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินงาน				
	ก.ย. 66	ต.ค. 66	พ.ย. 66	ธ.ค. 66	ม.ค. 67
1. ศึกษาสถิติข้อมูลผู้ป่วย	1-14				
2. เลือกกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย	15-18	28			
3. ขออนุมัติหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ใน การศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	19				
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง		1-31			
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล		1-31			
6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ			1-30		
7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและทีมพยาบาล				1-7	
8. นำประเด็นการศึกษาไปใช้ประโยชน์				8-24	
9. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ หัวหน้างานและทีมพยาบาล				25-31	
10. จัดทำผลงานวิชาการ					1-31

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้

1) สายสะดือย้อย (Umbilical cord prolapse)

ภาวะสายสะดือย้อย หมายถึง การที่สายสะดือของทารกย้อยลงไปด้านข้างหรือต่ำกว่าส่วนนำของทารก (ศีรษะหรือก้น) ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับภาวะถุงน้ำคร่ำแตก จึงทำให้สายสะดือของทารกถูกกดเบียดจากส่วนนำเมื่อมีการหดตัวของมดลูก การกดเบียดดังกล่าวส่งผลให้เกิดการกดทับหลอดเลือดที่เป็นส่วนประกอบของสายสะดือ (Umbilical vessel) เกิดการส่งออกซิเจนผ่านทางหลอดเลือดสายสะดือไปยังทารกผิดปกติหรือลดลง ส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์อย่างมาก

อุบัติการณ์

พบภาวะสายสะดือย้อยประมาณร้อยละ 0.1-0.6 ต่อการคลอด พบสูงขึ้นในทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ได้แก่ ทารกที่อยู่ในท่าก้น (Breech presentation) ท่าขวาง (Transverse lie) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 1 ต่อการคลอด

สาเหตุและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสายสะดือย้อย

การเกิดสายสะดือย้อยเกิดจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยที่ขัดขวางการคลอดของทารก เช่น ส่วนนำของทารกผิดปกติ (Malpresentation) ดังนั้น สายสะดือย้อยจะพบมากในกรณีที่ส่วนนำของทารกเป็นก้น หรือหัวไหล่ นอกจากนี้ยังพบภาวะนี้ในกรณีที่สัดส่วนของศีรษะของทารกและช่องเชิงกรานของสตรีตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม หรือในกรณีที่ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) เป็นต้น สาเหตุและอุบัติการณ์ของการเกิดสายสะดือย้อย

สามารถแบ่งสาเหตุออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. สาเหตุทั่วไป ปัจจัยทางด้านสตรีตั้งครรภ์และทารกที่ทำให้ส่วนนำไม่เข้าสู่ช่องเชิงกราน เมื่อเกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำจึงทำให้เกิดสายสะดือย้อย ได้แก่

- การตั้งครรภ์แฝด (Multiple pregnancy)
- ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight)
- ทารกคลอดก่อนกำหนด (Prematurity)
- ทารกมีความพิการ (Fetal congenital anomalies) เช่น ไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly)
- ทารกมีส่วนนำเป็นท่าอื่นที่ไม่ใช่ศีรษะ (Non-vertex presentation)
- สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์หลัง (Multiparity)
- สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติ (Polyhydramnios)

2. สาเหตุจากการทำหัตถการ ที่ทำให้เกิดการรั่วของน้ำคร่ำอย่างรวดเร็ว หรือทำหัตถการในกรณีที่ส่วนนำของทารกยังไม่เข้าสู่ช่องเชิงกราน ได้แก่

- การเจาะถุงน้ำคร่ำในกรณีที่ส่วนนำไม่เข้าสู่ช่องเชิงกรานโดยที่ส่วนนำอยู่สูงกว่ากระดูก Ischial spine เช่น Station สูงกว่าระดับ 0
- การหมุนเปลี่ยนท่าทารกจากหน้าท้องและในโพรงมดลูก (External cephalic version and internal podalic version)
- การใส่น้ำคร่ำเข้าไปยังถุงน้ำคร่ำ (Amnioinfusion) หรือการเจาะดูดน้ำคร่ำออก (Amnioreduction)

ชนิดของสายสะดือที่ย้อย

จำแนกออกเป็น 3 ชนิด

1. สายสะดือที่ย้อยแบบชัดเจน (Overt prolapsed cord) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดพบร่วมกับการเกิดถุงน้ำคร่ำแตก โดยจะพบสายสะดือที่ย้อยลงมาต่ำกว่าส่วนนำของทารก สายสะดือไหล่พ้นปากมดลูกมายังช่องคลอด หรือไหล่พ้นออกมานอกปากช่องคลอด ซึ่งสามารถตรวจและวินิจฉัยได้ง่าย ผู้ที่ตรวจภายในจะสามารถคลำพบสายสะดือ และตรวจพบการเต้นของชีพจรตามจังหวะการเต้นหัวใจของทารก หรืออาจจะสามารถมองเห็นสายสะดือที่ไหล่พ้นออกมานอกช่องคลอดได้

2. สายสะดือไหล่ไม่ชัดเจน (Occult prolapsed cord) คือ ภาวะที่สายสะดือของทารกย้อยต่ำลงไปข้าง ๆ ส่วนนำแต่ไม่สามารถมองเห็นหรือตรวจพบจากการตรวจภายใน ภาวะนี้มีความผิดปกติเมื่อมดลูกหดตัว ทำให้สายสะดือถูกกดเบียดส่งผลให้หัวใจทารกเต้นช้าลง

3. ส่วนนำเป็นสายสะดือ (Forelying cord หรือ Funic presentation) เป็นภาวะที่สายสะดือที่ย้อยลงมาต่ำกว่าส่วนนำโดยที่ยังไม่เกิดการแตกของถุงน้ำคร่ำ อาจตรวจพบลักษณะการเต้นของชีพจรที่บริเวณใกล้กับถุงน้ำคร่ำ ซึ่งภาวะนี้วินิจฉัยจากการตรวจภายใน

แนวทางการป้องกันการเกิดสายสะดือที่ย้อย

- ค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง

- หลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำในกรณีที่มีศีรษะไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน หรือในกรณีที่มีปริมาณน้ำคร่ำมากกว่าปกติ หรือส่วนนำทารกเป็นส่วนอื่นที่ไม่ใช่ศีรษะ

การวินิจฉัย

1. มองเห็นสายสะดือที่ปากช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์

2. คลำพบสายสะดือจากการตรวจภายใน ส่วนใหญ่มักคลำพบเมื่อปากมดลูกเปิดขยายมากกว่าหรือเท่ากับ 5 เซนติเมตร

3. เสียงการเต้นของหัวใจทารกช้า เกิดจากการส่วนนำของทารกกดทับสายสะดือในกรณีนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ทารกอาจเสียชีวิตในครรภ์

4. ตรวจพบด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโดยใช้ Colour Doppler ซึ่งการใช้วิธีนี้จะช่วยวินิจฉัยภาวะสายสะดือที่ย้อยชนิดส่วนนำเป็นสายสะดือ

แนวทางการดูแลและรักษา

สายสะดือที่ย้อยไม่ส่งผลต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ แต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที เพื่อลดการสูญเสียและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก เช่น ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead fetus in utero) และตายปริกำเนิด (Perinatal death) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 โอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) พบร้อยละ 31 ทารกคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 29 ดังนั้นแพทย์หรือพยาบาลที่ตรวจพบสายสะดือที่ย้อยควรให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

การดูแลรักษาควรคำนึงถึงอายุครรภ์หรือสภาวะของทารกในครรภ์ การเปิดของปากมดลูก และความพร้อมของทีมแพทย์ ตามลำดับ โดยสรุปได้ดังนี้

ทารกอายุครรภ์น้อย หรือเสียชีวิตแล้ว

ท่าศีรษะ

- 1) ให้คลอดทางช่องคลอด ทารกอายุครรภ์เลี้ยงรอด ปากมดลูกเปิดหมด
- 2) ให้คลอดทางช่องคลอด โดย Vacuum extraction

ท่าก้น

- 3) ให้คลอดทางช่องคลอด โดย Breech extraction (เฉพาะผู้มีประสบการณ์)
- 4) ผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ทารกอายุครรภ์เลี้ยงรอด ปากมดลูกยังไม่เปิดหมด

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการช่วยเหลือผู้คลอดที่มีภาวะสายสะดือพืดต่ำ

1. วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย ได้แก่
 - 1.1 ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากสายสะดือถูกกด
 - 1.2 มารดาวิตกกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา
 - 1.3 มารดาและครอบครัวมีความเศร้าโศกเสียใจเนื่องจากสูญเสียบุตร
2. การวางแผนการดูแล ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่
 - 2.1 ทารกได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ไม่บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต
 - 2.2 มารดาได้รับข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาครบถ้วน
 - 2.3 มารดาและครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับความสูญเสียบุตร
3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันและช่วยเหลือผู้คลอด

3.1 แนวทางการป้องกันสายสะดือพืดต่ำ

- 1) เน้นย้ำสตรีตั้งครรภ์ให้รับมาโรงพยาบาลทันทีถ้าถุงน้ำคร่ำแตก แม้ว่าจะเจ็บครรภ์หรือไม่เจ็บครรภ์ก็ตาม พร้อมกับสังเกตสิ่งทีออกมาลักษณะน้ำคร่ำ และการดิ้นของทารกในครรภ์
- 2) ในขณะที่เฝ้าคลอดถ้าถุงน้ำคร่ำแตกต้องประเมินเสียงหัวใจทารกทันทีและตรวจภายในเพื่อประเมินภาวะสายสะดือพืดต่ำ จากนั้นบันทึกเสียงหัวใจทุก 5 นาที หรือติดเครื่อง EFM ไว้อย่างต่อเนื่อง
- 3) หลังจากถุงน้ำคร่ำแตก จัดให้ผู้คลอดนอนพักบนเตียง โดยเฉพาะในรายที่ส่วนนออยู่สูงหรือยังไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน และเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด
- 4) ในกรณีที่ช่วยเหลือแพทย์เจาะถุงน้ำคร่ำ ให้เจาะเมื่อส่วนนำลงมาต่ำ และเข้าสู่อุ้งเชิงกรานแล้ว ควรเจาะขณะมดลูกคลายตัว และประเมินเสียงหัวใจทารกทันที

3.2 แนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพืดต่ำ

- 1) จัดผู้คลอดให้นอนท่าที่ลดแรงกดที่สายสะดือจากส่วนนำหรือน้ำหนักตัวของทารกในครรภ์ในท่าที่ยกกันสูง ศีรษะอยู่ต่ำ ได้แก่ Elevated sim's position, Knee-chest position และ Trendlenburg ' s position
- 2) ลดการกดของสายสะดือจากส่วนนำด้วยการใช้มือสอดเข้าช่องคลอดและดันส่วนนำทารกในครรภ์ไว้ ถ้าสายสะดือไหลผ่านช่องคลอดต้องทำให้สายสะดืออุ่นและไม่แห้ง เพื่อลดการหดเกร็งของหลอดเลือด โดยใช้ผ้าชุบน้ำเกลือ (Normal saline solution) ปิดคลุมไว้ และฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาทีพร้อมบันทึก หรือติด EFM อย่างต่อเนื่อง
- 3) ให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
- 4) ทำกระเพาะปัสสาวะให้โปร่งตั้ง โดยใส่น้ำเกลือ 500-700 มิลลิลิตร ทางสายปัสสาวะกระเพาะปัสสาวะที่โปร่งตั้งจะช่วยลดการกดสายสะดือของส่วนนำได้

5) ให้ข้อมูลกับผู้คลอดและครอบครัวเป็นระยะ ๆ อย่างครบถ้วน ทั้งปัญหาที่พบ การรักษาที่ผู้คลอดได้รับ ข้อสงสัยต่าง ๆ ในช่วงก่อน หลัง และขณะให้การดูแล

6) ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาให้มดลูกคลายตัวตามแผนการรักษา

3.3 แนวทางการช่วยเหลือเมื่อคลอด

1) เตรียมผู้คลอดเข้ารับการผ่าตัดคลอดโดยให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ งดน้ำและอาหาร การจ้องเลือด การเซ็นติไบอินยอมผ่าตัด การเตรียมบริเวณผ่าตัด

2) ถ้าปากมดลูกเปิดหมด ส่วนนำอยู่ต่ำมากอาจเตรียมช่วยคลอดด้วยคีม หรือถ้าปากมดลูกเปิดเกือบหมด และเป็นท้องหลังอาจเตรียมช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ

3) ถ้ากรณีส่วนนำเป็นท่าก้น และทารกตัวเล็ก ไม่มีภาวะผิวดำสัสดส่วนของทารกกับช่องเชิงกราน (CPD) เตรียมช่วยคลอดทางช่องคลอด (Breech delivery) ถ้าสายสะดือโผล่พ้นช่องคลอดให้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเกลือ (Normal saline) ปิดไว้ ไม่ควรดันสายสะดือกลับเข้าไปในช่องคลอด

4) เตรียมอุปกรณ์ ตามกุมารแพทย์ และเตรียมเครื่องช่วยชีวิตทารกเมื่อคลอด

3.4 การประเมินผล

การประเมินผลต้องประเมินทั้งผู้คลอด ทารกและครอบครัว สิ่งที่ต้องประเมิน คือ การบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ ทารกปลอดภัย มารดาและครอบครัวคลายวิตกกังวล และถ้าต้องเผชิญกับการสูญเสียทารก มารดาและครอบครัวสามารถปรับตัวและยอมรับได้ (พวงผกา คงวัฒมนานนท์, 2563)

2) กระบวนการพยาบาล

ความหมายของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ และมีขั้นตอนที่ต่อเนื่องตามหลักวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล การปฏิบัติการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และเป็นการแสดงออกถึงเอกลักษณ์และความเป็นวิชาชีพของการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง และมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE แทน Assessment Diagnosis Planning Implementation และ Evaluation ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีขั้นตอนย่อย ดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)

1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

2.1 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.2 การกำหนดข้อมูลสนับสนุน

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing Planning)

- 3.1 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
 - 3.2 การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล
 - 3.3 การกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง
 - 3.4 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
 4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Implementation)
 - 4.1 การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
 - 4.2 การบันทึกทางการพยาบาล
 5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation) (พรศิริ พันธสี, 2563)
- 3) กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon)

แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งมีผลต่อสุขภาพ

ส่วนประกอบของแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด (Coping and Stress tolerance)

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief) (พรศิริ พันธสี, 2563)

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะสายสะดือย่อย ทำให้สายสะดือของทารกถูกกดเบียดจากส่วนนำเมื่อมีการหดตัวของมดลูก การกดเบียดดังกล่าวส่งผลให้เกิดการกดทับหลอดเลือดที่เป็นส่วนประกอบของสายสะดือ (Umbilical vessel) เกิดการส่งออกซิเจนผ่านทางหลอดเลือดสายสะดือไปยังทารกผิดปกติหรือลดลง ส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์อย่างมาก โดยใช้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

1. การประเมิน การตรวจภายใน ประเมินพบสายสะดือ จะคลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะหรือเห็นสายสะดือ โผล่พ้นช่องคลอด ดูแลฟังการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ และต้นข้างล่างเมื่อมีการหดตัว พยาบาลร้องขอความช่วยเหลือ

2. วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย

3. การวางแผนการดูแล

4. กิจกรรมการพยาบาล

4.1 การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือย้อย

1) จัดผู้คลอดให้นอนท่าที่ลดแรงกดที่สายสะดือจากส่วนนำหรือน้ำหนักตัวของทารกในครรภ์ในท่าที่ยกกันสูง ศีรษะอยู่ต่ำ Knee-chest position

2) ลดการกดของสายสะดือจากส่วนนำด้วยการใช้มือสอดเข้าช่องคลอดและดันส่วนนำทารกในครรภ์ไว้ ดัด EFM ฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง

3) ให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจน O₂ mask bag 10 LPM

4) ทำกระเพาะปัสสาวะให้โปร่งตั้ง โดยการสวนคาสายปัสสาวะใส่น้ำเกลือ 500-700 มิลลิลิตร ทางสายปัสสาวะกระเพาะปัสสาวะที่โปร่งจะช่วยลดการกดสายสะดือของส่วนนำ

5) ให้ข้อมูลกับมารดาและครอบครัวอย่างครบถ้วน ปัญหาที่พบจากภาวะสายสะดือย้อย การรักษาที่ได้รับคือการผ่าตัดฉุกเฉิน เป็นต้น

4.2 แนวทางการช่วยเหลือเมื่อคลอด

1) เตรียมผู้คลอดเข้ารับการผ่าตัดคลอดโดยให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ งดน้ำและอาหาร การจ้องเลือด การเซ็นตีไบอินยอมผ่าตัด การเตรียมบริเวณผ่าตัด

2) ตามกุมารแพทย์ เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารก ประสานเตรียม NICU พร้อมรับทารกวิกฤต

5. การประเมินผล เป้าหมาย ได้แก่ ทารกปลอดภัย มารดาและครอบครัวคลายวิตกกังวล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ภาวะสายสะดือย้อย เป็นภาวะที่ทำให้สายสะดือของทารกถูกกดเบียดจากส่วนนำเมื่อมีการหดตัวของมดลูก การกดเบียดดังกล่าวส่งผลให้เกิดการกดทับหลอดเลือดที่เป็นส่วนประกอบของสายสะดือ (Umbilical vessel) เกิดการส่งออกซิเจนผ่านทางหลอดเลือดสายสะดือไปยังทารกผิดปกติหรือลดลง ส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารก ถ้าช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจเสียชีวิตได้

ภาวะสายสะดือย้อยพบประมาณร้อยละ 0.1-0.6 ต่อการคลอด พบสูงขึ้นในทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ได้แก่ ทารกที่อยู่ในท่าก้น (Breech presentation) ท่าขวาง (Transverse lie) ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 1 ต่อการคลอด

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดพบ มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1 ราย 1 รายและ 2 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมแพ, 2566) ซึ่งเกิดได้น้อยแต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงทั้งด้านมารดาและทารก จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างทันทางที่ เพื่อลดการสูญเสียและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก เช่น ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead fetus in utero) และตายปริกำเนิด (Perinatal death) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 โอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรก

เกิด (Birth asphyxia) พบร้อยละ 31 ทารกคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 29 ดังนั้นการตรวจพบสายสะดือย้อยจึงต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน ผู้ศึกษาเนื่องจากเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลมารดาและทารกในห้องคลอด จึงเห็นความสำคัญ ทำการศึกษาระณีศึกษารายกรณี “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย : กรณีศึกษา” โดยนำแนวคิดการพยาบาลมาใช้ในการดูแลทั้งมารดาและทารก เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ผลลัพธ์ ถูก เกิดรอดแม่ปลอดภัยต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารายกรณีการพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย

4.3 เป้าหมาย

มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้รับการช่วยคลอดในภาวะฉุกเฉิน มารดาและทารกคลอดปลอดภัย

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษา การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยรายกรณี จำนวน 1 ราย ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ระหว่างระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 31 มกราคม 2567 โดยทำการศึกษาดำเนินการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา จากผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการดูแลจำนวน 1 ราย
2. เลือกศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงถึงเป็นภาวะวิกฤตทางสูติกรรม
3. ขออนุมัติหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยสาเหตุของโรคปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค และการดูแลในสูติศาสตร์ฉุกเฉิน
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้
 - 5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการพยาบาล บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย
 - 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
 - 3) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)
 - 4) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
 - สภาพทั่วไป
 - สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ระดับความรู้สึกตัว (GCS)
 - ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ
 - ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก
 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

- ระบบทางเดินอาหาร
- ระบบประสาท
- ระบบต่อมน้ำเหลือง

5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6) แผนการรักษาของแพทย์

7) ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

8) สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค

7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าพยาบาลและทีมการพยาบาล

8. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) เจ้าหน้าที่ในหอคลอดสามารถปฏิบัติการพยาบาลดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

2) มารดาและทารกคลอดอย่างปลอดภัย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษา โดยสังเขป

มารดาตั้งครรภ์แรก อายุ 18 ปี วันที่รับไว้รักษาวันที่ 15 กันยายน 2566 เวลา 10.30 น. ภูมิลำเนา: เลขที่ 161 ม. 3 ต. คอนสาร อ. คอนสาร จ.ขอนแก่น อาการสำคัญ: มารดาตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 37⁺⁶ สัปดาห์โดยการอัลตราซาวด์ (G1P0 GA 37⁺⁶ wks. by U/S) มาตามแพทย์นัดเร่งคลอด การตั้งครรภ์ปัจจุบัน: วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 23 ธันวาคม 2565 กำหนดคลอด 30 กันยายน 2566 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ (สามี 1 บุตรลำดับที่ 1) ไปฝากครรภ์ที่คลินิกตามนัด วันนี้แพทย์นัดเร่งคลอด ปฏิเสธการแท้ง ประวัติการฝากครรภ์: ฝากครรภ์ 7 ครั้ง ที่คลินิก ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะฝากครรภ์ Blood gr. B, Rh: Positive, VDRL: NR/NR, Anti-HIV: Negative/Negative, HbsAg: Negative, Hct: 28.6/29.8, DCIP: Negative, MCV: 83.4 % เวลา 10.30 น. ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 23 ธันวาคม 2565 กำหนดคลอด 30 กันยายน 2566 ตรวจครรภ์ HF ¼ มากกว่าระดับสะดือ วัดเทป 30 เซนติเมตร คัดคะเนน้ำหนักทารก 3,000 gm. เสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนนาระดับ 0 ยังมีถุงน้ำคร่ำ (Pv cx dilate 1 cm eff 80% station 0 MI) สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และรายงานแพทย์

เจ้าของใช้รับทราบ ทำอัลตราซาวด์ (USG SVF, Vertex, FHS+ve, GA 37⁺⁶ wks., EFW 2,897 gms. Placenta anterior upper gr.III., AFI 6.20 cms)

เวลา 11.00 น. ดูแลแรงคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้สารน้ำ 5% D/N/2 1,000 ml+ syntocinon 10 unit vien drip เริ่ม 10 microdrop/min titrate for good uterine contraction. ดูแลส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ T/S, CBC

เวลา 12.30 น. มารดาเจ็บครรภ์ มีการหดตัวของมดลูก การหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 30 วินาที ความแรง (Severity +) เสียงหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนน้ำระดับ 0 ยังมีถุงน้ำคร่ำ (Pv cx dilate 1 cm eff 80% station 0 MI)

เวลา 13.40 น. มารดาเจ็บครรภ์ มีการหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 35 วินาที ความแรง (Severity +) เสียงหัวใจทารก 148 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนน้ำระดับ 0 ยังมีถุงน้ำคร่ำ (Pv cx dilate 1 cm eff 80% station 0 MI) สูติแพทย์เข้าตรวจเย็บมทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ (ARM) หลังเจาะถุงน้ำฟ้งเสียงหัวใจ 148 ครั้ง/นาที

เวลา 14.00 น. มารดาออกจากห้องน้ำ พักบนเตียง เสียงหัวใจทารก 144 ครั้ง/นาที

เวลา 15.00 น. ประเมินติดเครื่อง (Electro Fetal. Monitoring: EFM) เสียงหัวใจ (baseline) 140 ครั้ง/นาที มีการหดตัวของมดลูก Interval 2 นาที 30 วินาที Duration 35 วินาที ความแรง (Severity +) พบ minimal variability ดูแลให้มารดานอนตะแคงซ้ายเพื่อเพิ่มระบบไหลเวียนเลือดและออกซิเจนสู่ทารกในครรภ์

เวลา 15.20 น. ภายหลังนอนตะแคงซ้ายผลประเมินติดเครื่อง (Electro Fetal. Monitoring: EFM) เสียงหัวใจ (baseline) 140 ครั้ง/นาที (Moderate variability) และพบเสียงหัวใจ 60 ครั้ง/นาที ขณะมีการหดตัวของมดลูก ดูแลทำการให้ตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตร/นาที (O2 mask with bag 10 LPM) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS 1,000 ml vein drip 120 ml/hr. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนน้ำระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว (Pv cx dilate 1 cm eff 80% station 0 MR)

เวลา 15.25 น. มารดาเจ็บครรภ์ถี่ มีการหดตัวของมดลูก Interval 1 นาที 30 วินาที Duration 35 วินาที ความแรง (Severity ++) ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนน้ำระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว (Pv cx dilate 4 cm eff 80% station 0 MR) ยังไม่พบภาวะสายสะดือย้อย

เวลา 15.27 น. มารดาเจ็บครรภ์ถี่ อยากรีบคลอด มีการหดตัวของมดลูก Interval 1 นาที 30 วินาที Duration 35 วินาที ความแรง (Severity ++) ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 7 เซนติเมตร ความบาง 80 % ส่วนน้ำระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว (Pv cx dilate 7 cm eff 80% station 0 MR) พบภาวะสายสะดือย้อยแบบชัดเจน (Overt prolapsed cord) ขอความช่วยเหลือทีม รายงานสูติแพทย์ดูแลเตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินทันที มารดาเริ่มมีลมเบ่งขณะมีการหดตัวของมดลูก ดูแลตรวจภายในต้นส่วนนำตลอดเวลา ใช้หมอน 2 ใบหนุนยกกันสูง ดูแลสวนปัสสาวะคาสายสวนและทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่ง (Full bladder NSS 500 ml) ประสานกุมารแพทย์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารก เตรียมความพร้อมรับทารก ใช้เครื่องฟ้งเสียงหัวใจฟ้งขณะนำส่ง FHS 50-60 ครั้ง/นาที เวลา 15.32 น. ห้องผ่าตัดรับมารดาเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

ทารกคลอดโดยการผ่าตัด เวลา 15.50 น. กุมารแพทย์และทีมรับทารก ทารกเพศหญิง แรกคลอดทารกเขียวทั้งตัว ฟ้งเสียงหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ไม่หายใจ ไม่มีอาการเคลื่อนไหว (Muscle Tone) กุมารแพทย์ทำการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก 2 รอบ (PPV) ฟ้งเสียงหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ตัวเขียวทั้งตัว ไม่หายใจ ทำการช่วย

หายใจด้วยแรงดันบวกต่อเนื่อง นาทีที่ 1 เสียงหัวใจ 120 ครั้ง/นาที ยังไม่หายใจ ทำการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก นาทีที่ 4 กุมารแพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (ETT no 3.5 ซีด 8.5) ทารกเริ่มตัวแดง เสียงหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 sat) 70-80% นาทีที่ 5 ทารกตัวแดงทั้งตัว ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 sat) 97-98% จนถึงนาทีที่ 10 ทารกตัวแดงทั้งตัว ยังไม่มีการตอบสนอง (Reflex) ไม่มีการเคลื่อนไหว (Muscle Tone) คะแนน Apgar 2, 4T, 4T สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส เสียงหัวใจ 140 ครั้ง/นาที ดูแลย้ายทารกไปแผนกเด็กวิกฤต (NICU) โดยตู้ควบคุมอุณหภูมิ เวลา 16.05 น.

เวลา 16.10 น. ทารกถึง NICU ดูแลชั่งน้ำหนัก 2,590 กรัม วัดสัดส่วน รอบหัว 32 เซนติเมตร รอบอก 31 เซนติเมตร สูง 48 เซนติเมตร ดูแลป้ายตาด้วยยา Terramycin eye ointment ให้น้ำยาคีต Vitamin K 1 mg IM, HBV 0.5 ml IM ผูกป้ายข้อมือ ดูแลลงตู้ควบคุมอุณหภูมิ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 34.8 องศาเซลเซียส เสียงหัวใจ 136 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/63(57) มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (O_2 sat) 98% ดูแลให้ข้อมูลญาติเบื้องต้นโดยกุมารแพทย์ แพทย์มีแผนการรักษาส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อทำ Cooling ให้ทันเวลาภายใน 6 ชั่วโมง

การติดตามมารดาหลังคลอด

วันที่ 16 กันยายน 2566

มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ลูกนั่ง Ambulation ได้ดี นานนมมาสอนบิ๊บเก็บได้

วันที่ 17 กันยายน 2566

มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/69 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ลูกนั่งช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ มีความวิตกกังวลการเจ็บป่วยของทารกแพทย์ให้การจำหน่าย นัด 6 สัปดาห์หลังคลอด ดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการจำหน่าย การดูแลแผลผ่าตัด การบิ๊บเก็บนมไว้ให้ทารก การมาตรวจหลังคลอด มารดาและญาติรับทราบเข้าใจ ดูแลจำหน่าย

การติดตามทารกโดยทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 1 วันที่ 19 กันยายน 2566 วางแผนการรักษา Cooling แต่มีปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ มีอาการชักขณะเตรียม (Re-warm) จึงไม่ได้รักษาด้วย Cooling รักษาด้วยการให้ยาแก้ชัก และยาปฏิชีวนะ ทารกตื่นตอนทำหัตถการ ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ (mode DuoPAP)

ครั้งที่ 2 วันที่ 20 กันยายน 2566

ทารกไม่ชัก รักษาด้วยการให้ยาแก้ชัก และยาปฏิชีวนะ ทารกตื่นตอนทำหัตถการ ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ (mode DuoPAP)

ขณะเข้ารับการรักษา มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนี้

ระยะรอคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะสายสะดือย้อยเนื่องจากถุงน้ำคร่ำแตก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ทารกในครรภ์มีภาวะการขาดออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงทารกลดลงจากการที่มีภาวะสายสะดือย้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติเมื่อมีภาวะสายสะดือย้อย และห่วงสุขภาพทารกในครรภ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการเร่งคลอดด้วย Oxytocin

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัดคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอด

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีความวิตกกังวลเนื่องจากห่วงสุขภาพทารกเจ็บป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 มีความวิตกกังวลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 มีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

จากการศึกษา “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย : กรณีศึกษา” ภาวะสายสะดือย้อยสัมพันธ์กับภาวะถุงน้ำคร่ำแตก สายสะดือของทารกถูกกดเบียดจากส่วนนำเมื่อมีการหดตัวของมดลูก การกดเบียดดังกล่าวส่งผลให้เกิดการกดทับหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์อย่างมาก พยาบาลประเมินโดยการตรวจภายใน พบสายสะดือ คลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะและพบสายสะดือไหลผ่านช่องทางคลอด ประกอบกับการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ เสี่ยงหัวใจ 60 ครั้ง/นาที พยาบาลร้องขอความช่วยเหลือพร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผนการดูแล และกิจกรรมการพยาบาล การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำ ประสานสูติแพทย์และกุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์และทีมช่วยคลอดโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ผลลัพธ์ทารกคลอดที่ช่วยเหลือและฟื้นคืนชีพทารกให้การดูแลในภาวะวิกฤตทารก ส่งต่อรักษาไปยังโรงพยาบาลขอนแก่น สอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำผ่าตัดคลอดได้ภายใน 30 นาที และสนับสนุนตัวชี้วัดการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ทบทวน RCA และเสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ต่อไป สูติแพทย์และกุมารแพทย์และทีมพยาบาลประเมินมารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลดูแลให้ข้อมูล แนวทางการรักษาพยาบาลและส่งต่อ ครอบครัวเผชิญกับปัญหาคลายวิตกกังวลบ้าง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษานำผลการศึกษา “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย : กรณีศึกษา” นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. การป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้ จากภาวะสายสะดือย้อย ดูแลในมารดาคลอดถือว่ามีความเสี่ยงทุกราย ดังนี้

- ค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การตั้งครรภ์แฝด (Multiple pregnancy) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) ทารกคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) ทารกมีความพิการ (Fetal congenital anomalies) เช่น ไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) ทารกมีส่วนนำเป็น

- ทำอื่นที่ไม่ใช่ศีรษะ (Non-vertex presentation) สตรีตั้งครรภ์ครรภ์หลัง (Multiparity) สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติ (Polyhydramnios)

- หลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำในกรณีที่ศีรษะไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน โดยที่ส่วนน้ำอยู่สูงกว่ากระดูก Ischial spine เช่น Station สูงกว่าระดับ 0 หรือในกรณีที่ปริมาณน้ำคร่ำมากกว่าปกติ หรือส่วนน้ำทารกเป็นส่วนอื่นที่ไม่ใช่ศีรษะโดยการเฝ้าระวังในมารดาคลอดตลอด จำนวน 20 รายเข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1-31 ตุลาคม 2566 ติดตามผลการเกิดภาวะสายสะดือย้อยต่อไป

๖.๒ ผลกระทบ

ผู้ป่วย

“การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย : กรณีศึกษา” พยาบาลประเมินโดยการตรวจภายใน พบสายสะดือ คลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะและพบสายสะดือไหล่พ้นช่องทางคลอด ประกอบกับการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ เสียงหัวใจ 60 ครั้ง/นาที พยาบาลร้องขอความช่วยเหลือ พร้อมปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำ ประสานสูติแพทย์และกุมารแพทย์ วิชาญญแพทย์และทีมช่วยคลอดโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ผลลัพธ์ทารกคลอดที่มช่วยเหลือและฟื้นคืนชีพทารกให้การดูแลในภาวะวิกฤตทารก ส่งต่อรักษายังโรงพยาบาลขอนแก่น สอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำผ่าตัดคลอดได้ภายใน 30 นาที และสนับสนุนตัวชี้วัดการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ทบทวน RCA และเสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ต่อไป

ผู้ศึกษา

“การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย: กรณีศึกษา” ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำทบทวน RCA และเสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ต่อไป

หน่วยงาน/องค์กรพยาบาล

“การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย: กรณีศึกษา” นำผลการศึกษาเสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยต่อไป

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ความรวดเร็วในการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง สำหรับอุบัติการณ์ที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดพบ มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1 ราย 1 รายและ 2 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมชนแพ, 2566) ซึ่งทารกที่คลอดเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) โดยภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เกิดได้น้อยแต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงทั้งด้านมารดาและทารก จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างทันท่วงที เพื่อลดการสูญเสียและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก

การศึกษาระหว่างระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 โดยทำการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา “การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย : กรณีศึกษา” ภาวะสายสะดือย้อยสัมพันธ์กับภาวะถุงน้ำคร่ำแตก สายสะดือของทารกถูกกดเบียดจากส่วนน้ำเมื่อมีการหดตัวของมดลูก การกดเบียดดังกล่าวส่งผลให้เกิด

การกดทับหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์อย่างมาก พยาบาลประเมินโดยการตรวจภายใน พบสายสะดือ คลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะและพบสายสะดือโผล่พ้นช่องทางคลอด ประกอบกับการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ เสียใจหัวใจ 60 ครั้ง/นาที พยาบาลร้องขอความช่วยเหลือ พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย การวางแผนการดูแล และกิจกรรมการพยาบาล การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำ ประสานสูติแพทย์และกุมารแพทย์ วิทยาลัยแพทย์และทีมช่วยคลอดโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ผลลัพธ์ทารกคลอดทีมช่วยเหลือและฟื้นคืนชีพทารกให้การดูแลในภาวะวิกฤตทารก ส่งต่อรักษายังโรงพยาบาลขอนแก่น สอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำผ่าตัดคลอดได้ภายใน 30 นาที และสนับสนุนตัวชี้วัดการจัดการความเสี่ยงในหน่วยงาน ทบทวน RCA และเสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ต่อไป สูติแพทย์และกุมารแพทย์และทีมพยาบาลประเมินมารดาและครอบครัวมีความวิตกกังวลดูแลให้ข้อมูล แนวทางการรักษาพยาบาลและส่งต่อ ครอบครัวเผชิญกับปัญหาหลายวิตกกังวลบ้าง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตทางสูติศาสตร์ การคาดการณ์ของการเกิดเป็นไปได้ยาก

แนวทางแก้ไข

การเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตทางสูติศาสตร์ ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ ทักษะการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกของบุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ อีกทั้งความพร้อมในทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารก จึงต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันในหน่วยงาน ที่ง่าย ถูกต้อง เหมาะสม จะช่วยให้มารดาและทารกคลอดปลอดภัย

9. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย ในหน่วยงาน การส่งเสริมบุคลากรในการอบรมเพิ่มความรู้ในสูติศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือมารดาและทารกปลอดภัย

10. การเผยแพร่ผลงาน : ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอังสุตา ศรีเมืองเข้า เป็นผู้ดำเนินการเพียงผู้เดียวและสัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... อังสุตา ศรีเมืองเข้า

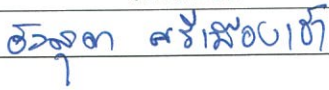
(นางสาวอังสุตา ศรีเมืองเข้า)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / กันยายน / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอังสุตา ศรีเมืองเฮ้า	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางสาวชฎานิศ ศรีรักษา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่) 24 / พฤศจิกายน / 2566


(ลงชื่อ).....

(นางจรรพวรรณ มโนสิทธิศักดิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) 04 / ธันวาคม / 2566

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุง (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย”

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะที่สายสะดืออยู่ต่ำกว่าส่วนนำของทารกหลังจากการแตกของถุงน้ำคร่ำ โดยอาจโผล่เข้ามาในปากมดลูก ช่องคลอด หรือโผล่พ้นปากช่องคลอด พบอุบัติการณ์ประมาณ 1.7 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยแต่ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ เนื่องจากอาจส่งผลให้ทารกเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้จากการที่ส่วนนำของทารกกดทับสายสะดือจนทำให้ทารกขาดออกซิเจน

ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ความรวดเร็วในการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง สำหรับอุบัติการณ์ที่เกิดในโรงพยาบาลชุมชน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอดพบ มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1 ราย 1 รายและ 2 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมชน, 2566) ซึ่งเกิดได้น้อยแต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารก จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างทันที่เพื่อลดการสูญเสียและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในทารก เช่น ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Dead fetus in utero) และตายปริกำเนิด (Perinatal death) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 โอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) พบร้อยละ 31 ทารกคลอดก่อนกำหนด พบร้อยละ 29 ดังนั้นผู้ที่ตรวจพบสายสะดือย้อยควรให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาการเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ และมีอุบัติการณ์เกิดที่น้อย แต่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลมารดาในห้องคลอดต้องมีความรู้ การปฏิบัติการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม จึงต้องมีการฝึกปฏิบัติและมีแนวทางการช่วยเหลือที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ทั้งผู้มีความชำนาญงานและพยาบาลจบใหม่ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญ ขอเสนอแนวคิดจัดทำ “การพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย” เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลที่รวดเร็ว เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอุบัติการณ์ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มงานการผู้คลอดพบ มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 1 ราย 1 รายและ 2 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมชน, 2566) ซึ่งเกิดได้น้อยแต่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารก พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลมารดาขณะรอคลอด ต้องมีการเฝ้าระวังในมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสายสะดือย้อย ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด (Multiple pregnancy) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight) ทารกคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) ทารกมีความพิการ (Fetal congenital anomalies) เช่น ไม่มีกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) ทารกมีส่วนนำเป็นท่าอื่นที่ไม่ใช่ศีรษะ (Non-vertex presentation) สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์หลัง (Multiparity) สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำคร่ำมากผิดปกติ (Polyhydramnios) และไม่เจาะถุงน้ำคร่ำ ในการดูแลการพยาบาล

แต่หากมีภาวะฉุกเฉินมีการเกิดภาวะสายสะดือย้อยประหม่นโดยการตรวจภายใน พบสายสะดือ คลำพบชีพจรเต้นเป็นจังหวะและพบสายสะดือโผล่พ้นช่องทางคลอด ประกอบกับการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ พยาบาลต้องร้องขอความช่วยเหลือ และให้การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อพบสายสะดือพลัดต่ำผ่าตัดคลอดได้ภายใน 30 นาที เพื่อป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia) ดังนั้นผู้ที่ตรวจพบสายสะดือย้อยต้องขอความช่วยเหลือ เพื่อให้ทีมให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลจำนวน 12 คน รวมพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติการพยาบาล 2 คน การดูแลช่วยเหลือในภาวะวิกฤตสุติทุกคนจึงต้องมีความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะ และเนื่องจากการทบทวน RCA ความเสี่ยงกรณี ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) จากการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมการป้องกันภาวะเสี่ยงที่ป้องกันได้ในมารดาที่รอคลอดหากประเมินพบความเสี่ยงของการเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) จากเดิมพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดมีทักษะและประสบการณ์ในการช่วยเหลือและฝึกปฏิบัติสถานการณ์ฉุกเฉินวิกฤตสุติกรรมอย่างน้อย 1 ปี/ครั้ง แต่ในการเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เดิมการดูแลไม่ทันสมัย (Update) ตามวิชาการใหม่ และยังไม่มี Flow ที่ใช้ปฏิบัติชัดเจน อีกทั้งมีพยาบาลจบใหม่ 2 คนที่ยังไม่ได้อบรมฝึกปฏิบัติสถานการณ์ฉุกเฉินวิกฤตสุติกรรม จึงอาจมองแนวทางการปฏิบัติไม่ชัดเจน และจากการ RCA ซึ่งในการปฏิบัติพยาบาลทุกคนพึงมีทักษะเฉพาะในการช่วยเหลือมารดาในภาวะวิกฤตทางสุติกรรม เสนอแนวทางการดูแลในความเสี่ยงที่ป้องกันได้ มีแนวทางการช่วยเหลือที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้ทั้งผู้มีความชำนาญงานและพยาบาลจบใหม่ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญ ขอเสนอแนวคิดจัดทำ “การพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย” เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติตามได้ง่ายและเป็นแนวปฏิบัติเดียวกันในหน่วยงานต่อไป

๓.๒ แนวความคิด

ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการ หรือแนวความคิดเพื่อใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

3.2.1 ภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) และการพยาบาล

3.2.2 แนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA)

๓.๓ ข้อเสนอ

จัดทำพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย ดังนี้

3.3.1 วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย

3.3.2 เป้าหมาย

มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อยได้รับการช่วยคลอดในภาวะฉุกเฉิน มารดาและทารกปลอดภัย

3.3.3 ขั้นตอนการดำเนินการ

1) ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาของการพยาบาลจากการทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงานที่ผ่านมาพบมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) จากความเสี่ยงของภาวะน้ำเดินและทำกัน

2) ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาวิชาการดังนี้

2.1) มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) และการพยาบาล

2.2) แนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA)

3) กำหนดขั้นตอน ตามแนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA)

- 4) จัดทำแนวทางการปฏิบัติและนำไปปฏิบัติจริงและติดตามประเมินผลชีวิต
- 5) สรุปผลการดำเนินการ ข้อเสนอแนะการนำไปใช้
- 6) เผยแพร่เอกสารวิชาการ

3.3.4 ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 เมษายน 2567 – 30 มิถุนายน 2567

ฝังกำกับงาน

รายการ	ระยะเวลาดำเนินงาน พ.ศ. 2567		
	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน
1) ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาของการพยาบาล	√		
2) ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาวิชาการ	√		
3) กำหนดขั้นตอน	√		
4) จัดทำแนวทางการปฏิบัติและนำไปปฏิบัติจริงและติดตามประเมินผลชีวิต		√	
5) สรุปผลการดำเนินการ ข้อเสนอแนะการนำไปใช้			√
6) เผยแพร่เอกสารวิชาการ			√

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

การเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตทางสูติศาสตร์ การคาดการณ์ของการเกิดเป็นได้ยาก

แนวทางแก้ไข

การเกิดภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) เป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤตทางสูติศาสตร์ ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ ทักษะการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้องของบุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ อีกทั้งความพร้อมในทีมช่วยฟื้นคืนชีพทารก จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (Prolapsed cord)

4.2 มารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย (Prolapsed cord) ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Severe birth asphyxia) ที่มีคะแนน Apgar score ที่ 5 นาที ≤ 4 คะแนน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ (Prolapsed cord) เป้าหมาย 0 %

5.2 อัตราทารกขาดออกซิเจน (Severe birth asphyxia) ที่มีคะแนน Apgar score ที่ 5 นาที ≤ 4 คะแนน เป้าหมายน้อยกว่า 2:1,000 LB

(ลงชื่อ).....อัสสุดา ศรีเมืองเข้า.....

(นางสาวอัสสุดา ศรีเมืองเข้า)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / กันยายน / 2566.....

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวอังสุตา ศรีเมืองเข้า

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 10344 กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	20	18
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	25
3. เค้าโครงผลงานที่จะส่งประเมินและกรณีทีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	24
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	10
รวม	100	86

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- () เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....
- () ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางสาวชญาณีศ ศรีรักษา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่) 24 / พฤศจิกายน / 2566

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *can*

(นางจรรพวรรณ มโนสิทธิศักดิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่)...../..... *๐๕ ธ.ค. ๒๕๖๖*

3. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 2 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(.....)

ตำแหน่ง

(วันที่)...../...../.....

4. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) *นาย*

(นายพันธ์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ตำแหน่ง ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

(วันที่)..... *๐๕ ธ.ค. ๒๕๖๖*