

แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินบุคคล

ของ

นางสาวอติตยา สุวรรณสาร
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
ตำแหน่งเลขที่ 60558
กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาลห้องคลอด)
ตำแหน่งเลขที่ 60558 กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. ระยะเวลาการดำเนินการ วันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเกี่ยวกับ “การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงร่วมกับการคลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค พยาบาลในฐานะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ในทุกๆระยะต้องมีความรู้ความสามารถในการด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา เพื่อลดอัตราการตายและภาวะทุพพลภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง

3.1.1 ความหมายของโรค

ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิต systolic 140 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 90 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง หรือในกรณีที่ความดันโลหิต systolic 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือความดันโลหิต diastolic 110 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า สามารถวัดซ้ำในช่วงเวลาสั้น (นาที) เพื่อจะให้อาการความดันโลหิตเร็วขึ้น (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2564: สรุศักดิ์ จันทรวงอร่าม, 2562)

proteinuria คือ มี protein 300 มิลลิกรัมหรือมากกว่าในปัสสาวะที่เก็บ 24 ชั่วโมงหรือ

protein : creatinine ratio ในปัสสาวะ 0.3 หรือมากกว่า หรือการสุ่มตรวจปัสสาวะโดยใช้แถบตรวจปัสสาวะ(dipstick) พบมีระดับ 1+ หรือมากกว่า (ใช้เฉพาะกรณีที่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธี quantitative) (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2564: สมฤดี กิรตวนิชเสถียร, ภาวดี ชาวรินทร์ และนาถสุดา โชติวัฒนา กุลชัย, 2562)

3.1.2 พยาธิกำเนิด

ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมา การศึกษาค้นคว้าเรื่องพยาธิกำเนิดของภาวะพิษแห่งครรภ์มีความก้าวหน้าขึ้น พบองค์ความรู้ใหม่ที่ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยจะมีการเจริญของรกที่ผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกของการสร้างรก (abnormal placentation) โดยครรภ์ปกติในระยะครรภ์อ่อนที่เริ่มมีการพัฒนาและสร้างรกเซลล์ cytotrophoblast ของตัวอ่อนจะต้องมีการเจริญรุกรานและแทรกตัวเข้าแทนที่ชั้นกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด spiral artery ในชั้นเยื่อบุโพรงมดลูกของมารดา เพื่อเปลี่ยนหลอดเลือด spiral artery จากหลอดเลือดแดงที่ตีบแคบและมีความต้านทานสูง ไปเป็นหลอดเลือดที่มีขนาดกว้างและมีความต้านทานต่ำ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารจากมารดาผ่านหลอดเลือดที่ไหลเวียนมายังชั้นเยื่อบุโพรงมดลูกของสตรีตั้งครรภ์ (decidua) ผ่าน spiral artery ไปยังรกที่ระดับ chorionic villi พบว่าในผู้ป่วยภาวะพิษแห่งครรภ์ กระบวนการ

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนา หรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็กทั่วโลกมาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเกิดผลกระทบด้านร่างกายหลายระบบ สามารถเกิดภาวะชั้กจากความดันโลหิตสูงทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตได้ จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มากกว่าร้อยละ 10 ของการตั้งครรภ์ (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman et al., 2022) อุบัติการณ์การเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 14 รองจากการตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทย ผลการดำเนินงานลดการตายมารดาอย่างไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดให้อัตราส่วนการตายมารดาไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2564-2566 พบอัตราส่วนการตายมารดาไทยเท่ากับ 34.68, 25.86 และ 25.42 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย โดยพบว่ามีสาเหตุการตายจากภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.19, 10.9 และ 17.30 ตามลำดับ เขตบริการสุขภาพที่ 7 อัตราตายมารดาเท่ากับ 34.32, 19.76 และ 16.79 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากการพัฒนาการของรกที่ผิดปกติและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์พบว่าเกิดจาก อายุ ลำดับของการตั้งครรภ์ การพักผ่อน ความเครียด การเพิ่มขึ้น ของน้ำหนักตัว โรคทางอายุรกรรม ประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง เป็นต้นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางร่างกาย ต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะHELLP Syndrome และตกเลือดหลังคลอด อาจเกิดภาวะชั้กจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman et al, 2022) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบบ่อยคือ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาภาวะอันตรายต่อชีวิต ทารกกรณีที่มีโรคมีความรุนแรงมาก (สมฤดี กิรตวนิชเสถียร, ภาวดี ขาวนรินทร์ และนาถสุตา โชติวัฒนากุลชัย, 2562: สุรศักดิ์ จันทรวงอรัม, 2562)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564-2566 มีผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 28, 27 และ 29 ราย ตามลำดับ มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 31, 29 และ 25 ราย ตามลำดับ แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์จำนวน 31, 29 และ 25 ราย ตามลำดับ มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ มีภาวะที่จำเป็นต้องคลอดก่อนกำหนด (indicated preterm deliveries) จำนวน 2,5 และ 8 ราย ตามลำดับ ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด 3, 2 และ 2 ราย ตามลำดับ