

-ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

(Premature Rupture of Membranes)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 10 กุมภาพันธ์ 2551 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2552

3. สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ 100%

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน -

5. บทคัดย่อ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในสถิติของการคลอด และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการตายปริกำเนิดและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด สำหรับแนวทางการดูแลรักษา สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ อายุครรภ์ การเจริญของปอดทารก ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะแทรกซ้อนจากการที่ปริมาณ น้ำคร่ำลดลงโดยทั่วไปเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ หรือเมื่อพิสูจน์ได้ว่าปอดของทารกเจริญเต็มที่แล้ว หรือมีภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกหรือมีภาวะสายสะดือถูกกดทับ ก็จะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง การดูแลที่สำคัญอีกระยะหนึ่งคือ การดูแลทารกแรกคลอด ควรจะมีการเตรียมความพร้อมของทีมสำหรับการดูแลทารกแรกคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าทารกมีน้ำหนักน้อย ดังนั้น ทีมผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถในกระบวนการดูแล มีการเฝ้าระวังและสามารถเตรียมการให้การพยาบาลที่เหมาะสมทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ในระยะคลอด ตลอดจนการรับการรักษาในโรงพยาบาล

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 26 ปี G₃P₂A₀L₂ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี 5 ครั้ง ผลเลือดปกติ 3 ชม. ก่อนมารพ. มีน้ำเดินก่อนมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีการหดตัวของมดลูก รายงานแพทย์เวร ประเมินมารดาและทารกแล้วตรวจภายในด้วย Sterile Speculum และทำ Cough Test พบว่า มีน้ำเดินไหล ออกจากปากมดลูกสีขาวขุ่น Cervix dilate 2 cm , Effacement 25% , Station -1, membrane Rupture, Bishop Score < 5 มีศีรษะเป็นส่วนนำให้ Admit และ Observe Uterine Contraction หลังรับไว้ยังมีน้ำเดินอยู่ ใส่ผ้าสะอาดไว้สังเกตอาการ Uterine Contraction Duration 30 วินาที , Interval > 10 นาที FHS อยู่ในช่วง 140-150 ครั้ง/นาที มารดาไม่มีไข้ T = 37-37.2 °C PR = 80-100 ครั้ง/นาที หลังจาก Observe Uterine Contraction Duration 35-40 วินาที , Interval > 10 นาที ยังมีน้ำเดินอยู่ PV. Cervix dilate 2 cm , Effacement 25% , Station -1 Membrane Rupture แพทย์พิจารณาให้ยาเร่งคลอด at 09.00 น. โดยให้ On 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit v drip 10 d / min และพิจารณาให้ Antibiotic โดยให้ Ampicillin 1 gm v q 6 hrs Stat 1 dose หลังให้ยา

Syntocinon 2 ชั่วโมง มี Progress of labor ผู้ป่วย Cervix fully dilate Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด เวลา 10.30 น. ผู้ป่วยคลอดปกติเวลา 10.42 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,000 กรัม แรกเกิดทารก แข็งแรงดี ตัวแดง ร้องเสียงดัง Apgar Score นาทีที่ 1 และ 5 ได้ 10 คะแนน รกคลอดครบ เวลา 10.45 น. รกหนัก 500 กรัม ความดันโลหิตหลังรกคลอด 110/60 mmHg หลังคลอด มารดา รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อยมดลูกหดตัวดี ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยหลังคลอดรู้สึกตัวดี กระตุ้นบุตรคนนมได้ดี มดลูกหดตัวดี Normal bleeding per vagina แผลฝีเย็บไม่บวมแดง Observe สัญญาณชีพปกติ พักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551 รวมระยะเวลาอยู่ โรงพยาบาล 5 วัน นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์หลังคลอดและนัดฉีดวัคซีนทารกเมื่ออายุครบ 2 เดือน

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการดูแลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์รายอื่น ๆ เพื่อเป็นการพัฒนางานในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

6. บทนำ

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เป็นภาวะที่พบได้ในห้องฝากครรภ์ และห้องคลอด โดยทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์ ของภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนเจ็บครรภ์คลอดที่ร้อยละ 10.7 ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์ครบกำหนด ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์นั้น ร้อยละ 81 มักจะคลอดภายใน 24 ชั่วโมง และประมาณร้อยละ 5 ไม่สามารถคลอดภายใน 72 ชั่วโมง ชายที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด มีระยเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อสูง ทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์ โดยพบว่า มารดาเกิดการติดเชื้อหลังคลอดประมาณร้อยละ 28.0 และทารกเกิดการติดเชื้อจากถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) ประมาณร้อยละ 23.4

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี พบว่า สตรีตั้งครรภ์ครบกำหนดที่มาคลอดที่โรงพยาบาล มีจำนวนไม่น้อยที่มาด้วยอาการถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลจะต้องให้สตรีผู้นั้น คลอดโดยเร็วที่สุด โดยดูสภาพของปากมดลูก สำหรับในรายที่ปากมดลูกไม่พร้อม คือ Bishop score น้อยกว่า 5 จะให้ยาเพื่อชักนำให้ปากมดลูกพร้อม เช่น Prostaglandin E₂ หรือชักนำให้เกิดการคลอดโดยใช้สาร Oxytocin ด้วยเหตุว่า หากถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ นานกว่า 24 ชั่วโมง จะมีโอกาสเกิดการติดเชื้อสูง ทั้งมารดา และทารกในครรภ์ จะทำให้สตรีเหล่านี้อยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น จึงเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เช่น การหาสาเหตุของการติดเชื้อแทรกซ้อน โดยการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่ เจาะเลือด ย้อมเชื้อ และต้องเสียค่าใช้จ่ายค่ายาปฏิชีวนะ บางครั้งต้องแยกแม่กับลูก ทำให้ลูกอาจไม่ได้รับนมแม่ ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตก ก่อนเจ็บครรภ์ และคลอดทางช่องคลอด จะพบภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น สายสะดือย้อย (prolapsed cord) ซึ่งทำให้อัตราพิการ และอัตราตายของทารกเพิ่มขึ้น

สาเหตุแท้จริงของการเกิดถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ ยังไม่เป็นที่ทราบอย่างชัดเจน จึงเป็นเรื่องน่าสนใจว่า มีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง ที่เป็นสาเหตุให้สตรีตั้งครรภ์ ครบกำหนดเหล่านี้ มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด ด้านที่เกี่ยวข้อง และสุขภาพ ได้แก่ ประวัติข้อมูลส่วนตัว และการตั้งครรภ์ในอดีต ปัจจัยที่

เกี่ยวกับตัวสตรีตั้งครรภ์เอง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไป

7. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
2. เพื่อช่วยในการปฏิบัติงานการพยาบาล ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติให้มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขต การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (Premature Rupture of Membranes) มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. คัดเลือกกรณีศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยเองและเวชระเบียน
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วินิจฉัยการพยาบาล
4. วางแผนการพยาบาล
5. ให้การพยาบาลตามขั้นตอน
6. ติดตามและประเมิน
7. รวบรวมและสรุปผลการปฏิบัติงาน

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์วัย 26 ปี สถานภาพ สมรสคู่ อาชีพทำนา ระดับการศึกษาชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 ศาสนาพุทธ อยู่บ้านเลขที่ 46 ม.1 ต.โพธิ์ใหญ่ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี มารดา $G_3P_2A_0L_2$ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ by U/S ประจำเดือนครั้งสุดท้ายจำไม่ได้ กำหนดคลอด 24 ก.พ. 51 ขณะตั้งครรภ์ปกติไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ เริ่มฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี 5 ครั้ง ครบ 4 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ 2 ครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือดหาเชื้อซิฟิลิสปกติ การตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ปกติ ความเข้มข้นของเม็ดเลือด 38 Vol % ส่วนสูง 160 ซม. น้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์จากเริ่มตั้งครรภ์น้ำหนัก 52 กิโลกรัม จนถึงครบกำหนดคลอด เพิ่มขึ้นจากเดิม 12 กิโลกรัม อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ จากประวัติการฝากครรภ์และการตรวจร่างกาย อายุครรภ์มีความสัมพันธ์กับขนาดมดลูก เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 เวลา 23.00 น. ด้วยอาการมีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ก่อนมาถึงโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

แรกรับ ตรวจหน้าท้องระดับมดลูก $\frac{3}{4}$ > สะคือ เต็กท่า ROA FHS 144 ครั้ง/นาที่ สม่่าเสมอ คาคคเนน้ำหนักทารก 3200 กรัม มีน้ำเดินไม่มีการหดตัวของมดลูก รายงานแพทย์เวรประเมินมารดาและทารกแล้วตรวจภายในด้วย Sterile Speculum และทำ Cough test พบว่า

มีน้ำเดินไหลออกจากปากมดลูกสีขาวขุ่น Cervix dilate 2 cm , Effacement 25% , Station -1, Membrane Rupture, Bishop Score <5 มีศีรษะเป็นส่วนนำให้ Admit และ Observe Uterine Contraction หลังรับไว้ยังมีน้ำเดินอยู่ ใส่ผ้าสะอาดไว้สังเกตอาการ Uterine Contraction Interval > 10 นาที , Duration 30 วินาที FHS อยู่ในช่วง 140-150 ครั้ง/นาที มารดาไม่มีไข้ T = 37 – 37.2 C PR = 80 – 100 ครั้ง/นาที หลังจาก Observe Uterine Contraction , Interval >10 นาที Duration 35-40 วินาทียังมีน้ำเดินอยู่ PV Cervix dilate 2 cm, Effacement 25%, Station -1 , Membrane Ruptur และพิจารณาให้ Antibiotic โดยให้ Ampicillin 1 gm v q6 hrs Stat I dose แพทย์พิจารณาให้ยาเร่งคลอด at 08.30 น. โดยให้ 5%D/N/2 1000 ml + Syntocinon 10 unit v drip 10 d/ min เวลา 10.30 หลังให้ยา Syntocinon 2 ชั่วโมง มีความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์คลอดเพิ่มขึ้น ตรวจภายใน เวลา 10.30 Cervix fully dilate Effacement 100 % Station +1 Uterine Contraction I = 2 นาที D = 50 วินาที FHS = 136 ครั้ง/นาที มารดาพร้อมเบ่งคลอด ย้ายเข้าห้องคลอดเชียร์เบ่งคลอด สรุปความก้าวหน้าของการคลอดจาก ระยะที่ 1 ของการคลอดตั้งแต่ถุงน้ำแตกจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ชม. ใช้เวลาทั้งหมด 14 ชม. 30 นาที ระยะที่ 2 ของการคลอดตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมดจนถึงเด็กคลอด ใช้เวลาทั้งหมด 12 นาที ระยะที่ 3 ของการคลอดตั้งแต่เด็กคลอดจนถึงรกคลอดใช้เวลา 3 นาที สรุปรวมใช้เวลาทั้งหมดในการคลอด 14 ชม. 45 นาที

ทารกคลอดปกติเวลา 10.42 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,000 กรัม แรกเกิดทารก แข็งแรงดี ตัวแดง ร้องเสียงดัง Apgar Score นาที ที่ 1 และ 5 ได้ 10 คะแนน รกคลอดทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede Manuver เวลา 10.45 น. รกคลอดรกหนัก 500 กรัม ความดันโลหิต หลังรกคลอด 110/60 mmHg ให้ Methergin 0.2 mg m stat Estimated blood loss 200 cc.

หลังคลอดมารดารู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี มดลูกหดตัวดี Normal Bleeding Per Vagina แผลฝีเย็บ RML c Suture all Catgut Subcutaneous แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ปัสสาวะ 1 ครั้ง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120 / 80 mmHg - 130 / 90 mmHg ซีพจรปกติ การหายใจปกติ มารดาพักผ่อนได้ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลมารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดีกระตุ้นบุตรดูนมได้ดี มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บไม่บวมแดง วัคซีนสัญญาณชีพปกติ มารดาพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2551 รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 5 วัน นัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ หลังคลอดและนัดฉีดวัคซีนทารกเมื่ออายุ ครบ 2 เดือน

อาการและอาการแสดง ขณะรับไว้ในการดูแล 10- 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 วัคซีนสัญญาณชีพ ดังนี้ อุณหภูมิ 36.5 -37.2 °C ซีพจรอยู่ในช่วง 68 – 99 /min อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-24 /min ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 94 /51 -122/77 mmHg ไม่มีอาการคลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ มีอาการปวดแผลฝีเย็บพอน ปัสสาวะสะดวกดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี เต้านมไม่คัดตึง ให้บุตรดูนมได้ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลระยะรอคลอก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกเนื่องจากมีภาวะถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์
ข้อมูลสนับสนุน

O : มารดา G₃P₂ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ มีน้ำเดิน เมื่อวันที่ 10 ก.พ. 2551 เวลา 20.00 น.

O: ตรวจพบน้ำเดินในช่องคลอดผลการตรวจ Sterile Speculum และทำ Cough test

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อในโพรงมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 –37.4 °C
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 120-160 ครั้งต่อนาที
3. White Blood Cells อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4,000 -11,000/cu.mm.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักประวัติ และบันทึกเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตก สีของน้ำคร่ำ คาดคะแนนจำนวน กลิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในระยะต้นๆ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

2. ตรวจวินิจฉัยยืนยันการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยการใช้ Speculum และทดสอบด้วยการทำ Cough test โดยใช้หลักปราศจากเชื้อทุกขั้นตอนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายไม่ควรมากกว่า 37.4 °C หากผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

4. ตรวจฟังเสียงหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะน้ำเดินก่อนคลอดซึ่งปกติต้องอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอชัดเจน

5. แนะนำผู้ป่วยใส่ผ้าสะอาดเพื่อสังเกตจำนวน สี ลักษณะของน้ำคร่ำที่ออกมาพร้อมทั้งบันทึกหากผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็น มี Thick Meconium ให้รีบรายงานแพทย์ทราบเนื่องจากเป็นภาวะผิดปกติที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37.1 –37.4 °C
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 146 - 154 ครั้งต่อนาที
3. White Blood Cells อยู่ในเกณฑ์ปกติ 8,200 / cu.mm.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ Fetal distress เนื่องจากการหดตัวของมดลูกถี่และรุนแรงขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

O: มารดาได้รับ 5% D/N/2 1,000 ซีซี + Syntocinon 10 unit ทางหลอดเลือดดำ

O : มารดาอยู่ในระยะที่ 1 ของการคลอด Interval 2'30" Duration 45" Severity ++

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะ Fetal Distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวปกติ Interval 2-3 นาที Duration 45- 60 วินาที
2. FHS อยู่ในช่วง 120-160/min เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
3. ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี การดำเนินการคลอดเป็นไปตามปกติ ถ้าพบผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อรักษา
2. จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเป็นระยะเพื่อให้โลหิตไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้นทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น
3. ในรายที่เสียงหัวใจทารกผิดปกติคือเต้นเร็วเกินกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือช้ากว่า 100 ครั้ง/นาที หรือเสียงและระยะการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อรักษา
4. ตรวจวัดและบันทึกการหดตัวของมดลูก ฟัง FHS ทุก 1 ชั่วโมงในระยะ Latent Phase และทุก 30 นาทีในระยะ Active Phase
5. สังเกตลักษณะน้ำคร่ำที่ออกมา โดยใช้ผ้าสะอาดใส่ไว้ ถ้าพบสีของน้ำคร่ำมีขี้เทาปนเขียว ต้องรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษา
6. เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลทารกและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ เมื่อทารกเกิดจะได้ช่วยเหลือทัน

การประเมินผลการพยาบาล

1. มดลูกหดตัวปกติ Interval 2' 10" Duration 50" Severity ++
2. FHS อยู่ในช่วง 128-148/min เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
3. ไม่มี Meconium ในน้ำคร่ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับจากยาเร่งคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

O: มีประวัติน้ำ ปากมดลูกเปิด 2 cm , Effacement 25% , station -1 , FHS 140 ครั้ง / นาที

O: แพทย์ให้ on 5% D / NSS / 2 1000 ml + Syntocinon 10 U ทางหลอดเลือดดำ เริ่มต้นที่อัตรา

10 d / min , Uterine contraction Interval = 2 นาที Duration = 45-50 วินาที

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Oxytocin

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น Fetal Distress Tetanic Uterine Contraction

Rupture Uterus, Water Intoxication เป็นต้น

2. มีความก้าวหน้าของการดำเนินการคลอดดีโดย Uterine Contraction : Duration 40-60 วินาที Interval 2-3 นาที Intensity แรงดี FHS อยู่ในเกณฑ์ปกติ 140-160 ครั้ง / นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงเหตุผลและวิธีการให้ยาเพื่อความร่วมมือในการปฏิบัติตัว
2. ปรับ rate ทุก 15-30 นาที โดยเพิ่มครั้งละ 10 u d/min เพื่อให้ได้ Adequate Uterine Contraction คือ Duration 40-60 วินาที และ Interval 2-3 นาที Intensity แรงดี เพื่อให้มีความก้าวหน้าของปากมดลูกและการเคลื่อนลงของส่วนนำและหลีกเลี่ยงการเกิด Fetal distress
3. จับ Uterine Contraction ทุก 30 นาที ถ้ามีการหดตัวของมดลูกนานกว่า 90 วินาที หรือความถี่ของการหดตัวของมดลูกมากกว่าทุก 2 นาที หรือ 5 ครั้งใน 10 นาที รายงานแพทย์เพื่อหยุดให้ยาทันที มิฉะนั้นจะเกิด tetanic Uterine Contraction ซึ่งเป็นอันตรายทั้งมารดาและทารกในครรภ์
4. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชม. และดูแลสถานะทั่วไปของผู้คลอด
5. ฟัง FHS ทุก 1-2 ชม. และ FHS ควรจะอยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที
6. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
7. ถ้าให้ยา Oxytocin อย่างถูกต้องนาน 4-6 ชม. แล้วยังไม่เกิดการเจ็บครรภ์ หรือไม่มี Uterine contraction ตามต้องการ ควรรายงานแพทย์เพื่อหยุดการให้ยา
8. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายใน การประเมิน Uterine Contraction

การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ Oxytocin หลังจากให้ยาและปรับ rate ที่ 10d/min ได้ uterine contraction Duration 40-45 วินาที Interval 3 นาที 20 วินาที
2. มี Progress of labor ดี , ไม่มีภาวะ tetanic Uterine Contraction
3. ทารกในครรภ์ ไม่มีภาวะ Fetal distress FHS อยู่ในช่วง 130-150 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 เจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

- O: On 5%D/N/2 1000 cc + Syntocinon 10 u v drip 40 cc/hr
- O: กระสับกระส่ายบิดตัวไปมาเมื่อมดลูกหดตัว แสดงสีหน้าเจ็บปวด
- O: มดลูกหดตัว 3 – 4 ครั้ง ใน 10 นาที แต่ครั้งนาน 45 – 50 วินาที

วัตถุประสงค์

เพื่อทุเลาอาการเจ็บครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. กระสับกระส่ายน้อยลง เมื่อมดลูกหดตัว คลายความเจ็บปวดได้บ้างขณะมดลูกไม่หดตัว
2. สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ด้วยเทคนิคการหายใจ การนวด การลูบหน้าท้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ฝ้าคลุมอย่างใกล้ชิด ปลอดภัยให้กำลังใจ และสัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้เกิดความอบอุ่น เกิดความมั่นใจและสามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้
2. สอนเทคนิคการหายใจที่ถูกต้อง การลูบหน้าท้อง เพื่อผ่อนคลายความเจ็บปวด พร้อมทั้งให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น เมื่อมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกช้า ๆ หรือใช้มือลูบที่บริเวณหน้าท้อง
3. ช่วยบีบนิ้วบริเวณหลัง กระดุกก้นกบ และหน้าขาให้อย่างเบามือเพื่อบรรเทา อาการปวด และเพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจและมั่นใจว่าจะผ่านความเจ็บปวดนี้ไป ได้ด้วยดี
4. ดูแลความสบายทั่ว ๆ ไป เช่น เช็ดหน้า เช็ดตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก เสื้อผ้าและเครื่องนอนสะอาด ไม่เปียกชื้น เพื่อให้ผู้คลอดสบายและรู้สึกสดชื่นขึ้น
5. ตรวจสอบบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของการหดตัวของมดลูก

การประเมินผล

1. กระสับกระส่ายน้อยลง คลายความเจ็บปวดได้บ้าง ขณะมดลูกไม่หดตัว
2. เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ด้วยเทคนิคการหายใจ การนวดหลัง และการลูบหน้าท้องได้

การวางแผนการพยาบาลระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- O: มดลูกหดตัว Duration 50 วินาที Interval 2 นาที 10 วินาที
- O: มีน้ำเดินทางช่องคลอด
- O: มารดาได้รับยาเร่งคลอด Syntocinon 10 Unit ใน 5 % D / NSS / 2 1000 ml d / min ทางหลอดเลือดดำอัตรา 10 d/min อัตราการเต้นของหัวใจเด็ก 124-132 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ การคลอดดำเนินไปอย่างปกติ มีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกในระยะคลอดและหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. การเต้นของหัวใจเด็กอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที
2. ทารกแรกคลอด APGAR Score ในนาทีที่ 1,5,10 ไม่น้อยกว่า 8
3. การคลอดดำเนินไปตามปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพ และยาที่จำเป็นสำหรับทารก เตรียม Radiant warmer

ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญในการดูแลทารก

2. จับ Uterine Contraction ทุก 5 นาที ฟัง FHS ให้อยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที พร้อมลงบันทึก

2. เตรียมผู้คลอดโดย

2.1 จัดให้อนหงายขึ้นขาห้อย ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยการฟอกด้วยน้ำยา Providine Scrub ขึ้นไปจนถึงหน้าขา และบริเวณใต้ฝีเย็บ แล้วซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ ปูผ้าสะอาดปราศจากเชื้ออย่างถูกวิธี

2.2 ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ถ้าปัสสาวะเองไม่ได้ สอนปัสสาวะให้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

2.3 สอนการเบ่งอย่างถูกวิธีโดย คางชิดอกหายใจเข้าลึก ๆ แล้วเบ่งลงก้นยาว ๆ โดยที่มือทั้งสองข้างผลักเหล็กข้างเตียงขึ้นไปและส้นเท้าทั้งสองข้างจิกกับพื้น ในขณะที่มดลูกมีการหดตัว

4. ทำคลอดปกติอย่างถูกวิธีโดยยึดหลัก Aseptic Technique

5. เมื่อทารกคลอดแล้ว เช็ดตาด้วยน้ำยา 1% boric acid ดูดเมือกในปากและจมูกให้หมด ตัดสายสะดือ นำทารกวางที่ Radiant Warmer ที่เตรียมไว้ และให้การช่วยเหลือทารกแรกคลอดโดย

5.1 ลดความสูญเสียความร้อนจากร่างกายโดยการเช็ดตัวให้แห้ง

5.2 เมื่อทารกร้องเสียงดัง หายใจดี หัวใจเต้นปกติ จึงติดป้ายข้อมือ ห่อผ้า นำทารกไปให้มารดา ดู ทดลองให้ดูคนมารดา เมื่อมารดาไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ

6. ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดย

6.1 ทำคลอดรอกอย่างถูกวิธี หลังรอกคลอดคลึงมดลูกให้แข็ง ตรวจรกและเชือกหุ้มรก

6.2 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ก่อนให้ยาช่วยการหดตัวของมดลูก

6.3 ซ่อมแซมฝีเย็บโดยเร็ว ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องคลอด

6.4 บันทึกปริมาณการเสียเลือดทั้งหมด และใส่ผ้าอนามัยซับไว้ เพื่อสังเกต ปริมาณ ลักษณะเลือดที่ออกเพิ่มใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การประเมินผล

1. เด็กคลอดปกติ เพศหญิง APGAR Score 10-10-10 เด็กแรกคลอดสมบูรณ์ แข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดถามว่า “ ต้องเบ่งคลอดเมื่อไร ”

O : ผู้คลอดไม่มีแรงเบ่ง และเบ่งคลอดลมขึ้นหน้า หน้าแดง

O : ผู้คลอดเบ่งคลอดตอนมดลูกไม่หดตัว

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดเบ่งคลอดได้ถูกวิธี และสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดมีแรงเบ่ง และเบ่งตอนมดลูกหดตัว
2. ปากมดลูกไม่บวมเพิ่มขึ้น
3. สามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายกลไกการคลอด วิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง
2. กระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งคลอดเมื่อมดลูกมีการหดตัว
3. แนะนำผู้คลอดหายใจอย่างถูกต้อง ขณะมดลูกไม่มีการหดตัว เพื่อคลายความเครียด
4. แจ้งความก้าวหน้าของการคลอดให้ผู้คลอดทราบเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ผู้คลอดผ่อนคลาย
5. ให้กำลังใจผู้คลอด พร้อมทั้งให้การพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด
6. ประเมินภาวะชีพจรว่าเต็มหรือไม่ ถ้าเต็มให้ทำการสวนทึงปีศาจ เพื่อลดการขัดขวาง

กลไกการคลอด

7. ประเมินและติดตาม Uterine Contraction และ Intensity ติดตามอาการผิดปกติผิดปกติ รีบ

รายงานแพทย์เวร

การประเมินผล

1. ผู้คลอดสามารถเบ่งคลอดได้อย่างถูกต้อง
2. ปากมดลูกของผู้คลอดไม่บวมเพิ่มขึ้น
3. ผู้คลอดคลอดปกติทางช่องคลอดได้

การวางแผนการพยาบาลระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาดของฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

- O: ผู้คลอดได้รับการตัดฝีเย็บกว้างกว่าปกติ เนื่องจากทารกน้ำหนัก 3,000 gms.
- O: Total Blood loss 200 cc
- O: หลังคลอดยังไม่ถ่ายปีศาจ

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. หลังรกลดมดลูกมีการหดตัวดี มีลักษณะเป็นก้อนกลมแข็ง
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg. ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น
3. ภาวะชีพจรว่าง

4. แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma
5. หลังคลอด Hct. ไม่ต่ำกว่า 30 Vol%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำคลอดทารกและรกอย่างถูกต้องตามเทคนิค เพื่อป้องกันการน็อกขาดของช่องทางคลอดและการตกค้างของเศษรก ซึ่งอาจทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้
2. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากคลอดแล้ว ระวังการหดตัวของมดลูกถ้าไม่ดีหาสาเหตุเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องต่อไป
3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด จะได้ให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องและรวดเร็ว
4. ระวังการน็อกขาดบริเวณแผลฝีเย็บและทำการซ่อมแซมอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ระวังว่ามีเลือดซึมออกจากบริเวณใด ถ้ามี Hematoma จะเห็นบริเวณแผลฝีเย็บบวม มีสีม่วงคล้ำ ผู้คลอดจะรู้สึกดีและปวดถ่วงบริเวณฝีเย็บมาก
5. ตรวจสอบภาวะเพาะปัสสาวะทางท้องน้อย ถ้าภาวะเพาะปัสสาวะเต็ม ให้กระตุ้นมารดาปัสสาวะเองเพื่อให้ภาวะเพาะปัสสาวะว่าง เป็นการลดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก มดลูกจะหดตัวดีขึ้น
6. ให้อาหารกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูก
7. ดูแลให้สารน้ำและอาหารให้เพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณเลือดและสารน้ำที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอด
8. การกระตุ้นให้มารดาให้นมบุตรโดยเน้น 3 ค. คือ คุณเร็ว คุณบ่อย คุณถูกวิธี เพื่อเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลังฮอร์โมนออกซิโตซิน กระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น

การประเมินผล

1. หลังคลอดมดลูกหดตัวดี 2 ซม. เปลี่ยนผ้าอนามัย 1 ผืน ชุ่มผืน (ประมาณ 60-100 ซีซี)
2. หลังคลอดประมาณ 4 ชั่วโมง มารดาสามารถปัสสาวะเองได้
3. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีหน้ามืดใจสั่น BP: 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส
4. แผลฝีเย็บไม่มี Hematoma
5. Hct. หลังคลอด 38 Vol %

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไม่สุขสบาย เนื่องจากเจ็บตึงบริเวณแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

- S: ผู้คลอดบอกว่าปวดแผล
- O: ผู้คลอดมีแผลฝีเย็บ แสดงสีหน้าเจ็บปวด โดยเฉพาะเวลาลุกนั่ง และขยอขาแก้ปวดทุก 4 ชม.

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบายและบรรเทาอาการเจ็บตึงแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาหลังคลอด เจ็บตึงแผลเย็บน้อยลงไม่บ่นปวด
2. มารดาหลังคลอดมีสีหน้าและท่าทางผ่อนคลาย และนอนพักผ่อนได้
3. แผลฝีเย็บดีดี ไม่มี Hematoma หรือบวม แดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึกเจ็บปวดฝีเย็บและผนังช่องคลอดเพื่อบรรเทาความรู้สึกตึงเครียดภายในลง
2. แนะนำมารดาให้รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และฝีเย็บ โดยล้างด้วยน้ำสบู่อ่อนๆ แห้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลแห้งและหายเร็วขึ้น
3. แนะนำมารดาให้พักผ่อนท่านอนตะแคงหรือท่านอนคว่ำหลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนานๆ เพื่อลดการคั่งของน้ำเลือดที่ฝีเย็บและผนังช่องคลอดซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดลดลง
4. แนะนำให้มารดาขมิบก้นและฝีเย็บ วันละ 3-4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะต้องขมิบ 5 รอบ เพื่อให้การไหลเวียนดี อาการปวดฝีเย็บจะลดลง
5. ดูแลให้รับยาแก้ปวด พาราเซตามอล ตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด

การประเมินผล

1. มารดาบ่นปวดแผลฝีเย็บน้อยลง สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย ไม่บ่นปวดขณะลุกนั่ง หรือขยับตัว
2. ความถี่ในการขมิบก้นลดลง
3. แผลฝีเย็บแห้งดีดีไม่มีบวมแดง ไม่มี Hematoma

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มารดามีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาถามว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านทำงานได้เลยหรือไม่และจะทำอะไร

วัตถุประสงค์

สามารถบอกการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ให้คำแนะนำเพิ่มเติม เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์คุณค่าอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เนื้อ นม ไข่ พัก ผลไม้ งดเครื่องดื่ม สุรา กาแฟ และอาหารหมักดอง
3. แนะนำการออกกำลังกาย สม่่าเสมอแต่ไม่หักโหมจนเกินไป เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

4. งานหนักช่วง 4-8 สัปดาห์ สามารถทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้คงมีเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ขึ้นไปและการคุมกำเนิด

5. แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ที่ถูกวิธีโดยล้างจากด้านหน้าไปด้านหลัง หลังการขับถ่ายทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

6. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น ใช้ถุง น้ำคาบปามีสีแดงสด

7. หรือมีปริมาณมากขึ้น มีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บแดงเป็นหนอง

8. แนะนำการรับประทานยาบำรุง กรด โฟลิก เพื่อป้องกันภาวะซีดตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. มารดาสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดามีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนไม่ประสบความสำเร็จ

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาและญาติ “ทำไมถึงให้ลูกกินน้ำไม่ได้ลูกจะไม่หิวเธอ”

S: ยายบอกว่า“เคยป้อนข้าวลูกมาตั้งแต่เกิดลูกก็ยังไม่โตมาได้”

O: ญาติซื้อขวดนมมาให้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มารดาและญาติตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1.มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 2.มารดาและญาติบอกความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน
- 3.มารดาและญาติบอกถึงผลเสียของการให้อาหารอื่นกับทารกแรกเกิดนอกจากนมแม่ได้
- 4.มารดาสามารถอุ้มลูกดูนมได้ถูกวิธีและไม่ให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่

การพยาบาล

1. แนะนำให้มารดาและญาติทราบถึงประโยชน์ของน้ำนมแม่ เมื่อให้ลูกดูนมแม่ลูกจะมีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติต่อต้านเชื้อโรค และสารอาหารในนมแม่ยังมีสารอาหารที่ช่วยในการสร้างสมองด้วย ทำให้ลูกฉลาดและยังดีต่อระบบการย่อย และการดูดซึมของลำไส้ของลูกที่ยังพัฒนาไม่เต็มที่

2. อธิบายให้มารดาและญาติทราบถึงกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมเมื่อมารดาให้บุตรดูนมจะกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ถ้าให้บุตรดูดนมสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง หรือตามความต้องการของบุตร จะทำให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมมากขึ้น และมียาวนานตลอดระยะเวลาที่บุตรดูนมมารดา

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการให้นมมารดา คือ ดูนมเร็ว ดูบ่อย และดูนมถูกวิธี เพื่อให้มารดาเข้าใจวิธีการให้นมบุตรอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สอนและสาธิตวิธีการอุ้มลูกคุณนมที่ถูกวิธี และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ
5. สอนบิดาหรือญาติให้มีส่วนร่วมในการให้นม เพื่อส่งเสริมให้มารดามีกำลังใจและต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
6. เปิดโอกาสให้มารดาได้คุยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
7. ให้ความมั่นใจแก่มารดา ให้นมบุตรอย่างเดียวได้นาน 6 เดือนแรก โดยไม่ต้องให้น้ำ หรืออาหารอย่างอื่น เพราะในน้ำนมแม่มีน้ำถึง 87 % มีสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของบุตร การให้น้ำจะทำให้บุตรอึด และคุณนมมารดาได้น้อยลง และที่สำคัญอาจทำให้บุตรติดเชื้อ

การประเมินผล

1. มารดาและญาติมีความรู้ความเข้าใจและเห็นประโยชน์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. มารดาและญาติบอกความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือน ถูกต้อง
3. มารดาและญาติบอกถึงผลเสียของการให้อาหารอื่นกับทารกแรกเกิดนอกจากนมแม่ได้
4. มารดาสามารถอุ้มลูกคุณนมได้ถูกวิธีและไม่ให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่

10. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อนำวางแผนการพยาบาลผู้คลอดและทารก รวมทั้งเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้คลอดรายอื่น ๆ ในหน่วยงานได้อย่างเหมาะสมต่อไป

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงานปัญหาอุปสรรค

จากการดำเนินการศึกษาผู้คลอดรายนี้ พบปัญหาความยุ่งยากดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และทราบถึงวิธีการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย และให้การพยาบาลและคำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้อย่างถูกต้อง
2. พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก และต้องสามารถประเมินสภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ได้โดยใช้กระบวนการพยาบาลนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการพยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลโดยช่วยป้องกันภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดซ้ำ ป้องกันและดูแลการติดเชื้อ และช่วยประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปตามปกติ จนครบกำหนดคลอด ตลอดจนมีทักษะไหวพริบในการตัดสินใจที่ดีและตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ได้
3. พยาบาลต้องสามารถวินิจฉัยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ได้หรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จริง แพทย์พิจารณาเร่งคลอดโดยการให้ Syntocinon เพื่อเป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ภายหลังการเร่งคลอด Syntocinon 2 ชั่วโมง มี Progress of labor ผู้ป่วย Cervix fully dilate Effacement 100 % Station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด ทำคลอดปกติ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ

1. จากการศึกษา กรณีมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งมีอัตราความเสี่ยงสูงทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยได้ ดังนั้น ทีมสุขภาพ ควรมีการเพิ่มพูนความรู้ให้กับทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มความรวดเร็ว แม่นยำ ในการวินิจฉัยแก้ปัญหาและการให้การรักษาพยาบาลเพื่อให้เป็นมาตรฐานไปในทิศทางเดียวกัน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการฟื้นฟูในเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

2. การฟื้นฟูความรู้และทักษะการดูแลผู้คลอดที่ต้องได้ทำสูติศาสตร์หัตถการและการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ควรจะมีการดำเนินการทุก 3 เดือน เนื่องจากจำนวนผู้คลอดที่พบมีปัญหาในภาวะดังกล่าวมีค่อนข้างน้อย เพื่อเพิ่มพูนทักษะและความมั่นใจให้กับทีมเจ้าหน้าที่มากขึ้น

3. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลขณะตั้งครรภ์ ควรเน้นให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาโรงพยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เพื่อความปลอดภัยทั้งของมารดาและทารก

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

1. สนับสนุนให้มีการพัฒนางานสูติศาสตร์ให้ได้มาตรฐานโดยจัดให้มีการอบรมสัมมนางานวิชาการภายในหน่วยงาน

2. ส่งเสริมการนำกระบวนการการพยาบาลตามมาตรฐานไปใช้อย่างทั่วถึง

3. สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมให้เข้าร่วมอบรมความรู้ทางสูติศาสตร์แก่ผู้ปฏิบัติงาน อย่างทั่วถึง

13. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องนี้ผู้จัดทำขอขอบพระคุณ นายแพทย์คณัย ชีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี พันเอกนายแพทย์บวร เมลงภู่อทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คุณปิยรัตน์ จันดี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คุณพูนทรัพย์ จันทรเรือง หัวหน้างานห้องคลอด-ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งทีมเจ้าหน้าที่งานห้องคลอด-ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และคอยให้ความช่วยเหลือให้การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ก้านแหง จาตุรจินดาและคณะ. **สูติศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติดีมีเดีย, 2545.

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **คู่มือการพยาบาลสำหรับการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 10. เชียงใหม่ :

หจก.ธนบรรณการพิมพ์, 2543

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด, 2543

คณาจารย์จากวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. **การพยาบาลสูติศาสตร์**. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2544

จริยาพร ศรีสว่างและคณะ. **การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3**. นนทบุรี : ประชุมการช่าง, 2544

ชวนพิศ นรเดชนานท์. **ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542

ธีระ วลัยนิช และธีระ ทองสง. **ตำราสูติศาสตร์ภาวะวิхаสูติศาสตร์และนรีเวชเชียงใหม่**. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่ :

หน่วยงานวารสารวิชาการคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545

พิริยา สุภศิริ. **การพยาบาลในระยะคลอด**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ, 2547.

วราวุธ สุมาวงศ์. **คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด**. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สัมพันธ์, 2533.

ศิริวรรณ ยืนยง และคณะ. **การดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอดและการรกเกิด**. ชลบุรี :

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 2545.

ศรีนวล โอสสถิตย์. **มารดาหลังคลอดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล**. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางสาวอรอนงค์ พันธุ์โสภาก)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้เสนอผลงาน

วันที่เดือน พ.ศ.

ได้รับการตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางปิยรัตน์ จันดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พ.อ.นพ.....

(บวร แมลงภู่อทอง)

ตำแหน่ง นายแพทย์ 8 วช.

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(ดนัย ธีวันดา)

ตำแหน่ง นายแพทย์ 9 บส.

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข. ข้อเสนอแนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** มาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
(premature rupture of membranes)

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 1 กรกฎาคม 2551 ถึง 31 มีนาคม 2552

3. **สรุปเค้าโครงเรื่อง**

3.1 **หลักการและเหตุผล**

ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในสถิติของการคลอด และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการตายปริกำเนิดและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด สำหรับแนวทางการดูแลรักษา สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ อายุครรภ์ การเจริญของปอดทารก ภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูก ภาวะแทรกซ้อนจากการที่ปริมาณ น้ำคร่ำลดลงโดยทั่วไปเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ หรือเมื่อพิสูจน์ได้ว่าปอดของทารกเจริญเต็มที่แล้ว หรือมีภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกหรือมีภาวะสายสะดือถูกกดทับ ก็จะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง การดูแลที่สำคัญอีกระยะหนึ่งคือ การดูแลทารกแรกคลอด ควรจะมีการเตรียมความพร้อมของทีมสำหรับการดูแลทารกแรกคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าทารกมีน้ำหนักน้อย ดังนั้น ทีมผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีทักษะ ความรู้ความสามารถในกระบวนการดูแล มีการเฝ้าระวังและสามารถเตรียมการให้การพยาบาลที่เหมาะสมทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก

มารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ถ้าได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องจะลดผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ที่สำคัญ คือ การตายปริกำเนิด และทุพพลภาพของทารกแรกเกิด ภาวะการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำภาวะ Fetal distress การคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความรู้และความสามารถพิเศษในการวินิจฉัยแยกโรค การให้การพยาบาล เฝ้าระวัง และสังเกตอาการ และสามารถเตรียมการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ เพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดนั้น การพยาบาลที่สำคัญเริ่มตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทดสอบน้ำคร่ำ ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและช่วยในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอดการพยาบาลที่สำคัญ คือ การป้องกันการติดเชื้อในโพรงมดลูก การป้องกันภาวะสายสะดือข้อย ซึ่งจะนำไปสู่อันตรายที่เกิดขึ้นกับทารก ที่ผ่านมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้คลอดทั้งหมด นับว่าเป็นอุบัติการณ์ที่สำคัญเพราะถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขและรักษาได้ทันทั่วทั้งก็จะไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารก ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจจัดทำมาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาที่ทันทั่วทั้งที่ถูกต้อง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมาก

ยิ่งขึ้น ต่อเนื่องถึงการวางแผนการจำหน่ายซึ่งมีความสำคัญมากในการดูแลมารดาและทารกทารก ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนา
งานให้มีคุณภาพจึงได้จัดทำเรื่องนี้ขึ้น

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิดข้อเสนอ

ในการจัดทำมาตรฐานและการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ถือว่าเป็นการดูแล
ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัดและเป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต การจัดทำมาตรฐานจึง
ต้องทำอย่างครอบคลุม และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ

มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. รวบรวมความรู้ ผลการวิจัยและสถิติ เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บ
ครรภ์
2. นำข้อมูลที่ได้อ่านวิเคราะห์ วิเคราะห์การพยาบาลและจัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
น้ำคร่ำ แตกก่อนการเจ็บครรภ์
3. นำมาตรฐานและการวางแผนการจำหน่าย ตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญ
4. นำมาตรฐานและการวางแผน การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์มาใช้ใน
หน่วยงาน
5. ติดตามและประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
6. สรุป จัดทำมาตรฐานและการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ เพื่อใช้
งานจริงในหน่วยงาน

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีมาตรฐานและการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
2. ให้เจ้าหน้าที่ใช้เป็นแนวทาง ในดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่าง ๆ นำมาตรฐานที่ได้เพื่อให้ความรู้ที่
เหมาะสมใน แต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. ด้านครอบครัวญาติ โดยเฉพาะบิดามารดาได้เข้าใจ และมีความรู้ถึงสภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์จะได้มีส่วนร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังต่อไป
4. เป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างความตระหนักในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
5. เพื่อให้ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วม ในการพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น
6. เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ได้ทราบการดูแลพยาบาลด้านร่างกายแล้วยังทราบถึงแนวทางการดูแลพยาบาลด้านจิตใจ
พร้อมทั้งยังหาวิธีแก้ไขปัญหาลักษณะได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. จำนวนมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ มีอัตราลดลง
2. จำนวนมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมีอัตรา
ลดลง

3. จำนวนทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์หลังคลอดมี
ภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้เสนอแนวคิด

(นางสาวอรอนงค์ พันธุ์โสภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

วันที่เดือนพ.ศ.