

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง เบาะรูนิด

เสนอโดย

นางสาวณัฐธิดา คำหอม
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 156)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2553 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2553)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียเลือดจากทางช่องคลอด ภายหลังทารกคลอดในปริมาณมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในรายที่คลอดทางช่องคลอด และในรายที่คลอดทางหน้าท้อง มีการสูญเสียในปริมาณที่มากกว่า 1,000 มิลลิลิตรหรือมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวผู้คลอด โดยแบ่งเป็น 2 ชนิดตามระยะเวลาของการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์ และคณะ, 2548.)

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early postpartum hemorrhage) ได้แก่ การตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากสาเหตุ

- 1.1 มดลูกหดตัวไม่ดี (uterine atony)
- 1.2 การฉีกขาดของช่องคลอด (laceration of the birth canal)
- 1.3 การตกเลือดจากตำแหน่งที่รกเกาะ (placenta bed bleeding)
- 1.4 การมีรกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก (retained placenta)
- 1.5 มดลูกปลิ้น (uterine inversion)
- 1.6 ความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวของเลือด (defect of clotting mechanism)

อาการและอาการแสดง

พบเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอดหรือคั่งค้างในช่องคลอด มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ชีตแห้งออก กระหายน้ำ ชีพจรเต้นเบาเร็ว อ่อนแรง หายใจหอบ ถ้าเลือดออกมากจะหมดสติ เสียชีวิตได้ ถ้ามดลูกอาจพบว่าอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติเนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายใน ในรายที่รุนแรงมดลูกจะอ่อนปวกเปียก

2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) ได้แก่การตกเลือดที่เกิดขึ้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด จากสาเหตุ (วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, 2550)

- 2.1 การมีเศษรกค้างในโพรงมดลูก
- 2.2 การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก
- 2.3 การติดเชื้อในโพรงมดลูก
- 2.4 มีการอักเสบของปากมดลูก ช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
- 2.5 การใช้ยาหรือสารบางชนิด เพื่อหยุดยั้งการหลั่งน้ำนม เช่น การใช้ estrogen
- 2.6 เลือดออกจากแผลของมดลูก ช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
- 2.7 เลือดออกจากแผลของมดลูกภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- 2.8 มีเนื้องอกในโพรงมดลูก เป็นผลให้มดลูกเข้าอู่ไม่ดี

สาเหตุร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ การมีเศษรกค้างในโพรงมดลูกร่วมกับภาวะการติดเชื้อมากภายในโพรงมดลูก

อาการและอาการแสดง

มีเลือดออกทางช่องคลอด มักจะเกิดอาการภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนใหญ่พบในระหว่างวันที่ 4-9 หลังคลอด ส่วนอาการอื่น ๆ คล้ายกับการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

การรักษา

1. ให้การช่วยเหลือและการจัดการทันตที่ โดยค้นหาสาเหตุ
2. การรักษาด้วยยา ได้แก่ oxytocin , methergin , prostaglandin E2 (prostinE2) , cytotec
3. การรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูก

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

1. ดูแลให้มดลูกหดตัวดีภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกและไล่อ่อนเลือดที่ค้างในโพรงมดลูก เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวเป็นระยะ
2. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะให้อว่าง โดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ สวมปัสสาวะทิ้งกรณีที่ไม่ถ่ายปัสสาวะไม่ได้เพื่อไม่ให้เกิดภาวะ Full bladder และวัดระดับมดลูก
3. ถ้ามีการฉีกขาดของช่องคลอด ต้องเย็บซ่อมแซมให้เรียบร้อย
4. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย
5. ตรวจสอบลักษณะและปริมาณน้ำคาวปลาที่ออกจากโพรงมดลูก
6. ให้สารน้ำและเลือดทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
7. กระตุ้นทารกดูนมมารดา เพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 28 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพอยู่ อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนากรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 3376/46 เลขที่ภายใน 1302/53 ผู้คลอดครรภ์ที่ 3 ผ่าคลอดครั้งที่ 3 คลินิก 10 ครั้ง อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 3 วัน วันที่ 18 มีนาคม 2553 มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำคร่ำออกจากช่องคลอด ทารกในครรภ์คี่นดี แพทย์รับไว้ในห้องคลอด แรกได้รับผู้คลอดรู้สึกตัวดี พุดคุยไม่สับสน ตรวจภายในปากมดลูกขยาย 6 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ เลือดกรุ๊ปโอ การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี ผลการตรวจเป็นลบ เชื้อซิฟิลิส ผลการตรวจเป็นลบ และเชื้อเอชไอวี ผลการตรวจไม่พบเชื้อ ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ไม่พบการติดเชื้อ ตรวจความเข้มข้นของเลือด 33.3 เปอร์เซ็นต์ แพทย์วางแผนให้ คลอดปกติ เวลา 10.50 นาฬิกา ถุงน้ำคร่ำแตกเองสีใส ตรวจภายในปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ฟังเสียงหัวใจทารก 140 ครั้งต่อนาที ผู้คลอดคลอดเวลา 11.05 นาฬิกา คลอดทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,510 กรัม คะแนนแอปการ์ 9 และ 10 เมื่อเวลาที่ 1 และ 5 นาทีตามลำดับ 11.10 นาฬิกา ผู้คลอดคลอดครบ ลักษณะปกติ

ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตร หลังรกลดลด มดลูกหดตัวไม่ดี ผู้คลอดเสียเลือด 300 มิลลิลิตร แพทย์มีคำสั่งให้ยา methergin 0.2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ยา Oxytocin 10 ยูนิต ทางกล้ามเนื้อทันที และ Oxytocin 10 ยูนิตใน 5%D/N/2 800 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และให้ผู้คลอดนอนสังเกตอาการในห้องคลอด 2 ชั่วโมง จึงย้ายผู้คลอดและบุตรไปยังหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เวลา 14.00 นาฬิกา โดยรอนอน เวลา 14.20 นาฬิกา แรกเริ่มผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสมยา Oxytocin 20 ยูนิต อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 14.10 นาฬิกา ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำคงเหลือ 550 มิลลิลิตร ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินการหดตัวของมดลูกอยู่สูงกว่าระดับ 3 นิ้ว เอียงซ้าย ไม่มีภาวะ Full bladder มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บบวม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 0.5 เซนติเมตร ปริมาณเลือดออกจากช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน(ประมาณ 50 มิลลิลิตร)ไม่พบลิ่มเลือดในช่องคลอด เวลา 14.30 นาฬิกา ผู้คลอดมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม และเริ่มปวดปัสสาวะ กระตุ้นให้ผู้คลอดถ่ายปัสสาวะที่เตียง ถ่ายปัสสาวะไม่ออก จึงสวนปัสสาวะทิ้ง ปริมาณ 50 มิลลิลิตร สีเหลืองเข้ม ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินการหดตัวของมดลูกหดตัวดี ตรวจภายในพบลิ่มเลือดในช่องคลอด 345 มิลลิลิตร (จากการซัง) ตรวจความเข้มข้นของเลือด เวลา 21.00 นาฬิกาเท่ากับ 24 เปอร์เซนต์ รายงานสูติแพทย์ให้เลือด PRC 1 ยูนิต และติดตามความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับเลือด 4 ชั่วโมง เท่ากับ 26 เปอร์เซนต์ ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดลดลง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ผู้คลอดวันที่สองช่วยเหลือตนเองได้ดี กุมกำนิคแบบท่าหมัน หลังผ่าตัดทำหมันแผลไม่มีเลือดซึม ตรวจความเข้มข้นของเลือด เวลา 16.00 นาฬิกาเท่ากับ 25 เปอร์เซนต์ รายงานสูติแพทย์รับทราบ และเวลา 22.00 นาฬิกา ตรวจความเข้มข้นเลือด 24.5 เปอร์เซนต์ ให้เลือด PRC อีก 1 ยูนิต และภายหลังได้รับเลือด 4 ชั่วโมง ความเข้มข้นเลือด 24.5 เปอร์เซนต์ ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดลดลง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ แพทย์รับทราบให้ยาบำรุงเลือดเพิ่ม หลังคลอดวันที่ 3 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน แพทย์นัดตรวจหลังคลอด 1 สัปดาห์ วันที่ 29 มีนาคม 2553 เวลา 08.00 นาฬิกา แผนกผู้ป่วยนอกสูติ - นรีเวชกรรมและนัดตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ วันที่ 29 เมษายน 2553 เวลา 08.00 นาฬิกา แผนกผู้ป่วยนอกสูติ - นรีเวชกรรม จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาทางการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี
2. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากปวดมดลูกและแผลฝีเย็บหลังคลอด
3. ผู้คลอดมีโอกาสดกเลือดในระยะหลัง (24 ชั่วโมงไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด)
4. ผู้คลอดมีโอกาสดกเชื้อบริเวณฝีเย็บและหนทางคลอด
5. ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรเนื่องจากน้ำนมมีน้อย
6. ผู้คลอดและสามีวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจและพบบ่อยในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม
2. ศึกษาค้นคว้าเรื่องภาวะตกเลือดหลังคลอด จากความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้คลอดและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาล พร้อมทั้งให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
4. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดทำเอกสาร และนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 28 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เลขที่ภายนอก 3376/46 เลขที่ภายใน 1302/53 ผู้คลอดครรภ์ที่ 3 ฝากครรภ์ที่คลินิก 10 ครั้ง อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ 3 วัน วันที่ 18 มีนาคม 2553 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำคร่ำออกจากช่องคลอด ทารกในครรภ์คั่นดี รับไว้ในห้องคลอดเมื่อ วันที่ 18 มีนาคม 2553 แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี พุดคุยไม่สับสน อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในปากมดลูกขยาย 6 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ ทารกมีส่วนน้ำเป็นท่าศีรษะ จากการตรวจร่างกายทั่วไป เชื้อบูตา 2 ข้างซิด ฟันไม่ผุ ต่อมน้ำไทรอยด์ไม่โต เต้านมหวั่นมปกติ ฟังปอดและหัวใจไม่พบความผิดปกติ มือและเท้า 2 ข้างไม่บวม ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม การแพ้ยาและอาหารทุกชนิด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้คลอดมีเลือดกรุ๊ปโอ การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดบี ผลการตรวจเป็นลบ (ค่าปกติ ลบ) เชื้อซิฟิลิส ผลการตรวจเป็นลบ (ค่าปกติ ลบ) และเชื้อเอชไอวี ผลไม่พบเชื้อ (ค่าปกติ ลบ) ผลการตรวจปัสสาวะปกติไม่พบการติดเชื้อ ตรวจความเข้มข้นของเลือด 33.3 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 36-48 เปอร์เซ็นต์) แพทย์วางแผนให้คลอดปกติ

วันที่ 18 มีนาคม 2553 ผู้คลอดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสมยา Oxytocin 10 ยูนิต ปรับตามการหดตัวของมดลูก และตรวจการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์(NST) เวลา 10.50 นาฬิกา ถุงน้ำคร่ำแตกเองสีใส ตรวจภายในปากมดลูกขยาย 10 เซนติเมตร ฟังเสียงหัวใจทารก 140 ครั้งต่อนาที ผู้คลอดเวลา 11.05 นาฬิกา ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,510 กรัม คะแนนแอปการ์ 9 และ 10 เมื่อเวลาที่ 1 และ 5 นาทีตามลำดับ 11.10 นาฬิกา คลอดรกครบ น้ำหนัก 500 กรัม สายสะดือยาว 50 เซนติเมตร รกกว้าง 20 เซนติเมตร ชีดริม 8 เซนติเมตร หางริม 12 เซนติเมตร ผู้คลอดเสีย

เลือด 300 มิลลิลิตร มดลูกหดตัวไม่ดี ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้ยา methergin 0.2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ยา Oxytocin 10 ยูนิต ทางกล้ามเนื้อทันที และเพิ่มยา Oxytocin 10 ยูนิตใน 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสม Oxytocin 10 ยูนิต เหลือ 800 มิลลิลิตร อัตราการไหล 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก บันทึกสัญญาณชีพ สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ระดับความรู้สึกตัว วางกระเป๋าน้ำแข็งที่หน้าท้อง พร้อมทั้งคล้องมดลูกเบา ๆ เพื่อให้มดลูกหดตัวดี และให้ผู้คลอดนอนสังเกตอาการในห้องคลอด 2 ชั่วโมง จึงทำการย้ายผู้คลอดและบุตรไปยังหอผู้ป่วยสูติ - นรีเวชกรรม เวลา 14.00 นาฬิกา โดยรอนอน เวลา 14.20 นาฬิกา แรกได้รับผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสมยา Oxytocin 20 ยูนิต อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปริมาณสารน้ำทางหลอดเลือดดำคงเหลือ 550 มิลลิลิตร ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ประเมินการหดตัวของมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือ 3 นิ้ว มดลูกหดตัวดี แผลฝีเย็บบวมเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร ปริมาณเลือดออกจาก ช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน (ประมาณ 50 มิลลิลิตร) เป็อนผ้าถุงและผ้าขาวประมาณ 100 มิลลิลิตร (จากการชั่ง) ไม่พบลิ่มเลือดในช่องคลอด รายงานสูติแพทย์เพิ่มอัตราการไหลของสารน้ำจาก 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็น 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 14.30 นาฬิกา ผู้คลอดมีอาการ หน้ามืด เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม และประเมินสัญญาณชีพ ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกายน้อย 100 เปอร์เซ็นต์ ประเมินการหดตัวของมดลูกหดตัวดี ตรวจภายในพบลิ่มเลือดในช่องคลอด 345 มิลลิลิตร (จากการชั่ง) ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีและเสียเลือดทางช่องคลอดรวม 795 มิลลิลิตร ประเมินการหดตัวของมดลูกอยู่สูงกว่าระดับสะดือ 3 นิ้ว ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้นผู้คลอดถ่ายปัสสาวะที่เตียง ถ่ายปัสสาวะไม่ออก สวนปัสสาวะทิ้งปริมาณ 50 มิลลิลิตร สีเหลืองเข้ม วางกระเป๋าน้ำเย็นที่หน้าท้อง ตรวจบันทึกการึกษาของช่องทางคลอด ไม่พบจุดเลือดออก ช่วยเปลี่ยนผ้าอนามัยให้บนเตียงทุก 1-2 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่มเพื่อประเมินเลือดออกทางช่องคลอด ดูแลให้ได้รับน้ำและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเพียงพอ เพื่อทดแทนปริมาณน้ำที่สูญเสียออกจากร่างกาย รายงานสูติแพทย์ ให้จ้องเลือด PRC 1 ยูนิต ตรวจความเข้มข้นของเลือดเวลา 21.00 นาฬิกา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 1000 มิลลิลิตร ผสมยา Oxytocin 20 ยูนิต อัตราการไหล 120 มิลลิลิตร ร่วมกับ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร นาน 4 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ความดันโลหิต systolic 90 – 120 มิลลิเมตรปรอท diastolic 60 – 80 มิลลิเมตรปรอท เวลา 21.00 นาฬิกา ตรวจความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 24 เปอร์เซ็นต์ รายงานสูติแพทย์ให้ PRC 1 ยูนิต เนื่องจากผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย ตรวจความเข้มข้นของเลือดหลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง เท่ากับ 26 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดสีหน้าไม่สดชื่น และบ่นปวดบริเวณท้องน้อยและช่องคลอด ดูแลให้รับประทาน ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินแผลฝีเย็บมีอาการบวมดูแลให้ประคบเย็นเพื่อลดการคั่งของเลือด ช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้คลอด

ไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น การอุ้มลูกดูนม กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดให้ดีขึ้น ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนและวิตามินเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

วันที่ 19 มีนาคม 2553 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้คลอดต้องการทำหมัน แพทย์ให้ขี้ผึ้งน้ำและอาหาร และวางแผนการผ่าตัดทำหมัน เวลา 11.00 นาฬิกา หยุดให้สารน้ำที่ผสม Oxytocin เตรียมผู้คลอดเพื่อทำหมัน เวลา 13.00 นาฬิกา รับย้ายผู้คลอดจากห้องผ่าตัด แกรับรู้สึกตัวดี ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปริมาณสารน้ำคงเหลือ 900 มิลลิลิตร ประเมินแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้คลอดมีอาการปวดแผล pain score เท่ากับ 8 คะแนน แนะนำการประคบแผลขณะเปลี่ยนท่า ให้รับประทานยาแก้ปวด ไล่ Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด ช่วยดูแลบุตรเพื่อให้ผู้คลอดพักผ่อน ช่วยให้นมบุตรโดยแนะนำท่านอนตะแคงเพื่อลดการกดทับแผลหน้าท้อง และแผลฝีเย็บ ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง pain score เท่ากับ 4 คะแนน สีหน้าสดชื่น เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ผู้คลอดบอกว่า “ไม่มีน้ำนมให้ลูก” ประเมินปริมาณน้ำนม น้ำนมเป็นหยดเล็กใส ให้กำลังใจและให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่คร่าว ๆ กระตุ้นให้ทารกดูนมทุก 2 ชั่วโมงเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม หลังได้รับทราบข้อมูล ผู้คลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น นีรอยซึม และให้พยาบาลช่วยจัดทำให้ลูกดูนม หลังคลอดวันที่สองและหลังทำหมันวันแรก ผู้คลอดเคลื่อนไหวได้น้อย มีโอกาสติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บและหนทางคลอดได้ แนะนำให้ผู้คลอดเปลี่ยนผ้าอนามัยที่เตียงทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้เคลื่อนไหวเพื่อดูแลสุขลักษณะ เช่น การรักษาความสะอาดแผลฝีเย็บ โดยทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ และการเปลี่ยนผ้าอนามัย อย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ ประเมินและบันทึกเกี่ยวกับลักษณะสี ปริมาณ และกลิ่นของน้ำคาวปลา เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกและให้การช่วยเหลือเมื่อพบว่ามีผิดปกติ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดลดลง สีแดงเข้มปนน้ำตาล ไม่มีลิ่มเลือด ไม่มีกลิ่นเหม็น เปลี่ยนผ้าอนามัยวันละ 8 ผืน ผืนละประมาณ 10-20 มิลลิลิตร เวลา 16.00 นาฬิกา ตรวจความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 25 เปอร์เซ็นต์ รายงานสูติแพทย์รับทราบ ให้ตรวจความเข้มข้นของเลือด เวลา 22.00 นาฬิกา เท่ากับ 24.5 เปอร์เซ็นต์ ผู้คลอดมีอาการเวียนศีรษะเล็กน้อย แพทย์ให้ PRC 1 ยูนิตและตรวจความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับเลือด 4 ชั่วโมงเท่ากับ 24.5 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดลดลง ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มดลูกหดตัวดี แพทย์รับทราบให้ยาบำรุงเลือดเพิ่มและหยุดให้สารน้ำ

วันที่ 20 มีนาคม 2553 สูติแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้คลอดรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่น ประเมินแผลฝีเย็บติดเชื้อ ไม่มีลักษณะอักเสบบวมแดง น้ำคาวปลาสีจางลง ปริมาณลดลง ผู้คลอดมีโอกาสตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (24 ชั่วโมงไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด) แนะนำมารดาให้คลำและคลึงมดลูกด้วยตนเอง สังเกตน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด ไม่ให้กลืนปัสสาวะ นอนคว่ำใช้หมอนหนุนท้องน้อยและสะโพกให้น้ำคาวปลาไหลได้ดี

หลีกเลี่ยงการวางของร้อนบริเวณหน้าห้อง และควรให้ทารกดูนมตนเอง เพื่อป้องกันการตกเลือดซ้ำ ประเมินความเจ็บปวดเท่ากับ 5 คะแนน แผลผ่าตัดมีเลือดซึมแพทย์เปิดล้างแผล แผลไม่บวม ไม่มีเลือดซึมเพิ่มขึ้น ผู้คลอดกังวลเกี่ยวกับการให้นมบุตรบอกว่า “น้ำนมไหลน้อย” ประเมินน้ำนมไหลพุ่งสีขาวขุ่น เต้านมตึงเล็กน้อยไม่ปวด แนะนำการนวดเต้านม ประคบด้วยน้ำอุ่น และบีบระบายน้ำนมเพื่อไม่ให้มีการอุดตันของท่อน้ำนมก่อนให้ลูกดูนม กระตุ้นให้ทารกดูนมทุก 2 ชั่วโมงเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมและลดอาการคัดตึงเต้านม อธิบายประโยชน์ของนมแม่เพิ่มเติม น้ำนมที่มีสีเหลืองขุ่นใน 2-3 วันแรกจะเพิ่มภูมิคุ้มกันให้ลูกแข็งแรง ช่วยให้นมดูดเข้าเร็วมากขึ้น ทักก่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร หรือดื่มน้ำก่อนและหลังให้นมอย่างน้อย 1-2 แก้ว แนะนำการผ่อนคลายความวิตกกังวลโดยการอ่านหนังสือ หรือฟังเพลง และอธิบายปริมาณของน้ำนมที่ลูกได้รับได้ในแต่ละมือ โดยใช้โมเดลขนาดกระเพาะอาหารของเด็กตามวัย รวมถึงการจัดทำให้นมที่ถูกวิธีและการใช้น้ำนมทาหัวนมหลังดูนมเพื่อป้องกันหัวนมแตก หลังได้รับทราบข้อมูล ผู้คลอดสีหน้าสดชื่นขึ้น มีรอยยิ้มและให้พยาบาลช่วยจัดทำลูกดูนมแพทย์วางแผนจำหน่ายวันที่ 21 มีนาคม 2553 ผู้คลอดและญาติกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาล สิทธิการรักษา ผู้คลอดมีสิทธิประกันสังคม แนะนำสามีหรือญาติดำเนินการแจ้งเกิด โดยนำเอกสารประกอบการแจ้งเกิดติดต่อห้องคลอด เพื่อขอหนังสือรับรองการแจ้งเกิด ติดต่อสำนักงานเขตเพื่อทำใบสูติบัตร และนำใบสูติบัตรติดต่อสำนักงานประกันสังคมเพื่อเบิกเงินกรณีคลอดบุตร และแนะนำให้ญาติถ่ายเอกสารใบสูติบัตรมาให้ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 2 ใบเพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียนบัตรทองบุตร ญาติรับทราบและดำเนินการเรียบร้อย

วันที่ 21 มีนาคม 2553 สูติแพทย์ตรวจเย็บอาการ ประเมินแผลฝีเย็บดีดี ไม่มีลักษณะอักเสบบวมแดง แผลหมั้นแห้ง ไม่มีเลือดซึม น้ำนมไหลพุ่งสีขาวขุ่น เต้านมไม่คัดตึง ไม่มีเจ็บหัวนม แพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดและทารกกลับบ้านได้ เวลา 11.00 นาฬิกา แนะนำการดูแลแผลฝีเย็บ และแผลทำหมันห้ามอาบน้ำ ควรล้างแผลทำหมันทุกวันจนกว่าตัดไหม เจดเพศสัมพันธ์ 6 สัปดาห์ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดของผู้คลอด เช่น ลักษณะน้ำคาวปลาที่ผิดปกติ พบมีสีแดงสดและมีปริมาณมาก มดลูกมีลักษณะนุ่มและไม่แข็งตัว มีไข้สูง มีเศษชิ้นเนื้อหลุดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดมีน้ำไหลซึม บุตรมีอาการตัวหรือตาเหลืองเพิ่มมากขึ้น ซึมลง เป็นต้น หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การเดินทางไกล การมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์วันที่ 29 มีนาคม 2553 เวลา 08.00 นาฬิกา แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และการมาตรวจตามนัด 6 สัปดาห์ วันที่ 29 เมษายน 2553 แพทย์สั่งยาให้กลับไปรับประทานที่บ้านดังนี้ ยาฆ่าเชื้อ Amoxycillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น ยาวิตามิน FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น และยาแก้ปวดลดไข้ Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษา กรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะรายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นเวลา 4 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลจำนวน 6 ปัญหาและสามารถแก้ไขได้ ผู้คลอดและบุตรผ่านกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
- 8.2 เพิ่มคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาตนเองในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

- 9.1 ระยะหลังคลอด เผื่อระวังอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด
- 9.2 วัดชอคมดลูกทุกวัน พร้อมกับประเมินภาวะปัสสาวะเต็มกระเพาะ ระดับมดลูกควรลดลงทุกวัน ๆ ละ 1 เซนติเมตร อยู่ตรงกลางสะดือ
- 9.3 ผู้คลอดมีโอกาสตกเลือดในระยะหลัง 24 ชั่วโมงไปจนถึงหลังคลอด 6 สัปดาห์
- 9.4 ผู้คลอด สามี และครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
- 9.5 มารดามีอาการอ่อนเพลียส่งผลให้การให้นมบุตรไม่มีประสิทธิภาพ
- 9.6 บุคลากรมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับปริมาณงาน
- 9.7 สิทธิการรักษาและค่าใช้จ่าย

10. ข้อเสนอแนะ

- 10.1 มีการประชุมพิเศษบุคลากรรอบใหม่ในเรื่องการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และควรมีจัดการประชุมทางวิชาการอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือด
- 10.2 การวางแผนจำหน่ายเน้นเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดซ้ำในระยะที่สอง โดยมีการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) ในกลุ่มเสี่ยง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....ศุภรณิศา คำหอม.....
(นางสาวศุภรณิศา คำหอม)
ผู้ขอรับการประเมิน
วันที่..... 18 / ๓-๓ / 2554

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ศุภจิต นาคะรัตน์.....
(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

ลงชื่อ.....นางคลยา สุขเสมอ.....
(นางคลยา สุขเสมอ)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
วันที่..... 18 / ๓-๓ / 2554

วันที่..... 18 ต.ค. 2554

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวณัฐธินิชา คำหอม

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 156) สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
สำนักการแพทย์

เรื่อง เบบารูนิค

หลักการและเหตุผล

มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดจะมีแผลฉีกขาดจากการคลอดและแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บ ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะปวดแผลจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การปวดแผลของมารดาหลังคลอดเป็นความไม่สบายและเป็นความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะเวลาที่มารดาหลังคลอดนั่งให้นมบุตรจะส่งผลให้ระดับความปวดเพิ่มมากขึ้น มารดาหลังคลอดไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้ต้องใช้ยาแก้ปวด และ ขณะนั่งมารดาหลังคลอดต้องนั่งตัวแข็งเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บจึงทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า จากความไม่สมดุลของการนั่งและนั่งได้ไม่นาน ส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการให้นมบุตรทำให้มารดาให้นมบุตรได้ไม่นาน ดังนั้นทางหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม จึงได้คิดค้นวิธีเพื่อช่วยบรรเทาความปวดโดยการประดิษฐ์เบาะรองนั่งขึ้นและปรับปรุงให้สะดวกในการดูแลรักษา

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

เพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บ ลดการใช้ยาแก้ปวด เพิ่มระยะเวลาการให้นมบุตร

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ทฤษฎีความเจ็บปวดมีความสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เนื่องจากการจัดการกับความเจ็บปวดต้องอธิบายได้โดยใช้แนวคิดทฤษฎีความเจ็บปวด ทฤษฎีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory)

ในปี ค.ศ.1965 เมลแซคและวอลล์ ได้อธิบายถึงทฤษฎีควบคุมประตู ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความเจ็บปวด โดยมีกระบวนการที่สำคัญดังนี้

1. โครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งประกอบด้วยใยประสาทการรับรู้ขนาดใหญ่ (A fiber) และขนาดเล็ก (C fiber) ที่นำกระแสความเจ็บปวด (pain impulse) เข้าสู่ไขสันหลัง (spinal cord) ก้านสมอง (brain stem) และเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งเป็นส่วนที่แปลผล บริเวณไขสันหลังจะมีกลุ่มเซลล์ที่ทำหน้าที่ปิดเปิดประตู การกระตุ้นบริเวณผิวหนัง เช่น การถู การนวด การกดจุด การใช้ความร้อน-ความเย็น เป็นต้น จะกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่บริเวณเนื้อเยื่อของผิวหนังนำกระแสประสาทที่เร็วกว่าและมากกว่า กระแสประสาทจากใยประสาทขนาดเล็ก ระบบควบคุมประตูจะปิด ทำให้กระแสความเจ็บปวดไปไม่ถึงสมองจึงไม่เกิดความเจ็บปวด ตรงกันข้ามถ้าใยประสาทขนาดเล็กที่นำกระแสประสาทจากการหดรัดตัวของมดลูกและปากมดลูกมีจำนวนมากกว่าใยประสาทขนาดใหญ่ระบบควบคุมประตูจะเปิด กระแสความเจ็บปวดก็จะถูกส่งไปยังสมอง เกิดการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บปวด

2. ก้านสมอง ชารามัสและเปลือกสมอง เมื่อถูกกระตุ้นจะส่งสัญญาณไปยังบริเวณประตู่ทำให้ประตู่ปิด ดังนั้นกระแสความเจ็บปวดจึงไม่สามารถขึ้นไปถึงสมอง เมื่อกระตุ้นใยประสาทสมองจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระแสความเจ็บปวดได้หลายวิธี คือ

2.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัส (sensory stimulation) เช่น การได้ยิน การสัมผัส การมองเห็น เป็นต้น

2.2 การกระตุ้นการรับรู้ (cognitive stimulation) เช่น การใช้กิจกรรมเฉพาะที่ต้องใช้ความคิด การใช้สมาธิ เป็นต้น

2.3 การปรับอารมณ์ความรู้สึก (affective modulation) เช่น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การลดความวิตกกังวลโดยการให้ความรู้ เป็นต้น

การประเมินความเจ็บปวด (pain assessment) ที่ดีควรประกอบด้วยการวัดความปวด เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงว่ามากน้อยเพียงใด เพราะความปวดลักษณะเดียวกัน บางคนพอทนได้ บางคนทนไม่ได้

การวัดความเจ็บปวดมี 2 วิธีคือ

1. การวัดความปวดโดยไม่ใช้เครื่องมือ ได้แก่

1.1 การบอกความรู้สึกด้วยคำง่าย ๆ เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก

1.2 การบอกความรู้สึกเป็นตัวเลข เช่น ไม่ปวดแทนด้วยเลข 0 และปวดรุนแรงมากแทนด้วย 10 หรือ 100 อย่างใดอย่างหนึ่ง

2. การวัดความปวดโดยใช้เครื่องมือประกอบการวัด ได้แก่

2.1 การวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบมิติเดียว (unidimensional assessment) เป็นการวัดความรุนแรงความปวดเพียงอย่างเดียว นิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างน้อย

2.1.1 เฟเชียล สเกลล์ (facial scales) คือ การใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวด

2.1.2 วิชาลอนาล็อกสเกลล์ (visual analogue scales : VAS) เป็นการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 วิธีการนี้มีข้อจำกัดในผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาสายตา

2.1.3 วิชาลรตติงสเกลล์ (visual rating scales :VRS) คือการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่อง ๆ ละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวด ให้ปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวด ปลายอีกข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเลขใดถือเป็นคะแนนความปวด

2.1.4 บอดีไดอแกรม (body diagrams) คือการวัดโดยใช้ภาพวาดให้ผู้ป่วยชี้หรือเขียนในภาพวาดรูปคน วิธีนี้บอกความรุนแรงไม่ได้แต่บอกตำแหน่งที่ปวดได้เหมาะสำหรับเด็ก หรือผู้สูงอายุ

2.2 การวัดระดับความรุนแรงของความปวดแบบหลายมิติ (multidimensional assessment) เป็นการประเมินความปวดที่ค่อนข้างละเอียดไม่นิยมใช้ในทางปฏิบัติเนื่องจากใช้เวลามาก

จากแนวคิดทฤษฎีความเจ็บปวดจึงมีแนวคิดการจัดทำนวัตกรรมการประเมินภาวะปวด โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. จัดทำเบาะรองนั่ง ขนาดกว้าง 45 เซนติเมตร ยาว 50 เซนติเมตร หนา 10 เซนติเมตร โดยใช้วัสดุจากผ้ายาง เศษผ้าเหลือใช้ และใยสังเคราะห์ ดังรูปต่อไปนี้



2. ประเมินสภาพผู้ทดลองที่ไม่มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด อ่อนเพลีย สัญญาณชีพปกติ
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เบาะรองนั่ง
4. ประเมินระดับความเจ็บปวด โดยเครื่องมือประเมินความเจ็บปวด (pain score)
5. เก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงเบาะรองนั่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อลดอาการปวดแผลฝีเย็บ
2. เพื่อลดการใช้ยาแก้ปวด
3. เพิ่มระยะเวลาการให้นมบุตรในท่านั่ง เพื่อให้เกิดสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตร

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราความพึงพอใจของผู้ทดลองมากกว่า 80 %

(ลงชื่อ) ศุภรดา คำหอม

(นางสาวณัฐนิชา คำหอม)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) 18 / ๓.๓ / 2554