



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่
ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓
ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ
ชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอลิษา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินเฒ่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลิขิต จินตามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเอ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปณณช ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพุด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศารัตน์ ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ลภัส บัวครั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสาวสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประภาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศสินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒๒	นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๕๘๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด	๕๘๔๕	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การศึกษาเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด ด้วยวิธี Dare และ วิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางบัวทอง”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาการดูแลผู้รับบริการคลอดเพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่ โดยใช้ A-L-E-R-T สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

๒๕

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด ด้วยวิธี Dare และ วิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางบัวทอง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กันยายน 2564 – 1 มีนาคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัย เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มาเป็นระยะเวลามากกว่า 35 ปี ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง ผ่านประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตลอดจนบริหารทารกในรายปกติและผิดปกติมาเกือบ 10 ปี โดยการเฝ้าระวังสภาวะความก้าวหน้าของการคลอด วางแผนแก้ไขปัญหาในผู้คลอดที่มีภาวะปกติและผิดปกติทุกระยะ ให้การพยาบาลผู้คลอดสอดคล้องตามปัญหาพยาธิสภาพ และแผนการรักษาของแพทย์ จัดเตรียมอุปกรณ์การทำคลอด ทำคลอดในรายที่มีภาวะปกติและช่วยแพทย์ทำคลอดในรายที่มีภาวะผิดปกติ ให้การพยาบาลทารกแรกเกิด มารดาหลังคลอด รวมทั้งช่วยชีวิตมารดาและทารกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยที่อาจมีผลต่อมารดาและทารก ส่งเสริมและพัฒนาบริการพยาบาล ปฏิบัติงานตรวจวินิจฉัยให้การพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายวิชาชีพ ประเมินสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา วางแผน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยประสานงาน ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก ประเมินผล ศึกษา วิเคราะห์ คิดค้น พัฒนาการพยาบาล และควบคุมการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และอยู่ในมาตรฐาน

ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทองที่ผ่านเกณฑ์งานฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพมาทุกปีอย่างต่อเนื่องตลอดจนผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA การทบทวนความเสี่ยงสม่ำเสมอพบว่าภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ได้แก่ การคลอดติดไหล่ประมาณ 3- 4 รายต่อปี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่แก่ผู้คลอดและทารกแรกเกิด มีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บ ในด้านมารดา ได้แก่ มดลูกหดรัดตัวไม่ดีทำให้ตกเลือดหลังคลอด, ช่องทางคลอดฉีกขาดมีโอกาสดัดเชื้อได้สูง ด้านทารก ได้แก่ Brachial plexus injuries สมองขาดออกซิเจนทำให้การทำงานของสมองเสียไปมีความพิการถาวร กระดูกไหปลาร้าหัก แต่ยังไม่มีการเสียชีวิตในกรณีที่ติดไหล่เวลานานหรือช่วยไม่ทันเวลา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารกในระยะยาวและการฟ้องร้องทางการแพทย์และสาธารณสุข จำเป็นต้องมีการศึกษาทบทวนวิธีการในการป้องกันภาวะติดไหล่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ที่แผนก ฝากครรภ์ตามมาตรฐานโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นำมาศึกษาควบคู่กับวิธีปฏิบัติตามทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ทางด้านการคาดคะเนน้ำหนักทารกก่อนการคลอดประกอบกับการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีใช้ในโรงพยาบาลบางบัวทองเพื่อประกอบในการเตรียมการคลอดสำหรับผู้คลอดทุกรายที่ฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ให้มีความเสี่ยงในการเกิดคลอดติดไหล่ให้น้อยที่สุด

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

การศึกษาเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอด ด้วยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางบัวทอง

การคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานการผดุงครรภ์ ในการดูแล ผู้คลอดครรภ์ครบกำหนดที่เข้าสู่ระยะคลอด หากทารกตัวโตย่อมเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่แพทย์ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดต่อมารดาและทารก ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของการคลอดติดไหล่ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 อุบัติการณ์ที่พบตามปกติ คือ 0.5% หรือน้อยกว่า ปัจจุบันพบในช่วง 0.2% – 3% การคลอดติดไหล่เป็นเหตุการณ์ที่สูติแพทย์ และพยาบาลทุกคนไม่ยากประสบกับเหตุการณ์นี้เพราะมีผลอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกอาจมีความพิการเกิดขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่มีการฟุ้งร้องแพทย์กันมากขึ้น ดังปัจจุบันการคลอดติดไหล่เป็นสิ่งที่ผู้ทำคลอดหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะบางครั้งไม่สามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า การศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะทำให้เกิดการคลอดติดไหล่เพื่อให้แพทย์ผู้ทำคลอดได้ระมัดระวังที่จะเกิดภาวะนี้ได้แก่ ทารกตัวโต (Macrosomia) พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง มากที่สุด หมายถึงทารกยิ่งตัวโต น้ำหนักมากยิ่งมีโอกาส คลอดติดไหล่มากขึ้น มีบางเกณฑ์ที่ใช้น้ำหนักทารกมากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์โตแล้ว บางเกณฑ์ใช้น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม บางเกณฑ์ใช้น้ำหนักมากกว่า 4,500 กรัม ถือเป็นทารกตัวโต ซึ่งเป็นตัวเลขของประเทศตะวันตก ไม่มีตัวเลขโดยตรงของประเทศไทย แต่มีรายงานจากสิงคโปร์ น้ำหนักทารก > 3,600 กรัม ถือว่าเป็น macrosomia มีความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่มากขึ้น การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจให้การบริบาลมารดาเมื่อเจ็บครรภ์ในภาวะต่างๆ น้ำหนักทารกแรกคลอดจึงมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บ หรือการเสียชีวิตทั้ง ของมารดาและทารกจากการคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดไหล่ในด้านมารดา ได้แก่ 1.มดลูกแตก 2.มดลูกหดรัดตัวไม่ดีทำให้ตกเลือดหลังคลอด 3.ช่องทางคลอดฉีกขาด ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด 4.มีโอกาสติดเชื้อได้สูง ด้านทารก ได้แก่ 1.Brachial plexus injuries เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ พบได้บ่อยมาก กลไกการเกิดเนื่องจากการดึงหรือกดศีรษะ ทารกลองต้านข้างมากกว่าปกติ ทำให้เส้นประสาท brachial plexus ถูกยืดจนบางครั้งอาจถึงขาดได้ 2.Cerebral palsy เกิดจากมีภาวะ cerebralhypoxia นาน สมองขาดออกซิเจน ทำให้การทำงานของสมองเสียไป เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ทารกจะมีพัฒนาการทางสมองผิดปกติกลายเป็นเด็กปัญญาอ่อน มีการหดตัวของกล้ามเนื้อบางมัด อาจมีการชักบ่อยๆจึงมีผลต่อสมอง 3.กระดูกหัก กระดูกไหปลาร้าหัก กระดูกแขนหัก มักหายเองได้ไม่มีปัญหา รักษาเพียงแบบประคับประครอง 4.เสียชีวิตในกรณีติดไหล่นานช่วยไม่ทันเวลา ทารกเสียชีวิต

จากการเก็บข้อมูลงานบริการผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทองในปี 2560-2563 จำนวนผู้คลอดทั้งหมด 530, 497, 390 และ 334 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ จำนวน 1, 3, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.19, 0.60, 0.51 และ 0 ซึ่งพบว่าไม่เกินเกณฑ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดติดไหล่ <1% (4) ถึงแม้ทารกที่มีการคลอดติดไหล่อาจไม่เสียชีวิต แต่มีความรุนแรงในด้านของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น ความพิการถาวร มีการฟุ้งร้อง จากการรวบรวมข้อมูลในด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่ามารดาเกิดแผลฝีเย็บแยก 1 ราย ทารกมีภาวะ Brachial plexus injuries 1, 3, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ ไม่ได้ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิกลิน และไม่มี

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

การฟ้องร้อง แต่มีการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้รับบริการหรือทายาทกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล เป็นมาตรการที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จำนวน 3 ราย

ในระยะฝากครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางบัวทอง จะได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงคนละ 1 - 2 ครั้งทุกรายเพื่อวินิจฉัยอายุครรภ์และการคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ว่ามีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์หรือไม่ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดแพทย์ไม่สามารถ ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ให้กับผู้คลอดได้ทุกราย อีกทั้งเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้วทำให้น้ำหนักรกที่คະเนาได้มีความคาดเคลื่อนจากน้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด จากการทบทวนบทความทางวิชาการพบว่า การคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์มีหลายวิธี ได้แก่ การคลำทางหน้าท้อง (Clinical palpation) การตรวจด้วยวิธี Leopold มีความแม่นยำน้อย โดยเฉพาะถ้าทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือ มากกว่า 4,000 กรัม เพราะมีตัวแปรต่างๆที่ทำให้คลาดเคลื่อนได้ เช่น ความอ้วนผอมของหญิงตั้งครรภ์ ปริมาณน้ำคร่ำที่ต่างกัน การใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงวัด Fetal parameters ซึ่งมีข้อจำกัดด้านสูติแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชม. การใช้สูตรการคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์โดยวิธีการของ Dare(5) โดยใช้ผลคูณความสูงของมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเป็นค่าประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ (หน่วยเป็นกรัม) โดยการคาดคະเน้าน้ำหนักรก หากเกิน 4,000 กรัม หรือ 4,500 กรัม ควรนำไปผ่าตัดคลอด ในปี 2563 การคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธีการของ Dare เป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก ผู้วิจัยจึงได้นำ วิธีการคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์โดยวิธีการของ Dare และวิธีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในการคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ให้แม่นยำและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ทั้ง 2 วิธี

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive Study) จากเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการคาดคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธีการของ Dare และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางบัวทอง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 334 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ได้จำนวนตัวอย่าง 115 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดโดยมีวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 31 มิถุนายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่วัดความสูงของมดลูกและวัดความยาวรอบท้อง ที่ประกอบด้วย เลขประจำตัวผู้ป่วย อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายปัจจุบัน ความยาวเส้นรอบท้อง ความสูงของมดลูก การคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์โดยวิธี Dare และการคະเน้าน้ำหนักรกในครรภ์โดยวิธีการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง น้ำหนักรกที่คลอดจริง วิธีการคลอด เครื่องมือดังกล่าวได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี Dare มีน้ำหนักเฉลี่ย 2,757.42 กรัม น้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีน้ำหนักเฉลี่ย 2,993.10 กรัม และน้ำหนักทารกจริง 3,014.92 กรัม เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี Dare และน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง กับน้ำหนักทารกจริงไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p = 0.107$ และ $p=0.806$) เมื่อนำไปหาความสัมพันธ์พบว่าน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับน้ำหนักทารกจริง มากกว่าน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- 2) บันทึกขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทองในการขอใช้ข้อมูลผู้รับบริการในการวิจัย
- 3) ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- 4) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่วัดความสูงของมดลูกและวัดความยาวรอบท้องให้สูติแพทย์จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา การวัดความสูงยอดมดลูก (Height of fundus: HF) เส้นรอบท้อง (Abdominal circumference: AC) งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าเวร และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายหน้าที่รับใหม่เป็นผู้วัดความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบท้อง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำในการวัดและให้ได้ค่าที่เท่ากัน โดยการสอนเทคนิคการวัดจากหัวหน้างานให้กับพยาบาลวิชาชีพ และมีการนิเทศติดตามผลการวัดความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบท้อง ทุก 1 เดือน เมื่อจะทำการศึกษาย้อนหลังจึงให้ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ทดลองวัดความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบท้องในผู้คลอด 30 ราย บันทึกผลการวัดความสูงยอดมดลูกและเส้นรอบท้องเพื่อคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ จากนั้นนำค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คะแนได้จากพยาบาลทั้ง 6 คน มาหาความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกจริงค่าที่ได้เรียกว่าค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (coefficient of stability) และคุณภาพการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นการตรวจโดยสูติแพทย์ท่านเดียว ด้วยเครื่องมือชนิดเดียว

4.2.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) รวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2563 ถึง 30 มิ.ย. 2564 จำนวน 115 ราย โดยคัดเลือกจากหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์จริง ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์ 1 คนจะได้รับการคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเทียบกับน้ำหนักทารกจริง โดยการชั่งน้ำหนักทารกหลังคลอดทันที และใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันที่อยู่ในห้องคลอด

2) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

- ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, S.D.) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min)

- วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนด้วยวิธี Dare วิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และน้ำหนักทารกแรกเกิดจริง โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ ANOVA กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักทารกในครรภ์ที่คาดคะเนด้วยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง กับน้ำหนักทารกจริงด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) สรุปผลการวิจัย

4.3 เป้าหมายของงาน

1) เติบโตงานการพยาบาลผู้คลอดใช้วิธีการคลำหน้าท้อง เพื่อคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ซึ่งค่าที่ได้พบว่าแตกต่างจากน้ำหนักทารกจริงเสมอ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิธีการคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกจริงเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่และเหมาะสมในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ให้แม่นยำ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการคลอดให้ปลอดภัยต่อไป

2) ลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตของมารดาและทารกจากการคลอดที่โรงพยาบาลบางบัวทอง

3) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลบางบัวทองให้มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในการคัดกรอง ประเมิน สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่ ได้ถูกต้อง แม่นยำ ทำให้อัตราทารกคลอดติดไหล่ที่โรงพยาบาลบางบัวทองลดลง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 62.90 อายุ 20 - 29 ปี อายุเฉลี่ย 23.44 ± 4.62 ปี เป็นการตั้งครรภ์แรกร้อยละ 41.70 คลอดปกติร้อยละ 67.00 คลอดทารกเพศชายร้อยละ 54.80 น้ำหนักเฉลี่ยก่อนการตั้งครรภ์ 47.48 กก. ค่า BMI เฉลี่ยก่อนการตั้งครรภ์ 19.05 กก./ม^2 และน้ำหนักเฉลี่ยวันมาคลอด 57.70 กก.ค่า BMI เฉลี่ยวันมาคลอด 23.17 กก./ม^2 ค่าเฉลี่ยความยาวรอบท้องและความสูงของมดลูก 89.62 และ 30.74 ซม. ตามลำดับน้ำหนักทารกคาดคะเนโดยวิธี Dare เฉลี่ย 2,757.42 กรัม น้ำหนักทารกคาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเฉลี่ย 2,993.10 กรัม และน้ำหนักทารกจริงเฉลี่ย 3,014.92 กรัม เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารก ของทั้งสามกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน น้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี Dare และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกับน้ำหนักทารกจริง น้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธี Dare และน้ำหนักทารกที่คาดคะเนโดยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับน้ำหนักทารกจริง ($r = 0.41$ และ 0.47 ตามลำดับ) แต่เป็นค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์มีหลายวิธี ได้แก่ 1) การคลำทางหน้าท้อง (Clinical palpation) การตรวจด้วยวิธี Leopold ซึ่งมีความแม่นยำน้อยกว่าความอ้วนของหญิงตั้งครรภ์ ($\text{BMI} > 24.9 \text{ กก./ม}^2$) 2) การใช้เครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งมีข้อจำกัดเนื่องจากสุติแพทย์ไม่ได้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง 3) การใช้สูตรการคำนวณน้ำหนักทารกในครรภ์โดยวิธี Dare ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก โดยการวัดความสูงของมดลูกและความยาวรอบท้อง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานสามารถฝึกทักษะการวัดในแนวทางเดียวกัน ประกอบกับนำมาใช้ได้จริง เติบโตงานการพยาบาลผู้คลอดใช้วิธีการคลำหน้าท้อง เพื่อคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ซึ่งค่าที่ได้พบว่าแตกต่างจากน้ำหนักทารกจริงเสมอ จากการวิจัยจากการศึกษาพบว่าน้ำหนักทารกที่มาก

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ที่สุดที่คาดคะเนโดยวิธี Dare วิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง คือ 3,496 กรัม และ 3,975 กรัมตามลำดับโดยน้ำหนักทารกจริง คือ 3,830 กรัม (ตารางที่ 3) ทำให้สามารถใช้วิธี Dare ในการคะแนน้ำหนักทารกในครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์จริงได้ โดยที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีค่า BMI ปกติ เท่านั้น ดังนั้น จึงควรใช้การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมด้วย แต่เนื่องด้วยบริบทของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลระดับ M2 มีสูติแพทย์จำนวน 1 คน ไม่เพียงพอในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทุกราย และบางครั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด หรือฝากครรภ์จากสถานบริการอื่น ทำให้การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ยังมีความจำเป็นอยู่มาก วิธี Dare จึงสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ให้แม่นยำ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการคลอดที่ปลอดภัยในโรงพยาบาลบางบัวทองต่อไป

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์สามารถช่วยเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดทารกคลอดไหล่ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่สูติแพทย์ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

6.2 การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ช่วยลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อมารดาและทารกในครรภ์ในระยะคลอดหากทารกมีน้ำหนักตัวมาก

ด้านมารดา ช่วยป้องกันและเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด, เฝ้าระวังการเกิดมดลูกแตกและช่วยป้องกันแผลฝีเย็บฉีกขาด

ด้านทารก ช่วยเฝ้าระวังการเกิด Brachial plexus injury, Cerebral palsy, กระดูกไหปลาร้าหัก และป้องกันการเสียชีวิตจากการคลอดติดไหล่

การคาดคะเนน้ำหนักทารกด้วยวิธีนี้เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก ใช้อุปกรณ์เพียงเทปวัดอย่างเดียว บุคลากรทุกระดับสามารถตรวจได้

6.3 การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์โดยวิธี Dare เป็นวิธีการตรวจที่ง่าย สะดวก ใช้อุปกรณ์เทปวัดเพียงอย่างเดียวและมีความแม่นยำในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้คัดกรองผู้คลอดที่มีโอกาสคลอดทารกตัวโตหรือทารกน้ำหนักน้อย

6.4 มีแนวทางในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อวางแผนการคลอดและวางแผนการส่งต่ออย่างเหมาะสม

7. ความยั่งยืนและซับซ้อนในการดำเนินการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง ศึกษาเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วยไม่ได้ถูกบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์ ทำให้บางตัวแปรหรือบางข้อมูลต้องค้นคว้าจากบันทึกอื่นเพิ่มเติม รวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลหญิงตั้งครรภ์ยังขาดทักษะการวัดความสูงของระดับมดลูกและเส้นรอบท้องจึงได้มีการอบรมให้ความรู้จากหัวหน้างานและติดตามผลการวัดความสูงของยอดมดลูกและเส้นรอบท้องทุกๆ 1 เดือน

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

ระยะเวลาในการศึกษาค้นคว้าจำกัดและจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลบางบัวทอง จำกัดตามหัวเวลาที่ศึกษา

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธี Dare สามารถนำมาใช้ได้จริง โดยหญิงตั้งครรภ์ต้องมีค่า BMI ที่ปกติเท่านั้น หากคาดคะเนน้ำหนักทารกได้มากกว่า 3,500 กรัม ควรประเมินองค์ประกอบการคลอดอื่นๆเพิ่ม เพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ หรือ ผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีตามมา ผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธี Dare สอดคล้องกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ดังนั้น ควรเสนอคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กในระดับจังหวัดกำหนดมาตรฐานให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ควรได้รับการคาดคะเนน้ำหนักทารกเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ด้วยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทุกราย โดยสูติแพทย์หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

9.2 การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางบัวทองซึ่งการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างโดยไม่ได้กำหนดจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพัฒนาวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธี Dare เทียบกับวิธีอื่นๆ และแยกกลุ่มศึกษาระหว่างหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกกับครรภ์หลัง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบางบัวทองโดยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่คัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ได้กำหนด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจยกระดับการพัฒนาวิธีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธี Dare กับวิธีอื่นๆ และแยกกลุ่ม ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก กับ ครรภ์หลัง

2. การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธีการของ Dare ควรเปรียบเทียบกับ การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีของจอห์นสัน เนื่องจากเป็นการวัดหน้าท้องและความสูงของมดลูกเหมือนกัน

10. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 เมื่อ มกราคม – เมษายน 2566
หน้า 68 – 77 ซึ่งเป็นวารสารวิชาการ

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์

สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวจันทิมา ภูมาลี)

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

✓
ค.ล.ห
(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
29 ส.ค. 2567

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาการดูแลผู้รับบริการคลอดเพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่ โดยใช้ A-L-E-R-T สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง

2. หลักการและเหตุผล

การคลอดติดไหล่หรือภาวะคลอดไหล่ยาก (shoulder dystocia) หมายถึง การที่ไหล่หน้าอัดแน่นอยู่ด้านหลังของกระดูกหัวหน้า หรือ ภาวะที่ใช้เวลาในการคลอดศีรษะถึงคลอดลำตัว (head-to-body delivery interval) นานกว่า 60 วินาที(1) โดยอาจมีอาการแสดงที่เรียกว่า turtle sign ซึ่งคือการเกิด retraction หรือการผลุบเข้าไปของส่วนศีรษะทารกภายหลังจากที่คลอดพ้น perineum ของมารดาออกมาแล้ว โดยอุบัติการณ์คลอดติดไหล่พบได้ประมาณร้อยละ 0.2 - 3 ของการคลอดทั้งหมด(2)

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยาก สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยากในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงที่จะเกิดการคลอดไหล่ยากซ้ำ สูงถึงร้อยละ 12 - 17 หรือประมาณ 6 - 30 เท่า และมีโอกาสเกิด brachial plexus injury สูงถึง 3.5 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเคยคลอดไหล่ยาก (ร้อยละ 4.2 ต่อร้อยละ 1.3) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดคลอดไหล่ยากซ้ำ คือ น้ำหนักทารกที่มากกว่า 3,500 กรัมและการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดไหล่ยาก จะต้องให้คำปรึกษาแนะนำตั้งแต่ฝากครรภ์โดย ทบพวนประวัติการคลอดครั้งที่เกิดปัญหา น้ำหนักทารก ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และบุตร แม้ว่าการทำนายโอกาสเกิดการคลอดไหล่ยากซ้ำในครรภ์นี้อาจจะไม่แม่นยำ แต่การตรวจคัดกรองและรักษาภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์จะช่วยลดการเกิดทารกตัวใหญ่ การติดตามและประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอดจะมีประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกวิธีคลอด แพทย์ควรแนะนำเรื่องความเสี่ยงและประโยชน์ของการผ่าตัดคลอดให้สตรีตั้งครรภ์ทราบก่อนตัดสินใจ(3)

1. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่บุคลากรไม่ต้องการประสบ เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อทั้งมารดาและทารก อาจมีความพิการเกิดขึ้น ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดในผู้คลอดรายใด อีกทั้งเป็นสิ่งที่ผู้ทำคลอดหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะบางครั้งไม่สามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้าเมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องรีบแก้ไขภายในระยะเวลารวดเร็ว เมื่อเกิดภาวะคลอดติดไหล่ ผู้ทำคลอดอาจจะรู้สึกตื่นเต้น ตกใจ ดังนั้นต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีความพร้อมในการแก้ไขสถานการณ์ มีการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะใกล้คลอดและระยะคลอด มีการเตรียมความพร้อมและมีการฝึกซ้อมในการช่วยเหลือการคลอดติดไหล่เป็นประจำสามารถช่วยให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะคลอดติดไหล่ ผู้ทำคลอดมีความจำเป็นต้องมีสติและไม่ตื่นตระหนกเกินความจำเป็น ร้องขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล ที่อยู่บริเวณนั้น และถ้าประเมินว่าการช่วยคลอดกระทำได้อย่างพิจารณาแจ้งวิสัญญีและกุมารแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือ ในกรณีที่ยังไม่ตัดแผลฝีเย็บ ควรตัดฝีเย็บ ให้กว้าง ดูดเมือกหรือสารคัดหลั่งในปากและจมูกทารกให้โล่ง สวมปัสสาวะทิ้งก่อนคลอดทุกราย เริ่มต้นช่วยคลอดด้วยวิธี McRoberts maneuver ร่วมกับ suprapubic pressure โดย McRoberts maneuver เริ่มจากการปลดขาของผู้คลอดออกจากที่ตรึงยกขึ้นแล้วงอเข้าพับเข้ากับทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นการทำให้เกิด hyperflexion และ abduction ของข้อสะโพกมารดา ทำให้ส่วนของ symphysis pubis หมุนมาทางด้านศีรษะร่วมกับเกิด flattening ของ lumbar lordosis ทำให้ไหล่หน้าเกิดความคล่องตัวมากขึ้นและหลุดออกจาก

pubic symphysis ได้ซึ่งโดยทั่วไปการทำ McRoberts maneuver มักปฏิบัติร่วมกับการกดบริเวณหัวหน่าว (suprapubic pressure) เพื่อช่วยกดให้ไหล่ด้านหน้าหลุดออกจาก pubic symphysis อีกแรงหนึ่ง โดยจังหวะในการกดควรเป็นจังหวะเดียวกันกับการที่ผู้ทำคลอดค่อยๆ ดึงทารกออกมาและเป็นช่วงที่ขาของมารดาทั้งสองข้างถูกยกขึ้นให้หัวเข้าชิดกับส่วนหน้าอก ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถ้ามีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ยังไม่เกิดภาวะติดไหล่เกิดขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกแถมารดาและทารกตลอดจนป้องกันการฟ้องร้องทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้

ในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 ทั่วโลก พบอุบัติการณ์ของการคลอดติดไหล่ ร้อยละ 0.5 หรือน้อยกว่า ปัจจุบันพบในช่วงร้อยละ 0.2 - 3 ปัจจุบันการคลอดติดไหล่เป็นสิ่งที่ผู้ทำคลอดหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะบางครั้งไม่สามารถพยากรณ์ได้ล่วงหน้า โรงพยาบาลบางบัวทองมีจำนวนผู้คลอดทางช่องคลอดในปีงบประมาณ 2564 - 2566 เท่ากับ 334, 238 และ 249 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่จำนวน 2, 2 และ 0 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 0.59, 0.84 และ 0 จากการรวบรวมข้อมูลของงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่าน้ำหนักทารกที่คลอดติดไหล่ สูงสุด 4,450 กรัม และน้ำหนักต่ำสุด 3,225 กรัม ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดไหล่ที่เห็นอาการได้ชัดในระยะแรก เช่น ทารกมีกระดูกไหปลาร้าหัก การมี brachial plexus injury ทำให้ไม่สามารถยกไหล่หรือแขนได้และผลระยะยาวที่จะแสดงอาการ เช่น cerebral hypoxia แล้วทำให้เกิด cerebral palsy ส่งผลให้พัฒนาการของทารกล่าช้า จึงเป็นมูลเหตุที่ทำให้มารดาผู้คลอดทำการฟ้องร้องมากขึ้นเรื่อยๆ

ดังนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอการพัฒนาการดูแลผู้รับบริการคลอดเพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่โดยใช้ A-L-E-R-T สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลบางบัวทอง

โดยจัดทำแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่ตามมาตรฐานดังนี้

1. ในแผนกฝากครรภ์ ให้บริการฝากครรภ์ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขและประเมินข้อมูลดังนี้

- 1.1. มีประวัติการคลอดไหล่ยาก และทารกมีขนาดใหญ่ในครรภ์ก่อน มีรายงาน การเกิดภาวะคลอดไหล่ยากซ้ำ ร้อยละ 1.1
 - 1.2. ประวัติเคยคลอดทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม
 - 1.3. ผู้ฝากครรภ์ที่ส่วนสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 145 เซนติเมตร
 - 1.4. เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทุกชนิด (การจำแนกประเภทของโรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ตาม White Classification (1986 – 1994) ที่มีการจำแนกเป็นประเภท A1 และ A2 เนื่องจากภาวะเบาหวานจะส่งผลทำให้ทารกแรกเกิดมีลักษณะไหล่กว้าง ช่วงอกใหญ่กว่าศีรษะ ทำให้เกิดภาวะคลอดไหล่ยากมากกว่าปกติ
 - 1.5. ผู้ฝากครรภ์น้ำหนักขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 11 กิโลกรัมหรือมีน้ำหนักตัวมากกว่า 80 กิโลกรัม
 - 1.6. ผู้ฝากครรภ์ที่ตรวจครรภ์พบระดับยอดมดลูกระดับ 4/4 >๑ และคาดคะเนน้ำหนักทารก มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม (ในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลบางบัวทอง 3,200 กรัมขึ้นไป)
 - 1.7. ผลคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์มากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม ในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลบางบัวทอง 3,200 กรัมขึ้นไป
 - 1.8. ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ผู้ฝากครรภ์น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 3.5 กิโลกรัม
- เมื่อคัดกรองพบภาวะเสี่ยงต่อภาวะคลอดติดไหล่ในข้อ 1.1 - 1.8 ส่งให้สูติแพทย์พิจารณา

2. ในห้องคลอด

- 2.1. กำหนดเกณฑ์มีการ Alert เมื่อสตรีมาคลอดแล้วคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดโดยการวัดรอบท้องด้วยวิธี Dare คือการประเมินค่าน้ำหนักทารก (หน่วยเป็นกรัม) คำนวณจากผลคูณระหว่าง ความสูงของ

ยอดมดลูก (Fundal Height:FH) และเส้นรอบท้องของมารดา (Abdominal Circumference:AC) (หน่วยเป็น เซนติเมตร) หรือคำนวณจากการอัลตราซาวด์ครั้งก่อน หากได้น้ำหนักทารก ตั้งแต่ 3,200 กรัมขึ้นไป ให้ติดป้ายที่หัวเตียงว่า “เสี่ยงคลอดติดไหล่” สาเหตุที่ใช้ น้ำหนัก 3,200 กรัมเนื่องจากพบการคลอดติดไหล่ของโรงพยาบาลบางบัวทองทารกน้ำหนักน้อยที่สุดคือ 3,225 กรัม

2.2. ประเมินความเสี่ยงการคลอดติดไหล่ตามแบบประเมินราชวิถีให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) ความเสี่ยงสูง (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10) มีการปฏิบัติระยะรอคลอดดังนี้
 - งดน้ำและอาหาร, ให้น้ำเกลือ, เก็บตัวอย่างเลือดเพื่อเตรียมผ่าตัดหรือส่งต่อ, Shave perineum
- 2) ความเสี่ยงปานกลาง (คะแนน 5 - 9.5) มีการปฏิบัติระยะรอคลอดดังนี้
 - งดน้ำและอาหาร, เตรียมให้น้ำเกลือและเก็บตัวอย่างเลือด, Shave perineum
- 3) ความเสี่ยงน้อย (คะแนนน้อยกว่า 5) มีการปฏิบัติระยะรอคลอดตามปกติ

2.3. สวนปัสสาวะทิ้งเมื่อปากมดลูกเปิดหมด

2.4. คลอดทำชิ้นขาหยั่ง (Lithotomy)

2.5. ตัดแผลฝีเย็บให้กว้าง

2.6. เตรียมทีมอย่างน้อย 4 คน ดังนี้ ผู้ทำคลอด, ผู้เตรียมท่า McRoberts maneuver 2 คน และ คนทำ Suprapubic pressure (กดเหนือหัวเหน่า) มีการซักซ้อมการปฏิบัติหน้าที่ทีมก่อน ตั้งแต่ระยะรอคลอด

2.7. เตรียมระเบียบปฏิบัติเรื่องการช่วยคลอดติดไหล่ และแบบบันทึกผู้คลอดที่มีภาวะติดไหล่โรงพยาบาลบางบัวทองไว้ในแฟ้มประวัติผู้คลอด

2.8. เตรียมรถ Emergency ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารกได้แก่ Ambubag with reservoir bag, Endotracheal tube, Blade, Oxygen, Suction, IV Fluid ให้พร้อมใช้งาน

2.9. แจ้งสูติแพทย์ กุมารแพทย์หรือแพทย์เวรให้ทราบล่วงหน้าและตามอีกครั้งเมื่อผู้คลอดปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร

2.10. แจ้งความเสี่ยงแก่ผู้คลอดและญาติทราบตั้งแต่ประเมินพบว่ามีความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่

3. ทีมแพทย์ พยาบาลร่วมทบทวน Case ทุกครั้งเมื่อเกิดการคลอดติดไหล่ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

4. จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลผู้รับผิดชอบงานด้านอนามัยแม่และเด็กของโรงพยาบาลบางบัวทอง 1, โรงพยาบาลบางบัวทอง 2, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 แห่ง, เทศบาลเมืองบางบัวทองและคลินิกเอกชนในเครือข่ายโรงพยาบาลบางบัวทองจำนวน 3 แห่ง การคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการคัดกรองและส่งต่ออย่างเหมาะสมตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยจะมีการทดสอบความรู้ก่อน - หลังให้การอบรม

5. กำหนดให้มีการซ้อมสถานการณ์เมื่อมีการคลอดติดไหล่ทุก 4 เดือน (3 ครั้ง/ปี)

6. รวบรวมข้อมูลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่ในเรื่องปัจจัยด้านผู้คลอดและทารกเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิจัยในอนาคต

7. ให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและญาติเรื่องสาเหตุการคลอดติดไหล่ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์เพื่อป้องกันการเกิดคลอดติดไหล่ในครรภ์ต่อไปและเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ในการพิจารณาวิธีการคลอดในครรภ์ต่อไป

8. พัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียนให้เหมาะสมสำหรับใช้ในการขอความช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้รับบริการที่ได้รับบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (มาตรา 41) และในทางกฎหมายเมื่อมีการฟ้องร้องโดยมีรายละเอียดดังนี้

- 8.1. วิธีและผลการประเมินน้ำหนักทารกก่อนคลอด
- 8.2. การประเมินขนาดอวัยวะก่อนคลอด
- 8.3. ความก้าวหน้าของการคลอด
- 8.4. เวลาที่ศีรษะทารกคลอดและเวลาที่ทารกคลอดครบทั้งตัว
- 8.5. การตัดแผลฝีเย็บหรือไม่แบบใด
- 8.6. ชนิดของยา, สารน้ำที่ได้รับ
- 8.7. เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการช่วยคลอดตัวไหล่
- 8.8. ความแรงและระยะเวลาที่ใช้ดึง
- 8.9. ลำดับเหตุการณ์และเวลาของแต่ละวิธีที่ใช้คลอดตัวไหล่
- 8.10. ไหล่ที่ติดคือข้างใด
- 8.11. สภาวะและการบาดเจ็บของทารกหลังคลอด

สรุปแนวทางการใช้ A-L-E-R-T ดังนี้

A – Active

- เมื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3,200 กรัม ติดป้ายหัวเตียง “เสียงคลอดติดไหล่”
- เตรียมทบทวน Work instruction (LR - Shoulder Dystocia)

L – Lithotomy & Large Episiotomy

- จัดท่าผู้คลอดขึ้นขาหยั่งและตัดแผลฝีเย็บให้กว้าง

E – Estimate

- คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เมื่อใกล้คลอดที่ห้องฝากครรภ์และเมื่อแรกรับที่ห้องคลอดทุกราย R –

Record & Report

- บันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนตามมาตรฐาน ทบทวน Case และรายงานความเสี่ยง

T – Term

- ทีมอย่างน้อย 4 คน ผู้ทำคลอด 1 (RN1), McRoberts maneuver 2 (RN3,PN1), Suprapelvic pressure 1 (Incharge) รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลในการคัดกรองภาวะเสี่ยงการเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงเมื่อแรกรับที่ห้องคลอด
2. บุคลากรในงานฝากครรภ์ งานห้องคลอด ปฏิบัติงานตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่ (Standing Order for Alert Shoulder dystocia)
3. มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ทบทวนปัญหา ปรับวิธีการปฏิบัติงานและสื่อสารในหน่วยงานให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการคลอดติดไหล่
4. มีกระบวนการกำกับ ติดตาม ประเมินผลเมื่อมีการคลอดติดไหล่
5. ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอดติดไหล่
6. ป้องกันข้อร้องเรียนและความเสียหายที่เกิดจากการให้หรือได้รับบริการทางการแพทย์เมื่อมีการคลอดติดไหล่

7. ทารกที่มีภาวะคลอดติดไหล่ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดย
 - 7.1 มีช่องทางด่วนในการรับบริการที่โรงพยาบาลบางบัวทอง
 - 7.2 ส่งข้อมูลมารดาและทารกจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลต่อเนื่อง
 - 7.3 ทารกที่มีภาวะคลอดติดไหล่และมีภาวะแทรกซ้อนเข้าเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้รับการเยียวยาตามความเหมาะสม
 8. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในเขตอำเภอบางบัวทองมีคะแนนความรู้หลังอบรมการคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น
2. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. อัตราการคลอดติดไหล่ไม่เกินร้อยละ 3
 2. อัตราทารกคลอดติดไหล่เกิด brachial plexus injury ที่โรงพยาบาลบางบัวทองเป็นศูนย์
 3. อัตราทารกคลอดติดไหล่เกิด Birth Asphyxia ไม่เกินร้อยละ 3
 4. มารดาบาดเจ็บจากการคลอดติดไหล่ไม่เกินร้อยละ 3
 5. อัตราบุคลากรปฏิบัติตาม Standing Order for Alert shoulder dystocia ของโรงพยาบาลบางบัวทองเป็น 100%
 6. อัตราสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลบางบัวทองได้รับการคัดคณน้ำหนักรทารกในครรภ์ก่อนคลอดเป็น 100%
 7. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในเขตอำเภอบางบัวทองมีคะแนนความรู้หลังอบรมการคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลงชื่อ.....

(นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 25 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน