



# เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา

จิตาภา หมิ่นภักดี  
โรงพยาบาลพิจิตร

การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนด : กรณีศึกษา  
(Nursing Care for Thrombocytopenia Patient  
with Preterm Labour : case study)

จิตาภา หมั่นภักดี\* พย.บ.  
กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด  
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร

**บทคัดย่อ**

**ที่มา :** ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่เกิดจากร่างกายสร้างแอนติบอดีทำลายเกล็ดเลือดและรบกวนการสร้างเกล็ดเลือด ส่งผลให้มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ถ้าเลือดออกในอวัยวะสำคัญถึงแก่ชีวิตได้ โดยในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Immune thrombocytopenia จะมีการหลั่ง Platelet activating factor ซึ่งกระตุ้น amniotic membrane ให้หลั่งสาร prostaglandins ออกมาทำให้เกิดกระบวนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามมา และเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้ง่าย หากการดูแลช่วยเหลือไม่ทันเวลาทำให้เสียชีวิตได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อนำผลการศึกษาเฉพาะกรณีผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนดไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

**วิธีการศึกษา :** ศึกษาเฉพาะกรณีผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนด 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เวชระเบียนผู้คลอด

**กรณีศึกษา :** ผู้คลอดครรภ์แรก อายุครรภ์ 33<sup>+4</sup> สัปดาห์คาดคะเนจากการทำอัลตราซาวด์ ประวัติเดิมมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำประเภท Immune thrombocytopenia (หรือ ITP) 12 ปี ขณะรับบริการที่คลินิกโรคเลือด มีน้ำไหลออกจากช่องคลอดลักษณะใส ไม่มีมูกเลือด และมีอาการปวดหน่วงท้องน้อย จึงส่งต่อแผนกสูติกรรม แรกได้รับรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 137/100 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 65 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 94% ประวัติการฝากครรภ์ 10 ครั้ง ที่โรงพยาบาลพิจิตร ระหว่างตั้งครรภ์อาการปกติไม่มีจุดจ้ำเลือดหรือเลือดออกจากร่างกาย ผลตรวจ Hct ครั้งที่ 1 = 40.3% ครั้งที่ 2 = 35.4% Hb 11.6 gm/dl, Anti HIV negative, VDRL NR, HB<sub>s</sub>A<sub>g</sub> negative, DCIP positive, MCV 69.2 fL สามี DCIP negative, MCV 86.5 fL, Anti HIV negative, VDRL NR ขณะตั้งครรภ์แพทย์ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ตรวจครรภ์ หน้าท้องไม่แข็งตึง มดลูกระดับสะดือ เสียงหัวใจทารก 142 ครั้ง/นาที NST reactive การตรวจหน้าท้องด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงรายงาน ว่า ทารกในครรภ์ศีรษะเป็นส่วนนำ คาดประมาณน้ำหนัก 1,513 กรัม และไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ การหดรัดตัวของมดลูก interval > 10 min, duration 30 sec การตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 ซม. ความบางปากมดลูก 25% ส่วนน้ำอยู่ที่ระดับ -1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญพบว่า Hb 12.4 gm/dl, Hct 37.3%, Platelet 12,000 cell/mm<sup>3</sup> ต่ำกว่าค่าปกติ WBC 17,900 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 76% สูงกว่าค่าปกติ แพทย์วินิจฉัยโรคเบื้องต้น ITP with Preterm Premature Rupture of Membranes ให้เข้ารับการรักษาที่

ห้องคลอด โดยให้ติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่าย และความก้าวหน้าของการคลอดอย่างใกล้ชิด สามชั่วโมงต่อมา ผู้คลอดปวดเบ่ง interval 2 min, duration 55 sec, effacement 100%, station 2+, ฟังเสียงหัวใจทารกเต้น 148 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 10 ซม. สอนมารดาเบ่งคลอดโดยสามารถคลอดได้ปกติ Normal delivery with Lt episiotomy ทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,620 กรัม ร้องเสียงดัง Apgar score 9, 10, 10 รกคลอดสภาพปกติสูญเสียเลือด 200 cc ระหว่างการดูแลในห้องคลอดประเมินทางการพยาบาลพบปัญหา ระยะก่อนคลอด มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการคลอด ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ระยะคลอดพบว่ามารดามีอาการเจ็บครรภ์คลอด ระยะหลังคลอดพบว่า มีโอกาสติดเชื้อแผลฝีเย็บและในโพรงมดลูก มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และทารกมีโอกาสดึงตัวเย็นจากการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนด การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ปฏิบัติได้ครบถ้วน ถูกต้องตามหลักการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนด ช่วยให้มีมารดาและทารกผ่านพ้นการคลอดอย่างปลอดภัย

**สรุปผล :** การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนด จัดว่าเป็นภาวะวิกฤตทางสูติกรรมที่ต้องตัดสินใจให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันเวลาจึงสามารถรักษาชีวิตมารดาและทารกได้ การประเมินทางการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ตลอดจนการเฝ้าคลอดและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้การคลอดปลอดภัย ลดอัตราการตายของมารดาและทารกอีกทั้งเป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้คลอด สมดังเจตนารมณ์ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

**คำสำคัญ :** ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ, คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล

## Abstract

**Introduction:** Thrombocytopenia caused by autoimmune response that destroys platelets and disrupts platelet production, resulting in bleeding throughout the body which can be fatal if occurs in vital organs. In pregnant women with immune thrombocytopenia, platelet activating factor is released, which stimulates the amniotic membrane to secrete prostaglandins, triggering premature labor contractions. This is a major cause of perinatal death and disability. Moreover, thrombocytopenia patient with preterm labour are at high risk of postpartum hemorrhage, which can be fatal without timely care. Given the significance, this case study of a woman who had a preterm delivery integrated knowledge on managing thrombocytopenia with principles of nursing care to help the mother and baby safely pass the delivery.

**Objective:** To apply findings from this case study of a Thrombocytopenia Patient with Preterm labour to improve quality of nursing care.

**Methodology:**

1. Selected a complex patient case to study.

2. Reviewed related literature, academic documents, and evidence-based findings to apply in patient care.
3. Studied patient health status from medical records and history taking from patient and relatives. Analyzed problems and made nursing diagnoses.
4. Developed nursing care plan and provided care accordingly.
5. Monitored and evaluated nursing care outcomes.
6. Summarized case study and compiled academic manuscript.

**Case Study:** A primigravida aged 33<sup>+4</sup> weeks gestation by estimated date of confinement from ultrasound. Past medical history significant for Immune thrombocytopenia (ITP) for 12 years while following up at hematology clinic. On admission, reported watery vaginal discharge with no blood or mucus and mild labor pain. Subsequently referred to obstetrics department. Vital signs were: blood pressure 137/100 mmHg, temperature 36.1 degrees celsius, pulse rate 65 beats/min, respiratory rate 20 breaths/min, and oxygen saturation 94%. Antenatal history is uneventful with 10 antenatal visits at Phichit hospital. No bleeding episodes or hematomas encountered during pregnancy. Laboratory results show hemoglobin (Hb) 11.6 g/dL, hematocrit (Hct) 35.4%, negative HIV, non-reactive VDRL, negative HBsAg, positive DCIP, mean corpuscular volume (MCV) 69.2. Husband is DCIP negative, MCV 86.5, negative HIV and non-reactive VDRL. No ITP treatment nor vaccination administered during pregnancy due to thrombocytopenia. Physical exam unremarkable except for 34 week gravid uterus, fetal heart rate 142 beats/min, reactive non-stress test. Ultrasound reported vertex fetal presentation with estimated fetal weight of 1,513 grams and no placenta previa. Uterine contractions were interval >10 minutes, duration 30 seconds. Vaginal exam showed 1 cm dilated cervix, 25% effacement, station at -1. Pertinent lab results were Hb 12.4 g/dL, Hct 37.3%, platelet count 12,000/mm<sup>3</sup> (below normal limits), WBC 17,900/mm<sup>3</sup> with 76% neutrophils (above normal limits). Doctor first diagnosed of ITP with Preterm Premature Rupture of Membranes, Admitted for Treatment in Labor Room. Treatment Plan: Ringer's lactate 1,000 ml iv at 80 ml/hr., preparation 2 units of packed red blood cells., 2 units of platelet concentrate, Dexamethasone 10 mg iv every 6 hrs., Ampicillin 2 gm iv every 6 hrs., Erythromycin 10 ml oral every 6 hrs., Closely monitor for bleeding tendencies and progress of labor. Three hours later: Patient having contractions duration 2 minutes duration 55 seconds, 100% effacement, station at +2, fetal heart rate 148 /min., vaginal exam: 10 cm dilation, coached patient to push and deliver. Then normal delivery with lt. episiotomy baby boy, weight 1,620 grams, good cry with apgar score 9, 10, 10 and normal placenta. Mother experiencing fatigue, blood loss 200 cc. Nursing assessment during labor in pre-delivery period: risk of bleeding due to low platelet count, risk of preterm labor,

anxiety about disease and delivery, risk of fetal oxygen deficiency. During labor: mother experiences labor pains. Post-delivery: risk of infection of suture and uterine wounds. risk of postpartum hemorrhage, risk of neonatal hypothermia due to incomplete temperature regulation as a result of preterm birth. Nursing care provided helped address these issues comprehensively, enabling safe delivery for mother and baby.

**Conclusion:** Nursing care of a parturient with thrombocytopenia and preterm delivery is considered an obstetric emergency requiring timely and appropriate intervention to save the lives of mother and baby. Careful nursing assessment from admission through delivery and close monitoring facilitated a safe delivery. This helps reduce maternal and neonatal mortality while also building confidence in the parturient. As intended - baby delivered safely, mother protected.

**Keywords:** Thrombocytopenia, Preterm delivery, Nursing care

## บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) เป็นภาวะที่ปากมดลูกเปิดโดยเป็นผลจากการหดตัวและขยายตัวของมดลูกก่อนที่อายุครรภ์จะครบ 37 สัปดาห์ สาเหตุที่ทำให้มีการคลอดก่อนกำหนดจากภาวะสุขภาพของมารดา เช่น โรคประจำตัว ความเครียด การติดเชื้อในร่างกายและพฤติกรรมเสี่ยง ยังมีสาเหตุจากความผิดปกติในมดลูก เช่น ปากมดลูกสั้น มีเนื้องอกที่มดลูก รูปร่างมดลูกผิดปกติ การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ และสาเหตุจากทารกในครรภ์ เช่น ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกมีความผิดปกติหรือพิการ และครรภ์แฝด เป็นต้น<sup>(1)</sup> การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งมารดาและทารก ได้แก่ มารดาในด้านร่างกายพบว่า การรักษาด้วยการนอนพักเป็นเวลานานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนหลัง แขนขาไม่มีแรง ผลกระทบด้านจิตใจทำให้มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ส่งผลต่อความกดดันและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะทำให้มีโอกาสเกิดการตายและภาวะทุพพลภาพของทารกแรกเกิดได้<sup>(2)</sup> จากการทบทวนอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาที่มีโรคประจำตัวมีความเชื่อมโยงกับการคลอดก่อนกำหนด ดังเช่น ในกรณีศึกษาซึ่งประวัติเดิมมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำประเภท Immune thrombocytopenia นั้น อธิบายว่า ภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่เกิดจากร่างกายสร้างแอนติบอดีทำลายเกล็ดเลือดและรบกวนการสร้างเกล็ดเลือด โดยในสตรีตั้งครรภ์จะมีการหลั่ง Platelet activating factor กระตุ้น amniotic membrane ให้หลั่งสาร prostaglandins ออกมาทำให้เกิดกระบวนการคลอดก่อนกำหนดตามมา<sup>4</sup> จึงจะเห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมีความเสี่ยงสูงเพราะมีแนวโน้มของการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ธรรมชาติของโรคที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมักทำให้มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ง่าย และถ้าเลือดออกมากในอวัยวะสำคัญ เช่น จากมดลูกหรือการฉีกขาดของช่องคลอดจะทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นการดูแลมารดาภาวะเกล็ดเลือดต่ำที่มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด รวมไปถึงการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด

ระยะแรกตลอดในปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เนื่องจากร่างกายทารกเจริญไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะปอดและระบบทางเดินหายใจยังไม่โตเต็มที่ สำหรับข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาล พิจิตร<sup>(3)</sup> จากการศึกษาสถิติ ปี 2564-2566 รายงานการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 130, 165, 181 ราย ในจำนวนนี้พบว่าทารกเสียชีวิตแรกคลอด จำนวน 7, 6, 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.38, 3.64, 3.87 ตามลำดับ ไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายงานห้องคลอดคุณภาพที่กำหนดเป้าหมายอัตราตายทารกแรกคลอด = 0 จากการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงทบทวนกระบวนการดูแลผู้คลอดก่อนกำหนดที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลโดยทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงในผู้คลอดก่อนกำหนดที่มีสาเหตุจากโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้วยเหตุนี้การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดร่วมกับความรู้ภาวะเกล็ดเลือดต่ำมาใช้ในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับ ตลอดจนการเฝ้าคลอด ติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด มีการช่วยคลอดจนถึงระยะหลังคลอด จากการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ามารดาและทารกผ่านพ้นการคลอดอย่างปลอดภัย ดังนั้นจึงเสนอผลงานเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ดีเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนดและนำไปใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

### วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะนำมาศึกษา โดยเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพยุ่งยากซับซ้อน
2. ศึกษา ทบทวน ความรู้ที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสารวิชาการ และผลงานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
3. ศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากเวชระเบียนและจากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ นำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
5. ติดตาม ประเมินผลทางการพยาบาล
6. สรุปผลการศึกษา และรวบรวมผลงานจัดทำเอกสารวิชาการ

### ผลการศึกษา/รายงานผู้ป่วย

**ข้อมูลทั่วไป :** หญิงไทย อายุ 28 ปี อาชีพรับจ้าง การศึกษาระดับ ปวส. การวินิจฉัยโรค Immune thrombocytopenia with Preterm labour

**อาการสำคัญ :** มีน้ำไหลออกจากช่องคลอด สีใส ไม่มีมูกเลือด ปวดหน่วงที่ท้องน้อย

**ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน :** วันที่ 30 สิงหาคม 2566 มารับบริการที่คลินิกโรคเลือดตามนัดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566 ด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากผลตรวจ Platelet 9,000 cell/mm<sup>3</sup> ขณะแพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วยบ่นปวดหน่วงท้องน้อย และมีน้ำไหลจากช่องคลอดตลอดเวลา ลักษณะสีใส ไม่มีมูกเลือด เด็กดิ้นดี จึงส่งต่อแผนกสูติกรรม แพทย์ตรวจร่างกายและประเมินมีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดให้เข้ารับการรักษาในห้องคลอด

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** เป็นโรควิตกกเลือดต่ำ ประเภท Immune thrombocytopenia (เรียกย่อว่า ITP) ตั้งแต่ปี 2554 รักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยแพทย์คลินิกโรคเลือดนัดติดตามผลทุก 2 เดือน ขณะตั้งครรภ์แพทย์งดยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านยาที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์ ตลอดการตั้งครรภ์ไม่มีจุดจ้ำเลือด ไม่มีเลือดออกในร่างกายน ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่แพ้ยาหรือสารใดๆ

**ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว :** บุคคลในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคทางพันธุกรรม

**ประวัติการตั้งครรภ์ :** ตั้งครรภ์แรก (G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>) อายุครรภ์ 33<sup>+</sup>4 สัปดาห์ คัดคะแนนจากการทำอัลตราซาวด์ประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย วันที่ 6 มกราคม 2566 วันคัดคะแนนกำหนดคลอดวันที่ 14 ตุลาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6<sup>+</sup> สัปดาห์ จากการมาตรวจตามปกติที่คลินิกโรคเลือดอายุรแพทย์โรคเลือด จึงส่งปรึกษาสูติแพทย์ ไม่ได้แนะนำการยุติตั้งครรภ์ โดยให้ติดตามเฝ้าระวังภาวะครรภ์เสี่ยงสูงทุก 2 สัปดาห์ในไตรมาสที่ 1 ต่อมาเมื่อพบว่าอาการของ ITP คงที่จึงนัดฝากครรภ์ทุก 1 เดือนในไตรมาสที่ 2 รวมประวัติฝากครรภ์ 10 ครั้ง อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีจุดหรือจ้ำเลือดตามร่างกาย ผู้คลอดได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแบบแผนคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ พบว่า ครั้งที่ 1 Hct 40.3%, Hb 13.4 gm/dl, MCV 69.2 fL, DCIP positive, Anti HIV negative, HbsAg negative, VDRL NR, ครั้งที่ 2 Hct 35.4%, Hb 11.6 gm/dl Anti HIV negative, HbsAg negative, VDRL NR สามี่ Hb 15.4 gm/dl, Hct 45.6%, MCV 86.5 fL, DCIP negative, Anti HIV negative, VDRL NR ระหว่างตั้งครรภ์ความดันโลหิต 120/76-129/83 มม.ปรอท urine protein/sugar negative มีภาวะน้ำหนักเพิ่มขณะตั้งครรภ์ > 10 กก. แต่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ตรวจสภาพห้วนมปกติ ทารกในครรภ์ตื่นดี อัตราการเต้นหัวใจของทารก 130-140 ครั้ง/นาที ผลสรุปครรภ์มีความเสี่ยงสูงจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ น้ำหนักเพิ่มมากกว่า 10 กก. ระหว่างตั้งครรภ์ และผู้ป่วยไม่ได้รับวัคซีนใดๆ

#### การประเมินสภาพและตรวจร่างกาย

สภาพทั่วไป : รูปร่างท้วม ส่วนสูง 167 ซม. น้ำหนัก 75 กก. BMI 27.12 ท่าทางอ่อนเพลีย สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 137/100 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 65 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 94%

ศีรษะ : รูปร่างปกติ ผมดำยาว หนังศีรษะเป็นมันปราศจากรังแค

ตา : เยื่อตาขาวใส การมองเห็นปกติ

ปาก : ริมฝีปากแห้ง ไม่มีแผลในปาก และไม่มีฟันผุ

หู : ใบหูสมมาตร ไม่มีน้ำหรือสิ่งผิดปกติหลั่งออกจากหู การได้ยินปกติ

จมูก : ลักษณะปกติ ไม่มีน้ำมูก หรือเลือดกำเดา

ผิวหนัง : ผิวแห้ง ไม่มีผื่นแดง หรือจ้ำเลือด ไม่พบอาการบวมตามร่างกาย

ทรวงอก : เคลื่อนไหวปกติเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจ : อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

ท้อง : HOF 34 ซม. หน้าท้อง อ่อนนุ่ม ไม่มีอาการท้องอืดหรือคลื่นไส้ อาเจียน การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ

กล้ามเนื้อและแขนขา : ปกติ ไม่พบแขนขาอ่อนแรง

การประเมินทางจิตสังคม : ทำทางวิตกกังวล หน้านิ่งคิ้วขมวด ระบุว่าโรคประจำตัวทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซักถามเรื่องลูกบ่อยๆ ประเมินความเครียดด้วย ST5 ระดับมาก (9 คะแนน)

#### การตรวจครรภ์และตรวจภายใน

วันที่ 30 สิงหาคม 2566: มดลูกระดับสะดือ หน้าท้องไม่แข็งตึง NST reactive เสียหัวใจทารก 142 ครั้ง/นาที ตรวจหน้าท้องด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Transabdominal ultrasound) รายงานว่าทารกในครรภ์ศีรษะเป็นส่วนนำ คาดประมาณน้ำหนัก 1,513 กรัม ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ การหดตัวของมดลูก interval > 10 นาที duration 30 วินาที การตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 ซม. ความบางของปากมดลูก (effacement) 25% ส่วนน้ำอยู่ที่ระดับ -1 (station) ผนังปากติ

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CBC : Hb 12.4 gm/dl, Hct 37.3%, Platelet 12,000 cell/mm<sup>3</sup> ต่ำกว่าค่าปกติ, WBC 17,900 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 76% สูงกว่าค่าปกติ

#### ความก้าวหน้าของระยะคลอด

การเฝ้าคลอดและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เวลา 20.30-23.00 น. โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ Ringer lactate 1,000 ml iv 80 ml/hr, Ampicillin 2 gm iv q̄ 6 hr, Erythromycin 10 ml po q̄ 6 hr, Dexamethazone 10 mg iv q̄ 6 hr และเฝ้าระวังความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำและผู้คลอดก่อนกำหนดอย่างเคร่งครัด เวลา 23.17 น. ผู้ป่วยมีอาการปวดเบ่ง ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกเปิดหมด รายงานแพทย์ให้การรักษาด้วย O<sub>2</sub> cannular 3 LPM ให้เกล็ดเลือดเข้มข้น LPPC 1 set iv drip free flow เวลา 23.20 น. มารดาคลอดปกติ (Normal delivery c̄ Lt. episiotomy) ทารกเพศชาย ร้องเสียงดัง activity ดี APGAR score 9, 10, 10 น้ำหนัก 1,860 กรัม ตัวยาว 41 ซม. รกคลอดครบเวลา 23.25 น. ปริมาณการสูญเสียเลือดทั้งหมด 200 cc. หลังคลอดดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Ringer lactate 1,000 ml + oxytocin 30 unit iv drip 120 ml/hr, Amoxicillin 500 mg 1 tab per oral 3 เวลาหลังอาหาร ประสานงานเพื่อนำส่งทารกไปดูแลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด การประเมินทารกก่อนนำส่ง อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 56 ครั้ง/นาทีชีพจร 152 ครั้ง/นาที การติดตามดูแลมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง พบว่า อาการทั่วไปอ่อนเพลีย และเจ็บตึงแผลฝีเย็บ pain score 5/10 น้ำคาวปลาสี rubra ไม่มีกลิ่นเหม็น เปลี่ยนผ้าอนามัย 1 ผืน ยอดมดลูกระดับใต้สะดือ 2 นิ้ว มดลูกหดรัดตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90-140/90 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.6-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub>sat 98-100% เวลา 01.30 น. หลังจากรายงานแพทย์ให้นำส่งหอผู้ป่วยหลังคลอดอย่างปลอดภัย

#### การวางแผนการพยาบาล

จากการประเมินสภาพ การติดตามเฝ้าคลอด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาล นำสู่การวางแผนการพยาบาลตามระยะของการคลอดดังนี้

ระยะก่อนคลอด 1) มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่าย เนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ 2) เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) มีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการคลอด 4) ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน



ระยะคลอด 5) มีอาการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวระยะหลังคลอด 6) มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 7) มีโอกาสติดเชื้อแผลฝีเย็บและโนโพรงมดลูก และ 8) ทารกมีโอกาสเกิดภาวะตัวเย็นจากการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด

### การพยาบาล

#### ระยะก่อนคลอด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ประวัติเป็นโรค ITP มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ตั้งแต่ปี 2554

: วันที่ 5-9 สิงหาคม 2566 เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำ จากการตรวจพบ Platelet  $9,000 \text{ cell/mm}^3$  ต่ำกว่าค่าปกติ

O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 30 สิงหาคม 2566 Hb 12.4 gm/dl, Hct 37.3%, Platelet  $12,000 \text{ cell/mm}^3$  ต่ำกว่าค่าปกติ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีจุดจ้ำเลือดในร่างกาย
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรือความดันโลหิต  $< 110/70$  มม.ปรอท ชีพจรเบาเร็ว  $> 100$  ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้าเย็น อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดหรือเลือดกำเดาไหล  $\text{O}_2\text{sat}$  95%
3. ผลตรวจ Platelet count อยู่ในเกณฑ์ปกติ  $> 140,000 \text{ cell/mm}^3$

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะเลือดออกง่าย ได้แก่ ติดตามระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพทุกชั่วโมง ถ้าพบว่าผู้ป่วยซึมลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ความดันโลหิตตก  $< 110/70$  มม.ปรอท ชีพจรเบาเร็ว  $> 100$  ครั้ง/นาที ร่วมกับมีอาการถ่ายเป็นเลือด อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหล รีบรายงานแพทย์ทันที
2. สังเกตอาการมีจุด จ้ำเลือดตามร่างกาย อธิบายและแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการตนเอง ถ้าพบว่ามีจ้ำเลือดเกิดขึ้นในร่มผ้า ให้แจ้งพยาบาลทันที
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยจัดท่านอนที่สุขสบายและหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน โดยใช้หมอนรองรับส่วนต่างๆ ของร่างกาย ยกที่กั้นเตียงทุกครั้งปฏิบัติกรพยาบาลแล้วเสร็จเพื่อป้องกันตกเตียง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Dexamethazone 10 mg iv q 6 hr ติดตามและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้แก่ กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจลำบาก มึนงง ฟังเสียงหัวใจทารกเต้นช้าลง เป็นต้น หากพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
5. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายอย่างระมัดระวังและมีให้กระทบกระเทือนผู้ป่วยอย่างรุนแรง เช่น การเจาะเลือด การตรวจภายใน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงโดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่กระตุ้นให้เลือดออกง่าย เช่น รมัถระวังการแปรงพัน การใช้ของมีคม การพลัดตกหกล้ม เป็นต้น โดยให้ญาติดูแลและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

7. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผล Platelet count ตามแผนการรักษา รายงานแพทย์เพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรค

#### การประเมินผล

1. ไม่มีจุด จ้ำเลือดในร่างกาย

2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกในร่างกาย ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ไม่มีเลือดกำเดาไหล หรือปลายมือปลายเท้าเย็น ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90-140/90 มม.ปรอท ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที  $O_2\text{sat}$  98%

3. ผลตรวจ Platelet count ดีขึ้นตามลำดับ ก่อนจำหน่าย  $159,000 \text{ cell/mm}^3$  อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : มีน้ำสีใสออกจากช่องคลอด

: มีอาการปวดหน่วงท้องน้อย

O : ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 1 ซม. ความบางปากมดลูก 25% ระดับส่วนน้ำ = -1 ถุงน้ำปกติ

: มีการหดตัวของมดลูก Interval > 10 นาที Duration 30 วินาที

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันมารดาคลอดก่อนกำหนด

#### เกณฑ์การประเมิน

1. มดลูกหดตัวน้อยลง หรือไม่หดตัวเลย ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น ไม่มีมูกปนเลือด และน้ำคร่ำออกจากช่องคลอดเพิ่มขึ้น

2. มารดาและทารกรอดชีวิต (กรณีไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้ในการยับยั้งการคลอดได้หรือไม่ ทุกชั่วโมง ได้แก่ การหดตัวของมดลูก ลักษณะปากมดลูกเปิดไม่มากกว่า 4 เซนติเมตร ถุงน้ำคร่ำปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกดีหรือไม่ การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เป็นอย่างไร ภายหลังประเมินรายงานแพทย์พิจารณาแผนการรักษา

2. ให้อนพักบนเตียงอย่างสมบูรณ์ โดยนอนตะแคงข้างซ้ายเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้นช่วยให้การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลงและช่วยลดแรงดันของปากมดลูกทำให้ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น

3. ให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา ได้แก่ Ringer lactate  $1,000 \text{ ml iv } 80 \text{ ml/hr}$  และ Dexamethazone  $10 \text{ mg iv } q 6 \text{ hr}$  เพื่อให้ยาแก้ไขภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ขณะให้ยาติดตามอาการหดตัวของมดลูกและอาการข้างเคียงจากยาได้แก่ติดตามการเต้นของหัวใจ มารดามีอาการใจสั่น ความดันโลหิตตก บันทึกผลและรายงานแพทย์ทุกระยะ

4. ประเมินการทำงานของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ ความถี่ของการเจ็บครรภ์ ความรุนแรง ระยะเจ็บครรภ์แต่ละครั้ง ถ้าพบอาการผิดปกติของมารดาและทารกเฝ้าระวังรายงานแพทย์ทันที

5. ประเมินสัญญาณชีพของมารดาและฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วน

#### การประเมินผล

จากการเฝ้าคลอดติดตามการหดตัวของมดลูกและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่เวลา 20.30-23.00 น. พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การหดตัวของมดลูกและอาการเจ็บครรภ์ก้าวหน้าตามลำดับ จนกระทั่งเวลา 23.10 น. ตรวจพบปากมดลูกเปิด 10 ซม. Interval 2 นาที duration 55 วินาที effacement 100% station 2+, FHS 148 ครั้ง/นาที membrane clear ผู้ป่วยมีอาการปวดเบ่ง จึงรายงานแพทย์ทำคลอด Normal delivery, Lt episiotomy เวลา 23.20 น. ทารกเพศชายน้ำหนัก 1,620 กรัม activity ดี ร้องเสียงดัง APGAR 9, 10, 10 รกคลอดครบ เวลา 23.25 น. สูญเสียเลือด 200 cc. หลังคลอดมารดาความดันโลหิต 102/97 มม.ปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที สรุปว่ามารดาและทารกผ่านพ้นการคลอดอย่างปลอดภัย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการคลอด

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : หน้านิ้วคิ้วขมวด “ซักถามว่าจะคลอดก่อนกำหนดหรือไม่” “โรคเกล็ดเลือดต่ำอันตรายต่อการคลอดไหม”

: ถูกจำกัดให้พักบนเตียงอย่างสมบูรณ์

O : ประเมินความเครียดด้วย ST5 ระดับมาก (9 คะแนน)

#### วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้แก่ผู้คลอด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกว่าความวิตกกังวลและความกลัวลดลง
2. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ประเมิน ST5 คะแนนลดลง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้คลอด และสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้คลอดคุ้นเคยกับทีมการพยาบาลและสภาพแวดล้อม
2. กระตุ้นให้ผู้คลอดแสดงความรู้สึกออกมาและอธิบายให้เข้าใจว่าความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นได้กับสตรีที่คลอดก่อนกำหนดทุกราย ซึ่งทีมแพทย์และพยาบาลจะให้การดูแลอย่างใกล้ชิด
3. อธิบายสาเหตุของการมีน้ำไหลออกจากช่องคลอดและความสัมพันธ์ของภาวะเกล็ดเลือดต่ำกับการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจทำให้มีการคลอดก่อนกำหนดได้ แจกแผนการรักษาที่ได้รับ เช่น การให้ยาแก้ไขภาวะเกล็ดเลือดต่ำเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือ

4. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจว่า การได้รับยาในกลุ่มสเตียรอยด์จะช่วยลดการหดตัวของมดลูก และอาจช่วยให้ตั้งครรภ์ต่อไปได้ เพื่อให้ทารกเติบโตในครรภ์ต่อไปตามพัฒนาการ แต่ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค โดยให้สังเกตอาการผิดปกติ ที่เป็นผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ใจสั่น ทารกไม่ตื่นให้รีบแจ้งพยาบาลทันที

5 อธิบายให้เข้าใจว่าในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บคลอดก่อนกำหนดได้ จำเป็นต้องให้ทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีแพทย์ผู้ชำนาญการ และพยาบาล คอยดูแลช่วยเหลือมารดาและทารกเพื่อให้มีความปลอดภัย

6. สนับสนุนให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้คลอดด้วย

7. ไปเยี่ยมผู้คลอดที่เตียงบ่อย ๆ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ ถ้าต้องเจาะเลือด เก็บปัสสาวะ หรือตรวจร่างกายใน อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจทุกครั้ง

#### การประเมินผล

1. บอกว่าความวิตกกังวลและความกลัวลดลง
2. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผ่อนคลาย
3. ประเมิน ST5 ระดับปานกลาง (5 คะแนน)

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดามีน้ำไหลจากช่องคลอด ปวดหน่วงท้องน้อย

: ระยะที่ 2 ของการคลอด มารดาเบ่งคลอดไม่ถูกวิธีเพราะเป็นครรภ์แรก

O : การหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ duration > 10 นาที

: ผลตรวจ TAS คาดประมาณว่าทารกน้ำหนักน้อย 1,513 กรัม

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียงหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
2. คะแนน APGAR ที่ 1 นาทีไม่น้อยกว่า 7

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้คลอดนอนพักที่เตียงอย่างสมบูรณ์ไม่ให้ลุกเดิน เนื่องจากส่วนน้ำยังอยู่สูงและเป็นการป้องกันถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลา อธิบายเหตุผลและความจำเป็นให้ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือ

2. ฟังเสียงหัวใจทารกทุก 30 นาที และทุกครั้งที่มีมดลูกคลายตัว เมื่อเข้าสู่ระยะเบ่ง โดยไม่ให้ผู้คลอดเบ่งก่อนเวลา

3. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด โดยตรวจดูการเปิดของปากมดลูกและจับการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที เพื่อติดตามอาการจากการขาดออกซิเจนของทารก และวางแผนให้ความช่วยเหลือได้ทันที

4. ประเมินภาวะชักงันของการคลอด โดยแนะนำผู้คลอดสังเกตการดิ้นของทารกคอยประเมินการดิ้นของทารกเป็นระยะๆ

5. สอนผู้คลอดถึงวิธีการเบ่งอย่างถูกวิธีและมีระยะพัก เพื่อช่วยลดภาวะการขาดออกซิเจนให้แก่ทารก

6. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจน 3 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารก

7. ถ้าถุงน้ำคร่ำแตกรีบตรวจภายใน ฟังเสียงหัวใจทารกทันที เพื่อประเมินการพลัดต่ำของสายสะดือ ส่วนน้ำ และการเปิดขยายของมดลูก โดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงและเตรียมการช่วยคลอด

8. เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเบ่ง รายงานสูติแพทย์และประสานกุมารแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือทันเวลา โดยเตรียมอุปกรณ์การช่วยคลอดและการกู้ชีพทารกออกซิเจนให้พร้อม

#### การประเมินผล

1. ระยะที่ 2 ของการคลอด เสียงหัวใจทารกเต้นระหว่าง 130-140 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ มีความก้าวหน้าของการคลอดดี

2. ทารกผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย น้ำหนักแรกคลอด 1,620 กรัม APGAR score 9,10,10 activity ดี ร้องเสียงดัง

#### ระยะคลอด

ตั้งแต่ เวลา 22.30 น. ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น pain score 6/10 บอกว่าอยากเบ่งคลอด น้ำไหลจากช่องคลอดสีเหลืองใส ประเมินการหดตัวของมดลูก interval 5', duration 35", FHS 144 ครั้ง/นาที ปากมดลูกเปิด 7 ซม. เวลา 23.00 น. เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น pain score 8/10, interval 3', duration 30" ปากมดลูกเปิด 7 ซม. effacement 75%, Station = 1, ถุงน้ำโป่งตึง เวลา 23.17 น. เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น pain score 8/10, interval 2', duration 30" ปากมดลูกเปิด 10 ซม. effacement 100%, Station +2, ถุงน้ำแตก รายงานแพทย์สั่งการรักษา O<sub>2</sub> cannular 3 LPM, LPPC 1 set iv drip free flow เตรียมคลอด Normal delivery, episiotomy และเตรียมให้ยาและสารน้ำหลังคลอดทันที คือ Ringer lactate 1,000 ml+oxytocin 30 unit iv 120 ml/hr การพยาบาลระยะการคลอดปฏิบัติ ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** มีอาการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากมดลูกหดตัว

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น pain score 8/10 บอกว่าอยากเบ่งคลอด

O : ในระยะคลอด (active phase) duration 30 วินาที interval 2 นาที

: ปากมดลูกเปิดขยายมากขึ้นตามลำดับ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ให้แก่ผู้คลอด

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดมีระยะพัก และบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ pain score < 8/10

2. ผู้คลอดใช้เทคนิคบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บครรภ์ด้วย pain score ร่วมกับการหดตัวของมดลูกแนะนำให้นอนตะแคงซ้ายศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อไม่ให้กดทับกระบังลม ภาวะอาหารและลำไส้ จะช่วยบรรเทาอาการได้
2. ดูแลความสุขสบายให้แก่ผู้คลอด โดยใช้ผ้าเช็ดร่างกาย ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดแห้ง รวมทั้งปลอบโยนให้กำลังใจ
3. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคเผชิญความเจ็บปวด ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. สังเกตลักษณะและปริมาณของมูกเลือด และน้ำคร่ำที่ออกทางช่องคลอดร่วมกับอาการเปลี่ยนแปลงทางกาย ติดตามสัญญาณชีพต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รายงานแพทย์ทันที
5. ดูแลให้เกล็ดเลือด LPPC 1 set iv drip free flow และ O<sub>2</sub> cannular 3LPM ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดระหว่างการคลอด
6. สอนวิธีการเบ่งคลอดเมื่อพบว่าระยะคลอดมีความก้าวหน้า เพื่อป้องกันอันตรายจากการเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

#### การประเมินผล

1. ผู้คลอดยังคงเจ็บครรภ์ pain score 8/10 เนื่องจากระยะใกล้คลอดแต่พักได้
2. ผู้คลอดใช้เทคนิคบรรเทาอาการเจ็บครรภ์ได้

เมื่อทารกคลอดแล้ว บันทึกเวลาคลอด เขียนชื่อผูกปายข้อมือทารก จากนั้นช่วยทำคลอดรก ตรวจสอบสภาพรก บันทึกน้ำหนักรก และปริมาณเลือดที่สูญเสียหลังคลอด วัดสัญญาณชีพมารดาและให้สารน้ำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา นำทารกไปดูตนมมารดาที่เตียงคลอดก่อนนำส่งหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ช่วยแพทย์เย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ คลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดอีกครั้งก่อนทำความสะอาดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และใส่ผ้าอนามัย ผ้าถุงให้ผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากเตียงคลอดไปเตียงสังเกตอาการ 2 ชั่วโมงหลังคลอด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนอาการคงที่ร่วมกับตรวจประเมินอาการตกเลือดหลังคลอด เมื่อครบ 2 ชั่วโมงสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด

#### ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยประวัติเดิมภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ขณะตั้งครรภ์งดยาที่ใช้ประจำ

: ระยะที่ 1 ของการคลอด หน้าท้องอ่อนนุ่ม การหดตัวของมดลูกไม่ดี

O : ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 12.4 gm/dl, Hct 37.7%, Platelet 12,000 cell/mm<sup>3</sup> ต่ำกว่าค่าปกติ

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด

#### เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70-120/80 มม.ปรอท ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

2. มดลูกหดรัดตัวดี กลม แข็ง และไม่มีเลือดออกจากฝีเย็บและช่องคลอด
3. รู้สึกตัวดี ไม่มีปลายมือปลายเท้าเย็นหรือแสดงอาการกระสับกระส่าย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นที่เป็นอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
2. สังเกตและติดตามจำนวนเลือดออกจากช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือด รวมทั้งประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 15 นาที การตรวจบริเวณช่องคลอดอย่างระมัดระวัง
3. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที และบันทึกต่อทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้ความช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ได้แก่ Ringer lactate 1,000 ml+oxytocin 30 unit iv 120 ml/hr สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะได้รับสารน้ำอย่างใกล้ชิด
5. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างทุก 1 ชั่วโมง เพื่อมิให้ขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก

#### การประเมินผล

1. สองชั่วโมงหลังคลอด ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น เหงื่อออก มือเท้าเย็น สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/90-140/90 มม.ปรอท อุณหภูมิ 36.6-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที  $O_2\text{sat}$  98-100%
2. มดลูกหดรัดตัวดี ยอดมดลูกระดับไตสะดือ 2 นิ้ว ไม่มีเลือดออกจากฝีเย็บ คลึงมดลูก ไล่ blood clot ไม่มีลิ้มเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสติดเชื้อแผลฝีเย็บและในโพรงมดลูก

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ฝีเย็บมีแผล Lt. episiotomy

O : ระยะเวลาก่อนคลอดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า WBC 27,000 cell/mm<sup>3</sup>, Neutrophil 76% แสดงถึงการติดเชื้อในร่างกาย

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-120/80 มม.ปรอท ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. น้ำคาวปลาลักษณะปกติไม่มีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บไม่บวม เลือดซึม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุกชั่วโมง โดยติดตามอุณหภูมิร่างกายอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการมีไข้ หนาวสั่น ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที
2. สังเกต จำนวน สี กลิ่น ของน้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอด และจากผ้าอนามัย โดยอธิบายลักษณะน้ำคาวปลาที่ผิดปกติ ให้แก่มารดาถ้าพบความผิดปกติให้แจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์

3. ประเมินการลดระดับของมดลูกหลังคลอด แนะนำให้ผู้คลอดนอนคว่ำใช้หมอนรองรับที่หน้าท้อง เพื่อให้หน้าควาปลาไหลสะดวก และจะช่วยบรรเทาอาการปวดมดลูก

4. ดูแลความสะอาดทั่วไปให้ผู้คลอดโดยเช็ดตัวและให้สวมเสื้อผ้าที่สะอาด ดูแลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดถ้าแผลซึ่มทำแผลและเปลี่ยนผ้าอนามัยให้ตามวิธีการปราศจากเชื้อ

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ได้แก่ Amoxycillin 500 mg 1x3 per oral pc ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับยาและบันทึกผล

#### การประเมินผล

หลังคลอด 2 ชั่วโมง ผู้คลอดไม่มีไข้ ไม่มีอาการ หนาวสั่น อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37-37.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/70-120/80 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ทารกมีโอกาสเกิดภาวะตัวเย็นเนื่องจากการควบคุมอุณหภูมิไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนด

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาตั้งครรภ์ 33<sup>+4</sup> สัปดาห์และมีภาวะน้ำคร่ำรั่วก่อนครรรภ์ครบกำหนด

: ระยะที่ 1 ของการคลอดการหดตัวของมดลูกไม่ดี Interval > 10 นาที มีผลให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนและภาวะตัวเย็นหลังคลอด

O : ทารกคลอดน้ำหนัก 1,860 กรัม

: ทารกคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 33<sup>+</sup> สัปดาห์

: อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 152 ครั้ง/นาที หายใจ 56 ครั้ง/นาที

#### วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำให้แก่ทารก

#### เกณฑ์การประเมิน

1. วัดอุณหภูมิกายทารกได้มากกว่า 36.5 องศาเซลเซียส

2. ไม่มีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำความสะอาดร่างกายทารกด้วยน้ำอุ่น เช็ดตัวให้แห้งอย่างรวดเร็ว

2. ใส่เสื้อผ้าให้ทารกด้วยผ้าที่แห้งสะอาด สวมหมวก สวมถุงมือ ถุงเท้า แล้วห่อตัวทารกด้วยผ้าขนหนู

เพื่อให้ร่างกายอบอุ่น

3. จัดให้ทารกนอนพักอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมโดยไม่มีลมโกรก

4. วัดอุณหภูมิกายทารกซ้ำก่อนย้ายออกจากห้องคลอด

5. อธิบายให้มารดาทราบว่าในระยะหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิต่ำและเกิดผลกระทบได้ และความจำเป็นที่ต้องส่งทารกไปดูแลที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ให้ข้อมูลว่าจะมีแพทย์และพยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มารดาคลายความกังวล

#### การประเมินผล



ไม่เกิดปัญหาภาวะอุณหภูมิกายทารกต่ำ ก่อนย้ายออกจากห้องคลอด วัดอุณหภูมิได้ 36.8 องศาเซลเซียส ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

**สรุป :** การพยาบาลผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำและคลอดก่อนกำหนด จัดว่าเป็นภาวะวิกฤตทางสูติกรรมที่พยาบาลต้องตัดสินใจให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันเวลา เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดดำเนินต่อไปได้อย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกให้ได้มากที่สุด การนำความรู้โรคหลักการพยาบาลมาใช้ในการประเมินตั้งแต่ระยะแรกรับ ตลอดจนการเฝ้าคลอดและติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ช่วยให้การคลอดปลอดภัยเป็นการลดอัตราการตายของมารดาและทารก และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้คลอดมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

### อภิปรายผล

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในสตรีตั้งครรภ์ จากสาเหตุภาวะน้ำคร่ำรั่วหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนครบกำหนดคลอดและก่อนการเจ็บครรภ์และจากสาเหตุภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น มารดามีความเสี่ยงจากโรคประจำตัว อายุน้อย มีภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาทางจิตใจและเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ เป็นต้น<sup>(5)</sup> ในผู้ป่วยกรณีศึกษาเข้าช่วยการคลอดก่อนกำหนดจากโรคประจำตัว คือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ โดยผู้ป่วยเป็นโรคนี้นาน 12 ปี รักษาประจำด้วยยากลุ่มสเตียรอยด์ ขณะตั้งครรภ์แพทย์งดยาด้วยเหตุผลว่า ยากลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์และเพิ่มการติดตามเฝ้าระวังในคลินิกฝากครรภ์ทุก 2 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามในไตรมาสที่ 3 พบว่า ผู้คลอดมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำขึ้นวิกฤตบ่อยขึ้น และขณะเข้ารับบริการครั้งนี้มีน้ำไหลออกจากช่องคลอดเข้าช่วยน้ำคร่ำรั่ว ซึ่งตรงตามความรู้โรคที่กล่าวว่า<sup>(4)</sup> Immune thrombocytopenia จะมีการหลั่ง Platelet activating factor กระตุ้น amniotic membrane ให้หลั่งสาร prostaglandins ทำให้กระตุ้นกระบวนการคลอดก่อนกำหนด สำหรับการรักษาผู้คลอดกรณีศึกษาพบว่า เป็นการดูแลแบบประคับประคองมิได้ใช้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก เนื่องจากมารดามีข้อจำกัดจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำดังกล่าวแล้วประกอบกับจากการตรวจอัลตราซาวด์ที่แพทย์วินิจฉัยว่า ทารกมีโอกาสรอดชีวิต แผนการรักษาเป็นการใช้สเตียรอยด์ร่วมกับยาปฏิชีวนะและมุ่งเน้นการเฝ้าคลอดเพื่อประเมินภาวะ fetal distress ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำอย่างเข้มงวด ทั้งนี้พิจารณาวิธีการคลอดทางช่องคลอดลำดับแรก การรักษาของแพทย์ตรงตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดก่อนกำหนดที่กล่าวว่า<sup>(5)</sup> การที่มีน้ำคร่ำรั่วหรือถุงน้ำคร่ำแตกก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จะกระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์คลอดทารกก่อนกำหนด หากไม่สามารถรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการตั้งครรภ์ ควรเป็นการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ ได้แก่ ลดการติดเชื้อของมารดารวมทั้งการดูแลทางจิตใจของผู้คลอดและครอบครัว สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา จะเห็นว่ากรณีภาวะคลอดก่อนกำหนดมีความสำคัญโดยเฉพาะในผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ไม่มาก โดยพยาบาลผู้ให้ความช่วยเหลือต้องมีความชำนาญในการประเมินเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างชัดเจนและให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการพยาบาลผู้คลอดก่อนกำหนดที่อธิบายว่า<sup>(6)</sup>การพยาบาลโดยประเมินสภาพที่สำคัญได้แก่ การตรวจสอบอายุครรภ์ร่วมกับการประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ คือถ้ามีการหดตัวของมดลูกหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และก่อน 37 สัปดาห์ ร่วมกับ

สิ่งตรวจพบ คือ ปากมดลูกเปลี่ยนแปลงชัดเจน เช่น ปากมดลูกเปิดมากกว่า 2 ซม. หรือปากมดลูกบางมากกว่า ร้อยละ 80 จึงวินิจฉัยได้ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังที่ปรากฏในกรณีศึกษาจึงนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและช่วยให้มารดาและทารกผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย ผลลัพธ์จากการพยาบาลนี้เป็นการรวบรวมประสบการณ์จากการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงที่ประสบผลสำเร็จ นำสู่การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลผู้คลอดอย่างต่อเนื่องต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากสถิติการคลอดก่อนกำหนดที่ยังไม่ลดลงตามเป้าหมายงานห้องคลอดคุณภาพและการตระหนักต่อปัญหาและผลกระทบจากการคลอดก่อนกำหนดทั้งในมารดาและทารกระยะยาว อีกทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดในปัจจุบันจะเห็นว่าเป็นความเสี่ยงจากโรคทางอายุรกรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมการพยาบาลผู้คลอด ซึ่งเป็นบุคคลลำดับแรกในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาบุคคลเหล่านี้ให้มีความรู้โรคทางอายุรกรรมและความเกี่ยวพันต่อการคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งฝึกทักษะการช่วยเหลือผู้คลอดก่อนกำหนดในภาวะวิกฤตเร่งด่วนอยู่เสมอ เพื่อการดูแลผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine. Guideline for Preterm Labor. [สืบค้นวันที่ 1 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/lessons;2561>.
2. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. [สืบค้นวันที่ 1 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก [https://www.rtcog.or.th/guideline\\_pprom;2564](https://www.rtcog.or.th/guideline_pprom;2564).
3. โรงพยาบาลพิจิตร. ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลพิจิตรและคปสอ.เมืองพิจิตร. พิจิตร : มปท; 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
4. นิสา มะเครือสี. ภาวะ Immune Thrombocytopenia ในผู้ใหญ่ [สืบค้นวันที่ 1 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก <https://ejournals.swu.at.th/article;2558>.
5. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. [สืบค้นวันที่ 1 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก [https://www2.si.mahidol.ac.th/sins\\_nursing\\_manual\\_2556\\_09\\_plus.pdf;2556](https://www2.si.mahidol.ac.th/sins_nursing_manual_2556_09_plus.pdf;2556).
6. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. การพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1). [สืบค้นวันที่ 1 กันยายน 2566]. สืบค้นจาก <https://www.nur.psu.ac.th/nur;2562>.