CRC

Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 1886,1897,1898,1899,1907,1908,1928-1931,1947/2567

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th> 22 เมษายน 2568 เวลา 16:48
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

- 1886(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.จิราภรณ์.pdf
- 1897(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf
- 1898(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf
- 1899(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf
- 1907(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.กฤษณา.pdf
- 1908(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ณัฐวรา.pdf
- 1929(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พัชราวรรณ.pdf
- 1930(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สาวิตรี.pdf
- 1931(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ปาริชาต.pdf
- 1947(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf

1928(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พนิดา.pdf
4475K

แจ้งเพื่อทราบ

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พย.ชร. 964/2567
10 เมษายน 2568

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 1886(11)/2567
ว.ด.ป. 10 เม.ย. 2568 เวลา 15.00
ผู้รับ [signature]

วิทยาลัยเชียงราย

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันท์ชัย	**ตำแหน่ง** : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์	
กิจกรรม ประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ประจำปี 2567	○ การสัมมนา ○ การฝึกอบรม ✓ การประชุมเชิงวิชาการ ○ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ○ อื่นๆ (ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ 1578 (11)/2567
เรื่อง	Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะตั้งครรภ์
หน่วยงานที่จัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
สถานที่จัด	รูปแบบออนไลน์ zoom
วัน เดือน ปี	27-28 มีนาคม 2568 เวลา 08.00-16.00 น.
ค่าใช้จ่าย	**งบประมาณที่เบิก** ○ ไม่มี ✓ มี จำนวน.....1,000..... บาท **งบประมาณที่จ่ายจริง** ○ ไม่มี ✓ มี จำนวน.....1,000..... บาท **งบประมาณที่คืน/เบิกเพิ่ม** ✓ ไม่มี ○ มี จำนวน..... บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	✓ ได้รับ ○ ไม่ได้รับเนื่องจาก..... ○ ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

ดังเอกสารแนบ

ประโยชน์ที่ได้รับ

ได้ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะตั้งครรภ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้ในการให้ความรู้ในการจัดการเรียนการสอน

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน	
หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	**หมายเหตุ**
การเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1, 2 และ 3	

เอกสารที่แนบมาด้วย

-

(ผศ. กฤษณา ปิงางศ์)
หัวหน้ากลุ่มวิชา ฯ.

ทราบ
ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้รายงาน จิราภรณ์ นันท์ชัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันท์ชัย)
.....9...../....เมษายน...../....2568.....

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ○ ฝ่ายบริหาร ⊘ ฝ่ายวิชาการ ○ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ [illegible]
(ผศ.ดร. [illegible])
10 / เม.ย. / 68

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ทราบ

.....

.....

.....

ลงชื่อ [illegible]
(ดร. [illegible])
22 เม.ย. 2568
...../...../.....

เรียน [illegible]
เพื่อโปรดพิจารณา
[illegible]
[illegible]
10 / 4 / 68

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

นางสาว จิราภรณ์ นันท์ชัย

ได้เข้าร่วมอบรมโครงการประชุมวิชาการรูปแบบ Online ผ่านระบบ Zoom

โครงการ Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะตั้งครรภ์

ระหว่างวันที่ 27-28 มีนาคม 2568

ณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ 11.50 หน่วยคะแนน

เลขรหัสหลักสูตร E069-L-68-C2-0002-1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง

รักษาการคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อินทร์ จันทร์เจริญ

อธิการบดีวิทยาลัยเชียงราย

สรุปประเด็นสำคัญการประชุมเชิงวิชาการ Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะตั้งครรภ์

วัน พฤหัสบดี ที่ 27 มีนาคม 2568

1. Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์: การดูแลสตรีมีครรภ์ที่เป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย: รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียรุนแรง: เส้นทางของประเทศไทย

โรคธาลัสซีเมียเป็นกลุ่มโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมที่พบบ่อยในชาวเอเชีย โดยเฉพาะเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียใต้ การรักษาแบบดั้งเดิม คือ การให้เลือดและการให้ยาขับเหล็ก ซึ่งมีข้อจำกัดในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูงและทรัพยากรจำกัด ดังนั้น การป้องกันการเกิดผู้ป่วยธาลัสซีเมียรายใหม่จึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา

ในประเทศไทย พบความหลากหลายของชนิดและความถี่ของธาลัสซีเมียสูง ทำให้เกิดกลุ่มอาการธาลัสซีเมียมากกว่า 60 ชนิด การให้การรักษาด้วยการให้เลือดและยาขับเหล็กอย่างเหมาะสมจึงเป็นไปได้ยากในผู้ป่วยส่วนใหญ่ แนวทางการป้องกันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

โครงการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย:

- **การคัดกรองพาหะ:** เพื่อระบุบุคคลที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมีย
- **การระบุคู่เสี่ยง:** เพื่อค้นหาคู่ที่มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรง
- **การวินิจฉัยก่อนคลอด:** เพื่อตรวจวินิจฉัยทารกในครรภ์ว่าป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่

ขั้นตอนวิธีสำหรับการใช้ dPCR ของ cff-DNA ในการวินิจฉัยธาลัสซีเมียชนิดเบต้า

โดยมีทางเลือกเพิ่มเติมเมื่อตรวจพบการกลายพันธุ์ของยีน HBB ที่ถ่ายทอดจากบิดา (PIB-M) ในคู่ที่มีการกลายพันธุ์ต่างกัน หรือคู่ที่มีการกลายพันธุ์เดียวกัน ซึ่งอาจนำไปสู่การวินิจฉัยก่อนคลอด หรือใช้ **อัตราส่วน MIB-M/MIB-N** เพื่อทำนายสถานะของทารกในครรภ์ โดยแนะนำให้ใช้ร่วมกับการวิเคราะห์ relative haplotype dosage (RHDO) เพื่อเพิ่มความแม่นยำ

ข้อควรระวัง ในการวินิจฉัย ได้แก่ ปัญหา paternal exclusion, การตรวจไม่พบ, ผลบวกลวง, ผลลบลวง, allele dropout และปริมาณ DNA ของทารกในครรภ์ต่ำ (FF problem)

สรุป: ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียรุนแรง โดยมีโครงการที่ครอบคลุมการคัดกรองพาหะ การระบุคู่เสี่ยง และการวินิจฉัยก่อนคลอด มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น dPCR ของ cff-DNA มาใช้ในการวินิจฉัยก่อนคลอด อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อควรระวังและประเด็นที่ต้องพิจารณาในการดำเนินงานเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์: การคัดกรองดาวน์ซินโดรม: รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

การคัดกรองโรคดาวน์ซินโดรม มีเป้าหมายเพื่อประเมินความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะเป็นโรคดาวน์ซินโดรม (trisomy 21) รวมถึงความผิดปกติของโครโมโซมอื่นๆ เช่น trisomy 18 และ trisomy 13
วิธีการคัดกรองประกอบด้วย:

- **อายุของมารดา:** ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น
- **การตรวจอัลตราซาวด์:** การวัดความหนาของท้ายทอย (nuchal translucency: NT) และการตรวจหา ultrasound markers อื่นๆ
- **การตรวจเลือดมารดา (serum biochemical marker):** การตรวจสารชีวเคมีในเลือดมารดา
- **การตรวจ cfDNA ในพลาสมามารดา (Non-invasive prenatal testing: NIPT):** เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำสูงในการคัดกรองความผิดปกติของจำนวนโครโมโซมที่พบบ่อย

การวินิจฉัย ได้แก่ การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis), การตัดชิ้นรก (chorionic villus sampling: CVS) และการเจาะเลือดสายสะดือ (cordocentesis) เพื่อนำเซลล์ของทารกมาตรวจวิเคราะห์โครโมโซม (chromosome study)

อัลกอริธึมการตรวจทางพันธุกรรมก่อนคลอด แสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนในการให้ข้อมูลและการตรวจคัดกรอง โดยเน้นว่าการตรวจคัดกรองทุกชนิดมีความเสี่ยงที่ยังคงเหลืออยู่ (residual risk)

BoBs (BACs-on-Beads) เป็นเทคนิคที่สามารถตรวจหาความผิดปกติของจำนวนโครโมโซมที่พบบ่อย (เช่น 21, 13, 18, X, Y) รวมถึง microdeletion syndromes ที่มีความชุกสูงอีก 9 ชนิด เช่น DiGeorge, Williams-Beuren, Prader-Willi, Angelman และ Smith-Magenis ซึ่งสามารถทำร่วมกับการตรวจ karyotype ได้

สรุป: การคัดกรองดาวน์ซินโดรมมีหลายวิธี ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงตามอายุ การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจเลือด ไปจนถึงการตรวจ NIPT ซึ่งมีความแม่นยำสูง การบูรณาการการคัดกรองร่วมกับภาวะอื่นๆ และการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์

3. Update ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์: ให้คำปรึกษาสตรีมีครรภ์ในการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม: ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

หลักการให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์

- **ความเข้าใจและการปรับตัว:** ช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจและปรับตัวต่อผลกระทบทางการแพทย์ จิตใจ และครอบครัวจากปัจจัยทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค
- **องค์ประกอบ:** ประกอบด้วย การวินิจฉัย (การซักประวัติ การเลือกการตรวจ ข้อจำกัดของการวินิจฉัย) การประเมินความเสี่ยง และการสื่อสารและการสนับสนุน

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจผลของโรค ทราบอัตราเสี่ยง ลดความวิตกกังวล ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม หาทางป้องกันแก้ไข และมีข้อมูลในการวางแผนครอบครัวด้วยตนเอง
- **ลักษณะ:** ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความรู้ด้านพันธุศาสตร์และการตรวจทางพันธุศาสตร์ มีทักษะในการให้คำปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสามารถสื่อสารสองทางไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูล

สรุปในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา: การให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนผู้รับบริการให้เข้าใจข้อมูลทางพันธุกรรมที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียและการคัดกรองดาวน์ซินโดรม การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วน และเป็นกลาง ควบคู่ไปกับการรับฟังและตอบสนองต่อความรู้สึกและความกังวลของผู้รับบริการ จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการตัดสินใจและการปรับตัวของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

4. การพยาบาลสตรีมีครรภ์ร่วมกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บนหลักฐานเชิงประจักษ์: ศ.คลินิก ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและในประเทศไทย ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 ในประเทศไทยพบอัตราการเกิด STI สูงขึ้น โดยโรคซิฟิลิสมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือหนองในและหนองในเทียม การติดเชื้อ STI ในสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญเนื่องจากสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ รวมถึงอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด และการเสียชีวิตของทารก

แนวทางการรักษา STI ในสตรีตั้งครรภ์ตามแนวทางของ WHO: การรักษา STI ในสตรีตั้งครรภ์มีหลักการเช่นเดียวกับการรักษาในบุคคลทั่วไป แต่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทารกในครรภ์ ยาปฏิชีวนะบางชนิดอาจมีข้อห้ามใช้ในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้น การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการเลือกใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการรักษาของ WHO เน้นการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาเชื้อก่อโรคและมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารก รวมถึงการให้คำแนะนำและการรักษาแก่คู่นอนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

บทบาทของผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีมีครรภ์ร่วมกับ STI: ผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ STI ในหลายด้าน ได้แก่

- **ผู้ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health educator):** ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ STI อาการ สาเหตุ การติดต่อ ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารก การป้องกัน และการรักษา
- **ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor):** ให้คำปรึกษาด้านจิตใจและสังคม ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจและยอมรับภาวะของตนเอง ลดความวิตกกังวล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับการตั้งครรภ์และการรักษา

- **ผู้ประสานงาน (Co-ordinator):** ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง
- **ผู้จัดการเกี่ยวกับการดูแลรักษา (Case manager):** ติดตามการรักษาและการนัดหมายต่างๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาอย่างครบถ้วน

การให้นมบุตรในมารดาที่ติดเชื้อ STI: หลักการให้นมบุตรในมารดาที่ติดเชื้อ STI มีดังนี้:

- **สามารถให้นมบุตรได้:** หากเป็นโรคหนองในเทียม หนองใน หรือมีเชื้อ HPV
- **ควรระมัดระวัง:** หากมีเชื้อซิฟิลิสหรือเริม สามารถให้นมบุตรได้ตราบใดที่ทารกหรืออุปกรณ์ปั๊มนมไม่สัมผัสกับแผลที่ติดเชื้อ หากมีแผลที่เต้านม ควรปั๊มนมหรือบีบน้ำนมด้วยมือจนกว่าแผลจะหาย และทิ้งน้ำนมที่สัมผัสกับแผลติดเชื้อ
- **ควรรอระยะเวลา:** หากมีเชื้อ Trichomoniasis และรับประทานยาเมโทรนิดาโซล ควรเว้นระยะ 12-24 ชั่วโมงหลังรับประทานยาก่อนให้นมบุตร
- **ควรหลีกเลี่ยง:** หากติดเชื้อ HIV ควรหลีกเลี่ยงการให้นมบุตรและแนะนำให้ใช้นมทดแทนนมแม่

สรุป: ผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ STI โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน และจัดการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดต่อ ผลกระทบ การรักษา และการให้นมบุตร จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ดีที่สุดและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์

5. การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลระยะตั้งครรภ์: รศ.ดร.ปิยะนุช ชูโต

กระบวนการ **Design Thinking** ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เป็นเส้นตรง (Non-Linear Process) ในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ โดยมีหลักการสำคัญคือการทำความเข้าใจผู้ใช้งานอย่างลึกซึ้ง และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในทุกขั้นตอน

กรอบแนวคิด: Design Thinking

กระบวนการ Design Thinking ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลักที่สามารถทำซ้ำและปรับเปลี่ยนได้:

1. **Empathize (เข้าใจ):** เป็นขั้นตอนแรกที่เน้นการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์ ความรู้สึก ความต้องการ และบริบทของผู้ใช้งานหรือกลุ่มเป้าหมาย (เช่น สตรีตั้งครรภ์ ผู้ดูแล) ข้อมูลสามารถรวบรวมได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ (คำถามปลายเปิด) และการสำรวจ การเอาใจใส่เป็นสิ่งสำคัญในการระบุปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้งาน

2. **Define (ระบุ):** ในขั้นตอนนี้ จะนำข้อมูลที่ได้จากการทำความเข้าใจผู้ใช้งานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อระบุและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขให้ชัดเจน การระบุปัญหาที่ถูกต้องจะนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมที่ตรงจุด
3. **Ideate (สร้างสรรค์):** เป็นขั้นตอนของการระดมสมองเพื่อสร้างแนวคิดและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาให้ได้มากที่สุด โดยไม่มีการตัดสินหรือวิพากษ์วิจารณ์ในขั้นต้น เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์
4. **Prototype (สร้างต้นแบบ):** จะนำแนวคิดที่ได้มาสร้างเป็นต้นแบบอย่างง่าย เพื่อนำไปทดสอบกับผู้ใช้งาน ต้นแบบนี้อาจเป็นรูปธรรม (เช่น แอปพลิเคชันจำลอง) หรือนามธรรม (เช่น บทสนทนาจำลอง)
5. **Test (ทดสอบ):** นำต้นแบบไปทดสอบกับผู้ใช้งานจริงเพื่อรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และสังเกตพฤติกรรมการใช้งาน ผลจากการทดสอบจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาต้นแบบต่อไป หรืออาจนำไปสู่การระบุปัญหาใหม่และกลับไปยังขั้นตอน Empathize อีกครั้ง

ตัวอย่างนวัตกรรม:

ตัวอย่างนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดนี้ คือ **"An intelligent emotional support platform for maternal-fetal bonding"** ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มสนับสนุนด้านอารมณ์และส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ โดยมีคุณสมบัติหลัก เช่น แบบฝึกหัดสร้างความผูกพัน การบำบัดด้วยดนตรีเฉพาะบุคคล การเช็คอินอารมณ์ด้วย AI เครื่องมือให้คู่มีส่วนร่วม บันทึกความผูกพันดิจิทัล และแดชบอร์ดแสดงข้อมูลเชิงลึกด้านความผูกพัน

EBP สำหรับนวัตกรรมนี้:

- แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลก่อนคลอดของ WHO และ ACOG
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (EPDS) สำหรับการติดตามผลลัพธ์
- Cochrane reviews เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์
- ทฤษฎีความผูกพัน ทฤษฎี CBT และ Mindfulness ในการดูแลมารดา

การทดสอบนวัตกรรม:

ขั้นตอนการทดสอบนวัตกรรมต่างๆ เช่น Alpha testing (นักวิจัยพัฒนาทดลองใช้), Beta testing (กลุ่มเป้าหมาย), Pilot testing, การทดสอบความตรงและความน่าเชื่อถือ (Validity and Reliability testing) ของ AI, การทดสอบความเป็นไปได้ (Feasibility testing), การทดสอบประสิทธิผล (Effectiveness testing), การนำไปใช้ในวงกว้าง (Full scale implement) และการทดสอบความสามารถในการขยายผล (Scalability testing)

สรุป: การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับกระบวนการ Design Thinking เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลระยะตั้งครรภ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งานอย่างแท้จริง โดยเริ่มต้น

จากการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ระบุปัญหา สร้างสรรค์แนวคิด สร้างต้นแบบ ทดสอบ และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจและประเมินผลลัพธ์

6. การพยาบาลสตรีมีครรภ์ร่วมกับโรคเบาหวานบนหลักฐานเชิงประจักษ์: ผศ.ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี

ในปี 2564 ทั่วโลกมีผู้ใหญ่ (อายุ 20-79 ปี) ประมาณ 537 ล้านคนป่วยเป็นเบาหวาน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 และ 783 ล้านคนในปี 2588 ประมาณ 240 ล้านคนทั่วโลกไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2543 และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงกว่า 6 ล้านคนในปี 2588

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในระหว่างตั้งครรภ์ (HIP):

ในปี 2564 ประมาณ 21.1 ล้านรายคลอดมีชีพ หรือ 16.9% มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงระหว่างตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของ WHO ความชุกของ HIP แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราสูงถึง 20.7% HIP แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ เบาหวานที่มีอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ (Pre-pregnancy DM), เบาหวานที่วินิจฉัยใหม่ระหว่างตั้งครรภ์ (New diabetes in pregnancy), และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) ซึ่ง GDM เป็นชนิดที่พบมากที่สุด (80.3% ของ HIP ทั่วโลก)

ผลกระทบของ HIP ต่อสุขภาพ:

HIP ส่งผลเสียต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ในมารดา HIP เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ การผ่าคลอด การเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สำหรับทารกในครรภ์ HIP เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวใหญ่เกินไป (macrosomia) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด ภาวะตัวเหลือง ภาวะหายใจลำบาก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและเบาหวานในระยะยาว

การวินิจฉัย GDM:

การวินิจฉัย GDM ในปัจจุบันนิยมใช้เกณฑ์ของ International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) ซึ่งแนะนำให้ทำการตรวจ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ที่ 75 กรัม ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และวินิจฉัยเมื่อมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่หนึ่งค่าขึ้นไปเกินเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 92 mg/dL, ระดับน้ำตาล 1 ชั่วโมง ≥ 180 mg/dL, หรือระดับน้ำตาล 2 ชั่วโมง ≥ 153 mg/dL การคัดกรอง GDM อาจทำโดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) ตั้งแต่เนิ่นๆ หากพบ ≥ 126 mg/dL จะถือว่าเป็นเบาหวานที่มีอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ หากอยู่ระหว่าง 92-125 mg/dL ให้ทำการตรวจ OGTT ต่อไป

การจัดการดูแลรักษา GDM ตามหลักฐานเชิงประจักษ์:

เป้าหมายหลักของการจัดการ GDM คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แนวทางการจัดการประกอบด้วย:

1. **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification):** เป็นแนวทางการรักษาหลักสำหรับ GDM ส่วนใหญ่ ประกอบด้วยการควบคุมอาหารโดยเน้นการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตและไขมันอิ่มตัว เพิ่มใยอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (เช่น เดินเร็ว อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน) หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดความจำเป็นในการใช้ยา
2. **การรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment):** หากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย อาจจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลิน ซึ่งถือเป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการรักษา GDM ในปัจจุบันมียาเม็ดรักษาเบาหวานบางชนิด เช่น Metformin ที่มีการศึกษาและอาจใช้ในบางสถานการณ์ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม อินซูลินยังคงเป็นตัวเลือกแรกที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุด
3. **การติดตามและประเมินผล:** การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-Monitoring of Blood Glucose: SMBG) เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยทราบระดับน้ำตาลของตนเองและปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างเหมาะสม การติดตามสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกและการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (เช่น NST, BPP) เป็นสิ่งจำเป็น

การป้องกัน GDM:

การป้องกัน GDM มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงสูง หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงในการเกิด GDM ได้ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านสุขภาพแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์จึงมีความสำคัญ

บทบาทของพยาบาล:

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM โดยครอบคลุมการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การให้ยาอินซูลิน (หากจำเป็น) การสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน การให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดและการดูแลหลังคลอด พยาบาลควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดในการวางแผนและให้การดูแลเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับมารดาและทารก

ประเด็นสำคัญเพิ่มเติม:

- การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) ที่มีสูติแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ มีความสำคัญในการจัดการ GDM ที่ซับซ้อน
- การพิจารณาบริบทและวัฒนธรรมท้องถิ่นในการวางแผนการดูแลและการให้คำแนะนำ
- การใช้เทคโนโลยี e-health อาจมีประโยชน์ในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา

สรุป: การจัดการเบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ต้องอาศัยความเข้าใจในระบาดวิทยา กลไกการเกิดโรค และผลกระทบต่อสุขภาพ การวินิจฉัยที่แม่นยำ การรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา (เมื่อจำเป็น) การติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด และบทบาทสำคัญของทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล จะช่วยให้สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของทั้งมารดาและทารกในครรภ์

หมายเหตุ ในช่วงบ่ายการบรรยายได้ถูกยกเลิกด้วยเหตุแผ่นดินไหว

- การพยาบาลสตรีมีครรภ์ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์: รศ.ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์
- แนวทางและเทคนิคการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research: R2R): ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง