

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารก มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

Nursing teenage pregnancy with preterm contraction and non-reassuring fetal status

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

พรรณวดี ฉายบุญครอง¹

Phannawadee Chaiboonkrong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงที่รุนแรง หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 34+4 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 6-14 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา พบว่า มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกจับ ชีพจร 88 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยา ยับยั้งการคลอด 1 ชั่วโมงยังไม่ดีขึ้น มดลูกยังหดรัด ทุก 15 นาที จึงส่งต่อโรงพยาบาลนครนายก รับรักษาในห้องคลอด 5 วัน ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ วันที่ 6 ของการรักษา อายุครรภ์ 35+2 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซีด และทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงดำเนินการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแรกเกิด Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 2,710 กรัม มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Dtx. 40 mg% ย้าย NICU

คำสำคัญ : การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

Abstract

This study was a case study aimed to present nursing education for teenage pregnant women with preterm labor and infants at risk of death. which is an important obstetric spoon insertion condition Severe high risk Thai woman, married status, 16 years old, first pregnancy, 34+4 weeks of pregnancy, admitted to the hospital between 6-14 December 2023. Keywords: teenage pregnancy, preterm labor, non-reassuring fetal status.

The results of the study found that she came with abdominal pain. Her stomach had been hard for 20 minutes, she had premature labor pains, there was no water to walk, the baby was moving well, first vital signs were 88 beats per minute, breathing rate 20 times per minute, blood pressure 117/82 mm Hg. After receiving birth control pills for 1 hour it was still not good enough. The uterus continued to contract every 15 minutes, so she was referred to Nakhon Nayok Hospital. Admitted for treatment in the delivery room for 5 days, unable to stop birth, on the 6th day of treatment, gestational age 35+2 weeks, the doctor diagnosed a teenage pregnancy with premature labor pains, anemia, and the baby was at risk. Died Therefore, delivery was performed by abdominal cesarean section. The newborn had Apgar score 9-10-10, weight 2,710 grams, had hypoglycemia Dtx. 40 mg%, transferred to NICU.

Keywords: nursing care for teenage pregnant women, preterm labor, infants at risk of death

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ประเทศต่าง ๆ ให้ความสนใจอย่างมาก และพยายามหาวิธีแก้ไขเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาเชิงสังคมที่มีความซับซ้อน และเกี่ยวพันกันหลาย

มิติ¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาการเกิดที่ด้อยคุณภาพและมีความเสี่ยงด้านต่าง ๆ มากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ เช่น 1) ด้านสุขภาพ พบปัญหาเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร เกิดภาวะโลหิตจาง การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ น้ำหนักทารกแรกคลอด

¹ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ต่ำกว่าเกณฑ์ พัฒนาการเด็กไม่สมวัย ท้องซ้ำ 2) ด้านสังคมพบปัญหา ไม่มีอาชีพ ถูกคู่ทอดทิ้ง ครอบครัวหรือสังคมตีตรา ไม่พร้อมเลี้ยงดูบุตรเสี่ยงต่อการเรียนไม่จบ 3) ด้านเศรษฐกิจพบปัญหา ไม่มีรายได้คุณภาพชีวิตไม่ดี ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศในอนาคต² จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า วัยรุ่นในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2 ล้านคนและวัยรุ่นที่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 19 ปี อีกประมาณ 21 ล้านคน ตั้งครรภ์และมีแนวโน้มของการตั้งครรภ์สูงขึ้นในเขตชนบท อันเนื่องมาจากสาเหตุความยากจน ขาดโอกาสทางการศึกษา และการจ้างงาน³

สำหรับสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดนครนายก ข้อมูลจากสำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีในปีพ.ศ. 2553-2562 เท่ากับ 64.3, 85.4, 66.5, 69.6, 73.7, 65.4, 60.9 , 63.9, 50.5 และ 47.1 ต่อ1000 ตามลำดับ จากการติดตามสถานการณ์ การคลอดมีชีพในวัยรุ่นระยะเวลา 10 ปี พบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นสูงมาก และสูงที่สุดในปี 2554 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าในระยะที่ผ่านมาจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ถือว่ายังอยู่ในระดับสูง⁴ อำเภอบ้านนาามีประชากรวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี จำนวน 7,080 คน คิดเป็นร้อยละ 12.89 ของประชากรทั้งหมด มีเพศหญิงและชายเท่าๆกัน ปัญหาในวัยรุ่นที่พบติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ คือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น ปี 2563-2566 เท่ากับร้อยละ 19.09, 19.86, 17.70 และ 24.90 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าเป็นกลุ่มนักเรียนในระบบร้อยละ 30 และเป็นเด็กนอกระบบการศึกษา ร้อยละ 80 ยังไม่จบชั้น ม.2 เมื่อตั้งครรภ์ก็พักการเรียน และเมื่อคลอดบุตรก็ไม่กลับไปเรียนอีก ยังพบการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2563 – 2566 เท่ากับร้อยละ 16.28, 38.89, 27.12 และ 22.72 ตามลำดับ⁵

ดังนั้นผู้ศึกษาให้ความสำคัญบทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อ

ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและบุตร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด จึงได้จัดทำเอกสารวิชาการนี้ขึ้น โดยศึกษาเป็นกรณีศึกษา มีการรวบรวมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน นำแผนการพยาบาลที่ได้ไปปฏิบัติจริงกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะแทรกซ้อน สรุปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาล และใช้เป็นแนวทางการศึกษากรณีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลกิจกรรมการพยาบาล การประเมินผล

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรม งานวิจัย การวินิจฉัย การรักษา และกิจกรรมการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก
2. คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ามารับการดูแลในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลบ้านนาและติดตามเยี่ยมต่อที่โรงพยาบาลนครนายกจำนวน 3 ครั้ง
3. ศึกษาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์และวางแผนการพยาบาล ตามลำดับความสำคัญของปัญหา และประเมินผลการพยาบาล
4. ติดตามประเมินผลการพยาบาล รวบรวมข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดและการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาและทารก

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป หญิงไทยอายุ 16 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ อาชีพ แม่บ้าน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยที่รับไว้โรงพยาบาลบ้านนา ช่วงปีงบประมาณ 2567

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 6 ธันวาคม 2566
วันที่รับไว้ดูแล 6 ธันวาคม 2566

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 ธันวาคม 2566 **วันที่จำหน่ายออกจากการดูแล** 13 ธันวาคม 2566

รวมวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 9 วัน
รวมวันที่รับไว้ดูแล 8 วัน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที

สรุปอาการและอาการแสดงร่วมกับการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

วันที่ 6 ธันวาคม 2566 เวลา 22.00 น. 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล มารดา เจ็บท้อง ท้องแข็ง เป็นพักๆ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีไข้ ไอ น้ำมูก จึงมาพบแพทย์ ด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารดา G₁P₀A₀ GA 34⁺₃ weeks by Ultra Sound with ANC low risk ผล NST reactive Uterine contraction Interval 3-4 นาที Duration 40 วินาที Admit LR ให้การรักษา โดยให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml IV rate 10 ml/hr. titrate until no Uterine contraction หลังให้ Bricanyl 1 ชั่วโมงยังมี Contraction รายงานขอคำปรึกษาแพทย์ เฉพาะทางสูติ-นรีเวชที่โรงพยาบาลจังหวัดแพทย์ให้ ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดระหว่งส่งต่อ มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งทุก 15 นาที ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml เพิ่ม rate 10 ml/hr. สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อ สังเกต FHS

7 ธันวาคม 2566 เวลา 00.46 น. ถึงโรงพยาบาลนครนายก ได้นอนรักษาที่ห้องคลอด มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอด ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml เพิ่ม rate 30 ml/hr. Titrate ขึ้นลง ทีละ 5 ml/hr. until uterine no contraction DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง x 4 ครั้ง เจาะ CBC Electrolyte ส่ง UA สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อ สังเกต FHS

8 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ผล NST reactive Uterine contraction Interval 4 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ปรับ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml IV rate 15 ml/hr. รับประทานยั้งการคลอดได้ มีใจสั่นเล็กน้อย

9 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ครั้ง ผล NST reactive Uterine contraction มากกว่า 5 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที คงให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ml/hr.

10 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดห่างๆ ครั้ง ผล NST reactive Uterine contraction Interval มากกว่า 5 นาที Duration 30-40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml คงให้ rate 15 ml/hr.

11 ธันวาคม 2566 มารดา รู้ตัวดี เจ็บครรภ์คลอดถี่ขึ้น ให้ Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ผล NST Non reactive Uterine มี contraction Interval 3 นาที Duration 40 วินาที FHS 140-160 ครั้ง/นาที ให้ NSS 300 ml IV lode in 30 mins. ให้ O₂ mask with bag 10 LPM นอนตะแคงซ้าย รายงานแพทย์ มีคำสั่งให้ทำการกู้ชีพทารกในครรภ์ (Intra uterine resuscitation Repeat[IUR]) NST หลังทำการกู้ชีพทารกในครรภ์ ผลคงเป็น NST Non reactive รายงานสูติแพทย์ set OR for c/s emergency c/s due to non-reassuring fetal status ผ่าตัดคลอด เด็กเกิด เวลา 10.51 น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2710 กรัม ค่า Dtx. 40 mg% ย้าย NICU มารดา ย้ายสูติกรรมหลังคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก รู้ตัวดี 12.00 น.ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด (pain score) 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาความปวด morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาที หลังได้รับยาประเมินอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด เท่ากับ 5 คะแนน และเวลา 18.00 น. ปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวด เท่ากับ 7 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวด morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ จากนั้น 30 นาทีหลังได้รับยาอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวด เท่ากับ 5 คะแนน มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 116/72 มิลลิเมตรปรอท NPO ไว้ on 5%DN/2 1000 ml.+syntocinon 20 unit ให้ทางหลอดเลือดดำ 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง คาสายสวนปัสสาวะไว้ Hematocrit 30 % พยาบาลแจ้งบุตรย้าย NICU

12 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 2 รู้ตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด 5 มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน แพทย์ตรวจเย็บอาการให้ เริ่มจิบน้ำ และให้อาหารเหลวมือเย็น รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ถอดสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้ปกติ ถอดสายการให้สารน้ำ ลูกเดินได้ เต้านมไม่คัดตึง อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 82-84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 115/82 มิลลิเมตรปรอท มารดาวิตกกังวลเรื่องลูกคลอดก่อนกำหนด เพราะเข้ารับรักษาใน NICU

13 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 3 รู้ตัวดี สดชื่น ปวดแผลผ่าตัด คะแนนระดับความปวด 3 คะแนน มารดาหลังผ่าตัดคลอดมดลูกหดตัวดี กลมแข็งระดับสะดือแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม น้ำคาวปลาสีแดงไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน แพทย์ตรวจเย็บอาการให้อาหารอ่อน มือเย็น เป็นอาหารธรรมดา รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด เต้านมไม่คัดตึง อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ระหว่าง 80-86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาที มีความดันโลหิตเท่ากับ 120/72 มิลลิเมตรปรอท มารดาไปเยี่ยมบุตรที่ NICU

14 ธันวาคม 2566 มารดาหลังผ่าตัดคลอด วันที่ 4 รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ช่วยเหลือตัวได้ดี เต้านมเริ่มคัดตึง อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเท่ากับ 126/70 มิลลิเมตรปรอท ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย pain score 3 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ทำความสะอาดแผล แผลไม่มีบวมแดง ลักษณะแผลดีดี ปิดพลาสติกเกอร์กันน้ำไว้ น้ำคาวปลาสีแดงจางไม่มีก้อนเลือด ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ป้อนนมไปให้ทารกที่ห้อง NICU มารดาหลังคลอดอาการทั่วไปปกติแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ และมีนัดตรวจติดตามอาการเน้นย้ำกับมารดาและญาติเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด ประสานงานกับห้องผู้ป่วย NICU เพื่อนัดหมายการเยี่ยมบุตรอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดตัว ข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
S : "ขณะท้องแข็ง จะเจ็บปวดเป็นพักๆ" O : มารดาหน้านิวคิ่วมวด เอามือจับท้อง มี Contraction Interval 5 นาที Duration 10 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม เกณฑ์การประเมินผล ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม	2. แจ้งผลการตรวจ แนวทางการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว และพูดคุยให้กำลังใจ สัมผัสผู้คลอดด้วยความนุ่มนวล 3. ตรวจประเมินความก้าวหน้าของการคลอดตามมาตรฐาน ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 4. สอนการหายใจเพื่อผ่อนคลายอาการเจ็บครรภ์ 5. ประเมิน Pain score ถ้าปวดมากรายงานแพทย์ 7. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป การประเมินผลการพยาบาล มารดาทุเลาเจ็บครรภ์สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม NST No contraction Pain score 3 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน O: มารดา G₁P₀A₀L₀ GA 34⁺⁴ by ultrasound มี Contraction Interval 5 นาที Duration 10 วินาที วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความรู้ซึ่งมารดาเกี่ยวกับการเจ็บคลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. อธิบายอาการและอาการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษาและแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. ให้เอกสารความรู้เรื่อง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้มารดาทราบถึงอาการและการปฏิบัติในการดูแลตนเอง 4. สอนและสาธิตวิธีการประเมินการหดตัวของมดลูกให้มารดา ประเมินผลการพยาบาล มารดาสามารถบอกอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัว และการประเมินการหดตัวของมดลูกได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน O: อายุครรภ์ 34⁺⁴ สัปดาห์ Hematocrit 30 % - อัตราการเต้นของหัวใจทารก 144 ครั้งต่อนาที - การหดตัวของมดลูก Interval 3-4 นาที Duration 30 วินาที - ตรวจภายในปากมดลูก Finger Tip วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มารดาคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น มารดาคลอดก่อนกำหนดหรือทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน	กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลให้มารดาได้รับยา Bricanyl 5 amp + 5%DW 500 ml rate 15 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินภาวะสุขภาพของมารดา เพื่อเฝ้าระวังผลข้างเคียงในการได้รับยาป้องกันการคลอด เช่น มือสั่น ใจสั่น ตื่นเต้น กระวนกระวาย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกและหายใจไม่สุด 2. ประเมินการหดตัวของมดลูก เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา 3. ประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรายงานให้ทราบทันที ถ้ามีอาการดังนี้ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดเกร็งหน้าท้องคล้ายปวดประจำเดือนเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดิน 4. แนะนำและดูแลให้มารดานอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องออกแรง เพื่อช่วยลดการหดตัวของมดลูก 5. ดูแลให้มารดาได้รับยา DEXAMETHASONE 6 mg ฉีดทางกล้ามเนื้อ ครั้งละ 6 mg ทุก 12 ชั่วโมงจำนวน 4 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารกในครรภ์ 6. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ 7. ส่งเสริมให้มารดานอนตะแคงเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น ประเมินผลการพยาบาล 1. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้งต่อนาที 2. Interval > 5 นาที Duration 10 วินาที 3. สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด
และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า “กลัวเมื่อไหร่จะคลอด จะมีอันตรายไหม ลูกจะปลอดภัยไหมคะ” O: มารดามีสีหน้าวิตกกังวล หน้าขาว คิ้วขมวด สอบถามถึงอันตรายต่อตนเองและทารก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล มารดาคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้ มีสีหน้าสดชื่น พุดคุยด้วยความเป็นกันเอง	กิจกรรมการพยาบาล 1. อธิบายกลไกการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดอย่างคร่าวๆให้ทราบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและเกิดความมั่นใจ 2. อธิบายแผนการรักษา การตรวจ ความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเพื่อให้มารดาเข้าใจเนื่องจากการรับรู้เหตุผลในการพยาบาลจะช่วยลดความหวาดหวั่นวิตกกังวลได้ 3. ส่งเสริมให้มารดาใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวด เพื่อให้มารดาได้พักในระยะมดลูกคลายตัว 4. ประเมินความวิตกกังวลและความกลัวของมารดาที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์และการคลอด เปิดโอกาสให้ ระบายความรู้สึกในสิ่งที่กลัวและกังวลเพื่อลดความวิตกกังวล 5. แจ้งมารดาทราบและอธิบายให้เข้าใจก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่นุ่มนวลใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แสดงท่าทีที่สนใจ และตั้งใจฟังเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวล 6. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้อาการ และให้กำลังใจ การประเมินผลการพยาบาล มารดาคลายความวิตกกังวลลง พักผ่อนได้ในระยะขณะมดลูกคลายตัว มีสีหน้าสดชื่นขึ้น พุดคุยด้วยท่าทีเป็นกันเองปฏิบัติตามคำแนะนำได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง ข้อมูลสนับสนุน S : “ท้องแข็งจึ้นคะ” O : FHS ไม่สม่ำเสมอ 136 - 148 ครั้งต่อนาที วัตถุประสงค์การพยาบาล ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล FHS 140-160 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ชัดเจนดี NST ผล reactive	กิจกรรมการพยาบาล 1. ฟัง FHS อย่างสม่ำเสมอ 2. ตรวจ NST ซ้ำเผลครั้ง หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ 3. แนะนำมารดาให้นอนตะแคงซ้ายและหายใจลึกๆไม่กลั้นหายใจเมื่อเจ็บครรภ์ 4. รายงานแพทย์ผล NST Non reactive FHS 150-160 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ 5. สูติแพทย์ นัดผ่าตัดทันที C/S due to fetal distress การประเมินผลการพยาบาล FHS 150-160 ครั้งต่อนาที ไม่สม่ำเสมอ ชัดเจนดี NST ผล Non reactive
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด ข้อมูลสนับสนุน O: มารดาเสียเลือดขณะคลอด 500 ซีซี อยู่ในระยะ 1-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด : Hematocrit 30 % วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่มีภาวะตกเลือดจากการผ่าตัดคลอด เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี ควรนวดที่ยอดมดลูกทันที โดยวางมือเหนือ หัวเหน่ อีกมือข้างวางที่ยอดมดลูกวนคลึงที่ยอดมดลูกเบาๆ ด้วยปลายนิ้วจนกว่าจะแข็ง 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหดตัวของมดลูก 3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวพร้อมบันทึก ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอดหลังผ่าตัดคลอด 5. ดูแลให้ได้รับ oxytocin 20 units ในสารน้ำ 5%DN/2 1,000 ml. Rate 120 ml/hr. 6. ติดตามค่า Hematocrit ทุก 6 ชั่วโมง หากลดลงมากกว่า 3 % รายงานแพทย์ 7. ดูแลให้สารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การประเมินผลการพยาบาล

ตารางที่ 1 กระบวนการพยาบาลข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอก “ปวดแผลผ่าตัดให้ 7 คะแนน” O: หลังผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงแรก เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดให้มารดาสุขสบายขึ้นและปวดแผลลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาปวดแผลลดลง หรือคะแนนความปวด (Pain score) < 7 คะแนน 2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเจ็บปวดของอาการปวดแผลผ่าตัดด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. แนะนำให้ใช้มือ หรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอ หรือมีการเคลื่อนไหว 3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด โดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึกๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก การหายใจสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจที่การควบคุมหายใจ เข้า ออก 4. ให้การพยาบาลแก่มารดา ด้วยความนุ่มนวล ช่วยให้อาการปวดแผลลดลง 5. ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เวลา 12.00 น. และเวลา 18.00 น. ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาแก้ปวด การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด หลังได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ระดับคะแนนความปวดลดลง (Pain score) 5 คะแนน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอก “ลูกปลอดภัยมั้ย ต้องไปรักษาที่ ICU เด็กนานมั้ย” O: ทารกแรกเกิด Dtx. 40 mg% น้ำหนัก 2710 กรัม AS 9-10-10 admitted NICU วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล เกณฑ์การประเมินผล 1. มารดาคลายความวิตกกังวล 2. มารดามีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส และนอนพักผ่อนได้	กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความวิตกกังวล ด้วยการสอบถาม สังเกตจากสีหน้าท่าทาง 2. สร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดามารดาของทารก 3. แจ้งอาการและอาการแสดงเบื้องต้น 4. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมทารก 5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย การประเมินผลการพยาบาล มารดาหลังคลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใส คลายความวิตกกังวล และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์

สรุปและอภิปรายผล

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 16 ปี ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 34⁺4 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 6-14 ธันวาคม 2566 มาด้วยอาการเจ็บท้อง ท้องแข็งเป็นมา 20 นาที มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ไม่มีน้ำเดิน เด็กดิ้นดี สัญญาณชีพแรกเริ่ม ชีพจร 88 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อ นาที ความดันโลหิต 117/82 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับยาหยั่งการคลอด 1 ชั่วโมงยังไม่ดีขึ้น มดลูกยังหดรั้ง ทุก 15 นาที จึงส่งต่อโรงพยาบาลนครนายก รับรักษาในห้องคลอด 5 วัน ไม่สามารถหยั่งการคลอดได้ วันที่ 6 ของการ

รักษา อายุครรภ์ 35⁺2 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชีต และทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จึงดำเนินการคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแรกเกิด Apgar score 9-10-10 น้ำหนัก 2,710 กรัม มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Dtx. 40 mg% ย้าย NICU ข้อมูลพบปัญหาทางการพยาบาลดังนี้ 1) ไม่สุขสบายเจ็บครรภ์เนื่องจากมดลูกหดรั้ง 2) เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 3) มารดาและทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการคลอด 5) ทารก

ในครรภ์เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากออกซิเจนไปยังรกลดลง 6) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด 7) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณผ่าตัด และ 8) วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารก รวมวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 9 วัน รวมวันที่รับไว้ดูแล 8 วัน

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งต้องรับทำการผ่าตัดโดยด่วน หากปล่อยให้มีการดำเนินของโรคทารกอาจจะเสียชีวิตได้ สตรีแพทย์จึงพิจารณาการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงทำให้มารดาและทารกผ่านระยะคลอดไปได้อย่างปลอดภัย¹ ซึ่งหากพยาบาลไม่มีทักษะ ความชำนาญในการดูแลมารดาและทารกระหว่างคลอด ก็อาจทำให้ประเมินอาการไม่ได้ หากอาการรุนแรงขึ้นทารกอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งการทำงานเป็นทีมของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลด้านสุขภาพซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ให้การดูแลรักษามารดาผ่าตัดคลอดอย่างรวดเร็วใกล้ชิด และมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงตัวมารดาหลังผ่าตัดคลอดและญาติ ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล จึงทำให้ผ่านภาวะวิกฤตมาได้อย่างปลอดภัย⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในทีมงานอยู่เสมอ พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้

ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือนวัตกรรมทางการแพทย์มาใช้ในการพัฒนาการดูแลมารดาขณะรอคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว สามารถจะช่วยเหลือมารดาได้ทันท่วงที

2. พัฒนา/ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งประเด็นรายการประเมิน การเฝ้าระวัง ความถี่ในการเฝ้าระวังที่จะช่วย Alert หรือ Warning signs ให้ตระหนักและเร่งรับรายงานแพทย์

3. กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด ควรมีการแบ่งหน้าที่ในการให้ข้อมูลแก่มารดาและญาติ เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงและแนวทางการดูแลรักษา

4. ควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยงเครือข่ายห้องคลอด ด้วยระบบ One Province One Labor room รวมถึงการพัฒนาความรู้และทักษะ ความสามารถแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินฯ ที่ต้องรับบทบาทการคลอดฉุกเฉิน การประเมินภาวะฉุกเฉินของมารดาและทารก เพื่อให้สามารถประเมิน เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน ให้การพยาบาล การส่งต่อมารดาและทารกได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพเยาว์ วิศพรณ. ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2559; 27: 1-16.
2. รักษิณี บุตรชน และคณะ. การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 27: 1011-1022.
3. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.
4. สถิติข้อมูลการฝากครรภ์. (2566) งานฝากครรภ์. โรงพยาบาลบ้านนา
5. Osterman, M. J. K., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C.P. (2022). Births: Final data for 2020 (National Vital Statistics Reports Volume 70, Number
6. World Health Organization. Adolescent Pregnancy. 2018 เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พ.ค. 67. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>