

กรณีศึกษา : การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์

Nursing Care of Teenage Mother : A Case Study

(Received: November 26,2024 ; Revised: December 1,2024 ; Accepted: December 2,2024)

เทวา นวเลิศปรีชา¹

Teva Nawalertpreecha

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ได้นำแนวคิดและหลักการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎีการพยาบาล(King, I.M., 1981)และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นกรอบในการศึกษาดังกล่าว โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และญาติ ข้อมูลจากการมาฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นกรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดบุตร ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะรกติดแต่เมื่อแพทย์ล้วงรกแล้วก็สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองดีขึ้น มารดาวัยรุ่นกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตรเพิ่มขึ้น ได้รับการคุมกำเนิดแบบยาฝัง (Implant)เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ทารกแรกคลอดแข็งแรงทั้ง 2 ราย ร้องเสียงดัง Active ดี หายใจสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลฝีเย็บ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การนัดตรวจหลังคลอดอีกภายใน 42 วันและการนํานบุตรมาฉีดวัคซีน รวมวันนอนโรงพยาบาลรายแรก 3 วัน รายที่ 2 7 วัน จากการติดตามประเมินเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้ง มารดาวัยรุ่นตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองโดยมีสามีพร้อมกับการมาตนเองช่วยดูแลที่บ้าน

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์

Abstract

This study was case study of pregnant teenage women. The objective is to study nursing care for pregnant teenage mothers who come to receive antenatal care services at the Primary and Integrated Care Unit, Rongkham Hospital, Kalasin Province. By comparing 2 case studies, nursing concepts and principles were applied with nursing theory (King, I.M., 1981) and theories related to mother-infant nursing, concepts of family and community participation, and home visits as a framework for the study. Data were collected from medical records, interviews with pregnant women and relatives, and data from 5 quality antenatal care visits, together with observation, determination of nursing diagnoses, nursing practice planning, and evaluation of nursing outcomes. Content data was analyzed.

The results of the study found that the two teenage pregnant mothers in the study cases had no complications during pregnancy until delivery. The second case had complications after delivery due to placenta attachment, but after the doctor removed the placenta, she was able to act correctly and had better self-care skills. The two teenage mothers in the study cases were able to act correctly and appropriately, had more confidence in raising their children, and received implants to prevent repeated pregnancy. Both newborns were healthy, cried loudly, were active, and breathed regularly. They were given advice on perineal wound care, breastfeeding, and a postpartum check-up within 42 days and brought their children for vaccinations. The first case was hospitalized for 3 days and the second case for 7 days. From the follow-up assessments after 3 postpartum visits, the teenage mothers intended to raise their children by themselves, with their husbands and their own mothers helping to take care of them at home.

Keywords: Nursing of pregnant teenage mothers

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่งคำ

บทนำ

กรมอนามัยได้กำหนดนิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึงจำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของหญิงอายุ 15-19 ปีหรือ 10-14 ปี ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี (Adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปีพ.ศ. 2573 โดยได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพแต่ยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าร้อยละของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2561 เท่ากับร้อยละ 11.44, 19.44 และ 19.57 ตามลำดับสำหรับในปีพ.ศ. 2562 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-มกราคม 2562 มีมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดและแท้งบุตรจำนวน 344 คน ตั้งครรภ์บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.86 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 14.5)¹ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่น ทั้งนี้เกิดจากวัยรุ่นบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศศึกษา ประกอบกับขาดการดูแลและชี้แนะในสิ่งที่เหมาะสมจากครอบครัว รวมถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทำให้เยาวชนถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า เช่น สื่อในโลกอินเทอร์เน็ต สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การขาดวุฒิภาวะและทักษะในการควบคุมอารมณ์ทางเพศของตนเอง² การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงทั้งในระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อาจก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกอับอาย

อาจนำไปสู่การทำแท้งหรือความขัดแย้งในครอบครัว ทางการถูกทอดทิ้งและเกิดปัญหาสังคมตามมาได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจของมารดาวัยรุ่นและบุตร มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตร สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนเข้าสู่ระยะคลอด
2. เพื่อให้มารดาวัยรุ่นได้รับการวางแผนคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ขั้นตอนการศึกษา

1. เป็นการศึกษารายการณิของมารดาวัยรุ่นโดยการเลือกมารดาวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย
2. รวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและญาติระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, แบบประเมินความเครียด (ST-5), แบบประเมินโรคซึมเศร้า (2Q)
3. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารวิชาการต่างๆ และแนวทางในการพยาบาลจากประสบการณ์ในการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจอัลตราซาวด์
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาลและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ
5. จัดทำแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่นเพื่อการพยาบาลที่เข้าถึงแบบองค์รวม
6. เสนอแนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบและร่วมกันแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
7. เสนอแนะการใช้แนวทางการพยาบาลมารดา

วัยรุ่นให้เจ้าหน้าที่ในแผนกทราบเพื่อให้มีแนวทาง
ปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

8.ติดตามเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้

แนวทางการพยาบาลมารดาวัยรุ่น

9.ประเมินผลการใช้แนวทางการพยาบาล

มารดาวัยรุ่นและให้ข้อเสนอแนะแก่ญาติ

10.จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

11. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
อายุ	16ปี	17 ปี
สถานภาพสมรส	อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส	อยู่ด้วยกันไม่ได้จดทะเบียนสมรส
อาชีพ	นักเรียน	รับจ้างทั่วไป
รายได้	ไม่มีรายได้จากผู้ปกครอง	5,000-9,000/เดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ภูมิลำเนา	ต.เชียงใหม่ อ.โพธิ์ชัย จ.ร้อยเอ็ด	ต.ร่องคำ อ.ร่องคำ จ.กาฬสินธุ์
ผู้ดูแลหลัก	ครอบครัวฝ่ายของสามี	มารดา
วันที่เข้ารับการฝากครรภ์	2 พฤศจิกายน 2565	1 มีนาคม 2566
ครั้งแรกในโรงพยาบาล		
วันแรกของการประจำเดือนครั้งสุดท้าย	จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้	จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้
วันกำหนดคลอด		
น้ำหนักที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก / ส่วนสูง	7 กรกฎาคม 2566 by U/S 44.8 กิโลกรัม/158 เซนติเมตร BMI 17.5(น้ำหนักน้อย/พอม)	24 ตุลาคม 2566 by U/S 40.5 กิโลกรัม/150 เซนติเมตร BMI18(น้ำหนักน้อย/พอม)

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ประวัติการ ตั้งครรภ์ปัจจุบัน	มารดาG1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 5wks ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนและขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เร็วเพราะญาติทางฝ่ายสามีเป็นบุคลากรสาธารณสุข ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีโรคทางพันธุกรรม หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มาก เพราะมารดาของตนเองยังยอมรับไม่ได้ที่ส่งให้มาเรียนต่อที่ต่างจังหวัด แต่ตนต้องมาตั้งครรภ์ขณะกำลังเรียนมัธยมต้น จึงต้องออกจากคัน มารดาจึงไม่ได้ให้การเลี้ยงดูอีกต่อไป ให้มารดาสามีเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบแทน การตัดสินใจบางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของมารดาฝ่ายสามี ด้านโภชนาการ รับประทานอาหารได้น้อย ต้องปรึกษานักโภชนาการของโรงพยาบาลร่งคำเป็นผู้ให้คำแนะนำและจัดตารางอาหารให้ ด้านจิตใจมีความเครียดจากมารดาที่ไม่พึงพอใจในการตั้งครรภ์ของตน	มารดาG1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7+3 wks มีอสม.ข้างบ้านแนะนำมาฝากครรภ์ น้ำหนักแรกรับ 40.5 กก. น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 46กก.ให้ประวัติประจำเดือนขาดไม่แน่นอน มีอาการ วิงเวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนในตอนเช้า อสม.ข้างบ้านซึ่งเป็นญาติจึงแนะนำให้มาตรวจการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล บิดามารดาแยกทางกันตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์เรียนอยู่ป.2 หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับยายตามลำพัง ก่อนตั้งครรภ์ยายที่อยู่ด้วยมาตลอดถึงแก่กรรม ปัจจุบันจึงไปอาศัยอยู่กับครอบครัวสามีที่ต่างจังหวัดแต่มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้เคียงกับภูมิลำเนาเดิม โดยครอบครัวสามีเป็นผู้ดูแลหลัก หญิงตั้งครรภ์กับสามีที่เป็นวัยรุ่นเช่นกันได้ช่วยกันทำงานรับจ้างทั่วไปเพื่อลดรายจ่ายของครอบครัว เช่นปลูกมัน คายหญ้า เป็นต้น ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรก รับยาบำรุงครรภ์ ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียนและนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาปัจจุบัน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหารและสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
ตรวจครรภ์	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอคมดลูกอยู่ที่ระดับ Symphysis pubis	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอคมดลูกอยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือ Symphysis pubis
พยาธิสภาพและอาการแสดง	หญิงตั้งครรภ์มีเลือดตกขาว เล็บค่อนข้างซีด Hct = 37.5%	เลือดตกขาวเล็กน้อย สีเล็บซีด Hct=30.2 %
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 2 พย.2565 Blood Group = A+ DCIP = Negative Glucose (ในปัสสาวะ) = Negative HBsAg= Negative HIV-Ab (Screening)-rapid = Negative Protein (ในปัสสาวะ)= Negative RH(D) Typing = Positive Syphilis = Negative CBC Basophils =0.30% Eosinophils =3.80% Hct =37.5 % Hemoglobin=12.4 g/dl Lymphocytes=24.80 % MCH= 28.0 pg MCHC=33.1 g/dl MCV= 84.7 fl Monocytes =8.60% Neutrophils=62.50% Platelets=351,000 cell/ mm ³ R.B.C=4.43 10 ⁶ /ul W.B.C.=9,230 cell/ mm ³	วันที่ 1 มี.ค. 2566 Blood Group =A+ DCIP= Positive Glucose(ในปัสสาวะ) = Negative HBsAg= Negative HIV (Screening) –rapid= Negative Protein(ในปัสสาวะ)=Negative RH(D)Typing= Positive Syphilis= Negative CBC Basophils =0.30% Eosinophils =2.50% Hct= 30.2% Hemoglobin=9.9 g/dl Lymphocytes=25.80% MCH=21.6pg MCHC =32.8g /dl MCV=65.8 fl Monocytes =7.50% Neutrophils=63.90 % Platelets =269,000 cell/ mm ³ R.B.C=4.59 10 ⁶ /ul W.B.C 6,290 cell/ mm ³

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการวางแผนการพยาบาลและมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ระยะรอคลอกดระยะคลอด ระยะหลังคลอดและระยะจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษา รายที่ 1
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะรอคลอกด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นครรภ์แรกมีโอกาสการคลอดล่าช้า ข้อมูลสนับสนุน 1.มารดาวัยรุ่นบอกว่า ตนเองกลัวการคลอดบุตร 2.มารดาวัยรุ่น G1 POAO 3.มารดาวัยรุ่น สิ้นหนามีความวิตกกังวลและทำทางไม่สุขสบาย	กิจกรรมการพยาบาล 1. ทักทายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พูดคุยพร้อมสังเกตอาการด้วยท่าทางสุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่าย แสดงท่าทีสนใจและตั้งใจฟัง เมื่อมีการซักถาม 2. ขออนุญาตหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เหตุผลก่อนการพยาบาล 3. ตรวจเยี่ยมให้คำปรึกษากับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและประสานกับแพทย์ พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของร่างกายให้กับมารดาวัยรุ่นฟังเพื่อให้คลายความวิตกกังวลและเตรียมความพร้อมในการคลอดบุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1
4.ประเมินความเครียด (ST-5) คะแนน 5/10 คะแนน วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้มารดาเรียนรู้คลายความวิตกกังวลและมีภาวะเครียดลดลง เกณฑ์การประเมินผล 1.มารดาเรียนรู้ให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาอย่างเต็มที่ 2.มารดาเรียนรู้มีสีหน้าสดชื่นขึ้นและมีท่าที่ผ่อนคลาย	4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้นอนพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่างๆ 5. ประเมินพร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร ได้ให้การพยาบาลต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด การประเมินผล 1.มารดาเรียนรู้ให้ความร่วมมือในการตรวจและการรักษาพยาบาลด้วยความเต็มใจ 2.มารดาเรียนรู้มีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีท่าที่ผ่อนคลายและมีความพร้อมในการคลอดบุตร
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสคลอดล่าช้าเนื่องจากครรภ์แรกอายุน้อย ข้อมูลสนับสนุน 1.ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร บาง 25% ระดับส่วนน้ำ 0 2.การหดตัวของมดลูก Interval (I)= 3 นาที Duration (D)=40วินาที Severity+2 3.ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ 5%D/N/2 1,000CC+Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr. 4.NST พบ Late decelerate FHS= 154 ครั้ง/นาที วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด ทารกเสียชีวิตจากการหดตัวถี่และรุนแรงเกินไป เกณฑ์การประเมินผล 1. มดลูกหดตัว Interval (I)=2-3 นาที 2. Duration (D)=40-60 วินาที Fetal heart sound =120-160 ครั้งต่อนาที	กิจกรรมการพยาบาล 1.เตรียมยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ภายหลังเติมยาลงในน้ำเกลือให้เขย้านน้ำเกลือจนกระจายทั่ว เขียนป้ายติด ให้ชัดเจนด้วยหมึกสีแดง ในกรณีเดิมในขวดที่เหลือควรเขียนจำนวนที่เหลือ ยาที่เติมและเวลาที่เติมยา 2.ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ก่อนให้ยาและหลังให้ยา 3.อธิบายวัตถุประสงค์ของการให้ยาให้ผู้คลอดเข้าใจและนำผู้คลอดและญาติไม่ให้ปรับน้ำเกลือเอง 4.ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษาโดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ห้ามฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ตรวจสอบอุปกรณ์ควบคุมการให้ยา เริ่มให้ยา 1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที(2-3หยดต่อนาที ถ้าผสมยา 10 ยูนิตในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิตร) 5.ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา ต้องเฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไวของมดลูกต่อยา ถ้าปกติต่อไปประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที 6.ปรับจำนวนหยดของยาทุกๆ15-30 โดยเพิ่มครั้งละ1-2 มิลลิยูนิตต่อนาที จนกระทั่งมดลูกหดตัวดีคือ40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาทีและมีความแรงระดับดี ไม่ควรให้ยาเกิน 10 มิลลิยูนิตต่อนาที(12 หยดต่อนาที ถ้าผสมยา10 ยูนิตในน้ำเกลือ 1,000 มิลลิตร) ถ้ายังหดตัวไม่ดีให้รายงานแพทย์ อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ว่าจะปรับเพิ่มอีกหรือไม่ ถ้าปรับเพิ่มได้จะปรับไม่เกิน 20 มิลลิยูนิตต่อนาที 7. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุกๆ 30 นาทีเป็นอย่างน้อยเพราะมดลูกหดตัวแรงและถี่ขึ้น เลือดที่ไปเลี้ยงรกอาจลดน้อยลงมาก 8.ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เช่น มดลูกหดตัวห้าน้อยกว่า 2 นาที หดตัวนานเกิน 90 วินาที เสียงหัวใจทารกผิดปกติให้หยุดยาทันที แล้วเพิ่มจำนวนของหยดน้ำเกลืออีกขวดหนึ่งเป็น 30-40 หยดต่อนาที ให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาทีและรายงานแพทย์ ถ้าไม่ดีขึ้น 9.ถ้าผู้คลอดได้รับยารุนแรง ต้องให้การดูแลใกล้ชิดยิ่งขึ้น สังเกตอาการมดลูกแตก คุกคาม เช่นมีรอยวงแหวนแบนเดิล ผู้คลอดที่ได้รับยานานเกิน 24 ชั่วโมง ให้สังเกตภาวะความดันโลหิตต่ำและภาวะสารน้ำเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้อาเจียน กระสับกระส่าย แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ปล่อยให้การคลอดเนิ่นนานเกิน 24 ชั่วโมงเพราะอาจเกิดมดลูกแตกได้ การประเมินผล 1. มดลูกหดตัว Interval (I)=2-3 นาที 2.Duration (D) 40-50 วินาที ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของ Tetanic Contractionและวงแหวนแบนเดิล 3.FHS อยู่ในช่วง 138-140 ครั้งต่อนาที เต็มเป็นจังหวะสม่ำเสมอ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะหลังคลอด	กิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาวัยรุ่นหลังคลอด เสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ข้อมูลสนับสนุน 1.ได้รับยากระตุ้นมดลูก 2.มารดาหลังคลอดเหนื่อยอ่อนเพลียเสียเลือดจากการคลอด 3.อัตราการเต้นของชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/69 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ของการพยาบาล มดลูกหดรัดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 ซีซี/ชั่วโมง 2. มดลูกหดรัดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง 3. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท	1.ประเมินอาการและอาการแสดง วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที /4 ครั้ง 30 นาที/2 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง /1 ครั้งจนกว่าจะปกติเพื่อประเมินการเสียเลือด 2.กระตุ้นและคลึงมดลูกทุก 5 นาทีและสอนสาธิตให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง 3.ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกจากช่องคลอด 4.ตรวจดูแผลฝีเย็บ ตรวจการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้าพบมีเลือดซึมบริเวณที่เย็บให้รายงานแพทย์ทราบ 5.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5 % D/N/2 1000 CC + Syntocinon 10 unit IV 120 CC/hr 6.ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการผิดปกติ 7.ให้ข้อมูลภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด แผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้คลอดสามีผู้คลอดและญาติ การประเมินผล 1.รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีเลือดออกที่แผลฝีเย็บ 2.มดลูกหดรัดตัวดี คลึงได้กลมแข็งอยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ 3.อัตราการเต้นของชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที 4.ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท 5.เปลี่ยน pad 1 ผืน ชุ่ม pad ลูกนั่งไม่มีหน้ามืด
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มารดาวัยรุ่นหลังคลอด ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูก ข้อมูลสนับสนุน 1.บ่นปวดแผล ปวดมดลูก ไม่กล้าขยับร่างกาย 2.มีแผลฝีเย็บบวมแดง/มดลูกหดรัดตัว/สีหน้าไม่สุขสบาย/พักผ่อนไม่ได้ วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบรรเทาการปวดแผลฝีเย็บ/อาการปวดมดลูกลดลงกว่าเดิม เกณฑ์การประเมิน 1.คะแนนความปวดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3-5/10 คะแนน 2.ไม่บ่นปวด/ปวดทนได้ 3.นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความเจ็บปวดของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง 2. แนะนำท่านอนในท่าที่สบาย บรรเทาความเจ็บปวด เช่น แนะนำให้นอนตะแคงด้านตรงข้ามกับที่มีแผลฝีเย็บ ให้ขมิบก้นก่อนนั่งเพื่อป้องกันการบาดเจ็บโดยตรงที่แผลฝีเย็บ จัดให้นั่งบนหมอนรองก้น(หมอนโดนัท) ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแผลฝีเย็บขณะนั่ง แนะนำการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เพื่อลดการกระแทกกระเือนแผลฝีเย็บ 3. อธิบายกลไกของการเจ็บปวดภายหลังคลอดเพราะมดลูกหดรัดตัวเพื่อเข้าสู่สภาพปกติ 4. สอนเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยการบริหารการหายใจเป็นจังหวะ การเปลี่ยนท่านั่งท่านอนให้รู้สึกสบายขึ้น 5.แนะนำและจัดให้นอนคว่ำใช้หมอนรองบริเวณหน้าท้องจะช่วยให้หน้าควาปลาไหล สะดวก ลดอาการปวดมดลูกและให้บริหารกล้ามเนื้อเชิงกรานโดยการขมิบช่องคลอด จะช่วยให้เลือดไหลเวียนดี 6.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและประเมินอาการ พร้อมทั้งติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา หรือเมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียง 7.พูดคุยให้กำลังใจ ช่วยให้บรรเทาความเจ็บปวดลดลง การประเมินผล 1.มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่บ่นเจ็บปวดแผลฝีเย็บและปวดมดลูกพอทน คะแนนปวด 3/10 คะแนน 2.สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ เจ็บปวดน้อยลงและพักผ่อนได้
วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตร ข้อมูลสนับสนุน 1.มารดาหลังคลอดบอกว่าอัมบุตรไม่เป็น อาบน้ำบุตรไม่เป็น เช็ดตาและสะดือลูกไม่เป็น 2.จากแบบประเมินความรู้ก่อนให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองตอบได้ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50 วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล 1.ให้ความรู้มารดาวัยรุ่นในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดดังนี้(โรงเรียนพ่อแม่หลังคลอด) 1.1 การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน ควรพักผ่อนให้มากจนกว่าจะรู้สึกแข็งแรงเหมือนก่อนตั้งครรภ์ การนอนพักผ่อนควรนอนกลางวันประมาณ 1-2 ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาบุตรหลับ ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆทำงานบ้านเบาๆได้แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่าหักโหม ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรงหลังจาก 6 สัปดาห์จึงจะทำงานได้ตามปกติ 1.2 การรับประทานอาหารให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีประโยชน์ตามความต้องการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาครั้งที่ 1
มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมิน 1.มารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามกลับเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง 2.ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดและส่งเสริมสุขภาพทารกผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	ของร่างกาย อาหารที่ควรรับประทานเช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ ต้มน้ำให้เพียงพอ 1.3 การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สามารถสระผมได้ตามปกติ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกควรทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำสะอาดและล้างทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เช็ดให้แห้ง ถ้ายังมีน้ำคาวปลาอยู่หมั่นเปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมงหรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม 1.4 สอนและนำฝึกปฏิบัติ วิธีการให้ทารกดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีโดยเน้นเทคนิคการจัดท่ามารดาและทารกอย่างถูกต้องเหมาะสม เทคนิคการเอานมเข้าเต้า (latch on) และแนะนำวิธีประเมินว่าทารกอมหัวนมและดูดนมได้ถูกต้องหรือไม่คือทารกต้องอมได้ลึกจนแนวเหงือกของทารกอยู่บนลานหัวนมของมารดาลิ้นวางใต้ลานนมขณะที่ริมฝีปากทั้ง 2 ด้านคือด้านบนและด้านล่างบานออกอยู่รอบเต้านม การเคลื่อนไหวของขากรรไกรชัดเจนบริเวณกกหู แก้มไม่บุ๋มขณะดูดนม สอนวิธีอุ้มบุตรอย่างถูกวิธี 4 ท่าคือ 1.ท่าลูกนอนขวางบนตัก (Cradle hold) 2.ท่าลูกนอนขวางบนตักแบบประยุกต์ (Cross Cradle hold) 3. ท่าอุ้มด้านข้าง (Football hold) 4. ท่านอน (Side lying) 1.5 การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอดโดยเน้นการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร แนะนำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant) 1.6 แนะนำการฉีดวัคซีนที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนครบนัดตรวจหลังคลอด ได้แก่ ใช้สูงติดต่อกัน 2 วัน ปวดแผลฝีเย็บมาก นั่งหรือเดินไม่ได้ ปัสสาวะแสบขัด น้ำคาวปลาที่เคยออกมาเป็นสีจางแล้วกลับออกมาเป็นเลือดสีเข้มมากขึ้น ปริมาณเลือดออกมากขึ้นและมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น 2.นัด 1 สัปดาห์ เพื่อดูแผลฝีเย็บและการไหลของน้ำนม นัดตรวจหลังคลอดไม่เกิน 42 วัน 3.อธิบายและสาธิตและให้ผ่านพับ/แฟ้มความรู้ในเรื่องทักษะการดูแลบุตร ดังนี้ การเช็ดตา การสระผม การเช็ดตัว การทำความสะอาดสะดือและร่างกายของบุตรหลังการขับถ่าย การไล่ลมหลังให้นมบุตร การดูแลผิวหนัง การห่อตัวบุตร และการได้รับภูมิคุ้มกันในช่วงอายุต่างๆ และการดูแลหลังฉีดวัคซีน 4.ประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดและทวนทักษะการดูแลบุตร ได้แก่ การอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือบุตร การห่อตัว การอุ้ม การจับเรือ ผ่านการเช็กกิจกรรมการพยาบาล การวางแผนก่อนจำหน่าย การประเมินผล 1.ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดได้ร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์ 2.ทวนทักษะและปฏิบัติทักษะการดูแลบุตรได้ถูกต้อง 3.มารดาน้ำนมไหลดี สามารถอุ้มบุตรดูดนมได้ถูกวิธี ประเมิน latch score ได้ 10/10 คะแนน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะจำหน่ายกลับบ้าน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน 1.มารดาวัยรุ่นหลังคลอดบอกว่า ขอคุมกำเนิดหลังคลอด 2.มารดาของมารดาวัยรุ่นอายุ 1๘ ปี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม วัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร เกณฑ์การประเมินผล มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรก่อนกลับบ้าน	กิจกรรมการพยาบาล 1. การให้ความรู้รายบุคคลเรื่องการคุมกำเนิดมีกี่แบบ อธิบายข้อดีและข้อควรระวัง 2. แนะนำให้มารดาวัยรุ่นเลือกวิธีการคุมกำเนิดโดยฝังยาคุมกำเนิด (Implant) 3. ดูแลประสานคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อรับการดูแลวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน 4. ติดตามและดูแลในการให้มารดาวัยรุ่นวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้าน

สรุปผลกระทบของการทางพยาบาล

จากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย พบว่ามีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญเหมือนกัน ทั้ง 6 ข้อ ดังนี้คือ

1. มารดาวัยรุ่นมีความวิตกกังวลเนื่องจากเป็นครรภ์แรกและไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตร
2. ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นมดลูก
3. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบในมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่มีภาวะรक्त้างร่วมด้วยในระยะแรก blood loss 400 ml ซึ่งแพทย์ได้สั่งรกและให้การพยาบาลอย่างทันที่ ทำให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกปลอดภัย
4. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดฝีเย็บและปวดมดลูก
5. มารดาวัยรุ่นหลังคลอดขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและบุตร
6. ส่งเสริมการวางแผนครอบครัวก่อนกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการวางแผนครอบครัวกึ่งถาวรโดยคุมกำเนิดชนิดฝัง (Implant) ก่อนกลับบ้าน การวางแผนการพยาบาลจากกรณีศึกษามารดาวัยรุ่นทั้ง 2 รายนี้ ได้นำแนวคิดและหลักการพยาบาลประยุกต์กับทฤษฎีการพยาบาลของคิง³ ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการ

ดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ กระบวนการพยาบาลคือในระยระคลอดมีกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อให้มารดาวัยรุ่นคลายความวิตกกังวล ระยระคลอดและหลังคลอดร่วมกันตัดสินใจ เห็นได้จากรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด การเบ่งคลอด การเลี้ยงดูบุตร การให้นมมารดา ตลอดถึงการตัดสินใจการเลือกวิธีคุมกำเนิดแบบยาฝัง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการป้องกันปัญหาและเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ซ้ำ ควรให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรให้กับมารดาวัยรุ่นทุกคน ก่อนจำหน่ายมารดาวัยรุ่นกลับบ้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ เพราะมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดทักษะและความรู้ในการคุมกำเนิด
2. ด้านการศึกษาของมารดาวัยรุ่น ควรให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมและสอบถามความต้องการในการกลับไปศึกษาต่อ เช่น การศึกษานอกระบบ(กศน.) ไปเรียนที่สถานศึกษาอื่น เป็นต้น
3. ด้านการสนับสนุนภายในชุมชน การทำกลุ่มช่วยเหลือ (group support) จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาวัยรุ่นและสร้างเครือข่ายความร่วมมือของกลุ่มต่างๆ เสริมสร้างศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัวหรือหน่วยงานที่ให้บริการสังคมสำหรับวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันปัญหาวัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ในเด็กและเยาวชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
2. ภัทธวลัย ตังจิตร. (2560). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy) ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีภาพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), ตำราสูติศาสตร์ (น. 245-251). กรุงเทพฯ: พี.เอ.อีฟวิง.
3. กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุขรัตน์, เอกชัย โค้ววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (บรรณาธิการ). (2558). คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม กรุงเทพฯ.
4. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช. (2557). คู่มือแนวทางการดูแลแม่วัยรุ่น. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.