

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

เรื่อง

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติด
กลุ่มแอมเฟตามีน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
Postpartum Nursing Care of Mothers with Preeclampsia Associated with
Amphetamine Use : case study comparing 2 cases

โดย

นางรินรดา ฤาชา

กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน :
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

Postpartum Nursing Care of Mothers with Preeclampsia Associated with Amphetamine Use
: case study comparing 2 cases

นางรินรดา ฤชา, พว*

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอด (Postpartum Preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงและคุกคามชีวิต โดยเฉพาะในมารดาที่มีประวัติการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-Type Stimulants : ATS) ซึ่งส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ภาวะชักและการทำงานของอวัยวะสำคัญ การดูแลมารดากรณีนี้จึงต้องใช้แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบรายกรณี (Comparative Case Study) ดำเนินการที่โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน – ธันวาคม พ.ศ. 2568 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์และการประเมินตามกรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) และกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ครอบคลุมการควบคุมความดันโลหิต การให้แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) เพื่อป้องกันภาวะชัก การดูแลแผลผ่าตัด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและการเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบฟื้นฟูการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

ผลการศึกษา: พบว่ามารดาทั้งสองรายสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ภายในระยะเวลาเป้าหมาย โดยรายที่ 1 อายุ 38 ปี ครรภ์ที่ 6 มีประวัติใช้แอมเฟตามีนเรื้อรัง ควบคุมความดันได้ภายใน 6 ชั่วโมง แต่พบความผิดปกติทางห้องปฏิบัติการมากกว่า ขณะที่รายที่ 2 อายุ 19 ปี ครรภ์แรก มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ สามารถควบคุมความดันได้ภายใน 24 ชั่วโมง ทั้งสองรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะชัก ภาวะ HELLP (Hemolysis, Elevated, Liver enzymes, Low platelet count) ภาวะพิษจากแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄ toxicity) ด้านจิตสังคม มารดาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลสูง และต้องได้รับการติดตามฟื้นฟูต่อเนื่อง อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาดี ผลก่อนจำหน่ายสามารถกระตุ้นให้ดูตนเองมารดาได้ รายที่ 1 ใน 3 วันและรายที่ 2 ใน 1 วันภายหลังไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ ทั้งสองรายได้รับการส่งต่อเข้าสู่โปรแกรมฟื้นฟูการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนครบถ้วน

สรุป: การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนต้องอาศัยกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของการพยาบาลมารดาหลังคลอด เพื่อประเมิน เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่นำไปสู่การทำงานล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งควบคุมความดันโลหิต ลดภาวะแทรกซ้อน ผสานการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและเชื่อมโยงมารดาเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ภาวะครรภ์เป็นพิษ, สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น

Postpartum Nursing Care of Mothers with Preeclampsia Associated with Amphetamine Use : case study comparing 2 cases

Rinrada Luecha, RN*

Abstract

Background: Postpartum preeclampsia is a severe, life-threatening obstetric complication, particularly among mothers with a history of amphetamine-type stimulant (ATS) use, which is associated with acute hypertension, seizures, and vital organ dysfunction. Nursing care for this group requires a holistic nursing approach encompassing physical, psychological, social, and spiritual dimensions to prevent complications and promote sustainable recovery.

Objective: To examine nursing approaches and clinical outcomes across physical, psychological, social, and spiritual dimensions among postpartum mothers with preeclampsia associated with amphetamine use through a comparative analysis of two cases.

Methods: This comparative case study was conducted at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province, Thailand, between During April–December B.E. 2568 (2025) Data were collected from medical records, interviews, and systematic assessments based on Gordon's 11 Functional Health Patterns and the five-step nursing process. Nursing interventions focused on blood pressure control, administration of magnesium sulfate (MgSO₄) for seizure prophylaxis, postoperative wound care, promotion of breastfeeding, and linkage to associated with amphetamine use.

Results: Both mothers achieved blood pressure control within the target time frame. Case 1, a 38 years old grand multipara (gravida 6) with a history of chronic amphetamine use, achieved blood pressure control within 6 hours but demonstrated more pronounced laboratory abnormalities. Case 2, a 19 years old primigravida with a urinary tract infection, achieved blood pressure control within 24 hours. Neither case developed severe complications such as seizures, HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count), or MgSO₄ toxicity. Psychosocial assessment revealed high anxiety levels in both mothers, requiring ongoing information, emotional support, and follow-up. Breastfeeding was successfully initiated before discharge: effective breastfeeding was established by day 3 in case 1 and by day 1 in case 2 after urine toxicology became negative for ATS. Both mothers were successfully referred to and fully enrolled in a structured associated with amphetamine use.

Conclusion: Postpartum nursing care for mothers with preeclampsia associated with amphetamine use requires a structured nursing process as a core component of postpartum nursing practice. This process is essential for assessing, monitoring, and preventing severe complications that may lead to vital organ failure, as well as for enhancing the mother's physical, psychological, social, and spiritual rehabilitation. Such care focuses on controlling blood pressure, reducing complications, integrating of a multidisciplinary team with community-based continuity of care, promoting breastfeeding, and linked to maternal sustainable associated with amphetamine use.

Keywords: Preeclampsia, Amphetamine, Nursing Care Process

* Registered Nurse, Obstetric-Gynecological Nursing Division, Chumphae Hospital, Khon Kaen Province, Thailand.

บทนำ

สถานการณ์การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยพบว่ามีการใช้เพิ่มมากขึ้นในสตรีวัยเจริญพันธุ์และสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงและซับซ้อนทั้งต่อมารดา ทารก เนื่องจากสารเมทแอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง สามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้โดยตรง¹ ผลกระทบจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนในระหว่างตั้งครรภ์นั้นมีหลายมิติและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต

WHO (2023)² รายงานว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอดมีอุบัติการณ์ร้อยละ 2–8 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาประมาณ 50,000–75,000 รายต่อปี^{2,3} ในประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า อัตราการเกิดครรภ์เป็นพิษหลังคลอดในช่วงปี พ.ศ. 2564–2567 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.12 เป็นร้อยละ 0.18 ตามลำดับ⁴ โดยมารดาที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine-type stimulants : ATS) มากกว่าร้อยละ 15 มีภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอด⁴ และมีรายงานว่า การใช้แอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษสูงกว่ากลุ่มไม่ใช้สารถึง 1.7 เท่า⁵

มารดาที่มีประวัติการใช้สารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์มีแนวโน้มเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงกว่ามารดาทั่วไป อันเป็นผลจากฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรก ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน^{6,7} นอกจากนี้ มารดาที่ไม่มาฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ล่าช้า มักมีปัญหาด้านโภชนาการและสุขภาพจิต ทำให้การตรวจพบความผิดปกติของความดันโลหิตสูงและภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงก่อนเข้าสู่การรักษารักษาในโรงพยาบาลเป็นไปได้ยาก⁶ ภาวะครรภ์เป็นพิษมีลักษณะเฉพาะคือความดันโลหิตสูงหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ อาจทวีความรุนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนคุกคามชีวิต เช่น ภาวะชัก กลุ่มอาการ HELLP เลือดออกในสมอง ไตวาย และน้ำท่วมปอด^{3,6} ส่วนผลกระทบต่อทารก ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดน้อย ภาวะขาดออกซิเจนและการเสียชีวิตในครรภ์⁶ นอกจากนี้ ทารกที่คลอดจากมารดาที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน อาจมีความผิดปกติด้านพฤติกรรมและระบบประสาทในระยะแรกเกิด รวมถึงเสี่ยงต่อปัญหาพัฒนาการในระยะยาว^{6,7}

ในบริบทของพื้นที่ศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ S (Standard General Hospital) ขนาด 360 เตียง พบว่ามีจำนวนการคลอดเฉลี่ยปี ละประมาณ 1,200 ราย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 พบภาวะครรภ์เป็นพิษหลังคลอดเฉลี่ย 24 รายต่อปี โดยร้อยละ 12 มีปีสภาวะเป็นบวกต่อแอมเฟตามีนและพบภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 29, 25 และ 32 รายตามลำดับ (ร้อยละ 1.99, 1.82 และ 2.33) มารดามีการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ต่อเนื่อง จำนวน 0, 0 และ 3 ราย (ร้อยละ 0, 0 และ 9.38) แม้ไม่พบการเสียชีวิตของมารดา แต่ยังมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอดจำนวน 0, 0 และ 1 ราย (ร้อยละ 0, 0 และ 33) ทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 0, 0 และ 2 ราย (ร้อยละ 0, 0 และ 66)⁸

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า แม้จะมีแนวทางการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงหลังคลอด แต่ยังไม่มีการวางแผนจำหน่ายเฉพาะสำหรับมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด ขาดการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายชุมชนสำหรับมารดากลุ่มนี้ ดังนั้นต้องพัฒนาระบบการดูแลตั้งแต่ ฝากครรภ์ ก่อนคลอดและหลังคลอด เพื่อร่วมกันวางแผนแบบบูรณาการ ในการจัดการภาวะครรภ์เป็นพิษ การให้คำปรึกษาเลิกสารเสพติด การวางแผนการจำหน่ายไปจนถึงการติดตามต่อเนื่องและเชื่อมต่อบริการชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัย
ภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้แอมเฟตามีน ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลชุมแพ ทำการศึกษา
กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 20-24 พฤษภาคม 2567 กรณีศึกษา รายที่ 2 วันที่ 11-16 ธันวาคม 2567

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) จากทะเบียนคลอดและฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการเพื่อศึกษา
สถิติของภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS)
2. เลือกรื่องที่จะศึกษาจากมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน จำนวน 2 ราย
เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง สามารถแสดงให้เห็นการใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจน
ความรู้เฉพาะโรคของพยาบาลที่ให้การดูแลมารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย
3. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
4. ศึกษาค้นคว้า เอกสารตำรา ปรึกษาผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลที่เกี่ยวข้องและปรึกษา ผู้มีประสบการณ์
เกี่ยวกับการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน
5. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษา
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
6. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบ
แนวคิดทางการพยาบาล 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล
ประเมินผลปฏิบัติการพยาบาลและแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
7. วิเคราะห์เนื้อหาแบบเปรียบเทียบ เพื่อหาความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง กรณีศึกษา 2 ราย
ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
8. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
9. รายงานผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม
10. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

การประเมินการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและมีประวัติ
ใช้สารแอมเฟตามีนเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียดผลลัพธ์ดังแสดงผลในตารางที่ 1-7 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	38	19
เชื้อชาติ/ศาสนา	ไทย/พุทธ	ไทย/พุทธ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพสมรส	คู่ (สามี 3) สามี 3 อายุ 22 ปี สามีใหม่	คู่ (สามี 1) สามี 1 อายุ 20 ปี
การศึกษา	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
อาชีพ	รับจ้าง (ทำไร่ไถ)	รับจ้าง (ลูกจ้างร้านค้าส่ง)
	รายได้ 8,000 บาท/เดือน	รายได้ 9,000 บาท/เดือน
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท)
วันที่เข้ารับการรักษา	20 พฤษภาคม 2567	11 ธันวาคม 2567
วันที่จำหน่าย	24 พฤษภาคม 2567	16 ธันวาคม 2567
รวมวันนอนรักษา	5 วัน	6 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่ามารดาทั้งสองรายอาชีพรับจ้างรายได้ต่ำ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ไม่ว่าจะเป็นครรภ์เป็นพิษรุนแรงหรือการใช้สารเสพติด เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการ ทำให้ไม่สามารถไปฝากครรภ์และพบแพทย์ตามนัดได้⁹

มารดาทั้งสองรายมีความแตกต่างในด้านอายุ มารดาอายุที่ 1 เป็นมารดาอายุ 38 ปีพบความเสี่ยงภาวะครรภ์ร้อยละ 10¹⁰ มารดาอายุที่ 2 อายุ 19 ปี พบความเสี่ยงร้อยละ 30¹⁰ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปกติต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน แต่มารดาทั้งสองรายใช้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5-6 วัน สะท้อนถึงความซับซ้อนและระดับความเสียหายต่ออวัยวะหลายระบบในร่างกายที่คุกคามชีวิต ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยให้มั่นใจว่าการวิกฤตทั้งหมดได้รับการแก้ไขและระบบอวัยวะสำคัญเริ่มฟื้นตัวเข้าสู่ภาวะปกติหรือมีแนวโน้มที่ดีขึ้น⁶

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
Gravida/Para	ตั้งครรภ์ครั้งที่ 6 (G ₆ P ₃ A ₂ L ₃)	ตั้งครรภ์แรก (G ₁ P ₀)
	อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ คลอดก่อนกำหนด	อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 5 วัน
	ตั้งครรภ์ครั้งที่ 6 การคลอด 3 ครั้ง แท้ง 2 ครั้ง	
	มีบุตร 3 คน มีชีวิต 3 คน คนสุดท้ายอายุ 6 ปี	
อายุครรภ์	36 สัปดาห์	38 สัปดาห์ 5 วัน
ความต้องการมีบุตร	ต้องการมีบุตร	ตั้งครรภ์ไม่พร้อม
การฝากครรภ์	ฝากครรภ์ 13 ครั้ง ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ	ฝากครรภ์ 5 ครั้ง
	ฝากครรภ์ครั้งแรก 17 สัปดาห์	ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ
	(ฝากครรภ์ล่าช้า หลัง 12 สัปดาห์)	ฝากครรภ์ครั้งแรก 27 สัปดาห์ 3 วัน
	กำหนดคลอด วันที่ 17 มิถุนายน 2567	(ฝากครรภ์ล่าช้า หลัง 12 สัปดาห์)
		กำหนดคลอด วันที่ 20 ธันวาคม 2567
ผลการตรวจเลือด	Blood group O, Rh+, Hct 37/38 vol%,	Blood group A, Rh+, Hct 33.8/34.6 vol%,
ขณะฝากครรภ์	VDRL: NR/NR, HBs: negative,	VDRL: NR/NR, HBs: negative,
	Anti HIV: negative/ negative,	Anti HIV: negative/ negative,

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอดของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
ผลการตรวจเลือด ขณะฝากครรภ์	DCIP: negative, MCV 95.0 fl	DCIP: positive, MCV 82.6 fl
ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด	- ครรภ์แรก แท้งเอง 3 เดือน ไม่ได้ขูดมดลูก เมื่อ 22 ปีก่อน (สามี1) ครรภ์ที่ 2 คลอดปกติ ครบกำหนด น้ำหนัก 2,500 กรัม อายุ 18 ปี (สามี1) ครรภ์ที่ 3 แท้งเอง 3 เดือน ไม่ได้ ขูดมดลูก 16 ปีก่อน (สามี2) ครรภ์ที่ 4 คลอดปกติ ครบกำหนด น้ำหนัก 3,200 กรัม อายุ 14 ปี (สามี2) ครรภ์ที่ 5 คลอดปกติ ครบ กำหนด น้ำหนัก 2,960 กรัม อายุ 6 ปี (สามี2) ครรภ์ที่ 6 ตั้งครรภ์ปัจจุบัน (สามี3)	ตั้งครรภ์แรก ไม่มีประวัติแท้งหรือการสูญเสียบุตร
ประวัติการใช้ สารเสพติด	มีประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 ปี โดยมีรูปแบบการใช้ ในลักษณะการสูดดม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 4 เม็ด ใช้ล่าสุด 4 วันก่อนมา	มีประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ลักษณะการใช้ไม่สม่ำเสมอ โดยหยุดการเสพ ช่วงหนึ่งประมาณ 3 เดือน ก่อนกลับมาใช้ซ้ำอีก เป็นเวลา 1 ปี ในรูปแบบการสูดดม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 เม็ด ใช้ล่าสุด 1 วันก่อนมา
ประวัติการใช้ สารเสพติดของสามี	สามีให้ประวัติเสพยาแอมเฟตามีน 2 ปี	สามีให้ประวัติเสพยาแอมเฟตามีน 1 ปี
สาเหตุที่ใช้สารเสพติด	เชื่อว่าช่วยให้มีแรงทำไร่ ตัดอ้อย	เชื่อว่าช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน

จากตารางที่ 2 มารดาทั้งสองรายใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน เพราะเชื่อว่าช่วยให้มีแรงทำไร่ ตัดอ้อย ช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้^{13,14} เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด^{14,15} สามีมีประวัติใช้สารเสพติดเป็นการสนับสนุนและเพิ่มโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและเป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า^{11,16} จากข้อมูลข้างต้นมีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรค การวางแผนการพยาบาลช่วยให้พยาบาลเข้าใจบริบทเฉพาะตัวของผู้ป่วย นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{15,19}

ตารางที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ สุขภาพผู้ป่วย	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มา โรงพยาบาล	มาฝากครรภ์ตามนัด มีอาการปวดศีรษะ ร่วมกับความดันโลหิตสูง 3 ชั่วโมงก่อนมา	ส่งต่อจากโรงพยาบาลสีชมพูด้วยภาวะครรภ์ เป็นพิษรุนแรงร่วมกับพบสารแอมเฟตามีน ในปีสภาวะ

ตารางที่ 3 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)		
ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
สุขภาพผู้ป่วย		
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	มารดาอายุ 38 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 6 (G ₆ P ₃ A ₂ L ₃) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3 ชั่วโมงก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะ ไม่เจ็บครรภ์ ไม่มีน้ำเดิน เต็กคั้นดี จึงมาฝากครรภ์ตามนัด ผลการตรวจพบความดันโลหิตสูง 170/110 มิลลิเมตรปรอท และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal Heart Rate : FHR) 142 ครั้งต่อนาที แพทย์วินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงขณะตั้งครรภ์ จึงรับไว้รักษาในห้องคลอด	มารดาอายุ 18 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 (G ₁ P ₀) อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 5 วัน ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลสีชมพู ด้วยภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงร่วมกับผลตรวจปัสสาวะพบสารแอมเฟตามีน และพบภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคติดต่อ	ปฏิเสธโรคติดต่อ
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา/อาหาร/สารเคมี	แพ้ Ampicilin ปฏิเสธการแพ้อาหารและสารเคมี
ประวัติการผ่าตัด	ไม่มี	ไม่มี
ลักษณะครอบครัวที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านไม้ 2 ชั้น มีบริเวณบ้าน อยู่ในชุมชนชนบทใน อ.สีชมพู อาศัยอยู่กับครอบครัวสามี สมาชิกในครอบครัว 6 คน	เช่าหอพักใน อ.สีชมพู บ้านปูนชั้นเดียว ในเขตชุมชน อาศัยกับสามีแต่ครอบครัวสามีมีสมาชิกในบ้าน 6 คน เป็นแหล่งพบปะของผู้คนและกลุ่มวัยรุ่น
การวินิจฉัยโรค	มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) อายุมารดามาก (Advanced Maternal Age: AMA) ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Grand Multiparity) มีการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน	มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาทั้งสองราย มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง จากปัจจัยเสี่ยงเฉพาะราย ได้แก่มารดารายที่ 1 อายุมาก ตั้งครรภ์หลายครั้ง ประวัติแท้ง 2 ครั้ง ใช้สารเสพติด มารดารายที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง Teenage pregnancy ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กระตุ้นให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงได้^{7,10} ต้องใช้แนวทางการดูแลแบบองค์รวม²⁰ มุ่งเน้นการประเมินภาวะสุขภาพทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะชัก ตกเลือดหลังคลอด ควบคู่กับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกใช้สารเสพติด ป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว^{1,3}

ตารางที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอนของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

แบบแผนสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	<p>Subjective data (S): “รู้ว่าท้องตอนประจำเดือนขาด แต่ยังไม่ไปฝากครรภ์เพราะต้องช่วยสามีทำไร่อ้อย” “อยากมีลูกกับสามีใหม่”</p> <p>“มีอาการปวดศีรษะ” และ “ใช้ยาบ้ามา 4 ปี”</p> <p>การรับรู้โรค: เข้าใจว่าครรภ์เป็นพิษแค่ความดันสูงแต่ตั้งครรภ์ยังไม่ครบกำหนดคลอดและคิดว่ายาเสพติด “ช่วยให้มีกำลังทำงาน”</p> <p>Objective data (O): ฝากครรภ์ล่าช้า 17 สัปดาห์ ฝากครรภ์ 13 ครั้ง แต่ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ อายุครรภ์ 36 สัปดาห์</p> <p>ประวัติใช้สารแอมเฟตามีน ต่อเนื่อง 4 ปี</p> <p>ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ขาบวม 1+ ทั้งสองข้าง ตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปีสสาวะพบ UPCR 0.50 g/g, Uric acid 8.5 mg/dl (สูง) ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับการรักษาด้วยยา MgSO₄ ต่อเนื่อง</p>	<p>Subjective data (S): “ไม่รู้ว่าฝากครรภ์ช้าอันตราย แค่คิดว่ามาตอนท้องใหญ่ค่อยฝาก” “ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ แต่พอรู้ว่ามท้องก็อยากให้ลูกปลอดภัย”</p> <p>การรับรู้โรค: ไม่เข้าใจความรุนแรงของครรภ์เป็นพิษ คิดว่า “แค่ปวดหัวจากเหนื่อยงาน ไม่คิดว่าจะรุนแรง”</p> <p>Objective data (O): ฝากครรภ์ล่าช้า 27 สัปดาห์ 3 วัน ฝากครรภ์เพียง 5 ครั้ง และไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ</p> <p>ประวัติใช้สารแอมเฟตามีน ต่อเนื่อง 1 ปี</p> <p>ความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ขาบวม 2+ ทั้งสองข้าง</p> <p>ตรวจพบสารแอมเฟตามีนในปีสสาวะพบ UPCR 0.47 g/g ได้รับการวินิจฉัยภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) และได้รับการรักษาด้วยยา MgSO₄ ต่อเนื่อง</p>
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและ การเผาผลาญ สารอาหาร	<p>S: “รับประทานอาหารได้ปกติ ชอบอาหารรสจัด ตีมน้ำเฉลี่ยวันละ 6-8 แก้ว” และยอมรับว่า “เคยใช้ยาบ้าเพราะช่วยให้มีแรงทำงาน ไม่ง่วง”</p> <p>O: ไม่มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานได้ดี มีประวัติใช้แอมเฟตามีนต่อเนื่อง 4 ปี</p> <p>ดัชนีมวลกาย 30.7 kg./m² จัดอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 มีภาวะโภชนาการเกิน</p> <p>เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษ</p> <p>O: งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา</p>	<p>S: “รู้สึกเบื่ออาหารบ้าง คลื่นไส้และอาเจียนเล็กน้อย ชอบอาหารรสจัด ตีมน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้ว”</p> <p>O: มีประวัติใช้แอมเฟตามีนไม่สม่ำเสมอ</p> <p>ดัชนีมวลกาย 16.8 kg./m² ต่ำกว่าเกณฑ์ระหว่างตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (6.7 กิโลกรัม)</p> <p>O: งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา</p>
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	<p>S: “ปัสสาวะวันละ 6-10 ครั้ง กลางคืน 4 ครั้ง ปัสสาวะไม่แสบขัด ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง”</p> <p>O: คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะใส สีเหลืองฝาง ไม่พบตะกอน</p>	<p>S: ปัสสาวะวันละ 8-10 ครั้ง กลางคืน 4 ครั้ง แสบขัดตอนใกล้สุด</p> <p>ขับถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง”</p> <p>O: ผลตรวจปัสสาวะ Nitrite และ Leukocyte positive</p> <p>O: คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม มีตะกอนสีขาว</p>

ตารางที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอนของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและ กิจกรรม	S: “คิดว่าทำอะไร ตัดอ้อยก็เป็นการ ออกกำลังกายเหมือนกัน” S: “ขณะเจ็บป่วยรู้สึกปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ทำบวมเลยไม่ลุกเดิน” S: “ปวดแผลมาก โดยเฉพาะเวลาขยับตัว” O: นอนพักบนเตียง O: แผลผ่าตัดหน้าท้อง ประเมินความปวด 8/10 คะแนน หน้านิ้วนิ้วขมวด เคลื่อนไหวช้า ไม่ขยับตัว	S: “ทำงานที่ร้านขายของเดินบ่อยมากเหมือน ได้ออกกำลังกายทุกวัน” S: “รู้สึกอ่อนเพลีย ลุกเดินบ้างในบางครั้ง แต่ยังเดินไปมาได้” S: “ปวดแผลมากหลังการผ่าตัดคลอด” O: นอนพักบนเตียง O: แผลผ่าตัดหน้าท้อง ประเมินความปวด 7/10 คะแนน หน้านิ้วนิ้วขมวด เหงื่อแตก เป็นเม็ด ๆ
แบบแผนที่ 5 การนอนหลับและการ พักผ่อน	S: “ก่อนคลอดมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ทั้งเป็นห่วงลูก” O: มีสีหน้าอิดโรย ปวดแผลระดับ 8/10 ลูกร้องกวน คิ้วขมวด หน้าผากย่น หลบสายตา	S: “มีปัญหาการนอน เพราะต้องลุกขึ้น ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะช่วงใกล้คลอด” O: มีสีหน้าอิดโรย ปวดแผลระดับ 7/10 ลูกร้องกวน คิ้วขมวด หน้าผากย่น หลบสายตา
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและ การรับรู้	S: “อยากมีลูกกับสามีใหม่ (คนที่ 3) เคยแท้งบุตร 2 ครั้ง สามีอยากได้ลูกชาย” O: สื่อสารรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการดูแล รักษาพยาบาล แต่ยังคงขาดความเข้าใจเรื่อง อันตรายจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน ต่อการตั้งครรภ์และทารก	S: “ตั้งครร์ครั้งแรก ดีใจมากโดยเฉพาะสามี” O: สื่อสารรู้เรื่องดี ถามย้ำเรื่องการดูแลทารก และการให้นมบ่อยครั้ง
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์	S: “กลัวว่าลูกจะไม่แข็งแรง รู้สึกผิด ที่ใช้จ่าย” O: ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน ในปัสสาวะ	S: “กลัวว่าจะเลี้ยงลูกไม่ดี เพราะยังเด็กและ ไม่มีประสบการณ์” O: ผลการตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีน ในปัสสาวะ
แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธ์ภาพ	S: “สามีต้องออกไปทำอะไร มีแม่คอยช่วย เลี้ยงหลาน” O: สามีเป็นคนมาดูแลช่วยเหลือและเฝ้าไข้ เปลี่ยนผ้าอ้อม ช่วยดูแลลูก	S: “พักอยู่บ้านแม่สามี กลัวว่าจะไม่มีคนช่วย เลี้ยงลูกเพราะสามีต้องออกไปรับจ้าง ไม่มีคน ช่วยเลี้ยงลูก” O: มารดาวัย 19 ปี ตั้งครร์ครั้งแรก ยังขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร
แบบแผนที่ 9 บทบาททางเพศและ การเจริญพันธุ์	S: “อยากมีลูกกับสามีใหม่ เคยตั้งครร์หลาย ครั้ง (G ₆ P ₃ A ₂ L ₃) เคยแท้งลูก 2 ครั้ง ก่อนตั้งครร์ไม่ได้คุมกำเนิดเพราะต้องการมี ลูกกับสามีใหม่” O: หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มดลูกหดรัด ตัวดีระดับสะดือแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดซึม Lochia rubra สีแดง ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน มดลูกหดรัดตัวดี มารดาคุมกำเนิด	S: “ตั้งครร์แรก และ กลัวว่าจะเลี้ยงลูกไม่ดี เพราะยังไม่พร้อมเป็นแม่ มีอาการปัสสาวะ แสบขัด ตรวจพบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ก่อนตั้งครร์ไม่ได้คุมกำเนิด” O: หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มดลูกอยู่ระดับสะดือ หดรัดตัวยังไม่ดี มี lochia rubra สีแดงสด ชุ่ม ผ้าอนามัย 1 ผืน คุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิด

ตารางที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนของกอร์ดอนของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
	โดยการทำหมัน	
แบบแผนที่ 10 การเผชิญความเครียด การทนต่อความเครียด	S: “รู้สึกเครียดกลัวลูกไม่แข็งแรงเพราะใช้ยาบ้าเพราะเชื่อว่าช่วยให้มีกำลังจากการทำงาน” O: มีภาวะเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q : ไข่ 8Q: 9 คะแนน	S: “เครียดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและความสัมพันธ์กับสามีไม่มั่นคงและเคยใช้ยาบ้าเพราะเชื่อว่าช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและไม่คิดมาก” O: มีการใช้สารเสพติดเพื่อระบายความเครียด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q: ไข่ 8Q :10คะแนน
แบบแผนที่ 11 ความเชื่อและค่านิยม	S: “เชื่อว่ากาการเสพยาบ้าช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น” O: ผูกค้ายาสยสินที่ข้อมือข้างซ้าย	S: “เชื่อว่าการใช้สารเสพติดช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน” O: ใส่พระคล่องคอ

จากตารางที่ 4 แบบแผนที่ 1 พบว่ามารดาทั้งสองรายมีความดันโลหิตสูงและมีประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน บ่งบอกภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด^{6,7} แบบแผนที่ 3 พบมารดา รายที่ 2 มีติดเชื่อต่อทางเดินปัสสาวะ มารดา รายที่ 1 แบบแผนที่ 4 ไม่ออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย 30.7 kg/m² (18-24 kg/m²) รายที่ 2 ผอม ดัชนีมวลกาย 16.8 kg/m² (18-24 kg/m²) ส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรค^{5,19} แบบแผนที่ 5 มีปัญหาการนอนหลับเนื่องปวดแผลผ่าตัดและเป็นห่วงลูก แบบแผนที่ 10 มีภาวะเครียดจากการคลอดก่อนกำหนด แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q : ไข่ 8Q : 10 คะแนน ส่วนมารดา รายที่ 2 มีภาวะเครียดจากไม่มั่นคงทางอารมณ์ตามวัย การปรับตัวต่อบทบาทมารดาและความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q : ไข่ 8Q : 10 คะแนน แบบแผนที่ 11 มีความเชื่อผิดว่า "การใช้สารเสพติดช่วยให้มีกำลังในการทำงาน" หรือ "เชื่อว่าการใช้สารเสพติดช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน" เป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง^{12,17}

ตารางที่ 5 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ระบบ/อวัยวะ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
ทั่วไป	หลังคลอด มีอาการอ่อนเพลีย พบขาบวม 1+ ทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 158/104 มิลลิเมตรปรอท	หลังคลอด อ่อนเพลีย พบขาบวม 2+ ทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 156/99 มิลลิเมตรปรอท
ผิวหนัง	บริเวณเท้าบวมเล็กน้อย ไม่ซีด	บริเวณเท้าบวมเล็กน้อย
ระบบหายใจ	หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO2 99% ไม่มี rhonchi/wheeze	หายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO2 98% ไม่มี rhonchi/wheeze
หัวใจและหลอดเลือด	ความดันโลหิตสูง 158/104 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur	ความดันโลหิตสูง 156/99 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur
ระบบทางเดินปัสสาวะ	Retained foley's catheter ปัสสาวะใส	Retained foley's catheter ปัสสาวะใส
ระบบกล้ามเนื้อ	กล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรง	กล้ามเนื้อแขนขาไม่อ่อนแรง
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี E4V5M6 มี deep tendon reflex 2+ ไม่มี eclamptic signs	รู้สึกตัวดี E4V5M6 มี deep tendon reflex 2+ ไม่มี eclamptic signs
ระบบโภชนาการ	โภชนาการเกิน BMI 30.7 kg/m ² อ้วนระดับ 2 (18-24 kg/m ²)	โภชนาการไม่เพียงพอ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน BMI 16.8 kg/m ² (18-24 kg/m ²)

ตารางที่ 5 การประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

ระบบ/อวัยวะ	มารดากรณีศึกษารายที่ 1	มารดากรณีศึกษารายที่ 2
ระบบสืบพันธุ์	แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สะอาด	แผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแห้ง สะอาด
หลังคลอด	ไม่มี discharge มดลูกคลำได้ระดับสะดือ มีเลือด lochia ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน	ไม่มี discharge มดลูกคลำได้ระดับต่ำกว่าสะดือ มีเลือด lochia ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน
ระบบอื่น ๆ	ไม่มี jaundice หรือ อาการทางประสาท	ไม่มี jaundice หรือ อาการทางประสาท

จากตารางที่ 5 จากการประเมินสภาพร่างกาย พบว่ามารดาทั้งสองรายมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคล้ายกัน โดยมีความดันโลหิตสูงร่วมกับอาการบวม เป็นผลจากความผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด (endothelial dysfunction) ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง มีการรั่วของพลาสมา จากการเสียสมดุลของการทำงานของไต^{3,4} ทั้งคู่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะชักได้จากการมีความดันโลหิตสูงรุนแรง มีความจำเป็นในการใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Magnesium toxicity และป้องกันการตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตามการประเมินสภาพร่างกายมีความแตกต่างกันคือ มารดา รายที่ 1 มีดัชนีมวลกาย 30.7 kg/m² จัดอยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 2 ซึ่งภาวะอ้วน ส่งเสริมให้ความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้น^{8,10} ขณะที่มารดา รายที่ 2 มีดัชนีมวลกาย 16.8 kg/m² สะท้อนภาวะโภชนาการต่ำ อาจมีผลต่อความสามารถของร่างกายในการรักษาสมดุลของของเหลวและอิเล็กโทรไลต์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้²⁸

การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญในทางคลินิก เพื่อนำไปบูรณาการกับข้อมูลอื่นๆ นำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การประเมินความรุนแรงของโรคและการวางพยาบาลได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

การตรวจ	ค่าปกติ	รายที่ 1	การแปลผล	รายที่ 2	การแปลผล
การตรวจเพื่อประเมินการทำงานของไต (Renal Function Tests)					
BUN	7–12 mg/dL	8 mg/dL	ปกติ	7 mg/dL	ปกติ
Creatinine (Cr)	0.4–0.8 mg/dL	0.7 mg/dL	ปกติ	0.6 mg/dL	ปกติ
Proteinuria	Negative	Negative	ปกติ	1+	มีโปรตีน
Uric acid	2.6–6.0	8.5	สูง	5.1	ปกติ
UPCR (Protein/Creatinine)	< 0.3 g/g	0.50 g/g	บ่งชี้โปรตีนในปัสสาวะ	0.47 g/g	มีโปรตีนในปัสสาวะ
การตรวจเพื่อประเมินการทำงานของไต (Renal Function Tests)					
การตรวจทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์					
Ca	8.8–10.6	9.1	ปกติ	8.6	ปกติ
Mg	4.8–8.4	2.2	ต่ำ	3.2	ต่ำ
Sodium (Na)	130–140 mmol/L	134 mmol/L	ต่ำเล็กน้อย	136 mmol/L	ปกติ
Potassium (K)	3.5–5.1 mmol/L	4.3 mmol/L	ปกติ	4.1 mmol/L	ปกติ
Urine: Nitrite	Negative	Negative	ปกติ	Positive	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	รายที่ 1	การแปลผล	รายที่ 2	การแปลผล
การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะทั่วไป (Urinalysis)					
Urine: Leukocyte	Negative	Negative	ปกติ	Positive	ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
Urine: WBC	0-1 cells/HPF	Negative	ปกติ	2-3 cells/HPF	มีเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ
Urine: RBC	0-1 cells/HPF	Negative	ปกติ	10-20 cells/HPF	มีเลือดแดงในปัสสาวะ
Urine: Bacteria	Negative	Few	มีแบคทีเรีย	Few	มีแบคทีเรีย
Methamphetamine	Negative	Positive	มีสารเมท-แอมเฟตามีน	Positive	มีสารเมท-แอมเฟตามีน

จากตารางที่ 6 มารดาทั้งสองรายค่า UPCR สูงกว่าปกติ สัมพันธ์กับการทำงานของไต มีการหดเกร็งตัวของหลอดเลือด มีภาวะแมกนีเซียมต่ำเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงอาจส่งผลให้เกิดภาวะชักได้^{5,10} และตรวจปัสสาวะพบ Methamphetamine โดยสารเหล่านี้เกี่ยวข้องกับภาวะที่ร่างกายมีความไม่สมดุล ซึ่งทำลายเยื่อหุ้มหลอดเลือดโดยตรง ส่งผลเกิดความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน¹¹

ความแตกต่างของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมารดารายที่ 2 ตรวจปัสสาวะพบ WBC และ RBC, Nitrite และ Leukocyte positive บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจเพิ่มความรุนแรงต่อพยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษจากการกระตุ้นการอักเสบและความผิดปกติของเยื่อหุ้มหลอดเลือด^{3,7}

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะรอคลอด	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “มีอาการปวดศีรษะ”</p> <p>O: ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบขาบวม 1+ ทั้งสองข้าง - ผลการตรวจพบ LDH 549 U/L (สูง) UPCR 0.50 g/g, Uric acid 8.5 (สูง) ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 2.2 mg/dl - ปฏิกริยาสะท้อน (deep tendon reflex : DTR) 2+ - มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงร่วมกับภาวะมารดาอายุมาก มีประวัติการตั้งครรภ์หลายครั้ง - มีการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนใช้ล่าสุด 4 วัน 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “แค่ปวดหัวจากเหนื่อยงานไม่คิดว่าจะรุนแรง”</p> <p>O: ความดันโลหิตสูง 160/110 มิลลิเมตรปรอท</p> <ul style="list-style-type: none"> - พบขาบวม 2+ ทั้งสองข้าง - ผลการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (1+) LDH 288 U/L (สูง) UPCR 0.47 g/g ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 3.2 mg/dl - ปฏิกริยาสะท้อน (deep tendon reflex : DTR) 2+ - มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ร่วมกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ - มีประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนใช้ล่าสุด 1 วัน

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชັก</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชັก</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิตลดลงและคงที่ $\leq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะชັก 3. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 4. ระดับ $MgSO_4$ level ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิตลดลงและคงที่ $\leq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะชັก 3. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 4. ระดับ $MgSO_4$ level ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีหรือทุก 30 นาที จนกระทั่งคงที่ ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชັก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่ ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกิน 3+ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข้า ถ้าตรวจพบอาการรายงานแพทย์ทันที 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน 4. ดูแลให้ออนพักและทำกิจกรรมบนเตียงยกไม้กั้นเตียง 5. ดูแลให้ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และ Nifedipine โดยติดตามปรับอัตราการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, LDH, ค่าการทำงานของไต Serum magnesium UPCR และ HELLP Syndrome เพื่อประเมินการดำเนินโรคและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7. ติดตามและบันทึกการได้รับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีหรือทุก 30 นาที จนกระทั่งคงที่ ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชັก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่ ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกิน 3+ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข้า ถ้าตรวจพบอาการรายงานแพทย์ทันที 3. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน 4. ดูแลให้ออนพักและทำกิจกรรมบนเตียงยกไม้กั้นเตียง 5. ดูแลให้ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$) และ Nifedipine โดยติดตามปรับอัตราการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, LDH, ค่าการทำงานของไต Serum magnesium UPCR และ HELLP Syndrome เพื่อประเมินการดำเนินโรคและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7. ติดตามและบันทึกการได้รับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p>
<p>หลังให้ $MgSO_4$ ความดันโลหิตลดลงและคงที่ไม่มีอาการนำของภาวะชັกและไม่มีภาวะชັก</p>	<p>หลังให้ $MgSO_4$ ความดันโลหิตลดลงและคงที่ไม่มีอาการนำของภาวะชັกและไม่มีภาวะชັก</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>
<p>O: ได้รับการรักษาด้วยยา $MgSO_4$ อย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด</p>	<p>O: ได้รับการรักษาด้วย $MgSO_4$ อย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>
<p>เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา</p>	<p>เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ชีม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและหัวใจเต้น 2. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 3. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5. ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.8 – 8.4 mg/dL 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ชีม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและหัวใจเต้น 2. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 3. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5. ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.8 – 8.4 mg/dL
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ทราบพยาธิสภาพของโรค อันตรายจากการชัก ความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของยา 2. เตรียมยา MgSO₄ ตรวจสอบยาให้ถูกต้องทั้ง ขนาด วิธีเตรียมยา วิธีใช้ และเวลาให้ยา ควบคุมให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ติดตาม magnesium toxicity ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที 3. ติดตามระดับ magnesium level ให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dL. 4. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก 5. เตรียม 10% calcium gluconate พร้อมใช้ทันที 6. ประเมินอาการทางระบบประสาทและทางเดินหายใจ ตรวจ DTR ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอัตราการหายใจ หากพบน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 7. ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง หากพบน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์ทันที 8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน 9. สังเกตอาการของการได้รับยา MgSO₄ มากเกินไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีม สับสนและหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกริยาสะท้อนหายไป 10. ดูแลความสุสบายและประเมินอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้อาเจียน 11. งดอาหารและน้ำ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายให้ทราบพยาธิสภาพของโรค อันตรายจากการชัก ความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของยา 2. เตรียมยา MgSO₄ ตรวจสอบยาให้ถูกต้องทั้ง ขนาด วิธีเตรียมยา วิธีใช้ และเวลาให้ยา ควบคุมให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ติดตาม magnesium toxicity ถ้าพบข้อหนึ่งข้อใดให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที 3. ติดตามระดับ magnesium level ให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dL. 4. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก 5. เตรียม 10% calcium gluconate พร้อมใช้ทันที 6. ประเมินอาการทางระบบประสาทและทางเดินหายใจ ตรวจ DTR ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอัตราการหายใจ หากพบน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 7. ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง หากพบน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงหรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมงให้รายงานแพทย์ทันที 8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้งาน 9. สังเกตอาการของการได้รับยา MgSO₄ มากเกินไป ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีม สับสน และหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ปฏิกริยาสะท้อนหายไป 10. ดูแลความสุสบายและประเมินอาการร้อนวูบวาบ คลื่นไส้อาเจียน 11. งดอาหารและน้ำ
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p>
<p>สัญญาณชีพ อัตราการหายใจปกติ 20 ครั้งต่อนาที</p>	<p>สัญญาณชีพ อัตราการหายใจปกติ 20 ครั้งต่อนาที</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ไม่มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชีม สับสน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปฏิกริยาสะท้อนลึก (DTR) 2+ สม่าเสมอ ปริมาณปัสสาวะออกต่อเนื่องมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด อยู่ในช่วง 4.8–8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>	<p>ไม่มีอาการทางระบบประสาท เช่น ชีม สับสน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปฏิกริยาสะท้อนลึก (DTR) 2+ สม่าเสมอ ปริมาณปัสสาวะออกต่อเนื่องมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด อยู่ในช่วง 4.8–8.4 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมีการหดตัวของมดลูก</p>	
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	
<p>S: มารดามีอาการปวดศีรษะ ปวดท้องเป็นพัก ๆ O: มารดาอายุ 38 ปี G₆P₃A₂L₃ มีประวัติการแท้งบุตร 2 ครั้ง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ - ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท - มีการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนใช้ล่าสุด 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล - มีการหดตัวของมดลูก Interval 7 นาที Duration 30 วินาที Severity + อัตราการเต้นของหัวใจทารก 142 ครั้งต่อนาที - Pervagina cervix dilate 2 cms effacement 50 % station -2 MI</p>	
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	
<p>เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p>	
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการเจ็บครรภ์หรือมดลูกหดตัวถี่ขึ้น 2. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110–160 ครั้ง/นาที 	
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการเจ็บครรภ์และการหดตัวของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง 2. จัดให้นอนพักบนเตียง ในท่าตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับเส้นเลือด 3. ติดตามอัตราการเต้นหัวใจและการเคลื่อนไหวของทารก ด้วยเครื่อง EFM (Electronic Fetal Monitoring) 4. ให้คำแนะนำมารดาและครอบครัว เกี่ยวกับอาการเตือนการคลอดก่อนกำหนด การนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 	

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>5. เตรียมความพร้อมหากต้องผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน โดยเตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยคลอดพร้อม พร้อมรายงานกุมารแพทย์ทราบเพื่อเตรียมรับทารก</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ความถี่ของการหดตัวของมดลูกลดลง แต่ยังมี ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที สตรีแพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสุขภาพทารก เนื่องจากขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: “กลัวว่าลูกจะไม่แข็งแรงรู้สึกผิดที่ใช่ยาบ้า”</p> <p>O: มารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวล ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองและทารกเบื้องต้นได้ 2. ลดความกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัด 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และสุขภาพทารก เนื่องจากขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: “กลัวว่าจะเลี้ยงลูกไม่ดี เพราะยังเด็กและไม่มีประสบการณ์”</p> <p>O: มารดาแสดงสีหน้าวิตกกังวล ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. . มารดาสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองและทารกเบื้องต้นได้ 2. ลดความกังวลก่อนเข้ารับการผ่าตัด
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดามีสีหน้าและท่าทางผ่อนคลายขึ้น 2. มีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อน – หลังการผ่าตัด <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความวิตกกังวล ความกลัวและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และความปลอดภัยของมารดาและทารก 3. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย รับฟังความกังวล 4. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจใกล้ชิด 5. ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้า ๆ ลึก ๆ หรือการเบี่ยงเบนความสนใจ 6. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยแก่มารดาและทารกอย่างองค์รวม 7. ประเมินสัญญาณชีพและสภาพร่างกายก่อนส่งผ่าตัด 8. ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัดให้ครบถ้วน 	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดามีสีหน้าและท่าทางผ่อนคลาย 2. มีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อน – หลังการผ่าตัด <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความวิตกกังวล ความกลัวและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับการผ่าตัด 2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และความปลอดภัยของมารดาและทารก 3. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย รับฟังความกังวล 4. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจใกล้ชิด 5. ใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้า ๆ ลึก ๆ หรือการเบี่ยงเบนความสนใจ 6. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างความมั่นใจและความปลอดภัยแก่มารดาและทารกอย่างองค์รวม 7. ประเมินสัญญาณชีพและสภาพร่างกายก่อนส่งผ่าตัด 8. ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัดให้ครบถ้วน

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>9. ประสานทีมสูติแพทย์ วิสัญญี กุมารแพทย์ และห้องผ่าตัด ให้พร้อมภายใน 30 นาที</p> <p>10. รายงานข้อมูลสำคัญตามหลัก ISBAR และบันทึกใน Nurse's Note และตรวจสอบ Pre-op Checklist</p> <p>11. ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต</p> <p>12. ให้กำลังใจและอธิบายแผนการผ่าตัดและทำหมัน แก่ผู้คลอดและญาติอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ก่อน - หลังผ่าตัด สีหน้าผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง</p>	<p>9. ประสานทีมสูติแพทย์ วิสัญญี กุมารแพทย์ และห้องผ่าตัด ให้พร้อมภายใน 30 นาที</p> <p>10. รายงานข้อมูลสำคัญตามหลัก ISBAR และบันทึกใน Nurse's Note และตรวจสอบ Pre-op Checklist</p> <p>11. ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต</p> <p>12. ให้กำลังใจและอธิบายแผนการผ่าตัดแก่ผู้คลอด และญาติอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ก่อน - หลังผ่าตัด สีหน้าผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวก่อนหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง</p>
<p>ทารกในครรภ์ระยะรอคลอด</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจนของทารกในครรภ์ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ ข้อมูลสนับสนุน</p>
<p>O: อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110-160 ครั้ง/นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - EFM Category I ไม่พบภาวะ fetal distress - ได้รับการรักษาด้วยยา MgSO₄ 	<p>O: อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110-160 ครั้ง/นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> - EFM Category I ไม่พบภาวะ fetal distress - ได้รับการรักษาด้วยยา MgSO₄
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 110-160 ครั้ง/นาที 2. ไม่พบ Late deceleration หรือ Variable deceleration 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 110-160 ครั้ง/นาที 2. ไม่พบ Late deceleration หรือ Variable deceleration
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกด้วย Electronic Fetal Monitoring (EFM) ทุก 4 ชั่วโมงและประเมินซ้ำทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ 2. จัดทำนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและรก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกด้วย Electronic Fetal Monitoring (EFM) ทุก 4 ชั่วโมงและประเมินซ้ำทุก 30 นาที เพื่อเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ 2. จัดทำนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกและรก

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>3. ทำการ Intrauterine Resuscitation (IUR) โดยให้ออกซิเจนผ่าน Mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา</p> <p>4. ประสานทีมสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อให้การช่วยเหลือทารกในห้องผ่าตัด</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้ง/นาที ผล EFM ไม่พบ Late deceleration</p>	<p>3. ทำการ Intrauterine Resuscitation (IUR) โดยให้ออกซิเจนผ่าน Mask with bag อัตรา 10 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษา</p> <p>4. ประสานทีมสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ และทีมช่วยฟื้นคืนชีพเพื่อให้การช่วยเหลือทารกในห้องผ่าตัด</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้ง/นาที ผล EFM ไม่พบ Late deceleration</p>
<p>ระยะคลอด</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์</p> <p>- ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 90-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท 2. หายใจปกติ 16-24 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะหายใจช้าหรือหยุดหายใจ 3. ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) \geq 95% 4. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด ตัวเย็นหรืออาการเขียวคล้ำ 5. ไม่มีภาวะช็อกจากความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 6. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก Spinal block เช่น หายใจลำบาก ปวดศีรษะรุนแรง หรืออาการชาเกินระดับที่กำหนด 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง (Severe preeclampsia) - ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 90-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท 2. หายใจปกติ 16-24 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะหายใจช้าหรือหยุดหายใจ 3. ระดับออกซิเจนในเลือด (SpO2) \geq 95% 4. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หน้ามืด ตัวเย็นหรืออาการเขียวคล้ำ 5. ไม่มีภาวะช็อกจากความดันโลหิตต่ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 6. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก Spinal block เช่น หายใจลำบาก ปวดศีรษะรุนแรง หรืออาการชาเกินระดับที่กำหนด

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพของมารดา ทุก 5 นาทีใน 15 นาที แรกหลังได้รับการระงับความรู้สึกและทุก 15 นาที จัดทำนอนตะแคงซ้าย หรือยกศีรษะเล็กน้อย เพื่อลดการกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ และส่งเสริมการไหลเวียน เฝ้าระวังอาการของภาวะความดันโลหิตต่ำ และรายงานแพทย์ทันทีหากค่าความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท เตรียมยา Ephedrine 5–10 mg IV หรือ Phenylephrine 50–100 mcg IV ตามแผนการรักษา ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ติดตามระดับความรู้สึกตัวและอัตราการหายใจของมารดาอย่างใกล้ชิด keep 16-24 ครั้ง/นาที หรือ SpO2 ต่ำกว่า 95% ให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม หลังการผ่าตัด โดยประเมินสีผิว ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ จนกว่าญาติฯ จะหมด บันทึกอาการและการพยาบาลทุก 15 นาที รายงานแพทย์ วัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการมารดามีความพร้อมก่อนนำส่งกลับ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรือเขียวคล้ำ ไม่พบภาวะช็อกหรือความดันโลหิตต่ำและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จาก Spinal block มารดาปลอดภัย</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพของมารดา ทุก 5 นาทีใน 15 นาที แรกหลังได้รับการระงับความรู้สึกและทุก 15 นาที จัดทำนอนตะแคงซ้าย หรือยกศีรษะเล็กน้อย เพื่อลดการกดทับหลอดเลือดดำใหญ่ และส่งเสริมการไหลเวียน เฝ้าระวังอาการของภาวะความดันโลหิตต่ำ และรายงานแพทย์ทันทีหากค่าความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท เตรียมยา Ephedrine 5–10 mg IV หรือ Phenylephrine 50–100 mcg IV ตามแผนการรักษา ตรวจและบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ติดตามระดับความรู้สึกตัวและอัตราการหายใจของมารดาอย่างใกล้ชิด keep 16-24 ครั้ง/นาที หรือ SpO2 ต่ำกว่า 95% ให้หยุดยาและรายงานแพทย์ทันที เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม หลังการผ่าตัด โดยประเมินสีผิว ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ จนกว่าญาติฯ จะหมด บันทึกอาการและการพยาบาลทุก 15 นาที รายงานแพทย์ วัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง ประเมินอาการมารดามีความพร้อมก่อนนำส่งกลับ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรือเขียวคล้ำ ไม่พบภาวะช็อกหรือความดันโลหิตต่ำและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จาก Spinal block มารดาปลอดภัย</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดระยะผ่าตัดในท้องผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: มารดามีภาวะอ้วน (BMI 30.7 kg/m²) ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดระยะผ่าตัดในท้องผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายใต้การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด ได้แก่ หน้ามืด เหนื่อยออก ตัวเย็น หรือหายใจเร็ว 3. มดลูกหดรัดตัวดี 4. ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมดระหว่างการผ่าตัด ไม่เกิน 1,000 ซีซี 5. ไม่พบอาการช็อค อ่อนเพลีย หรือสัญญาณของภาวะช็อคจากการเสียเลือด 	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด ได้แก่ หน้ามืด เหนื่อยออก ตัวเย็น หรือหายใจเร็ว 3. มดลูกหดรัดตัวดี 4. ปริมาณเลือดที่สูญเสียทั้งหมดระหว่างการผ่าตัด ไม่เกิน 1,000 ซีซี 5. ไม่พบอาการช็อค อ่อนเพลีย หรือสัญญาณของภาวะช็อคจากการเสียเลือด
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง พร้อมประสานส่งต่อข้อมูลก่อนย้ายหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช จนครบ 24 ชั่วโมง 2. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหรือภาวะช็อค เช่น หน้ามืด ซีด เหนื่อยออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 3. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. คลำและประเมินระดับยอดมดลูกและความแข็งตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง 5. ดูแลให้มีการใส่สายสวนปัสสาวะค้ำ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ช่วยให้มีมดลูกหดรัดตัวได้ดี 6. ให้อาการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (Oxytocin 20 units/1000 ml NSS) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ 8. ฝ้าระวังลักษณะของแผลผ่าตัดหน้าท้อง เช่น การบวมแดง ร้อน หรือซึมนของเลือด 9. บันทึกผลการประเมินและการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลเพื่อใช้ติดตามอาการต่อเนื่อง 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง พร้อมประสานส่งต่อข้อมูลก่อนย้ายหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช จนครบ 24 ชั่วโมง 2. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหรือภาวะช็อค เช่น หน้ามืด ซีด เหนื่อยออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 3. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 4. คลำและประเมินระดับยอดมดลูกและความแข็งตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง 5. ดูแลให้มีการใส่สายสวนปัสสาวะค้ำ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ช่วยให้มีมดลูกหดรัดตัวได้ดี 6. ให้อาการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (Oxytocin 20 units/1000 ml NSS) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ 8. ฝ้าระวังลักษณะของแผลผ่าตัดหน้าท้อง เช่น การบวมแดง ร้อน หรือซึมนของเลือด 9. บันทึกผลการประเมินและการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลเพื่อใช้ติดตามอาการต่อเนื่อง

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการผ่าตัดคลอด มารดามีสัญญาณชีพคงที่ มดลูกหดตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ปริมาณเลือดที่สูญเสีย ทั้งหมดระหว่างการผ่าตัด 600 ซีซี</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ภายหลังการผ่าตัดคลอด มารดามีสัญญาณชีพคงที่ มดลูกหดตัวดี ไม่มีอาการหน้ามืด ปริมาณเลือดที่สูญเสีย ทั้งหมดระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี</p>
<p>ระยะหลังคลอด</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก หลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก หลังคลอดเนื่องจากความดันโลหิตสูง</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน</p>
<p>S: มารดาบอกว่า “มีอาการปวดศีรษะ” O: ความดันโลหิต 170/110 มิลลิเมตรปรอท พบขาบวม 1+ ทั้งสองข้าง - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพบ LDH 549 U/L (สูง) UPCR 0.50 g/g ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียม ในเลือด 2.2 mg/dl - การวินิจฉัย มารดามีภาวะครรภ์ เป็นพิษรุนแรงและมี ประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนใช้ล่าสุด 4 วัน - ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ</p>	<p>S: มารดาบอกว่า “แค่ปวดหัวจากเหนื่อยงานไม่คิดว่าจะ รุนแรง” O: ความดันโลหิตสูง 160/110 มิลลิเมตรปรอท พบขาบวม 2+ ทั้งสองข้าง - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจพบโปรตีน ในปัสสาวะ (1+) LDH 288 U/L (สูง) UPCR 0.47 g/g ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 3.2 mg/dl - การวินิจฉัย มารดามีภาวะครรภ์ เป็นพิษรุนแรงและมี ประวัติการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนใช้ล่าสุด 1 วัน - ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>
<p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก</p>	<p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิตลดลงและคงที่ \leq 160/110 มิลลิเมตรปรอท 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก 3. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 4. ระดับ MgSO₄ level ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความดันโลหิตลดลงและคงที่ \leq 160/110 มิลลิเมตรปรอท 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก 3. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 4. ระดับ MgSO₄ level ในเลือดอยู่ระหว่าง 4.8-8.4 mg/dl
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่ ปฏิกริยาสะท้อน (DTR) 3+ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข้า หากตรวจพบต้องรายงานแพทย์ทันที 2. ดูแลการให้แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และ Nifedipine drip ติดตามผลการรักษา พร้อมทั้งปรับอัตราการให้ยาให้ เหมาะสม อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังเริ่มให้ยา 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, LDH, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการนำสู่ภาวะช็อก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด จุกใต้ลิ้นปี่ ปฏิกริยาสะท้อน (DTR) 3+ ขึ้นไป อาการกระตุกของกล้ามเนื้อบริเวณเข้า หากตรวจพบต้องรายงานแพทย์ 2. ดูแลการให้แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และ Nifedipine drip ติดตามผลการรักษา พร้อมทั้งปรับอัตราการให้ยาให้ เหมาะสม อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังเริ่มให้ยา 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, LDH,

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 2	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ค่าการทำงานของไต Serum magnesium และ UPCR เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>5. ดูแลให้ออนพักและทำกิจกรรมบนเตียงยกไม้กั้นเตียง</p> <p>6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีหรือทุก 30 นาทีจนกระทั่งคงที่ ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันที</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>หลังให้ยา MgSO₄ ความดันโลหิตเฉลี่ย 140/90 มิลลิเมตรปรอทคงที่ ไม่มีอาการนำของภาวะชักและไม่มีภาวะชัก ปฏิบัติยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+</p>	<p>ค่าการทำงานของไต Serum magnesium และ UPCR เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน</p> <p>4. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>5. ดูแลให้ออนพักและทำกิจกรรมบนเตียงยกไม้กั้นเตียง</p> <p>6. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีหรือทุก 30 นาทีจนกระทั่งคงที่ ถ้ามากกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ทันที</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>หลังให้ยา MgSO₄ ความดันโลหิตเฉลี่ย 140/90 มิลลิเมตรปรอทคงที่ ไม่มีอาการนำของภาวะชักและไม่มีภาวะชัก ปฏิบัติยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: มารดาหลังผ่าตัดอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีแผลในโพรงมดลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณเลือดออก 600 มิลลิเมตรปรอท - ได้รับ MgSO₄ ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี - ค่า Hct 36.8% ,Hb 11.6 g/dL และ Platelet 264,000 /mm³ 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: มารดาหลังผ่าตัดอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีแผลในโพรงมดลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณเลือดออก 200 มิลลิเมตรปรอท - ได้รับ MgSO₄ ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี - ค่า Hct 37.1%, Hb 11.9 g/dL และ Platelet 279,000 /mm³
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการแสดงของตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็ว เหงื่อออกตัวเย็น 2. มดลูกหดตัวดีและระดับลดลงวันละ 0.5 - 1 นิ้ว มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นฝอยนามัยเฉลี่ยไม่เกิน 1 แผ่นชุ่มต่อชั่วโมง 3. แผลผ่าตัดคลอดไม่มีเลือดซึม 	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการแสดงของตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเร็ว เหงื่อออกตัวเย็น 2. มดลูกหดตัวดีและระดับลดลงวันละ 0.5 - 1 นิ้ว มีเลือดออกออกทางช่องคลอดเป็นฝอยนามัยเฉลี่ยไม่เกิน 1 แผ่นชุ่มต่อชั่วโมง 3. แผลผ่าตัดคลอดไม่มีเลือดซึม

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ได้แก่ ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงจนถึงครบ 24 ชั่วโมง 2. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก 3. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด และแผลผ่าตัด 4. คำและประเมินความสูงของยอดมดลูกและความแข็งตัวของมดลูก 5. ดูแลให้ใส่สายสวนปัสสาวะ 6. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 8. ให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอด 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพและความดันโลหิต ได้แก่ ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ 2 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงจนถึงครบ 24 ชั่วโมง 2. ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก 3. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดออกทางช่องคลอด และแผลผ่าตัด 4. คำและประเมินความสูงของยอดมดลูกและความแข็งตัวของมดลูก 5. ดูแลให้ใส่สายสวนปัสสาวะ 6. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 8. ให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเตือนภาวะตกเลือดหลังคลอด
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการแสดงของตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดตัวดี คำได้มดลูกระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย 1/2 แผ่น</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการแสดงของตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดตัวดี คำได้มดลูกระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย 1/2 แผ่น</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ได้รับการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>O: ได้รับการผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block)</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที 2. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนมากผิดปกติ 	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากได้รับยาระงับความรู้สึก</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที การหายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที 2. ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนมากผิดปกติ
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและทุก 30 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและทุก 30 นาทีจนครบ 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>2. เผื่อระวังอาการความดันโลหิตต่ำ พร้อมให้สารน้ำตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อผิดปกติ</p> <p>3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเคลื่อนไหวของขาภายหลังการบล็อกหลัง</p> <p>4. เผื่อระวังภาวะกดการหายใจ โดยติดตามอัตราการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิด</p> <p>5. ประเมินและป้องกันภาวะปวดศีรษะหลังเจาะไขสันหลัง ด้วยการให้ผู้ป่วยนอนราบอย่างน้อย 6 ชั่วโมง</p> <p>6. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดหัวมาก ปวดหลังมากผิดปกติ ขาไม่มีแรง หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หน้ามืด เหงื่อออกตัวเย็น</p> <p>7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน</p>	<p>2. เผื่อระวังอาการความดันโลหิตต่ำ พร้อมให้สารน้ำตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อผิดปกติ</p> <p>3. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเคลื่อนไหวของขาภายหลังการบล็อกหลัง</p> <p>4. เผื่อระวังภาวะกดการหายใจ โดยติดตามอัตราการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดอย่างใกล้ชิด</p> <p>5. ประเมินและป้องกันภาวะปวดศีรษะหลังเจาะไขสันหลัง ด้วยการให้ผู้ป่วยนอนราบอย่างน้อย 6 ชั่วโมง</p> <p>6. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลทันที ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดหัวมาก ปวดหลังมากผิดปกติ ขาไม่มีแรง หายใจลำบาก แน่นหน้าอก หน้ามืด เหงื่อออกตัวเย็น</p> <p>7. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน</p>
<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (MgSO₄ toxicity)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด - ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 2.2 mg/dl</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ 2. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 3. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5. ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.8 – 8.4 mg/dL (Therapeutic range) 	<p>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ (MgSO₄ toxicity)</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ได้รับการรักษาด้วยยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และต้องได้รับอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังทารกคลอด - ผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 3.2 mg/dl</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่พบอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ 2. ปฏิกริยาสะท้อนปกติ (DTR) 2+ 3. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที 4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5. ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.8 – 8.4 mg/dL (Therapeutic range)

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้ทราบพยาธิสภาพของโรค อันตรายจากภาวะชัก การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และอาการข้างเคียง ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต MgSO₄ ตามแผนการรักษา ติดตาม ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด ให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl. เตรียม 10% calcium gluconate พร้อมใช้ทันที ประเมินอาการทางระบบประสาทและทางเดินหายใจ ตรวจ DTR ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอัตราการหายใจ หากพบน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ หากน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทันที เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม สังเกตอาการของการได้รับยา MgSO₄ มากเกินไป จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น ให้คำแนะนำมารดาและครอบครัว อาการเตือนของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ เช่น อาการซึม หายใจช้า ปัสสาวะออกน้อย หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงและให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ บันทึกผลการประเมินทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อขอคำสั่งการรักษา 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายให้ทราบพยาธิสภาพของโรค อันตรายจากภาวะชัก การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) และอาการข้างเคียง ให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต MgSO₄ ตามแผนการรักษา ติดตาม ระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด ให้อยู่ในช่วง 4.8-8.4 mg/dl. เตรียม 10% calcium gluconate พร้อมใช้ทันที ประเมินอาการทางระบบประสาทและทางเดินหายใจ ตรวจ DTR ทุก 1 ชั่วโมง สังเกตอัตราการหายใจ หากพบน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที ตรวจและบันทึกปริมาณปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ หากน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทันที เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม สังเกตอาการของการได้รับยา MgSO₄ มากเกินไป จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น ให้คำแนะนำมารดาและครอบครัว อาการเตือนของภาวะแมกนีเซียมเป็นพิษ เช่น อาการซึม หายใจช้า ปัสสาวะออกน้อย หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงและให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ บันทึกผลการประเมินทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันทีเพื่อขอคำสั่งการรักษา
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่มีอาการผิดปกติ เช่น ซึม สับสน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายใจปกติ ปฏิกริยาสะท้อน 2+ ปริมาณปัสสาวะออกต่อเนื่องมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมงและผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.9 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่มีอาการผิดปกติ เช่น ซึม สับสน หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง อัตราการหายใจปกติ ปฏิกริยาสะท้อน 2+ ปริมาณปัสสาวะออกต่อเนื่องมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมงและผลตรวจระดับซีรัมแมกนีเซียมในเลือด 4.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “ปวดแผลมาก โดยเฉพาะขยับตัว ขอยาแก้ปวด”</p> <p>O: แผลผ่าตัดหน้าท้อง มีอาการเจ็บปวด ระดับ 8/10 คะแนน - สีหน้าแสดงความเจ็บปวดมาก เคลื่อนไหวช้า ไม่กล้าขยับตัว</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “ปวดแผลมาก หลังการผ่าตัดคลอด”</p> <p>O: แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง มีอาการปวดขณะขยับตัว ระดับความปวด 7/10 คะแนน - สีหน้าแสดงความเจ็บปวด เคลื่อนไหวไม่สะดวก</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดจากแผลผ่าตัดและเพิ่มความสุขสบาย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความปวดลดลงน้อยกว่า 3 คะแนน ภายใน 24 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง เดินเบา ๆ ได้ 3. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลายมากขึ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือมาตราส่วนการให้คะแนนความปวด (Numeric Rating Scale; NRS) ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพ 2. แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเมื่อรู้สึกตัวดีจัดให้นอนท่าศีรษะสูงชันเข้า ลดการดึงรั้งของแผล 3. แนะนำให้ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอหรือเคลื่อนไหว 4. สอนเทคนิคการหายใจเข้าและลึก ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5. ในระยะที่ยังงดน้ำและอาหารหากมีอาการปวดแผลมาก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 6. ส่งเสริมให้มารดาลุกนั่งและเดินอย่างค่อยเป็นค่อยไปเมื่ออาการปวดลดลง <p>การประเมินผลการพยาบาล ระดับความปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน สามารถเปลี่ยนท่าและลุกเดินได้ สีหน้าผ่อนคลายขึ้น</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดอาการปวดจากแผลผ่าตัดและเพิ่มความสุขสบาย</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความปวดลดลงน้อยกว่า 3 คะแนน ภายใน 24 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง เดินเบา ๆ ได้ 3. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลายมากขึ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือมาตราส่วนการให้คะแนนความปวด (Numeric Rating Scale; NRS) ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพ 2. แนะนำให้นอนในท่าที่สบายเมื่อรู้สึกตัวดีจัดให้นอนท่าศีรษะสูงชันเข้า ลดการดึงรั้งของแผล 3. แนะนำให้ใช้มือหรือหมอนประคองแผลผ่าตัดขณะไอหรือเคลื่อนไหว 4. สอนเทคนิคการหายใจเข้าและลึก ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5. ในระยะที่ยังงดน้ำและอาหารหากมีอาการปวดแผลมาก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 6. ส่งเสริมให้มารดาลุกนั่งและเดินอย่างค่อยเป็นค่อยไปเมื่ออาการปวดลดลง <p>การประเมินผลการพยาบาล ระดับความปวดลดลงเหลือ 3 คะแนน สามารถเปลี่ยนท่าและลุกเดินได้ สีหน้าผ่อนคลายขึ้น</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากมีการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน O: ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า “ปัสสาวะแสบขัดและปัสสาวะบ่อย” O: พบอาการปัสสาวะแสบขัด ผลตรวจปัสสาวะ Nitrite และ Leukocyte positive มีภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ - WBC 2-3 cells/HPF, RBC 10-20 cells/HPF - ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5–37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีไข้ หนาวสั่น 2. ปัสสาวะใส ไม่ขุ่น ไม่มีกลิ่นผิดปกติ ไม่มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยหรือปัสสาวะแสบขัด 	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36.5–37.4 องศาเซลเซียส ไม่มีไข้ หนาวสั่น 2. ปัสสาวะมีลักษณะใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ และผล Urine analysis ไม่พบ WBC, nitrite หรือเชื้อแบคทีเรีย
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกระวังสัญญาณชีพและอาการแสดงของการติดเชื้อพร้อมบันทึกผลทุก 4–6 ชั่วโมง 2. ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปลอดเชื้อและคงระบบปิด รวมถึงเฝ้าสังเกตปริมาณและลักษณะปัสสาวะ 3. ทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดด้วยหลักปลอดเชื้อ 4. ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 2–3 ลิตร 5. ส่งเสริมให้มารดาดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอตามน้ำหนักตัว (30–35 ml/kg/day) 6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ UA 7. ดูแลทำความสะอาดขณะคาสายสวนปัสสาวะ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์สอนการปฏิบัติตัวหลังถอดสายสวนปัสสาวะและอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบทันที เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อย ปัสสาวะขุ่น หรือมีไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกระวังสัญญาณชีพและอาการแสดงของการติดเชื้อพร้อมบันทึกผลทุก 4–6 ชั่วโมง 2. ดูแลสายสวนปัสสาวะด้วยหลักปลอดเชื้อและคงระบบปิด รวมถึงเฝ้าสังเกตปริมาณและลักษณะปัสสาวะ 3. ทำความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัดด้วยหลักปลอดเชื้อ 4. ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ วันละ 2–3 ลิตร 5. ส่งเสริมให้มารดาดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอตามน้ำหนักตัว (30–35 ml/kg/day) 6. ให้อาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้รับ Clindamycin 600 mg IV q 8 hr ตามแผนการรักษา 7. ดูแลทำความสะอาดขณะคาสายสวนปัสสาวะ ให้คำแนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์สอนการปฏิบัติตัวหลังถอดสายสวนปัสสาวะและอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบทันที 8. ให้ความรู้ป้องกันติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ รับประทานยาปฏิชีวนะครบตามแพทย์สั่ง ไม่หยุดยาเอง ถ้ามีปัสสาวะแสบขัด ขุ่น มีกลิ่นแรง หรือมีไข้ ให้มาพบแพทย์ทันที
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มีอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ปัสสาวะมีลักษณะใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ปัสสาวะมีลักษณะใส ไม่มีปัสสาวะแสบขัด</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:-</p> <p>O: มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แผลไม่มีเลือดซึม</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เนื่องจากมีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S:-</p> <p>O: มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แผลไม่มีเลือดซึม</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและส่งเสริมการหายของแผล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและส่งเสริมการหายของแผล</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที 2. แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการบวมแดงหรือหนองซึมออกจากแผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60–100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที 2. แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการบวมแดงหรือหนองซึมออกจากแผล</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและเฝ้าระวังอาการบ่งชี้การติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น ชีพจรเร็ว 2. สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัด 3. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยหลักปลอดเชื้อและเปลี่ยนผ้าปิดแผลตามแผนการรักษา 4. ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 5. ดูแลให้ได้รับยา Ampicillin 2 gm IV q 6 hr x 4 doses ตามแผนรักษาและเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการสังเกตอาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น บวม แดง ร้อน เจ็บหรือมีหนองซึมและการแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและเฝ้าระวังอาการบ่งชี้การติดเชื้อ เช่น ไข้ หนาวสั่น ชีพจรเร็ว 2. สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัด 3. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยหลักปลอดเชื้อและเปลี่ยนผ้าปิดแผลตามแผนการรักษา 4. ส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคล 5. ดูแลให้ได้รับยา Clindamycin 600 mg IV q 8 hr x 3 doses ตามแผนรักษาและเฝ้าระวังต่อเนื่อง 6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการสังเกตอาการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เช่น บวม แดง ร้อน เจ็บหรือมีหนองซึมและการแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ</p>
<p>การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการบวมแดงหรือหนองซึมออกจากแผล</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้ง สะอาด ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการบวมแดงหรือหนองซึมออกจากแผล</p>
<p>ระยะหลังคลอด</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกหลังคลอดมีโอกาสดังกล่าวจะนอนยาเนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกหลังคลอดมีโอกาสดังกล่าวจะนอนยาเนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์</p>
<p>ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า “ใช้ยาบ้ามา 4 ปี” O: มารดาตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (วันที่ 20 พฤษภาคม 2567) : ทารกคลอดโดยการผ่าตัด น้ำหนัก 3,270 กรัม</p>	<p>ข้อมูลสนับสนุน S: มารดาบอกว่า “ใช้ยาบ้ามา 1 ปี” O: ตรวจพบสารเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (วันที่ 11 ธันวาคม 2567) : ทารกคลอดโดยการผ่าตัด น้ำหนัก 2,875 กรัม</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
Apgar Score 8 ,10 ,10	Apgar Score 8,9,10
วัตถุประสงค์การพยาบาล	วัตถุประสงค์การพยาบาล
เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะถอนยาในทารกหลังคลอด	เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะถอนยาในทารกหลังคลอด
เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมินผล
1. ทารกมีสัญญาณชีพคงที่ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 120–160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40–60 ครั้ง/นาที, SpO ₂ > 95%	1. ทารกมีสัญญาณชีพคงที่ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 120–160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40–60 ครั้ง/นาที, SpO ₂ > 95%
2. ค่า NAS score < 8 คะแนน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกตัวแดง ร้องดัง ไม่มีอาการสั่น ร้องกวน หายใจเร็ว	2. ค่า NAS score < 8 คะแนน ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกตัวแดง ร้องดัง ไม่มีอาการสั่น ร้องกวน หายใจเร็ว
กิจกรรมการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ประเมินอาการถอนยาโดยใช้แบบประเมิน Finnegan NAS score ทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รายงานแพทย์หากพบอาการถอนยารุนแรง เช่น ชัก หายใจเร็วเกิน 60 ครั้ง/นาที หรือ NAS score ≥ 12 คะแนน	1. ประเมินอาการถอนยาโดยใช้แบบประเมิน Finnegan NAS score ทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รายงานแพทย์หากพบอาการถอนยารุนแรง เช่น ชัก หายใจเร็วเกิน 60 ครั้ง/นาที หรือ NAS score ≥ 12 คะแนน
2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 2–4 ชั่วโมง	2. เฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 2–4 ชั่วโมง
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงและเสียงรบกวน ห่อตัวทารกให้อบอุ่น	3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงและเสียงรบกวน ห่อตัวทารกให้อบอุ่น
4. ส่งเสริมให้มารดาอุ้มสัมผัสผิวต่อผิว (skin-to-skin contact) เพื่อช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผูกพัน	4. ส่งเสริมให้มารดาอุ้มสัมผัสผิวต่อผิว (skin-to-skin contact) เพื่อช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผูกพัน
5. งดให้นมแม่และให้นมผสมตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผล Urine Methamphetamine ทุกวัน จนกว่า Negative จึงให้ดูดนมมารดา	5. งดให้นมแม่และให้นมผสมตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผล Urine Methamphetamine ทุกวัน จนกว่า Negative จึงให้ดูดนมมารดา
6. ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง	6. ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่อง
7. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก หลังคลอดหากมีภาวะถอนยาหรือหยุดหายใจ	7. เตรียมออกซิเจนและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก หลังคลอดหากมีภาวะถอนยาหรือหยุดหายใจ
การประเมินผลการพยาบาล	การประเมินผลการพยาบาล
ทารกมีสัญญาณชีพคงที่ ทารกตัวแดงร้องดัง ค่า NAS score ลดลงจาก 10 เหลือ 6 คะแนน ผล Urine	ทารกมีสัญญาณชีพคงที่ ทารกตัวแดงร้องดัง ค่า NAS score ลดลงจาก 10 เหลือ 8 คะแนน ผล Urine
Methamphetamine ในมารดา negative day 3	Methamphetamine ในมารดา negative day 1
เริ่มให้ดูดนมจากเต้า ทารกดูดนมได้ดี ไม่มีร้องเสียงแหลมหรืออาการสั่น	เริ่มให้ดูดนมจากเต้า ไม่มีร้องเสียงแหลมหรืออาการสั่น

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย</p> <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดากล่าวว่า “กลัวว่าน้ำนมจะไม่เพียงพอ”</p> <p>O: ประวัติการใช้แอมเฟตามีน</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine Methamphetamine: Positive - ตรวจซ้ำวันที่ 23 พ.ค. 67: Negative (3 วัน) <p>O: ประเมิน Latch score 9 คะแนน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดากล่าวว่า “กังวลจะไม่มีนมให้ลูกกินเพียงพอ”</p> <p>O: ประวัติการใช้แอมเฟตามีน มารดาคกรรภ์แรก</p> <p>ขาดความมั่นใจในการอุ้มทารกดูนม</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine Methamphetamine: Positive <p>ตรวจซ้ำวันที่ 12 ธ.ค. 67: Negative (1 วัน)</p> <p>O: ประเมิน Latch score 6 คะแนน</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อส่งเสริมความมั่นใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเพียงพอและถูกต้อง</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <p>เพื่อส่งเสริมความมั่นใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเพียงพอและถูกต้อง</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาสามารถบอกประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและบอกวิธีการให้นมได้ถูกต้อง 2. มารดามีทักษะในการให้นมได้อย่างถูกวิธี ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3. Urine Methamphetamine: Negative 	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มารดาสามารถบอกประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและบอกวิธีการให้นมได้ถูกต้อง 2. มารดามีทักษะในการให้นมได้อย่างถูกวิธี ทารกได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 3. Urine Methamphetamine: Negative
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมมารดา วิธีการให้นมที่ถูกต้องและประเมินความเพียงพอของน้ำนม 3. สอนสาธิตและฝึกทักษะการให้นม 4. ส่งเสริมให้มารดากระตุ้นทารกหลังคลอดดูนม 5. แนะนำการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด 6. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล 7. ประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจากพฤติกรรมการดูนมของทารก การขับถ่ายและชั่งน้ำหนักทุกวัน 8. ติดตามผล Urine Methamphetamine ทุกวัน 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมมารดา วิธีการให้นมที่ถูกต้องและประเมินความเพียงพอของน้ำนม 3. สอนสาธิตและฝึกทักษะการให้นม 4. ส่งเสริมให้มารดากระตุ้นทารกหลังคลอดดูนม 5. แนะนำการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด 6. สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล 7. ประเมินผลการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจากพฤติกรรมการดูนมของทารก การขับถ่ายและชั่งน้ำหนักทุกวัน 8. ติดตามผล Urine Methamphetamine ทุกวัน
<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาสามารถบอกประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ถูกต้อง สามารถแสดงวิธีการให้นมได้อย่างถูกต้อง ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ การขับถ่ายปกติ</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาสามารถบอกประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ถูกต้อง สามารถแสดงวิธีการให้นมได้อย่างถูกต้อง ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ การขับถ่ายปกติ</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ก่อนจำหน่ายทารกน้ำหนัก 3,065 กรัม	ก่อนจำหน่ายทารกน้ำหนัก 2,975 กรัม
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “ใช้ยาบ้ามา 4 ปี” “การใช้สารเสพติดช่วยให้มีกำลังในการทำงาน” - รูปแบบการใช้สารแอมเฟตามีนโดยวิธีสูดดม ครั้งละประมาณ 4 เม็ด สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ใช้ล่าสุด 4 วันก่อนมา O: ผล Urine Methamphetamine: Positive - ตรวจซ้ำวันที่ 23 พ.ค. 67: Negative (3 วัน) - สามีใช้สารเสพติดต่อเนื่อง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: มารดาบอกว่า “ใช้ยาบ้ามา 1 ปี” “เชื่อว่าการใช้สารเสพติดช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน” - ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนไม่สม่ำเสมอ กลับมาใช้ซ้ำ 1 ปี โดยการสูดดม ครั้งละประมาณ 2 เม็ด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ล่าสุด 1 วันก่อนมา O: ผล Urine Methamphetamine: Positive - ตรวจซ้ำวันที่ 12 ธ.ค. 67: Negative (1 วัน) - สามีใช้สารเสพติดต่อเนื่อง</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเสริมสร้างความสามารถดูแลตนเอง (Self-Efficacy) และทารกหลังจำหน่าย 2. เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเสริมสร้างความสามารถดูแลตนเอง (Self-Efficacy) และทารกหลังจำหน่าย 2. เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการได้รับการให้คำปรึกษาจากคลินิกสีขาว 2. มารดาและทารกหลังคลอดได้รับการติดตามและดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง 	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการได้รับคำปรึกษาจากคลินิกสีขาว 2. มารดาและทารกหลังคลอดได้รับการติดตามและดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อประเมินสาเหตุ รูปแบบ ความถี่ของการใช้ยาบ้าและแรงจูงใจของการใช้สารเสพติด 2. ประเมินความเสี่ยงกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ให้ความรู้เรื่องโทษของยาบ้าต่อสุขภาพมารดาทารก 3. ส่งต่อปรึกษาคลินิกสีขาวก่อนจำหน่าย 4. สร้างแรงจูงใจช่วยให้มารดาตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติด พร้อมเสริมพลังในการเลิกใช้สารเสพติด 5. ให้ข้อมูลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาทารก พร้อมสนับสนุนเข้ารับบริการในคลินิกสีขาว ประสานพยาบาลชุมชนและอสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน 	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อประเมินสาเหตุ การใช้ยาบ้าและแรงจูงใจที่กลับไปใช้ซ้ำ 2. ประเมินความเสี่ยงกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ให้ความรู้เรื่องโทษของยาบ้าต่อสุขภาพมารดาทารกและเสริมพลังในการเลิกใช้สารเสพติด 3. ส่งต่อปรึกษาคลินิกสีขาวก่อนจำหน่าย 4. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการใช้ทักษะการจัดการความเครียด 5. ให้ข้อมูลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาทารก พร้อมสนับสนุนเข้ารับบริการในคลินิกสีขาว ประสานพยาบาลชุมชนและอสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน
<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาหลังคลอดได้รับการส่งต่อและเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกสีขาวก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งนัดติดตามเป็นระยะ</p>	<p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาหลังคลอดได้รับการส่งต่อและเข้ารับคำปรึกษาจากคลินิกสีขาวก่อนจำหน่าย พร้อมทั้งนัดติดตามเป็นระยะ</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<p>หลังจำหน่ายมารดาและทารกหลังคลอดได้รับการติดตามและดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>หลังจำหน่ายมารดาและทารกหลังคลอดได้รับการติดตามและดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความวิตกกังวลร่วมกับการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความวิตกกังวลร่วมกับการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน</p>
<p>S: มารดาบอกว่า “ไม่มั่นใจว่าจะดูแลตัวเองหลังกลับบ้านได้” S: มารดาบอกว่า “รู้สึกเครียดเรื่องสุขภาพกลัวลูกไม่แข็งแรงและกลัวภาวะครรภ์เป็นพิษกำเริบ”</p>	<p>S: มารดาบอกว่า “กังวลว่าจะดูแลตัวเองกับลูกได้ไม่ดี” S: “เครียดจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและความสัมพันธ์กับสามีไม่มั่นคง”</p>
<p>O: มารดามีสีหน้ากังวล ถามบ่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด</p>	<p>O: มารดามีสีหน้ากังวล ถามบ่นเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรและการปฏิบัติตนหลังคลอด</p>
<p>แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q : ใช้ 8Q : 9 คะแนน</p>	<p>แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q : ใช้ 8Q : 10 คะแนน</p>
<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>	<p>วัตถุประสงค์การพยาบาล</p>
<p>เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>	<p>เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวลและมีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองที่บ้าน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<p>เกณฑ์การประเมินผล</p>
<p>1.ระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลาย 2. มารดาผ่านการประเมินความรู้หลังคลอด มากกว่าร้อยละ 80</p>	<p>1.ระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลาย 2. มารดาผ่านการประเมินความรู้หลังคลอด มากกว่าร้อยละ 80</p>
<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล</p>
<p>1. D (Diagnosis) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน การคลอดก่อนกำหนด แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์</p>	<p>1. D (Diagnosis) ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ผลกระทบจากการใช้แอมเฟตามีน การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำ แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์</p>
<p>2. M (Medication) แนะนำการรับประทานยาบำรุงหลังคลอดอย่างถูกต้อง งดยาเสพติดทุกชนิด การมาตามนัดหลังคลอด</p>	<p>2. M (Medication) แนะนำการรับประทานยาบำรุงยาควบคุมความดันโลหิต เลิกใช้ยาเสพติด การมาตามนัดตรวจติดตามหลังคลอด</p>
<p>3. E (Environment) แนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เตรียมพื้นที่เลี้ยงทารกให้ปลอดภัย</p>	<p>3. E (Environment) แนะนำให้จัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด เตรียมพื้นที่เลี้ยงทารกให้ปลอดภัย</p>
<p>4. T (Treatment) - สอนการดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการติดเชื้อ - สอนการดูแลสุขอนามัยและการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา - ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแบบทำหมันหลังคลอด (Tubal Resection)</p>	<p>4. T (Treatment) - สอนการดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการติดเชื้อ - สอนการดูแลสุขอนามัยและการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา - ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแบบฝังยาคุมกำเนิด การดูแลบริเวณที่ฝังยา อาการข้างเคียงที่พบ</p>
<p>5. H (Health) ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือนภาวะครรภ์เป็นพิษ การรับประทานยา การพักผ่อนและการออกกำลังกายเบา ๆ ทักษะการจัดการ</p>	<p>5. H (Health) ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือนภาวะครรภ์เป็นพิษ การรับประทานยา การพักผ่อนและการออกกำลังกายเบา ๆ ทักษะการจัดการ</p>

ตารางที่ 7 การวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 และรายที่ 2 (ต่อ)

กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
<p>ความเครียด การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและช่องทางขอความช่วยเหลือ</p> <p>6. O (Outpatient referral) นัดตรวจติดตามหลังคลอด เพื่อประเมินความดันโลหิต 2 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์ รวมถึงส่งต่อคลินิกสีขาวยเพื่อรับการฟื้นฟูต่อเนื่อง</p> <p>7. D (Diet) แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เค็ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาาระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าและท่าทางผ่อนคลายขึ้น ผลแบบทดสอบประเมินความรู้ของมารดาหลังคลอด คะแนนมากกว่าร้อยละ 80</p>	<p>ความเครียด การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดและช่องทางขอความช่วยเหลือ</p> <p>6. O (Outpatient referral) นัดตรวจติดตามหลังคลอด เพื่อประเมินความดันโลหิต 2 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์ รวมถึงส่งต่อคลินิกสีขาวยเพื่อรับการฟื้นฟูต่อเนื่อง</p> <p>7. D (Diet) แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เค็ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p> <p>มารดาาระดับความวิตกกังวลลดลง สีหน้าและท่าทางผ่อนคลายขึ้น ผลแบบทดสอบประเมินความรู้ของมารดาหลังคลอด คะแนนมากกว่าร้อยละ 80</p>

อภิปราย

การศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน พบว่ามารดาทั้งสองรายจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมีปัจจัยร่วมด้านอายุ ได้แก่ มารดา รายที่ 1 อายุ 38 ปี และรายที่ 2 เป็นมารดาวัยรุ่นอายุ 19 ปี ซึ่งสอดคล้องกับรายงานว่าภาวะครรภ์เป็นพิษพบได้สูงในมารดาอายุ ≤ 19 ปี และ 35-40 ปี¹⁰ ทั้งนี้มารดาวัยรุ่นอาจขาดวุฒิภาวะและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้มากกว่า¹¹

มารดาทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงทางสูติกรรม ได้แก่ การฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบตามเกณฑ์ โดยรายที่ 1 มีประวัติแท้งซ้ำ การตั้งครรภ์หลายครั้ง อายุมากและภาวะอ้วน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ขณะที่รายที่ 2 เป็นครรภ์แรก ตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีภาวะทุพโภชนาการ (BMI 16.8 kg/m²)¹⁹ และภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งอาจกระตุ้นการอักเสบและเพิ่มความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ^{5,7}

ทั้งสองรายมีปัจจัยด้านสังคมและพฤติกรรม ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ อาชีพรับจ้าง รายได้ต่ำ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง¹² ร่วมกับการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนระยะยาว ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง สามารถผ่านรก และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดหลังคลอด และผลกระทบต่อทารก^{13,15} อีกทั้งสามมีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ส่งผลให้การสนับสนุนจากครอบครัวลดลงและเพิ่มโอกาสกลับไปใช้สารซ้ำ^{11,16}

การประเมินทางคลินิกพบว่ามารดาทั้งสองรายมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีความดันโลหิตสูง ขาบวมและค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ LDH, UPCR และ Uric acid สูงกว่าปกติ มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือดและภาวะเครียด ซึ่งทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดและภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน¹¹ รายที่ 2 พบภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย ซึ่งอาจเพิ่มความรุนแรงของโรค^{3,7}

มารดาทั้งสองรายได้รับการดูแลภาวะวิกฤตทางสูติกรรมด้วยการควบคุมความดันโลหิต การให้ยาป้องกันชัก และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ชัก HELLP syndrome และอวัยวะล้มเหลว^{3,5} เมื่อสามารถควบคุมอาการได้ มีข้อบ่งชี้ให้ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอด ซึ่งผลลัพธ์การคลอดของมารดาและทารกอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

การพยาบาลหลังคลอดโดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับแนวคิดการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของ Gordon²¹ การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-efficacy)²² และการเสริมพลัง (Empowerment)²³ ช่วยให้การดาทั้งสองรายสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤต ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และมีความพร้อมในการดูแลตนเองและทารก โดยมุ่งเน้นการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติด การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข^{4,14} ทั้งนี้สะท้อนบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนของมารดาและครอบครัว

สรุป

กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นความซับซ้อนและความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่อาจคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างทันที่และเป็นระบบ ทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมิน ผู้ระวัง และจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด รวมถึงการติดตามสัญญาณชีพ การควบคุมความดันโลหิต และการใช้ Magnesium sulfate อย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการชัก ควบคู่กับการใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟู นอกจากนี้ การให้ความรู้ การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลังแก่ มารดาและครอบครัว รวมถึงการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและการเข้าสู่ระบบบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการปรับตัวหลังคลอดและยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดา ทารก และครอบครัวอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบการประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ โดยสร้างเป็นแนวปฏิบัติ เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ โดยให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอดและลดโอกาสการกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ

2. ควรพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยการเสริมพลัง (Empowerment-based Discharge Planning Model) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของมารดา ครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายปฐมภูมิมาช่วยในการดูแลหญิงหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรพัฒนาระบบการให้ความรู้และคำปรึกษาเฉพาะรายโรค เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิด Empowerment ให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง วางแผนการฟื้นฟู และสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ควบคู่กับการเชื่อมโยงระบบการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด การฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2019.
2. World Health Organization. *Maternal mortality: global estimates and trends 2023* [online] 2023 [cited 2025 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int>.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin no. 222*. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237-60.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยครรภ์เป็นพิษและภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง* [ออนไลน์] 2565 [อ้างเมื่อ 1 ตุลาคม 2568]. จาก <https://www.dms.moph.go.th>.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)*

- guideline) [ออนไลน์] 2564 [อ้างเมื่อ 29 ตุลาคม 2568]. จาก <https://www.rtcog.or.th>.
6. พรทิพย์ สุนทรสมัย. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารแอมเฟตามีน. *วารสารพยาบาลชุมชน* [วารสารออนไลน์] 2566;34(3):112-24.
 7. อติศักดิ์ ไชยเขตการณ์. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม* [วารสารออนไลน์] 2564;18(2):105-12.
 8. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ. *รายงานภาวะครรภ์เป็นพิษและหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้น พ.ศ. 2565-2567*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลชุมแพ; 2567. [ไม่ได้ตีพิมพ์].
 9. วรณภา เจริญสอน. *การพยาบาลมารดาคลอดฉุกเฉินที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน: กรณีศึกษา* [ผลงานกรณีศึกษา]. สิงห์บุรี: โรงพยาบาลท่าช้าง; 2567.
 10. Ngene NC, Moodley J. Pre-eclampsia with severe features: management of antihypertensive therapy in the postpartum period. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2020;36(216):1–10
 11. พรทิพย์ หอมเพชร, พิศมัย กองทรัพย์, นื่องนุช แสนบรรดิษฐ์. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอด การกลับมารักษาซ้ำและการกลับมาเสพยา ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* [วารสารออนไลน์]. 2566;26(1):12–25
 12. ธฤชวรรณ คุณสงค์. *การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายตำบลทุ่งลาน* [รายงานผลงาน COI]. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหอยโข่ง; [ม.ป.ป.].
 13. Chin JM, Bartholomew ML. Methamphetamine use in pregnant women in Hawai'i: a case series. *Hawaii J Health Soc Welf* [Internet]. 2020 May;79(5 Suppl 1):40-43 [cited 2025 Nov 27]. Available from: https://hawaiijournalhealth.org/past_issues/hjhs7905_S1_0040.pdf
 14. สุนทรี ศรีโกสย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. ผลกระทบของการเสพยาแอมเฟตามีนในผู้หญิง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.* 2563;52:52–63.
 15. สินี แจ่มกระจ่าง. การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ใช้สารเสพติด. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี* [วารสารออนไลน์]. 2565;31(2):206–213
 16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติดหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด* [ออนไลน์] 2563 [อ้างเมื่อ 2 ตุลาคม 2568]. จาก <https://www.dmh.go.th>.
 17. น้าทิพย์ ดั่งเงิน. *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง* [ผลงานกรณีศึกษา]. [ม.ป.ท.]: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์; 2567.
 18. Kominiarek MA, Rajan P. Nutrition and weight gain in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2016;59(3):640-8.
 19. World Health Organization. *Social determinants of health: key concepts* [online] 2022 [cited 2025 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int>. Roy C, Andrews HA. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2009.
 20. Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science.* 1977; 196 (4286):129-36.
 21. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3rd ed. St. Louis (MO): Mosby; 1994.
 22. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
 23. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs.* 1991;16(3):354-61.