

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

- 1.เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565
รวมระยะเวลาดูแลฝากครรภ์ ทั้งหมด 7 ครั้ง
- 3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ในปัจจุบัน หญิงตั้งครรภ์มีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์แรก ทั้งในสหรัฐอเมริกาและในประเทศไทย โดยในสหรัฐอเมริกา อัตราการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นชัดเจนช่วงปี พ.ศ.2523 ถึงปี พ.ศ.2555 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด และข้อมูลล่าสุดในปี 2558 อัตราการคลอดบุตรทั้งหมดในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปคือ 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี เช่นเดียวกับข้อมูลในประเทศไทย คือ อายุของสตรีที่คลอดบุตรรวมทุกการตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปีพ.ศ.2546 จนถึงปีพ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นจาก 87.7 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 97.6 ต่อ 1,000 การคลอด (ปิวิภา พังสุวรรณ, 2558) การตั้งครรภ์เมื่ออายุมากทางการแพทย์ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก รวมทั้งเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขกล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์เบาหวาน ภาวะรกเกาะต่ำ มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด ซึ่งในแต่ละปีพบว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดหรือหลังคลอดเป็นจำนวนมากและมีอัตราการตายที่สูงถึงร้อยละ 36.1 ปี พ.ศ. 2556 เมื่อเทียบกับมารดาที่มีอายุน้อยกว่า โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปจะพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการคลอดยากและปัญหาเกี่ยวกับรก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ระยะเวลาของการคลอดยาวนานผิดปกติและการตกเลือดหลังคลอด และพบว่าทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ภาวะผิวด้านของอวัยวะสืบพันธุ์มีผลทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย และทารกคลอดก่อนกำหนดอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มมากขึ้น ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษากรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลและการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

หญิงตั้งครรภ์ที่อายุมาก

การตั้งครรภ์ในหญิงอายุมาก (advanced maternal age) หมายถึง การตั้งครรภ์เมื่อผู้หญิงมีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ปัจจุบันแนวโน้มการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมากมีแนวโน้มสูงขึ้น การตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคประจำตัว และจากการตั้งครรภ์มากขึ้น เป็นเหตุให้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องดูแลหญิงตั้งครรภ์สูงอายุอย่างใกล้ชิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิดการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมาก

ปัจจุบันหญิงไทยมีแนวโน้มแต่งงานช้ากว่าเดิม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ผู้หญิงมีศึกษาสูงขึ้น เรียนได้นานขึ้น มีการทำงานนอกบ้าน และต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานก่อนจะมีครอบครัว จึงทำให้แต่งงานและมีบุตรช้า ซึ่งข้อดีของการตั้งครรภ์ในช่วงอายุมาก คือ สตรีเหล่านี้จะมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะมากกว่าและมีการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีการหาข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ดี แต่อย่างไรก็ตาม สตรีที่

ตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย การตั้งครรภ์ในสตรีอายุมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์อายุมากก็สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัยรวมทั้งยังสามารถให้กำเนิดบุตรที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ได้ภายใต้การดูแลและปฏิบัติอย่างถูกต้อง

ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์ เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และ ระยะหลังคลอดดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม (maternal medical complications) ได้แก่ความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะครรภ์เป็นพิษเบาหวานให้แยกเบาหวานก่อนตั้งครรภ์และในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน คือภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดทารกพิการในครรภ์ได้มากกว่า แต่เบาหวานขณะตั้งครรภ์จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นทารกตัวใหญ่ คลอดยาก เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่การแท้งบุตร (miscarriage) อัตราการแท้งบุตรเพิ่มสูงขึ้น ตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากทารกโครโมโซมผิดปกติ (Anderson, Wohlfahrt, Christens, Olsen, & Melbye, 2000) และการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของท่อ นำไข่ เช่นการผ่าตัดท่อนำไข่ และการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

3. การผ่าตัดคลอด พบว่าหญิงตั้งครรภ์สูงอายุมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่าจากภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นด้วย

4. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารก

หญิงตั้งครรภ์อายุมากมักพบทารกมีอุบัติการณ์โครโมโซมผิดปกติ ซึ่งพบได้ทั้งจำนวนโครโมโซมเกินและขาด (trisomy, monosomy) เช่นทารกกลุ่มอาการดาวน์ (trisomy 21) ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตายคลอด (stillbirth) การคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) ทารกอาจจะเกิดภาวะเครียดขณะคลอด (fetal distress)

หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

หลักการพยาบาลและการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์สำหรับสตรีที่อายุมากมีความจำเป็นเนื่องจากอายุมากขึ้นก็จะมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น การควบคุมโรคก่อนการตั้งครรภ์จะช่วยลดโรคแทรกซ้อนได้

2. สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี เมื่อตั้งครรภ์ให้เน้นการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทำทารกผิดปกติ และความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด สิ่งเหล่านี้หากตรวจพบล้วนนำไปสู่ความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้อง

3. เน้นย้ำการรับประทานวิตามิน โฟลิก 400 มิลลิกรัมต่อวันตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ต้องมาฝากครรภ์ ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดดื่ม สุรา งดบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่รับประทานเอง

4. ต้องมีการตรวจพิเศษที่สำคัญคือ ต้องเจาะน้ำคร่ำตรวจโครโมโซม เพื่อค้นหาทารกกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) สามารถตรวจได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 17-22 สัปดาห์ โดยการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจหาโครโมโซม ซึ่งเป็นกระบวนการนำน้ำคร่ำที่อยู่รอบตัวทารกในโพรงมดลูกออกมา ในน้ำคร่ำจะมีเซลล์ทารกปนอยู่ด้วย แต่เซลล์ทารกอาจจะได้จากส่วนอื่นอีก เช่น เนื้องอกหรือเลือดจากสายสะดือทารกก็ได้แพทย์จะคัดเอาเซลล์ไปเพาะเลี้ยงแล้วตรวจโครโมโซม และตรวจดูความเจริญเติบโตของทารกโดยเครื่องอัลตราซาวด์เป็นระยะ แต่สตรีบางคนปฏิเสธการตรวจเจาะถุงน้ำคร่ำ เพราะไม่ต้องการทำแท้งถ้าทารกในครรภ์ผิดปกติ

5. ระยะเวลาคลอด เผื่อระวังติดตามความก้าวหน้าของการคลอด มีอุบัติการณ์ของการคลอดยาวนานเพิ่มขึ้นเนื่องจากปากมดลูกไม่เปิด การพิจารณาการคลอดตามข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น

6. ต้องให้การปรึกษาตลอดช่วงตั้งครรภ์ ทั้งให้การปรึกษาก่อนการคัดกรองโรคและความผิดปกติ และการให้การปรึกษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ได้

7. ประเมินและดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล เพราะสตรีตั้งครรภ์อายุมากมักได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงมีการตรวจวินิจฉัยเพิ่มจากการตั้งครรภ์ปกติ ข้อมูลที่รับจากแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ รวมถึง ผู้เกี่ยวข้อง หรือจากการค้นคว้าด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะยุ่งยากใจเมื่อรับรู้ความเสี่ยง สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญความไม่แน่นอนขณะรอผล ตรวจการเผชิญและต่อรองกับการเกิดความสูญเสียจากการแท้ง รวมถึงการมีบุตรที่สมบูรณ์ ควรประเมิน ความวิตกกังวลตลอดช่วงตั้งครรภ์เป็นระยะๆ และกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์นำเทคนิคทางเลือกมาผ่อนคลาย ตนเองเพื่อความสงบ และเสริมศักยภาพในการเผชิญปัญหาและการตัดสินใจ คงความมั่นใจในการควบคุม ชีวิตตนเอง แนวทางที่ได้ผลในการเผชิญกับเรื่องราวเหล่านี้ได้แก่ การแสวงหาความรู้และมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี การตรวจยืนยันผลซ้ำ การเพิกเฉยลดการใส่ใจต่อเรื่องราวเป็นบางเวลาเพื่อลดความเครียด การแสวงหาแหล่งพึ่งพิงทางศาสนา การยืนยันกับตัวเองว่าแม้จะมีอายุมากแต่สามารถที่เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีได้ และการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพในสิ่งที่สงสัยอย่างสม่ำเสมอ

8. ส่งเสริมให้มีกลุ่มสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์อายุมาก เพราะแนวโน้มจะมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เพิ่มขึ้น เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล ส่งเสริมการดูแลตนเองตลอดจนการปรับตัวตลอดช่วง ตั้งครรภ์

9. การบริหารและดูแลร่างกาย ในสตรีที่ตั้งครรภ์หลังจากการคลอดบุตรหลายคนแล้ว มักพบปัญหาริดสีดวงทวาร ความรู้สึกกดทรวงอวงบริเวณท้องน้อย เพราะอวัยวะเพศ มดลูก ปากมดลูก ภาวะเย็บฝีสว้าย่อยต่ำลงมา แบบเดียวกับเต้านมซึ่งเคลื่อนคล้อยต่ำด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก

กล้ามเนื้อและ ฟังคีตถูกยึดจากการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ด้วยเหตุนี้การออกกำลังกายตลอดเวลาแม้แต่ขณะตั้งครรภ์ การระมัดระวังมีให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากเกินไปขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณกระบังลม และปากช่องคลอดโดยวิธีคีเกล (Kegel) หรือแบบขมิบก้นปีสสาวะ อย่างน้อยวันละ ร้อยครั้ง

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)(1)

คำจำกัดความ: เบาหวานหมายถึงความผิดปกติเรื้อรังของเมตาบอลิซึมที่เกิดจากการขาดอินซูลิน ซึ่งอาจจะเป็นการขาดแบบสมบูรณ์หรือแบบสัมพัทธ์ ก่อให้เกิดลักษณะจำเพาะโรคคือ มีภาวะระดับน้ำตาลสูง ในระยะ post-prandial หรือ fasting หรือทั้งสองกรณี มักมี ketosis และการสูญเสียโปรตีนร่วมด้วยเมื่อโรคดำเนินไปยาวนานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดเล็กๆมี microangiopathy โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จอตา และ glomerulus ของไต การทำงานของไตแยลง และเร่งการเกิดเส้นเลือดแข็ง การจำแนกประเภทของเบาหวาน การจำแนกตาม National Diabetic Data Group มีดังนี้คือ

1. Type I เกิดจากการสร้างอินซูลินได้ไม่พอ มีการทำลาย pancreatic beta cell ต้องการอินซูลินป้องกัน ketosis ระดับอินซูลินต่ำ มีความสัมพันธ์กับ HLA-D histocompatibilityซึ่งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 6 ถ่ายทอดทางพันธุกรรมไปยังบุตร แต่อัตราการถ่ายทอดต่ำกว่า type II โอกาสที่ทารกทั้งคู่ของแฝดไข่ใบเดียวกันเป็นโรคน้อยกว่าร้อยละ 50
2. Type II :ไม่จำเป็นต้องให้อินซูลินป้องกัน ketosis ถึงแม้ว่าอาจใช้อินซูลินแก้ไข hyperglycemia มีผู้ป่วยจำนวนมากอ้วนและดื้อต่ออินซูลิน อัตราการถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูง โอกาสที่ทารกทั้งคู่ของแฝดไข่ใบเดียวกันเป็นโรคมีได้ถึงร้อยละ 100 ไม่มีความสัมพันธ์กับ HLA ร้อยละ 40 ของพี่น้องและ 1/3 ของลูก ๆ จะมีความผิดปกติของ OGTT หรือ overt DM

ในปัจจุบัน จะไม่เรียกว่า Insulin-dependent Diabetes Mellitus หรือ Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus แล้ว และไม่ใช่อายุเป็นเกณฑ์แบ่งกลุ่ม เนื่องจากพบว่า pancreatic beta cell จะเริ่มถูกทำลายได้ทุกช่วงอายุ โดยพบบ่อยช่วงก่อน 30 ปี แต่ใน Type II พบบ่อยเมื่ออายุมากขึ้นและสัมพันธ์กับคนอ้วน

เบาหวานที่ได้รับวินิจฉัยมาก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational/overt DM)

คือ ภาวะเบาหวานที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก สามารถแบ่งออกเป็นหลายชนิดตามเกณฑ์ของ White classification ที่ส่งผลกระทบต่อวัยต่าง ๆ กัน แต่พบว่าใน Type I DM จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด preeclampsia

การวินิจฉัย

อาศัยการตรวจระดับน้ำตาลในช่วงก่อนตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการสุ่มตรวจระดับน้ำตาล (Random glucose) หรือ 2 hr PPG จาก 75 กรัม OGTT มีค่า > 200 มก./ดล. หรือ FBS > 126 มก./ดล. หรือ HbA1C > 6.5 % ร่วมกับการมีอาการแสดงของภาวะเบาหวานเช่น น้ำหนักลด หิวน้ำ หรือปัสสาวะบ่อย มีการแท้งอาเจียน ผลการตรวจสามารถแบ่งเป็น prediabetes หรือ impaired glucose tolerance ซึ่งในกลุ่มนี้มีแนวโน้มจะเกิดเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต ถ้าไม่เคยตรวจมาก่อนตั้งครรภ์แต่มาตรวจเจอก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ก็ให้ถือว่าเป็น pregestational DM

สรุปแนวทางการดูแล

GDM

- class A1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี อัตราการเสียชีวิตในทารกไม่แตกต่างกับการตั้งครรภ์ทั่วไป สามารถให้การดูแลแบบกลุ่มความเสี่ยงต่ำได้ ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

- Class A2 ที่ต้องรักษาด้วยอินซูลิน ให้ดูแลเหมือน overt DM เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่าปกติ ควรตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

Overt DM

ไตรมาสแรก

- ประเมินและตรวจเพิ่มเติมเหมือนก่อนตั้งครรภ์
- ตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันอายุครรภ์ และคัดกรองความผิดปกติในช่วง 11-14 สัปดาห์ (NT)
- ตรวจเลือดคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (serum marker) ในช่วง 11-14 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 2

- ตรวจครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์ ติดตามระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ตรวจติดตามการทำงานของไต การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ระดับ HbA1C
- ตรวจระดับ alpha-fetoprotein ในมารดา ที่อายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ เพื่อคัดกรองความผิดปกติของระบบประสาทและไขสันหลัง (neural tube defect)
- ตรวจอัลตราซาวด์คัดกรองความพิการของทารกร่วมกับตรวจหัวใจทารกโดยละเอียด ในช่วง 18-20 สัปดาห์

ไตรมาสที่ 3

- ตรวจครรภ์ทุก 1 สัปดาห์ เผื่อระวังภาวะความดันโลหิตสูง
- ตรวจติดตามการทำงานของไต การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ระดับ HbA1C
- ตรวจอัลตราซาวด์ติดตามอัตราการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช่วง 28-32 สัปดาห์
- ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วย การนับลูกดิ้น ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป และ nonstress test (NST) 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ 32 สัปดาห์ จนกระทั่งคลอด

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ค่าน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งอาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้ หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด คลอดติดขัด ตกเลือดหลังคลอด และติดเชื้หลังคลอด ส่วนทารกอาจมีภาวะตัวโตกว่าปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดซัน บิลิรูบินในเลือดสูง และตายในครรภ์ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการคัดกรองเบาหวาน ด้วยการซักประวัติการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการคัดกรองเบาหวานตั้งแต่ครั้งแรกของการฝากครรภ์ หรือเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ หากผลการคัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติควรได้รับการคัดกรองเบาหวานอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 24-28 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ควรดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมในเรื่องโภชนาการควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมเบาหวาน และติดตามการตรวจรักษาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและระยะหลังคลอดควรเผื่อระวังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ป้องกันการติดเชื้ และสังเกตอาการอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพดีด้วยการลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (Diabetes mellitus in pregnancy) หมายถึงภาวะที่มีความผิดปกติ ของกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้ แบ่งได้ 2 ประเภท คือเบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (gestational DM) และเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational/overt DM) การแบ่งชนิดของเบาหวานตาม White's

classification ซึ่งเป็นที่นิยมกันมากในสตรีที่เป็นเบาหวานระหว่างการตั้งครรภ์ โดยแบ่งตามอายุครรภ์ที่เกิดโรค ระยะเวลาที่เกิดโรค และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

พยาธิสรีรวิทยา

ขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงเมตาโบลิซึมของคาร์โบไฮเดรต รกจะผลิตฮอร์โมนที่มีด้านต่ออินซูลินเข้าสู่กระแสเลือดได้แก่ ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน(human placental lactogen) เอสโตรเจน โพรเจสเตอโรน โพรแลคตินและคอร์ติซอล นอกจากนี้ยังผลิตเอนไซม์อินซูลิเนส (insulinase) เพิ่มขึ้นด้วย เอนไซม์ดังกล่าวทำให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินลดลงเป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ มีไขมันสะสมมากขึ้น เพิ่มความอยากอาหาร ความไวต่ออินซูลินลดลง จนในที่สุดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในระยะหลังรับประทานอาหารโดยปกติการตั้งครรภ์ทำให้เกิดการดื้อต่ออินซูลินซึ่งไขมันของสตรีตั้งครรภ์จะจับกับฮอร์โมนที่สร้างจากรกโดยเฉพาะในช่วงกลางของการตั้งครรภ์ประมาณ 24- 28 สัปดาห์

อาการและอาการแสดง

โรคเบาหวานทราบได้จากการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะในปัสสาวะและมีน้ำตาลในเลือดสูงหากไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้และมีอาการรุนแรงขึ้นจะพบอาการและอาการแสดงดังนี้

1. ปัสสาวะมาก (polyuria) เนื่องจากมีน้ำตาลสูงในปัสสาวะ น้ำตาลจึงดึงน้ำ(osmotic diuresis)ออกจากร่างกายปริมาณปัสสาวะในแต่ละครั้งจึงมากกว่าปกติ
2. คอแห้ง กระหายน้ำ ต้องการดื่มน้ำมากกว่าปกติ(polydipsia) การถ่ายปัสสาวะมากทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำการไหลเวียนเลือดช้าลงเกิดภาวะเลือดข้นและเหนียวขึ้นเซลล์ขาดออกซิเจนเกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) กรดแลคติกเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้นร่างกายจึงกระหายน้ำและต้องการน้ำมาก
3. รับประทานอาหารจุ(polyphagia)หิวบ่อยเนื่องจากร่างกายนำคาร์โบไฮเดรตไปใช้ไม่ได้เท่าที่ร่างกายต้องการ
4. น้ำหนักลด(weight loos)ร่างกายมีการสลายไขมันและโปรตีนที่สะสมในร่างกายเพื่อใช้สร้างเป็นพลังงานแทนคาร์โบไฮเดรตจึงทำให้น้ำหนักลด ผอมลง มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ค้นตามตัวและมีการติดเชื้อง่าย เช่นบริเวณแผลอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ผลกระทบของโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์

1. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) พบมากในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์จากการที่รกสร้างฮอร์โมนที่ต้านฤทธิ์อินซูลินทำให้สตรีตั้งครรภ์มีน้ำตาลในเลือดสูง
2. ภาวะในเลือดต่ำ(Hypoglycemia) พบมากในช่วงครึ่งแรกของการตั้งครรภ์จากการที่กลูโคสถูกนำไปใช้เป็นพลังงานในการเจริญเติบโตของทารก
3. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 10-40 เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ปกติ โดยเฉพาะในที่มีโรคหลอดเลือดแอบแฝงหรือมีพยาธิสภาพที่ไต
4. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการติดเชื้อในช่องคลอดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาวะความเป็นกรดต่างในช่องคลอด
5. ครรภ์แฝดน้ำ(hydramnios) เชื่อว่าเกิดจากน้ำตาลที่ส่งผ่านจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ทำให้ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดเลือดสูง มีการขับถ่ายปัสสาวะมากขึ้นส่งผลให้ปริมาณน้ำคร่ำเพิ่มมากขึ้น
6. การคลอดยาก (dystocia) เป็นผลจากการมีทารกขนาดใหญ่ทำให้เกิดการคลอดยากมีโอกาสไหล่ติดขณะคลอดได้สูงเพิ่มอุบัติการณ์การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ อัตราการผ่าตัดคลอดและทารกบาดเจ็บจากการคลอด

7. การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ผลจากทารกขนาดใหญ่ หากคลอดทางช่องคลอดทำให้มีแผลฉีกขาดกว้าง และการขยายของมดลูกอาจส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี

8. การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นมักเกิดร่วมภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น การติดเชื้อ ทารกพิการแต่กำเนิด ภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์เป็นต้น

ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1. ทารกพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) มักพบในรายที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Overt DM) โดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 1 หรือในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีในช่วงแรกของการตั้งครรภ์เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดความผิดปกติของกระบวนการย่อยสลายกลูโคสภายในเซลล์ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการสร้างตัวอ่อน (embryogenesis) ในระยะแรกของการตั้งครรภ์

2. ทารกตัวโต (fetal macrosomia) คือ ทารกแรกเกิดที่มีขนาดใหญ่ มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของเมตาโบลิซึม ระดับกรดของอะมิโน ไนโตรเจน และอินซูลินไลค์โกรท แฟคเตอร์ (insulin like growth factors) ที่เพิ่มขึ้น ทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายเพิ่มขึ้น

3. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด (Hypoglycemia) กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ น้ำตาลจะผ่านรกไปสู่ทารกมากกว่าปกติทำให้เบต้าเซลล์ของทารกมีจำนวนมากขึ้น และหลังอินซูลินมากขึ้น (fetal hyperinsulinemia) ซึ่งภาวะนี้จะคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์เป็นผลให้ทารกมีน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงวันแรกๆหลังการคลอด

4. ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย มักสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดและภาวะเลือดข้นทำให้เกิดการทำลายของเซลล์เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทารกแรกเกิดจึงเกิดอาการตัวเหลือง

5. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) พบได้ร้อยละ 50 ของทารกที่สตรีตั้งครรภ์เป็นเบาหวานมักเกิดในช่วง 3 วันแรกของการคลอด และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดเชื่อว่าเกิดจากต่อมพาราไธรอยด์ถูกกด

6. กลุ่มอาการหายใจลำบากแรกเกิด (respiratory distress syndrome) เชื่อว่าเมื่อภาวะอินซูลินในเลือดสูงทำให้การหลั่งของสารลดแรงตึงผิวในปอดลดลงและทารกมีการพัฒนาของปอดช้ากว่าปกติ ภาวะตายคลอด (stillbirth) มักพบในช่วง 3-6 สัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรภ์เชื่อว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การส่งผ่านออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพ เมตาบอริซึมของทารกผิดปกติเวลานาน

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

1. ระยะตั้งครรภ์ หลักในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงตลอดการตั้งครรภ์ เป้าหมายคือ FBS < 95 mg/dl, ก่อนรับประทานอาหาร < 100 mg/dl, 2 hr. PP < 120 mg/dl โดยการควบคุมอาหารและ/หรือการรักษาด้วยอินซูลินและการออกกำลังกาย

1.1 แนะนำการควบคุมอาหาร มีเป้าหมายเพื่อให้อาหารเพียงพอแก่สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันภาวะคีโตซีซจากการขาดอาหารโดยจำกัดพลังงานควบคุมสัดส่วนของอาหารในแต่ละวันตามดัชนีมวลกายโดยดัชนีมวลกาย 20-25 ควรได้รับพลังงาน 30-35 kcal/kg/day ร้อยละของสัดส่วนอาหาร (protein: carbohydrate: fat) ควรเท่ากับ 12-20: 50-60: 20-30 ดัชนีมวลกาย 25-34 ควรได้รับพลังงาน 25 kcal/kg/day ร้อยละของสัดส่วนอาหาร (protein:

carbohydrate: fat) ควรเท่ากับ 12-20: 35- 40: 20-30 และดัชนีมวลกาย >34 ควรได้รับพลังงาน 20 kcal/kg/day

1.1.1 กระจายมื้ออาหารในแต่ละวันให้เป็นอาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และอาหารว่างอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน อาจมีมื่อก่อนนอนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงกลางคืน

1.1.2 งดอาหารที่มีน้ำตาลสูงเพื่อจำกัดจำนวนน้ำตาลที่เข้าสู่ร่างกายได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง นมข้นหวาน ขนมหวานต่างๆ น้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ ผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน ฝรั่ง มะม่วงสุก เป็นต้น ใช้น้ำตาลเทียม เช่น แอสปาเทม ซูคราโลส เป็นต้น

1.1.3 ควรรับประทานผัก ผลไม้ให้ได้ 5 ส่วนต่อวัน ไม่ควรรับประทานผลไม้อบแห้ง หรือผักที่เป็นหัวเพราะจะมีคาร์โบไฮเดรตสูง

1.1.4 เลือกอาหารที่เป็นธัญพืช เช่น ข้าวกล้องแทนข้าวขาว ส่วนโปรตีนเน้นโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ไขมันต่ำเช่น ปลา เนื้อหมูแดง ไก่ชนิดที่ไม่ติดหนัง เนื้อวัวไม่ติดมัน เป็นต้น โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วลิสงและงา เป็นแหล่งโปรตีนที่โยอาหาร น้ำมันเป็นโปรตีนที่กรดอะมิโนครบถ้วนสำหรับร่างกาย ควรเน้นการตีมนมสดชนิดจืดพร้อมไขมันเนยหรือไขมันเนย นมถั่วเหลือง เพื่อหลีกเลี่ยงไขมันในนม

1.1.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น หมูติดมัน หนังไก่ เป็นต้น ใช้ไขมันจากพืชแทน

1.2 ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษา ในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยการควบคุมอาหารได้ แพทย์จะเริ่มให้อินซูลินเมื่อตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 105 mg/dl และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงมากกว่า 120 mg/dl

1.2.1 แนะนำการจดบันทึกเกี่ยวกับการใช้อินซูลินและระดับน้ำตาลเพื่อช่วยปรับระดับอินซูลินและลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งแพทย์นิยมให้อินซูลินแบบฉีดมากกว่าทางปาก อาจให้ให้วันละ 2 -3 ครั้ง ถ้าระดับในเลือดยังสูงอยู่ การใช้ยาชนิดรับประทานไม่ปลอดภัยเนื่องจากปรับขนาดและควบคุมการออกฤทธิ์ของยาได้ยาก ยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้ และทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย

1.2.2 แนะนำเกี่ยวกับบริเวณที่ฉีดอินซูลินซึ่งควรหมุนเวียนบริเวณใดบริเวณหนึ่งเป็นสัปดาห์เพื่อให้ผิวหนังบริเวณนั้นหายจากความบอบช้ำจากรอยเข็ม การดูดซึมของอินซูลินจะแตกต่างกัน เช่น การดูดซึมที่จะช้ากว่าที่แขนดังนั้น บริเวณที่ฉีดควรมีความสม่ำเสมอเพื่อการรักษาระดับการดูดซึมยาให้คงที่

1.2.3 ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามความต้องการที่สอดคล้องกับอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้นโดยช่วงอายุครรภ์ 3-7 สัปดาห์ ความต้องการจะเพิ่มขึ้นแต่จะลดลงในช่วง 7-15 สัปดาห์และกลับเพิ่มอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 15 - 40 สัปดาห์ความต้องการอินซูลินตามไตรมาสดังนี้ ไตรมาสแรก 0.7 - 0.8 unit/kg/day ไตรมาสที่สอง 0.8 - 1.0 unit/kg/day ไตรมาสที่สาม 0.9 - 1.2 unit/kg/day

1.2.4 หากใช้ของอินซูลินแบบผสม ควรใช้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting insulin / regular insulin) ร่วมกับชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting insulin/ NPH) ฉีดวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนอาหารเย็น

1.2.5 แบ่งสัดส่วนของอินซูลินคือ 2/3 ของปริมาณที่ให้ทั้งวัน และมีสัดส่วนของอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นต่อชนิดออกฤทธิ์ปานกลางเท่ากับ 2:1 และอินซูลินในตอนเย็นให้ 1/3 ของปริมาณที่ให้ทั้งวันและมีสัดส่วนอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้นต่อชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง 1:1

1.2.6 สอนให้สตรีตั้งครรภ์ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วด้วยตัวเอง (self monitoring blood glucose) โดยทำวันละ 4 ครั้ง

คือ ก่อนอาหารเช้าและ 1 ชั่วโมง หลังอาหาร 3 มื้อ แต่ถ้าต้องรักษาด้วยอินซูลินให้ตรวจ 6 ครั้ง คือก่อนอาหารทุกมื้อและ 1 ชั่วโมงหลังอาหาร 3 มื้อ

1.3 แนะนำการออกกำลังกายซึ่งช่วยลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ช่วยกระตุ้นหลอดเลือดและหัวใจให้ทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 ควรออกกำลังกายในระดับปานกลางที่ไม่หักโหมจนเกินไป เช่น การเดินนาน ซึ่งจักรยานอยู่กับที่ ว่ายน้ำ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีหรือมากกว่า

1.3.2 ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 5- 10 นาที เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ

1.3.3 อัตราการเต้นของหัวใจไม่ควรเกิน 140 ครั้งต่อนาที ควรระมัดระวังในสตรีตั้งครรภ์ที่รักษาด้วยอินซูลิน

1.3.4 ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องอยู่ในท่านอนหงาย เนื่องจากมดลูกอาจกดทับหลอดเลือดดำใหญ่

1.3.5 ขณะออกกำลังกาย หากมดลูกหดตัว หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดควรหยุดออกกำลังกายทันที

1.3.6 การออกกำลังกายมากเกินไปจะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีคีโตนคั่งในเลือดได้ เนื่องจากตับจะปล่อยกลูโคสและมีการแตกตัวของไขมัน เพื่อพยายามที่จะแจกจ่ายพลังงานให้เพียงพอสำหรับการออกกำลังกาย แต่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้เพราะมีอินซูลินไม่เพียงพอ

1.3.7 ควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย กรณีระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 mg/dl หรือออกกำลังกายเกิน 45 นาที หากมีระดับน้ำตาลมากกว่า 250 mg/dl ให้ตรวจเช็คคีโตนหากเป็นผลบวกควรงดออกกำลังกายหากมีระดับน้ำตาลมากกว่า 300 mg/dl แต่ไม่มีคีโตนให้ออกกำลังกายด้วยความระมัดระวัง

1.3.8 หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน หากเคยออกกำลังกายอยู่แล้ว ควรออกกำลังกายต่อไป แต่หากไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรปรึกษาแพทย์ ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน สามารถออกกำลังกายได้ตลอดการตั้งครรภ์

2. ระยะคลอด

2.1 ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สามารถรอให้เจ็บครรภ์คลอดเอง ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ให้ชักนำการคลอดเมื่อตรวจพบความสมบูรณ์ของปอดทารก ในกรณีที่ประเมินน้ำหนักทารกมากกว่า 4,000 กรัม ควรผ่าตัดเพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการคลอด

2.2 ในรายที่ได้รับอินซูลิน เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (active labor) ให้น้ำและอาหารและหยุดยาตอนเช้าแต่ให้ฉีดชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง (intermediate acting insulin / NPH) ก่อนนอน และปฏิบัติดังนี้

2.2.1 ตรวจระดับน้ำตาลก่อนให้สารน้ำ หากน้อยกว่า 70 mg/dl ให้ 5% D/W 100- 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมงหากมากกว่า 70 mg/dl ให้ NSS

2.2.2 ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 ชั่วโมง ให้มีค่าประมาณ 100 mg/dl หากระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 100 mg/dl ให้อินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (short acting insulin/regular insulin) 1.25 unit/ชั่วโมง

3. ระยะหลังคลอด

3.1 ในรายที่ได้รับอินซูลิน เผื่อระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากความต้องการอินซูลินเปลี่ยนแปลงมากทันทีหลังคลอดซึ่งพบบ่อยในช่วง 5-7 ชั่วโมงหลังคลอด ในระยะ 2- 3วันหลังคลอดความต้องการอินซูลินเหลือครึ่งหนึ่งของการตั้งครรภ์

3.2 ให้นมบุตรได้ตามปกติ เพิ่มปริมาณอาหารและพลังงาน 500 kcal/day

3.3 คุมกำเนิดหลังคลอด 6- 12 สัปดาห์ หลีกเสี่ยงวิธีคุมกำเนิดชนิดที่มีเอสโตรเจนในปริมาณสูง ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำสามารถใช้ได้ มีการศึกษายืนยันว่าสตรีที่เป็นเบาหวานสามารถใช้ห่วงอนามัยได้ดี ไม่เพิ่มโอกาสติดเชื้อ

3.4 ควรได้รับการตรวจคัดกรองการเป็นเบาหวาน เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว หากผลปกติ ให้คัดกรองทุก 3 ปี ในรายอายุมากกว่า 45 ปี ให้คัดกรองทุกปี

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิต สูงหมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบน มีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ 90-95% แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential hypertension)

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนน้อยประมาณ 5-10% แพทย์อาจตรวจพบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ”

สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ นั้นอาจเกิดได้จากหลายสภาวะ ได้แก่

- โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรัง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ โรคถุงน้ำไตชนิดหลายถุง ฯลฯ
- หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)
- หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)
- เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไต หรือต่อมใต้สมอง

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือตรวจพบค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา และทารกทั่วโลก Hypertension in pregnancy พบประมาณร้อยละ 2 – 8 ของการตั้งครรภ์

The American Collage of Obstetrician and Gynecologist; ACOG 2013 ได้แบ่งภาวะ Hypertension in Pregnancy ออกเป็น 4 ประเภท

1. **Preeclampsia-eclampsia:** ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension; PIH) ร่วมกันมีความผิดปกติของร่างกายในหลายระบบ (multisystem involvement) โดยทั่วไปมักเกิดหลังอายุครรภ์ (Gestational age; GA) 20 สัปดาห์ ร่วมกันตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria)
2. **Chronic hypertension:** หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดก็ตาม หรือตรวจพบความดันโลหิตสูงก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์
3. **Chronic hypertension with superimposed preeclampsia:** Preeclampsia ที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น Chronic hypertension โดยเกิดในมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตปกติ 4-5 เท่า

Gestational hypertension: ภาวะความดันโลหิตสูงที่จำเพาะกับการตั้งครรภ์ ที่ตรวจพบหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แต่ไม่พบ Proteinuria

ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

ความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่มักจะเกิดขึ้นในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์มักพบร่วมกับการมีโปรตีนในปัสสาวะหรือตรวจพบอาการที่รุนแรงของระบบต่างในร่างกายอาจมีหรือไม่มีอาการบวมร่วมด้วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสรีรกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการชัก เกิดภาวะของหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน และกลุ่มอาการ HELLP ในขณะที่ทารกอาจเกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ถึงแม้ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่แท้จริง แต่ก็สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยพยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยง ทั้งปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และปัจจัยที่ได้จากการประเมินทางคลินิกเพื่อเฝ้าความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยที่ทันท่วงที รวมถึงยังมีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพประการแรกที่เกิดขึ้น คือ มีการหดเกร็งของหลอดเลือด (vasospasm) angiotensin II กระตุ้นให้เส้นเลือดหดตัวทำให้ endothelial cell มีการหดตัวมากขึ้นให้ endothelial เกิดเลือดและ fibrinogen ถูกทำลายทำให้พลาสมารั่วออกนอกเส้นเลือดมากขึ้นเซลล์บริเวณรอบๆเส้นเลือดขาดออกซิเจนเกิดภาวะเลือดออกและเกิดเนื้อตายโดยพบพยาธิสภาพในแต่ละระบบของร่างกาย ดังนี้

1. ระบบประสาท จากภาวะเส้นเลือดในสมองหดเกร็ง มีการทำลายของ endothelial cell ในสมอง จึงทำให้เนื้อเยื่อสมองบวม มีเลือดออก สมองขาดเลือดและเกิดเนื้อตายขึ้นในสมอง ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์จะมีอาการปวดศีรษะ เห็นภาพเบลอ เห็นภาพซ้อน หรืออาจมองไม่เห็นเกิดปฏิกิริยาสะท้อนที่เร็วเกินไป (hyperreflexia) มีอาการกล้ามเนื้อกระตุกสั่น (clonus) ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงและมีอาการชัก

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเพิ่มของหลอดเลือดที่ออกจากหัวใจอย่างมากในระยะต้นๆของการดำเนินโรค มีภาวะเส้นเลือดบีบรัดตัว ส่งผลให้ preload ลดลงและ afterload เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการทำงานของหัวใจล้มเหลว (cardiac de- compensation)

3. ระบบโลหิตวิทยา เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดถูกทำลายมากขึ้น เม็ดเลือดแดงแตกและปริมาณเกล็ดเลือดน้อยลง เกิดภาวะ HELLP syndrome (H: Hemolysis of red blood cell, EL: Elevated liver enzymes, LP : Low platelet count) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์จะมีอาการคล้ายกับภาวะตับอักเสบ เช่น รู้สึกไม่สบาย เหนื่อย เพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดชายโครงขวาด้านบนจากการยืดขยายหรือแตกของเยื่อหุ้มตับ เป็นต้น และพบเม็ดเลือดแดงรูปร่างเล็ก ไม่สมบูรณ์ (small irregularly shaped red cell) มีลักษณะ Burr cell มีการแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ (coagulopathy) และเกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. ระบบการทำงานของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวม (pulmonary edema) ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของ plasma bronchotic pressure และการเพิ่ม permeability ในเส้นเลือดชั้น endothelial จึงทำให้มีน้ำเข้าสู่ pulmonary interstitial space ในปอด

5. ระบบปัสสาวะ พบว่ามีการทำลายชั้น endothelial ของหลอดเลือดในไตซึ่งมีผลทำให้ glomerular cell บวม capillary loops ขยาย และการหดตัว การไหลเวียนเลือดภายในไตลดลงระดับ creatinine และ uric acid เพิ่มขึ้น พบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 5 กรัม ใน 24 ชั่วโมง

6. ระบบการทำงานของตับ มีการเกิดรอยโรคในตับ เซลล์ตับทำงานผิดปกติ เอนไซม์เพิ่มขึ้น มีเลือดออกและเกิดการตายของเนื้อเยื่อในตับ การมีเลือดออกจากรอยโรคมักเกิดบริเวณแคปซูลของตับ การตรวจเอนไซม์ในตับจะพบการเพิ่มของ ALT สูงกว่า 50 IU/L และ/หรือ ALT สูงกว่า 70 IU/L หรือมากกว่า 2 เท่าของค่าพื้นฐานเดิม

7. การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและรก จากการทำลายของ endothelial มีผลทำให้เส้นเลือด spiral arteries ของมดลูกแคบลงและเหี่ยวออกจาก intervillous space ซึ่งเป็นส่วนที่รุกรานสัมผัสกับกล้ามเนื้อจึงมีผลทำให้มีเส้นเลือดไปเลี้ยงบริเวณรกลดลงกว่าปกติทำให้ทารกได้รับเลือดจากสตรีตั้งครรภ์น้อยลงจึงมีขนาดเล็กกว่าปกติ (IUGR) รกมีความต้านทานสูง การไหลเวียนเลือดลดลง รกเสื่อม เซลล์เยื่อเส้นเลือดถูกทำลายสารในพลาสมาแทรกเข้าสู่ผนังเส้นเลือด

ผลกระทบของความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก

ผลต่อหญิงตั้งครรภ์

1. อันตรายจากภาวะช้ำ อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมองและการสำลักเศษอาหาร น້าย่อยเข้าหลอดลม
2. ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว (congestive heart failure) จากภาวะ preload ลดลง และ afterload เพิ่มขึ้นมากเกินไปเป็นระยะเวลานาน
3. เสียเลือดและช็อคจากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ตับแตกและตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการหดตัวของเส้นเลือดทั่วร่างกาย
4. เกิดภาวะ HELLP syndrome และภาวะ DIC มักพบในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น severe pre-eclampsia และมักเกิดก่อนอายุครรภ์ 36 สัปดาห์
5. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure) จากเลือดไปเลี้ยงไตลดลง
6. มีความผิดปกติทางสายตา ตั้งแต่ตามัวเล็กน้อยไปจนถึงมองไม่เห็นเลยเกิดจากจอตามีเส้นเลือดหดเกร็ง ขาดเลือด
7. การกลับมาเป็นความดันโลหิตสูงซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป สตรีครรภ์แรกที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดซ้ำอีกในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปร้อยละ 33.8 แต่อาการมักไม่รุนแรง ส่วนสตรีตั้งครรภ์หลัง หากเคยมีภาวะนี้จะมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงในครรภ์ต่อมาประมาณร้อยละ 50

ผลต่อทารก

1. รกเสื่อม (placental insufficiency) ทำให้แท้ง (spontaneous abortion) หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้
2. รกลอกตัวก่อนกำหนด ส่งผลให้ทารกขาดออกซิเจนและเสียชีวิต พบได้ร้อยละ 10 – 30
3. คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากออกซิเจนไปเลี้ยงรกไม่เพียงพอ รกเสื่อมเร็วมีภาวะแทรกซ้อนจากคลอดก่อนกำหนด
4. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
5. ทารกที่คลอดออกมาอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรัง

หลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เป้าหมายการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์คือลดความรุนแรงของโรค ป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้นป้องกันการเกิดภาวะช้ำหรือภาวะช้ำซ้ำป้องกันอันตรายหรือลดภาวะเสี่ยงของทารกในครรภ์ ส่งเสริม Uteroplacental blood flow ส่งเสริมและสนับสนุนจิต สังคมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

1. การป้องกัน ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยง ได้แก่ ครรภ์แรก ครอบครัวที่เคยเป็นโรคนี้มาก่อน ครรภ์แฝด เบาหวาน โรคหลอดเลือดเรื้อรัง โรคไต ครรภ์ไขปลาคอก และทารกบวม น้ำ ควบติดตามชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตโดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของ systolic blood pressure และ diastolic blood pressure เพื่อให้แอสไพรินก่อน ติดตามอาการ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดบริเวณชายโครงหรือใต้ ลิ้นปี่มือและหน้าบวม

2. ในรายที่เป็น mild pre-eclampsia และมีโปรตีนในปัสสาวะ มักจะให้หญิงตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาล แต่เมื่ออาการดีขึ้นไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตลดลงจึงให้หญิงตั้งครรภ์กลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้านควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการและอาการแสดง ดังนี้

2.1 ภาวะ mild pre-eclampsia รุนแรงขึ้น ได้แก่ การสังเกตอาการบวมบริเวณมือและใบหน้า ถ้าตื่นนอนเช้าอาจบวมบริเวณก้นกบ อาการปวดศีรษะที่รุนแรงมากขึ้น อาการปวดบริเวณชายโครงขวาหรือปวดใต้ลิ้นปี่ มองเห็นภาพซ้อนหรือภาพไม่ชัด ปัสสาวะออกน้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกบริเวณเหงือก และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ลดลง ถ้าพบอาการดังกล่าว ควรไปโรงพยาบาล ทันทีไม่ต้องรอถึงวันนัด

2.2 นับเด็กดั้น ถ้าตลอดทั้งวันเด็กดั้นน้อยกว่า 10 ครั้ง ให้รีบไปโรงพยาบาล

2.3 นอนพักในท่านอนตะแคงเพื่อลดอาการกดทับเส้นเลือด inferior vena cava ทำให้เลือดไหลเวียนทั่วร่างกายและเลือดไปเลี้ยงที่รกมากขึ้น

2.4 ชั่งน้ำหนัก เมื่อน้ำหนักขึ้นมากกว่าปกติ ให้รีบมาโรงพยาบาล

3. การรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.1 ให้นอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย ลดการกดทับเส้นเลือด inferior venacava และ เพิ่มปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไต

3.2 ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์โดยการทำ nonstress test และการทำ ultrasound เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

3.3 ดูแลให้ยาสเตรียรอยด์ เพื่อส่งเสริมความสมบูรณ์ของปอด ตามแผนการรักษา

3.4 ถ้าพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการดีขึ้น ไม่พบโปรตีนในปัสสาวะ ความดันโลหิตลดลงให้หญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน และพักผ่อนอย่างเต็มที่

4. การพยาบาล severe pre-eclampsia

4.1 การนอนพักในท่านอนตะแคงตลอดเวลา เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดอาการชัก

4.2 ดูแลให้ได้รับยาต้านการชัก ได้แก่ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาอื่น ๆ ตามแผนการ รักษา ได้แก่ แมกนีเซียมซัลเฟต และยาลดความดันโลหิต

4.3 Retained foley's catheter

4.4 ดูแลให้ได้รับ lactated ringer' solution ตามแผนการรักษา ระหว่างการให้ควรระวังอาการปอดบวม น้ำ ซึ่งอาจพบได้ถ้าให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำมากเกินไป

4.5 ดูแลการคลอดและการเร่งคลอด มักนิยมทำในรายที่เป็น pre-eclampsia ที่รุนแรง ปานกลางและรุนแรงมาก และเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. การดูแล eclampsia ควรได้รับยา ให้ MgSO 4-6 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ อย่างน้อย 5 นาที ตามแผนการรักษา ถ้าชักในระยะที่ทำการอยู่ในครรภ์จะทำให้หัวใจของทารกเต้นช้าลง ดูแลให้ออกซิเจน 8-12 ลิตร/นาที และตรวจสอบภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด สังเกตการเกิดภาวะปอดบวม น้ำภาวะไตวาย ตลอดจนอาการและอาการแสดงของเลือดออกในสมอง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ฝากครรภ์ครั้งที่ 1 วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 36 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ G3P2A0L2 น้ำหนักตัว 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร มี BMI เกินมาตรฐาน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 160/96 มิลลิเมตรปรอท ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 17 สัปดาห์ 5 วัน สูติแพทย์ได้ทำ Ultrasound เพื่อประเมินอายุครรภ์และคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ และตรวจคัดกรองความผิดปกติทางโครโมโซมผลตรวจพบเป็นความเสี่ยงต่ำ พยาบาลได้แนะนำหญิงตั้งครรภ์เจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจความผิดปกติของทารกในครรภ์หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการเจาะน้ำคร่ำเนื่องจากกลัวเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ พยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติของโครโมโซมโดยละเอียด หญิงตั้งครรภ์ยืนยันไม่เจาะน้ำคร่ำและยอมรับความเสี่ยงพร้อมทั้งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน แพทย์ได้สั่งเจาะเลือด CBC ผลตรวจพบ พบ Hct 29% พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด แพทย์ได้สั่งยา Triferdine 150 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น เพื่อเสริมแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ พยาบาลได้ให้น้ำแนะนำกับหญิงตั้งครรภ์เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ เพื่อเสริมโปรตีนในร่างกาย อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ตับ เนื้อแดง ไข่แดง รวมทั้งการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ

ฝากครรภ์ครั้งที่ 2 วันที่ 26 กรกฎาคม 2565 อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 5 วัน น้ำหนักตัว 73.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร มี BMI เกินมาตรฐาน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/80 มิลลิเมตรปรอท สูติแพทย์ได้ทำ Ultrasound เพื่อประเมินอายุครรภ์และคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์ วิเคราะห์ผลการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหญิงตั้งครรภ์รายนี้พบว่าไม่มีการติดเชื้อ หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเดิมรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มาตรวจตามนัดทุกครึ่งรักษาต่อเนื่องตลอด โดยโรคเบาหวานรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล คือ Metformin รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น Glipizide รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า และครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเย็น และ Pioglitazole รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า โดยพบผลการตรวจระดับน้ำตาล FBS 195 mg/dl HbA1C 8.44 ซึ่งแสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาเดิมคือ Amlodipine 5 mg รับประทานครั้ง 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น และ Lorsartan 50 mg รับประทานครั้ง 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหารเช้าและเย็น และมียา Triferdine 150 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น เพื่อเสริมแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์สูติแพทย์จึงได้ส่งผู้ป่วยพบแพทย์อายุรกรรมเพื่อปรึกษาเรื่องการปรับยาเบาหวานและยาความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวและมีารรักษาโรคต่อเนื่องได้แก่การสังเกตอาการผิดปกติของโรคเบาหวานภาวะ Hypo-Hyperglycemia เช่นอาการหน้ามืด เป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น และเน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัดแพทย์อายุรกรรมเพื่อวางแผนการรักษาพร้อมขณะตั้งครรภ์และได้ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 1

ฝากครรภ์ครั้งที่ 3 วันที่ 23 สิงหาคม 2565 อายุครรภ์ 26 สัปดาห์ น้ำหนักตัว 76 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร มี BMI เกินมาตรฐาน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 103 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/70 มิลลิเมตรปรอท

หลังพบแพทย์อายุรกรรมได้ปรับยารักษาให้ยาความดันโลหิตสูงโดยหยุดยาเดิม ให้กินยา Methydoxa ขนาด 250 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งเช้า กลางวัน เย็น และยา ASA ขนาด 81 มิลลิกรัม วันละ 2 เม็ดก่อนนอน ปรับยาเบาหวานชนิดรับประทานเป็นชนิดฉีดเป็น RI 24 ยูนิตเช้า กลางวัน เย็น NPH 28 ยูนิต ผลตรวจน้ำตาลในเลือด FBS 159 mg/dl 1 hr. PP 198 mg/dl แพทย์ได้สั่งยา Triferdine 150 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น เพื่อเสริมแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อาการแพ้ท้องมักจะหายไป จะเริ่มทานอาหารได้ปกติ พยาบาลแนะนำให้รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ เน้นผัก ผลไม้ อาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ธาตุเหล็ก มีไนโซแดง ดับ ผักใบเขียว ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงให้มีมากพอที่จะลำเลียงออกซิเจนจากเลือดแม่ไปสู่ลูกและแคลเซียมซึ่งช่วยในการสร้างกระดูกและฟันของลูก ซึ่งมีในนมเป็นส่วนใหญ่ ไม่ควรทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน ไม่ควรได้รับมากเกินไป เพราะในช่วงตั้งครรภ์ร่างกายไม่ต้องการอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น ต้องการเฉพาะโปรตีนเพิ่มขึ้น แนะนำหญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดี ท้องไม่ผูก นอนหลับสบาย และก็ควรออกกำลังกายที่ไม่หักโหม ท่านอนควรตะแคงซ้าย ขวา หรือหงาย สลับกัน เพื่อลดจุดกดทับของร่างกาย โดยอาจมีหมอนรองรับขาให้สูงขึ้น เพื่อลดอาการบวมของขาที่เกิดจากกิจกรรมในระหว่างวัน การตรวจเต้านม เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้นมมารดาในระยะหลังคลอด ลักษณะหัวนมที่แบนหรือบวมลงไป สานนมแข็งตึงไม่นุ่ม จะทำให้เด็กดูดนมไม่ได้ การตรวจด้วยตัวเองโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ทาไปบนผิวหนังตรงรอยต่อระหว่างฐานของหัวนม กับหัวนม แล้วบีบเข้าหากัน ถ้าหัวนมสั้นหรือบวมมากไปจนเด็กดูดนมไม่ได้ หัวนมจะยุบลงไประหว่างนิ้วมือทั้งสอง

ฝากครรภ์ครั้งที่ 4 วันที่ 20 กันยายน 2565 อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ น้ำหนักตัว 77.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร มี BMI เกินมาตรฐาน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/87 มิลลิเมตรปรอท จากการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดพบว่ามียกระดับน้ำตาลในเลือดสูงแพทย์อายุรกรรมได้มีการปรับยาอินซูลิน น้ำตาลในเลือด FBS 130 mg/dl 1hr PP 195 mg/dl หญิงตั้งได้ฉีดยา Insulin เป็น regular insulin ฉีดได้ผิวหนัง 30 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า 30 ยูนิต ก่อนอาหารกลางวัน 30 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น 34 ยูนิต ก่อนนอน และฉีด HUMULIN -N 28 ยูนิต วันละ 1 ครั้ง พยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ระหว่างตั้งครรภ์ และอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การรับประทานยาและการฉีดยาเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia แพทย์ได้สั่งยา Triferdine 150 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น พยาบาลแนะนำเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การนับลูกดิ้น การตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้นเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ

ฝากครรภ์ครั้งที่ 5 วันที่ 18 ตุลาคม 2565 อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักตัว 77.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร มี BMI เกินมาตรฐาน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/87 มิลลิเมตรปรอท หญิงตั้งได้ฉีดยา Insulin เป็น regular insulin ฉีดได้ผิวหนัง 30 ยูนิต ก่อนอาหารเช้า 30 ยูนิต ก่อนอาหารกลางวัน 30 ยูนิต ก่อนอาหารเย็น 34 ยูนิต ก่อนนอน และฉีด HUMULIN -N 28 ยูนิต วันละ 1 ครั้ง Methydoxa ขนาด 250 มิลลิกรัม 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งเช้า กลางวัน เย็น และยา ASA ขนาด 81 มิลลิกรัม วันละ 2 เม็ดก่อนนอน Triferdine 150 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้าและ FBC รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็น พยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ระหว่างตั้งครรภ์ และอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การรับประทานยาและการฉีดยา

เบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและได้ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2

ฝากครรภ์ครั้งที่ 6 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบว่ามีมือและเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง กดบวม 2 ตรวจ Urine albumin ได้ 2 บวก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว วัดความดันโลหิตได้ 135/90 มิลลิเมตรปรอท ให้นอนพัก 15 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำ 132/ 96 มิลลิเมตรปรอทพบแพทย์สูติกรรม ได้ monitor NST ผล reactive ดี แพทย์วินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ ให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ผู้ป่วยคลอดบุตรภายหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565 ด้วยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง ทารกเพศชายปลอดภัยดี นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่ออีก 3 วันแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่ยากและซับซ้อน จำนวน 1 ราย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีอายุมากและมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จึงส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์ และอาจส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ และต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิดและจำเป็นต้องรับการดูแลร่วมโดยแพทย์อายุรกรรม เพื่อรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษาเหมาะสม และการการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ อาจส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

2. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การรักษา พยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วย

3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ จากตำรา การวิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาสูตินรีแพทย์ และอายุรแพทย์ที่ทำการดูแลรักษา เพื่อวางแผนการรักษาและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

4. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล

5. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา

6. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง

7. เผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากเป็นโรคเบาหวานแลโรคความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ ให้ได้รับความปลอดภัย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย

รับไว้ดูแลตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 รวมครั้งของการฝากครรภ์ ทั้งหมด 6 ครั้ง

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และการตรวจรักษาพิเศษเกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐาน และสามารถควบคุมภาวะโรคร่วมที่เป็นอยู่ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ได้อย่างปกติจนกระทั่งคลอดทารกได้สำเร็จ

6. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อให้พยาบาลในงานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศพยาบาลในงานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว
4. เป็นเอกสารวิชาการ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจ
5. สามารถใช้เป็นคู่มือในการเขียนแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์อายุมากเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีความซับซ้อนมาก ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เฉพาะเจาะจง จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด ต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพการตั้งครรภ์ในหญิงอายุมากส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก ทำให้ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้วิธีการรักษาที่แตกต่างจากการตั้งครรภ์ในภาวะปกติ
2. เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมาก จำเป็นต้องได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซมทารกในครรภ์ แต่หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจด้วยวิธีนี้ จึงมีความเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หรืออาจพบความผิดปกติของทารกในครรภ์ภายหลังการคลอดบุตร อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ภายหลังคลอดบุตรได้
3. การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากเป็นโรคเบาหวานและมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีความซับซ้อนมาก จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อประเมินอาการและให้การรักษาร่วมระหว่างตั้งครรภ์ จึงต้องทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมาพบแพทย์บ่อยขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ พยาบาลก็จำเป็นต้องพัฒนาทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการฝากครรภ์

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. การให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์อายุมากและมีโรคร่วม พยาบาลต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และมีทักษะการประเมินหญิงตั้งครรภ์ และมีความรู้ในการแก้ไขปัญหากรณีหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูง ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามแบบแผนปกติ ตามแผนการรักษา อาทิเช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เป็นต้น
2. การประเมินหญิงตั้งครรภ์อายุมากและมีโรคร่วม หญิงตั้งครรภ์มักมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และสภาพจิตใจ โดยเฉพาะเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีอายุมาก จะส่งผลให้เกิดภาวะเครียดได้ง่าย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อายุมากและมีโรคร่วมมักเกิดความเครียดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าปกติ การให้บริการฝากครรภ์จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์

3. เนื่องจากการให้บริการรับฝากครรภ์ ในหน่วยฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมาก และหลากหลายช่วงอายุ การให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม บางครั้งต้องนัดผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการเพิ่มเติม หรือบางครั้งอาจใช้เวลานานในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม อาจทำให้ผู้รับบริการฝากครรภ์บางราย ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ตามแผนการดูแลของหน่วยฝากครรภ์

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีคู่มือในการหรือแนวทางปฏิบัติในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากและมีโรคร่วมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลแผนกฝากครรภ์และวางแผนครอบครัว เพื่อให้สามารถให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากและมีโรคร่วม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนการคลอดบุตร เพื่อประเมินหญิงตั้งครรภ์ได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาหาของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำมีประสิทธิภาพ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

3. ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุมากและมีโรคร่วมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควรพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในด้านการให้ข้อมูลการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง การนับลูกดีนอย่างสม่ำเสมอ ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมการดำเนินโรคโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือความสำคัญของการรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ขาดยา หรือขาดการรักษาต่อเนื่องจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนอาจทำให้ผู้ป่วยและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่โดย นำเสนอที่ประชุมวิชาการ (Oral presentation) ในการประชุมวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ระหว่างวันที่ 30-31 มกราคม 2567 ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางธนกร แก้วสากล ผู้เสนอมีส่วนสำคัญของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางธนกร แก้วสากล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 28 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางธนกร แก้วสากล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางสุวรรณา ชนะภัย)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

(วันที่) 28 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 3 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายรatchapong กิปีโก)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง)

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1.เรื่อง การจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

2.หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันภาวะมีบุตรยากพบได้มากขึ้นโดยอุบัติการณ์จะแตกต่างกันขึ้นกับเชื้อชาติและกลุ่มประเทศ อุตสาหกรรมของภาวะมีบุตรยากพบได้ร้อยละ 5-8 ประเทศที่พัฒนาแล้วและร้อยละ 3.5 ถึง 16.7 ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาในคู่สมรสที่ปกติโอกาสตั้งครรภ์ภายในหนึ่งรอบฤดูเท่ากับร้อยละ 25- 30 การตั้งครรภ์ สละสลวยในเดือนที่สามเท่ากับร้อยละ 53.2-57 เดือนที่หกเท่ากับร้อยละ 69.4-72 และในหนึ่งปีเท่ากับร้อยละ 82.5 ถึง 86.4 ปัจจุบันพบว่ามีคู่สมรสที่เข้ามาปรึกษาปัญหาเรื่องมีบุตรยากเพิ่มขึ้นทุกปีรวมถึงในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้นหรือรอพร้อมที่จะมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้อุบัติการณ์ของภาวะมีบุตรยากมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย,2566) ในปัจจุบันมีคู่สมรสมารับคำปรึกษาและรักษาภาวะมีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากคู่สมรสแต่งงานและตัดสินใจมีบุตรหลังแต่งงานช้าลง เมื่อคู่สมรสโดยเฉพาะฝ่ายหญิงมีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการเจริญพันธุ์ลดลงจากปริมาณและคุณภาพของเซลล์ไข่ที่ลดลง โดยโอกาสตั้งครรภ์จะลดลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 37 ปี และฝ่ายหญิงแทบจะไม่มีโอกาสตั้งครรภ์จากเซลล์ไข่ของตนเองหลังอายุ 45 ปี ดังนั้นในคู่สมรสที่ฝ่ายหญิงอายุ มากกว่า 35 ปี ควรมาตรวจรักษาเมื่อไม่สามารถมีบุตรเองได้โดยวิธีธรรมชาติเป็นเวลา 6 เดือน ถ้ารอเนิ่นนาน อัตราการตั้งครรภ์จะลดลงแม้จะให้การรักษาก็ตาม สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ส่วนใหญ่ของภาวะมีบุตรยากใน คู่สมรสมีสาเหตุจากฝ่ายหญิง ร้อยละ 40-55 สาเหตุจากฝ่ายชายพบ ร้อยละ 20-30 ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 10- 20 และมีมากถึงร้อยละ 10-40 ที่สาเหตุเกิดจากทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงร่วมกัน(อภิรติ จิรัฏฐิติกาลโชติ, 2566) ดังนั้นในการมารับบริการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก สามีและภรรยาจึงควรมารับการตรวจพร้อมกัน

จากจำนวนผู้รับบริการคู่สามีภรรยาที่ไม่มีบุตรและขอรับคำปรึกษาเรื่องภาวะมีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากแต่งงานช้า โดยส่วนใหญ่มักจะมีลูกเมื่อพร้อม ประกอบกับสถานการณ์ปัจจุบันผู้หญิง ต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น ทำให้ฝ่ายหญิงอายุมากขึ้น 35 ปี จึงเริ่มคิดวางแผนเรื่องการมีบุตร นอกจาก เหตุผลดังกล่าว ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะการมีบุตรยาก แบ่งเป็น สาเหตุภาวะมีบุตรยากของ ฝ่ายหญิงสาเหตุภาวะมีบุตรยากของฝ่ายหญิงที่สำคัญคือภาวะไข่ไม่ตก พบร้อยละ 30-40 ภาวะที่อ่อน่าไข่ตันและ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่พบร้อยละ 30-40 มีเพียงส่วนน้อยที่เกิดจากพยาธิสภาพภายในโพรงมดลูก และปากมดลูกการวินิจฉัยภาวะไข่ไม่ตกมักอาศัยประวัติประจำเดือนเป็นสำคัญ สตรีที่มีภาวะไข่ไม่ตกมักมี ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ประจำเดือนอาจมีรอบสั้นหรือยาวผิดปกติ บางรายอาจมีปัญหาขาด ประจำเดือนเป็นเวลาหลายเดือน โดยสาเหตุของภาวะไข่ไม่ตกเรื้อรังที่พบบ่อยคือกลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่หลาย ใบ (Polycystic ovary syndrome, PCOS) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีรูปร่างอ้วน มีสิวมาก ผิวมัน และมีขนมากกว่า ปกติส่วนสตรีที่มีปัญหาที่อ่อน่าไข่ตันมักไม่มีการ แต่อาจมีประวัติที่ช่วยบ่งว่ามีโอกาสมีบุตรยากจากที่อ่อน่าไข่ ตัน เช่น เคยมีประวัติติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก เคยผ่าตัดที่อ่อน่าไข่หรือผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน การวินิจฉัยภาวะที่อ่อน่าไข่ตันมักได้จากการฉีดสีประเมินที่อ่อน่าไข่ในขณะที่สตรีที่มีภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญ ผิดที่มักมีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือนที่มีความรุนแรงของอาการปวดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีอาการเจ็บในช่อง คลอดขณะมีเพศสัมพันธ์หรือมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง แต่ในบางรายอาจไม่มีอาการใด การวินิจฉัยมักต้อง อาศัยจากทั้งประวัติการตรวจภายใน การตรวจอัลตราซาวด์รวมถึงการผ่าตัดส่องกล้องในผู้ป่วยบางรายในสตรี ที่มีสาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากพยาธิในโพรงมดลูกมักมีประจำเดือนที่ผิดปกติ เช่น ในสตรีที่มีเนื้องอกหรือติ่ง

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เนื้อในโพรงมดลูก มักมีปริมาณประจำเดือนออกมากหรือมีเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบประจำเดือน แต่ถ้าเกิดจากพังผืดในโพรงมดลูก ผู้ป่วยมักมีปริมาณประจำเดือนน้อยมากหรือไม่มีประจำเดือนเลย การตรวจหาสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของฝ่ายหญิงในเบื้องต้นจะประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด จากนั้นแพทย์จะพิจารณาตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย สาเหตุภาวะมีบุตรยากของฝ่ายชาย ร้อยละ 40-50 ของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชายจะไม่ทราบสาเหตุ สาเหตุที่พบบรองลงมาเกิดจากความผิดปกติที่อวัยวะ (ร้อยละ 30-40) ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติของสารพันธุกรรม ภาวะอวัยวะไม่ลงถ่วง การติดเชื้อที่อวัยวะ ได้รับสารเคมีที่ส่งผลต่อการสร้างอสุจิ เส้นเลือดขดที่อวัยวะ โรคเรื้อรัง เป็นต้น ร้อยละ 10-20 เกิดจากท่อน้ำเชื้ออสุจิอุดตัน ปัญหาการแข็งตัวของอสุจิหรือการหลั่งน้ำเชื้ออสุจิ มีส่วนน้อยมากที่เกิดจากความผิดปกติของสมอที่ส่งผลต่อฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการสร้างอสุจิ การตรวจหาสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของฝ่ายชาย ในเบื้องต้นจะเริ่มจากการตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิ จากนั้นแพทย์จะพิจารณาตรวจเพิ่มเติมเมื่อผลน้ำเชื้ออสุจิผิดปกติ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

จากปัญหาดังกล่าว งานฝักครรภ์และวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ทบทวน และแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหภาวะมีบุตรยาก ส่งผลให้คู่สามีภรรยา สามารถรับทราบข้อมูลภาวะมีบุตรยาก สาเหตุจากทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง รับรู้และเข้าใจปัญหา ยอมรับการตรวจรักษาและวางแผนการมีบุตรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นการตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายสุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย โดยกำหนดนโยบายสำคัญด้านสาธารณสุข ตามเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ของงานที่ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันด้านการแพทย์และสาธารณสุข 13 ประเด็น สอดคล้องกับปัญหาและแนวโน้มในการพัฒนาประเทศ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของโลกที่รวดเร็ว พร้อมกำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 โดยกำหนด Quick win 100 วัน ประเด็น “ส่งเสริมการมีบุตร” โดยส่งเสริมให้เปิดบริการส่งเสริมการมีบุตรในทุกหน่วยบริการทุกระดับในเดือน ธันวาคม 2566 ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาการจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเกิดการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก ให้คู่สามีภรรยาสามารถเข้าถึงบริการการตรวจรักษาที่ถูกต้อง แม่นยำ พร้อมทั้งสามารถดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมทางร่างกายเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และมีความพร้อมที่จะดูแลเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) คือ การที่คู่สามีภรรยาไม่มีบุตรแม้พยายามที่จะมีบุตร มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลามากกว่า 1 ปี ซึ่งในทางสถิติ ร้อยละ 70 ของคู่สามีภรรยาโดยทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ จะตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือนแรก และร้อยละ 80 จะตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือน ดังนั้น จึงคู่สามีภรรยาควรปรึกษาแพทย์ ในกรณีที่ฝ่ายหญิงอายุ < 35 ปี และพยายามที่จะมีบุตรโดยไม่ได้ทำการคุมกำเนิด และมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มานานเป็นเวลา 1 ปี แต่ถ้าฝ่ายหญิงอายุ > 35 ปี และพยายามมีบุตรมานานกว่า 6 เดือน ควรเข้ามารับการตรวจได้เลยไม่ต้องรอถึง 1 ปี ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่สามีภรรยาเป็นจำนวนมากทั่วโลก ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ และสังคมต่อผู้ที่ประสบปัญหานี้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบัน ในประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

ผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเนื่องจากมีเด็กน้อยลง และมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาภาวะมีบุตรยาก และได้ดำเนินการจัดทำนโยบายส่งเสริมการมีบุตรให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการทั่วประเทศ

ผู้เสนอผลงานจึงสนใจพัฒนาการจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และเพื่อพัฒนางานที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้ทำการรวบรวมข้อมูลสถิติผู้รับบริการให้คำปรึกษา และศึกษาแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนและจัดรูปแบบบริการได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยใช้แนวคิดการให้การปรึกษาเพื่อเป็นกรอบในการการดูแลผู้รับบริการ

ความหมายของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการ (Process) ที่เริ่มต้นที่การสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยที่ฝ่ายหนึ่งคือผู้ให้การช่วยเหลือหรือที่เรียกว่า ผู้ให้การปรึกษา (counselor: CO) และอีกฝ่ายหนึ่งคือผู้รับการช่วยเหลือหรือที่เรียกว่าผู้รับการปรึกษา (counselee or client: CI) ผู้ให้การปรึกษาจะใช้คุณสมบัติและทักษะในการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาระลึกถึงภาวะจิตใจและความคิดของตน สำรวจปัญหาและผลกระทบของปัญหาต่อทั้งความคิด จิตใจ ภาวะอารมณ์ และพฤติกรรมจนเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุ ในที่สุดสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ หรือ สามารถเผชิญสถานการณ์ที่ยากได้อย่างสงบและผ่อนคลาย รวมทั้งเพื่อที่จะได้รับความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและเต็มประสิทธิภาพ (Peplau, 1952)

ความสำเร็จของการให้การปรึกษาจะปรากฏเมื่อผู้รับการปรึกษาหรือผู้รับบริการ และผู้ให้การปรึกษา หรือ ผู้ให้บริการจะต้องก้าวเข้าสู่กระบวนการให้การปรึกษา (Counseling process) กระบวนการคือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้รับการปรึกษากับผู้ให้การปรึกษา กระบวนการให้การปรึกษาเริ่มต้นตั้งแต่การพบกัน ในการพบปะกันผู้รับการปรึกษานำความคิด (thought) ความรู้สึก (Feeling) และ ประสบการณ์ชีวิต (Experience) และความรู้เกี่ยวกับความยากลำบาก สิ่งผู้รับการปรึกษานำเข้ามาในกระบวนการผู้รับการปรึกษาถ่ายทอดทั้งในรูปของภาษาพูด (Verbal) และ ภาษาท่าทาง (Non-verbal) ในขณะเดียวกันผู้ให้การปรึกษาแต่ละคนนำ ทฤษฎี หลักการ และปรัชญา ส่วนตัวเข้ามาในกระบวนการ รวมทั้งนำทักษะการให้การปรึกษาเข้ามาร่วมด้วย ซึ่งสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษานำเข้าสู่กระบวนการการปรึกษานี้รวมเรียกว่า เนื้อหา (Content)

การให้การปรึกษา ในความเป็นจริง สามารถที่จะเกิดขึ้นได้ทุกหนทุกแห่ง ตั้งแต่ในบ้าน ในโรงเรียน ในวัด ในงานเลี้ยง ในการฝึกอบรม ข้างเตียงผู้ป่วย ป้ายรถประจำทาง หรือแม้กระทั่งบนรถประจำทาง โดยมีบรรยากาศตั้งแต่ บรรยากาศของวิชาชีพหรือเป็นวิชาการ บรรยากาศของที่ทำงาน บรรยากาศของสังคมทั่ว ๆ ไป หรือบรรยากาศของความรักความอบอุ่นในครอบครัว ดังนั้นจะเห็นว่า “การให้การปรึกษา” เป็นเสมือนสิ่งทีสะท้อนให้เห็นถึง ความปรารถนาดี ความตั้งใจที่อยากช่วยเหลือ ต้องการเห็นผู้อื่นก้าวผ่านอุปสรรค ความอึดอัดใจ ความขัดแย้ง และอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข โดยการผ่านการฟังอย่างสนใจและตั้งใจ สำหรับการให้การปรึกษาทางพยาบาลสามารถเกิดขึ้นทั้งที่บ้านและในชุมชนในขณะออกเยี่ยมบ้านหรือสำรวจชุมชน ขณะรับผู้ป่วยใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษา ผ่าตัด พุดคุยกับญาติ และอื่นๆ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

กระบวนการให้คำปรึกษา

เป็นกระบวนการการช่วยเหลือที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการ การปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหาและรับรู้ถึงศักยภาพที่แท้จริงของตนเองและเรียนรู้การจัดการแก้ไขปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจด้วยตนเองนอกจากนี้ยังรวมทั้งการเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ว่า ปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจยังมิได้รับการแก้ไข

กระบวนการให้การปรึกษา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพ: เริ่มต้นดี มีชัยไปกว่าครึ่ง จุดประสงค์สำคัญของขั้นตอนนี้คือเพื่อสร้างความคุ้นเคย ความอุ่นใจ สบายใจ และสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการปรึกษากับผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการปรึกษา โดยใช้เทคนิคและทักษะต่างๆ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน เช่น การทักทายสั้นๆ การพูดเรื่องทั่วไป

2. การสำรวจปัญหา: ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้บอกเล่าถึงปัญหาหรือสำรวจปัญหาและความต้องการของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลามากน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานสติปัญญา ความสามารถ ลักษณะนิสัยของผู้รับคำปรึกษา และความชำนาญในการใช้ทักษะของผู้ให้คำปรึกษา

3. เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการ: ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจของกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจอย่างกระจ่างในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง ตั้งแต่สาเหตุของปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยและกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาได้คิด สำรวจความรู้สึก และความต้องการของตนเอง ให้มองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา

4. การวางแผนการแก้ปัญหา: ผู้ให้การปรึกษาจะต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ค้นหาวิธีในการแก้ปัญหา โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย วางแผนแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอน และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการปรึกษามากที่สุด ทั้งนี้ผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรเร่งรีบและด่วนตัดสินใจจัดการปัญหาของผู้รับคำปรึกษา แต่จะคอยให้กำลังใจในการวางแผน ปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก่อน (สามารถให้กำลังใจด้วยข้อพระคัมภีร์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์นั้นได้) หากผู้รับคำปรึกษาหมดหนทางและคิดไม่ออก ผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเสนอแนะแนวทาง เพื่อให้ได้พิจารณาความเหมาะสมและเลือกทางแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุดด้วยตนเอง ซึ่งผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าสามารถทำได้จริง มีโอกาสประสบความสำเร็จ และมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง ไม่ใช่เป็นการบังคับให้ปฏิบัติ

5. ยุติกระบวนการ: ผู้ให้คำปรึกษาควรให้สัญญาแก่ผู้รับคำปรึกษาไว้รู้ตัวก่อนสิ้นสุดการให้คำปรึกษา และเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่างๆ ที่ได้จากการสนทนา จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดหายไป ในบางครั้งผู้ให้การปรึกษาอาจมอบหมายการบ้านให้ผู้รับบริการปรึกษากลับไปปฏิบัติ (การให้คัดข้อพระคัมภีร์ เพื่อให้กำลังใจและสร้างความคิดในเชิงบวก) เปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพบได้ในครั้งต่อไปถ้าเขาต้องการ และนัดหมายเวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้รับคำปรึกษาในการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจในระหว่างการให้คำปรึกษา ก่อนสิ้นสุดการให้คำปรึกษา ควรสนทนาเล็กน้อยด้วยเรื่องต่างๆ ไป แล้วจึงกล่าวอำลา

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ (ต่อ)

จากขั้นตอนที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่าในทุกขั้นตอนของการให้คำปรึกษามีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและความสำคัญ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความรู้และทักษะต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้รู้และเข้าใจในปัญหาที่แท้ตลอดจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และมีการติดตามการใช้แนวทางตลอดจนประเมินการใช้แนวทางเป็นระยะ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากต่อไป และผู้จัดทำวางแผนว่าหากแนวทางนี้ใช้ได้ดี และมีประสิทธิภาพจะขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะมีบุตรยาก
2. เพื่อให้เกิดรูปแบบการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก โดยสามารถใช้แนวทางได้ทุกคน
3. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะมีบุตรยาก

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กุมภาพันธ์ 2567 – สิงหาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 3 คน
2. ผู้บริการในหน่วยงานที่มารับบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาภายในหน่วยงาน และทบทวนนโยบายที่ได้รับมอบหมาย รวบรวมข้อมูลสถิติตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินปัญหาของหน่วยงาน ละทบทวนนวัตกรรมและสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นที่ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องส่งเสริมการมีบุตรเพื่อวางแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาของหน่วยงาน
2. ประชุมร่วมกันของเจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวเพื่อทบทวนกิจกรรมการพยาบาล การให้คำปรึกษาร่วมกันออกแบบและวางแผนในการจัดทำกรพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก โดยการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษา มาประยุกต์ใช้ในงานบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก
3. ดำเนินการทดลองใช้แนวทางการดูแลและให้คำปรึกษาคู่สามีภรรยาที่มารับบริการเพื่อปรึกษาปัญหาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร โดยมีการประชุมชี้แจงและอธิบายวิธีการให้คำปรึกษาตามแนวทางที่จัดทำ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง
4. กำกับติดตามการทดลองใช้แนวทางการทางการดูแลการจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
5. เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติการให้คำปรึกษา ปัญหาและอุปสรรคที่พบ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้จากการทดลองใช้แนวทาง เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อให้มีความเหมาะสมมากที่สุด

6. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด และวางแผนพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และติดตามการใช้แนวทางการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก

7. ประเมินผลการดำเนินการทดลองใช้แนวทางการดูแลให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก และขึ้นทะเบียนเป็นแนวทางปฏิบัติการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากของโรงพยาบาล

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วสามารถใช้แนวทางได้ถูกต้อง

2. เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์

3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ลดลง

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่งานฝากครรภ์และวางแผนครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะมีบุตรยาก มากกว่าร้อยละ 80

2. เพื่อให้เกิดรูปแบบการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากและมี มีแนวทางการจัดรูปแบบการบริการให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 ฉบับ

3. เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะมีบุตรยาก น้อยกว่าร้อยละ 50

(ลงชื่อ)

(นางธนกร แก้วสากล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 28 / ธันวาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน