

การพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดคลอด: กรณีศึกษา*
NURSING CARE OF ADOLESCENT MOTHER WITH CESAREAN
SECTION: A CASE STUDY

รัศมี ศรีนนท์

Rassamee Srinon

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Thailand

บุญส่ง สุประดิษฐ์

Boonsong Supradith

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Thailand

นงนภัส วงษ์จันทร์

Nongnaphat Wongchantorn

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Christian University, Thailand

E-mail: rassamee9985@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดคลอดในระยะคลอดและหลังคลอดแบบองค์รวม การตั้งครรภวัยรุ่นเป็นภาวะวิกฤติในชีวิตของสตรีวัยรุ่นเนื่องจากอยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัยและการตั้งครรรวมทั้งอยู่ระหว่างการศึกษาทำให้มีผลต่อการปรับบทบาทในการเป็นมารดาในขณะตั้งครรรภ์ เมื่อเข้าสู่ในระยะคลอดมารดาวัยรุ่นเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดส่งผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด กอปรกับมารดามีความผิดปกติเกี่ยวกับองค์ประกอบในการคลอด ได้แก่ ภาวะศีรษะทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกราน มดลูกหดตัวรุนแรง และทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจนทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องปรับบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอดและต้องเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ถ้ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดวัยรุ่นไม่สามารถบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม อาจเกิดภาวะอารมณ์แปรปรวนหลังคลอดหรือภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ ดังนั้น การพยาบาลมารดาวัยรุ่นในระยะคลอดและหลังคลอดที่ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ โดยการพยาบาลในระยะคลอดจะต้องให้

* Received 6 September 2021; Revised 27 October 2021; Accepted 23 November 2021

ความสำคัญการดูแลให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดที่เหมาะสมและการเตรียมมารดาวัยรุ่นเพื่อการผ่าตัดคลอด ส่วนในระยะหลังคลอดควรส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาจนกระทั่งมารดาดูแลตนเองและบุตร การส่งเสริมการวางแผนครอบครัวโดยการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตรไม่เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่นส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่สูญเสียโอกาสในชีวิต

คำสำคัญ: การพยาบาล, มารดาวัยรุ่น, การผ่าตัดคลอด, กรณีศึกษา

Abstract

This article aims to present a concept about nursing care adolescent mother which is concerned with cesarean section during labor and postpartum period. Adolescent pregnancy is a critical period in life of teenager because it is a turning point of life for them which relates to body and appearance changes due to pregnancy and studying period which affects the adjustment of maternal role of the teenagers while being a mother. When an adolescent mother enters the period of child delivery, she has to deal with pain, fear and anxiety about labor that affects the progress of labor. In this regard, the mother may have an abnormality about some components of the labor such as the state of cephalic pelvis disproportion period, tetanic uterine contraction, and fetal distress of fetus which leads her to the cesarean section. In part the postpartum period, the adolescent mother has to adjust her role as a motherhood and breastfeeding her baby. If she cannot adjust the maternal role properly, she may not maternal role and she may have an unstable emotion or depression after the labor. Therefore, the nursing care for the adolescent mothers in labor and postpartum period covers both physical and emotional needs. Nursing care during labor must be taken to ensure the proper progression of delivery and preparation of the mothers for caesarean sections. In the postpartum period, the role of motherhood should be promoted until the mother can take care of herself and her child. The family planning promotion by using a contraception implant among the mothers to refrain from pregnant consequently will make the mothers have a better quality of life without losing a good opportunity in life.

Keywords: adolescent mother, cesarean section, case study



บทนำ

ปัจจุบันสภาวะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการเป็นมารดาวัยรุ่นอุบัติขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก โดยองค์การอนามัยโลกให้นิยามคำว่า วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10 - 19 ปี และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีและมารดาวัยรุ่นหมายถึงสตรีที่ให้กำเนิดบุตรที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และระบุว่าในปี พ.ศ. 2561 อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุ 15 ถึง 19 ปี จากทั่วโลกโดยประมาณคือ 44 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน (WHO, 2020)สำหรับประเทศไทยพบอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 15 ถึง 19 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2559 คิดเป็น 47.9 , 44.1 และ 44.7 ตามลำดับ และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 31.3 ภาวะของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ยังเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตของเด็กผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปีจากทั่วโลก และองค์การสหประชาชาติกำหนดให้การลดอัตราการคลอด ในวัยรุ่นสตรีอายุ 15 - 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) และ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิต และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของทุกเพศทุกวัย และนานาชาติต้องบรรลุเป้าหมายภายในปี 2573 (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2017) ทั้งนี้ องค์การอนามัย โลกได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังการคลอดของแม่วัยรุ่นต้อง ไม่เกินร้อยละ 10 เนื่องจากเป็นช่วงที่สตรียังไม่มีความพร้อมกับการตั้งครรภ์ ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ จิตใจและอารมณ์ยังไม่มั่นคงพอ ยังไม่จบการศึกษาและยังไม่มีอาชีพและรายได้เป็นของตนเอง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะซีด การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด การคลอดติดขัด ทารกตายคลอด ทารกน้ำหนักน้อย และการติดเชื้อหลังคลอด (World Health Organization (WHO), 2017) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเรียนของสตรีวัยรุ่น ได้แก่ ต้องพักการเรียน หรือถึงขั้นต้องลาออกจากโรงเรียน ต้องไปประกอบอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้ต่ำ สูญเสียโอกาสหลายๆเรื่อง นับเป็นปัญหาที่สำคัญของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำหรับบุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นนั้นอาจเกิดผลกระทบคือไม่มีบิดาคอยดูแล ถูกทอดทิ้งเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ หรือเป็นภาระของปู่ย่าตายายในการเลี้ยงดู (Srinon,R., 2015) บุตรที่เกิดมามาก เติบโตท่ามกลางปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ไม่ได้รับการศึกษาที่ดี มีการใช้สารเสพติดและติดสารเสพติด อาจเป็นเหยื่อของการทารุณกรรม รวมทั้งมีแนวโน้มเป็นบิดามารดาวัยรุ่นเหมือนแม่ได้ (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2015) แม้ว่าปัจจุบันอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะลดลงแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับนานาประเทศ องค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนพยายามที่จะผลักดันนโยบายเพื่อลดจำนวนการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยก่อร่างเป็นแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไข

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ซึ่งทำงานภายใต้การนำของ พ.ร.บ. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการผนวกรวมของ 5 กระทรวงหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผลการดำเนินงานพบว่า ปี 2563 อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปีต่อประชากรหญิง อายุ 15 - 19 ปีพันคน ลดลงเป็น 28.23 พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงต้องปฏิบัติงานภายใต้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ด้วยยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและ อนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตรและยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมการบูรณาการการจัดการฐานข้อมูลงานวิจัย และการจัดการความรู้ เพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น บุตรครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้ยังพบอีกว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอัตราการคลอดผิดปกติ ร้อยละ 57.2 โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 52.5 และ ใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยการคลอดร้อยละ 4.7 (นวลอนงค์ วงศ์ขันแก้ว และคณะ, 2564)

กรณีศึกษา

มารดาครรภ์แรก G1POAO อายุ 17 ปี สูง 158 เซนติเมตร น้ำหนัก 100 กิโลกรัม อายุครรภ์ 38+3 สัปดาห์ กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

อาการสำคัญที่ มาโรงพยาบาล คือ เจ็บครรภ์ 3 ชั่วโมงและมีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอดก่อนมาโรงพยาบาล

แรกรับตรวจวัดสัญญาณชีพ ปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ตรวจครรภ์ ตรวจพบระดับยอดมดลูก ¾ มากกว่าสะดือ ทารกท่า Right Occiput Anterior (ROA) ศีรษะผ่านลงในอุ้งเชิงกราน (Head Engagement) อัตราการเต้นของหัวใจทารก (Fetal heart sound ;FHS 142 ครั้ง/นาที คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3,500 กรัม ทารกในครรภ์ดิ้นดี ตรวจภายในพบ ตรวจภายในพบ ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร บาง 80% ระดับส่วนนำ -1 ลูกน้ำคร่ำยังอยู่ (Membrane Intact) เจ็บครรภ์นาน ๆ ครั้ง มดลูกหดรัดตัว Interval (I) 10 นาที Duration (D) 30 วินาที Severity + แพทย์ให้เร่งคลอดด้วย 5%D/N/2 1,000 CC + Syntocinon 10 unit vein 24 CC/hr. และเจาะถุงน้ำคร่ำ (Artificial rupture of membrane: ARM) น้ำคร่ำสีขุ่น (Clear) เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที หลังให้ยาเร่งคลอดนาน 5 นาที มดลูกหดรัดตัว Interval (I) = 5 นาที Interval (I) = 40 วินาที Severity + เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที อีก 2 ชั่วโมงต่อมา แพทย์ตรวจเย็บมอาการ พบมดลูกหดรัดตัว Interval (I) = 2 นาที Duration (D) = 60 วินาที Severity ++ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เร็วขึ้น เป็น 180 - 190 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดเท่าเดิม มารดาเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ร้องเอะอะโวยวาย



อีก 3 ชั่วโมงต่อมาแพทย์ตรวจเย็บมอการ พบว่า Interval (I) = 2 นาที 20 วินาที Duration (D) = 55 วินาที FHS เร็ว 180 - 220 ครั้ง/นาที ตรวจภายในพบ Cervix dilate 3 cm. Effacement 80 % Station -1 MI ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม ร้องอะอะไวยวาย แพทย์มีจึงให้หยุดยาเร่งคลอด Set Cesarean section ด้วยข้อบ่งชี้ Fetal distress with Cephalopelvic Disproportion มีคำสั่งการรักษาก่อนการผ่าตัด โดยให้ Acetar 1,000 cc vein drip 100 cc/hr ให้ Ampicillin 2 gm. vein stat then 1 gm. vein ทุก 6 hr

ภายหลังแพทย์แจ้งผู้คลอด มีอาการเครียด ตกใจ แต่ก็ต้องยินยอมให้ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์มากและไม่มีความก้าวหน้าในการคลอด

ระยะหลังคลอด

มารดาวิัยรุ่นหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Post-operation Cesarean section (C/S) due to Cephalic Disproportion (CPD) with Fetal distress under Spinal block ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 650 cc. ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,700 กรัม APGAR's score นาทีที่ 1 ได้ 9 คะแนน หักสีผิว(ปลายมือปลายเท้าเขียว) นาที ที่ 5,10,15 ได้ 10 คะแนน แรกเกิดทารก ร้องเสียงดัง ตัวแดงดี แขนและขาเคลื่อนไหวได้ดี กล้ามเนื้อแขนและขาแข็งแรง การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตรา 120 ครั้งต่อนาที การหายใจสม่ำเสมอ อัตรา 40 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ทำความสะอาดห่อตัวให้ความอบอุ่นร่างกายทารกแรกเกิด นำทารกแรกเกิดสร้างสัมพันธภาพและกระตุ้นดูดนมแม่ (Early bonding and breast feeding)

2 ชั่วโมง มารดาวิัยรุ่นหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้พักรักษาตัว ณ ตึกหลังคลอด ตรวจร่างกาย พบว่า สัญญาณชีพปกติ อ่อนเพลียเล็กน้อย ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2FB มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ น้ำปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้มไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน ปวดแผลผ่าตัดมาก ประเมินระดับความปวด Pain score 9 คะแนนจึงได้รับ Morphine 2 mg Intravenous ตรวจหวนนมเต้านม พบว่า หวนนมทั้งสองข้างปกติ มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหลซึมเล็กน้อย แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลังไหลซึม ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารทางปาก ดูแลให้ 5%D/N/2 1,000 cc + Syntocinon 20 unit vein drip 100 cc/hr และต่อด้วย Acetar 1,000 cc vein drip 100 cc/hr, Morphine 2 mg vein prn for pain ทุก 4 hr, NPO 24 hours , Retained foley's catheter with urine bag ตามแผนการรักษา

24 ชั่วโมง หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สัญญาณชีพปกติ อ่อนเพลียเล็กน้อย มีการเคลื่อนไหวร่างกายบนเตียงพอควร ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 1FB มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลังไหลซึม ปวดแผลผ่าตัดบ้าง (Pain score 5 คะแนน) น้ำคาวปลาสีแดงเข้มไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน

ดื่มน้ำและรับประทานอาหารเหลวได้ดี ไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน ไม่มีอาการท้องอืด มีน้ำนมเหลือง (Colostrum) ไหลดีเมื่อบุตรดูด หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ถอดสายสวนปัสสาวะ ดูแลให้เริ่มรับประทานอาหารเหลว และยาปฏิชีวนะ Augmentin (1 gm) 1 tab ☉ bid.pc., Clindamycin (300 mg) 1 tab ☉ bid. pc., Paractamal (500 mg) 2 tab ☉ prn for pain ทุก 4 - 6 hr. ได้รับ Paractamal (500 mg) 2 tab ☉ prn for pain หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะได้ดี ไม่มีอาการแสบขัด

วันที่ 3 หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สัญญาณชีพปกติ ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้ดี รับประทานอาหารอ่อนและอาหารธรรมดาได้เป็นปกติ ไม่มีอาการท้องอืด บุตรดูดนมได้ดี LATCH's score 9 คะแนน แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องไม่มีสารคัดหลั่ง ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย ประเมินระดับความปวด Pain score 2 - 3 คะแนน) ไม่ขอยาแก้ปวด ระดับย้อมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 3FB มดลูกเป็นก้อนกลมแข็ง น้ำคาวปลาสีแดงออกน้อยลง ถ่ายปัสสาวะได้ดี ถ่ายอุจจาระเป็นปกติ มารดาได้รับการฝังยาคุมกำเนิด (Implanon) ชนิดหนึ่ง หลอดคุมกำเนิดได้นาน 3 ปี

วันที่ 4 หลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องอาการของมารดาและทารกปกติ แพทย์ให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาที่สำคัญของมารดาวัยรุ่นรายนี้ คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อวิธีการอุ้มทารกให้นมแม่ไม่ถูกวิธี เต้านมคัดตึง น้ำนมไหลน้อย มีภาวะวิตกกังวลเรื่องการเรียนเนื่องจากขาดสอบปลายภาค เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์ไม่ได้แจ้งให้ทางโรงเรียนทราบจึงไม่ได้มีการลาตามระเบียบเพื่อมาคลอด มารดาวางแผนชีวิตว่าจะกลับไปศึกษาต่อให้สำเร็จ การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 และเรียนต่อระดับอุดมศึกษา โดยมี คุณยายและคุณย่าทารกช่วยเลี้ยงดูบุตรให้ การวางแผนการพยาบาลสำหรับกรณีศึกษารายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลในระยะคลอด เป็นข้อวินิจฉัยที่ 1 - 4 และข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลในระยะหลังคลอด เป็นข้อวินิจฉัยที่ 5 - 11 โดยมีรายละเอียดของ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลในระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ 1 ผู้คลอดไม่สบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอด หงุดหงิด บ่นนอนไม่สบาย เมื่อย และอยากลูกเดิน Cervix dilate 3 cms Effacement 80 % Station -1 MI

วัตถุประสงค์ ผู้คลอดสุขสบายมากขึ้น เมื่อเผชิญกับการเจ็บครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าสดชื่นมากขึ้น

2. ขณะมดลูกหดรัดตัว มารดาสามารถควบคุมการหายใจ ผ่อนคลายความ

เจ็บปวดได้ถูกวิธี



3. กระสับกระส่ายน้อยลง ไม่ร้องเอะอะโวยวาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บครรภ์ของมารดาโดยใช้ Numeric rating scale เพื่อรวบรวมข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล

2. On Electro fetal monitoring ให้แก่มารดาและประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยการบันทึก FHS และความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) ทุก 1/2 ชั่วโมง

3. ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดโดยการตรวจภายใน ทุก 2 - 4 ชั่วโมงตามความเหมาะสม

4. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวดขณะมีการเจ็บครรภ์ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, 2554)

4.1 การหายใจแบบช้า (Slow deep chest breathing) จะหายใจเมื่อปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร ให้เริ่มหายใจเข้าลึกแล้วห่อไหล่หายใจออกให้เต็มที่ ขณะมดลูกเริ่มแข็งตัวและภายหลัง มดลูกคลายตัว (Cleansing Breath) ขณะมดลูกแข็งตัว ให้หายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ ช้า ๆ อัตรา 6 - 9 ครั้งต่อนาที

4.2 การหายใจแบบ ตื่น เร็ว เบา (Acceleration deceleration breathing) เมื่อปากมดลูกเปิด 4 - 7 เซนติเมตร ให้เริ่มหายใจเข้าลึกแล้วห่อไหล่หายใจออกให้เต็มที่ ขณะมดลูกเริ่มแข็งตัวและภายหลัง มดลูกคลายตัว (Cleansing Breath) ขณะมดลูกแข็งตัว ให้หายใจเข้าออกตื่น เบาเร็วกว่าการหายใจปกติ

4.3 การหายใจแบบตื่นเร็วและเป่าออก (Paint Brow breathing) เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ให้เริ่มหายใจเข้าลึกแล้วห่อไหล่หายใจออกให้เต็มที่ ขณะมดลูกเริ่มแข็งตัวและภายหลัง มดลูกคลายตัว (Cleansing Breath) ขณะมดลูกแข็งตัว ให้หายใจเข้าออกตื่น เบาเร็วกว่าการหายใจปกติ แล้วเป่าปาก

4.4 สอนและกำกับการลูบหน้าท้องให้สัมพันธ์กับการหายใจเข้า - ออก โดยกระตุ้นให้ปฏิบัติทุกครั้งเมื่อมีการเจ็บครรภ์ (นันทนา แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปรีชญญกุล, 2558)

5. ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยการนวดบริเวณกระเบนเหน็บของมารดา

6. ดูแลให้พักผ่อนโดยให้นอนในท่าที่สุขสบาย ศีรษะสูง เพื่อให้มดลูกหดตัวประสานงานกันดียิ่งขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

7. อธิบายเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดเพื่อให้มารดาเข้าใจกระบวนการคลอด

8. อธิบายการเบ่งคลอดที่ถูกวิธีและมีประสิทธิภาพโดยชี้แจงให้มารดาทราบว่า จะเบ่งคลอดได้เมื่อปากมดลูกเปิดหมด และเบ่งพร้อมกับมดลูกหดตัว เบ่งซ้ำต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เบ่งคลอดได้ถูกต้อง

9. ให้การพยาบาลที่นุ่มนวล ดูแลเช็ดบริเวณใบหน้าและลำคอ และตามแขนขา เพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น

10. พุดลอบโยนให้กำลังใจ ชื่นชมเมื่อมารดาใช้เทคนิคการหายใจ ลูบหน้าท้องได้ถูกต้องเพื่อให้มารดามีกำลังใจในการคลอด

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น สุขสบายขึ้นใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ถูกวิธี ทำตามคำแนะนำ ไม่ร้องไห้อาววแต่ยังมีบิดตัวไปมาเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยที่ 2 มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า เนื่องจากการหดตัวของมดลูกน้อยกว่าปกติ ไม่สัมพันธ์กับระยะการเปิดของปากมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน ปากมดลูก เปิด 3 เซนติเมตร บาง 80 % Interval(I) 4 - 5 นาที Duration (D) 30-40 วินาที ความแรงไม่สม่ำเสมอ อีก 2 ชั่วโมงต่อมาแพทย์ตรวจเย็บมดลูก มดลูกหดตัว Interval (I) 2 นาที Duration(D) 60 วินาที Severity ++ อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เร็วขึ้น เป็น 180 - 190 ครั้งต่อนาที ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดเท่าเดิม 3 เซนติเมตร บาง 80% ระดับส่วนน้ำ -1 ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มใน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ การคลอดก้าวหน้าและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวดี ไม่เกิดภาวะภาวะมดลูกหดตัวแบบไม่คลาย (Tetanic contraction) คือ Interval (I) ไม่น้อยกว่า 2 นาที Duration(D) ไม่มากกว่า 90 วินาที
2. FHS อยู่ในช่วงปกติ 120 - 160 ครั้ง/นาที
3. ไม่พบ Bandl' s ring
4. สัญญาณชีพปกติ $T = 37 \pm 0.5^{\circ}\text{C}$, $P = 60 - 100$ ครั้ง/นาที $R = 16 - 24$ ครั้ง/นาที $BP = 90/60 - 140/90$ mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ ผ่านเครื่องควบคุมหยดน้ำเกลือ 5 %D/N/1,000 cc + Syntocinon 10 unit vein 24 cc /hr ตามแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น ปรับจำนวนหยดน้ำเกลือ ตามการหดตัวของมดลูก
2. ประเมินความก้าวหน้าในการคลอดโดยใช้ WHO Partograph



3. On Continous Electro Fetal Monitoring ประเมินระยะเวลาและความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) ทุก 1/2 ชั่วโมง พร้อมทั้งเฝ้าระวังการเกิดภาวะมดลูกหดตัวแบบไม่คลาย (Tetanic contraction)

4. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายใน ทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้คลอดมีน้ำเดินหรืออยากเบ่งคลอด

5. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย มดลูกหดตัวนานผิดปกติ

6. แนะนำให้มารดาอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงที่มดลูกดีมากขึ้น

7. กระตุ้นให้มารดาปัสสาวะทุก 2 - 4 ชั่วโมงเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างมดลูกหดตัวดีขึ้น

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลบางส่วน มดลูกหดตัวดี Interval(I) = 2 นาที 20 วินาที Duration (D) = 55 วินาที ไม่เกิดภาวะมดลูกหดตัวแบบไม่คลาย (Tetanic contraction) ไม่มี Bandl'ring แต่ FHS 180 - 220 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ T = 37.3°C R = 22 ครั้ง/นาที P = 102 ครั้ง/นาที BP = 148/52 mmHg

ข้อวินิจฉัยที่ 3 ทารกในครรภ์เกิดภาวะซับซ้อน (Fetal distress) ข้อมูลสนับสนุน อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เร็วขึ้น เป็น 180 - 190 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. FHS อยู่ในช่วงปกติ 120 - 160 ครั้ง/นาที

2. ค่าออกซิเจนอิ่มตัวของมารดาได้รับ 95 - 100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดมารดาให้อนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงที่มดลูกมากขึ้น

2. กระตุ้นให้มารดาหายใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทารกในครรภ์ได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

3. ให้ O₂ mask with bag 8-10 lit/min แก่มารดาเพื่อให้ออกซิเจนแก่ทารก

ในครรภ์

4. On Electro fetal monitoring ให้แก่มารดาและประเมินสภาพทารกในครรภ์โดยการบันทึก FHS และความรุนแรงในการหดตัวของมดลูก (uterine contraction) ทุก 1/2 ชั่วโมง

ออกซิเจนเพิ่มขึ้น

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลบางส่วน FHS 170 ครั้ง/นาที ยังไม่สม่ำเสมอ ค่าออกซิเจนอิ่มตัวของ มารดา 95 - 98 %



ข้อวินิจฉัยที่ 4 ไม่สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด เนื่องจากภาวะศีรษะไม่ได้สัดส่วนกับช่องทางคลอด และทารกมีภาวะซับซ้อน ต้องได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอดภายหลังการเร่งคลอด ทารกหัวใจเต้นเร็ว แพทย์ Set Cesarean section ด้วยข้อบ่งชี้ Fetal distress with Cephalopelvic Disproportion

วัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมพร้อมมารดาในการผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาจับฟังคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา
2. มารดาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนไปผ่าตัดครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชี้แจงมารดาถึงเหตุผลของการที่ต้องผ่าตัดคลอดเพราะให้ยากกระตุ้นการหดรัดตัวผสมในน้ำเกลือทางหลอดเลือดดำแล้ว แต่ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มขึ้น ทารกเคลื่อนต่ำลงเล็กน้อย มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้นมากแต่หัวใจทารกเต้นเร็วขึ้นแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดเนื่องจากส่วนนำของทารกไม่สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานและทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ได้แก่ มารดาต้องได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายโดยการทำความสะอาดผิวหนังหน้าท้อง การใส่สายสวนปัสสาวะ การตรวจสอบพินปลอมและของมีค่า การได้รับยาปฏิชีวนะก่อนไปห้องผ่าตัด ก่อนการผ่าตัดคลอดจะต้องได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าที่ไขสันหลัง หลังผ่าตัดคลอดจะมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องและได้ยากกระตุ้นการหดรัดตัวมดลูกไปอีก 24 ชั่วโมง

3. ให้มารดาอ่านและเซ็นยินยอมทำการผ่าตัดคลอดโดยให้ผู้ปกครองของมารดาเซ็นเป็นพยานเนื่องจากมารดาไม่บรรลุนิติภาวะ

4. หยด 5%D/N/2 1,000 cc+ Syntocinon 10 unit vein 24 cc /hr then on Acetar 1,000 ml vein drip 100 cc /hr ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์

5. ให้ Ampicillin 2 gm vein stat ตามแผนการรักษาของสูติแพทย์

6. Retained foley's catheter ให้กับมารดา

7. ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสะอาดปากฟัน (Oral hygiene care) เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ให้มารดา ตรวจสอบพินปลอม และของมีค่าฝากไว้กับญาติ

8. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนไปผ่าตัดคลอด

9. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกก่อนไปผ่าตัดคลอด

10. ประเมินสภาพทารกโดยการฟัง FHS ของทารกในครรภ์ก่อนไปผ่าตัดคลอด



การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผลมารดาพึงคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ได้รับการเตรียมความพร้อม สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาปฏิชีวนะก่อนไปผ่าตัดครบถ้วน ก่อนผ่าตัดตรวจวัดสัญญาณชีพ T = 39.3°C P = 78 ครั้ง/นาที R = 22 ครั้ง/นาที BP = 110/80 mmHg. FHS เร็วขึ้น 170 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลการพยาบาลในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยที่ 5 มารดามีโอกาสเกิดการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง และแผลในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน 2 ชั่วโมง ภายหลัง มารดาวิงเวียนหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ครบได้ย้ายไปพักรักษาตัว ณ ตึกหลังคลอด (Post-operation Cesarean section (C/S) due to Fetal distress with Cephalopelvic Disproportion (CPD) under Spinal block ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 650 cc ระดับยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2FB มดลูก เป็นก้อนกลมแข็ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ น้ำปัสสาวะไหลดี สีเหลืองใส น้ำคาวปลาสีแดงเข้ม ไม่มีก้อนเลือด (Rubra lochia) ชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน

วัตถุประสงค์ มารดาไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด ซีพจรเบาเร็ว
3. สัญญาณชีพปกติ T < 37.5°C R = 20 - 24 ครั้ง/นาที P 60 - 100 ครั้ง/นาที BP 90/60 - 140/90 mmHg
4. แผลหน้าท้องไม่มี Discharge ซึม ไม่บวมแดง
5. น้ำคาวปลาสีจางลง ปริมาณลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
2. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดและแผลผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อ คาดคะเนการสูญเสียเลือดเพิ่มเติมหลังผ่าตัดคลอด
3. ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด
4. ดูแลให้มารดาได้รับ 5%D/N/2 1,000 cc + Syntocinon 20 vein rate 120 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้มดลูกหดตัวดีหลังผ่าคลอด

5. ดูแลการทำงานของสายสวนปัสสาวะให้ทำงานได้ปกติไม่อุดตันเพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม ขัดขวางการหดตัวของมดลูก

6. แนะนำมารดาหากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลหน้าท้องมีเลือดซึมมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น หน้ามืด ใจสั่น ให้รีบแจ้งพยาบาล

7. ติดตามอาการผิดปกติของมารดา เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็นชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง หน้ามืด ใจสั่น

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มดลูกหดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย ½ ผืน ไม่มีเลือดซึมแผลผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ T = 37.8°C P = 84 ครั้ง/นาที R = 22/ครั้ง/นาที BP = 120/80 mmHg

ข้อวินิจฉัยที่ 6 มารดาอาจเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแผลในโพรงมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน มารดาวัยรุ่นหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครบได้ย้ายไปพักรักษา ณ ตึก หลังคลอด (Post-operation Cesarean section (C/S) due to Cephalic Disproportion (CPD) with Fetal distress under Spinal block ปริมาณการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 650 ml. มีคำสั่งการรักษาหลังผ่าตัด คือ 5%D/N/2 1,000 cc + Syntocinon 20 unit vein drip 100 cc /hr และต่อด้วย Acetar 1,000 cc vein drip 100 cc /hr, Morphine 2 mg vein prn for pain ทุก 4 hr, NPO 24 hr, Retained foley's catheter with urine bag สัญญาณชีพ T = 37.3°C R = 20 - 24 ครั้ง/นาที P 82 ครั้ง/นาที BP 120 mmHg.

วัตถุประสงค์ มารดาไม่เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ T = 36.5 - 37.5°C P = 60 - 100 ครั้ง/นาที R = 16 - 24 ครั้ง/นาที BP = 90/60 - 140/90 mmHg

2. แผลผ่าตัดไม่มี discharge ไหลซึม

3. บริเวณรอบแผลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่มีการอักเสบบวมแดง

4. น้ำคาวปลาสีจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาวัยรุ่นหลังผ่าตัดคลอด หากมีการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอดอุณหภูมิจะสูงขึ้น

2. ประเมินแผลผ่าตัดเพื่อดูว่ามีสารคัดหลั่งไหลซึม หรือบริเวณรอบ ๆ แผลมีการอักเสบ การบวมแดง เพื่อประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัดคลอด



3. ประเมินสี กลิ่น ลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลา เพื่อดูความผิดปกติ และการติดเชื้อ
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ Ampicillin 1 gm. vein ทุก 6 hr จนครบ 24 ชั่วโมง เมื่อเริ่มอาหารเหลวให้ Augmentin (1 gm 1 tab) ☉ bid.pc., Clindamycin (300 mg) 1 tab ☉ bid.pc
5. กระตุ้นให้มารดาเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3 - 4 ชั่วโมงหรือเมื่อชุ่มผ้าอนามัย เพื่อไม่ให้เกิดการสะสมเชื้อโรคทำให้เกิดการติดเชื้อได้
6. แนะนำมารดาทำความสะอาดร่างกาย ดูแลไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อ
7. แนะนำมารดาทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ โดยใช้สบู่แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด โดยล้างจากด้านช่องคลอดไปทางทวารหนัก ไม่ย้อนไปมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมายังทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งไหลซึม บริเวณรอบแผลไม่มีการอักเสบบวมแดง น้ำคาวปลามีสีฟางขาวเต็มแผ่นผ้าอนามัย ไม่มีกลิ่นเหม็น สัญญาณชีพปกติ T = 37.2°C P = 86 ครั้ง/นาที R = 20 ครั้งต่อนาที BP = 110/70 mmHg.

ข้อวินิจฉัยที่ 7 มารดาปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและปวดมดลูกเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน มารดาวิงเวียนหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ภายหลัง 2 ชั่วโมงปวดแผลผ่าตัดมาก Pain score 9 และ 5 คะแนน ตามลำดับ ไม่ยอมขยับร่างกาย บ่นปวดตลอดเวลา หน้านี้วี่วี่ขมวด

วัตถุประสงค์ อาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาบอกปวดผ่าตัดบริเวณหน้าท้องและปวดมดลูกลดลง Pain Score ไม่เกิน 3
2. มารดาสีหน้าสดชื่นมากขึ้น
3. บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม
4. มารดาเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทั่วไปและสอบถามอาการของมารดาว่ามีอาการปวดอย่างไร ระดับใด เพื่อวางแผนในการพยาบาลได้เหมาะสม
2. อธิบายกลไกการปวดแผลหลังทำการผ่าตัดคลอดเพื่อให้มารดาเข้าใจและลดความวิตกกังวล



3. สอนเทคนิคการหายใจ เป็นจังหวะเข้า - ออก ช้า ๆ ลึก ๆ เพื่อให้มารดาผ่อนคลายและบรรเทาปวด

4. จัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อให้ผนังหน้าท้องหย่อนบรรเทาอาการเจ็บปวด

5. ดูแลให้ยา Morphine 2 mg vein prn for pain ทุก 4 hr เมื่อมารดามีอาการปวดแผลและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยา

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล มารดาฟังคำแนะนำ เข้าใจ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ สีหน้าสดชื่นมากขึ้น หลังให้ยาระงับปวด นอนพักได้ ตื่นมาหน้าตาสดชื่น บอกรวดลดลง pain score = 3 คะแนน แผลไม่มีสารคัดหลั่งซึม สามารถลุกนั่งช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยที่ 8 ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืด

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอด บ่นแน่นอึดอัดท้อง เคาะท้องได้เสียง Tympanic sound ฟัง bowel sound 3 - 4 ครั้งต่อนาที เคลื่อนไหวร่างกายน้อย

วัตถุประสงค์ ท้องอืดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. บอกร้องอืดลดลง แน่นท้องลดลง
2. Bowel sound 6 - 12 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Bowel sound เพื่อประเมินความรุนแรงอาการท้องอืด
2. ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric Rating pain score เพื่อดูความพร้อมในการเริ่มกระตุ้นให้ลุกเดิน
3. อธิบายให้มารดาทราบถึงสาเหตุของอาการท้องอืด เนื่องจาก ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง จึงเกิดภาวะอึดอัดแน่นท้องและไม่สุขสบาย
4. กระตุ้นให้มารดาลุกนั่งบนเตียง นั่งห้อยขาข้างเตียง ลุกเดินรอบ ๆ เตียง
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกทำกิจวัตรประจำวันเอง เช่น นั่งรับประทานอาหาร ลุกเดินไปเปลี่ยนผ้าอนามัยโดยมีญาติช่วยเหลือบางส่วน

การประเมินผล

บรรลุตามเกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกร้องอืดแน่นท้องลดลง ทุกทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น Bowel sound 8 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยที่ 9 วิตกกังวลเกี่ยวกับการการศึกษา

ข้อมูลสนับสนุน มารดาหลังคลอดสีหน้าครุ่นคิด บอกว่า “เป็นห่วงเรื่องการขาดสอบ ปลายภาค เกรงว่าจะไม่สำเร็จการศึกษาพร้อมเพื่อน

วัตถุประสงค์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียนลดลง

เกณฑ์การประเมินผล



1. สีหน้าของมารดาสดชื่นขึ้น
2. มารดาและครอบครัวมีวิธีการแก้ปัญหาการเรียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาเพื่อให้มารดาไว้วางใจ
2. เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกและบอกเล่าถึงการวางแผนชีวิต
3. ร่วมวางแผนกับมารดาและครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับการเรียนของมารดา

การประเมินผล

บรรล่วัตถุประสงค์ทั้งหมด มารดาและพี่สาวของมารดาวัยรุ่นไปพบครูปกครองของโรงเรียนและครูประจำชั้นเพื่อแจ้งการผ่าตัดคลอดของมารดา ทางโรงเรียนอนุญาตให้ลาพักได้ 2 สัปดาห์ ทางโรงเรียนจะจัดสอบย้อนหลังให้

ข้อวินิจฉัยที่ 10 ขาดความรู้และความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่

ข้อมูลสนับสนุน ผู้คลอดบอกว่าน้ำนมไม่ไหล และไม่ได้ให้ลูกดูดนม ไม่ทราบจะอุ้มทารกดูนมอย่างไร เพราะเจ็บแผล ลูกแหงนนม

วัตถุประสงค์ มารดามีความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาสามารถอุ้มทารกให้ดูนมแม่ได้ถูกต้อง
2. อุ้มทารกเรอหลังมีนม และทารกไม่มีอาการสำรอก
3. มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ว่าในน้ำนมแม่มีสารที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ทารก ช่วยให้ทารกมีร่างกายที่แข็งแรง

2. ประเมินการให้นมแม่ โดยใช้หลัก LATCH SCORE ดังนี้ L = LATCH ประเมินการเลีย และการอมของทารกขณะดูดนม A = Audible ประเมินเสียงการกลืนนมของทารก T = Type of nipple ประเมินการยื่นของหัวนม C = Comfort ประเมินความสบายของมารดาขณะให้นมบุตร H = Hold ประเมินการอุ้มขณะให้นมบุตร

3. แนะนำมารดาความรู้การให้นมบุตรที่ถูกต้องคือให้ทารกดูดนมโดยให้ทารกอมหัวนมให้ลึกถึงลานนมและดูดให้เกลี้ยงเต้า จนไม่มีน้ำนมหรือนานประมาณ 15 นาที จึงเปลี่ยนข้าง และใช้มืออีกข้างประคองเต้านม เมื่อทารกอ้าปากให้เคลื่อนศีรษะลูกเข้าหาเต้านมทันที โดยแนะนำท่าในการให้นมทารก ดังนี้

วันที่ 1 หลังการผ่าตัด ควรกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ด้วยท่านอนตะแคงหน้าเข้าหากัน ลำตัวแนบชิดกัน (Side lying position)

วันที่ 2 หลังการผ่าตัด ควรอุ้มทารกด้วยท่าอุ้มลูกฟุตบอล Football hold ทารกอยู่ในท่ากึ่งตะแคงกึ่งนอนหงาย โดยอยู่ในอ้อมกอดกระชับกับสีข้างแม่ และขาชี้ไป



ทางด้านหลัง มือแม่ประคองที่ต้นคอและทำท้ายทอยของลูก ทารกจะดูดเต้าแม่ข้างเดียวกับมือที่ประคองลูก ส่วนมืออีกข้างจับประคองเต้านม และแนะนำให้ทารกดูดนมบ่อย ๆ ทุก 2 - 3 ชั่วโมงเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของทารก และตอนกลางคืนให้ทารกดูดนมแม่ด้วยท่านอนตะแคงหน้าเข้าหากัน ลำตัวแนบชิดกัน (Side lying position)

4. แนะนำมารดาให้รับประทานอาหารที่ช่วยสร้างน้ำนม เช่น ผักขิง แกงเลียง อินทผลัม
5. แนะนำให้มารดาดื่มน้ำ อย่างน้อย วันละ 2,000 - 3,000 cc.
6. แนะนำให้มารดาทำความสะอาดหัวนม ทุกครั้งทั้งก่อนและหลังให้นมบุตร โดยเช็ดหัวนมและลานนมด้วยน้ำต้มสุก และไม่ควรรูดแรง เพราะอาจทำให้หัวนมเป็นแผลได้
7. สังเกตความผิดปกติของทารก เช่น ภาวะตัวเหลือง ซึม ดูดนมน้อยลงให้รีบรายงานแพทย์

การประเมินผล

บรรลุวัตถุประสงค์บางส่วน มารดาสามารถอุ้มลูกให้นมในท่าที่ถูกต้องได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา น้ำนมยังไม่ไหลทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยที่ 11 มารดาขาดความรู้และทักษะในการเช็ดสะดือทารก

ข้อมูลสนับสนุน มารดาบอกว่า “กลัวลูกเจ็บเวลาจับสะดือเพื่อเช็ดแอลกอฮอล์” “ไม่กล้าดึงสะดือ” ลพว่าทำความสะอาดไม่ถึงโคนสะดือ

วัตถุประสงค์ ทารกไม่เกิดการติดเชื้อที่สะดือ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่ซีมี หรือร้องกวนมาก กินนมได้ปกติ
2. ทารกไม่มีอาการตาแฉะ สะดือแห้ง ไม่มี discharge ซีม ไม่บวมแดง หรือมีกลิ่นเหม็น
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ $T = 36.5 - 37.4^{\circ}\text{C}$ $\text{HR} = 120 - 160$ ครั้ง/นาที $R = 40 - 60$ ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินการติดเชื้อ เช่น มีไข้ มีการอักเสบบวมแดงตามร่างกายโดยเฉพาะตาแฉะ สายสะดือ เช่น ทารกสายสะดือมีหนอง มีกลิ่นเหม็น ควรรีบรายงานแพทย์ พร้อมทั้งอาการซีมีไม่ร้อง ไม่ดูดนม หายใจหอบเร็ว ถ่ายเหลว เพื่อติดตามอาการผิดปกติ

2. ทำความสะอาดร่างกายทารก และให้คำแนะนำแก่มารดา ญาติ อย่างถูกวิธี ก่อนและหลังจับทารกควรล้างมือให้สะอาด เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคสู่ทารก



3. การดูแลสายสะดือให้เช็ดทำความสะอาดด้วย Alcohol 70% เช็ดจากโคนสะดือไปปลายสะดือวันละ 1 - 2 ครั้ง จนกว่าสายสะดือจะหลุด พร้อมทั้งสังเกตอาการอักเสบ บวม แดง หรือมีสารคัดหลั่ง ซึมออกมา

4. ทำความสะอาดร่างกายอาบน้ำด้วยน้ำอุ่นวันละ 2 ครั้ง เช็ดตัวให้แห้ง เช็ดตาทั้งสองข้าง ด้วยสำลี 2 ก้อน ชุบ 0.9% Normal saline solution หรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง โดยเช็ดจากหัวตาไปหางตา ไม่เช็ดย้อนไปมา

5. หลังทารกขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้งเช็ดทำความสะอาดให้แห้ง และเปลี่ยนผ้าอ้อมเพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค

6. วัคซีน HBV 0.5 ml ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Rectus lateralis ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น ปวดบวม มีไข้ต่ำ ๆ

7. วัคซีน BCG 0.1 ml ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ตามแผนการรักษาของแพทย์

8. กระตุ้นให้ทารกดูดนมทุก 2 - 3 ชั่วโมง เพื่อให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรคแก่ร่างกายทารก

การประเมินผล

บรรลุนิติประสงค์ ในวันที่ 2 ทารกดูดนมได้ปกติ ไม่มีอาการตาแฉะ สะดือแห้ง ไม่มี discharge หรือ bleed สัญญาณชีพ T = 36.9° C HR = 140 ครั้ง/นาที RR = 50 ครั้ง/นาที

คำแนะนำสำหรับมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเมื่อกลับบ้าน

1. การพักผ่อน ควรพักผ่อนให้เพียงพอและนอนตอนกลางวันประมาณ 1 - 2 ครั้ง ถ้าเป็นไปได้ควรนอนเวลาบุตรหลับ ทำงานบ้านเบา ๆ ได้แล้วค่อยเพิ่มขึ้นตามลำดับ

2. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหาร 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ อาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำชา กาแฟ อาหารหมักดอง

3. การทำความสะอาดของร่างกาย ควรอาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง สระผมได้ โดยระมัดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ กรณีแผลเปียกน้ำควรเปิดทำแผลทันทีที่สถานพยาบาลใกล้บ้านด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

4. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกควรทำความสะอาดด้วยสบู่ และน้ำสะอาดและล้างทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะอุจจาระ เช็ดให้แห้ง ถ้ายังมีน้ำคาวปลาควรเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง หรือเปลี่ยนก่อนเมื่อเปียกชุ่ม

5. การบริหารร่างกายควรบริหารร่างกาย เช่น กระดกปลายเท้า เกร็งหน้าท้องเบาๆ ยืดขาตรงยกปลายเท้าเหนือพื้นประมาณ 1 คืบ นาน 1 - 2 นาที เท้าที่จะทำไหว ไม่หักโหม



6. มารดาวางแผนครอบครัวโดยการคุมกำเนิดหลังโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 1 หลอด (Implanon) หลังคลอดเพื่อเว้นระยะห่างการมีบุตร อย่างน้อย 3 ปี จึงแนะนำการดูแลบริเวณท้องแขนที่ฝังยาคุมโดยให้พันผ้ายืด 24 ชั่วโมง ไม่ควรให้แผลเปียกน้ำ 7 วัน หรือจนกว่าแผลจะปิดสนิท สังเกตอาการปวด บวมแดงร้อน และสารคัดหลั่งบริเวณแขนที่ฝังยาคุมกำเนิด ส่วนอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ไม่มีเลือดประจำเดือนมาเลยหรือมีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอดในระยะ 3 เดือนแรก และเมื่อครบ 3 ปี ต้องมาเอายาฝังคุมกำเนิดออกได้ตามสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2553)

7. การตรวจหลังคลอดที่สถานบริการใกล้บ้าน เมื่อครบ 6 สัปดาห์ หลังคลอด

8. การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีได้หลัง 6 สัปดาห์หลังคลอดขึ้นไป เพื่อรอให้แผลที่เกิดจากการคลอดหายดี

คำแนะนำสำหรับทารก

1. แนะนำมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด โรคที่ต้นแขนซ้ายหลังจากฉีดแล้ว 10 - 14 วัน แนะนำไม่ให้บีบเค้นตุ่มที่ฉีดควรใช้น้ำต้มสุกเช็ด
2. สามารถอาบน้ำให้ลูกได้ เช็ดตัวให้แห้ง เช็ดตาด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว
3. รอบสายสะดือใช้แอลกอฮอล์เช็ดจนกว่าสะดือจะหลุดและแห้ง ภายใน 10 - 14 วัน หากรอบสายสะดือแดงแสดงว่าเกิดการอักเสบควรพามาพบแพทย์
4. แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ควรล้างมือทุกครั้งก่อนให้ทารกดูดนม (ชินษฐา เมฆกมล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2561)
5. แนะนำให้มารดาพาบุตรมาฉีดวัคซีนตรงตามนัดเมื่อบุตรอายุ 2 เดือน ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ตัวยก อีบี

สรุป

หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อยู่ระหว่างกำลังศึกษาเล่าเรียน ย่อมมีความเครียด ความวิตกกังวลมากกว่า หญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และมากกว่าครึ่ง มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด ทำให้การปรับบทบาทของมารดาหลังคลอดมีโอกาสำเร็จได้ยากกว่าในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป พยาบาลจึงควรส่งเสริมการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ดูแลและเป็นเพื่อนช่วยแก้ปัญหา โดยประสานผู้ร่วมดูแลได้แก่ ผู้ปกครอง สถานศึกษา และชุมชนสังคม ให้ยอมรับและให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เพื่อให้มีกำลังใจ ด้วยการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความภาคภูมิใจในการเป็นมารดา และไม่ลี้มทิ้งอนาคตการศึกษาซึ่งสามารถต่อยอดการประกอบอาชีพและเป็นแหล่งรายได้ในอนาคต สำหรับมารดา รายนี้ ประสบการณ์การเป็นมารดาครั้งแรกและจำเป็นต้องผ่าตัดคลอดบุตรส่งผลทำให้หญิงขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย เพราะกลัวความเจ็บปวด ขาดความมั่นใจในการ



เลี้ยงดูทารก ดังนั้น ในระยะหลังคลอดควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการเลี้ยงดูบุตรเพื่อส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาจนกระทั่งมารดาดูแลตนเองและบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา เมฆกมล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 69-77.
- ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2553). หลอดเดียว...ก็คุมอยู่. เรียกใช้เมื่อ 18 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/epl/articledetail.asp?id=329>
- นวลอนงค์ วงศ์ขันแก้ว และคณะ. (2564). อายุมารดากับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลแพร่. Journal of the Phrae Hospital, 29(1), 1-15.
- นันทนา แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา ปริสัณญกุล. (2558). การพยาบาลในระยะคลอด:แนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. (2554). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่10). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- Srinon,R. (2015). A causal model of well-being among grandmothers raising grandchildren of their adolescent daughters. In Doctoral dissertation, Philosophy (Nursing Science), Faculty of Nursing. Burapha University.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2015). ituation analysis of adolescent pregnancy in Thailand. Retrieved July 18, 2021, from <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/situation-analysis-adolescent-pregnancy-thailand-synthesis-report-2015>
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). A Situation analysis of adolescence in Thailand 2015- 2016. Retrieved July 15, 2021, from <https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-08/adolescent-situation-analysis-thailand-en.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2017). Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. Retrieved July 15, 2021, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258504/1/WHO-FWC-NMC-17.3-eng.pdf?ua=1>