

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา

Nursing Care for Postpartum Mothers with Preeclampsia with Severe Feature: Case Study

Received : July 16, 2020

Revised : November 30, 2020

Accepted : December 13, 2020

พัชราภรณ์ เจียรนัยธนะกิจ, พย.ม. (Patcharaporn Jearanaithanakit, M.N.S)^{1*}

บทคัดย่อ

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและส่งผลกระทบต่อ
ภาวะสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิดมากที่สุดอย่างหนึ่ง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยผ่านกรณีศึกษา 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสูติ
กรรมแห่งหนึ่ง โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการวิจัย: เป็นกรณีศึกษามารดาหลังคลอด 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
โดยนำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลที่สำคัญโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก

ผลการวิจัย: มารดาหลังคลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลและการรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่
อาจเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ บทเรียนจากกรณีศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบอาการ
การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลที่มีความแตกต่างกันตามปัญหา อาการ อาการแสดงและปัจจัยส่วนบุคคล
ในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

คำสำคัญ: การพยาบาลมารดาหลังคลอด, ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง, มารดาหลังคลอด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยสูติกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

(Professional Nurse, Obstetric Ward, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author)

E-mail: patchaj99@gmail.com

Abstract

Preeclampsia with severe feature in postpartum mother is one of the most dangerous
complication for mothers and their babies.

Objective: This study intended to share knowledge of general information, nursing diagnosis
and nursing care of postpartum mother who had preeclampsia with severe feature admitted in an
obstetric ward, Khon Kaen Hospital.

Method: Two cases of postpartum mother diagnosed as preeclampsia with severe feature were explored closely to present nursing diagnosis and significant nursing care provided using nursing process.

Results: Both of the postpartum mothers received the effective care to prevent complications of preeclampsia with severe feature. The lesson learned from this study demonstrated nursing diagnosis and nursing care for postpartum mother who had preeclampsia with severe feature. Nursing diagnosis and nursing care provided for the each case were different based on the problems, signs, symptoms, and personal factors of the postpartum mothers.

Keywords: postpartum nursing care, preeclampsia with severe feature, postpartum mother

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของมารดาและทารกทั่วโลก รองลงมาจากการตกเลือดและการติดเชื้อ (WHO, 2020) มีรายงานพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 5-10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด (Cunningham et al., 2014) จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 พบว่าประเทศไทยมีมารดาเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด คิดเป็น 22.5 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเท่ากับ 2.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ผลกระทบจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงมีผลต่อร่างกายหลายระบบและอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis) เอนไซม์ตับสูงผิดปกติ (Elevated liver enzyme) และมีเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (life-threatening) และเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์

ระยะคลอด หรือในระยะหลังคลอด ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย (ปริยา แก้วพิมล, 2558) และภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักได้ พบร้อยละ 25 (Ross, 2016) ซึ่งภาวะชักนี้สามารถพบได้ถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอด (Pillitteri, 2014) ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง และการสลับเคสอาหารขณะชัก (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2555) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงยังมีผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ที่สำคัญโดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวจากการที่มีปริมาณเลือดดำที่ไหลกลับเข้าหัวใจห้องขวาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดและปอดคั่งน้ำจากการที่หลอดเลือดของปอดตีบ

ภายหลังคลอดมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอาจมีภาวะน้ำท่วมปอด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และจากยาที่ใช้บ่อยอาจทำให้เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปฏิกริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก และการหดตัวของหลอดเลือด (รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชา ลีวรรณ, 2563) ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันโรคที่รุนแรงขึ้น และเพื่อให้การช่วยเหลืออย่าง

ทันทั่วทั้ง (สุมิตรา สว่างทุกข์, 2558) โดยระดับความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด (Perry et al., 2012)

หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่นใช้แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงโดยจะมีการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเมื่อแรกเริ่ม และประเมินเป็นระยะในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ อาการนำก่อนการชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เป็นต้น รวมทั้งการประเมินอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ชัก (Eclampsia) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะ HELLP syndrome เป็นต้น การดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักที่สำคัญคือ การดูแลให้ยา $MgSO_4$ ซึ่งยานี้ต้องระมัดระวังและดูแลใกล้ชิดเนื่องจาก มีฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อนวูบวาบ มีฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวซึ่งจะมีผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี ตกเลือดได้ง่ายในระยะหลังคลอด ยานี้ขับออกทางปัสสาวะ หากระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินระดับการรักษา (4-7 mEq หรือ 4.8-8.4 มก./ดล. หรือ 2.0-3.5 mmol/L) จะไปกดการหายใจ และถ้าสูงมาก (10-13 mEq) จะกีดการทำงานของหัวใจจึงนับว่าเป็นยาอันตราย นอกจากนี้ต้องเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดโดยการบันทึกชีพจร อัตราหายใจ ความดันโลหิต ปัสสาวะทุกชั่วโมง และ Deep tendon reflex (DTR) ทุก 4 ชั่วโมง จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ. 2560 -2562 (โรงพยาบาลขอนแก่น, 2562) พบมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ร้อยละ 2.22, 2.89 และ 0.79 ตามลำดับ จากสถิติถึงแม้ว่าพบว่ามีจำนวนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนลดลง แต่พบว่ามีอาการรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ พบภาวะ HELLP syndrome จำนวน 17 ราย น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) จำนวน 3 ราย และชัก (Eclampsia) จำนวน 1 ราย

จากการศึกษาบริบทของหอผู้ป่วยสูติกรรมพบว่ามีการหมุนเวียนพยาบาลใหม่เข้ามาในหน่วยงานมาก คิดเป็นอัตราส่วนพยาบาลระดับ Novice ร้อยละ 30 ระดับ Advance beginner ร้อยละ 20 บุคลากรเหล่านั้นมีความรู้เชิงลึกและทักษะน้อย ขาดประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีประสบการณ์และการปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอดแตกต่างกัน จากการนิเทศของหัวหน้าหน่วยงานพบการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่ไม่ครอบคลุม ทำให้มีการระบุปัญหาของมารดาหลังคลอดไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนการพยาบาลที่ตรงกับปัญหาที่เป็นจริง ซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเหล่านี้ต้องการการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนจากการทบทวนวรรณกรรมมีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ และในระยะคลอดเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษามารดาในระยะหลังคลอด ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้กรณีศึกษาซึ่งพบจำนวน 2 ราย เพื่อนำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการพยาบาลเพื่อเป็นตัวอย่างในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงให้ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมให้มีความครอบคลุมกาย จิต สังคม ในการศึกษาข้อมูลทั่วไป ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (พรศิริ พันธสี, 2562)

4. วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งพบจำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอด โดยข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

4.1 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา รายละเอียดในการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับของการศึกษา ความสมัครใจของกรณีศึกษาซึ่งสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาและการพยาบาลตามปกติและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สถานภาพ/อายุ	หญิงไทยคู่/อายุ 21 ปี	หญิงไทยคู่/อายุ 33 ปี
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	อนุปริญญา
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	ค้าขาย
ที่อยู่	อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น	อ.เมือง จ.ขอนแก่น

5.1.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย

พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยฉุกเฉินปี ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบันทั้งสองรายฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรก ในระหว่างฝากครรภ์ ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตามัว พบอัลบูมินในปัสสาวะทั้งสองราย การเจ็บป่วยปัจจุบัน รายที่ 1 มีอาการและอาการแสดงของน้ำท่วมปอด กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการฉุกเฉินปี ปวดศีรษะ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ครรภ์แรกคลอดปกติ

5. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

5.1 ผลการวิจัย

ผลการศึกษานำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ในด้านสถานภาพพบว่ามีความแตกต่างกันอยู่บ้างในด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 กรณีศึกษาที่ 1 จบระดับมัธยมศึกษา กรณีศึกษาที่ 2 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ส่วนอาชีพพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาชีพรับจ้าง กรณีศึกษาที่ 2 มีอาชีพค้าขาย และกรณีศึกษาที่ 1 อาศัยอยู่ต่างอำเภอ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 อาศัยในเขตเมือง (ตารางที่ 1)

ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดคลอดก่อนกำหนดทารกมีภาวะ IUGR (Intrauterine Growth Retardation) และมารดามีประวัติเป็น SLE (Systemic Lupus Erythematosus) ซึ่งมีภาวะไตอักเสบเรื้อรัง (Lupus nephritis) ส่วนการคลอดพบว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอดเหมือนกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 คลอดปกติ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ และการคลอด จำแนกตามกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่นำมา โรงพยาบาล	เหนื่อย นอนราบไม่ได้ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	จุกแน่นลิ้นปี่ ปวดท้องถ่ายเหลว 2 ครั้ง ก่อนมา โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 30 นาที
ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน	ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8 สัปดาห์ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ระหว่างฝากครรภ์ความ ดันโลหิต 113/70-128/88 มิลลิเมตรปรอท ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ 1+ ถึง 2+ ไม่มี อาการปวดศีรษะหรือตามัว	ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 14 ⁺² สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้งระหว่างฝากครรภ์ ความดันโลหิต 109/66-128/88 มิลลิเมตร ปรอท ตรวจพบอัลบูมินในปัสสาวะ 2+ ถึง 3+ ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตามัว
ประวัติการตั้งครรภ์/การ คลอด/การเจ็บป่วยในอดีต	ครรภ์ที่ 1 คลอดปกติครบกำหนด น้ำหนัก 2,800 กรัม ปัจจุบันบุตรอายุ 3 ปี แข็งแรง	ครรภ์ที่ 1 cesarean section with preterm with severe IUGR with oligohydramnios น้ำหนัก 1,030 กรัม ปัจจุบันบุตรอายุ 5 ปี มารดาป่วยเป็น SLE LN (Lupus nephritis) 12 ปี รักษาต่อเนื่อง
การเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาคลินิกด้วยอาการบวมที่ขา 2 ข้าง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุกแน่นยอดอก คลินิกแนะนำให้มารักษาตัวที่โรงพยาบาล มาถึงที่โรงพยาบาลชุมชนตรวจพบความดันโลหิต 140/100-148/100 มิลลิเมตรปรอท พบโปรตีน ในปัสสาวะ (Urine protein) 3+ จึงให้นอน รักษา และ 1 วันก่อนมีอาการเหนื่อยหอบมาก ขึ้น นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/ นาที ปัสสาวะไม่ออก ตรวจพบความดันโลหิต 160/110 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเส้นเลือด (SPO ₂) 91% ฟังปอดมี เสียงฮืด (rhonchi) ทั้ง 2 ข้าง	10 วันก่อนมีอาการบวมที่มือและขาทั้งสอง ข้างจึงมาโรงพยาบาล ต่อมามีอาการปวดจุก แน่นลิ้นปี่ ร้าวไปด้านหลัง มีอาการปวด ศีรษะ ไม่มีอาการตามัว ไม่มีอาการหายใจ หอบเหนื่อย ความดันโลหิต 231/120 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ม่านตาขยายเท่ากัน ทั้งสองข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ
ภาวะสุขภาพก่อนรับไว้ใน ความดูแล	G2P1A0L1 GA 33 ⁺⁶ wks แรกรับที่ห้องคลอด มารดามีอาการเหนื่อยหอบอัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดมีเสียงกรอบแกรบ (course crepitation) ทั้งสองข้างและมีเสมหะ เป็นฟอง (frothy sputum) ขณะ on O ₂ mask 10 ลิตร/นาที วัด O ₂ sat 80% จึงได้ on endotracheal tube หลังจากนั้นวัด O ₂ sat ได้ 99% มารดามีความก้าวหน้าของการคลอด	G2P1A0L1 GA 32 ⁺¹ wks แรกรับที่ห้อง คลอดมารดามีอาการปวดศีรษะ อาการจุก แน่นใต้ลิ้นปี่ลดลง ไม่มีตาพร่ามัว ความดัน โลหิต 181/93 มิลลิเมตรปรอท ตรวจการ ทำงานของรีเฟรกซ์ 2+ ปัสสาวะสีเหลืองใส มดลูกไม่หดรัดตัว แพทย์พิจารณาให้คลอด เนื่องจากค่าเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้น และ ปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ค่าการทำงานของไต ผิดปกติ จึงเตรียมผ่าตัดคลอด
การคลอด	GA 33 ⁺⁶ wks. คลอดปกติมีการฝึกหายใจช่องทาง คลอดระดับ 1 เสียเลือด 100 มล.	GA 32 ⁺¹ wks. ผ่าตัดคลอดด่วน

ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพระยะวิกฤต 2) ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู และ 3) ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย โดยพบว่าในช่วงภาวะสุขภาพระยะวิกฤต กรณีศึกษาที่ 1 มีน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ส่วนกรณีที่ 2 เกิดอาการของ HELLP syndrome ในช่วงภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟูพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ภาวะน้ำท่วมปอดดีขึ้น แต่ Hct ต่ำลง

ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีความไม่สมดุลของน้ำในร่างกาย ทำให้ยังไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หลังจากได้ยาขับปัสสาวะและมีการควบคุมปริมาณน้ำเข้าและออกอาการจึงดีขึ้นตามลำดับ ส่วนแผลผ่าตัดหน้าท้องเริ่มมีน้ำเหลืองซึม และในภาวะสุขภาพระยะจำหน่ายพบว่าทั้งสองกรณีศึกษาอาการดีขึ้นตามลำดับไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือเจ็บยอดอก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพหลังคลอดจำแนกตามกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ภาวะสุขภาพระยะวิกฤต	On endotracheal tube ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที PCU mode, PEER 4, FiO ₂ 0.6, O ₂ sat 100%, tidal volume 500 มล. ปัสสาวะออกน้อย ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุดแฉกนัยยอก ได้รับยาแก้ปวด (MgSO ₄) ทางหลอดเลือดดำ มดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดเป็นฝอยน้อย 1 ฝอย วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/68 มิลลิเมตรปรอท	On carina PCV mode PS 8, I:E 1:2 FiO ₂ 0.4 อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ใบหน้าและเปลือกตาบวม ไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตามัว ได้รับยาแก้ปวด (MgSO ₄) ทางหลอดเลือดดำ ไม่มีเลือดซึมจากแผลผ่าตัด มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นฝอยน้อย 1 ฝอยไม่ซึม Hct 55 % ปัสสาวะออกน้อย และค่าแมกนีเซียม 7.1 มิลลิโมล/ลิตร ชีพจร 96-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/97-155/110 มิลลิเมตรปรอท พบรอยจ้ำเลือดกระจายบริเวณต้นขาและสะโพกทั้งสองข้าง ผล Platelet 40,000 cell/microliter
ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู	ตลอดระยะเวลาหลังคลอด 5 วันมารดาหายใจได้ดีขึ้นเรื่อยๆ Lung: clear ไม่มีอาการเหนื่อยหอบจึงได้ On O ₂ Tpiece และสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ และได้ on O ₂ mask with bag 10 ลิตร/นาที ปัสสาวะออกสมดุกับปริมาณน้ำเข้า มารดาไม่มีอาการปวดศีรษะ ตามัว หรือจุดแฉกนัยยอก สามารถลดความดันโลหิตและยาแก้ปวดได้ มีอาการปวดฝีเย็บได้รับยาบรรเทาอาการปวดเป็นมอร์ฟีนทางหลอดเลือดดำ 3 มิลลิกรัม อาการทุเลาปวดค่าคะแนนความปวดเท่ากับ 2 มดลูกหดรัดตัวดีวัดระดับยอมนมลดลงวันละ 1 นิ้ว ปริมาณน้ำคาวปลาลดลง วันที่ 3 หลังคลอดมารดาไม่ทำทางอ่อนเพลีย ยังมีน้ำคาวปลาออกทางช่องคลอดประมาณ 20 มล. Hct 22.2 %,	หลังคลอดวันที่ 2 มารดามีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 25-28 ครั้ง/นาที O ₂ Sat 93% ฟังปอดได้ยินเสียงฟังเสียงปอดมีเสียงกรอบแกรบ ดูแล on ventilator PC/AC เปลี่ยน mode Pi18 PEEP 5 FiO ₂ 0.5 ให้เกล็ดเลือด ปริมาณน้ำเข้าและออกสมดุ หลังจากรักษาอาการเหนื่อยหอบดีขึ้นจึงหย่าเครื่องช่วยหายใจตรวจพบมารดามีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) จึง consult cardiologist ให้ส่งทำ Echo ผลเป็น Hypertension heart disease หลังคลอดวันที่ 7 แผลผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึมชุ่มผ้าก๊อชจำนวนมาก ไม่มีเลือดออก Albumin 2.2 กรัม/ดล.

ตารางที่ 3 ภาวะสุขภาพหลังคลอดจำแนกตามกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	Hb 6.9 กรัม/ดล. แพทย์ให้จองเลือดไว้ 2 ยูนิต และได้ส่วนประกอบของเลือดมาให้ และได้นัดติดตาม CBC อีก 2 สัปดาห์	จึงเพิ่มไข่ขาว 2 ฟอง/มื้อ จนกระทั่ง serum จากแผลลดลงวันที่ 11 จึงได้ off staple แผลดี
ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย	ก่อนกลับบ้านมารดาหลังคลอดไม่มีไข้ ไม่มีอาการหน้ามืด จุกแน่นยอดอก ไม่วิงเวียน ปริมาณน้ำเข้าร่างกาย 2,200 มล. ปริมาณน้ำออกจากร่างกาย 3,600 มล. วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท	ก่อนกลับบ้านไม่มีอาการปวดศีรษะหรือตา มัว บวมลดลง แผลมีน้ำเหลืองซึมเล็กน้อย ทำแผลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน มียาปฏิชีวนะรับประทาน
ระยะวันนอนในโรงพยาบาล (LOS)	4 วัน	12 วัน

5.1.3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินมารดาหลังคลอด เพื่อการดูแลในระยะต่างๆ พบข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่จัดเป็นกลุ่มได้ 3 ระยะ ดังนี้ **ระยะวิกฤต** ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และ 2) เสี่ยงต่อภาวะช้ำ **ระยะฟื้นฟู** ได้แก่

1) เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และ 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล **ระยะจำหน่าย** ได้แก่ 1) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร 2) ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำแนกตามกรณีศึกษา

	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะวิกฤต	1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากภาวะ pulmonary edema 2. มีโอกาสช้ำเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง	1. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากความดันโลหิตสูงและภาวะ HELLP syndrome 2. มีโอกาสช้ำเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
ระยะฟื้นฟู	3. มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการได้รับยา MgSO ₄ 4. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลฝีเย็บ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลฝีเย็บ	3. มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการได้รับยา MgSO ₄ 4. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
ระยะจำหน่าย	6. ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง	6. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตรเนื่องจากบุตรต้องแยกไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด

5.1.4 ผลลัพธ์การพยาบาล

ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการรักษาตามระยะของการเจ็บป่วยจนผลลัพธ์การพยาบาลทุกปัญหาได้รับการ

แก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษาที่ 1 มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วกว่ากรณีศึกษาที่ 2 เนื่องจาก กรณีศึกษาที่ 2 มีการอักเสบของไตเรื้อรังจากโรค SLE อยู่ก่อน ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์การพยาบาลจำแนกตามกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
มีภาวะพร่องออกซิเจน	หายใจได้เองโดยไม่ต้องพึ่งออกซิเจน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O ₂ Sat 95-98%	หายใจตามเครื่องช่วยหายใจได้ ไม่มีเสียงผิดปกติในปอด อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O ₂ Sat 95-98%
มีโอกาสดึงดูดการชัก	ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และไม่เกิดภาวะชัก ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท	ไม่มีอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ และไม่เกิดภาวะชัก ความดันโลหิต 116/75-143/89 มิลลิเมตรปรอท
มีโอกาสดึงดูดหลังคลอด	มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด	ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
มีโอกาสดึงดูดการติดเชื้อ	แผลไม่มีบวม แดง หรือเป็นหนอง แผลไม่มี discharge ซึม น้ำควาปลาสีแดงจางลงเรื่อยๆ ปริมาณลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส	น้ำเหลืองจากแผลลดลง หลัง off staple แผลติดดีแต่ยังมี Stitch ที่ 4 ที่ยังมี Discharge บ้างเล็กน้อย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล	สีหน้าสดชื่น Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน ลูกลงจากเตียงได้เมื่อกระตุ้น ambulation	สีหน้าสดชื่น และไม่บ่นเจ็บปวดแผลผ่าตัด ระดับความปวดลดลง Pain score เท่ากับ 3 คะแนน
วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร	ไม่แสดงสีหน้าวิตกกังวล ทารกอยู่กับมารดา	มารดาไม่มีภาวะวิตกกังวล มีกำลังใจที่ดี เนื่องจากมีสามีมาคอยดูแล มีความพยายาม นวดเต้านม และปั๊มน้ำนมไปให้ทารก

5.2 อภิปรายผล

จากข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาล มารดาหลังคลอด นำมาอภิปรายตามประเด็นเป็นหัวข้อ ดังนี้

5.2.1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปพบว่าสถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ทั้ง 2 กรณีศึกษามีความแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอายุน้อยกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ซึ่งพบว่ามารดาที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี จะมีความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) อาการและอาการ

แสดงพบว่ากรณีศึกษาที่ 2 เกิดความรุนแรงของโรคมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาจเนื่องมาจากกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติการเป็นโรค SLE เป็นระยะเวลา 12 ปี ซึ่งมีผลทำให้ไตอักเสบเรื้อรังและการที่ไตอักเสบจากกลุ่มปัสทำให้มีโอกาสดึงดูดเป็น preeclampsia สูงขึ้น อีกทั้งการได้รับยา prednisolone ต่อเนื่องจึงอาจทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและภาวะความดันโลหิตสูง ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบบ่อยได้แก่ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Sansiripan, & Beacuang, 2012) อาจเกิดการคลอดก่อนกำหนดหรือต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษา ส่วนการรักษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีการวางแผนการคลอดที่มีความแตกต่างเนื่องจากภาวะความรุนแรงของโรคที่มี

ความแตกต่างกัน โดยในกรณีศึกษาครั้งที่ 2 เกิดภาวะ HELLP syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตอาจทำให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์จึงได้พิจารณาผ่าตัดคลอด ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับยาลดความดันโลหิตและยาป้องกันการชัก

5.2.2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1) มีภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะ pulmonary edema อธิบายได้ว่าการเกิด generalized vasospasm ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และจะมี plasma albumin ลดลงเนื่องมาจากการรั่วของโปรตีนออกมาทางปัสสาวะ จึงทำให้มีการลดลงของแรงดันในน้ำเลือด (plasma osmotic pressure) น้ำในระบบไหลเวียนเลือดถูกดึงมาอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์เกิดการคั่งของน้ำในเนื้อเยื่อของปอด ทำให้เกิดภาวะปอดบวม น้ำ อีกทั้งยังส่งผลให้ intravascular volume ลดลงทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) ให้การพยาบาลโดยจัดทำให้นอนศีรษะสูง ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การติดตามผลค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การควบคุมความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ทั้ง 2 กรณีศึกษาในระยะแรกมีความไม่สมดุลของปริมาณสารน้ำที่ได้รับและการขับออก ในมารดาหลังคลอดกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการหายใจเหนื่อยหอบในวันที่ 3 หลังคลอดและมีอาการบวมบริเวณใบหน้าและแขนขา ความเข้มข้นของเลือดสูง (Hct 55 %) ได้รับการดูแลรักษาจนกระทั่งทั้ง 2 กรณีศึกษาได้สารน้ำเพียงพอ ทำให้หายใจได้ดีขึ้นจนสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ในที่สุด

2) มีโอกาสชักเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง อธิบายได้ว่าน่าจะเกิดจากอาการของความดันโลหิตสูงรบกวนการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) หรืออาจเกิดจากการบาดเจ็บที่สมองจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) (Cunningham et al, 2014) หรือการขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งเกิดจากการหดเกร็งของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สมองส่วนหลังซึ่งน่าจะ

เป็นสาเหตุของอาการตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน (Sibai, 2011) ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงของมารดาหลังคลอดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการชักพบได้ร้อยละ 25 (Ross, 2016) จึงได้วางแผนให้การพยาบาลโดยการควบคุมความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องจนความดันโลหิตคงที่ เฝ้าระวังและการสังเกตอาการนำก่อนการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะรุนแรงบริเวณท้ายทอยและขมับทั้งสองข้าง รู้สึกหนักตื้อๆที่ศีรษะ มึนงง ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน จุกหรือเจ็บบริเวณใต้ลิ้น ปัสสาวะขุ่นขาว ดูแลให้ได้รับยาแก้ชัก ($MgSO_4$) ตามแผนการรักษา ดูแลด้านอารมณ์ให้ผ่อนคลาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน ให้การพยาบาลโดยไม่รบกวนการพักผ่อนของมารดาหลังคลอด ทั้ง 2 กรณีศึกษาไม่มีอาการชัก

3) มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการได้รับยา $MgSO_4$ ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกไม่ดีพบว่าเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 70 (Devendra, Seema and Kammappa, 2015) ให้การพยาบาลโดยดูแลให้สารน้ำและยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก (syntocinon) ตามแผนการรักษา วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการและอาการแสดงของการตกเลือดสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาที่ 1 คลอดปกติ แผลฝีเย็บฉีกขาดระดับ 1 เสียเลือดประมาณ 100 มล. และมี retroplacenta blood clot 100 มล. จากภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและจาก precipitate labour มดลูกหดตัวดี Hct 22.2 %, Hb 6.9 กรัม/ดล. ได้ตามส่วนประกอบของเลือดมาให้ และได้นัดติดตาม CBC 2 สัปดาห์ถัดมา

4) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลในตำแหน่งที่รกเกาะ จะเป็นแผลที่ยกตัวขึ้นเป็นสีแดงคล้ำผิวหน้าของแผลที่รกเกาะจะเป็นตุ่มเล็กๆ ที่เกิดจากเส้นเลือดมากมายภายในเป็น thrombi อุดอยู่ซึ่งเป็นแหล่งเพาะเชื้อที่ดีของเชื้อโรค และการที่มีบาดแผลเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย (นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2561) และมีแผลผ่าตัด ให้การ

พยาบาลโดยทำความสะอาดแผล สังเกตลักษณะของแผล แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพโดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีศึกษาที่ 1 คลอดทางช่องคลอดไม่มีอาการปวดท้อง มดลูกหดตัวดี ไม่มีอาการปวดแผลฝีเย็บ ไม่มีไข้ ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติการรับประทานยาสเตียรอยด์เพื่อรักษาภาวะ SLE ในระหว่างนอนรักษาที่โรงพยาบาลมีไข้ แผลผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึมประมาณ 2 วัน ได้ให้ยาปฏิชีวนะจนครบ 10 วัน และได้นัดมาดูแลหลังจำหน่าย 5 วัน แผลแห้งดีไม่มีไข้ ทั้งสองรายไม่มีการติดเชื้อ

5) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด อธิบายได้ว่าการผ่าตัดหรือการเกิดบาดแผลทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อและเส้นประสาทโดยตรง เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจะปล่อยสารเคมี เช่น โพรสตาแกลนดิน อิฐู ฮิสตามีน ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจะเป็นเฉพาะที่บริเวณเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ สารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อการเจ็บปวดมากขึ้น ให้การพยาบาลโดยการให้ยา morphine ตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมและจัดท่านอนให้สุขสบาย ประคบเย็นบริเวณที่มีอาการปวดแนะนำการหายใจแบบผ่อนคลาย และพูดคุยให้กำลังใจ ประเมินค่าคะแนนความปวดด้วย numeric scale ร่วมกับการสอบถามลักษณะอาการปวด ระยะเวลา และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ปวดเพิ่มขึ้น ทั้ง 2 กรณีศึกษาทุเลาอาการปวด คะแนนความปวดลดลงเป็น 1-2/10 คะแนน

6) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร อธิบายได้ว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติอย่างหนึ่งที่พบได้เป็นปกติในมนุษย์เพื่อเตรียมพร้อมในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ โดยแสดงออกทั้งในทางความคิดและความรู้สึก สอดคล้องกับการศึกษาของณัชนันท์ ชีวานนท์ และ

คณะ (2562) พบว่าลักษณะความทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยจะแสดงออกโดยมีความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศกเสียใจ นอนไม่หลับ และไม่ยอมรับประทานอาหาร ให้การพยาบาลโดยเปิดโอกาสให้มารดาและญาติได้สอบถามอาการของบุตร แนะนำและอธิบายเรื่องแผนการรักษา ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด รวมทั้งกระตุ้นการนวดบีบเต้านมเพื่อส่งเสริมให้มารดานำนมไปให้ทารก กรณีศึกษาที่ 2 มีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีกำลังใจที่จะนวดกระตุ้นและบีบนมไปให้ทารก

5.2.3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการรักษาตามระยะของการเจ็บป่วยจนผลลัพธ์การพยาบาลทุกปัญหาได้รับการแก้ไขจนภาวะสุขภาพดีขึ้นตามลำดับ กรณีศึกษาที่ 1 มีการฟื้นฟูสภาพได้รวดเร็วกว่ากรณีศึกษาที่ 2 อาจเนื่องมาจากกรณีศึกษาที่ 2 มีประวัติเป็น SLE NL (Systemic Lupus Erythematosus, Nephritis Lupus) ซึ่งโรคนี้เป็นโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Lupus Nephritis นั้นถือว่าเป็นสัญญาณอันตรายเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิด adverse outcomes มากกว่าและรุนแรงมากกว่า และมักเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Clowse et al, 2005 อ้างถึงใน สิฐนันท์ ธนินทรานนท์ และ ภูติศ เจต๊ะวรรณ, 2560)

6. สรุปและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุป

กรณีศึกษา 2 รายนี้พบว่า สถานภาพอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ มีความแตกต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มาด้วยอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาด้วยจุดแน่นลิ้นปี่ ปวดท้อง ถ่ายเหลว ที่เหมือนกันคือฝากครรภ์ตั้งแต่ในช่วงไตรมาสแรก ระหว่างฝากครรภ์ทั้งสองกรณีศึกษาไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือตามัว กรณีศึกษารายที่ 2

มีผลการตรวจ Urine albumin มากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 อาจเนื่องมาจากเป็นโรคอ้วนเรื้อรังจากโรค SLE อยู่แล้ว ทั้งสองกรณีศึกษาได้รับการยุติการตั้งครรภ์ก่อนครบกำหนดคลอด ภาวะสุขภาพหลังคลอด แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพระยะวิกฤต 2) ภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟู และ 3) ภาวะสุขภาพระยะจำหน่าย โดยพบว่าในช่วงภาวะสุขภาพระยะวิกฤตทั้งสองกรณีศึกษามีน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ส่วนรายที่ 2 มีความผิดปกติที่เรียกว่า HELLP syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่คุกคามชีวิต ในช่วงภาวะสุขภาพระยะฟื้นฟูพบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ภาวะน้ำท่วมปอดดีขึ้น แต่ Hct ต่ำลง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีความไม่สมดุลของน้ำในร่างกายทำให้ยาเครื่องช่วยหายใจได้เข้า หลังจากมีการควบคุมปริมาณน้ำเข้าและออกอาการจึงดีขึ้นตามลำดับ ส่วนผลผ่าตัดหน้าท้องมี serum ซึม และในระยะจำหน่ายพบว่าทั้งสองกรณีศึกษาอาการดีขึ้นตามลำดับความดันโลหิตกลับคืนสู่ภาวะปกติ ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไข

6.2 ข้อเสนอแนะ

6.2.1 ใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

6.2.2 ใช้เป็นกรณีตัวอย่างในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

6.2.3 นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่นักศึกษาในการให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

7. เอกสารอ้างอิง

1. ณัชนันท์ ชีวานนท์ และคณะ. (2562). ความทุกข์ทรมานของมารดาที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 112-115.
2. นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (2561). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: บริษัทสมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.
3. ปรียา แก้วพิมล. (2558). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน *เยาวเรศ สมทรัพย์ (บรรณาธิการ), การผดุงครรภ์เล่ม 1*. สงขลา: หาดใหญ่ เบสท์เซลส์แอนด์ เซอร์วิส.
4. พรศิริ พันธสี. (2562). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
5. รังสรรค์ เดชนันทพิพัฒน์ และสุชา ลือวรรณ. (2563). *ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertension in pregnancy)*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
6. โรงพยาบาลขอนแก่น. (2562). *ทะเบียนผู้ป่วยงานห้องคลอดปี 2560-2562*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
7. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 12). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
8. สิริณันท์ ธนินทรานนท์ และภูติศ เจต๊ะวรรณ. (2560). *Systemic lupus erythematosus in pregnancy*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2563, https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:systemic-lupus-erythematosus-sle-in-pregnancy&catid=45:topic-review&Itemid=561

9. สุมิตรา สว่างทุกข์. (2558). แนวโน้มที่ทันสมัยในการพยาบาลภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์, ใน วิบูลย์ เรื่องชัย นิคม และคณะ (บรรณาธิการ), *แนวทางปฏิบัติอย่างปลอดภัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนครีเอชั่นจำกัด.
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข อัตราการตาย*. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ.
11. Cunningham, F. G., et al., (2014). *Williams obstetrics* (24nd ed.). New York: McGraw Hill.
12. Devendra, B. N., Seema, K. B. and Kammappa, K. A. (2015). Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSRJDMS)*, 14(9): 8-11.
13. Perry, S. E. et al. (2012). *Clinical companion for maternity & newborn nursing* (2nded.). St. Louis: Mosby.
14. Pillitteri, A., (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7thed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.
15. Ross, M. G. (2016). *Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for Preeclampsia/Eclampsia, Multiorgan System Effects*. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. Retrieved April, 28 2016 from <http://emedicine.medscape.com/article/253960overview>.
16. Sansiripan, N., Beacuang, C. (2012). *Midwifery: Woman with complication*. Chiang Mai: Chiang Mai University.
17. Sibai, B. M. (2011). Hypertensive emergencies. In M. R. Foley, T. H. Strong, T. J. Garite, (Eds.). *Obstetric intensive care manual* (3rded.) (pp. 49-60). New York: McGraw Hill.
18. World Health Organization. (2020). *Maternal mortality*. Retrieved October, 11, 2020 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.