

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

นางสาวปาริ พิริยะอุดมพร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตในครรภ์ เกิดความพิการแต่กำเนิด ทารกอาจมีน้ำหนักตัวมากทำให้คลอดลำบากและมีโอกาสเกิดอันตรายระหว่างการคลอดได้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

รูปแบบการศึกษา:เป็นการศึกษารายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes , GDM) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 13 มิถุนายน 2566- 2 มีนาคม 2567

ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี G2P1A0 มาใช้บริการแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 10⁺ สัปดาห์ ความดันโลหิต 122/72 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 166 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 72 กิโลกรัม BMI 26.13 kg/m² นัดครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13⁺ สัปดาห์ Urine strip พบ Glucose 4+, Protein 2+, คัดกรองเบาหวานให้ glucose 50 gm GCT = 294 mg/dl. แพทย์วินิจฉัย G2P1A0L1 GDM A2 จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์เนื่องจากมารดาพร่องความรู้เรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีความวิตกกังวล ให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม โดยการให้ความรู้ สอน ฝึก ชี้แนะ สนับสนุน และให้กำลังใจ ประสานพยาบาลสุขภาพจิตในการให้คำปรึกษาคลายความวิตกกังวล ดูแลให้ได้รับการรักษาด้วย Humulin 70/30, หญิงตั้งครรภ์มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง FBS 98-120 mg/dl 2hr pp 110-135 mg/dl ไม่มีอาการติดเชื้อ ไม่มีภาวะครรภ์เป็นพิษแพทย์ เมื่อ GA 37⁺ Wks. คลอดโดย C/S due to Previous Cesarean Section **C** GDM A2 ทารกเพศชายน้ำหนัก 3,790 กรัม ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้งมารดาและทารก มารดาหลังคลอด plan diet Control และนัดติดตามภาวะเบาหวานหลังคลอดพร้อมตรวจหลังคลอด 1 เดือนการคุมกำเนิด DMPA ทุก 3 เดือน

สรุป : พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ มีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยต้องใช้กระบวนการทางการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรคต่อสุขภาพมารดาและทารก โดยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพต้องให้ความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเองของมารดาเกี่ยวกับการดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา และสามารถประเมินสภาพเพื่อดูแลตนเองของมารดาต่อไปได้

คำสำคัญ (Keywords) การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้น้ำตาลในกระแสเลือดสูง ส่งผลผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง ติดเชื้อ คลอดยาก ตกเลือดหลังคลอด แท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์ และทารกพิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์สามารถป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยวิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นวิธีที่สำคัญที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, 2562)

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะนี้ร้อยละ 7 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดหรือประมาณ 200,000 รายต่อปี อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาโดยเพิ่มจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 8.8-12 และพบว่าแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นนี้สัมพันธ์กับความอ้วนโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทันทีหลังคลอดถึงประมาณร้อยละ 10 ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 1-14 ขึ้นอยู่กับแต่ละสถานที่และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว, 2557)

จังหวัดนนทบุรีมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 2,337, 2,140 และ 1,999 รายตามลำดับ จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลปากเกร็ด มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ จำนวน 531, 431 และ 356 ตามลำดับ มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 231, 192 และ 156 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง GDM 34, 59, และ 46 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2566 พบร้อยละ 6.65 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และสถิติทารกตายในครรภ์จากมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลปากเกร็ด ปีงบประมาณ 2564 - 2566 เท่ากับร้อยละ 9.09, 7.69 และ 11.76 ตามลำดับ สถิติปีงบประมาณ 2567 ในไตรมาสแรก พบภาวะทารกตายในครรภ์จำนวน 1 ราย จากจำนวนมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งหมด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.33 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลปากเกร็ด, 2567) จะเห็นได้ว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรุนแรงต่อมารดาและทารกเป็นอย่างมาก พยาบาลจึงนำแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem D.E., 2011) มาประยุกต์ใช้ในระบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารกให้ดีที่สุด จากผลกระทบที่รุนแรงผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

วิธีดำเนินการศึกษา :

1. เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงด้วยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนยุ่งยากและซับซ้อนในขณะตั้งครรภ์
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์และประวัติการฝากครรภ์
3. ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความทางวิชาการ งานวิจัย การพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

4. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ค้นหาปัญหา ความต้องการ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ เกณฑ์การประเมิน กิจกรรมการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล และสรุปผลการศึกษา
5. รวบรวมและจัดทำเป็นกรณีศึกษา
6. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากกรณีศึกษา

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

ความหมายของโรค

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes, GDM) หมายถึงเบาหวานที่วินิจฉัยขณะตั้งครรภ์โรคเบาหวานเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ที่สำคัญในหญิงตั้งครรภ์ก่อให้เกิดอันตรายต่อทั้งมารดาและทารกนอกจากนี้การตั้งครรภ์เองก็ทำให้โรครุนแรงมากขึ้น อุบัติการณ์ของเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีประมาณร้อยละ 3-14 และพบมากขึ้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุมากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่จะเริ่มวินิจฉัยได้ตั้งแต่ต้นไตรมาสที่ 3 หรือช่วง 24-28 สัปดาห์ การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานจะช่วยให้อินซูลินโรค และให้การดูแลรักษาได้เร็วขึ้นการจำแนกเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (สุขยา ลีวรรณ, 2558)

1. เบาหวานที่วินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ (gestational DM)
2. เบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational /overt DM)

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM)สามารถแบ่งได้ 2 ชนิดตามระดับน้ำตาลในเลือด คือ

1. GDM A1 มีความผิดปกติของค่า OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) 2 ใน 3 ค่าปกติการรักษาโดยใช้การควบคุมอาหาร
2. GDM A2 การรักษานอกจากใช้การควบคุมอาหารแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการใช้อินซูลิน (Insulin) ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย ซึ่งจะส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยตรง

อันตรายต่อมารดาและทารก

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์ เช่นเสี่ยงภาวะครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of pregnancy) หัวใจโตตัวเหลือง หายใจลำบาก ระดับน้ำตาล, แคลเซียม, แมกนีเซียมต่ำการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากเกิดภาวะน้ำคร่ำมากผิดปกติเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น และมีโอกาสเป็นเบาหวานต่อไปในอนาคตได้ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดกับทารก เช่นความพิการแต่กำเนิดทารกเสี่ยงเสียชีวิตในครรภ์ ทารกมีขนาดตัวโตมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการคลอดได้ (สุขยา ลีวรรณ, 2558)

สาเหตุของทารกเสียชีวิตในครรภ์ (สุขยา ลีวรรณ, 2558)

ทารกเสียชีวิตในครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยๆ มักเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมของทารกเองทำให้ไม่สามารถเจริญเติบโตได้ส่วนการเสียชีวิตของทารกเมื่ออายุครรภ์มากแล้ว มักเป็นปัญหาจากเลือดไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพอ เช่น รกเสื่อม หรือการที่มารดามีโรคประจำตัวต่างๆ ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอสาเหตุแบ่งได้ใหญ่ๆ 3 กลุ่ม คือ

1. สาเหตุจากตัวมารดามีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเอสแอลอี (SLE) ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงทารกไม่เพียงพออายุมากอ้วนมากตั้งครรภ์ทารกหลายคน เช่น ครรภ์แฝดได้รับอุบัติเหตุ ต้มเหล้า สูบบุหรี่ และเสพยาเสพติด เป็นต้น
2. สาเหตุจากทารกมีความผิดปกติของโครโมโซมมีความพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง เช่น ที่หัวใจ ติดเชื้อในครรภ์ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction)การขาดออกซิเจนเรื้อรังเช่นจากรกเสื่อม

3. สาเหตุจากรก สายสะดือพันกันสายสะดือย้อยหรือโผล่แลบรกลอกตัวก่อนกำหนดรกเสื่อม เป็นต้น

พยาธิสรีรภาพของการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ขณะตั้งครรภ์รกมีการสร้างฮอร์โมน Human Placental Lactogen (HPL) ก่อให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) และเพิ่มการใช้พลังงานจากไขมันเพื่อสงวนพลังงานจากน้ำตาลนั้นไว้ให้กับทารกในครรภ์ ส่งผลให้ในการตั้งครรภ์ปกตินั้นจะตรวจพบว่ามีภาวะ fasting hypoglycemia และภาวะ postprandial hyperglycemia และภาวะ hyperinsulinemia ซึ่งฮอร์โมน human placental lactogen จะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุครรภ์และเพิ่มสูงในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์และสูงสุดที่ช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (ชญาดา เนตร์กระจำง, 2560)

อาการและการแสดงของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ทราบได้จากการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะและมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้และมีอาการรุนแรงขึ้นจะพบอาการและการแสดงได้แก่ ปัสสาวะมาก คอแห้ง กระหายน้ำ เลือดหนืดขึ้น หิวบ่อย น้ำหนักลด มีการสลายไขมันตามเนื้อเยื่อต่างๆ ใช้น้ำตาลเป็นพลังงานเกิดภาวะ Ketosis โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำอย่างมาก หายใจหอบลึก และลมหายใจมีกลิ่นคล้ายแอมโมเนีย มีไข้ กระวนกระวาย มีภาวะขาดน้ำรุนแรง อาจมีอาการปวดท้องท้องเดินและซีดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งหมดสติหากรักษาไม่ทันอาจเสียชีวิตได้ (ชญาดา เนตร์กระจำง, 2560)

การวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีที่ใช้ตรวจ 2 ขั้นตอน

เริ่มจากการตรวจ 50 gm oral glucose challenge test (50-gm GCT) ถ้าผิดปกติให้ตรวจต่อด้วย 100-gm oral glucose tolerance test (100-gm OGTT) หรือ 75-gm oral glucose tolerance test (75-gm OGTT) 100-gm oral glucose tolerance test (100-gm OGTT): ค่าปกติน้อยกว่า 95, 180, 155, 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับ FBS, 1-hr, 2-hr, 3-hr ตามลำดับ และจะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ถ้ามีค่าผิดปกติตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไป 75-gm oral glucose tolerance test (75-gm OGTT): ค่าปกติน้อยกว่า 92, 180, 153 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับ FBS, 1-hr, 2-hr ตามลำดับ และจะวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ถ้ามีค่าผิดปกติตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไป (American Diabetes Association, 2012)

แนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การควบคุมอาหาร

หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,800-2,000 กิโลแคลอรี โดยได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ไขมันร้อยละ 25-30 โปรตีนร้อยละ 20 โดยแบ่งสัดส่วนแคลอรีในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสมคงที่ และใกล้เคียงกันให้มากที่สุด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) แนะนำให้งดอาหารที่มีรสหวานจัด (สุชยา ลือวรรณ, 2558) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือก่อนรับประทานอาหารและก่อนนอนอยู่ระหว่าง 60-95 มก./ดล. หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 140 มก./ดล. และรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 120 มก./ดล. และในช่วง 02.00-04.00 น. ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 60 มก./ดล. ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ อาจพิจารณาเปลี่ยนการรักษาจาก ควบคุมอาหารเป็นการให้อินซูลินแทน (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

การใช้ยาอินซูลิน

แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยอินซูลินในรายที่ FBS มากกว่า 105 มก./ดล. ตั้งแต่แรกวินิจฉัย หรือในรายที่ควบคุมอาหารแล้ว FBS ยังมากกว่า 95 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชม. และ 2 ชม. มากกว่า 140 และ 120 มก./ดล. ตามลำดับ การให้อินซูลินใน GDM อาจให้วันละ 1-2 ครั้ง โดยใช้ ยาอินซูลินอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short-acting insulin) หรือ Regular insulin (RI) ร่วมกับอินซูลินอินซูลินออกฤทธิ์นานปานกลาง (Intermediate acting insulin) เช่น Neutral Protamine Hagedorm (NPH) ฉีดทางใต้ผิวหนัง (Subcutaneous) วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้าและเย็น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล FBS ให้อยู่ระหว่าง 60-90 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหาร 2 ชม. ต่ำกว่า 120 มก./ดล. หากจำเป็นอาจใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ควรเลือกใช้ Glibenclamide หรือ Metformin หรือใช้ Metformin ร่วมกับอินซูลิน ในกรณีที่ต้องใช้อินซูลินปริมาณสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

การออกกำลังกาย

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะช่วยให้กลูโคส ถูกนำไปใช้มากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ เช่น การทำโยคะและการเดินโดยต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 25 นาทีขึ้นไป/ครั้ง และชีพจร หลังออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที (วิทยาลัยเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ และนรีเวช, 2563)

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์

1. แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 2-3 เดือน และฝึกทักษะการประเมินระดับน้ำตาลด้วยการตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมือก่อนและหลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน
2. แนะนำให้ตรวจระดับ HbA1C ก่อนการตั้งครรภ์ และผลการตรวจที่ดีควรมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 6.5
3. ประเมินโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากโรคเบาหวานได้แก่ ตรวจจอประสาทตา ไต หัวใจ และหลอดเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด ถ้ามีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ควรได้รับการรักษา ก่อนที่จะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2019)

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะตั้งครรภ์

1. ประเมินระดับน้ำตาลในพลาสมาของหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ไม่ควรใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะแม้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง
2. ตรวจวัดระดับ HbA1C ให้หญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก หลังจากนั้นควรตรวจ HbA1C ทุกเดือนจนกระทั่งคลอด เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการตั้งครรภ์
3. ตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารคีโตน การตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะจะบ่งบอกถึงการได้รับปริมาณ อาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ หรือการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 1
4. ตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) กรณีมีภาวะไตเสื่อมเนื่องจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ในระยะต้นจะพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น การทำงานของไต (Creatinine clearance) อาจลดลงในระหว่างการตั้งครรภ์ ภายหลังคลอดจะกลับมาปกติ
5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงของหวานทุกชนิด ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จำกัดปริมาณอาหารให้ได้พลังงานวันละ 32 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม ของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ในไตรมาสที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้น 38 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น
6. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกาย เช่น การทำโยคะ การเดิน การใช้จักรยานปั่นมือ เป็นต้น และไม่ควรวิ่งเพราะจะทำให้หมดลูกหดตัวได้

7. ช่วยให้หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนตั้งครรภ์ ที่ต้องเปลี่ยนจากการรับประทานยาเม็ด เป็นการ ใช้อินซูลินให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยทั่วไปสตรีที่เป็น GDM ไม่ได้รับยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาล ในเลือด เนื่องจากยาสามารถผ่านไปสู่ทารกอาจทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดและทำให้ทารกเกิดภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำแรกคลอดได้ มีการใช้ยา Metformin ร่วมกับยาฉีดอินซูลินในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้อินซูลินปริมาณมาก ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

8. ติดตามการเพิ่มหรือควบคุมน้ำหนักตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ของหญิงที่เป็นเบาหวานให้อยู่ในระดับที่ เหมาะสม ผู้ที่มีน้ำหนักปกติ คือ 10-12 กิโลกรัม ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ควรจำกัดไม่ให้ น้ำหนักตัว เพิ่มขึ้นเกิน 8 กิโลกรัม (American Diabetes Association, 2019)

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะคลอด (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

1. การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอกับ ความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ
3. ติดตามประเมินสภาวะของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่ทารกในครรภ์มีความ เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน (Fetal distress)
4. ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกหลังทารกคลอด หากมีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำต้องรายงานกุมารแพทย์ทันที

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะหลังคลอด

หญิงหลังคลอดที่เป็น GDM ส่วนใหญ่จะกลับเป็นปกติหลังคลอด แต่ยังถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด เบาหวาน ในอนาคต จึงควรแนะนำให้มาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75 gm OGTT หลังคลอด 6-12 สัปดาห์ ถ้ายังตรวจไม่พบเบาหวานในระยะหลังคลอดก็ควรมาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75-gm 2-hour OGTT ทุก 3 ปี (American Diabetes Association, 2019) สตรีหลังคลอดที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติสามารถ ให้นมบุตรได้ การคุมกำเนิดแนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ ยกเว้นในผู้ที่เป็น โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานลงไต โรคเบาหวานขึ้นตา ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเฉพาะ ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนอย่างเดียว (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม มี 6 มโนทัศน์หลักประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎี การดูแล ตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล

ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่ และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อ สนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อ คงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกใน ครอบครัวหรือบุคคลอื่น วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเอง ที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำการดูแลตนเองที่

จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001)

ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) โอเร็ม กล่าวว่าเมื่อความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ บุคคลนั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการพยาบาลช่วยเหลือในการดูแล แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Orem, 2001)

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแล ตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ (Orem, 2001) คือ 1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) 2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) 3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive)

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนนทบุรี
สิทธิการรักษา สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งที่มาข้อมูล : การสัมภาษณ์มารดาฝากครรภ์ ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ HOSxP

รับฝากครรภ์ : 13 มิถุนายน 2566

คลอดโดยการผ่าครรภ์คลอด : 12 ธันวาคม 2566

อาการสำคัญ: มารับบริการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ตามนัด อายุครรภ์ 13⁺¹Wks. ตรวจ Urine strip พบ Glucose 4+, Protein 2+, คัดกรองเบาหวานให้ glucose 50 gm GCT = 294 mg/dl

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : หญิงตั้งครรภ์ GDMA2 ได้รับการรักษาด้วย Insulin Humulin 70/30 ขณะตั้งครรภ์

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต: มีประวัติ GDMA2 ได้รับการรักษาด้วย Insulin Humulin 70/30 ขณะตั้งครรภ์ G1 ร่วมกับมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ไม่พบว่าเป็นเบาหวานหลังคลอด

ประวัติการคลอด: G1 P/S GA 35⁺² Wks. ทารก 3,500 กรัม ปัจจุบันอายุ 6 ปี, G2 ครรภ์ปัจจุบัน

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว: ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีโรคประจำตัว

การรับประทานอาหาร: รับประทานอาหารรสชาติปกติ

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา: ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ประวัติการผ่าตัด: G1 P/S

การประเมินร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป	หญิงตั้งครรภ์คนไทย รูปร่างท้วม น้ำหนัก 75.7 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร
ระบบประสาท	หญิงตั้งครรภ์รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ
ผิวหนัง	ผิวสีน้ำตาล ไม่มีบาดแผล ไม่มีรอยโรค
ศีรษะ	ผมยาวประป่า รูปร่างปกติกะโหลกศีรษะรูปร่างสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง
ตา	รูม่านตาทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ
หู	ใบหูรูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำ/หนองไหลจากหู
จมูก	ขนาดเหมาะสมกับใบหน้า ไม่คด ไม่เอียง ไม่ผิดปกติ

ทรวงอกและปอด	รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ปอดขยายได้ดี ปอดมีเสียงลมผ่านดังเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	ไม่มีหลอดเลือดดำโป่งที่คอ อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง / นาที สม่ำเสมอไม่มีเสียง murmur
ท้อง	ระดับมดลูก 2/3 > SP FHS 150/min Lt Vertex.
ระบบทางเดินอาหาร	Bowel sound 6-10 ครั้ง/ นาที, no guarding, no tenderness ตับและม้ามไม่โต
แขนขา	แขนและขาทั้ง 2 ข้างไม่อ่อนแรง ไม่มีรอยโรค
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ไม่สับสน การเคลื่อนไหวปกติ
เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก	เต้านม 2 ข้างเท่ากัน หัวนมปกติไม่บอด ไม่บวม ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์: เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 72 กิโลกรัม BMI 26.13 kg/m² มาฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ตามนัด อายุครรภ์ 13⁺ Wks. การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 75.7 กิโลกรัม ความสูง 166 เซนติเมตร BP 127/69 มิลลิเมตรปรอท, PR 92 ครั้ง/นาที ระดับมดลูก 2/3 > SP ท่าเด็กยังคลำไม่ได้ เสียงหัวใจเด็ก 140 ครั้ง/นาที

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ RPR VDRL : Negative, HIV : Negative, Hepatitis B : Negative, Hct : 41 %, MCV : 84 , HB : 13.4 , Normal Typing , urine albumin 2+ / sugar 2+ คัดกรองเบาหวาน ให้ glucose 50 gm. GCT = 294 mg% ตรวจ OGTT ได้ 123, 249, 205 และ 152 mg/dl. ตามลำดับ

การวินิจฉัยของแพทย์: G2P1A0L1 with GDMA2

การรักษาของแพทย์: รับประทานด้วย Insulin Humulin70/30 และ AsA (81) 2 tab วันละ 1 ครั้งก่อนนอน, GA 36⁺ Wks. Admit 2 วัน เพื่อยับยั้งการคลอดให้ bricanyl ½ amp sc q6 hr, Dexa 12 mg IM q12 hr, และเมื่อ GA 37⁺ Wks. แพทย์ C/S due to P/S GDMA2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เนื่องจากพร่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน แพทย์วินิจฉัย GDMA2 เมื่ออายุครรภ์ 14⁺ Wks. ได้รับการรักษาด้วย Humulin70/30 28 ๗ ต่อวัน ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร และไม่กล้าออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
เกณฑ์การประเมิน หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่มีอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก และวัดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินความรุนแรงและระดับน้ำตาลในเลือด
3. ดูแลแนะนำ และประเมินการฉีดอินซูลิน และการจดบันทึกการใช้อินซูลิน และระดับน้ำตาลเพื่อช่วยปรับระดับอินซูลิน
4. ดูแลแนะนำความสำคัญของการได้รับยาอินซูลินตามแผนการรักษา และการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ หน้ามืดใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น เมื่อระดับน้ำตาลสูงกว่า 200 mg/dl

5. ประสานงานกับเภสัชกรในการสอนการฉีดยาอินซูลินเนื่องจากต้องนำยากลับไปฉีดเองที่บ้าน
6. ส่งตรวจ ติดตามผล FBS, 2hrpp ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
7. แนะนำการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอวันละ 3-4 ครั้ง ระยะเวลาสั้น

ครั้งละ 5-10 นาที เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การปฏิบัติ ตัวเกี่ยวกับการฉีดยาการควบคุมเบาหวาน การคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษจากการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษจากการตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน 1. มีประวัติความดันโลหิตสูงมีภาวะครรภ์เป็นพิษตอนตั้งครรภ์แรก

2. GDMA2 มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และครรภ์เป็นพิษจากการตั้งครรภ์

กิจกรรมพยาบาล

1. ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ประเมินการขึ้นน้ำหนักใน 1 สัปดาห์
2. วัดความดันโลหิต ประเมินและสังเกตภาวะบวมของร่างกาย หรือเท้า
3. แนะนำเกี่ยวกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง

การดูแลตนเอง และการป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูง เช่น ลดอาหารเค็ม จำกัดอาหารจำพวกแป้ง เพิ่มอาหารโปรตีน และรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยเพิ่มโปรตีนที่สูญเสียออกกับปัสสาวะ ช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ

4. แนะนำสังเกตอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที บวมมาก ปัสสาวะน้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ปวดท้อง ลูกดิ้นน้อยกว่า 10 ครั้ง/วัน เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป

5. การนัดมาฝากครรภ์เพื่อประเมินอาการ และให้การรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 29-31 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปนัดตรวจทุกสัปดาห์

การประเมินผล 1. หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษ

2. ระดับความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการบวม ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ขาดความรู้ในการควบคุมโรคเบาหวานโดยอาหารและการออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุน 1. GA26⁺Wks. FBS = 123 mg/dL, 2hrpp = 160 mg/dL, HbA_{1c} = 7.7 mg%

วัดขนาดหน้าท้อง 28 cm side > date ปรับเพิ่ม Insulin Humulin 70/30 28 ~~u~~ / วัน

2. สอบถามการรับประทานอาหาร หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้จำกัดอาหารตามคำแนะนำในบางวัน
3. หญิงตั้งครรภ์ยังไม่ได้เริ่มออกกำลังกาย เนื่องจากกำหนดช่วงเวลาในการออกกำลังกายไม่ได้

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

เกณฑ์การประเมิน หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าการควบคุมอาหารมีความสำคัญมากและควรปฏิบัติโดยการกำหนดอาหารร่วมกับหญิงตั้งครรภ์
2. ส่งเสริมการให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการควบคุมอาหาร และเปิดโอกาสให้ซักถาม อธิบาย และตอบข้อซักถามอย่างเต็มที่
3. ส่งเสริมให้ควบคุมอาหารจนเป็นนิสัย แนะนำอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง วันละ 200-250 กรัม พวกโปรตีน เช่น เนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ นม วันละ 800-1000 กรัมรับประทานผลไม้ที่มีกากและรสหวานน้อยแทนขนมหวาน เช่น ฝรั่ง ชมพู พุทราแอปเปิลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่น้ำตาลทุกชนิด งดผลไม้ที่มีรสหวานจัด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมูหมูสามชั้น หนังไก่ มันทอด แกงกะทิ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของไขมัน
4. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้หลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อที่กำลังทำงานถูกเปิด กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น และอินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องพัก โดยมีหลักการออกกำลังกายโดยเริ่มออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นแต่สม่ำเสมอวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมากหรือน้อยผิดปกติสอนการตรวจชีพจรหลังออกกำลังกาย โดยชีพจรหลังการออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 วิตกกังวลกลัวอันตรายต่อตนเองและบุตร เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน สีหน้าวิตกกังวล สอบถามพยาบาลเรื่องน้ำหนักเพิ่มทั้งที่จำกัดอาหารอย่างเคร่งครัดมากขึ้น

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ความวิตกกังวลลดลงยอมรับการเจ็บป่วยและความพร้อมในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมิน มีสีหน้าสดใส นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. แสดงความเป็นมิตร ซักถามและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก ร่วมแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว

2. อธิบายถึงสาเหตุลักษณะอาการผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ผลของการตั้งครรภ์ต่อโรคเบาหวาน แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับฟัง

3. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถตั้งครรภ์ และคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

การประเมินผล หญิงตั้งครรภ์คลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือดีทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์วินิจฉัย GDMA2

2. หญิงตั้งครรภ์มีประวัติคลอดบุตรคนแรก เป็น P/S ก่อนกำหนด GA35⁺² Wks. เพศชาย น้ำหนัก 3,500 กรัม มีภาวะแทรกซ้อนตัวเหลืองหลังคลอด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารก เช่น ทารกตัวโต , ทารกคลอดก่อนกำหนด fetal distress และ ทารกเสียชีวิตในครรภ์

เกณฑ์การประเมิน 1. ตรวจครรภ์พบขนาดท้องสัมพันธ์กับอายุครรภ์ น้ำหนักมารดาเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ทารกดี และไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอดปวดท้องอย่างรุนแรงเป็นเวลานาน หรือปวดเกร็งบริเวณมดลูกทารกในครรภ์ไม่เคลื่อนไหว เป็นต้น

2. Ultrasound พบสุขภาพทารกในครรภ์ปกติดี

3. NST อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือ NST reactive (มีการเพิ่มขึ้นของ FHR มากกว่าหรือเท่ากับ 15 bpm และนานกว่า 15 วินาที อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการตรวจ 20 นาที)

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ชั่งน้ำหนัก ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ควรเพิ่มขึ้น 1.4-2 กิโลกรัม /เดือน เพื่อประเมินอันตรายของน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์เช่น ทารกตัวโต หรือทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

2. การปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวานรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่และดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการ 2-3 ลิตร/วัน เลือกอาหารประเภทธัญพืช เช่น ข้าวกล้องแทนข้าวขาว เน้นโปรตีนที่มาจากสัตว์ไขมันต่ำและโปรตีนจากพืช

3. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ได้แก่ การรับวัคซีน การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การออกกำลังกายเบาๆ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการเลี่ยงกิจกรรมที่หนักจนเกินไป

4. แนะนำหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด

5. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้แก่ มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ตาพร่ามัว เท้าและข้อเท้าบวมมาก ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องเกร็งบริเวณมดลูก มีเลือดหรือมีน้ำคร่ำไหลออกจากช่องคลอด

6. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์นับจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์จนกระทั่งคลอด และควรปฏิบัติทุกวัน เป็นการเพิ่มความตระหนักต่อสุขภาพของทารก วิธีการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยการนับทารกดิ้นหลังมื้ออาหาร ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 3 ครั้งต่อชั่วโมง แนะนำให้พบแพทย์ก่อนนัด เพื่อตรวจประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์

การประเมินผล 1. หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักขึ้นเกินเกณฑ์มาตรฐาน GA 33⁺¹Wks. น้ำหนัก 86 kg ขึ้น 4 kg/ 2 สัปดาห์ วัดขนาดหน้าท้องได้ 40cm

2. Ultrasound พบสุขภาพทารกในครรภ์ปกติดี

3. NST อยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ราย ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 26 ปี G2P1A0L1 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2567 อายุครรภ์ 10^{+3} สัปดาห์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 1 เมษายน 2566 คาคคณกำหนดคลอดวันที่ 17 มกราคม 2567 น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 cms. BMI 26.13 Kg/m² ส่งตรวจ OGTT ผลผิดปกติ (123 mg/dL, 249 mg/dL, 205 mg/dL, 152 mg/dL) แพทย์วินิจฉัย G2P1A0L1 with GDMA2 โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือนมิถุนายน 2566 – มีนาคม 2567 ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหา คือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ เนื่องจากพร่องความรู้เรื่องภาวะเบาหวาน การควบคุมเบาหวานโดยอาหารและการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและครรภ์เป็นพิษ เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารก และหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลกลัวอันตรายต่อตนเองและบุตร จากปัญหาที่พบดังกล่าว ได้หาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยอาศัยความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ เรื่องการปฏิบัติตัว การมาฝากครรภ์ และรักษา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สอนการฉีดอินซูลิน กระบวนการดูแลตั้งแต่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาล และประเมินผล โดยยึดหลักแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดี สามารถลดความรุนแรงของโรค จึงจำเป็นต้องใช้หลักทางวิชาการ การศึกษาจากประสบการณ์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ระบายความรู้สึก คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ทุกระยะการฝากครรภ์ และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนทั้งแก่มารดาและทารก
2. ด้านบริการ เน้นการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่เริ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรก และมีการติดตามป้องกัน เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารกจากภาวะเบาหวานตลอดการตั้งครรภ์
3. ด้านวิชาการ เน้นการให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ และมีการติดตามดูแลประเมินต่อเนื่องจนเข้าสู่ไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 50-59.
- ชญาดา เนตร์กระจำง. (2560). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(2), 168-177
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน บังอร ศุภวิจิต พัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 101-215). สมาร์ท โคตรตั้ง แอน เซอร์วิส.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี. (2562). ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาลกับการดูแล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(2), 100.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวลย์ บุตรคำ และอุทุมพร ดุลยเกษม. (2563). การออกกำลังกายกับเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์. *วารสารมหจุฬานาครทรรศน์*, 7(11), 396-409.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลปากเกร็ด. (2567). *สถิติผู้รับบริการงานการพยาบาล ผู้คลอด ประจำปีงบประมาณ 2564-2566*. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลปากเกร็ด
- สุชยา ลีวรรณ. (2558). โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2567 จาก, <https://www.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/medical-student-5/3695/>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [สบท.]. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical practice guideline For diabetes 2017* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ร่มเย็น มีเดีย.
- American Diabetes Association. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes care 2009. Brussels: International Diabetes Federation.
- American Diabetes Association [ADA]. (2019). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl.1), S13-S28. from <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>.
- Orem D.E. (2011). *Nursing concepts of practice* (6th ed). Mosby.