

รายงานกรณีศึกษา (Case Study Report)

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย

นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์คือภาวะและอาการต่างๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ มีทั้งภาวะที่ไม่อันตรายไปจนถึงเป็นอันตรายถึงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการตายของหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ เช่น การท้องนอกมดลูก การตกเลือดหลังคลอด การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อเป็นต้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นอีกภาวะแทรกซ้อนที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อทารก ทำให้พิการแต่กำเนิด หรือการตายปริกำเนิดได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส

รูปแบบการศึกษา : เป็นการศึกษากรณีแบบเฉพาะเจาะจง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 ราย

ผลการศึกษา : หญิงตั้งครรภ์ อายุ 25 ปี มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 9 +2 สัปดาห์ ส่วนสูง 151 cms น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 73 กิโลกรัม BMI 32 Kg/m² น้ำหนักเกินเกณฑ์จึงส่งตรวจ OGTT ผลผิดปกติ (93 mg/dL, 209 mg/dL, 205 mg/dL, 161 mg/dL) (+), ผลRPR VDRL (titer) = positive 1:4 แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 with GDM A2 with Syphilis จากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์เนื่องจากมารดาพร่องความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำเนื่องจากมารดาพร่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และวิตกกังวล พยาบาลให้การพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม โดยให้ความรู้ สอน ฝึกชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ปรับสภาพแวดล้อม ประสานนักจิตวิทยาในการพูดคุยเพื่อให้คลายความกังวล ติดตามระดับความดันโลหิต การป้องกันการติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มหลังรักษา โดยใช้กระบวนการดูแลตั้งแต่การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาล และประเมินผล โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดูแลให้ยาอินซูลินตามแผนการรักษา และสอนการฉีดอินซูลินเมื่อกลับไปที่บ้าน และติดตามผลการตรวจซิฟิลิสหลังรักษา 3 เดือน พบผล RPR VDRL (titer) = positive 1:1

สรุป : บทบาทของทีมพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีความสำคัญตั้งแต่กระบวนการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ เพื่อวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วทำให้ลดความเสี่ยงต่อการคลอดและทารกในครรภ์

คำสำคัญ : หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์

บทนำ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ สามารถส่งผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อตัวมารดาเองหรือส่งผลกระทบต่อทารกได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ขณะตั้งครรภ์ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ มีความเสี่ยงต่อการผ่าคลอด ความผิดปกติด้านพันธุกรรม ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น (วิจิตร เอกคตาคิจิต, 2559)

การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus: GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560) จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation: IDF, 2017) พบว่าในปีพ.ศ. 2558-2560 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงถึง 20.9 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) ในปัจจุบันยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย ในการศึกษาของ Korenromp EL (2019) พบสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0.69 จากสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และพบว่าทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิด 473 ราย ต่อทารกแรกเกิดติดเชื้อซิฟิลิส 100,000 ราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2564) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดติดเชื้อซิฟิลิสโดยกำเนิด ได้แก่ การไม่ฝากครรภ์ ไม่ได้มารับการรักษา หรือการรักษาไม่ครบก่อนการคลอด

จังหวัดนันทบุรีมีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 2,337, 2,140 และ 1,999 รายตามลำดับ จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาล บางใหญ่ มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ จำนวน 1,102, 808 และ 456 รายตามลำดับ มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 580, 505 และ 298 ราย และเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง GDM 56, 43 และ 41 และ เป็นซิฟิลิส จำนวน 6, 7 และ 13 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางใหญ่, 2566) จะเห็นได้ว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าเป็นโรคแล้วมีผลกระทบที่รุนแรงต่อมารดาและทารก โรงพยาบาลจึงนำแนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem D.E., 2011) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อลดการเกิดภาวะเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารกให้ดีที่สุด จากผลกระทบที่รุนแรงผู้ศึกษา จึงสนใจศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และซิฟิลิสร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิสให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีประสิทธิภาพสูงสุด
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกและศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนซ้ำซ้อนในการให้การพยาบาลและมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตของทารก
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ การแพ้ยาและโรคประจำตัว
3. ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาโดยรวบรวมข้อมูลด้านแผนการรักษา การวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วย
4. ทบทวนเนื้อหา จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. ศึกษาแนวทางการกระบวนกรให้คำแนะนำและการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
6. รวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ เรียบเรียง จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

พยาธิสรีรวิทยาของโรคและการพยาบาลที่สำคัญ

ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ คือภาวะและอาการต่างๆ ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์และมีผลเสียทางร่างกายหรือจิตใจต่อมารดาหรือทารก การเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากหรือมีการดูแลสุขภาพทางกายที่ไม่ดี หรืออาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถหาสาเหตุได้ อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงอันส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ มีความเสี่ยงต่อการผ่าคลอด ความผิดปกติด้านพันธุกรรม ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น (วิจิตร เอกัคคตาจิต, 2559)

พยาธิสภาพของการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM)

ขณะตั้งครรภ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยไขมันของหญิงตั้งครรภ์จะจับกับฮอร์โมนและเอนไซม์ที่สร้างจากรกซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ได้แก่ ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน (HPL) เอสโตรเจน (Estrogen) โปรเจสเตอโรน (Progesterone) โปรแลคติน (Prolactin) เอนไซม์อินซูลิเนส (Insulinase) และต่อมหมวกไตของทารกยังผลิตคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการใช้พลังงานจากไขมัน ส่วนพลังงานจากน้ำตาลจะนำไปให้ทารกในครรภ์ ทำให้ตรวจพบภาวะ Fasting hypoglycemia และ Postprandial hyperglycemia และภาวะ Hyperinsulinemia เมื่อระดับอินซูลินเพิ่ม ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ จึงเพิ่มความอยากอาหารจนมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติในระยะหลังรับประทานอาหาร (Postprandial hyperglycemia) (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560)

สาเหตุของการเกิด GDM (เบาหวานขณะตั้งครรภ์)

การเกิด GDM มีสาเหตุจากปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด เป็นต้น (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560) ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด GDM เพิ่มขึ้น 8 เท่า และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด GDM มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี 3.57 เท่า (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2559) ภาวะGDM เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินในขณะตั้งครรภ์ที่ต่ำอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินให้เพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้อัตราส่วนน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และเพิ่มสูงสุดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560; Mokhlesi et al., 2019)

ชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยขณะตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 2 ระดับความรุนแรง คือ class A1 (Chemical DM) พบเป็นส่วนใหญ่ (95%) และ class A2 (overt DM) มี fasting hyperglycemia คือระดับน้ำตาลมากกว่า 105 มก./ดล. พบได้ประมาณ 10-15% ของ Chemical GDM และจะกลายเป็น overt DM ในตอนท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ (ธีระ ทองสง, 2566) class A2 (overt DM) ส่วนมากแพทย์จะให้การรักษาแบบการใช้ยาอินซูลินชนิดฉีดเพื่อควบคุมเบาหวาน

อาการของโรคเบาหวาน

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานอันเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยตรงและอาการเนื่องจากโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การปัสสาวะบ่อยและหิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลีบ หากมีแผลจะหายยาก มีการติดเชื้อตามผิวหนังได้ง่าย เกิดฝีบ่อ คันตามผิวหนัง ตาพร่ามัว ซาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการมีปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดสูงทำให้เส้นประสาทเสื่อม การรับรู้ความรู้สึกลดลง รู้สึกชาหรือไม่เจ็บปวด เกิดแผลที่เท้าตามมา (โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2566)

การวินิจฉัยโรคและตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เกณฑ์ของการตรวจคัดกรองเบาหวานในขณะตั้งครรภ์โดย Carpenter และ Coustan ให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำที่ละลายกลูโคส 100 กรัม (100 gm oral glucose tolerance test [OGTT]) และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้ง โดยให้เจาะเลือดก่อนดื่มน้ำตาล 1 ครั้ง และหลังดื่มน้ำตาลในชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95, 180, 155 และ 140 มก./ดล. ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปจะถือว่าเป็น GDM และเกณฑ์ของ IDF แนะนำให้ใช้น้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 gm OGTT) และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล 3 ครั้ง โดยให้เจาะเลือดก่อนดื่มน้ำตาล 1 ครั้ง และหลังดื่มน้ำตาลที่ในชั่วโมงที่ 1 และ 2 ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 92, 180 และ 153 มก./ดล. ตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไปจะถือว่าเป็น GDM (American Diabetes Association, 2019)

แนวทางการรักษาสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การควบคุมอาหาร

สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,800-2,000 กิโลแคลอรี โดยได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ไขมันร้อยละ 25-30 โปรตีนร้อยละ 20 โดยแบ่งสัดส่วนแคลอรีในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสมคงที่ และใกล้เคียงกันให้มากที่สุด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) แนะนำให้งดอาหารที่มีรสหวานจัด (สุชา ลีวรรณ, 2558) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุนให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ก่อนรับประทานอาหารและก่อนนอนอยู่ระหว่าง 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 อาจพิจารณาเปลี่ยนการรักษาจากควบคุมอาหารเป็นการให้อินซูลินแทน (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

การใช้ยาอินซูลิน

แพทย์จะพิจารณารักษาด้วยอินซูลินในรายที่ 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 โดยใช้ยาฮิวแมน อินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short-acting insulin) หรือ Regular insulin (RI) ร่วมกับฮิวแมนอินซูลินออกฤทธิ์นาน ปานกลาง (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. หากจำเป็นอาจใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในสตรีที่เป็น GDM ควรเลือกใช้ Glibenclamide หรือ Metformin หรือใช้ Metformin ร่วมกับอินซูลิน ในกรณีที่ต้องใช้อินซูลินปริมาณสูง (สบท., 2560)

การออกกำลังกาย

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะช่วยให้กลูโคสถูกนำไปใช้มากขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ เช่น การทำโยคะและการเดินโดยต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 25 นาทีขึ้นไป/ครั้ง และชีพจรหลังออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที (วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี และคณะ, 2563)

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์

1. แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 2-3 เดือน และฝึกทักษะการประเมินระดับน้ำตาลด้วยการตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมือก่อนและหลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน
2. แนะนำให้ตรวจระดับ HbA1C ก่อนการตั้งครรภ์ และผลการตรวจที่ดีควรมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 6.5

3. ประเมินโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากโรคเบาหวานได้แก่ ตรวจจอประสาทตา ไต หัวใจและหลอดเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด ถ้ามีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ควรได้รับการรักษาก่อนที่จะตั้งครรภ์ (ADA, 2019)

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะตั้งครรภ์

1. ประเมินระดับน้ำตาลในพลาสมาของสตรีตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ไม่ควรใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะแม้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง
2. ตรวจวัดระดับ HbA1C ให้สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก หลังจากนั้นควรตรวจ HbA1C ทุกเดือนจนกระทั่งคลอด เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการตั้งครรภ์
3. ตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารคีโตน การตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะจะบ่งบอกถึงการได้รับปริมาณอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ หรือการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 1
4. ตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) กรณีมีภาวะไตเสื่อมเนื่องจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ในระยะต้นจะพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น การทำงานของไต (Creatinine clearance) อาจลดลงในระหว่างการตั้งครรภ์ ภายหลังคลอดจะกลับมาปกติ
5. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงของหวานทุกชนิด ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จำกัดปริมาณอาหารให้ได้พลังงานวันละ 32 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ในไตรมาสที่ 2 และ 3 เพิ่มเป็น 38 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น
6. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกาย เช่น การทำโยคะ การเดิน การใช้จักรยานปั่นมือ เป็นต้น และไม่ควรวิ่งเพราะจะทำให้หมดลูกหดตัวได้
7. ช่วยให้สตรีเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนตั้งครรภ์ ที่ต้องเปลี่ยนจากการรับประทานยาเม็ดเป็นการใช้ยา ฉีดอินซูลินให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยทั่วไปสตรีที่เป็น GDM ไม่ได้รับยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากยาสามารถผ่านไปสู่ทารกอาจทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดและทำให้ทารกเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกคลอดได้ มีการใช้ยา Metformin ร่วมกับยาฉีดอินซูลินในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้อินซูลินปริมาณมาก ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (สบท., 2560)
8. ติดตามการเพิ่มหรือควบคุมน้ำหนักตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมผู้ที่มีน้ำหนักปกติ คือ 10-12 กิโลกรัม ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ควรจำกัดไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 8 กิโลกรัม (ADA, 2019)

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะคลอด

1. การดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ
3. ติดตามประเมินสภาวะของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน (Fetal distress)
4. ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกหลังทารกคลอด หากมีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องรายงานกุมารแพทย์ทันที (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

บทบาทพยาบาลการดูแลในระยะหลังคลอด

สตรีที่เป็นGDM ส่วนใหญ่จะกลับเป็นปกติหลังคลอด แต่ยังถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดเบาหวานในอนาคต จึงควรแนะนำให้มาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75 gm OGTT หลังคลอด 6-12 สัปดาห์ ถ้ายังตรวจไม่พบ

เบาหวานในระยะหลังคลอดก็ควรมาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75-gm 2-hour OGTT ทุก 3 ปี (ADA, 2019) สตรีหลังคลอดที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติสามารถให้นมบุตรได้ การคุมกำเนิดแนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ ยกเว้นในผู้ที่ เป็นโรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานลงไต โรคเบาหวานขึ้นตา ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเฉพาะฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนอย่างเดียว

โรคซิฟิลิส

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่เดิมเรียกโรคนี้ว่า "โรคเข้าซ้อออกดอก" เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *treponema pallidum* ติดต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย การทำรักด้วยปาก (Oral sex) การจูบที่สัมผัสกับน้ำลาย และการสัมผัสบริเวณรอยโรคหรือเยื่อเมือกของผู้ติดเชื้อ เช่น ซ่องคลอด ท่อปัสสาวะ ปาก เยื่อปูดหรือทางผิวหนังที่มีแผล เป็นต้น หรือติดต่อกับมารดาสู่ทารกในครรภ์โดยผ่านทางรก (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, 2566)

อาการและการแสดง

1. ระยะปฐมภูมิ หรือระยะเป็นแผล (Primary syphilis) จะปรากฏตุ่มเล็กๆ สีแดงขอบนูนแข็งหรือที่เรียกว่า แผลริมแข็งที่บริเวณ ปาก เยื่อปูด อวัยวะเพศ ทวารหนัก ท่อปัสสาวะ หรือเยื่อช่องคลอด ภายใน 3 สัปดาห์หลังติดเชื้อ มีลักษณะกดไม่เจ็บอาจมีแผลเดียวหรือหลายแผลและหายได้เองภายใน 3-8 สัปดาห์ แต่เชื้อซิฟิลิสยังคงแฝงอยู่ในร่างกายและสามารถพัฒนาไปสู่ระยะที่ 2 ได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, 2566)

2. ระยะทุติยภูมิ หรือระยะออกดอก (Secondary syphilis) จะปรากฏอาการ 3-12 สัปดาห์หลังการติดเชื้อ เชื้อซิฟิลิสแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองและกระแสเลือดไปตามอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ที่เห็นได้ชัดคือผิวหนังทำให้เกิดรอยโรคที่มีลักษณะเป็นผื่นราบ ผื่นนูนหนา มีสะเก็ด ผื่นชนิดเป็นแผล หรือแผลหลุมกดไม่เจ็บไม่คันกระจายทั่วร่างกาย อวัยวะเพศ ผ่ามือ ผ่าเท้า ซึ่งเป็นที่มาของคำว่า “ระยะออกดอก” ร่วมกับอาการต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ เจ็บคอ เหนื่อยล้า น้ำหนักลด ปวดข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีเชื้อราในปาก ผื่นร่วงทั่วศีรษะหรือเป็นหย่อมๆ ระยะนี้หากตรวจเลือดมักมีผลเป็นบวก จากนั้นประมาณ 2-3 สัปดาห์อาการต่างๆ จะค่อยๆ หายไปหรือเป็นๆ หายๆ โดยเชื้อจะยังคงแฝงในร่างกายและพัฒนาเข้าสู่ระยะแฝง (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, 2566)

1. ระยะแฝง (Latent syphilis)

ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาโรคซิฟิลิสในระยะที่ 2 จะพัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะแฝงเป็นระยะที่ไม่แสดงอาการและมีการดำเนินโรคนานที่สุด โดยเชื้อสามารถแฝงในร่างกายได้นานกว่า 20 ปี ก่อนจะพัฒนาเข้าสู่ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้าย ผู้ที่เข้าสู่ระยะนี้อาจมีผื่นหรือแผลออกดอกทั่วร่างกายแบบเป็นๆ หายๆ และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้โดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือเยื่อเมือก หรือการแพร่เชื้อจากการดาสู่ทารกระหว่างตั้งครรภ์ หรือระหว่างการคลอดบุตร (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, 2566)

2. ระยะที่ 4 ระยะสุดท้าย (Tertiary syphilis)

ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสที่เข้าสู่ระยะที่ 4 หรือระยะสุดท้ายจะพบรอยโรคเป็นแผล ฝี หรือผื่นแดงนูน หนา กดไม่เจ็บที่ผิวหนังหรือเยื่อปูดอวัยวะ เป็นระยะที่เชื้อซิฟิลิสในต่อมน้ำเหลืองและกระแสเลือดทำลายอวัยวะภายในให้ได้รับความเสียหาย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบประสาทและสมอง ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตับ ดวงตา กระดูกและข้อต่อที่ทำให้เกิดโรคและความผิดปกติต่างๆ เช่น ความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ลิ้นหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่อักเสบ ภาวะสมองเสื่อม ตาบอด หูหนวก ชัก และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล, 2566)

แนวทางการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำการตรวจเลือดคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน 3 โรค ได้แก่ เอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี

แนวทางการรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564)

การรักษาซิฟิลิสระยะต้น สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก (CDC, 2021) รอยโรคมักจะดีขึ้นที่สองสัปดาห์ ระดับยาเพนนิซิลลินในเลือดที่ต้องการเพื่อกำจัดเชื้อ *T. pallidum* $\geq 0.018 \mu\text{g/mL}$ การให้ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อให้ระดับยาสูงกว่า $0.018 \mu\text{g/mL}$ ต่อเนื่องกันนานเกิน 1 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อจำนวน 2 ครั้ง พบว่าระดับยายังคงสูงกว่า $0.20 \mu\text{g/mL}$ ที่ระยะ 30 วันหลังเริ่มการรักษา

การรักษาซิฟิลิสระยะท้าย สูตรยาแนะนำ คือ Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก สัปดาห์ละครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เว้นช่วงห่าง 7 วัน สามารถยืดออกได้โดยไม่ต้องไม่เกิน 9 วัน หากเกิน 9 วัน จะต้องเริ่มการรักษาใหม่ทั้งหมด (Nathan L et al., 1993) ในกลุ่มนี้มักมีอาการที่ไม่ชัดเจน จึงใช้การติดตามด้วยการ ตรวจซีโรโลยีเป็นหลัก โดยตรวจ VDRL/RPR ติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน

การรักษาซิฟิลิสของระบบประสาท สูตรยาแนะนำ คือ Aqueous crystalline penicillin G 18-24 ล้านยูนิต ต่อวัน แบ่งฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 4 ชั่วโมง หรือการให้ยาเข้าหลอดเลือดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10-14 วัน ไม่แนะนำการเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อวินิจฉัยในหญิงตั้งครรภ์ ในกรณีที่มีข้อสงสัยโรคซิฟิลิสของระบบประสาทและจำเป็นต้องได้รับการรักษา แนะนำให้เริ่มรักษาก่อนและตรวจติดตามประเมินน้ำไขสันหลัง ภายหลังจากสิ้นสุดขบวนการตั้งครรภ์และการคลอดแล้ว หรืออย่างน้อย 6 สัปดาห์ภายหลังการคลอดบุตร (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิส

1. ระยะตั้งครรภ์

พยาบาลมีบทบาทในการประเมิน วางแผน และติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อซิฟิลิส โดยการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสแก่หญิงตั้งครรภ์และสามี อธิบายความสำคัญของการตรวจและวิธีการตรวจ อธิบายประโยชน์ในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส กรณีผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสเป็นลบ แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าจะมีการตรวจคัดกรองซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ กรณีมีผลการตรวจยืนยันผลซิฟิลิสเป็นบวก พยาบาลประเมินสภาพจิตใจก่อนแจ้งผลการตรวจยืนยันและทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส อธิบายวิธีการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการปฏิบัติตัวขณะรักษารวมถึงผลกระทบต่อบุตร หากผลตรวจเลือดสามี/คู่เพศสัมพันธ์แตกต่างกัน ให้คำปรึกษาแยกและสอบถามความยินยอมของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการแจ้งผลการตรวจให้แก่มามี/คู่เพศสัมพันธ์หรือคนในครอบครัวรับทราบ แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรีบมาพบแพทย์ รวมถึงประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดูแลตรวจครรภ์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หรือความเสี่ยงที่พบบ่อยในทารก

2. ระยะคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการคัดกรองความเสี่ยง ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แรกรับ และในระหว่างการคลอด ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อดำเนินการคลอดตามปกติ ใช้เทคนิค

ผ่อนคลายความเจ็บปวดจากการคลอด ดูแลความสุขสบายทั่วไป สังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอด ดูแลท่าคลอดหรือช่วยแพทย์ท่าคลอดอย่างปลอดภัย ประเมินสภาพทารกในครรภ์เพื่อเตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด หากแพทย์วินิจฉัยและทราบระยะของซีฟิเลียส ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีมารดาคลอดติดเชื้อซีฟิเลียส ชักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา และประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแลในระยะรอคลอด รวมถึงตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลกระทบต่อช่องทางการคลอด ควรตรวจรกให้ละเอียดเนื่องจากทารกคลอดที่ติดเชื้อซีฟิเลียส จะมีลักษณะใหญ่ ชีดและบวม น้ำ อาจมีเศษชิ้นส่วนของรกตกค้างในโพรงมดลูก ส่งผลให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลทารกแรกเกิดตามมาตรฐาน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนย้ายทารกไปรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (เจนจิต ฉายะจินดา และคณะ, 2566)

3. ระยะหลังคลอด

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดและให้การดูแลอย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด วางแผนครอบครัว ประเมินและดูแลสุขภาพทารกแรกเกิด ประเมินภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก รวมถึงจัดการเบื้องต้น และส่งต่ออย่างเหมาะสม ประเมินภาวะสุขภาพของมารดาส่งเสริมการปฏิบัติตัวหลังคลอด การปรับบทบาทในการเป็นมารดา การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรดื่มนมแม่กรณีที่มีการดื่มนมที่บริเวณเต้านมหรือ รักแร้ หรือมีหัวนมถลอก หัวนมแตก เต้านมอักเสบ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นโดยอาจดูแลให้มารดาแยกจากมารดาหลังคลอดและทารกคนอื่น และแยกอุปกรณ์เครื่องใช้หลังคลอดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดและสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ และติดตามผลการรักษาต่อเนื่องของมารดาและทารก (เจนจิต ฉายะจินดา และคณะ, 2566)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

แนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม มี 6 มโนทัศน์หลักประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล

ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล กล่าวคือบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 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) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแลถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ (Orem, 2001) คือ 1. ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) 2. ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) 3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive)

ผลการศึกษา : กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาระดับชั้นปวช. สถานภาพสมรส คู่ อาชีพแม่บ้าน มีภูมิลำเนาในตำบลบางบัวทอง อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี สิทธิการรักษา UC ในเขตรพ.บางใหญ่

อาการสำคัญ: มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่ครรภ์ที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ตรวจการตั้งครรภ์เองพบว่าตั้งครรภ์ จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย 13 มิถุนายน 2566 คาดคะเนกำหนดคลอด วันที่ 19 มีนาคม 2567

ประวัติการเจ็บป่วย: ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมีใดๆ ไม่เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใดมาก่อน

ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว: มารดาหญิงตั้งครรภ์มีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูง

การประเมินสภาพร่างกาย:

ผิวหนัง : ไม่มีจ้ำเลือดหรือผื่น เล็บมือเล็บเท้าสะอาด

ศีรษะใบหน้า ลำคอ : ไม่เคยได้รับอันตรายที่ศีรษะ ไม่เคยชัก

หู : ไม่เคยมีประวัติหูน้ำหนวก ได้ยินชัดเจน

ตา : ไม่เคยมีประวัติตาพร่ามัว ตามองเห็นทั้ง 2 ข้าง รูม่านตาขยายเท่ากัน

ช่องปาก ลำคอ : ริมฝีปากบาง ปากแห้ง ไม่ซีด

คอ : ต่อมทอนซิลไม่โต ต่อมธัยรอยด์ไม่โต

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ลักษณะทรวงอกปกติเท่ากันทั้ง 2 ข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

หัวใจและหลอดเลือด : เสียงหัวใจเด่นปกติ ไม่มีประวัติหอบและใจสั่น ไม่เคยมีความดันโลหิตสูง

หน้าท้องและทางเดินอาหาร : ผิวหนังหน้าท้องไม่มีรอยแตกกลาย ตรวจระดับยออดมดลูก 1/3 > SP

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่สับสน การเคลื่อนไหวปกติ

เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก : เต้านม 2 ข้างเท่ากัน หัวนมปกติไม่บอด ไม่บวม ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจร่างกายและการตรวจครรภ์: การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์แรก น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 73 กิโลกรัม BMI 32 เกินเกณฑ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 9 +2 สัปดาห์ การตรวจร่างกาย น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ความสูง 151 เซนติเมตร BP125/87 มิลลิเมตรปรอท, PR=84 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปี G1P0A0L0 ระดับมดลูก 1/3 > SP ทำเด็กยังคลำไม่ได้ เสียงหัวใจเด็กยังฟังไม่ได้ยิน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ TPHA = positive (+), RPR VDRL (titer) = positive 1:4, HIV : Negative, Hepatitis B : Negative, Hct : 38 %, MCV : 86 , HB : 12.4 ,OF : Negative , DCIP : Negative , Met, Amphetamine : Negative , urine albumin/sugar = negative คัดกรองเบาหวานให้ glucose 50 gm. GCT=190 mg% และตรวจ OGTT ได้ 93, 209, 205 และ 161 mg/dL. ตามลำดับ

การวินิจฉัยแรกรับ : G1P0A0L0 with GDM A2 with Syphilis

วินิจฉัยทางการพยาบาล ก่อนการรักษา

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์เนื่องจากการตาพร่องความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซิฟิลิส

ข้อมูลสนับสนุน

S : 1. ผลตรวจเลือด 17 กันยายน 2566 TPHA = positive (+) RPR VDRL (titer) = positive 1:4

O: 1. ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคซิฟิลิสมาก่อน

2. ผู้ป่วยซักถามเรื่องโรคซิฟิลิสเนื่องจากไม่มีความรู้

3. ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคซิฟิลิส

4. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสงสัย ไม่เข้าใจ สีหน้าวิตกกังวล มีอาการขมวดคิ้ว

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคซิฟิลิส เข้าใจการรักษาและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยในเรื่องที่จะพูดคุยเพื่อนำเข้าสู่เรื่องที่จะสนทนาต่อไป
 2. ให้ข้อมูลเรื่องการตรวจเลือดเมื่อฝากครรภ์รวมถึงการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- จะได้ร่วมวางแผนการรักษา การดำเนินชีวิตในอนาคต และแจ้งว่าผลการตรวจเลือดจะเก็บเป็นความลับ
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซิฟิลิส การฉีดยา Benzathine penicillin 2.4 mu กล้ามเนื้อ ทุก 7 วัน 3 dose หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งมารดาและทารกได้
 4. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส หลังจากให้ความรู้โดยการถามให้ผู้ป่วยตอบ
 5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ พร้อมตอบคำถามและให้ความรู้เพิ่มเติม
 6. ทบทวนความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับอีกครั้ง โดยให้สรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหายหรือส่วนที่ไม่เข้าใจให้ถูกต้องพร้อมกับให้คู่มือเรื่องโรคซิฟิลิสกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน
 7. แนะนำผู้ป่วยสามารถโทรสอบถามเพิ่มเติมได้ตามเบอร์โทรที่อยู่ในใบนัด หรือมารับบริการก่อนวันนัดได้ ในวันทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์

การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้การปฏิบัติตัวเกี่ยวโรคซิฟิลิส สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสได้ถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำเนื่องจากการตาพร่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O: ตั้งครรภ์แรก G1P0A0L0

O: ตรวจพบ OGTT ได้ 93, 209, 205 และ 161 mg/dl. ตามลำดับ

O: แพทย์วินิจฉัย เป็น GDM A2 แนะนำให้ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และฉีดยา NPH 4 unit sc hs

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหาร และไม่เคยฉีดยาเบาหวานมาก่อน

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการฉีดยาการควบคุมเบาหวาน การคุมอาหาร และการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม แนะนำตัว พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปอย่างเหมาะสม
2. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร DASH diet, Food exchange
3. ส่งเสริมการให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ในการควบคุมอาหาร และเปิดโอกาสให้ ชักถาม อธิบายและตอบข้อซักถามอย่างเต็มที่

4. ส่งเสริมให้ควบคุมอาหารจนเป็นนิสัย แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

5. ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำตอบคำถามได้ถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เช่น ไม่นิ่งนอนใจ สีหน้าครุ่นคิด

S: ผู้ป่วยบอวกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของการติดเชื้อโรคซิฟิลิสทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์

S: ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงเกี่ยวกับผลกระทบการติดเชื้อโรคซิฟิลิสต่อตนเองและทารกในครรภ์
2. ผู้ป่วยบอกมีความมั่นใจมากขึ้น สามารถดูแลตนเองและทารกได้อย่างปลอดภัย
3. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้ มารับการตรวจครรภ์ตามนัดและต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยให้ทำแบบประเมินความเครียด ST5 และสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยซักถาม ทำแบบประเมินความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ได้ 7 คะแนน หมายความว่ามีความเครียดระดับปานกลาง

2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามสิ่งที่สงสัยหรือไม่สบายใจ

3. ให้ความสนใจและอยู่เป็นเพื่อนพร้อมตอบคำถาม เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

4. ให้ความมั่นใจในการรักษาโรคซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ โดยอธิบายเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการรักษาและการไม่รักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่รักษา

5. ชื่นชมให้กำลังใจ และส่งเสริมความคิดเชิงบวกในการดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อตนเองและทารกในครรภ์

การประเมินผล 1.ผู้ป่วยบอกว่าคลายความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยบอกมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตนเองและทารก 3. สีหน้าแจ่มใสขึ้นบอกว่านอนหลับพักผ่อนได้ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง

วินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างทำการรักษา

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคซีฟิลิส เช่นการแพ้ยา Benzathine penicillin

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาด้วยยา Benzathine penicillin

ข้อมูลสนับสนุน

O: แพทย์สั่งให้ฉีดยา Benzathine penicillin 2.4 mu ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ทุก 7 วัน จนครบ 3 Dose

S: ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine penicillin มาก่อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 -37.4 C, ชีพจร 60-100/min, อัตราการหายใจ 20/min, ความดันโลหิต 130/80-100/60 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการแพ้ยา กลุ่มเพนนิซิลลิน (anaphylactic shock) เช่น มีผื่นคันบวมแดง หายใจไม่สะดวก เหงื่อเย็น หอบ แน่นหน้าอก เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. กล่าวทักทายพร้อมบอกจุดประสงค์ของการให้ยา Benzathine penicillin ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาโรคซีฟิลิสที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อการรักษาดี
2. ประเมินการแพ้ยา โดยตรวจสอบประวัติจากเวชระเบียน สอบถามจากตัวผู้ป่วย ก่อนให้ยาทดสอบการแพ้ยาโดยทำ Skin Test ถ้าผล Positive งดให้ยา รายงานแพทย์และติดต่อศูนย์แพ้ยาเพื่อประเมินการแพ้ยา ถ้า Skin Test ผล Negative สามารถให้ยาได้ ประเมินสัญญาณชีพก่อนให้ยา
4. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการหลังได้รับยา ได้แก่ มีคันตามตัว หายใจไม่ออก หรือแน่นหน้าอก เป็นอาการแพ้ยา ถ้ามีอาการให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
5. เตรียมรถฉุกเฉินและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันทีหากเกิดการแพ้ยา
6. ติดตามการให้ยาฉีด Benzathine penicillin 2.4 mu จนครบตามแผนการรักษา
7. ดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปบ้านพร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ ในกรณีฉุกเฉินให้นำบัตรโรงพยาบาลและเอกสารการฝากครรภ์มาติดต่อกับที่โรงพยาบาล หรือไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้

การประเมินผล 1.vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.ทดสอบ Skin Test ผล Negative หลังให้ยาไม่พบอาการแพ้ยา ไม่มีผื่นแดงบวมแดง ไม่มีแน่นหน้าอก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง เนื่องจากมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ GDM A2

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

O: มารดาตั้งครรภ์ ที่ 1 ตรวจพบ ตรวจพบ OGTT ได้ 93, 209, 205 และ 161 mg/dl. ตามลำดับ

O: แพทย์วินิจฉัย เป็น GDM A2

S: ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อยง่ายเบื่ออาหาร บางครั้งมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ระดับน้ำตาลในเลือด NPO 80 - 130 mg/dl และระดับน้ำตาลในเลือด 1hr Postprandial blood glucose 90 -140 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1.แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่สำคัญในการควบคุมเบาหวาน เน้นย้ำการเลือกรับประทานอาหาร DASH diet, Food exchange และปริมาณที่เหมาะสม BMI>30Kg/m² หญิงตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับประมาณ 25 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 5-9 กิโลกรัม งดรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม และงดผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย มะม่วงสุก เป็นต้น

2. แนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ต้องระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อรู้สึกเหนื่อย ต้องพัก ออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นแต่สม่ำเสมอ เช่น การเดิน เล่นโยคะ แบ่งทำวันละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย หลังออกกำลังกายชีพจรไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

3. ดูแลให้อินซูลินตามแผนการรักษา คือ NPH 4 unit sc hs สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการตัวเอง

4. ประสานงานกับเภสัชกรในการสอนการฉีดยาอินซูลิน คือ NPH 4 unit sc hs เมื่อกลับไปที่บ้าน

5. แนะนำมาตรวจตามนัดและส่งตรวจติดตามผล FBS, 1hr pp ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

การประเมินผล ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง FBS 92 mg/dl, 1hr pp 118 mg/dl

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

O: ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะมาฝากครรภ์อยู่ในช่วง 140/90 -130/80 mmHg นั่งพักวัดซ้ำลดลงปกติ

S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีความรู้ในเรื่องการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล 1. ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2.บอกการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง 3 ข้อ ใน 5 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชั่งน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และแนะนำประเมินการขึ้นลงของน้ำหนักใน 1 สัปดาห์

2. ประเมินและสังเกตภาวะบวมของร่างกาย ทำ

3. แนะนำเกี่ยวกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง การดูแลตนเองและการป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

4. ประเมินกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ว่ามีผลทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อร่วมหาแนวทางในการปรับกิจกรรมให้ได้พักผ่อนมากขึ้นช่วยลดความดันโลหิต

5. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร แนะนำการนับลูกดิ้น ถ้าได้น้อยกว่า 10 ครั้งต่อวัน ควรรีบมาพบแพทย์

การประเมินผล 1.ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 130/85-120/60 มิลลิเมตรปรอท

2.หญิงตั้งครรภ์บอกการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง

วินิจฉัยทางการพยาบาลขณะไปเยี่ยมบ้านและหลังการรักษาโรคซิฟิลิส

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคซิฟิลิส ทั้งต่อมารดาตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ ความวิตกกังวลลดลงและยอมรับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

O: ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 20 +5 สัปดาห์

O: ตรวจพบ OGTT ได้ 93, 209, 205 และ 161 mg/dl. ตามลำดับ แพทย์วินิจฉัย เป็น GDM A2

O: ผล RPR VDRL (titer) = positive 1:4 และหลังการรักษาตรวจซ้ำผล RPR VDRL (titer) = positive 1:1

S: ผู้ป่วยและญาติบอกว่า ยังวิตกกังวล และกลัวว่าจะมีอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

S: ญาติซักถาม “สามารถคลอดลูกเองได้หรือไม่” “ลูกจะเป็นอย่างไรบ้าง”

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แสดงความเป็นมิตร ปลอบโยนให้รู้สึกอบอุ่น เพื่อคลายความวิตกกังวล
2. ซักถามและเปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยเล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว
3. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ ผลของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์ ผลของการติดเชื้อซิฟิลิสต่อการตั้งครรภ์ แนวทางการรักษาพยาบาล ประเมินความสนใจและการยอมรับ
4. ยกตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานที่สามารถตั้งครรภ์และคลอดได้ โดยการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
5. ให้ข้อมูลการรักษาโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และการติดเชื้อซิฟิลิส อธิบายเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการรักษาและการไม่รักษาและผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่รักษา แต่การรักษาทั้งหมดจะได้ผลดีขึ้นกับผู้ป่วยด้วย
6. ชื่นชมให้กำลังใจ ส่งเสริมความคิดเชิงบวกในการดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อตนเองและทารก
7. ประสานงานให้ได้พูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา ในกรณีวิตกกังวลมากประสานส่งปรึกษาจิตแพทย์ให้การดูแล

การประเมินผล หลังให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและญาติบอกว่าคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าท่าทางสดชื่นขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส 1 ราย ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี หญิงไทยตั้งครรภ์อายุ 25 ปี G1POA0LO ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อวันที่ 17 กันยายน 2566 อายุครรภ์ 9 +2 สัปดาห์ ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 13 มิถุนายน 2566 คัดคะแนนกำหนดคลอด วันที่ 19 มีนาคม 2567 น้ำหนักก่อน

ตั้งครรภ์ 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 151 cms. BMI 32 Kg/m² ส่งตรวจ OGTT ผลผิดปกติ (93 mg/dL, 209 mg/dL, 205 mg/dL, 161 mg/dL) (+), ผล RPR VDRL (titer) = positive 1:4 แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 with GDM A2 with Syphilis โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่ เดือนกันยายน - ธันวาคม 2566 ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีปัญหา พร่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคซิฟิลิส เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ญาติและหญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่กลัวมีผลต่อตนเองและทารกในครรภ์ จากปัญหาที่พบดังกล่าว ได้หาแนวทางการแก้ไขปัญห โดยอาศัยความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส ในเรื่องการปฏิบัติตัว การมาฝากครรภ์ และรักษา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สอนการฉีดยาอินซูลิน หลังรักษา 3 เดือน ผล RPR VDRL (titer) = positive 1:1 และประสานให้สามีของหญิงตั้งครรภ์มาตรวจ ผล RPR VDRL (titer) = positive 1:2 ขอไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์ประกันสังคม กระบวนการดูแลตั้งแต่ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การพยาบาล และประเมินผล โดยยึดหลักแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี สามารถลดความรุนแรงของโรค จึงจำเป็นต้องใช้หลักทางวิชาการ การศึกษาจากประสบการณ์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ระบายความรู้สึก คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด ทุกระยะการฝากครรภ์ และเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเตรียมพร้อม ส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ ความชำนาญในการประเมิน ความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนชนิดซ้ำซ้อน สามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ จากกรณีศึกษารายนี้ พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล ควรใช้ทักษะการรับฟังให้ระบายความรู้สึก ความคาดหวัง เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หลังจากนั้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหโดยใช้ความรู้และทฤษฎีเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์และติดเชื้อซิฟิลิส โดยการสอนเดี่ยว เรื่องโรคซิฟิลิสเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย และการสอนรายกลุ่มในโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในมารดาที่เป็นโรคเดียวกัน ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญในการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องทั้งบุคลากรเก่าและใหม่ รวมถึงหน่วยงานอื่นที่ต้องประสานความร่วมมือในการติดตามการรักษาให้มีทักษะความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559).
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).
งานเวชระเบียน โรงพยาบาลบางใหญ่. (2566). สถิติผู้มารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่. จังหวัดนนทบุรี.
เจนจิต ฉายะจินดา, สุพัตรา รุ่งไมตรี, ชนกานต์ เกิดกลิ่นหอม และปฐมภรณ์ เตียงลัดดาวงค์. (2566).
การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นซิฟิลิสที่โรงพยาบาลศิริราช. *เวชบันทึกศิริราช*, 16(4), 342 - 352.
ชญาดา เนตร์กระจ่าง. (2560). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์.
วารสารศูนย์การแพทยศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(2), 168-177.
ธีระ ทองสง. (2566). *Pregnancies with Diabetes Mellitus : โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้น
20 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/pregnancy-with-diabetes-mellitus-2/>
ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ และอรพรรณ พินิจเลิศสกุล.

- (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 58-69.
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน บังอร ศุภวิจิต พัฒนา และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 101-215). เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรตั้ง แอน เซอร์วิส.
- โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2566). *อาการของโรคเบาหวานมีอะไรบ้าง*. สืบค้น 20 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://bangkokpattayahospital.com/th/health-articles-th/diabetes-mellitus-dm-endocrinology-th/dm-and-endocrinology-center-th-item-1284/>
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวลย์ บุตรคำ และอุทุมพร ดุลยเกษม. (2563). การออกกำลังกายกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 7(11), 396-409.
- ศิริวรรณ ตั้งจิตกมล. (2566). ซิฟิลิส (*Syphilis*). สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/syphilis>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [สบท.]. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical practice guideline For diabetes 2017* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- สุขยา ลีอรรณ. (2558). *โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2566 จาก, <https://www.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/medical-student-5/3695/>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด พ.ศ. 2563*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- American Diabetes Association [ADA]. (2019). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl.1), S13-S28. Retrieved 20 November 2023, from <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>
- CDC. (2021). *Syphilis during pregnancy*. Retrieved 20 November 2023, from <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>
- International Diabetes Federation [IDF]. (2017). *Care & prevent gestational diabetes*. from <https://www.idf.org/our-activities/careprevention/gdm.htm>
- Mokhlesi, S., Simbar, M., Tehrani, F.R., Kariman, N., & Majd, H.A. (2019). Quality of life and gestational diabetes mellitus: A review study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 255-262.
- Nathan, L., Bawdon, R., Sidawi, J., Stettler, R., McIntire, D., & Wendel, GJ. (1993). Penicillin levels following the administration of benzathine penicillin G in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 82(3), 338-42.
- Perry, S.E., & Marilyn J.H. (2014). *Maternal Child Nursing Care*. (5th ed.). Canada: Elsevier.
- Orem D.E. (2011). *Nursing concepts of practice* (6th ed). Mosby.