

สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



เอกสารประกอบการสอน

วิชา 102303

การพยาบาลมารดาและทารก 2

**การพยาบาลมารดา ทารกที่มีความเสี่ยงสูง
และครอบครัว**

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์

ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารประกอบการสอนนี้จัดพิมพ์เผยแพร่โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก

โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การพยาบาลมารดา การรกที่มีความเสี่ยงสูงและครอบครัว

วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์

วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พย.ม.(การพยาบาลครอบครัว) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

11 ส.ค. 2542

122941

43337

610.73878

๓ ๗๒๙๐

ค. ๒ ค. ๕

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2541

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการพิมพ์เผยแพร่หนังสือเล่มนี้

ผู้เขียนขอขอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากหนังสือเล่มนี้ เพื่อเทอดพระคุณบุพการี อาจารย์ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนการทำงานของผู้เขียน ด้วยดีเสมอมา

คำนำ

เอกสารประกอบการสอนวิชา 102303 การพยาบาลมารดาและทารก 2 นี้ ผู้เขียนจัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอนนิสิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคปกติชั้นปีที่ 3 และภาคพิเศษชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยมุ่งส่งเสริมให้นิสิตมีความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื้อหาในเล่มประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกที่มีความเสี่ยงสูงและครอบครัว การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครั้งแรกของการตั้งครรภ์ การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครั้งหลังของการตั้งครรภ์ การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และการพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี

ผู้เขียนหวังว่าเอกสารเล่มนี้คงจะเป็นประโยชน์สำหรับนิสิต และผู้ปฏิบัติงานทางด้าน การพยาบาลมารดาและทารกพอสมควร เอกสารการสอนนี้อาจจะมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ผู้เขียนยินดีรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์

พฤศจิกายน 2541

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญภาพ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดา ทารกที่มีความเสี่ยงสูงและครอบครัว	1
ความหมายของภาวะเสี่ยงสูง	4
พัฒนาการของมารดา ทารก และครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง	6
ผลกระทบของภาวะเสี่ยงสูงต่อมารดา ทารก และครอบครัว	9
แนวคิดที่ใช้ในการพยาบาลมารดา ทารก และครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Stress, Crisis, Grief and Loss, Counseling)	11
การพยาบาลมารดา ทารก และครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	27
จริยธรรมในการดูแลมารดา ทารก และครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง	29
บทที่ 2 การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครั้งแรกของการตั้งครรภ์	33
ความสำคัญและความหมาย	36
พยาธิสรีรวิทยาของการตกเลือด	36
สาเหตุของการตกเลือดในระยะครั้งแรกของการตั้งครรภ์	40
แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครั้งแรก	64
กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มี การแท้งคุกคาม	64
กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก	76
กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ไข่ปลาลูก	86
การพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์	99

บทที่ 3	การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์	120
	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ	123
	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด	132
	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะมดลูกแตก	146
	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อกในสูติกรรม	152
บทที่ 4	การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	165
	การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะหลังคลอด	168
	การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอด	181
	การพยาบาลมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด	206
บทที่ 5	การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี	246
	ความหมาย วิธีการติดต่อของเชื้อเอ็ดส์	249
	ผลของการติดเชื้อเอชไอวี	252
	อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยผู้ที่ติดเชื้อเอ็ดส์	253
	แนวทางการรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	256
	ปฏิภริยาของมารดาที่ได้รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	263
	พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	264
	พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี	268
	การพยาบาลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีทางสูติกรรม	274

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
1	อาการของภาวะซ็อก 39
2	ชนิดของการแท้ง ก. แท้งคุกคาม ข.แท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ค. แท้งไม่ครบ 45
3	A Cerclage correction of an incompetent cervix B Cross section of a closed internal os 49
4	แสดงตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูก 53
5	ภาพถุงใส ๆ หรือเม็ดสาकुในโพรงมดลูกและการแตกของมดลูก ที่ตั้งครรภ์ไขปลาคูก 59
6	แสดงชนิดของรกเกาะต่ำ 124
7	ชนิดต่าง ๆ ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด 133
8	แสดงการคลึงมดลูก 177
9	แสดงการคลึงมดลูก 177
10	แสดงวิธีการทำ Bimanual uterine compression 179
11	การติดเชื้อมีบริเวณแผลฝีเย็บ 184
12	การอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน 186
13	Posterior colpotomy เป็นการเจาะเอาหนองออกจากบริเวณ ด้านหลังของ Douglas'cul-de-sac 187
14	การอักเสบของเยื่อบุช่องท้อง 189
15	หลอดเลือดดำบริเวณอุ้งเชิงกรานและขา 194
16	การอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขา 195
17	การทดสอบ Homan's sign 197
18	(A) การอักเสบของเต้านมระยะเริ่มแรกจะมีอาการปวด ตึงบริเวณ 201 เต้านมและต่อมไทรอยด์ บริเวณอักเสบจะแดง (B) เต้านมบวมแดง และมีหนองร่วมด้วย

ภาพประกอบ

หน้า

19	ตำแหน่งการผ่าบริเวณด้านมอัสเสบเป็นหนองและระบาย หนองออก	203
20	ระบบทางเดินปัสสาวะ	204

สารบัญญัตินำ

นําราย		หน้า
1	เปรียบเทียบพัฒนกิจของหญิงตั้งครรภ์ปกติกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง	8
2	สรุปลสาเหตุของการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์	40
3	อาการและอาการแสดงของมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด	136
4	การวินิจฉัยแยกภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและภาวะรกเกาะต่ำ	138
5	เปรียบเทียบระหว่างการตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดีกับการนํีกขาดของช่องคลอด	174

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ผลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความสมดุลในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	14
2	กระบวนการช็อกจากการสูญเสียเลือด	38
3	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอาการแสดง ทางคลินิก ที่เกิดขึ้นของภาวะช็อก	154

บทที่ 1

**แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกที่มีความเสี่ยงสูงและ
ครอบครัว**

วิชา การพยาบาลมารดาและทารก 2
แผนการสอนประจำบทที่ 1 จำนวน 3 ชั่วโมง
บทที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาทารกที่มีความเสี่ยงสูง
และครอบครัว

เนื้อหาวิชา

1. ความหมายของภาวะเสี่ยงสูง
2. พัฒนกิจของมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง
3. ผลกระทบของภาวะเสี่ยงสูงต่อมารดาทารกและครอบครัว
4. แนวคิดที่ใช้ในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง
(Stress, Crisis, Grief and Loss, Counseling)
5. การพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
6. จริยธรรมในการดูแลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์ นิสิตสามารถ

1. บอกความหมายของภาวะเสี่ยงสูงได้ถูกต้อง
2. บอกพัฒนกิจของมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ถูกต้อง
3. บอกผลกระทบของภาวะเสี่ยงสูงต่อมารดาทารกและครอบครัวได้ถูกต้อง
4. อธิบายแนวคิดที่ใช้ในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้ถูกต้อง
5. อธิบายแนวทางการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้ถูกต้อง
6. อภิปรายปัญหาจริยธรรมในการดูแลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ถูกต้อง
7. วิเคราะห์ วิจัย และร่วมแสดงความคิดเห็นในการเรียนอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย ชักถาม
3. วิเคราะห์กรณีตัวอย่างที่กำหนดให้

อุปกรณ์ประกอบการสอน

1. แผ่นใส
2. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายชักถามปัญหาขณะฟังการบรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและครอบครัว

ความสำคัญ

โดยปกติเมื่อหญิงใดวางแผนที่จะมีบุตร และทราบว่าตนเองตั้งครรภ์จะเกิดความปีติยินดี มีความสุขเป็นอย่างมาก แต่ถ้าการตั้งครรภ์นั้นมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นและถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมก่อให้เกิดภาวะเครียดต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพราะภาวะเสี่ยงเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้เกิดความเครียดแก่หญิงตั้งครรภ์แล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย โดยบางครอบครัวอาจเกิดภาวะวิกฤตตามมาได้

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียด เนื่องจากสาเหตุความไม่สุขสบายจากสภาวะเสี่ยงที่เป็นอยู่ และจากการถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้สภาพจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ความเครียดนี้จะมีผลต่อการคลอดโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับในระยะคลอด มีอิทธิพลมาจากองค์ประกอบด้านอารมณ์และความคิดมากกว่าองค์ประกอบทางด้านร่างกาย ความเครียดในระยะคลอดมีผลให้เกิดการคลอดล่าช้า ยิ่งมีความเครียดมากก็ยิ่งจะเป็นการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นของประสาทซิมพาเทติก การตอบสนองนี้สามารถขัดขวางการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูกและการหดตัวของเส้นเลือดฝอย มีผลทำให้จำนวนออกซิเจนไปยังทารกลดลงและยังมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ในระยะหลังคลอด เนื่องจากสภาพร่างกายและภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกภายหลังคลอดได้

ภาวะเสี่ยงและการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติ ซึ่งครอบคลุมถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งแก่ทารก สามี และครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ด้วย

การจำแนกหญิงตั้งครรภ์ที่มีอัตราเสี่ยงสูงนี้กระทำได้โดยการซักประวัติต่าง ๆ อย่างละเอียด ซึ่งคุณลักษณะที่เป็นภาวะเสี่ยงมีดังนี้

1. อายุของมารดา และปัจจัยทางการคลอด คือ
 - 1.1 อายุ 16 ปี หรือต่ำกว่า
 - 1.2 ครรภ์แรก อายุ 35 ปี หรือมากกว่า
 - 1.3 ครรภ์หลัง อายุ 40 ปี หรือมากกว่า
 - 1.4 ครรภ์ปัจจุบันห่างจากครรภ์ที่แล้ว 8 ปี หรือมากกว่า
 - 1.5 คลอดเป็นครั้งที่ 5 หรือมากกว่าขึ้นไป
 - 1.6 ตั้งครรภ์ เมื่อบุตรคนสุดท้ายอายุเพียง 3 เดือน หรือน้อยกว่า
2. ตั้งครรภ์โดยไม่ได้แต่งงาน
3. ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการตั้งครรภ์ และโรคไตร่วมกับการตั้งครรภ์
4. ภาวะโลหิตจางหรือมีเลือดออก
5. ปัจจัยทางด้านทารกในครรภ์
 - 5.1 เคยคลอดก่อนกำหนดมาแล้ว 2 ครั้ง หรือมากกว่า
 - 5.2 เคยแท้งมาแล้ว 2 ครั้ง หรือมากกว่า
 - 5.3 เคยมีประวัติทารกตายคลอด (Stillbirths) มา 1 ครั้ง หรือมากกว่า
 - 5.4 มีปัญหากลุ่มเลือด Rh หรือ ABO ไม่เข้ากัน
 - 5.5 มีประวัติเคยคลอดทารกออกมาพิการทางสมอง เช่น ปัญญาอ่อน
 - 5.6 มีประวัติคลอดทารกตัวโต (มากกว่า 4,000 กรัมขึ้นไป)
6. อายุของบิดา หรือปัจจัยอื่น ๆ
7. การคลอดที่ยากลำบาก เช่น เชิงกรานแคบ ครรภ์แฝด เคยคลอดบุตรทำกัน 2 ครั้ง หรือมากกว่า เคยผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องหรือเคยใช้คีมช่วย เคยเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน หรือเคยมีประวัติหนทางคลอดผิดปกติ และรูปร่างของหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้สัดส่วน คือ สูงเพียง 150 ซม. หรือต่ำกว่า
8. มีประวัติเป็นโรคหรือกำลังเป็นโรคต่อไปนี้
 - 8.1 เบาหวาน หรือเบาหวานในระยะตั้งครรภ์
 - 8.2 อาเจียนไม่สงบ

- 8.3 ผลเลือดผิดปกติ เช่น VDRL, HBsAg และ HIV บวก
- 8.4 โรคของต่อมธัยรอยด์
- 8.5 ขาดสารอาหารหรืออ้วนมากผิดปกติ (น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ 15% หรือน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ 20%)
- 8.6 โรคหัวใจ
- 8.7 ชิฟิลิส
- 8.8 เนื้องอก มะเร็ง หรือครรภ์ไข่ปลาอุก
- 8.9 ติดเหล้า หรือติดยาเสพติด
- 8.10 เป็นโรคจิต หรือโรคลมชัก
- 8.11 ปัญญาอ่อน
- 9. มีประวัติดังต่อไปนี้
 - 9.1 ฝากครรภ์ช้า
 - 9.2 ไม่มาฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์เพียงครั้งเดียว หรือมาไม่สม่ำเสมอ
 - 9.3 สถานการณ์ทางบ้านไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์หรือมาโรงพยาบาลได้
 - 9.4 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติขาดการสนับสนุน หรือการช่วยเหลือจากทางบ้านหรือจากทางสังคม รวมทั้งภาวะการเป็นหม้าย แยกกันอยู่กับสามี การเป็นบุตรบุญธรรม ครอบครัวที่มีปัญหาขัดแย้ง การได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น

พัฒนกิจของมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ ไม่ใช่แต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ปรากฏให้เห็นเท่านั้น แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างยิ่ง กล่าวคือ ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกี่ยวกับความมีคุณค่าและบทบาทของการเป็นมารดา เนื่องจากการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ 9 เดือน ซึ่งการจะเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องทำภารกิจไปตามขั้นตอนหรือที่เรียกว่า "พัฒนกิจของการตั้งครรภ์" (Tasks of pregnancy) ให้เกิดขึ้น ซึ่งความสำเร็จในการทำ

พัฒนกิจในระยะตั้งครรรค์จะสะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรรค์ ทั้งในระยะตั้งครรรค์ และอาจทำนายถึงปัญหาทางจิตอารมณ์ที่จะเกิดตามมาภายหลังคลอดด้วย สำหรับหญิงตั้งครรรค์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้น ความไม่สุขสบาย เนื่องจากความเจ็บป่วย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนและทารกในครรรค์ อาจเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่让她ทำพัฒนกิจไปตามลำดับขั้นตอนได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเท่ากับหญิงตั้งครรรค์ปกติ พัฒนกิจของการตั้งครรรค์มีดังต่อไปนี้ (ดังตารางที่ 1)

พัฒนกิจขั้นที่ 1 การสร้างความมั่นใจและยอมรับการตั้งครรรค์ ความรู้สึกครั้งแรกที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรรค์ก็คือ ความประหลาดใจเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรรค์ พร้อมกันนั้นก็จะมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ระหว่างความต้องการมีบุตรและไม่ต้องการมีบุตรขัดแย้งภายในจิตใจ ต่อมาถ้าเริ่มมีอาการที่ทำให้ไม่สบายก็เป็นเหตุให้ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายเพิ่มมากขึ้น เพราะความไม่สุขสบายทำให้หญิงตั้งครรรค์รู้สึกอ่อนเพลีย นอกจากนี้ในระยะนี้ยังเริ่มมีจินตนาการที่แปลก ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่รู้ ไม่เห็น และไม่แน่ใจ ต่อมาจึงตรวจสอบการตั้งครรรค์เพื่อยืนยันให้เกิดความแน่ใจ แล้วจึงตัดสินใจบอกการตั้งครรรค์ให้ผู้อื่นรับรู้

พัฒนกิจขั้นที่ 2 รับรู้การมีตัวตนของทารกและรับรู้ว่าการทารกในครรรค์เป็นส่วนหนึ่งของตน เกิดมโนภาพเกี่ยวกับตนเอง โดยสังเกตและสนใจตนเองมากขึ้น เป็นการมองภาพลักษณะของตนในลักษณะหญิงตั้งครรรค์ ความวิตกกังวลเริ่มลดลง เนื่องจากรู้สึกยอมรับการตั้งครรรค์มากขึ้น เริ่มให้ความสนใจพูดคุยกับหญิงที่กำลังตั้งครรรค์หรือครอบครัวที่กำลังมีบุตร

พัฒนกิจขั้นที่ 3 การยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีบุคลิกภาพที่แตกต่างออกไปจากตน มีการปฏิสัมพันธ์กับทารกทางการสัมผัสจากภายนอก คิดคำนึงว่าทารกจะมีบุคลิกคล้ายผู้ใด ชักนำไปให้มีสนใจทารกในครรรค์ ยอมรับภาพลักษณะของการเป็นมารดาว่าการตั้งครรรค์มิใช่เป็นสิ่งที่น่าเกลียด

พัฒนกิจขั้นที่ 4 การเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา ช่วงนี้หญิงตั้งครรรค์จะมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับเรื่องของการเจ็บครรรค์ มีความรู้สึกพึ่งพาคนอื่น คิดว่ามีการเสี่ยงรออยู่ มีทั้งความรู้สึกสมหวัง และหวั่นเกรงจะสูญเสียเกิดขึ้น ในขณะเดียวกันก็รู้สึกคาดหวังที่จะได้เห็นหน้าบุตร ผันถึงบทบาทของการเป็นมารดาที่กำลังดูแลบุตร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ปกติกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ปกติ	พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
1. ยอมรับการตั้งครรภ์	1. ยอมรับความคิดเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของการตั้งครรภ์ และสุขภาพของทารกในครรภ์น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติทั่วไป
2. ทบทวนให้แน่ใจเกี่ยวกับความปลอดภัยสำหรับตนเองและทารกในครรภ์	2. เข้าอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ
3. ยอมรับบุตรจากบุคคลสำคัญอื่น ๆ เช่น สามี ญาติ	3. ต้องไปฝากครรภ์บ่อยครั้งขึ้น
4. ยอมเสียสละตนเองสำหรับบุตร	4. มีข้อจำกัดในกิจวัตรแตกต่างจากหญิงตั้งครรภ์ปกติ
	5. ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
	6. รู้สึกกลัวเกี่ยวกับความยุ่งยากต่าง ๆ ที่ยังไม่เกิดขึ้น แต่อาจจะเกิดขึ้น
	7. กลัวว่าบุตรอาจเสียชีวิตหรือพิการ เป็นเหตุให้ตนเองและผู้อื่นไม่สามารถทำใจให้ยอมรับบุตรได้
	8. กลัวเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างตนกับบุตรไม่ดี เนื่องจากบุตรอาจเสียชีวิตหรือพิการ
	9. ขาดความมั่นใจในการเตรียมของสำหรับบุตร
	10. ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อบุตร
	11. ต้องการการยอมรับหรือความเห็นใจจากผู้อื่นเรื่องการปฏิบัติตนต่อบุตร

พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ปกติแล้วจะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงนั้นต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวต่อโรคภัยไข้เจ็บ และความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ เป็นเหตุให้มีความลำบากในการกระทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์ ดังนั้นพัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จึงเป็นไปอย่างล่าช้า และถ้าพัฒนาการขั้นหนึ่งไม่สามารถกระทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ก็จะทำให้พัฒนาการขั้นต่อไปหยุดชะงักตามไปด้วย ซึ่งภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่มียุทธวิธีอย่างมากในการขัดขวางไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์ไปตามขั้นตอนได้ และจะมีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ รวมทั้งมีผลเสียไปถึงครอบครัวด้วย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงที่ไม่เคยสมหวังในการตั้งครรภ์ เช่น เคยแท้งบุตร เคยมีเด็กตายคลอด หรือบุตรที่คลอดออกมามีความพิการ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จะมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดในที่สุด

ผลกระทบของภาวะเสี่ยงสูงต่อมารดาทารกและครอบครัว

การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการ (developmental crisis) และเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนด้วยจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตตามเหตุการณ์ (situational crisis) ร่วมด้วย มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีแนวโน้มที่จะมีเจตคติไปในทิศทางลบทั้งนี้เนื่องจากภาวะเสี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บ และความลำบากทุกข์ทรมานที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต้องพยายามเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์มากขึ้น เกิดภาวะเครียด และวิตกกังวล รวมทั้งเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายเพิ่มมากขึ้นและในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเรื้อรังจะยิ่งทวีความรุนแรงของความรู้สึกในทางลบมากขึ้น เกิดความรู้สึกเฉยเมย ท้อแท้ หรือสิ้นหวังต่อการตั้งครรภ์ มองว่าการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของความยุ่งยาก และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์และต่อบุตรในทางลบ

โดยปกติ หญิงตั้งครรภ์ส่วนมากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายระหว่างความรู้สึกที่ว่าบุตรทำให้ตนต้องมีการหันเหเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันและสัมพันธภาพระหว่างตนกับสามี รวมทั้งสัมพันธภาพที่มีต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย และความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย มักเกิดในหญิงที่ไม่มี การวางแผนการตั้งครรภ์ ในหญิงที่มีอายุน้อย และหญิงที่มีบุตรติด ๆ กัน รวมทั้งหญิงที่มีปัญหาด้านอารมณ์หรือสุขภาพหรือปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว การขาดการสนับสนุนจากผู้อื่นโดยเฉพาะจากสามี ซึ่งภาวะเสี่ยงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์โดยตรง ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์สามารถแก้ปัญหาได้ก็จะยอมรับการตั้งครรภ์ไปในทางบวกมากขึ้น เจตคติต่อการตั้งครรภ์และบุตรจะเป็นไปในทางบวกมากขึ้น และเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ แต่ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาหรือขาดความสามารถในการปรับตัว ก็จะมองการตั้งครรภ์ไปในทางลบ และไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้ และผลเสียที่เกิดขึ้นอาจกระทบไปถึงระยะหลังคลอดได้ด้วย คือ จะรู้สึกโทษว่าบุตรทำให้ตนต้องลำบาก และรู้สึกเฉยเมยไม่กระตือรือร้นที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรเท่าที่ควร

ผลกระทบต่อครอบครัว ครอบครัวใดก็ตามเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย จะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นด้วยเสมอ ผลกระทบจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความต้องการทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง รวมทั้งยังขึ้นกับปฏิกิริยาที่หญิงตั้งครรภ์มีต่อการเจ็บป่วยนั้น โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจะมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น บางครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตขึ้นในระบบครอบครัว ดังนั้นจึงอาจสรุปผลกระทบของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีต่อครอบครัวได้ 3 ประการ คือ

1. ผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว ในภาวะเจ็บป่วยถึงแม้ว่าบางครั้งอาจได้รับการรักษาฟรีจากหน่วยบริการของรัฐ แต่การเจ็บป่วยก็ยังทำให้รายจ่ายภายในครอบครัวเพิ่มขึ้น เช่น ค่ายานพาหนะ ค่าอาหารพิเศษ เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น สามีอาจต้องหุงหาอาหาร และเลี้ยงดูบุตรคนก่อนแทนภรรยาที่นอนป่วยที่โรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ในสภาพเดิม
3. ผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงนอกจากหญิงตั้งครรภ์จะหงุดหงิด ไม่สบายใจวิตกกังวลแล้ว สมาชิกอื่นในครอบครัวจะมีสภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 2 ประการดังกล่าวข้างต้น โดยปกติบุคคลจะมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไป ครอบครัวก็เช่นกันเมื่อได้รับผลกระทบจากการที่สมาชิกมีภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจะต้องปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล คือมีโครงสร้างและหน้าที่ตามพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถของสมาชิกที่จะคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงไป แต่ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวจะต้องพยายามปรับไปในทิศทางที่ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัวนั้น ๆ

แนวคิดที่ใช้ในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ความเครียด (Stress) คือปรากฏการณ์ทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายนอกและภายในร่างกาย เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นหรือคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีปัญหาภายในจิตใจก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญสิ่งคุกคามนี้ เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (Coping behavior) ซึ่งหมายถึงกลไกทุกอย่างที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจที่ถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าเมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถคงสภาพนั้นได้อีกต่อไป จะทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤตได้

ภาวะวิกฤต (Crisis) หมายถึง ผลกระทบของสถานการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง ส่งผลให้เสียสมดุลทางอารมณ์ และไม่สามารถแก้ปัญหา เช่นในเวลาปกติได้

สาเหตุของภาวะวิกฤต มี 2 ประการ

1. ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ ภาวะวิกฤตอาจเกิดขึ้นในระยะเวลาต่าง ๆ ของพัฒนาการชีวิตของมนุษย์ พัฒนาการชีวิตครอบครัว เนื่องจากบุคคลและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ตามระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการที่บุคคลหรือครอบครัวที่กำลังอยู่ในภาวะเปลี่ยนแปลง แต่ไม่สามารถปรับตัวเพื่อก้าวไปสู่ระดับวุฒิภาวะที่สูงขึ้นอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการได้

2. ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ เช่น การเสียชีวิตของทารก ของคู่สมรส หรือการหย่าร้าง เป็นต้น

จากการที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การตั้งครรภ์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการ และเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงสูงจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตตามเหตุการณ์ร่วมด้วย ดังนั้น การรู้ถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ก็จะช่วยให้อุบัติการณ์ได้เผชิญกับภาวะเครียดและสามารถแก้ปัญหาได้ เพื่อให้เกิดความสมดุล พยาบาลจึงควรประเมินถึงองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความสมดุล และหาทางช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และครอบครัว ดังนี้

1. การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Perception of the event) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและครอบครัวมีความเข้าใจในภาวะเสี่ยงสูงที่เกิดขึ้น และแผนการรักษาพยาบาลมากน้อย หรือถูกต้องเพียงใด มีความคิดและรู้สึกอย่างไรในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และเข้าใจต่อภาวะที่เกิดขึ้น การที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และครอบครัวได้รับรู้ความเป็นจริง ทำให้ลดความกลัว และวิตกกังวลจากสิ่งที่ตนเองไม่ทราบและคิดเอาเองโดยไม่ถูกต้อง นอกจากนั้นแล้ว ความรุนแรงและความหมายของภาวะเสี่ยงสูงที่หญิงตั้งครรภ์รับทราบย่อมมีผลต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นด้วย

2. แหล่งสนับสนุนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (Situational support) หมายถึง บุคคล หรือสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้เผชิญกับภาวะเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ บุคคลที่สำคัญสำหรับหญิงตั้งครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนการมีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งมักจะเป็นสามี คู่ทุกข์คู่ยาก พยาบาลจะต้องประเมินถึงสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับสามี และความรู้สึกของสามีต่อความเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสเยี่ยมช่วยเหลือและให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงตามสมควร

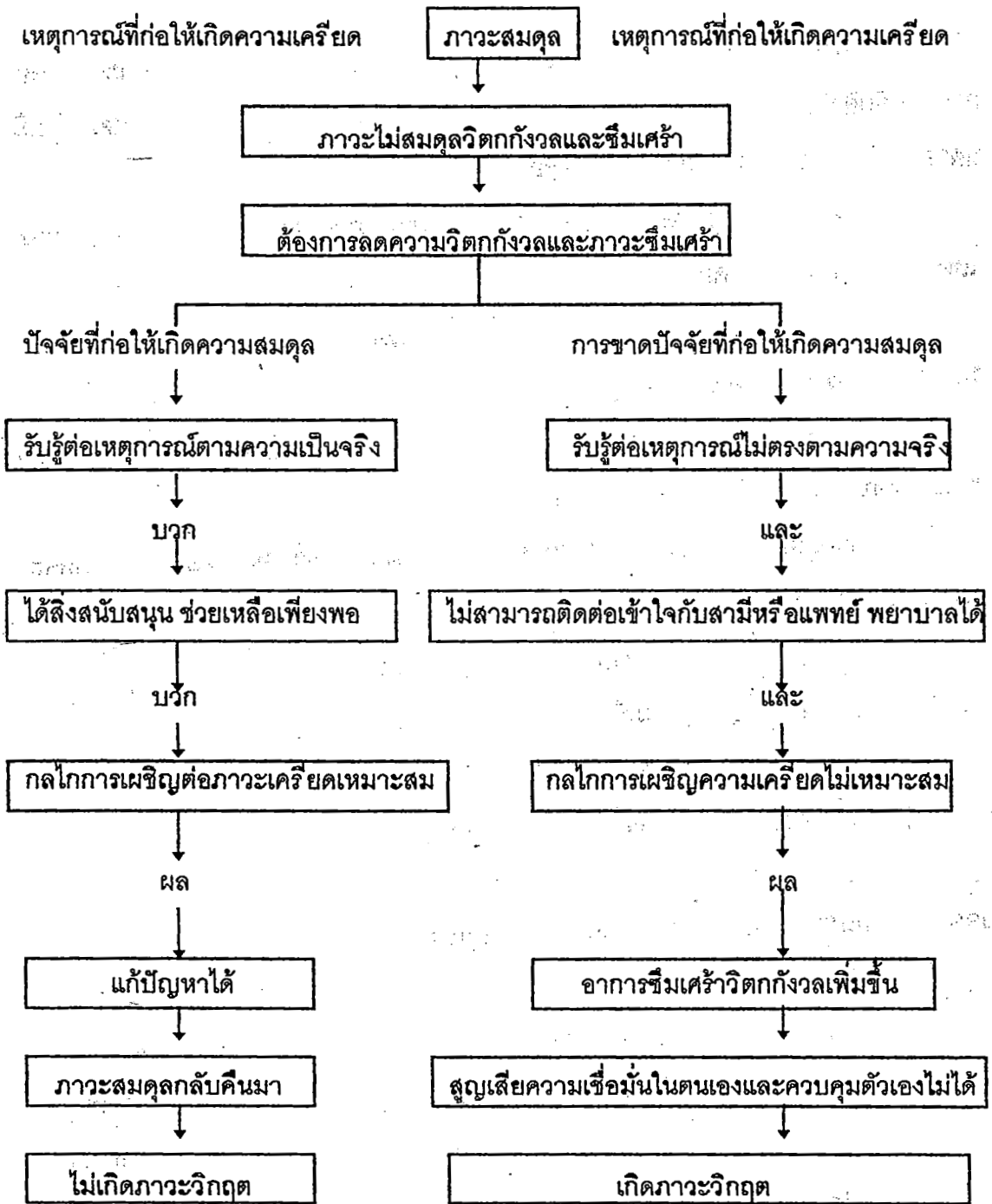
แพทย์และพยาบาลก็เป็นบุคคลสำคัญอีกผู้หนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และครอบครัวได้เผชิญกับภาวะเครียดและผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ เพราะแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ความสนใจเอาใจใส่และพยายามช่วยแก้ปัญหาของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ตลอดจนสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และครอบครัวมีกำลังใจและสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง

3. การใช้กลไกการเผชิญภาวะเครียด (Coping mechanisms) เป็นวิธีการจัดการหรือลดภาวะเครียดของแต่ละบุคคล ซึ่งได้พัฒนามาแล้ว เช่น เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดตายไป บางคนใช้วิธีเศร้าโศกร้องไห้ และระบายความรู้สึกกับบุคคลในครอบครัวหรือมิตรสหาย แต่บางคนอาจใช้การปฏิเสธความเป็นจริง ซึ่งถ้าใช้นานจะไม่สามารถลดความวิตกกังวลลงไปได้ และถ้าบุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อภาวะเครียดโดยการแสดงออกในการระบายอารมณ์ที่เหมาะสม จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะปรับตัวได้ดีขึ้น

การค้นหาความสามารถในการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะเครียดจากความเจ็บป่วยและการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล โดยการซักถามเกี่ยวกับประสบการณ์และการจัดการกับภาวะเครียดที่เคยมี ตลอดจนการจัดการกับภาวะเครียดในการปฏิบัติงานและเหตุการณ์ที่บ้าน จะช่วยให้พยาบาลได้วางแผนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและครอบครัวได้ถูกต้อง

เมื่อเกิดภาวะเสี่ยงสูง หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวจะเกิดภาวะวิกฤตหรือภาวะไม่สมดุลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและครอบครัวต่อภาวะเสี่ยงสูงนั้น ๆ แหล่งสนับสนุนจากบุคคลอื่น ความสามารถของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่จะเผชิญกับปัญหาอันเกิดจากความเจ็บป่วย ตลอดจนพื้นฐานและภูมิหลังของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ความเฉลียวฉลาด อารมณ์ ความเข้มแข็ง ศาสนา หรือหลักเกณฑ์ในชีวิต ถ้าหากหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดองค์ประกอบดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมากกว่าจะเกิดภาวะวิกฤตขึ้น ดังแผนภูมิที่ 1 (Aguilera, 1978)

ตัวอย่างการเกิดภาวะวิกฤตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง



แผนภูมิที่ 1 ผลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความสมดุในเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ภาวะเศร้าโศก (Grief) หมายถึง การตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งที่ตนรัก หรือหมายถึง การตอบสนองภายหลังการสูญเสีย ภาวะเศร้าโศกมีหลายอารมณ์ เช่น เศร้า วิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด กลัว

การคร่ำครวญ (Mourning) หมายถึง พฤติกรรมของความเศร้าโศก ได้แก่ การแสดงออกถึงความเศร้าโศก และร้องไห้

เมื่อกล่าวถึงภาวะเศร้าโศกมักจะพบคำว่า **การคร่ำครวญ**ควบคู่กันไปด้วย และทั้งสองคำนี้สามารถใช้แทนกันบ่อย

การสูญเสีย (Loss) หมายถึง ภาวะของการขาดหรือแยกจากของบุคคล หรือขาดบางสิ่งบางอย่างที่มีค่าอันยิ่งใหญ่ของตน

การสูญเสียแต่ละสถานการณ์ของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลจะประสบกับการสูญเสีย 4 ลักษณะ

1. การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักและมีค่าต่อตนเอง
2. การสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองบางด้าน
3. การสูญเสียการพัฒนาการตามวัย
4. การสูญเสียวัตถุสิ่งของที่มีความสำคัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

การคลอดบุตรตายคลอด หลังคลอด ตายในครรภ์ หรือพิการแต่กำเนิด เป็นเหตุการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่รู้ตัวล่วงหน้า หรือคาดว่าอาจจะเกิดขึ้น มารดาบางคนสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ดีและรวดเร็ว แต่บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสียของมารดาแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แหล่งสนับสนุน การใช้กลไกการเผชิญความเครียด และความคาดหวัง ซึ่ง 3 ปัจจัยแรกได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

ความคาดหวัง มารดาและครอบครัวที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับบุตร จะมีความรู้สึกเศร้าโศกต่อการสูญเสียอย่างรุนแรง โดยเฉพาะถ้าเป็นบุตรคนแรกและมีบุตรยาก ความคาดหวังของมารดาและครอบครัวจะดีมาก มารดามีบุตรยากบางรายรู้สึกว่า การมีบุตรเป็นความหวังครั้งสุดท้ายในชีวิต แต่เมื่อเหตุการณ์จริงมาถึงปรากฏว่าบุตรเสียชีวิตหรือพิการ มารดาและครอบครัวจะเศร้าโศกต่อการสูญเสียเป็นอันมาก เพราะไม่ได้บุตรตามที่คาดหวัง เมื่อคิดถึงการมีบุตรอีกในอนาคตก็ไม่มั่นใจว่าจะอาจจะเสียชีวิตหรือพิการเช่นนี้อีก หรืออาจจะเลวร้ายกว่าที่เป็นอยู่ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้มารดาและครอบครัวเครียดสูงและอาจมีผลต่อการปรับตัวของมารดา บทบาทของพยาบาลจึงต้องดูแล ประคับประคองอารมณ์ ให้มารดาและครอบครัว สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตนี้ได้ ตลอดจนชี้แนะให้มารดายอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล

การพยาบาลมารดาและครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อจะได้เข้าใจถึงบริบทของบุคคล และครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และสามารถนำไปวางแผนช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมเฉพาะราย

ปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาต่อการสูญเสีย

ปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาเมื่อทราบว่าบุตรเสียชีวิตหรือมีความพิการกล่าวได้ว่าเป็นภาวะวิกฤต มารดาจะรู้สึกเศร้าโศกเสียใจปวดร้าว และมีความทุกข์ทรมานเป็นอันมาก ซึ่งมารดาจะปรับตัวได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับลักษณะของการสูญเสียและปัจจัยดังกล่าวแล้ว ปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียไม่ว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดมาก่อน หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นจะปรากฏอาการและอาการแสดงในรูปแบบของความรู้สึก ความคิด อารมณ์ทางกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยรวม และเป็นกระบวนการที่มารดาต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อมารดาสามารถปรับตัวได้ ความทุกข์ทรมานก็จะลดน้อยลงจนเข้าสู่ภาวะปกติ Kubler-Ross (1969, cited by Bobak, 1991) ได้แบ่งขั้นตอนของปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียตามกระบวนการของภาวะเศร้าโศก ออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation)

เมื่อมารดาได้รับทราบข้อมูลทันทีทันใดว่าบุตรเสียชีวิตหรือพิการ จะแสดงออกทางด้านความคิด มีอาการมึนงง และปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง มารดาบางคนอาจเกิดภาวะ

ช็อก ตกตะลึง ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น และไม่เชื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการแสดงออกทางด้านความรู้สึก ได้แก่ ภาวะวุ่นวาย สับสน และไร้ความรู้สึก ช่วยตนเองไม่ได้ ส่วนทางด้านร่างกาย จะมีอาการเป็นลม หน้าซีด เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง รู้สึกเหมือนมีก้อนอยู่ในลำคอ ทางด้านพฤติกรรม จะร้องไห้ไม่หยุด คร่ำครวญ ไม่มี ความอยากรับประทานอาหาร ระยะช็อกอาจใช้เวลาเป็นนาทีหรือเป็นวัน ส่วนมากระยะช็อก และปฏิเสธอาจเกิดขึ้นพร้อมกัน แต่ระยะปฏิเสธจะใช้ระยะเวลานานกว่า ประมาณ 2-3 วัน สำหรับการปฏิเสธความพิการของบุตรนั้น นอกจากความรู้สึกส่วนตัวของมารดาแล้ว อาจขึ้นอยู่กับบทบาททางสังคม คือ มีความรู้สึกล้มเหลวในบทบาทของตน และเกรงว่าไม่เป็นที่ ยอมรับของสังคม และระยะเวลาของการปฏิเสธมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับความรุนแรง ของความพิการ

ระยะที่ 2 ระยะโกรธ (anger)

เมื่อระยะปฏิเสธได้ผ่านไป และตระหนักถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นว่าต้องสูญเสียบุตร หรือบุตรพิการ มารดาจะมีอารมณ์ความรู้สึกโกรธ และแสดงอาการก้าวร้าวด้วยวาจา กับแพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ให้การช่วยเหลือบุตรของตน จะวิษยาผู้อื่นที่มีบุตรปกติ จะกล่าวโทษสิ่งที่ตนเองมีความเชื่อและศรัทธาว่าไม่มีความยุติธรรม โทษว่าเป็นความผิดของสามีและตำหนิตนเองว่ามีความผิดที่มีส่วนทำให้บุตรเสียชีวิตหรือพิการ บางรายแสดงพฤติกรรมขว้างปาสิ่งของ หรือทุบตีผู้ที่เกี่ยวข้อง ระยะนี้อารมณ์โกรธจะสูงระหว่าง 1 เดือนแรกภายหลังบุตรเสียชีวิตหรือพิการ และค่อย ๆ ลดลงในระยะ 1 ปี

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (bargaining)

ระยะนี้มารดายังมีความคิดที่จะปฏิเสธถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุตร โดยการต่อรองกับแพทย์หรือพยาบาลที่อยู่รอบข้างให้ช่วยเหลือ ซึ่งตนเชื่อว่าสามารถทำให้บุตรมีชีวิตรอดได้ หรือรักษามารดาของตนให้เป็นปกติ ระยะนี้ใช้เวลาค่อนข้างสั้น แต่บางรายอาจถึง 1 เดือนหลังคลอด เช่น ถ้าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้ายกโทษให้ลูกฉัน ฉันจะทำแต่ความดีตลอด เป็นต้น ระยะนี้มารดารู้สึกหมดหวัง ต้องการความช่วยเหลือ แต่ยังมีความรู้สึกผิด จะตำหนิตนเองและผู้อื่น

ระยะที่ 4 ระยะซึมเศร้า (depression)

มารดาจะเริ่มรับรู้ถึงความจริงที่เกิดขึ้นว่า ได้มีการสูญเสียบุตร หรือบุตรพิการ จะมีความรู้สึกซึมเศร้า หมดหวัง คุณค่าในตนเองลดลง มีอาการทางกายแน่นหน้าอก คอแห้ง ลำ

คอย และแสดงพฤติกรรมแยกตัวไม่ต้องการร่วมกลุ่มกับบุคคลอื่น ระยะนี้การร้องไห้เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยที่สุด ระยะนี้ใช้เวลาเป็นปี ในบางรายอาจจะไม่แสดงภาวะซึมเศร้าเลย ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะผิดปกติ

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (acceptance)

ระยะนี้อาการซึมเศร้าต่าง ๆ จะลดลง ความรู้สึกผิดหมดไป เริ่มมีการพัฒนาตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มารดาจะยอมรับความจริงทุกอย่างที่เกิดขึ้น มารดาจะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เหมือนปกติ ระยะนี้บางรายใช้เวลาในการปรับตัวนานเป็นเดือนหรือเป็นปี

ปฏิกิริยาตอบสนองของมารดาต่อการสูญเสียตามกระบวนการของภาวะเศร้าโศกข้างต้นถือว่าเป็นภาวะปกติ ซึ่งอาจใช้เวลา 1-2 ปี จึงจะหมดภาวะเศร้าโศกโดยสมบูรณ์ มารดาบางรายอาจไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองทุกระยะ หรืออาจมีพฤติกรรมหลาย ๆ ระยะในเวลาเดียวกัน และอาจมีพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ ในระหว่างที่มีภาวะเศร้าโศกได้

การให้คำปรึกษา (Counseling)

การให้คำปรึกษา หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำแนะนำ ผู้มาขอรับคำปรึกษา โดยที่ฝ่ายแรกให้คำแนะนำ เพื่อให้อีกฝ่ายได้รับการศึกษา รู้จักตนเอง ในส่วนที่เกี่ยวกับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง พร้อมทั้งหาทางปรับปรุงโครงสร้าง ทางความคิดรวบยอดของตนเอง มีการนำเอาศักยภาพ ทั้งหมดภายในตัวออกมาใช้อย่างเต็มที่ และมีการเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางที่ตนปรารถนา

จุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษา

1. เพื่อให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจออกมา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เพื่อที่จะได้เกิดความเข้าใจในความหมายของปัญหา หรือเหตุการณ์นั้น
2. เพื่อให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม ในส่วนที่เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงสูง
3. เพื่อให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีเจตคติที่ดีต่อภาวะเสี่ยงสูงหรือภาวะแทรกซ้อน เพื่อที่จะได้ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

4. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาในอันที่จะวางแผน เสนอแนะ และแก้ไขปัญหที่กำลังประสบอยู่

แนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาอาจเป็นแพทย์ที่กำลังให้การดูแลรักษาพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ถ้าในชุมชนจะเป็นแพทย์ พยาบาล เวชปฏิบัติ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาของเรื่อง ที่จะให้คำปรึกษาเป็นอย่างดี
 2. เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น บุคลิกมั่นคง สามารถควบคุมอารมณ์ รับปัญหา และการระบายความในใจของผู้มารับบริการได้ ผู้ให้คำปรึกษามีเจตนาที่จะทำตัว ให้นักแน่นในขณะให้ความช่วยเหลือ พยายามไม่ให้อารมณ์ ของตนเองมารบกวนบรรยากาศของการให้คำปรึกษา ถ้าควบคุมอารมณ์ ของตนเองไม่ได้บางครั้ง ก็ให้พยายามรู้ตัวและควบคุมอารมณ์ให้ได้รวดเร็วที่สุด พยายามฝึกฝนให้ได้ผลดีที่สุด อย่าเสียใจหรือรู้สึกผิดถ้าเราควบคุมตนเองไม่ได้ในบางครั้ง
 3. เป็นผู้ที่ได้รับบริการมีความศรัทธาและให้การยอมรับนับถือ สิ่งนี้จะช่วยส่งเสริมในการให้คำปรึกษาแนะแนวบรรลุมรรษผลเร็วขึ้น
 4. เป็นผู้ที่มีความสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ วางตัวเป็นกันเองกับผู้รับบริการ คือ มีเทคนิคในการให้คำปรึกษานั้นเอง
 5. เป็นผู้ที่มีความเสียสละอดทน มีความตั้งใจดีที่จะแก้ไขปัญหให้ผู้มารับบริการ
 6. เป็นผู้ที่ได้รับการอบรมให้คำปรึกษามาก่อน
- ประยุกต์ เสรีเสถียร (2538) ได้สรุปคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ไว้ 3 ข้อ

1. มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบดังนี้
 - 1.1 เป็นกลาง คือ ไม่ใช่ตัวเป็นมาตรฐาน ไม่มีอารมณ์ หงุดหงิด รำคาญ ไม่มีความเกรงใจ กล้าโดยไม่สมเหตุสมผล ไม่ใช่อารมณ์ตัดสินใจ

1.2 มีความเห็นอกเห็นใจ คือ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น รู้ว่าตนตกอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ จะรู้สึกเช่นใด แต่ไม่จำเป็นต้องมีความรู้สึกแบบเดียวกับเขาในขณะนั้น

1.3 อยากช่วยเหลือ คือ มีความพยายามในการหาวิธีช่วยเหลือแนะนำ หรือช่วยให้ผู้รับบริการทุกข์น้อยลง

2. มีวุฒิมากพอ (Maturity) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ทนความกดดันทางอารมณ์จากผู้รับคำปรึกษาหรือสิ่งแวดล้อมได้ เมื่อผู้รับคำปรึกษาแสดงความรู้สึกต่าง ๆ อย่างรุนแรง เช่น โกรธ กลัว เศร้าโศก ผู้ให้คำปรึกษาต้องควบคุมตัวเองให้สงบ ไม่แสดงอารมณ์โต้ตอบแต่พยายามเข้าใจให้ได้ว่า ความรู้สึกเหล่านั้นเกิดจากสาเหตุอะไร เพื่อหาทางช่วยเหลือเขาให้เข้าใจและควบคุมอารมณ์นั้นให้ได้ด้วยตนเองโดยเร็วที่สุด ถ้าผู้ให้คำปรึกษาแสดงความหวั่นไหวทางอารมณ์ออกมาจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไม่แน่ใจว่าผู้ให้คำปรึกษามีความมั่นคงเป็นกลางมากพอในการให้ความช่วยเหลือ

2.2 ทนความกดดันทางอารมณ์จากภายในได้ เมื่อผู้ให้คำปรึกษาเกิดความรู้สึกใด ๆ ก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจ กังวล หงุดหงิด ท้อแท้ใจ ไม่ว่าจะมาจากสาเหตุใดก็ตาม ผู้ให้คำปรึกษาต้องรู้ถึงการเกิดของอารมณ์นั้น พยายามหาสาเหตุแล้วแก้ไขให้ได้โดยเร็ว ถ้าแก้ไขยังไม่ได้ต้องควบคุมไม่ให้เกิดผลเสียต่อการช่วยเหลือ อาจโดยการไม่แสดงอารมณ์ออกมา เพราะจะทำให้การให้คำปรึกษาไม่ได้ผล หรืออาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจผิด คิดว่าตัวเองเป็นสาเหตุของความรูสึกนั้น

2.3 รู้วิธีหาทางออกอย่างเหมาะสมเมื่อมีอารมณ์เกิดขึ้น เมื่อผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้รับคำปรึกษาเกิดอารมณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาควรรู้วิธีจัดการแก้ไข หรือหาทางออกอย่างเหมาะสม โดยไม่ให้มีผลเสียต่อการให้คำปรึกษาซึ่งอาจใช้วิธีการนั่งเงียบ หรือบอกความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดให้ผู้รับคำปรึกษาทราบ แล้วหยุดการให้คำปรึกษาไว้ก่อนจนกว่าจะพร้อม

3. มีความรู้ในเรื่องการให้คำปรึกษา

3.1 การสร้างสัมพันธภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการให้ข้อมูล และในการรับความช่วยเหลือต่าง ๆ และก่อให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ผ่อนคลายน่าไว้วางใจพอที่ผู้รับคำปรึกษาจะแสดงความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวังได้อย่างอิสระ

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินปัญหา ด้านเนื้อหาที่ผู้รับคำปรึกษาเล่า และด้านความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวังของผู้รับคำปรึกษา

3.3 การให้ความช่วยเหลือ ต้องมีเป้าหมายชัดเจน สามารถปฏิบัติได้

เทคนิคในการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ปัญหามักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์ จิตใจ หรือพฤติกรรมบางประการ ซึ่งอาจจะลึกซึ้งหรืออาจน่าอับอาย ดังนั้นพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องมีเทคนิคเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) เป็นกันเอง ไม่ตำหนิ ตีเตียน หรือว่ากล่าว ควรตระหนักว่า มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงนั้นมีความทุกข์ทรมานมากพออยู่แล้ว
2. การระบายความรู้สึก (Ventilation) คือ ปล่อยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ระบายความตึงเครียดออกมา เพื่อจะได้เกิดความสบายใจขึ้น โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาคอยสังเกตความพร้อมในการแสดงออกของความรู้สึกจากน้ำเสียง แววตา จังหวะการพูด ท่าที่ต่าง ๆ แล้วกระตุ้นให้เขาแสดงออก
3. การให้ความมั่นใจ (Reassure) การสร้างความมั่นใจให้เกิดแก่ผู้รับคำปรึกษา เพราะความมั่นใจในตนเองจะทำให้ผู้ที่มีความทุกข์ใจคลายลงได้ การช่วยให้รู้สึกว่าคุณเองได้รับความสนับสนุนเห็นอกเห็นใจ จะทำให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง รู้สึกว่าตนเองดีขึ้น สบายใจขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนที่ผ่านมา
4. ให้ความรู้ใหม่ (Reeducate) เพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้หรือความเชื่อเดิมที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมไปสู่ความรู้ความเข้าใจใหม่ เพื่อช่วยพัฒนาและเข้าใจปัญหาของตนเองมากขึ้น
5. การผ่อนคลาย (Relax) เป็นการเรียนรู้อย่างไม่เร่งรีบ ครุ่นคิดอย่างแต่ก่อน ได้พักใจเพื่อพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น
6. การสร้างสรรค์ (Recreate) เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง ให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมั่นใจ และหาหนทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สำหรับเทคนิคอีกแบบหนึ่ง ซึ่ง ประยุกต์ เสรีเสถียร ได้สรุปไว้คือ

1. การระบายความรู้สึก (Ventilation)
2. การให้ความมั่นใจ (Reassurance)
3. การอธิบาย (Explanation) รอให้ผ่านขั้นการระบายความรู้สึกก่อน คือ การรอให้ผู้ป่วยสงบใจลงในกรณีที่เขาใจไม่ถูกต้อง

ทักษะของผู้ให้คำปรึกษา

1. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพด้วยการสนใจเอาใจใส่ (Attending skill) เป็นการเริ่มต้นสร้างบรรยากาศ และทำที่อบอุ่นเป็นกันเอง พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาควรเริ่มพูดคุยด้วยเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน เพื่อให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ผ่อนคลาย และสะดวกใจที่จะพูดคุยถึงปัญหาของตน ทักษะนี้เริ่มต้นด้วย

1.1 การมอง คือ ลักษณะการมองของผู้ให้คำปรึกษาดด้วยความสนใจที่จะช่วยเหลือ ไม่แสดงกิริยาใด ๆ ที่ขัดแย้ง ทำให้ผู้มีปัญหาไม่สบายใจหรือไม่ไว้วางใจ แต่เป็นการมองด้วยความจริงใจ

1.2 กิริยาท่าทาง ลักษณะท่าทีของผู้ให้คำปรึกษาไม่อยู่ห่างหรือชิดเกินไป และควรมีท่าที่สบาย ๆ มีใบหน้าที่แสดงออกสอดคล้องกับความรู้สึกที่เป็นจริง

1.3 น้ำเสียง ผู้ให้คำปรึกษามีน้ำเสียงที่ใช้พูดเป็นกันเองไม่ดังหรือค่อยเกินไป

1.4 การพูด ควรพูดให้อยู่ในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหา ไม่ควรพูดเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง

2. ทักษะในการฟัง (Listening skill)

2.1 การฟัง เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก ควรฟังมากกว่าพูด เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่า เขามีความสำคัญ เราอยากรู้และอยากเข้าใจเขาอย่างแท้จริง โดยการตั้งใจฟังเรื่องราว หรือปัญหาที่เขาพูดออกมา ตอบรับสั้น ๆ บ้างเป็นครั้งคราว การตั้งใจฟังจะช่วยให้มารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงพูดออกมาเยอะ จะทำให้เราได้ข้อมูลมาก สามารถทราบถึงสาเหตุของปัญหาและยังช่วยเป็นการระบายความทุกข์ของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงคลายลงไปด้วย

2.2 การเงี่ยบ เพื่อบรรคาคถมหรือแสดงว่าสนใจ ตั้งใจฟัง แต่ไม่ควรเงี่ยบนานเกินไป การเงี่ยบเพื่อใช้ความคิดที่จะเรียบเรียงเรื่องราวหรือหาคำตอบ มักใช้เวลาเพียง 2-3 นาที ถ้าเงี่ยบนานต้องกระตุ้นให้พูด หรือถามความรู้สึก หรือความคิดขณะนั้นของผู้รับคำปรึกษา

2.3 การทำให้กระจ่างชัด คือ การใช้ถ้อยคำของมารดาที่มีภาวะเสียงสูง หรือผู้รับคำปรึกษาตามความหมายเดิม เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจเรื่องราวหรือปัญหาของตน พยายามผู้ให้คำปรึกษาต้องจับใจความที่ผู้รับคำปรึกษาพูด แล้วนำมาพูดเสียใหม่ด้วยคำพูดของพยาบาลเอง

2.4 การทวนซ้ำโดยการพูดซ้ำคำพูดของผู้รับคำปรึกษา โดยไม่เปลี่ยนเนื้อหาของคำพูดใหม่ จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจเขา

2.5 การสะท้อนความรู้สึก ทักษะนี้สำคัญและมีประโยชน์มาก โดยการนำคำพูดของผู้รับคำปรึกษามาแปลความแล้วจัดคำพูดนั้นเสียใหม่ เพื่อสะท้อนให้เห็นชัดเจน เช่น "คุณรู้สึกว่....." จะช่วยเน้นให้เขารับรู้และเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตัวเอง

2.6 การสรุปความ โดยรวบรวมเรื่องที่พูดคุยให้ครอบคลุมทั้งเนื้อหาและความรู้สึกไม่ควรนำความคิดใหม่เพิ่มเติมเข้าไป เพราะจะทำให้สับสนได้

3. ทักษะในการตอบโต้ (Responding skill) ทักษะนี้จะใช้เมื่อมีการรับฟังข้อมูลของผู้รับคำปรึกษามากพอแล้ว มีความสนิทสนมกันดีขึ้น จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจปัญหาของตนดีขึ้น การตอบโต้ที่เร็วเกินไป อาจทำให้ผู้รับคำปรึกษาปฏิเสธความช่วยเหลือ หรือไม่มารับบริการอีก วัตถุประสงค์ของทักษะในการตอบโต้มุ่งหวังให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่หวังไว้

ทักษะในการตอบโต้ที่สำคัญ ๆ มีดังนี้

3.1 การซักถาม เพื่อเป็นการหารายละเอียดอันจะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือแก่ผู้รับคำปรึกษา มักจะใช้คำถามว่า "อะไร" "อย่างไร" "เมื่อไร" "ที่ไหน" "ใคร" ซึ่งจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาตอบได้สบาย ๆ แต่มักจะไม่ซักด้วยคำถาม "ทำไม" เพราะคำถามนี้ผู้ตอบมักจะตอบโดยการปกป้องตัวเอง บางทีจะมีปฏิกิริยาต่อต้านออกมาได้

3.2 การสนับสนุนกำลังใจ เพื่อจะกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่ามีผู้ให้กำลังใจตนเอง และมีได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว ช่วยให้ผู้รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มี

๑๑๐.๗๓๖๗๘

122941

๐๗๒๙๐

๑.๒๑๐.๕

ศักยภาพที่จะทำอะไรได้ มีความคิดริเริ่มที่จะต่อสู้ และยังช่วยให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น โดยปกติแล้วมักจะขาดความริเริ่ม ไม่กระตือรือร้น ท้อแท้

3.3 การเผชิญหน้า เทคนิคนี้จะใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษามีความสับสนหรือขัดแย้ง ระหว่างพฤติกรรมและความคิดความรู้สึกของตนเอง แม้ว่าทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บใจอยู่บ้าง เพื่อจะได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อตนเอง การใช้เทคนิคนี้ก็ต่อเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีข้อมูลต่าง ๆ เพียงพอ ผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความสนิทสนมกันพอสมควรแล้ว เทคนิคนี้หากใช้บ่อย ๆ จะไม่เกิดผลดี เพราะหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกว่าเป็นการตำหนิตะเยียน ไม่เห็นด้วยหรือขัดแย้ง

การใช้เทคนิคการเผชิญหน้า มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้รับคำปรึกษายอมรับความเป็นจริง กล่าวที่จะเผชิญปัญหาอย่างเต็มที่ จึงต้องการที่จะสำรวจตนเอง แล้วปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมนั่นเอง

3.4 การตีความหมาย การใช้เทคนิคนี้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของตนไม่ว่าจะเป็นเรื่องพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกที่แสดงออก จะมีความหมายทั้งสิ้น การตีความหรือแปลความหมาย เพื่อให้ทั้งผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจและเห็นใจร่วมกัน สื่ออารมณ์กันได้ เทคนิคนี้จะทำให้ผู้รับคำปรึกษามีความเชื่อถือศรัทธาในตัวผู้ให้คำปรึกษามากขึ้น มีความสัมพันธ์กันดีขึ้น จึงยอมเปิดเผยตนเองมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้สำรวจตนเอง มีความเข้าใจในตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ให้มีความสุขในชีวิต ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงควรใช้เทคนิคนี้ให้เหมาะสมกับกาลเทศะ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้รับคำปรึกษาพร้อมที่จะรับฟังและทำความเข้าใจ

เทคนิคการตีความหมายนี้ มีจุดอ่อนที่ควรคำนึงถึง คือ ผู้ให้คำปรึกษาอาจมีอคติได้เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของตน ที่จะต่อต้านพฤติกรรมบางอย่างได้

4. ทักษะในการเปิดเผยตนเอง (Self disclosure skill) การเปิดเผยตนเองถึงความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษา เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งในให้คำปรึกษาแนะแนว เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับคำปรึกษา วัตถุประสงค์ในการเปิดเผยตนเองนี้เพื่อให้บรรยากาศเป็นกันเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาเริ่มเปิดเผยเรื่องของตนก่อน ย่อมทำให้ผู้รับคำปรึกษาเรียนรู้และเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น

5. การมุ่งที่ปัจจุบัน (Immediacy) และทักษะที่นำมาประยุกต์ใช้ (Integrating skill) การให้คำปรึกษาเป็นการสะท้อนความคิดความรู้สึกของผู้ให้คำปรึกษา และของผู้รับ

คำปรึกษา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันไม่ว่าในทางที่ดี หรือในทางที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับคำปรึกษา ในที่นั้นและขณะนั้น (here and now)

การมุ่งปัจจุบัน เน้นประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ

5.1 เน้นที่ตัวผู้ให้คำปรึกษา

5.2 เน้นที่ผู้รับคำปรึกษาที่ตัวมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง

5.3 เน้นที่สัมพันธภาพที่เกิดขึ้น ณ ที่นั้น ขณะนั้น ของบุคคลทั้งสอง

ในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เมื่อหมดเวลาแล้วก็อาจนัดครั้งต่อไปอีกได้

ขั้นตอนและกระบวนการการให้คำปรึกษา

1. ขั้นเตรียมการ พยาบาลต้องรู้ข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับคำปรึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ หรือมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงมาบ้างพอสมควรว่ามารดาเป็นอะไร มีอาการอะไร จึงมาโรงพยาบาล แล้วจึงเริ่มเตรียมการคือ

1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ควรแนะนำตัวหรือกล่าวต้อนรับเพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย ความพร้อม ความสงบ ไม่ควรกระตือรือร้น หรือเชื้อเชิญจนเกินไป

1.2 ข้อตกลงก่อนทำการปรึกษา เพื่อให้พยาบาลและผู้รับคำปรึกษามีความเข้าใจตรงกัน เช่น

1.2.1 สถานที่ ควรเป็นส่วนตัวพอสมควร อาจให้ผู้รับคำปรึกษาเลือก โดยถามว่า "เราจะพูดคุยกันที่ไหนดี"

1.2.2 ประเด็นปัญหาที่จะพูดคุยกันในวันนี้ ให้ผู้รับคำปรึกษาเลือก ปัญหาที่สำคัญที่สุดของเขาเองมาพูดคุยกันก่อน

1.2.3 ระยะเวลา การให้คำปรึกษาในแต่ละครั้ง ไม่ควรเกิน 30-45 นาที และการนัดครั้งต่อไปควรตรงเวลา ถ้าเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยอาจจะเปิดกว้างให้ผู้ป่วยว่า ถ้ามีปัญหาที่เข้ามาพูดคุยได้ตลอดเวลา พยาบาลจะอยู่ที่ตึกนี้

1.2.4 บอกบทบาทและกำหนดสิทธิ์ของผู้ป่วย หรือผู้รับคำปรึกษาว่า เขาสามารถเล่ารายละเอียดต่าง ๆ ให้พยาบาลฟังได้ สามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา

อย่างเต็มที่ พูดเท่าที่อยากจะพูดอยากจะระบาย เพื่อพยาบาลจะได้วิเคราะห์ และสะท้อนให้ ผู้รับคำปรึกษาทราบความจริงและให้คำแนะนำ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือไม่ใช่การบังคับ ถ้า ผู้รับคำปรึกษาไม่เห็นด้วยอาจโต้แย้ง หรือหยุดไม่ขอความช่วยเหลือได้

1.2.5 การเก็บรักษาความลับ ต้องบอกกับผู้รับคำปรึกษาทุกครั้งว่า สิ่งที่คุณกันจะเป็นความลับระหว่างผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษาเท่านั้น การที่ผู้อื่นจะ ทราบได้ พยาบาลจะต้องขออนุญาตจากผู้รับคำปรึกษาก่อนทุกครั้ง

1.2.6 การบันทึกรายละเอียด ต้องขออนุญาตผู้ป่วยก่อน โดยบอกถึง ความจำเป็นในการบันทึก เพื่อจดจำรายละเอียดของเนื้อหาไว้และเพื่อประโยชน์ในการช่วย เหลือเขามากที่สุด

2. ขั้นสำรวจและค้นคว้าหาปัญหา

เมื่อได้สร้างสัมพันธภาพและตกลงรับบริการแล้ว ก็สัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยโดยการ

2.1 เรียนรู้ความหมายของสถานการณ์ ปัญหาของมารดาที่มีภาวะเสี่ยง สูงว่าเป็นปัญหาทางด้านใดมากที่สุด เช่น ทางกาย จิตใจ อารมณ์ หรือสังคม สาเหตุมาจาก ใคร ตัวมารดาเอง สามี ญาติ หรือบุคคลสำคัญคนอื่น ๆ

2.2 ทำความเข้าใจในโครงสร้างของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยดูจาก หลาย ๆ ด้าน คือ บุคลิกภาพ การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกความสามารถในการเข้าใจตนเอง ความรู้สึกต่าง ๆ ที่แอบแฝงอยู่ โดยใช้เทคนิคและทักษะดังที่กล่าวมาแล้ว หรือที่มี อยู่โดยค้นหาปัญหาออกมาให้ได้ โดยเอาปัญหาที่รบกวนจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขขึ้นมาพูดคุยกันก่อน

3. ขั้นแก้ปัญหา โดยวางแผนการช่วยเหลือร่วมกันระหว่างผู้รับคำปรึกษา และพยาบาล

3.1 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

3.2 เพื่อแก้ไขปัญหา กำหนดแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ที่ทำได้ง่าย

3.3 รู้ข้อดีข้อเสียทางเลือกและให้ผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจเลือกเอง ตัดสินใจเอง ซึ่งให้เห็นประโยชน์หรือโทษ

ปัญหาของมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มารดาที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ส่วนใหญ่ จะเป็นปัญหาทางจิตสังคมเกี่ยวกับความกลัว กลัวไม่มีคนรัก กลัวคนรังเกียจ ต้องซักจูง ซึ่ให้เขาเห็นว่า เขามีคุณค่ามีความสำคัญกับบุคคลอื่น ๆ เขายังมีลูกที่ต้องการการดูแลจากผู้เป็นแม่ พยาบาลต้องใช้ทักษะและเทคนิคต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาตอนต้น นำมาซึ่งปัญหาและการแก้ไข ปัญหา

4. การปิดการให้คำปรึกษา แต่ละคร้งควรพูดคุยปรึกษาประมาณ 30-45 นาที
 - 4.1 การปิดโดยสรุปเนื้อหาที่ได้คุยกันมาในวันนี้ และทักษะในการแก้ไข
 - 4.2 เปิดโอกาสให้ซักถามโดยบอกว่า มีอะไรที่รับส่วนที่จะต้องซักถาม หรือแก้ไขหรือไม่

4.3 บอกนัดหมายครั้งต่อไป บอกว่ามีปัญหาที่มาพบได้ตลอดเวลา พยาบาลจะอยู่ที่นี้ ทำงานที่นี้

5. ประเมินผล จะประเมินได้หลายระดับ

5.1 ผู้รับคำปรึกษามองผ่อนคลายลง เมื่อจบการให้คำปรึกษา โดยเปรียบเทียบกับก่อนปรึกษา

5.2 ผู้รับคำปรึกษาปรับตัวในด้านต่าง ๆ ได้มากขึ้น เช่น สามารถเลี้ยงดูบุตรได้ พุดคุยกับญาติได้ปกติเวลาที่ญาติมาเยี่ยม ไม่ซึมเศร้าโดดเดี่ยวหรือแยกตัวเอง

การพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยใช้ทฤษฎี การพยาบาลของโอเร็ม

รูปแบบการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพ (Assessment)

1.1 กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) โดยกำหนดในลักษณะ action demands

1.2 วิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) โดยประเมินจาก

- 1.2.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors)

1.2.2 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

1.2.3 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components)

1.3 วิเคราะห์ข้อจำกัดของการกระทำการดูแลตนเอง อาจเนื่องจาก

1.3.1 การพัฒนาความสามารถไม่เพียงพอที่จะดูแลตนเอง เช่น ขาดประสบการณ์ มีความต้องการในการกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

1.3.2 ไม่สามารถที่จะนำความสามารถที่ได้รับการพัฒนามาใช้ เนื่องจากขาดพลังงาน หรือขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว

1.4 กำหนดความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ในรูปข้อวินิจฉัยการพยาบาล

2. การวางแผน (Planning)

2.1 กำหนดวิธีการที่จะสนองต่อความต้องการในการกระทำ (Action demands) ใน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด ทดแทนบางส่วนหรือแบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.2 เลือกวิธีในการช่วยเหลือทั้ง 5 วิธี ตามความเหมาะสมกับความสามารถในการดูแลตนเอง

3. การนำไปใช้ (Implementation) ตามวิธีการช่วยเหลือ

3.1 กระทำให้ (Action for)

3.2 ชี้แนะ (Guiding)

3.3 สนับสนุน (Support)

3.4 จัดสิ่งแวดล้อม (Providing environment)

3.5 การสอน (Teaching)

4. การประเมินผล (Evaluation)

4.1 ดูว่าการกระทำนั้น สามารถสนองต่อความพร้อมในการดูแลตนเองตามที่กำหนดหรือไม่

4.2 ผู้ป่วยสามารถทำการดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องได้รับการพยาบาล

จริยธรรมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

จากความก้าวหน้าเกี่ยวกับวิทยาการทางสูติศาสตร์และปริกำเนิด มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาให้บริการแก่ครอบครัวครรภ์เสี่ยงสูงมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาจริยธรรมที่มีการถกเถียงกันมากมายถึงสิ่งที่ทางการแพทย์กระทำว่าเหมาะสมหรือไม่ เช่น การผ่าตัดทารกในครรภ์ (intrauterine fetal surgery) การผสมเทียม พันธุวิศวกรรม (genetic engineering) มารดาเทียม (surrogate childbearing) การวิจัยในเด็ก การรักษาเด็กที่มีน้ำหนักน้อยมาก ๆ รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงในค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นกับการคุ้มครอง เป็นต้น

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคมค่อนข้างสูงในเชิงจริยธรรม เพราะต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับความสุขของมนุษย์ ที่ต้องการความช่วยเหลือ ความเข้าใจ ความอบอุ่นทางจิตใจ ต้องการเพื่อนและที่ปรึกษา แต่ในการปฏิบัติหน้าที่นั้น บางครั้งมีเหตุปัจจัยที่ทำให้พยาบาลจำต้องตัดสินใจแทนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง หรือเลือกสิ่งที่ดีกว่าให้ รวมทั้งอาจเป็นผู้กำหนดการกระทำหรือการปฏิบัติตนแก่หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ในกรณีเช่นนี้ก็มิประเด็นที่ถกกันว่ากรกระทำของพยาบาลนั้นสมควรหรือไม่ แต่โดยหลักการทั่วไปแล้ว บุคคลมีสิทธิเสรีภาพที่จะตัดสินใจเลือกกระทำด้วยตนเอง ไม่มีใครมีสิทธิ์มาตัดสินใจแทนผู้อื่น หรือเลือกกระทำแทนผู้อื่นได้

นอกจากนี้ สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ปัญหาของครอบครัวครรภ์เสี่ยงสูงจึงมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การปฏิบัติหน้าที่พยาบาลจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหาจริยธรรมนานาประการที่ต้องใคร่ครวญตัดสินใจเลือกการกระทำ เช่น ควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไร ขณะเดียวกันความเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็มีผลต่อค่านิยม ทศนคติของบุคคลในสังคม มีส่วนทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาที่ทำทลายต่อการตัดสินใจอีกเช่นกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีคุณลักษณะของความขัดแย้งระหว่างสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสม เรียกว่า ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรม (ethical dilemmas) ซึ่งพยาบาลต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกระหว่างความจำเป็นกับศีลธรรม หลักการและผลประโยชน์ ว่าสิ่งใดควรกระทำ สิ่งใดไม่ควรกระทำ ปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่พยาบาลไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และต้องเผชิญทุกขณะที่ปฏิบัติงานกับครอบครัวครรภ์เสี่ยงสูง

การพิจารณาตัดสินใจเลือกของพยาบาลนี้ต้องอาศัยเกณฑ์การตัดสินใจจริยธรรม คือมาตรการที่บอกให้ทราบว่า สิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ สิ่งใดถูก สิ่งใดผิด โดยทั่วไปมักใช้เกณฑ์เหล่านี้ คือ ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี รวมทั้งกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ของสถาบัน เช่น จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล แต่ในสภาพความเป็นจริง ปัญหาบางอย่างจะมีความซับซ้อน และมีหลายองค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงอย่างรอบคอบ จึงยากแก่การตัดสินใจ เช่น ครอบครัวที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา ครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์ ฯลฯ ซึ่งพยาบาลต้องใช้เหตุผลเป็นพื้นฐานในการเลือกตัดสินใจ ไม่มองเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หรือยึดมั่นเพียงความคิดด้านใดด้านหนึ่ง เนื่องจากปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรมนั้นไม่สามารถหาข้อสรุปที่ยุติได้อย่างแน่นอน และเป็นหลักสากลได้

ยกตัวอย่างปัญหาด้านจริยธรรมในหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่มารดาไม่ต้องการเปิดเผยและเนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่ยังรักษาไม่หาย คนจำนวนมากแม้กระทั่งแพทย์และพยาบาลหลายคนยังไม่ต้องการจะตรวจเลือดเพื่อดูว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่

ข่าวปรากฏในหนังสือพิมพ์ว่านักศึกษาฆ่าตัวตายโดยการกระโดดตึก เมื่อทราบว่าตนเป็นโรคเอดส์ แสดงให้เห็นว่าการทราบว่าเป็นโรคเอดส์ก็มีผลเสียมากเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อไม่มีการให้คำปรึกษาแนะแนวร่วมด้วย ทั้งนี้เพราะการให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ที่ผ่านมาเป็นไปในทางลบเป็นส่วนใหญ่ หลายคนจึงมีความเห็นว่าการตรวจเลือดควรเป็นการตัดสินใจหรือเป็นความสมัครใจของแต่ละคน ไม่มีการบังคับ

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการคลอดนั้นมีการเสี่ยงสูง มักต้องการทราบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่จะมาคลอดนั้นติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่เพื่อจะได้ป้องกันตัวเองไว้ก่อน แต่การป้องกันจะต้องไม่จำกัดอยู่เฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบ HIV antibodies เท่านั้น จะต้องคำนึงผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งอยู่ในระยะที่การตรวจยังไม่แสดงผลลบด้วย (window period) หรืออีกนัยหนึ่งจะต้องมีมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดในผู้ป่วยทุกราย การทราบว่ายีนตั้งครรภ์รายใดติดเชื้อเอดส์หรือไม่จึงไม่ใช่ประเด็นในการป้องกันตัวบุคลากรทางการแพทย์เอง แต่ความสำคัญอยู่ที่หญิงตั้งครรภ์จะตัดสินใจอย่างไรในการยอมหรือไม่ยอมให้ตรวจ HIV antibodies

บรรณานุกรม

- กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์ (2540). การพยาบาลผู้รับบริการหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน สงขลา : เหมการพิมพ์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข (พ.ศ.2540-2544).
แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8.
- ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรวิพงษ์ (2538). คู่มือการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ กรุงเทพฯ : การิศาศสนา.
- รจนา ภูไพบูลย์ (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2539). ทฤษฎีวิภกุต แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการพยาบาลครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 4(1), 35-45.
- ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง. (2536). การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วารสารพยาบาล, 42(2), 131-145.
- สมจิต หนูเจริญกุล (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุพร เกิดสว่าง (2535). การติดเชื้อเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์. สารสภากาการพยาบาล, 7(2), 22-25.
- Aguilera, D.C. and Messick, J.M. (1978). Crisis intervention : Theory and methodology (3rd ed). St.Louis : Mosby.
- Bobak, I.M. and Jensen, M.D. (1991). Essentials of maternity nursing (3rd ed), St.Louis : Mosby.
- Bobak, Irene M. et al. (1995). Maternity Nursing (4th ed). St.Louis : Mosby.
- Buckley, Kathleen ; Kulb, Nancy W, editors. (1990). High risk maternity nursing manual St.Louis : Mosby.
- Dickason, E.J. ; Silverman, B.L. and Schult, M.O. (1994). Maternity-infant nursing care (2nd ed). St.Louis : Mosby.

Orem, D.E. (1995). **Nursing : Concepts of Practice** (5th ed). St.Louis : Mosby.

Pillitteri, Adele. (1995). **Maternal & Child health nursing** (2nd ed). Philadelphia :
J.B. Lippincott.

Sherwen, Laurie N. ; Scoloveno, Mary Ann and Weingarten, Carol Toussie.

(1991). **Nursing care of the childbearing family** Connecticut :

Appleton & Lange.

บทที่ 2

การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์

วิชาการพยาบาลมารดาและทารก 2
แผนการสอนประจำบทที่ 2 จำนวน 3 ชั่วโมง
บทที่ 2 การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรก
ของการตั้งครรภ์

เนื้อหาวิชา

1. ความสำคัญและความหมาย
2. พยาธิสรีรวิทยาของการตกเลือด
3. สาเหตุของการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์
 - 3.1 การแท้ง (Abortion)
 - 3.2 การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)
 - 3.3 การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar pregnancy)
4. แนวทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรก
 - 4.1 กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม
 - 4.2 กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก
 - 4.3 กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก

วัตถุประสงค์ **นิสิตสามารถ**

1. อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของการตกเลือดได้
2. บอกสาเหตุของการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยได้
3. บอกความหมายของการแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกได้
4. อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของการแท้งแต่ละชนิด การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกได้
5. อธิบายแนวทางการรักษาการแท้งแต่ละชนิด การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกได้

6. วิเคราะห์แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของ การตั้งครรภ์โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มได้ถูกต้อง

7. วิเคราะห์วิจารณ์ และร่วมแสดงความคิดเห็นในการเรียนอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย (สถานการณ์)
3. วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

อุปกรณ์การสอน

1. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ
2. แผ่นใส

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายซักถามปัญหาขณะฟังการ บรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์

ความสำคัญ

การตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์ ถือเป็นภาวะผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันมารดาจากภาวะช็อก เนื่องจากการสูญเสียเลือด และการสูญเสียทารกในครรภ์ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุของการตกเลือด อาการและอาการแสดง อันตรายที่จะเกิดขึ้น และแนวทางการดูแลรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงจะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัยจากอันตรายของการมีภาวะตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์ได้

ความหมาย

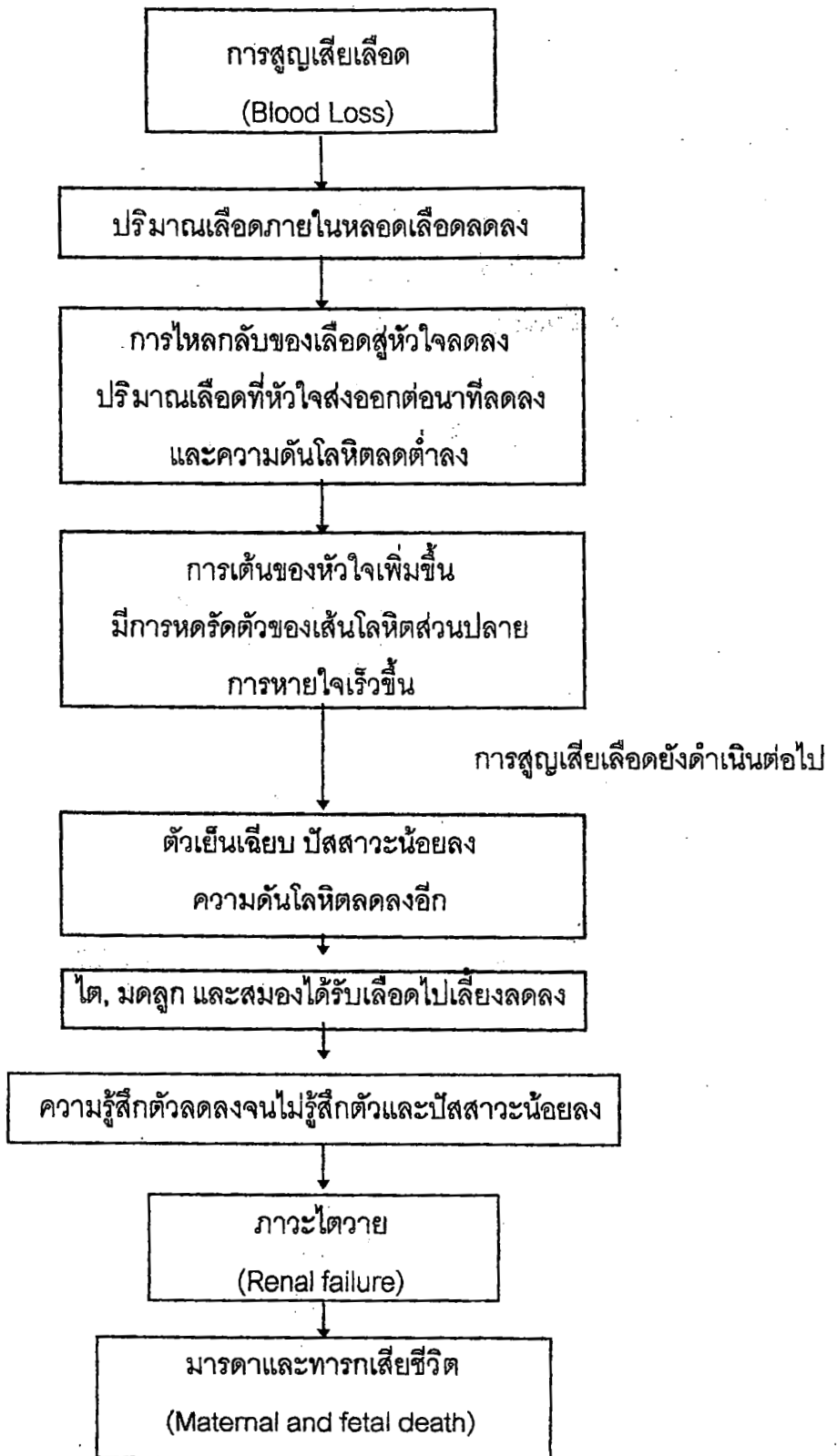
การตกเลือดในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์ หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดในช่วง 20 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากการแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก และการตั้งครรภ์ไข่ปลากุ๊ก

พยาธิสรีรวิทยาของการตกเลือด

เลือดเป็นตัวนำอาหารและออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายทุกส่วน และนำของเสียที่เซลล์ใช้เสร็จแล้วภายหลังการเผาผลาญออกจากร่างกายทางปอด ไต และผิวหนัง นอกจากนี้ยังช่วยรักษาสมดุลกรดและด่างของร่างกายด้วย ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะตกเลือดจึงทำให้เกิดการสูญเสียเลือดและปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เซลล์ต่าง ๆ ขาดอาหารและออกซิเจนรวมทั้งเสียสมดุล ทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะในระยะตั้งครรภ์นอกจากจะมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์แล้ว ยังมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย

ผลการตกเลือดที่สำคัญ คือ การนำไปสู่ภาวะช็อก ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อปริมาณเลือดในร่างกายลดลงประมาณ 500-700 มิลลิลิตร โดยในระยะแรกของการตกเลือด จะมีผลทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลง (Decreased intravascular volume) และการไหล

กลับของเลือดสู่หัวใจลดลง (Decreased venous return) ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อ
นาทีลดลง (Decreased cardiac output) ผลที่ตามมาคือ ความดันโลหิตจะลดต่ำลง
(Lowered blood pressure) ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น
จากการที่การไหลเวียนของโลหิตลดลง มีการหดตัวของเส้นโลหิตส่วนปลาย การหายใจเร็ว
ขึ้น และรู้สึกว่าร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้คือ ตัวเย็นเฉียบ ปัสสาวะออกน้อยลง ถ้าการ
สูญเสียเลือดยังดำเนินต่อไป ความดันโลหิตจะลดลงอีก ไต มดลูก และสมองได้รับเลือดไป
เลี้ยงลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกตัวลดลงจนไม่รู้สึกรู้ตัว (Coma) และปัสสาวะน้อยลง เกิดภาวะ
ไตวาย ส่งผลให้มารดาและทารกเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังแผนภูมิที่ 2

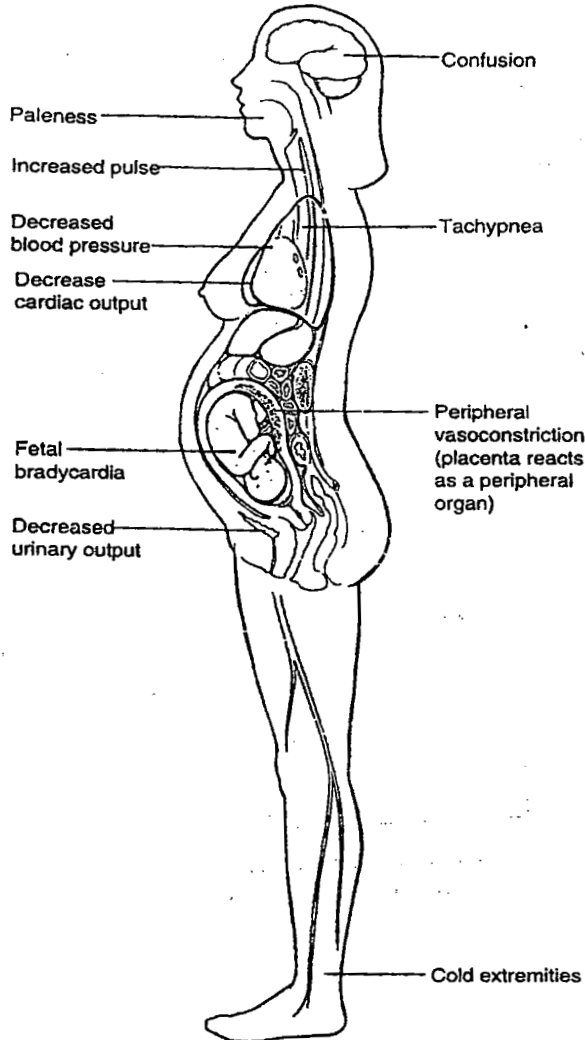


แผนภูมิที่ 2

กระบวนการช็อกจากการสูญเสียเลือด (Hypovolemia)
(Pillitteri, A., 1995)

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก (Signs and Symptoms of Hypovolemic Shock) มีดังนี้

1. ชีพจรเร็วขึ้น
2. ความดันโลหิตลดลง
3. การหายใจเร็วขึ้น
4. ตัวเย็นเฉียบ
5. ปัสสาวะน้อยลง
6. ง่วงซึม ความรู้สึกตัวลดลง จนไม่รู้ตัว
7. CVP ลดลง



ภาพที่ 1 อาการของภาวะช็อก (Signs of hypovolemic shock)
(Pillitteri, A., 1995)

สรุปการตกเลือดในระยะครั้งแรกของการตั้งครรภ์ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปสาเหตุของการตกเลือดในระยะครั้งแรกของการตั้งครรภ์

ระยะตั้งครรภ์	สาเหตุของการตกเลือด
ไตรมาสแรก (First trimester)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแท้งคุกคาม (Threatened abortion) 2. การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Imminent or Inevitable abortion) 3. การแท้งไม่ครบ (Incomplete abortion) 4. การแท้งครบ (Complete abortion) 5. การแท้งค้าง (Missed abortion) 6. การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic or tubal pregnancy)
ไตรมาสที่ 2 (Second trimester)	<ol style="list-style-type: none"> 7. การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Gestational trophoblastic disease or Hydatidiform mole) 8. ภาวะปากมดลูกไม่แข็งแรง (Incompetent cervix)

การตกเลือดในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

สาเหตุของการตกเลือดในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เกิดขึ้นได้ร้อยละ 20-30 ของหญิงตั้งครรภ์ และที่พบมากที่สุดจาก 2 สาเหตุ คือ การแท้งที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous abortion) และการตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)

การแท้ง (Abortion)

การแท้ง หมายถึง การสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ไม่ว่าโดยวิธีใดก็ตามก่อนที่ทารกจะสามารถมีชีวิตรอดอยู่ได้ สำหรับอายุครรภ์และน้ำหนักของทารกเท่าไรนั้น ในแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน อย่างเช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะใช้เกณฑ์การแท้ง เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกน้อยกว่า 500 กรัม ในขณะที่บางประเทศในยุโรปใช้

เกณฑ์น้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,000 กรัม สำหรับประเทศไทย นับอายุครรภ์ก่อน 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกอยู่ระหว่าง 500-999 กรัม จะเรียกว่า Immature fetus

อุบัติการณ์ การแท้งที่เกิดขึ้นพบได้ประมาณร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ และมักจะเกิดในช่วงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์แรก นอกจากนี้การแท้งจะพบได้มากขึ้น เมื่ออายุของหญิงตั้งครรภ์มากขึ้น กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี พบร้อยละ 12 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 45 ปี พบว่า เกิดการแท้งเองได้มากกว่าร้อยละ 50 อุบัติการณ์ของการแท้งจะเพิ่มขึ้น ถ้ามีการตั้งครรภ์ครั้งใหม่เกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังคลอด

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง สาเหตุของการแท้งที่เกิดขึ้นเอง ถ้าเกิดขึ้นในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ (early abortion) พบว่ามักเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม (cytogenetic abnormality) หรือจากตัวทารก ส่วนการแท้งในระยะหลัง (late abortion) มักพบว่าเกิดเนื่องจากสาเหตุทางมารดา บิดา หรือปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

1. สาเหตุทางด้านตัวอ่อนหรือทารก (embryonic factors)

1.1 ความผิดปกติของโครโมโซม (chromosomal abnormalities) เช่น ตัวอ่อนมีโครโมโซม 69 ตัว เรียกว่า triploidy หรือมีโครโมโซม 92 ตัว เรียกว่า tetraploidy เป็นต้น เป็นสาเหตุให้เกิดการแท้งเองในระยะก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์พบได้ประมาณร้อยละ 60 และลดลงมาเหลือประมาณร้อยละ 7 ในปลายสัปดาห์ที่ 24 ของการตั้งครรภ์

1.2 การเจริญเติบโตของตัวอ่อนที่ผิดปกติ เช่น ในกรณีพบไข่ฝ่อ (blighted ovum) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีทารกมีแต่รกกับถุงน้ำ เนื่องจากมีการตายของตัวอ่อน และเกิดการเสื่อมสลายเหลือแต่ถุงห่อหุ้มไว้เท่านั้น

1.3 ความผิดปกติของรก เช่น รกมีการติดเนื้อซีฟิลิส หรือรกมีการฝังตัวผิดปกติ เช่น รกเกาะต่ำ มีการฝังตัวบริเวณส่วนล่างของมดลูก ซึ่งเป็นบริเวณที่ได้รับเลือดมาเลี้ยงน้อย และ decidua ซึ่งเป็นเซลล์เยื่อมดลูกในขณะที่ตั้งครรภ์มีการเจริญไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเหตุให้เกิดการแท้งง่าย นอกจากนี้อาจจะพบมีความพร่องในการฝังตัวของเซลล์รก (trophoblast)

1.4 อุบัติเหตุที่มีผลทำให้กระทบกระเทือนต่อตัวอ่อนที่กำลังเจริญเติบโต

1.5 ความผิดปกติของสายสะดือ ที่บิดเป็นเกลียว หรือเกิดเป็นปมขึ้นมา (true knot)

2. สาเหตุทางด้านมารดา (maternal factors)

2.1 การเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เนื่องจากภาวะของโรคมีผลต่อการส่งเลือดไปเลี้ยงรก

2.2 การติดเชื้อ มีทั้งการติดเชื้อแบคทีเรีย เช่น วัณโรค เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ฝีในอุ้งเชิงกราน โรคซิฟิลิส การติดเชื้อไวรัส เช่น ตับอักเสบ เริมในอวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อโรคทางปรสิต เช่น toxoplasmosis หรือมาลาเรีย การติดเชื้อเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดการแท้งได้

2.3 อายุของมารดา ถ้าอายุมากขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 35 ปี โอกาสเสี่ยงต่อการแท้งจะมีมากขึ้น

2.4 การมีประวัติการแท้งมาก่อน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้งเองในครรภ์ต่อไปได้

2.5 อายุการตั้งครรภ์ (gestation age) พบว่าการแท้งเองจะมีความสัมพันธ์ชนิดผกผันกับอายุครรภ์ กล่าวคือ อายุครรภ์มากขึ้นอัตราการแท้งเองจะลดลง

2.6 ลักษณะของมดลูกที่ผิดปกติ มีผลทำให้การเจริญเติบโตของตัวอ่อนหรือการฝังตัวของรก หรือการขยายตัวของมดลูกเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นไม่ได้ เช่น มีมดลูกสองอัน (bicomuate uterus) เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เป็นต้น

2.7 ความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ปริมาณฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่ผลิตจาก corpus luteum หรือรกไม่เพียงพอ ทำให้ decidua เจริญได้ไม่ดี ไม่เหมาะสมสำหรับจะใช้ฝังตัว เป็นสาเหตุของการแท้งตามมา

2.8 แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุของการแท้งที่เพิ่มขึ้น หากหญิงตั้งครรภ์ดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จะพบอัตราการแท้งเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า

2.9 บุหรี่ ถ้าหญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่มากกว่า 14 มวนต่อวัน พบว่ามีแนวโน้มในการแท้งได้มากเป็น 2 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สูบบุหรี่

2.10 คาเฟอีน การดื่มกาแฟมากกว่า 4 ถ้วยต่อวัน พบว่า มีอัตราเสี่ยงต่อการแท้งเพิ่มขึ้น และถ้าดื่มมากจะมีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นเช่นกัน

2.11 มารดามีภาวะขาดอาหารและวิตามิน โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน วิตามินบี 12 วิตามินซี วิตามินอี และพวกรรด์ฟอลิค

2.12 ภาวะหมู่เลือดแม่และลูกไม่เข้ากัน (ABO incompatibility)

2.13 มดลูกได้รับความกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ การออกกำลังกายมากเกินไป การผ่าตัดบริเวณช่องท้อง การร่วมเพศ ทำให้มดลูกมีการหดตัวอาจเป็นสาเหตุของการแท้งได้

2.14 สภาวะอารมณ์หรือจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ความวิตกกังวล มีผลกระทบต่อ hypothalamus และ pituitary gland ทำให้มดลูกเกิดการหดตัวอาจเป็นสาเหตุของการแท้งได้

3. สาเหตุทางด้านบิดา (paternal factors)

สาเหตุจากบิดามีการศึกษาไว้น้อยมาก แต่เชื่อว่าโครโมโซมในเชื้ออสุจิมีผลต่อตัวอ่อนซึ่งอาจจะมีโครโมโซมที่มาก หรือน้อยเกินไป ผลของโครโมโซมที่ผิดปกติ ทำให้เกิดการแท้งได้ นอกจากนี้อายุของบิดาก็มีส่วนเกี่ยวข้อง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้งเช่นกัน เมื่อบิดาอายุมากขึ้น

4. สาเหตุทางด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors)

4.1 มลภาวะทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ สารพิษต่าง ๆ อาจมีผลต่อการเกิดภาวะแท้งในหญิงตั้งครรภ์ได้ เช่น สารพิษชนิดโลหะหนัก ตะกั่ว สารหนู เบนซิน คาร์บอนเตตระคลอไรด์ เป็นต้น

4.2 เชื้อชาติ พบว่าคนผิวขาวจะมีอัตราการเกิดการแท้งเองน้อยกว่าเชื้อชาติอื่น ๆ นอกจากนี้ช่วงอายุครรภ์ที่พบว่าเกิดการแท้งอยู่ในระหว่าง 12-19 สัปดาห์ จะแตกต่างกันตามเชื้อชาติด้วย

4.3 ฤดูกาล ยังไม่มีการศึกษาว่า ฤดูกาลมีผลต่อการแท้งเองหรือไม่ แต่พบว่าในฤดูใบไม้ผลิและปลายฤดูใบไม้ร่วง มีอุบัติการณ์การแท้งเองสูง

ชนิดของการแท้ง

1. การแท้งที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous abortion หรือ Miscarriage)

1.1 การแท้งคุกคาม (Threatened abortion)

1.2 การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Imminent abortion หรือ Inevitable abortion)

- 1.3 การแท้งไม่ครบ (Incomplete abortion)
 - 1.4 การแท้งครบ (Complete abortion)
 - 1.5 การแท้งค้าง (Missed abortion)
 - 1.6 การแท้งเป็นอาเจิน (Habitual abortion, recurrent spontaneous abortion หรือ recurrent pregnancy loss)
2. การทำแท้ง (Induced abortion)
 - 2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic abortion)
 - 2.2 การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (Criminal abortion)

1. การแท้งที่เกิดขึ้นเอง

1.1 การแท้งคุกคาม เป็นการตั้งครรภ์ที่มีอาการแสดงของการแท้งระยะเริ่มแรก การตั้งครรภ์นี้อาจจะสิ้นสุดกลายเป็นการแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้หรือดำเนินต่อไปจนครบกำหนด

การวินิจฉัย

- อาการและอาการแสดงที่พบคือ มีเลือดออกทางช่องคลอด มักจะพบก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ปริมาณเลือดที่ออกอาจออกไม่มาก ดังแสดงในภาพที่ 2 ก. อาจจะมีอาการปวดเกร็งเล็กน้อย ลักษณะสีเลือดอาจจะมีสีน้ำตาลจนถึงสีแดงสด อาจมีอาการปวดหลัง หรือปวดเกร็ง (cramping) บริเวณท้องน้อยหรือไม่ก็ได้

- การตรวจภายใน พบปากมดลูกปิด ผนังมดลูกนุ่มไม่แตก

- การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) พบว่าทารกยังมี

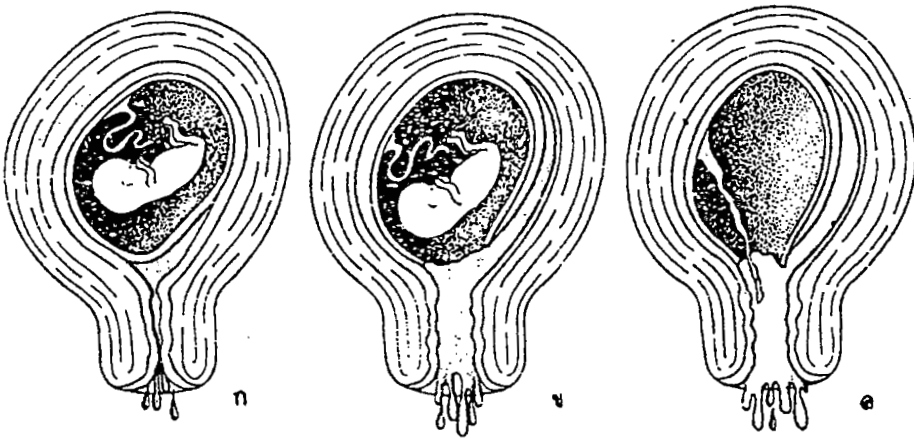
ชีวิตอยู่

การพยากรณ์โรค

ร้อยละ 70-80 การตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนครบกำหนด มีบางรายที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ทารกขาดออกซิเจน รกผิดปกติ ทารกทำกัน การแท้งค้าง เป็นต้น แต่ถ้ามีอาการเลือดออกมากขึ้นและเป็นสีแดงสด การแท้งนั้นจะกลายเป็นการแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

การรักษา

การรักษาจะเป็นแบบประคับประคอง เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้ตั้ง
นี้คือ ให้พักผ่อนมาก ๆ งดการมีเพศสัมพันธ์ อาจพิจารณาฉีดยาฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เพื่อ
ช่วยการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งจะได้ผลในกรณีที่มีสาเหตุจากความบกพร่องของ
Corpus luteum ทำในรายที่มั่นใจว่าทารกยังมีชีวิตอยู่ เพราะอาจทำให้เกิดการแท้งค้างได้



ภาพที่ 2 ชนิดของการแท้ง ก. แท้งคุกคาม ข. แท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
ค. แท้งไม่ครบ

(Gant & Cunningham, 1993)

1.2 การแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นการแท้งที่ทำให้การตั้งครรภ์ไม่
สามารถดำเนินต่อไปได้ เกิดการแท้งแน่นอน ไม่ว่าจะจากสาเหตุใด ทารกไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

การวินิจฉัย

อาการและอาการแสดงจะมีเลือดออกมาก เนื่องจากรกลอกตัวจาก
ผนังมดลูก ปริมาณเลือดออกมากกว่าการแท้งคุกคาม ดังแสดงในรูปที่ 2 ข. อาจเกิดภาวะ
ปริมาณเลือดต่ำอย่างรุนแรง (Severe hypovolemia) มีอาการปวดท้องเฉียบพลัน และเป็น
ระยะ ๆ ปวดเกร็งท้องน้อย

ตรวจภายใน พบว่า ปากมดลูกเปิดขยาย อาจพบถุงน้ำคร่ำและรก ออกมาอยู่ที่ปากมดลูก หรือถุงน้ำคร่ำแตก และมีน้ำคร่ำไหลออกมา

การพยากรณ์โรค เมื่อเกิดการแท้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การตั้งครรภ์จะ สิ้นสุดลงแน่นอน แต่พบว่ามีโอกาสที่จะกลายเป็นการแท้งครบหรือไม่ครบก็ได้

การรักษา จะต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงดังนี้คือ ให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำและงดสารน้ำ สารอาหารทางปาก ในกรณีที่มีการหดตัวของมดลูก อาจรอ ให้การแท้งสิ้นสุด โดยทารกคลอดออกมาเอง ถ้ามีรกหรือเศษรกค้างอาจพิจารณาขูดมดลูก ต่อไป

1.3 การแท้งไม่ครบ เป็นการแท้งที่มีส่วนของรกและ/หรือเยื่อหุ้มทารกติด ค้างอยู่ในโพรงมดลูกภายหลังการแท้ง

การวินิจฉัย

ให้ประวัติว่ามีก้อนเลือด ทารก รก และเยื่อหุ้มทารกออกมาทางช่อง คลอดแต่ยังมีเลือดออกมาก ดังแสดงในรูปที่ 2 ค. มีอาการปวดท้องน้อย แต่อาการปวดท้อง และปวดหลังอาจจะหายไป

ตรวจภายใน พบปากมดลูกนุ่มและยังเปิดมีสีของปากมดลูกค่อนข้าง ม่วงคล้ำ อาจพบว่ามีก้อนรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในช่องคลอดหรือที่ปากมดลูก อาจจะมี เลือดออกมาเรื่อย ๆ จากปากมดลูก

ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ไม่พบทารกแต่พบว่ามีรกบางส่วน ค้างอยู่

การพยากรณ์โรค การแท้งไม่ครบทำให้เกิดการตกเลือด และเกิด ภาวะซีخอกได้ นอกจากนี้อาจเกิดการติดเชื้อ กลายเป็นการแท้งติดเชื้อได้เช่นกัน

การรักษา โดยการขูดมดลูก เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดและป้องกัน การติดเชื้อดังนี้คือ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และงดสารน้ำ สารอาหารทางปาก ให้ยา ปฏิชีวนะ เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อลุกลามมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่อาจมีการติดเชื้อแล้ว ให้ยา แก้วปวดและยาบำรุงเลือด และขึ้นเนื้อที่ได้จากการขูดมดลูก ควรส่งตรวจหาพยาธิสภาพและ บางกรณีอาจต้องส่งตรวจหาความผิดปกติของโครโมโซม

1.4 การแท้งครบ เป็นการแท้งที่ทารก รก และเยื่อหุ้มทารกออกมาครบ ไม่มีอะไรตกค้างอยู่ในโพรงมดลูก มักพบในการแท้งที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 8 สัปดาห์

การวินิจฉัย

ให้ประวัติว่ามีก้อนเลือด ชื่นเนื้อเป็นทารก รก หลุดออกมาทางช่องคลอด มีเลือดออกน้อยลง และหยุดไป อาการปวดท้องลดลงหรือหายไป

ตรวจภายในพบว่าปากมดลูกปิด เลือดหยุด ขนาดของมดลูกโตกว่ามดลูกที่ไม่ได้ตั้งครรภ์เล็กน้อย

การพยากรณ์โรค ถ้าเป็นการแท้งครบจริงจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

การรักษา แพทย์จะสังเกตอาการตกเลือดหลังแท้ง ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จะอนุญาตให้กลับไปนอนพักที่บ้าน โดยให้ยาบำรุงเลือดและยาแก้ปวด รวมทั้งคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

1.5 การแท้งค้าง เป็นการแท้งที่ทารกซึ่งตายแล้วและรก ค้างอยู่ในโพรงมดลูกอย่างน้อย 8 สัปดาห์

การวินิจฉัย

- อาการและอาการแสดง อาการของการตั้งครรภ์ปกติที่เคยมีจะหายไป คือ จะไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่คัดตึงเต้านม ขนาดของมดลูกไม่โตขึ้นหรือเล็กลง หรือไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ทารกไม่ดิ้น เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 ไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารก เมื่อทารกตายอาจจะมีเลือดออกทางช่องคลอดหรือไม่ก็ได้ หรืออาจมีสิ่งคัดหลังเป็นสีน้ำตาลหรือสีแดงคล้ำออกมา

- ตรวจภายใน ปากมดลูกปิด แต่อาจมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อมดลูก

- ตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า น้ำคร่ำมีปริมาณลดลง ไม่พบการเต้นของหัวใจหรือการเคลื่อนไหวของทารก ซึ่งแสดงว่าทารกเสียชีวิตแล้ว

- ตรวจหาระดับฮอร์โมน HCG จากที่เคยให้ผลบวกจะลดระดับลงหรือให้ผลลบ

การพยากรณ์โรค การแท้งค้างทำให้มีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด โดยร่างกายของแม่จะดูดซึมสาร thromboplastin ที่เกิดจากการย่อยสลายตัวของทารกที่ตายแล้วเข้าสู่กระแสเลือดทำให้มีการใช้องค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือด เช่น fibrinogen ไปมากมาย เกิดภาวะความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดขึ้นในร่างกายของแม่ เกิดในรายที่แท้งค้างนานเกิน 6-8 สัปดาห์ และอาจกลายเป็นการแท้งติดเชื้อมาได้

การรักษา การแท้งชนิดนี้สามารถแท้งได้เองภายใน 6 สัปดาห์ การรักษา มักจะรอให้เกิดการแท้งเอง และดูดมดลูกตาม ในกรณีที่แม่แท้งเองและ/หรือเลือดออกมากจะทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงนี้ ขูดมดลูกในรายที่มดลูกมีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ แต่ต้องระวังการขูดไม่หมดหรือมดลูกทะลุ เนื่องจากรกติดแน่น ขูดออกได้ยากหรือให้ยา Oxytocin ขนาดเข้มข้นทางหลอดเลือดดำ ขนาดสูงสุดไม่เกิน 100 ยูนิตในน้ำ 500 มิลลิลิตร ให้หมดภายใน 6 ชั่วโมง ถ้าไม่ได้ผลให้หยุดยาแล้วให้ซ้ำในวันรุ่งขึ้น ถ้าให้ 3 วัน ติดต่อกันไม่ได้ผล ควรพิจารณาใช้วิธีอื่นต่อไป

1.6 การแท้งเป็นอาเจิน เป็นการตั้งครรภ์ที่มีการแท้งเกิดขึ้นติดต่อกัน 3 ครั้ง หรือมากกว่า พบประมาณร้อยละ 2 ของคู่สมรส

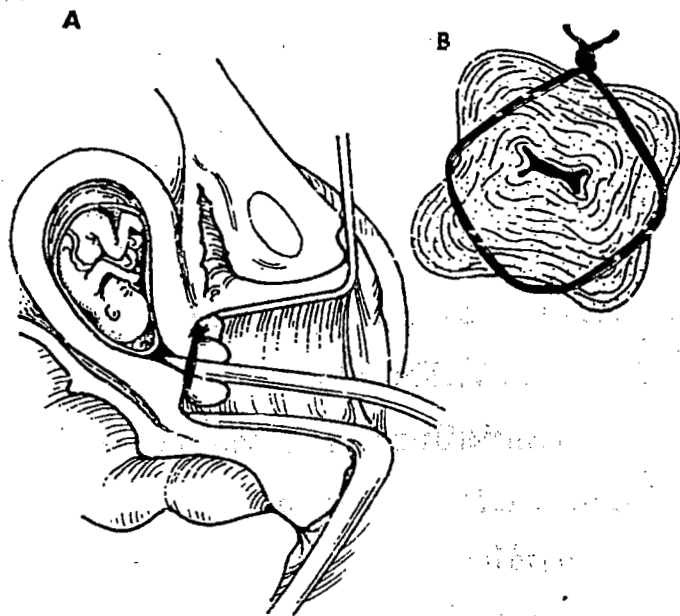
การวินิจฉัย

- ให้ประวัติว่าเคยแท้งมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง
- มีอาการและอาการแสดงคล้ายกับการแท้งชนิดต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ที่สำคัญคือ มีเลือดออก อาจจะมีมากหรือน้อย มีอาการปวดท้องน้อย
- ตรวจหาโครโมโซมทั้งในบิดา และมารดา โดยการทำให้ Karyo type ซึ่งเป็นการจัดระบบของโครโมโซมให้เป็นพวก ร่วมกับการใช้ Chromosomal banding technique) ซึ่งเป็นวิธีการย้อมแถบสีบนโครโมโซมจะช่วยให้ในการหาโครโมโซมที่ผิดปกติ
- ในกรณีที่หากเกิดจากภาวะปากมดลูกไม่แข็งแรง (incompetent cervix) เมื่อตรวจภายในจะพบว่าปากมดลูกเปิด ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ และอาจจะพบว่าถุงน้ำคร่ำแตก

การพยากรณ์โรค ในการศึกษาทางคลินิก พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์ใดเคยมีประวัติแท้งมาแล้ว 2 ครั้ง จะเสี่ยงต่อการแท้งครั้งที่ 3 ร้อยละ 20-26 หากเคยแท้งมาแล้ว 3 ครั้ง จะเสี่ยงต่อการแท้งครั้งที่ 4 ร้อยละ 32 และหากเคยแท้งมาแล้ว 4 ครั้ง หรือมาก

กว่าจะเสี่ยงต่อการแท้งในครรภ์ต่อไปถึงร้อยละ 50 และหญิงที่เคยแท้งเป็นอาฉินแล้ว ในครรภ์ต่อไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ทารกท่าก้น และทารกพิการแต่กำเนิดด้วย

การรักษา ควรหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการแท้งได้อีก วินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกและรักษาตามสาเหตุ เช่น การรักษาปากมดลูกไม่แข็งแรง โดยการผ่าตัดเย็บรัดปากมดลูกให้รู้แคบลง (Cerclage correction of an incompetent cervix) ดังแสดงในภาพที่ 3 A,B



ภาพที่ 3 A. Cerclage correction of an incompetent cervix
B. Cross section of a closed internal os
(Wold, G.H., 1997)

ดังนั้นในขณะที่ตั้งครรภ์จึงต้องระมัดระวังและป้องกันการแท้งซ้ำ การแนะนำการปฏิบัติตัวที่อาจส่งเสริมให้มีโอกาสแท้งมากขึ้น เช่น การได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เป็นต้น และให้มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องการพักผ่อน แม้จะไม่ช่วยการรักษาโดยตรง แต่อาจมีผลทางด้านจิตใจ

2. การทำแท้ง การทำแท้งเป็นการจงใจ ตั้งใจในการทำให้มีการแท้งเกิดขึ้น ซึ่งมี 2 ประเภท คือ

2.1 การทำแท้งเพื่อการรักษา คือการทำแท้งที่ถูกต้องตามกฎหมาย (legal abortion) หมายถึง การทำแท้งที่แพทย์สามารถกระทำได้ตามที่กฎหมายได้ระบุไว้ เช่น ใน มาตรา 305 โดยเหตุผลทางสุขภาพของหญิงนั้น เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันกฎหมายอนุญาตให้แพทย์ทำแท้งได้ เฉพาะในกรณีที่การตั้งครรภ์นั้นจะเป็นอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพของมารดา และทารก หรือในกรณีที่การตั้งครรภ์จากการข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งการทำแท้งทำได้หลายวิธี แต่ละวิธีจะเหมาะสำหรับการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่ต่างกัน

ข้อบ่งชี้ในการทำแท้ง มีดังนี้

ก. ถ้าการตั้งครรภ์นั้นดำเนินต่อไป ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของแม่ โรคที่เป็นข้อบ่งชี้ในการทำแท้งบ่อย ๆ ได้แก่ โรคหัวใจที่เคยมีภาวะหัวใจวายมาก่อน โรคความดันโลหิตสูงมาก มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ข. การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการถูกข่มขืนกระทำชำเรา

ค. การตั้งครรภ์ที่มีผลทำให้เด็กพิการและปัญญาอ่อน เช่น หัดเยอรัมัน เป็นต้น

2.2 การทำแท้งผิดกฎหมาย : การแท้งติดเชื้อ (septic abortion) การทำแท้งผิดกฎหมายเป็นการทำแท้งที่จงใจ หรือตั้งใจทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง นอกเหนือจากเงื่อนไขที่ทางกฎหมายได้กำหนดไว้ ซึ่งถือว่าเป็นการทำแท้งผิดกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะทำโดยแพทย์ผู้มิใช่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พยาบาลผดุงครรภ์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ทำแท้งบางรายไม่มีความรู้ทางการแพทย์มาก่อน ผลที่ตามมาสำหรับผู้ไปทำแท้งต้องมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลด้วยอาการของการติดเชื้อหรือแท้งไม่ครบ บางรายอาจต้องเสียชีวิตเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock)

วิธีทำแท้งผิดกฎหมายมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การสวนน้ำทางสายยางเข้ามดลูกโดยใช้น้ำสบู่ น้ำด่างทับทิม สารเคมีอื่น ๆ บางรายได้รับการฉีดยาเพื่อให้มดลูกหดตัว และต้องมาโรงพยาบาลด้วยอาการตกเลือด บางรายได้รับการบีบนิ้วคั้นมดลูกอย่างรุนแรง เพื่อให้ทารกออก และอาจจะรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้มดลูกแตก เหล่านี้เป็นวิธีการชักนำให้เกิดการแท้ง การทำแท้งผิดกฎหมายนี้ยังใช้วิธีการทำแท้งที่คล้ายคลึงกับการทำแท้งเพื่อการ

รักษา เช่น การฉีดน้ำเกลือเข้มข้นเข้าในโพรงมดลูก การขยายปากมดลูกและการขูดมดลูก การดูดด้วยเครื่องดูดสูญญากาศ

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งนี้ ได้แก่ การติดเชื้อ ตกเลือด ช็อก มดลูก ทะลุ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การอุดตันของเส้นเลือด (embolism) จากก้อนเลือด ฟองอากาศ ซึ่งมีผลถึงแก่ชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมาก คือการติดเชื้อภายหลังการทำแท้งผิดกฎหมาย จึงขอกล่าวถึงการแท้งติดเชื้อพอสังเขปดังนี้

การแท้งติดเชื้อ เป็นการแท้งที่มีการติดเชื้อ โดยจะพบว่า อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นตั้งแต่ 38°C ขึ้นไปอย่างน้อย 2 วัน หรือตั้งแต่ 38.9°C ขึ้นไปเพียงครั้งเดียวก็ถือว่าเป็นการแท้งติดเชื้อ มักพบในรายที่ทำแท้งผิดกฎหมาย แต่ในการแท้งชนิดอื่น เช่น แท้งคุกคาม แท้งค้าง หรือแท้งไม่ครบก็อาจเกิดการติดเชื้อได้ การแท้งติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

การติดเชื้อนั้นนอกจากจะติดเชื้อภายในโพรงมดลูกแล้ว อาจลามไปอวัยวะใกล้เคียงได้ เช่น กล้ามเนื้อมดลูก ปีกมดลูก รังไข่ อวัยวะในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น จากผลของการติดเชื้อทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากหรือตั้งครรภ์นอกมดลูกในครรภ์ต่อไปได้

การวินิจฉัย

- อาการและอาการแสดงที่พบ คือ มีไข้สูง มักเกิดหลังทำแท้ง 48 ชั่วโมง ซีพจรเร็ว หายใจเร็ว ปวดท้องหรือปวดท้องน้อย ปวดมดลูก มีเลือดออกทางช่องคลอดหรือเป็นเลือดปนหนองมีกลิ่นเหม็น หน้าท้องนุ่ม

- ให้ประวัติว่าไปทำแท้ง หรือควรซักประวัติให้ได้ว่าไปทำแท้งมาหรือไม่ ภายหลังทราบอาการและอาการแสดง เพราะบางรายไม่กล้าบอกว่าไปทำแท้ง

- ตรวจภายใน อาจพบสิ่งค้ำหลังจากช่องคลอด มีกลิ่นเหม็นมีเศษรกหรือสิ่งแปลกปลอมจากการทำแท้งยังคาอยู่ที่ปากมดลูก

- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเม็ดขาวเพิ่มขึ้น ซีโมโกลบินต่ำ ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดขาว เพราะเชื้อจากช่องคลอดหรือปากมดลูกพบเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบที่พบบ่อย เช่น *E.coli*, *P.aerogenes*, *Klebsiella* เป็นต้น ชนิดกรัมบวก เช่น *Anaerobic streptococcus*, *Bacteroides*, *C.welchii*, *Enterococcus* เป็นต้น

- การเอ็กซเรย์ หรือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณหน้าท้อง อาจพบว่า มีสิ่งแปลกปลอมในโพรงมดลูก

ในรายที่ติดเชื้อรุนแรง จะพบว่ามีอาการของความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ไตวายเฉียบพลัน ซ้ำจากการติดเชื้อ

การพยากรณ์โรค การติดเชื้อจากแบคทีเรียชนิดกรัมลบ จะมีพยากรณ์โรคที่แย่กว่าการติดเชื้อชนิดกรัมบวก

ผลของการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมลบ จะทำให้เกิดอาการช็อก จากเอนโดทอกซิน (endotoxin shock) ซึ่งมีผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต ถึงแก่ชีวิตได้

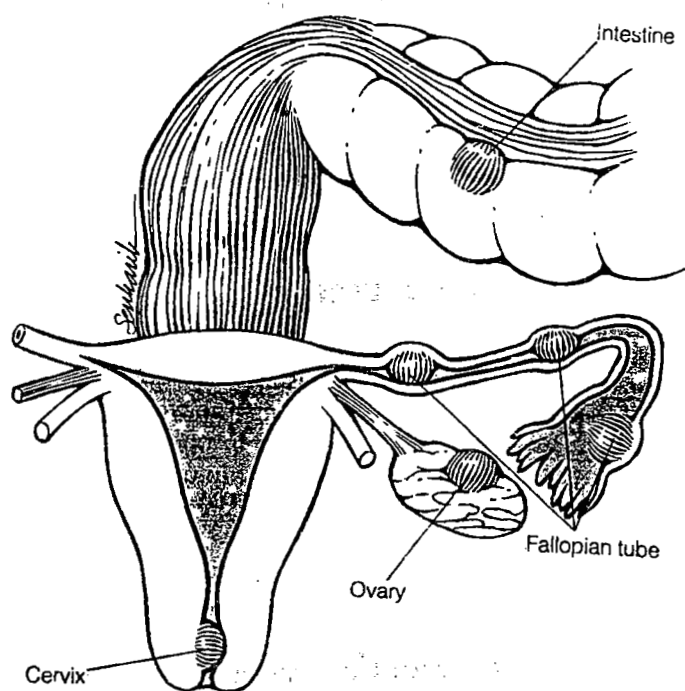
ผลของการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมบวก โดยเฉพาะเชื้อ Clostridium ซึ่งจะให้ exotoxin มีฤทธิ์ต่อหลอดเลือดส่วนปลาย ทำลายเม็ดเลือดเกิดไตวายเฉียบพลัน ฤทธิ์ของ myotoxin ทำให้เกิดเนื้อตาย ถ้าติดเชื้อรุนแรงจะอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ในเวลาอันสั้น ร้อยละ 1-5 ของการแท้งติดเชื้อจะกลายเป็น การช็อกจากการติดเชื้อ

การรักษา การรักษาการแท้งติดเชื้อ มีดังนี้

- ให้สารน้ำหรือเลือดทดแทน ในรายเสียเลือดมาก มีค่าHct ต่ำ
- ให้ยาปฏิชีวนะตามผลการเพาะเชื้อ ที่นิยมใช้คือ Penicillin, Kanamycin และ Chloramphenical
- ให้ยาป้องกันบาดทะยักให้ทั้งชนิด tetanus toxoid และ/หรือ anti tetanus toxin หลังจากทดสอบแล้วให้ผลลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่มีประวัติทำแท้งที่ใส่สารแปลกปลอมเข้าไปในช่องคลอดและโพรงมดลูก
- ให้ยาระงับปวด เช่น Morphine หรือ Pethidine เป็นต้น
- ตรวจปัสสาวะ และตรวจปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
- ให้ยาหดรััดตัวมดลูก เช่น Oxytocin
- ชูดมดลูกในรายที่แท้งไม่ครบ และหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง หรือในรายที่เลือดออกมากจะชูดมดลูกทันที
- ในรายที่จำเป็นแพทย์อาจพิจารณาตัดมดลูกและ/หรือหลอดมดลูก

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy)

การตั้งครรภ์นอกมดลูก หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการที่ไข่ที่ถูกผสมแล้วไปฝังตัวนอกมดลูก ดังแสดงในภาพที่ 4



ภาพที่ 4 แสดงตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูก
(Pillitteri, A., 1995)

ตำแหน่งที่เกิด การตั้งครรภ์นอกมดลูกมักเกิดขึ้นที่หลอดมดลูก หรือท่อนำไข่ (Fallopian tube) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 95 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ส่วนบริเวณช่องท้อง (Abdominal) พบร้อยละ 1.4 บริเวณรังไข่ (Ovarian) และปากมดลูก (cervical) พบอย่างละร้อยละ 0.2

อุบัติการณ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ตั้งแต่ 1 : 90 ถึง 1 : 200 ของการตั้งครรภ์ ปัจจัยที่มีผลต่ออุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก ได้แก่

- อายุ ที่พบว่ามียุบัติการณ์การตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มคือ อายุระหว่าง 25-34 ปี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

- สีมิว พบว่าคนผิวดำจะมีอุบัติการณ์มากกว่าคนผิวขาวเมื่อเปรียบเทียบในช่วงอายุเดียวกันคือ อายุระหว่าง 35-44 ปี คนผิวขาวจะพบว่าเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกร้อยละ 1.3 ส่วนคนผิวดำพบร้อยละ 2.6

- คนที่มีประวัติมีบุตรยากพบว่า เสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็น 4 เท่า ของคนทั่วไป

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. เกิดจากไข่ที่ถูกผสมแล้วไม่สามารถเดินทางเข้าไปในโพรงมดลูกหรือเดินทางไปเข้าจากการที่มีหลอดมดลูกผิดปกติ เนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1.1 การอักเสบของหลอดมดลูก (Salpingitis) เป็นสาเหตุที่สำคัญและพบได้บ่อย ทำให้หลอดมดลูกตีบ เยื่ออุ้งทรวงทำลาย หรือการบีบรัดตัวของหลอดมดลูกเสียไป การเดินทางของไข่ที่ถูกผสมจึงช้าหรือไปไม่ถึงโพรงมดลูก

1.2 ความผิดปกติของหลอดมดลูกตั้งแต่กำเนิด (Congenital tubal abnormalities) เช่น หลอดมดลูกยาวกว่าปกติ มีการคดงอมาก มีการตีบตัน หรือเป็นแฉ่งภายในหลอดมดลูก เป็นต้น

1.3 การอักเสบติดเชื้อมากภายในอุ้งเชิงกรานทำให้เกิดพังผืดรอบหลอดมดลูก

1.4 การผ่าตัดหลอดมดลูกที่ตีบตัน หรือภายหลังผ่าตัดพังผืด

1.5 มีก้อนเนื้ออกที่มดตันหรืออกคดให้หลอดมดลูกเกิดการคดงอ

2. เกิดจากกลไกการเดินทาง (Transport mechanism) เนื่องจากไข่เดินทางออกนอกหลอดมดลูก แล้วกลับเข้าไปในหลอดมดลูกอีกข้างหนึ่ง ไข่ที่มีการผสมแล้วจึงฝังตัวอยู่บริเวณนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงภายในเยื่ออุ้งทรวงหลอดมดลูกที่ทำให้เหมาะแก่การฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่น การที่เยื่ออุ้งทรวงมดลูกงอกผิดที่บริเวณหลอดมดลูก (tubal endometriosis)

4. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่

4.1 ผลของฮอร์โมนจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด morning after pill ที่มีฮอร์โมน Estrogen สูง ประสบความสำเร็จ และมียางานว่าทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า ส่วนการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง (norplant) พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ถึงร้อยละ 30

4.2 การใช้ห่วงอนามัย (Intrauterine devices ซื่อย่อว่า IUD) พบว่าในการใช้ห่วงอนามัยนาน ๆ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ โดยยังไม่ทราบกลไกการเกิด แต่ทราบว่าการใช้ห่วงอนามัยทำให้เกิดการอักเสบในโพรงมดลูกได้ อาจเป็นสาเหตุให้ในโพรงมดลูกไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว โดยปกติการใส่ห่วงอนามัยจะช่วยป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก แต่ไม่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้พบร้อยละ 4-9 ของการตั้งครรภ์ ขณะยังใส่ห่วง

4.3 ความล้มเหลวในการทำหมันหญิง หากภายหลังการทำหมันหญิงเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น พบว่า ร้อยละ 60 เสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกขึ้นกับวิธีการทำหมัน และร้อยละ 11 ของหญิงที่ทำหมัน ตรวจพบว่าเกิดรูติดต่อกับเยื่อบุช่องท้อง

4.4 ภาวะมีบุตรยาก เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ จะพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็น 4 เท่าของหญิงที่อยู่ในภาวะปกติ

4.5 ประวัติการตั้งครรภ์ ถ้าเคยมีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก 1 ครั้งมาก่อน อุบัติการณ์ในครรภ์ต่อไปพบได้ร้อยละ 7-15 ความเสี่ยงนี้อาจเกิดจากมีประวัติการอักเสบของหลอดมดลูก

4.6 การทำแท้ง ถ้าเป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกถึง 10 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน

4.7 การตั้งครรภ์โดยวิธีการผสมเทียม เช่น การปฏิสนธินอกโพรงมดลูกที่เรียกว่า เด็กหลอดแก้ว (In vitro fertilization with embryo transfer ซื่อย่อว่า IVF) พบว่าเกิดเป็นการตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกร้อยละ 2-8 ส่วนวิธี GIFT (Gamete intrafallopian transfer) ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกร้อยละ 4-5

4.8 การสูบบุหรี่ หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีโอกาสต่อการตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกได้มากกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ และหากสูบบุหรี่มากก็มีโอกาสเสี่ยงมากขึ้น

4.9 การสวนล้างช่องคลอด (Vaginal douching) หญิงที่สวนล้างช่องคลอดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เสี่ยงต่อการเกิดการตั้งครรภ์ที่หลอดมดลูกเป็น 2 เท่า เนื่องจากเป็นหนทางที่เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะเชื้อ Chlamydia

การวินิจฉัย

1. อาการและอาการแสดงที่พบแตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งของการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก ในกรณีที่การตั้งครรภ์นอกมดลูกยังไม่เกิดการแท้ง หรือการแตกของท่อ นำไข่ จะมีอาการคล้ายการตั้งครรภ์ปกติ

อาการมีทั้งอาการแสดงที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและอาการเรื้อรัง

1.1 อาการปวด ที่พบบ่อยคือ อาการปวดบริเวณหน้าท้อง และ/หรือในอุ้งเชิงกราน พบได้ร้อยละ 90-100 อาจมีอาการปวดท้องน้อยข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ปวดทั่ว ๆ ไป หรือปวดเฉพาะส่วนบนหน้าท้อง ในรายที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกแตกเฉียบพลัน จะพบอาการปวดแหลมเหมือนเข็มแทงที่ท้องน้อย หรือเชิงกรานข้างเดียว

1.2 ประจำเดือนขาดหรือมาช้า หรืออาจมีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยหรือมาไม่สม่ำเสมอ อาจพบว่ามีเลือดออกน้อย แต่หญิงตั้งครรภ์มีอาการแสดงของช็อก จากการตกเลือดภายในช่องท้อง พบในรายที่มีการแตกของหลอดมดลูก

1.3 อาการหน้ามืดและช็อก ในรายที่มีการแตกของหลอดมดลูก

1.4 การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ขึ้นอยู่กับปริมาณการตกเลือดในช่องท้อง หากความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรจะเต้นเร็วขึ้น อุณหภูมิในร่างกายจะอยู่ในระหว่าง $37.8-38^{\circ}\text{C}$

1.5 ซีด ตรวจพบว่าฮีมาโตคริต และฮีโมโกลบินลดต่ำลง

2. การตรวจร่างกาย

2.1 ตรวจหน้าท้อง พบหน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บบริเวณท้องน้อยหรือทั่ว ๆ ไป อาจมองเห็นมีสีคล้ำ ๆ รอบสะดือ (cullen's sign)

2.2 ตรวจภายใน พบมดลูกขยายโตขึ้น แต่ขนาดไม่เกินอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เนื่องจากผลของฮอร์โมนจากรก และมดลูกอาจถูกดันไปข้างใดข้างหนึ่งที่เรียกว่า ectopic mass สำหรับในอุ้งเชิงกรานจะคลำพบก้อนที่เรียกว่า pelvic mass พบร้อยละ 70 และกดเจ็บ การตรวจภายในอาจกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์นั้นเป็นลมหมดสติ และช็อก ได้จากการตกเลือด ซึ่งเกิดจากการทำให้ครรภ์นอกมดลูกนี้แตกระหว่างตรวจได้

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง มีการตรวจทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอดจะไม่พบทารกในโพรงมดลูก วิธีนี้จะช่วยให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำขึ้น โดยทำร่วมกับการตรวจหาฮอร์โมน HCG

3.2 การตรวจหาฮอร์โมน HCG ใน serum ด้วยวิธี radio-immuno assay โดยทั่วไปจะพบว่า ระดับของฮอร์โมน HCG จะเพิ่มช้ากว่าในคนตั้งครรภ์ปกติ ถ้าพบค่าน้อยกว่า 6,500 หน่วย/มล. และตรวจไม่พบทารกในโพรงมดลูกให้สงสัยว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก

3.3 การใช้เข็มเจาะผ่าน cul-de-sac (culdocentesis) เมื่อใช้เข็มเจาะผ่าน cul-de-sac จะดูดได้เลือดไม่แข็งตัว ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หากมีการแตกของหลอดมดลูก วิธีนี้จะช่วยในการวินิจฉัยได้ดีอีกวิธีหนึ่ง

3.4 การส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopy) จะพบตำแหน่งของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ รวมทั้งตรวจดูพยาธิสภาพอื่น ๆ ภายในอุ้งเชิงกรานด้วย

ผลของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

1. ทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการฝังตัว แต่ส่วนมากมักไม่เกินไตรมาสที่ 1 การสิ้นสุดของการตั้งครรภ์มี 2 ลักษณะ คือ

1.1 การแท้ง (tubal abortion) มักพบในกรณีที่ตัวอ่อนฝังตัวบริเวณ ampulla ตัวอ่อนและรก (gestational product) จะลอกหลุดจากปลายท่อ นำไข่เข้าไปในช่องท้อง เลือดที่ออกอาจเข้าไปยังอยู่บริเวณ Cul-de-sac หรือถ้ามีจำนวนมากอาจไหลเข้าไปในช่องท้อง

1.2 การแตกของท่อ นำไข่ (tubal rupture) พบได้บ่อยในกรณีที่ไข่ที่ถูกผสมฝังตัวบริเวณที่เล็กและแคบ เช่น Isthmus การแตกของท่อ นำไข่ทำให้มีเลือดออกเข้าไปในช่องท้องจำนวนมาก เป็นภาวะที่มีอันตรายเพราะอาจทำให้เกิดการช็อกและมารดาเสียชีวิตได้

ผลจากการเกิด tubal abortion และ tubal rupture คือ

1. ถ้าตัวอ่อนและรกมีขนาดเล็กจะถูกดูดขึ้นไปหมด
2. ถ้าตัวอ่อนและรกมีขนาดใหญ่จะค้างอยู่บริเวณ Cul-de-sac และมี blood clot ห่อหุ้มอยู่เรียกว่า blood mole
3. ตัวอ่อน อาจฝังตัวบริเวณช่องท้องเป็น secondary abdominal pregnancy หรือถ้าไปฝังที่ broad ligament เป็น intraligamentary pregnancy

2. ทารกตาย เนื่องจากสภาพของท้องนำไข่ไม่เหมาะสำหรับการเจริญเติบโตของทารก

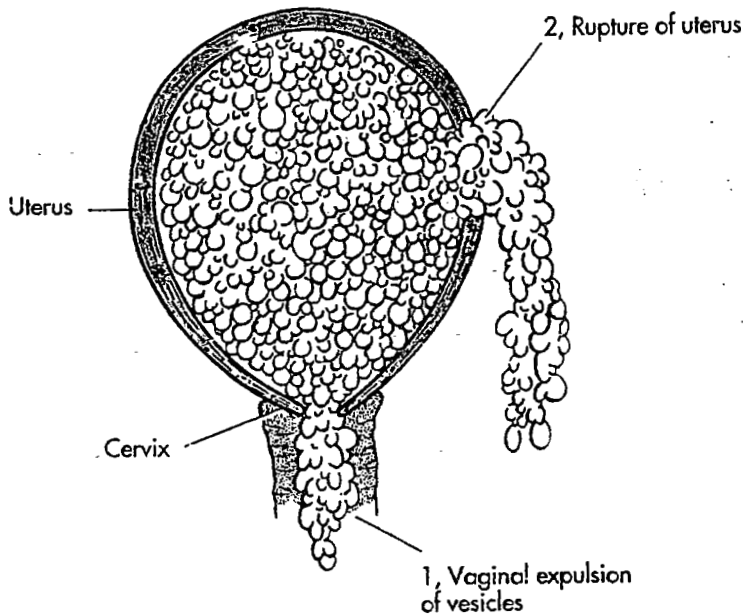
การรักษา จะเป็นการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุด โดยการผ่าตัดบริเวณที่เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้น ๆ เช่น การตัดเอาหลอดมดลูกและรังไข่ข้างที่มีครรภ์ออก (salpingo-oophorectomy) การตัดเอาส่วนของหลอดมดลูกข้างที่มีครรภ์ออกเพียงข้างเดียว (unilateral salpingectomy) หรือการตัดมดลูกและหลอดมดลูก (hysterectomy or salpingectomy) ข้างที่มีครรภ์ออกในรายที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกบริเวณ Interstitial ที่มีก้อนขนาดใหญ่มาก เป็นต้น การรักษาจำเป็นต้องผ่าตัด เนื่องจากไม่สามารถปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อแก๊สซีวิตของหญิงตั้งครรภ์ หากปล่อยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป เนื่องจากการแตกและเสียเลือดมากจนช็อก ก่อนรักษาด้วยการผ่าตัด แพทย์จะรักษาอาการทั่ว ๆ ไป เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะช็อกเสียก่อน โดยการให้สารน้ำและเลือด งดสารน้ำและสารอาหารทางปากทุกชนิด และบางรายอาจต้องให้ออกซิเจนร่วมด้วย

นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยการใช้ยา ยาที่ใช้บ่อยคือ methotrexate แต่การรักษาี้ยังไม่แพร่หลาย เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยา และใช้เวลารักษานาน

การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (Molar pregnancy)

ความหมาย

การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของโทรโฟบลาสต โดยเกิดพยาธิสภาพที่คอริโอนิด วิลไล และเกิดการเสื่อมสภาพ มีน้ำขัง กลายเป็นถุงน้ำใส ๆ หรือเม็ดสีดำมากมาย ซึ่งมีลักษณะคล้ายพวงองุ่น ดังแสดงในภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ภาพถุงใส ๆ หรือเม็ดสาकुในโพรงมดลูกและการแตกของมดลูกที่ตั้งครรภ์
ไขปลาคอก
(Wold, G.H., 1997)

อุบัติการณ์ พบในแถบเอเชียมากกว่าในแถบซีกโลกตะวันตก ในเอเชียพบ 1 : 200 ของหญิงตั้งครรภ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 1 : 2,000 ของหญิงตั้งครรภ์ และพบมากในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี และมากกว่า 50 ปี

การจำแนกชนิดของครรภ์ไขปลาคอก แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ครรภ์ไขปลาคอกชนิดสมบูรณ์ (complete hydatidiform mole หรือ classic mole) เป็นครรภ์ไขปลาคอกที่มีถุงน้ำใสหรือเม็ดสาकुทั้งหมด รวมกันเป็นกลุ่มคล้ายพวงองุ่น ถุงน้ำมีขนาดแตกต่างกัน มีเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 1-3 ซม. จะไม่พบส่วนของทารก เยื่อหุ้มรก หรือส่วนของรกอยู่ภายใน เนื่องจากถูกดูดซึมไปหมด และไม่พบเส้นเลือดหรือเม็ดเลือดแดง เชื่อว่าเกิดจากการผสมของเชื้ออสุจิกับไข่ที่เสื่อมแล้ว เช่น ไข่ฝ่อ หรือไข่ที่ไม่มีนิวเคลียส

โครโมโซมที่พบเป็นชนิด 46xx คาร์ิโอไทป์ ซึ่งมาจากบิดาทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 10 ที่เป็นชนิด 46 xy ครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดนี้สามารถแพร่กระจายได้ทั้งแบบเฉพาะที่ (local invasive) และกระจายไปอวัยวะอื่นไกล ๆ (distant spread) ครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดนี้มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งร้อยละ 6-36

2. ครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดไม่สมบูรณ์ (incomplete hydatidiform mole หรือ partial mole) เป็นครรภ์ไข่ปลาอุกที่มีถุงน้ำใสหรือเม็ดสาकु ร่วมกับการมีส่วนของทารก เยื่อหุ้มรก หรือเนื้อรกอยู่ด้วย เนื้อรกจะพบว่ามีส่วนที่ปกติ และบางส่วนเป็นนิลไลที่มีน้ำขังพบเป็นหย่อม ๆ โครโมโซมที่พบในครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดนี้ เป็นทรินพลอยด์ (triploid) หรือ 69xxy หรือ 69 xyy ส่วนที่เกินมานี้มาจากบิดา เนื่องจากเป็นการผสมของไข่หรือเชื้ออสุจิ 2 ตัว พร้อม ๆ กัน ทารกที่พบอาจจะมีลักษณะโตช้า หรือมีความพิการหลาย ๆ อย่างรวมกัน โดยทั่วไปทารกจะตายเมื่อตั้งครรภ์ได้ 8 สัปดาห์ แต่บางรายทารกอาจมีชีวิตรอดจนครรภ์ครบกำหนดได้ ครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดนี้มีโอกาสการเปลี่ยนเป็นมะเร็งน้อยกว่าร้อยละ 10

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบ แต่มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงดังนี้

1. อายุ พบมากในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี และมากกว่า 50 ปี รวมทั้งในรายที่บิดาอายุมากด้วย
2. มีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น เคยแท้ง โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกมาก่อน มีโอกาสเกิดซ้ำได้มากกว่าถึง 10 เท่า
3. อาหาร พบว่า มีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นในรายที่ขาด ไขมันสัตว์ โปรตีน และวิตามินเอ
4. ภูมิภาค พบมากในประชาชนที่อยู่ในประเทศทางตะวันออกมากกว่าประเทศทางตะวันตก
5. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น อาชีพ การสูบบุหรี่ หมูเลือด การคุมกำเนิด เป็นต้น ซึ่งเชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดครรภ์ไข่ปลาอุก

การวินิจฉัย

1. อาการและอาการแสดง
 - 1.1 ตกเลือด เป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดในการตั้งครรภ์ทั้งสองชนิด แต่ชนิดสมบูรณ์พบบ่อยกว่าคือ ร้อยละ 97 ในขณะที่ชนิดไม่สมบูรณ์พบร้อยละ 73 อาการ

ตกเลือดเกิดเนื่องจากรกเสื่อมมีการแยกตัวจากโพรงมดลูก เลือดที่ออกเป็นสีน้ำตาลหรือสีคล้ำมากจนดำ ลักษณะเลือดที่ออกอาจออก ๆ หยุด ๆ หรือออกต่อเนื่องกัน ถ้าออกมากและนานจะพบภาวะซีดได้

1.2 ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ เกิดเนื่องจากฮอร์โมน HCG ที่มีปริมาณสูงในร่างกายจะพบก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์

1.3 คลื่นไส้ อาเจียน พบว่า มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอย่างมากร่วมกับอาการอื่นของอาการอาเจียน ไม่สงบ (hyperemesis) พบ 1 ใน 4 ของครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดสมบูรณ์ โดยเฉพาะรายที่มีขนาดของมดลูกโตกว่าปกติหรือมี HCG สูงมาก

1.4 ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ พบได้ประมาณร้อยละ 2 โดยพบว่า ระดับ plasma thyroxin ในครรภ์ไข่ปลาอุกเพิ่มขึ้น ภาวะต่อมธัยรอยด์เป็นพิษจะหายไป หลังคลอดเอาเม็ดไธลออกไป

1.5 emboli ภาวะที่เซลล์รกหลุดเข้าไปในหลอดเลือด มักจะไปรวมที่หลอดเลือดในปอด พบได้ร้อยละ 2 ของครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดสมบูรณ์

1.6 การหลุดออกมาเองของถุงน้ำใสทางช่องคลอด ปกติจะเกิดการแท้งเองได้ เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 6-8 สัปดาห์ และจะแท้งครบเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 16 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 28 สัปดาห์

2. การตรวจร่างกาย

2.1 ลักษณะทั่วไป มีภาวะค่อนข้างซีด ซึ่งสัมพันธ์กับการเสียเลือดทางช่องคลอด

2.2 ตรวจหน้าท้อง คลำไม่พบตัวทารก ฟังเสียงหัวใจทารกไม่ได้ยิน และเมื่อซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ จะไม่เคยรู้สึกว่ามีเด็กดิ้น

2.3 ตรวจภายใน พบขนาดของมดลูกโตกว่าปกติ หรือโตกว่าอายุครรภ์ เนื่องจากวิลโลบวม และเซลล์รกมีการแตกตัวเพิ่มมากขึ้น ครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดสมบูรณ์พบร้อยละ 51 ชนิดไม่สมบูรณ์พบร้อยละ 4

3. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นวิธีที่ดี ทำได้ง่าย ค่อนข้างเชื่อถือได้ จะเห็นลักษณะจำเพาะของวิลโล คือ บวมและพบทั่วไปในโพรงมดลูก เรียกว่า สโนว์สตอม (snow storm pattern) พบในการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกชนิดสมบูรณ์ ส่วนในชนิดไม่สมบูรณ์จะ

พบวิลไลเป็นหย่อม ๆ เรียกว่าโฟคอล ซิสติคิสเปส (focal cystic space) ในเนื้อรก จะไม่พบตัวทารก หรือถุงน้ำหล่อทารก

4. การตรวจหาระดับฮอร์โมน HCG จะพบว่ามียกระดับสูงกว่าการตั้งครรภ์ปกติ

การพยากรณ์โรค

1. ร้อยละ 80-85 จะหายขาด

2. ร้อยละ 8.5-12.5 เกิด persistence gestational trophoblastic disease

จำเป็นต้องได้รับการคุมดลูกซ้ำและได้รับยาเคมีบำบัด

3. ร้อยละ 4-20 ของหญิงที่เคยตั้งครรภ์ไปลาอุก สามารถตั้งครรภ์ปกติในครั้งต่อมาได้

การรักษา

1. แก้ไขและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับผลของการตั้งครรภ์ไปลาอุก เช่น การตกเลือด ภาวะซีด ภาวะความดันโลหิตสูง อาการหอบเหนื่อยจาก trophoblastic emboli หรืออาการต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

2. ทำให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์มี 2 วิธีคือ

2.1 การใช้เครื่องดูดสุญญากาศร่วมกับการขูดมดลูก (Vacuum aspiration and curettage) ในกรณีมารดาอายุน้อย หรือยังไม่มีบุตร หรือยังต้องการบุตรอีก

2.2 การผ่าตัดมดลูกออก (Hysterectomy) ในกรณีมารดาอายุมากกว่า 40 ปี หรือมีบุตรเพียงพอแล้ว

3. การให้เคมีบำบัด ในรายที่มารดามีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเนื้อรก (choriocarcinoma) ยาที่ใช้ได้ผลดีคือ Methotrexate หรือ Actinomycin-D

มารดาที่มีอัตราเสี่ยงสูงได้แก่

1. HCG มีระดับสูงมากกว่า 400,000 IU/L

2. มดลูกมีขนาดโตกว่าอายุครรภ์

3. ตรวจพบถุงน้ำ theca มีขนาดโตกว่า 6 ซม.

4. มีการแพร่กระจายของ mole ไปที่ปอด (trophoblastic emboli)

5. อายุมากกว่า 40 ปี

6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง

4. การติดตามภายหลังการรักษา

มารดาตั้งครรภ์ไปปลาทูทุกรายไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใด จะต้องได้รับการติดตามภายหลังการรักษา ซึ่งมีดังนี้

4.1 ตรวจหาระดับ HCG ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ หรือจนกว่า HCG จะมีค่าปกติ ทั้งนี้ผล HCG ควรปกติติดต่อกันนาน 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้ตรวจทุกเดือน เป็นเวลาติดต่อกัน 6 เดือน ต่อมาทุก 2 เดือน ติดต่อกันนาน 6 เดือน

ในรายที่มีประวัติ HCG ไม่ลดลงในระยะเวลาดังกล่าวตามปกติ (Persistence gestational trophoblastic disease) หรืออยู่ในกลุ่มอัตราเสี่ยงสูง เคยได้รับยาเคมีบำบัด ควรได้รับการตรวจทุก 6 เดือน จนครบ 5 ปี หลังจากที่ยาแล้ว

อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย มักจะเกิดตามหลังการแท้งครรภ์ไปปลาทู ภายในปีแรก

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของระดับ HCG มี 4 แบบ คือ

แบบที่ 1 HCG จะลดลงเรื่อย ๆ จนเป็นปกติภายใน 8 สัปดาห์ พบประมาณร้อยละ 52

แบบที่ 2 HCG จะลดลงแต่ช้ากว่าแบบที่ 1 แต่จะลดลงเรื่อย ๆ เช่นกันและเป็นปกติภายใน 8 สัปดาห์ พบประมาณร้อยละ 29

แบบที่ 3 HCG ลดลงเป็นปกติภายใน 8 สัปดาห์ แต่จะตรวจพบ HCG ได้ อีกในการตรวจครั้งหลัง ๆ พบประมาณร้อยละ 12

แบบที่ 4 HCG ลดลงยังไม่ถึงค่าปกติและตรวจพบ HCG สูงขึ้นอีก ในระยะ 8 สัปดาห์แรก พบประมาณร้อยละ 7

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงแบบที่ 3 และ 4 จะมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้ายได้ ในทางปฏิบัติ เมื่อพบค่า HCG เป็นแบบ 3 หรือ 4 ต้องทำการขูดมดลูกซ้ำและถ้า HCG ยังคงให้ผลบวกอยู่เป็น Persistence gestational trophoblastic disease ต้องให้ยาเคมีบำบัดจนกว่าค่า HCG จะเป็นปกติ

4.2 ตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจภายในทุก 2 สัปดาห์ จนกว่ามดลูกและรังไข่จะมีขนาดลดลงเป็นปกติ และไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

4.3 x-ray ทรวงอกก่อนและหลังทำการรักษาด้วยเคมีบำบัด
 สูญญากาศร่วมกับการขูดมดลูกหรือทำการผ่าตัดเอามดลูกออก ในกรณีที่สงสัยว่าจะมี

persistence gestational trophoblastic disease หรือสงสัยว่ามี trophoblastic emboli หรือต้องให้ยาเคมีบำบัด ควรทำการ chest x-ray ซ้ำ

4.4 ป้องกันไม่ให้มีครรภ์ภายใน 1 ปี หลังแท้งครรภ์ไปลาออก เนื่องจากในระยะ 1 ปีแรก มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้ายได้สูง ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่นิยมใช้การฉีดยาคุมกำเนิดหรือใส่ห่วง เพราะการฉีดยาคุมอาจมีเลือดออกผิดปกติทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยแยกโรค และการใส่ห่วงคุมกำเนิดอาจทำให้มดลูกมีการติดเชื้อซ้ำได้

แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรก

หลักการพยาบาลทั่วไป มีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อค
2. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะช็อก
3. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะการติดเชื้อ
4. การพยาบาลเพื่อให้ความรู้และการดูแลก่อนและหลังการชูดมดลูก
5. การพยาบาลเพื่อให้ความรู้และการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด
6. การพยาบาลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจ

ซึ่งจะนำไปประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางให้พยาบาลนำไปประยุกต์ใช้กับมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งแรกได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม

ปัจจัยพื้นฐาน หญิงตั้งครรภ์อายุ 21 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทำสวนอ้อย จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

ระยะพัฒนาการ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ก่อนหน้านั้นมีพัฒนาการสมวัยตามลำดับ อุปนิสัย เป็นคนสนุกสนานร่าเริง พุดคุยเก่งแต่จริงจัง

สังคมชนบทรรมนิยมประเพณี นับถือศาสนาพุทธ บิดามารดาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และเป็นกำลังใจให้อย่างมาก อาการที่เป็นอยู่ในขณะเจ็บป่วยนี้ คิดว่าเกิดจากความผิดปกติของร่างกายตนเอง แต่ก็ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นพิเศษ แต่อย่างไร ไม่พบว่ามีการห้อยพระหรือใช้เครื่องรางชนิดใด แต่ได้พูดถึงศาสนา ชอบทำบุญ แต่บ้านอยู่ไกลวัดไม่ค่อยได้ไปวัด แต่ตอนเข้าไปตักบาตรที่หน้าบ้านเป็นบางวัน บ้านอยู่ใกล้ตลาด ใกล้โรงพยาบาล และใกล้ศาลากลางจังหวัด

แบบแผนการดำเนินชีวิต รับประทานอาหารได้ทุกชนิด วันละ 3 มื้อ ไม่มีอาหารที่ไม่ชอบ หรือคิดว่าเป็นของแสลงในขณะตั้งครรภ์ ดื่มนมและรับประทานผลไม้เป็นบางวัน มีความรู้ว่าจะต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จำพวกเนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว นอนพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง ปกติจะทำงานบ้านและทำสวนอ้อย แต่หลังจากมีเลือดออกทางช่องคลอดและก้นแห้งจึงไม่ได้ออกไปทำสวนอ้อย ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น งานอดิเรกชอบอ่านหนังสือ และดูโทรทัศน์

ระบบครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีมากภายในครอบครัว ซึ่งมีบิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์ ตัวหญิงตั้งครรภ์ และสามีสังเกตได้จากการพูดคุยอย่างสนุกสนาน และหยอกล้อกับบิดามารดา

แหล่งประโยชน์ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง รายได้หลักได้จากสามี บิดา และมารดา จากการทำสวนอ้อย ประมาณ 9,000-10,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ไม่มีหนี้สินและมีเงินเหลือเก็บบ้างเป็นบางเดือน เวลามีปัญหาจะปรึกษากันในครอบครัว และได้รับความช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง ถ้าเจ็บป่วยมากจะรับบริการ โรงพยาบาลชุมชนเพราะอยู่ใกล้บ้าน

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต การเสียชีวิตของบุตร 2 คนแรก

ภาวะสุขภาพ :

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ตั้งครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 6 เดือน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเลือดออกทางช่องคลอด ขณะตั้งครรภ์ได้ 4 เดือน มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์ตรวจครรภ์แล้วบอกว่าทารกในครรภ์แข็งแรงดี ไม่มีปัญหาอะไร ให้กลับไปนอนพักที่บ้านหลังจากนั้นไม่มีเลือดออก ทำงานบ้านได้ตามปกติ ก่อนมีอาการเลือดออก หญิงตั้งครรภ์จะออกไปช่วยสามี บิดา มารดา ทำสวนอ้อย แต่หลังจากนั้นทำงานบ้านอย่างเดียว ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลและมาตามนัดตลอด

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกจากช่องคลอดเล็กน้อย มีความวิตกกังวลกลัวแท้งบุตร จึงมาโรงพยาบาล เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีประวัติคลอดบุตรตายคลอดในครรภ์ที่ 2 โดยไม่ทราบสาเหตุ และบุตรคนแรกคลอดได้ 5 เดือนก็เสียชีวิต เนื่องจากเป็นไข้ แพทย์ได้รับหญิงตั้งครรภ์ไว้รักษา โดยให้

- 5% D/N/2 1,000 c.c. (V) drip rate 120 c.c./hr.

- bed rest

- NPO

- Pethidine 50 mg (M) stat.

- Phenobarbital 50 mg (M) stat.

ยังมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ใส่ผ้าอนามัยไว้ บอกว่าเด็กดี

ประวัติการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีต

พ.ศ. 2535 ตั้งครรภ์แรก คลอดปกติครบกำหนดที่โรงพยาบาล บุตรเพศชาย เมื่ออายุได้ 5 เดือน ไม่สบายมีไข้และเสียชีวิตในเวลาต่อมา

พ.ศ. 2537 ตั้งครรภ์ที่ 2 ขณะอายุครรภ์ 7 เดือน ป่วยเป็นโรคตับอักเสบ ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 20 วัน จึงกลับบ้าน เมื่ออายุครรภ์ได้ 8 เดือนได้คลอดบุตรเพศหญิง แต่เด็กตายคลอด

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเพศสัมพันธ์ แต่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคตับอักเสบเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะนี้ไม่มีอาการใด ๆ

อาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีกิจกรรมบนเตียงเนื่องจากแพทย์ให้นอนพักบนเตียง สีหน้าไม่สดชื่น เศร้าหมอง บางครั้งนอนเหม่อลอย เนื่องจากกลัวแท้งบุตร on 5% D/N/2 1,000 c.c. (V) drip rate 120

c.c./hr. ถ้าหมด off ได้ แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารธรรมดา รับประทานได้มีอยู่ 1 ถาด ชั้บถ่ายปกติ ฟัง FHS ได้ยินเสียงเบาแต่ไม่ได้ยิน เด็กดีนดี มดลูกมีการหดตัวแข็งไม่มากเป็นระยะ ๆ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด วัดสัญญาณชีพได้ อุณหภูมิ 37°C ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg หญิงตั้งครรภ์พูดอยู่เสมอว่า "ไม่ทราบว่าจะแท้งมั้ย กลัวแท้งลูก อยากมีลูกเพราะยังไม่มีสามีก็อยากได้ ต้องมาตั้งสองครั้ง ลูกเสียชีวิตหมด" นั้งอยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่ แต่บางครั้งบอกว่า เบื่อ อยากเดินบ้าง ได้ลูกไปเข้าห้องน้ำ บัสสาวะ 3 ครั้ง ในเวรเช้า ปลายเวร ชีพจร 115 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพอื่นปกติ หญิงตั้งครรภ์ได้ถามว่า "ถ้ากลับไปอยู่บ้านจะต้องทำอะไรบ้างที่จะไม่ให้แท้งลูก นอกจากการไม่ทำงานหนัก"

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Wbc 11,000 cell/cu.mm

Rbc 4.03 mill/cu.mm

Hb 11.9 grams/dl

Hct 34.3%

การรักษา

อาหารธรรมดา

นอนพักบนเตียง

phenobarbital gr.1 1 tab \odot bidpc & hs

FBC 1 tab \odot tidpc.

Salbutamol (2) 1 tab \odot tidpc ถ้าชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที off ยา

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม

การดูแลตนเองที่จำเป็นของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคามมีดังนี้คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของ บุคคล การดูแลตนเองนี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมทั้งระยะ

พัฒนาการ และจุดประสงค์ ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคามมีดังนี้คือ

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 อากาศ หญิงตั้งครรภ์ควรอยู่ในอากาศบริสุทธิ์

1.1.2 น้ำ หญิงตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว

1.1.3 อาหาร หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5

หมู่ และเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 ปัสสาวะ หญิงตั้งครรภ์จะถ่ายปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ เนื่องจากมดลูกมีขนาดโตขึ้น จึงกดเบียดกระเพาะปัสสาวะให้มีขนาดเล็กลง ไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพราะจะทำให้มีโอกาสเกิดการอักเสบของท่อทางเดินปัสสาวะได้ ภายหลังถ่ายปัสสาวะแล้ว ควรทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และซับให้แห้ง

1.2.2 อุจจาระ หญิงตั้งครรภ์อาจเกิดการท้องผูกขึ้นได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จึงควรดื่มน้ำสะอาดและรับประทานผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันอาการท้องผูก และถ้ามีอาการท้องผูกบ่อย ๆ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 การออกกำลังกาย หญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม ควรลดการเคลื่อนไหวหรือลดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ไม่จำเป็น

1.3.2 การพักผ่อน หญิงตั้งครรภ์ควรพักผ่อนมาก ๆ การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยให้ตอนกลางคืน ควรนอนหลับอย่างน้อยคืนละ 7-8 ชั่วโมง และในตอนกลางวันควรหาเวลานอนพักอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง และท่านอนที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือ การนอนท่าตะแคงซ้ายหรือขวาสลับกัน ควรหลีกเลี่ยงการนอนหงาย เพราะการนอนหงายจะทำให้น้ำหนักของทารกในครรภ์ไปกดทับเส้นเลือดอินฟีเรียวีนา คาวา (Inferior vena cava) ซึ่งเป็นเส้นเลือดดำใหญ่ที่จะนำเลือดกลับสู่หัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลกลับหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงด้วย ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกไม่เพียงพอและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

หญิงตั้งครรภ์ต้องการกำลังใจ และต้องการให้ผู้อื่นมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงต้องการเพื่อนเพื่อพูดคุยในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมรับฟังและให้การช่วยเหลือพูดคุยปรึกษา ขอคำแนะนำจากสามี พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน ก็จะช่วยคลายความวิตกกังวลได้ แต่อย่างไรก็ตามในบางเวลาหญิงตั้งครรภ์ก็มีความต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการช่วยเหลือตัวเองให้มากขึ้น ต้องการมีเวลาสำหรับตัวเองเพื่อการคิดและยอมรับเหตุการณ์ต่าง ๆ

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความรับผิดชอบ

หญิงตั้งครรภ์ควรป้องกันการเกิดการอันตรายต่อทารกในครรภ์ต้องการจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด และงดการร่วมเพศกับสามี เพราะการมีเพศสัมพันธ์เป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและอาจมีเลือดออกได้

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด ซึ่งจากปัญหาความตึงเครียดด้านอารมณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม คือความวิตกกังวลกลัวการแท้งแล้วไม่ได้บุตร ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด หญิงตั้งครรภ์จึงต้องหาวิธีผ่อนคลาย เช่น การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การทำสมาธิ สวดมนต์ พักผ่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือวิธีอื่น ๆ เพื่อลดความเครียดวิตกกังวลลง นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะต้องกระทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิตที่ทำให้สตรีมีพัฒนาการเข้าสู่ภาวะของความเป็นผู้ใหญ่ โดยมีการปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา การที่จะมีพัฒนาการไปสู่การเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องทำภารกิจไปตามขั้นตอนให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ความสำเร็จของการกระทำพัฒนาการของการตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นใจในตนเอง สามารถเป็นที่พึ่งพาและให้การเลี้ยงดูที่ดีแก่บุตรได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคามมีดังนี้

3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับอัตมโนทัศน์ ให้เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและยอมรับสภาพของตนเองในการรักษา

3.6 การเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วยและในสภาพที่เป็นผลมาจากการวินิจฉัยและการรักษาเฉพาะอย่างเพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน หญิงตั้งครรภ์จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความสามารถในการอ่าน เขียน จำ และนับตัวเลขได้ เข้าใจภาษาไทยดี ไม่มี ความบกพร่องของระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า ระบุว่าตนเองมีปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ อาจจะไม่ แท้งได้ง่าย เพราะมีประวัติบุตรตายคลอด หญิงตั้งครรภ์เห็นคุณค่าของตนเองซึ่งกำลังตั้ง ครรภ์มีความสำคัญต่อครอบครัวมาก จึงพยายามตั้งใจและร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาล อุบิสัยทั่วไป เป็นคนสนุกสนานร่าเริง พุดคุยเก่งแต่จริงจัง ขณะป่วย สังเกตพบว่ามีสีหน้าท่าทางซึมเศร้าเป็นบางเวลา จะซักถามถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อมิให้เกิดการ แท้งบุตร เพราะหญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลมากและไม่สบายใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากตนเองและ สามีต้องการบุตรมาก

2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพลังพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญที่จะช่วยในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง หญิงตั้งครรภ์มีความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองดี เมื่อพยาบาลแนะนำให้ปฏิบัติตัวอย่างไรก็ปฏิบัติตาม เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ส่วนใหญ่จะนอนพักผ่อนบนเตียง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้สมบูรณ์และต่อเนื่อง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่เนื่องจากแพทย์ให้นอนพักบนเตียง จึงทำความสะอาดร่างกายที่เตียง ไปห้องน้ำเท่าที่จำเป็น แต่บางครั้งเบื่อกับที่ต้องนอนนาน ๆ จึงลุกนั่งและเดินรอบ ๆ เตียงบ้าง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์พยายามนอนพักบนเตียง เพราะทราบเหตุผลว่าจะทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปและสามารถมีบุตรได้ตามต้องการ

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์คิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้จนครบกำหนดคลอด

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยก็รีบมาโรงพยาบาล

2.7 ความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยจะคอยสอบถามอยู่เสมอว่าตนเองต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีการรับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์และอาจแท้งได้ง่าย แพทย์ไม่ให้ลุกเดินบ่อย ๆ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ มีการพูดคุยกับเพื่อนข้างเตียงได้ดี

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร และนอนพักก็จะปฏิบัติตามอย่างเป็นระบบ ถึงแม้จะเบื่อก็ต้องนอนบนเตียง โดยส่วนใหญ่ก็พยายามอดทน

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับแผนการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต หญิงตั้งครรภ์พยายามจะนอนพักบนเตียงตลอดจะเข้าห้องน้ำเท่าที่จำเป็น และพูดกับพยาบาลว่า เมื่อกลับไปอยู่บ้านก็จะไม่ทำงาน จะนอนพักเฉย ๆ เพราะมารดาจะทำงานบ้านให้

ความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้งคุกคาม

1. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวแท้งบุตร
2. มีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แผนการพยาบาล

ระบบการพยาบาลที่ให้ คือ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : วิตกกังวลเนื่องจากกลัวแท้งบุตร

ข้อมูลสนับสนุน :

S : พูดว่า "ไม่ทราบว่าจะแท้งมัย กลัวแท้งลูก อยากมีลูก เพราะยังไม่มีสามีก็อยากมี ท้องมาตั้ง 2 ครั้ง ลูกเสียชีวิตหมด"

O : สีหน้าไม่สดชื่น เศร้าหมอง บางครั้งนอนเหม่อลอย มีประวัติ

คลอดบุตรแล้วเสียชีวิตเมื่ออายุได้ 5 เดือน และบุตรตายคลอดอีก 1 คน

วัตถุประสงค์ : วิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการเศร้าหมอง
2. พักหลับได้ดี ไม่นอนเหม่อลอย
3. บ่นกลัวการแท้งน้อยลง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
<p>1. สร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์ด้วยความจริงใจและทำที่ที่เป็นมิตร เช่น การสัมผัสที่นึมนวล การดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2. รับฟัง และเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ ความวิตกกังวลต่าง ๆ</p> <p>3. อธิบายและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจำกัดการเคลื่อนไหว คือ ให้นอนพักบนเตียง และควรจะพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ - ชักถามและประเมินการหดตัวของมดลูก - ฟัง FHS อย่างน้อย 2 ครั้ง/เวร และซักถามการเดินของทารกในครรภ์ - ประเมินและสังเกต ลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด 	<p>1. เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกเป็นมิตร จะได้กล่าวพูดคุย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้</p> <p>2. การได้พูดระบายจะช่วยคลายความเครียดจากความวิตกกังวล และพยาบาลอยู่รับฟัง จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่า มีผู้รับฟังที่ยินดี และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง</p> <p>3. เพื่อให้ทราบว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - หากมีการเคลื่อนไหวมากหรือเครียดมากจะกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการแท้งได้ - หากมดลูกหดตัวมาก อาจจะทำให้คลอดก่อนกำหนดหรือแท้งได้ - เป็นการประเมินสภาพทารกในครรภ์และเป็น sign ที่บ่งบอกว่าทารกมีชีวิตอยู่หรือไม่ - ถ้ามีเลือดออกมาก ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงทารกน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
<p>- การให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์คือ phenobarbital gr 1 1 tab O tidpc. & hs. และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ เวียนศีรษะ เดินเซ กระตุก มองเห็นภาพซ้อน ในกรณีที่ระดับยาสูงเกินไป salbutamol ventolin (2) 1 tab O tidpc. & hs. และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ คือ อาการสั่นของกล้ามเนื้อ</p> <p>4. พุดคุยปลอบใจให้ความมั่นใจและกำลังใจในการประคับประคองให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปได้ และอยู่เป็นเพื่อนขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล</p>	<p>- เป็นยานอนหลับในกลุ่มบาร์บิทูเรตที่ออกฤทธิ์ยาว ถูกดูดซึมได้ช้าแต่ค่อนข้างสมบูรณ์ ระดับยาจะขึ้นสูงสุดประมาณ 6-18 ชั่วโมงหลังรับประทาน</p> <p>- เป็นอนุพันธ์ของ Isoproterenol ซึ่งออกฤทธิ์คล้าย Epinephrine มีผลต่อมดลูก ชะลอไม่ให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นฤทธิ์ที่ออกเจาะจงต่อ Beta 2 receptor จึงมีผลต่อหัวใจด้วย ในรายนี้แพทย์จึงให้ขนาดยานี้ได้ ถ้าชีพจรมากกว่า 120 ครั้ง/นาที</p> <p>4. ให้เกิดความอบอุ่น มีความหวัง ไม่ท้อแท้ มีกำลังใจ ในการที่จะดูแลครรภ์ต่อไป</p>

กิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์/ญาติ : รับฟัง และระบายความรู้สึก

: รับประทานยาตามแผนการรักษา

: ญาติให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์

การประเมินผล : สีหน้าสดขึ้นขึ้น มีอาการเศร้าหมองเป็นบางครั้ง หลับพักผ่อนได้ดี ไม่นอนเหม่อลอย ปั่นกลั้วการแท้งน้อยลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ถามว่า "ถ้ากลับไปอยู่บ้านจะต้องทำอย่างไรอีกบ้างที่จะไม่ให้แท้งลูก"

O : จะซักถามถึงวิธีปฏิบัติตัวเพื่อมิให้เกิดการแท้งบุตรบ่อย ๆ

วัตถุประสงค์ : มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล : สามารถตอบข้อซักถามหรืออธิบายย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. อธิบายให้ทราบว่าเมื่ออยู่บ้านให้พยายามนอนพักมาก ๆ ลดการเคลื่อนไหวหรือลดกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น นอกเหนือจากการไม่ทำงานหนัก	1. การนอนพักเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้มดลูกมีการหดตัวและเป็นการลดการใช้ออกซิเจนของเซลล์ และเนื้อเยื่อ ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงทารกได้มากขึ้น
2. แนะนำให้นอนตะแคงซ้ายหรือตะแคงขวา เวลานอนพักผ่อน หลีกเลี่ยงการนอนหงาย	2. การนอนตะแคงซ้ายหรือขวา หลีกเลี่ยงการนอนหงาย เพราะทำให้ Inferior vena cava ไม่ถูกกดทับ ทำให้เลือดไปเลี้ยงทารกและรกได้ดี เลือดมีการไหลเวียนดี นอกจากนี้ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะหายใจลำบากจากการนอนหงายอีกด้วย
3. แนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์	3. การมีเพศสัมพันธ์เป็นการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและอาจมีเลือดออกได้
4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวัน อย่างเพียงพอ เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ ไข่แดง มะเขือพวง เป็นต้น	4. ให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอและนำไปบำรุงทารกในครรภ์ได้อย่างเพียงพอ และเน้นอาหารธาตุเหล็กสูง

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
5. เน้นย้ำการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ แม้หญิงตั้งครรภ์จะปฏิบัติอยู่แล้วและถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด มดลูกหดรัดตัวมาก หรือเจ็บครรภ์	5. ให้ตระหนักและทราบถึงอาการและอาการแสดงของการแท้ง จะได้มาพบแพทย์ได้ทันที

กิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์/ญาติ : รับฟัง และซักถามเป็นระยะ

การประเมินผล : สามารถตอบข้อซักถามและอธิบายย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปผลการรักษาพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาเป็นเวลา 3 วัน จากอาการวันแรกที่มีสีน้ำตาลไม่สดขึ้น เศ้ำหมอง เนื่องจากวิตกกังวลกลัวแท้งบุตร ภายหลังจากได้เข้ารับการรักษาพยาบาลและพูดคุยให้คำแนะนำ ไม่มีอาการเลือดออกทางช่องคลอด มดลูกแข็งตัวน้อยลง ฟัง FHS ได้ยินแต่เบาไม่ได้ยิน เด็กดิ้นดีตลอด หญิงตั้งครรภ์มีสีน้ำตาลขึ้นขึ้น ไม่มีอาการเศ้ำหมอง เข้าใจถึงเหตุผลของการจำกัดการเคลื่อนไหว และทราบถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ดีและถูกต้อง บอกว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างดี เพื่อประคับประคองครรภ์ให้ครบกำหนด จะได้มีบุตรตั้งใจหวังทั้งของตนเองและสามี รวมทั้งตากับยายด้วย

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

ปัจจัยพื้นฐาน หญิงตั้งครรภ์อายุ 33 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ อาชีพแม่บ้าน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ระยะพัฒนาการ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นคนรูปร่างสันทัด ผอม ก่อนหน้านี้มีพัฒนาการสมวัยตามลำดับ อุปนิสัยเป็นคนใจน้อย

สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นไม่มีใครห้ามได้ ปกติจะตักบาตรเกือบทุกวัน ไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทาง

ศาสนา ขณะเจ็บป่วยจะนึกถึงพระแต่ไม่ได้ห้อยพระ บ้านเป็นปูนชั้นเดียว สภาพคงทนถาวร อยู่ใกล้วัด สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านจะสนิทสนมคุ้นเคยเป็นอย่างดี

แบบแผนการดำเนินชีวิต รับประทานอาหาร 2 มื้อ มื้อละประมาณ 2 จาน ไม่รับประทานเนื้อวัว อยู่บ้านดีมนมเปรี้ยววันละ 1-2 กล่อง ถ่ายปัสสาวะ วันละ 6-7 ครั้ง ถ่ายอุจจาระ 2 วัน/ครั้ง ลักษณะปกติ ทำงานบ้านทุกอย่าง และขายของชำเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้าน เวลาว่างจะดูโทรทัศน์ และเล่นกับลูก ปกตินอนวันละ 9-10 ชั่วโมง

ระบบครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้านมี 3 คน มีสัมพันธภาพที่ดีทั้งในครอบครัวและญาติที่มาเยี่ยม เมื่อไม่สบายสามีต้องทำงานบ้านเอง และให้นำมาช่วยขายของ สามีจะมาเฝ้าในเวลากลางคืน

แหล่งประโยชน์ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง รายได้หลักได้จากสามี รายได้รวมกันประมาณ 8,000-10,000 บาท/เดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและค่าเลี้ยงดูบุตร ไม่มีหนี้สินและมีเงินเก็บออมเป็นบางเดือน เวลามีปัญหาญาติ ๆ สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทุกด้าน แต่เวลามีปัญหาจะปรึกษากันในครอบครัวก่อน

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เจ็บป่วยเล็กน้อยหรือมากจะไม่รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต การเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ. 2538 จากการได้รับอุบัติเหตุรถคว่ำ

ภาวะสุขภาพ :

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ปวดท้องน้อยมากปวดข้างขวามากกว่าข้างซ้าย คลื่นไส้ ใจสั่น เป็นลม

ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

LNMP วันที่ 6 กรกฎาคม 2540 ในเดือนนี้มีระดูมา 2 ครั้ง ครั้งแรกมาตามปกติ คือวันที่ 6-10 สิงหาคม 2540 และวันที่ 16 สิงหาคม 2540 เริ่มมีเลือดออกทางช่องคลอดอีก บางครั้งมีสีคล้ำ และมีลักษณะเหมือนเนื้อเยื่อปนเล็กน้อย บางครั้งมีสีแดงปริมาณมากบ้าง น้อยบ้าง จนถึงวันที่ 28 สิงหาคม 2540 ยังมีเลือดออกมาบ้างเล็กน้อย และมีอาการคลื่นไส้ ใจสั่น ปวดท้องน้อยมาก และปวดข้างขวามากกว่าข้างซ้าย เป็นลม จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก

ได้รับการวินิจฉัยว่า ตั้งครรภ์นอกมดลูก และแนะนำให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงเข้ารับการรักษาและได้รับการผ่าตัด (Rt) salpingectomy ในวันที่ 28 สิงหาคม 2540

ประวัติการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง โรคทางพันธุกรรม โรคภูมิแพ้ ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมีใด ๆ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุใด ๆ

4 ปีก่อน ตั้งครรภ์แรก ครรภ์ครบกำหนด คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด เนื่องจากศีรษะเด็กไม่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน เด็กเพศชาย ปัจจุบันแข็งแรงดี

อาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล

หลังผ่าตัดวันแรก มีอาการอ่อนเพลีย เยื่อตาซีด นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ลูกนั่งเมื่อมีญาติมาเยี่ยม และบอกว่าจะปวดแผลเวลาเคลื่อนไหว ขณะลูกนั่ง แสดงอาการเจ็บปวดให้เห็นโดยการม้มปาก กัดฟัน และขมวดคิ้ว ยังไม่ได้รับอาหารทางปาก on 5% D/N/2 1,000 c.c. (V) drip rate 100 c.c./hr. คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไหลสะดวกดี เวลา 14.00 น. มีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ 37.7°C เมื่อเวลา 15.00 น. ความดันโลหิต 90/60 mmHg ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที บันทึกสารน้ำเข้า-ออกร่างกายได้ 900/950 c.c.

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

28 สิงหาคม 2540	Hct	32.4	vol%
	Hb	11.0	grams%
	Rbc	3.69	mill/cu.mm
	Neutrophil	87	%
	Lymphocyte	12	%
	Monocyte	1	%

29 สิงหาคม 2540 Hct 28 vol%

การรักษา

NPO

5% D/N/2 1,500 c.c. (V) drip rate 100 c.c./hr.

retained foley catheter

pethidine 50 mg (M) pm. for pain q 6 hrs.

phenergan 25 mg (M) prn. for NV q 6 hrs.

record I/O, V/S

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูก

กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยควรได้รับ และควรกระทำ มีดังนี้

1. ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ bleeding ที่แผลผ่าตัด แผลแยก แผลติดเชื้อ และภาวะช็อก
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการขาดน้ำ และรักษาสมดุลของอิเล็กโทรลัยต์
3. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้ไหลสะดวกดี และปลอดภัยจากการติดเชื้อ
4. ปรับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและเหมาะสมกับสภาพหลังผ่าตัด
5. เรียนรู้และเข้าใจพยาธิสภาพของการตั้งครรภ์นอกมดลูกและเห็นความสำคัญของการรักษา
6. ปรับตัวต่อภาวะการสูญเสียบุตรและภาวะเจ็บป่วยและปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย
7. ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้เกิดความสบาย

ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รับรู้ว่าเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก และต้องได้รับการผ่าตัด การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสปกติดีทุกอย่าง บอกว่าปวดแผลผ่าตัด โดยเฉพาะเวลาเคลื่อนไหว แสดงอาการเจ็บปวดให้เห็นโดยการแหม้มปาก กัดฟัน และขมวดคิ้ว มีความสามารถในการจดจำ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ได้ตอบดี ใช้ภาษาสุภาพเหมาะสมเข้าใจง่าย สนใจและเอาใจใส่รูปร่างหน้าตาของตนเอง สังเกต จากการรักษาความสะอาดของร่างกาย หวีผม ปกติผู้ป่วยเป็นคนใจน้อยขณะอยู่ในโรงพยาบาล บ่นน้อยใจสามี ทำไม่มาเยี่ยมในเวลากลางวัน ทำอะไรอยู่ และร้องไห้ขณะอยู่คนเดียว

ความพร้อมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัด

1. ปวดแผลผ่าตัด
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้และอ่อนเพลีย
3. มีภาวะซีดเนื่องจากเสียเลือด
4. มีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

แผนการพยาบาล

ระบบการพยาบาลที่ให้ คือ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

S : บอกว่าปวดแผลเวลาเคลื่อนไหว

O : ขณะลุกนั่ง แสดงอาการเจ็บปวดโดยการม้มปากกัดฟันและขมวดคิ้ว

วัตถุประสงค์ : ปวดแผลลดลง หรือไม่มีอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล :

1. บอกว่าปวดแผลลดลง หรือไม่ปวดแผล
2. ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด
3. สีหน้าสดชื่นขึ้น

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	ผลการพยาบาล
1. จัดให้นอนท่าศีรษะสูง ชันเข่า	1. ช่วยให้ผนังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการดึงรั้งของแผล ช่วยลดอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้องได้ และยังช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น
2. สอนเทคนิคการหายใจลดปวดโดยให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปาก แนะนำให้กระทำเมื่อมีอาการปวด	2. สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้โดยเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจไปที่การควบคุมการหายใจเข้า-ออก

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
<p>3. เบี่ยงเบนความสนใจโดยการชวนพูดคุย</p>	<p>3. การมุ่งความสนใจหรือสร้างอารมณ์ให้คล้อยตามไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง</p>
<p>4. แนะนำให้ประคบแผ่นขณะมีการเคลื่อนไหวและให้เคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ</p>	<p>4. ลดการกระทบกระเทือนเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัด</p>
<p>5. ถ้ามีอาการปวดทุเลาลง กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็ว โดยพลิกตะแคงตัว ลุกนั่งบนเตียง ลุกเดินข้างเตียง ตามลำดับ</p>	<p>5. ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ไม่เกิดอาการท้องอืด ช่วยให้ไม่ปวดแผลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น แผลหายเร็วขึ้น</p>
<p>6. ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษาได้แก่</p> <p>- pethidine 50 mg (M) ๓ 6 hrs. และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนเวียนศีรษะ กดศูนย์ควบคุมการหายใจ</p> <p>- phenergan 25 mg (M) ๓ 6 hrs. และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ปากคอแห้ง และง่วงซึมมาก</p>	<p>6. ให้ได้รับยาบรรเทาปวดในกรณีจำเป็น</p> <p>- เป็นยาแก้ปวดชนิดเสพติด คุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน มีฤทธิ์ระงับปวดในขนาดยาที่สูงกว่ามอร์ฟีน 8 เท่า จะออกฤทธิ์สูงสุด หลังฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 30-50 นาที ระยะเวลาออกฤทธิ์นาน 2-4 ชั่วโมง</p> <p>- เป็นยาด้านฮิสตามีนกลุ่มที่แย่งจับ H1 receptor ในกรณีนี้ให้เพื่อแก้อาการข้างเคียงจาก pethidine เนื่องจากมีฤทธิ์ในการกดระบบประสาทส่วนกลาง</p>

กิจกรรมผู้ป่วย : ฝึกการหายใจลดปวด และเวลาเคลื่อนไหว ใช้มือประคอง
แผลไว้

การประเมินผล :

1. บอกว่าปวดแผลลดลง และบางครั้งไม่ปวดแผล
2. ขณะเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่แสดงสีหน้าเจ็บปวด
3. สีหน้าสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้และอ่อนเพลีย

ข้อมูลสนับสนุน :

- O : T = 37.7 °C at 14.00 น.
: T = 37.9 °C at 15.00 น.
: ทำทางอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ : สุขสบายขึ้น ไข้ลดลง หรือไม่มีไข้
: อ่อนเพลียลดลง

เกณฑ์การประเมินผล : T อยู่ในช่วง 36.5-37.4 °C
: หน้าตาสดชื่นขึ้น
: ไม่มีทำทางอ่อนเพลีย

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา และใช้ผ้าประคบบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ และข้อพับต่าง ๆ	1. การใช้น้ำธรรมดาเช็ดตัว เพราะน้ำเป็นตัวช่วยนำความร้อนออกจากร่างกายและการใช้ผ้าประคบบริเวณต่าง ๆ เนื่องจากบริเวณดังกล่าวมีเลือดมาเลี้ยงมาก
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา คือ 5% D/N/2 1,000 c.c. Ⓞ drip rate 100 c.c./hr. ถ้าแพทย์ให้ดื่มน้ำได้ดูแลให้ได้รับน้ำวันละ 2,000-3,000 c.c.	2. ภาวะไข้ทำให้ร่างกายมีเมตาบอลิซึมสูง มีการสูญเสียน้ำมากกว่าปกติ จึงต้องให้ร่างกายได้รับน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	3. ประเมินภาวะไข้ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอื่นที่ผิดปกติจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทัน
4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ	4. ลดการใช้พลังงานและการเผาผลาญภายในเซลล์ของร่างกาย ทำให้การผลิตความร้อนในร่างกายลดลง และช่วยให้หายจากอาการอ่อนเพลีย
5. ดูแลความสะอาดสบายทั่วไป เช่น ช่วยทำความสะอาดร่างกายและปากฟัน ทาแป้ง หวีผม ตลอดจนการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์	5. ลดความสกปรก และสิ่งหมักหมมของเชื้อโรค ให้รู้สึกสดชื่น และสุขสบายขึ้น ช่วยให้อ่อนเพลียลดลง
6. ดูแลให้ได้รับประทานอาหาร เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับประทานได้	6. ร่างกายได้รับสารอาหาร ช่วยเสริมสร้างให้เซลล์และอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรงขึ้น
7. รายงานแพทย์ ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นมาก	7. ให้แพทย์ทราบอาการเพื่อพิจารณาให้ยาลดไข้ และแผนการรักษาอื่นที่เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมของผู้ป่วยหรือญาติ : ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

การประเมินผล : $T = 37.5^{\circ}\text{C}$

: หน้าตาสดชื่นขึ้น

: ไม่มีท่าทางอ่อนเพลีย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีภาวะช็อคเนื่องจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน :

○ : มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยก่อนมาโรงพยาบาล 12 วัน

: เสียเลือดจากการผ่าตัด 800 c.c.

: เยื่อตาซีดเล็กน้อย

: Hct 28 vol%

วัตถุประสงค์ : ไม่มีภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล : ค่า Hct อยู่ในช่วง 37-47vol%

: เยื่อบุตาไม่ซีด

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา 5% D/N/2 1,000 c.c. v drip rate 100 c.c./hr.	1. ร่างกายได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ทดแทนเลือดที่สูญเสียไปจากการผ่าตัด
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานโดยเน้นที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ ไข่แดง มะเขือพวง เป็นต้น และกระตุ้นให้ได้รับประทานอาหารดังกล่าว เมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหารได้	2. อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง จะช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง
3. ติดตามผลเลือด (ถ้ามี)	3. เพื่อทราบค่าผลเลือดที่เปลี่ยนไป

กิจกรรมของผู้ป่วย : เมื่อแพทย์ให้รับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยรับประทาน ตับ ไข่แดง ได้

การประเมินผล : เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย

: ค่า Hct ใหม่ ไม่มี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มีความรู้ไม่เพียงพอในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน :

S : เคยได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องจากการคลอดบุตรคนแรก

: ทราบว่าต้องดูแลแผลอย่าให้ถูกน้ำ ไม่ทำงานหนัก แต่ไม่ทราบมานานแค่ไหน
 ไหน อย่างอื่นไม่แน่ใจ เพราะนานมาแล้ว

วัตถุประสงค์ : มีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล : ตอบข้อซักถามวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. อธิบายให้ทราบว่าถ้าหายจากอาการ อ่อนเพลีย และ/หรือไม่ปวดแผล ให้มีการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือ ตัวเองให้เร็วที่สุด	1. ถ้าได้มีการเคลื่อนไหว ไม่เกิดอาการท้องอืด โลหิตมีการไหลเวียนดี ช่วยให้แผลหายเร็ว ขึ้น และช่วยให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเป็นปกติ
2. การไปห้องน้ำในระยะแรกควรมี พยาบาลหรือญาติไปด้วย ระวัง การลื่นหกล้ม เมื่อรู้สึกหน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะให้รีบนั่งลง ทันที	2. ป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม และอาจมี ผลทำให้แผลแยกได้
3. การดูแลแผล นอกจากไม่ให้ถูกน้ำ แล้ว แนะนำว่าอย่าให้มือจับต้อง แกะเกาแผลหรือดึงผ้าปิดแผลออก พร้อมทั้งให้สังเกต สิ่งคัดหลั่งที่อาจ ออกมาจากแผล	3. ทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือแผล หายช้าได้

กิจกรรมการพยาบาล *	เหตุผลการพยาบาล
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานตามแผนการรักษาของแพทย์จากอาหารเหลว เป็นอาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ ให้ครบสารอาหาร 5 หมู่โดยเฉพาะโปรตีน	4. ให้กระเพาะอาหารและลำไส้มีการปรับตัวในการทำงานเข้าสู่ภาวะปกติและร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนโดยเฉพาะโปรตีนช่วยในการหายของแผล
5. ชักถามย้อนกลับภายหลังให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	5. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และอธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่กระจ่าง

กิจกรรมของผู้ป่วยหรือญาติ : ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

: ญาติพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ

การประเมินผล

: ตอบข้อซักถามวิธีปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

สรุปผลการรักษาพยาบาล หลังวันที่ 2 ของการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพอื่นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้ตามลำดับสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี และได้รับความรู้เพิ่มเติมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านในเรื่อง การดูแลแผล การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ การมาตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาก่อนนัด เช่น แผลบวม มีสิ่งคัดหลั่งหรือเลือดออกจากแผล มีไข้ เป็นต้น ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 7 วัน และตัดไหมก่อนกลับบ้าน

กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

ปัจจัยพื้นฐาน หญิงไทยคู่อายุ 30 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย อาชีพรับจ้าง ทำอิฐบล็อก จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ระยะพัฒนาการ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง รูปร่างค่อนข้างผอม ก่อนหน้านี้มีพัฒนาการสมวัยมาตลอดตามลำดับ ปกติเป็นคนอารมณ์ดี ไม่ค่อยคิดมาก

สังคมชนบทธรรมนิยมประเพณี นับถือศาสนาพุทธ ไปวัดทำบุญตักบาตรในวันพระเสมอ เมื่อเจ็บป่วยจะนึกถึงพระ มีความเชื่อว่า ถ้าทำหมันจะทำงานหนักไม่ได้ ไม่มี การแขวนพวงมาลัยที่หัวเตียง อาศัยหมู่บ้านไม้ชั้นเดียว อยู่ใกล้วัด มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี

แบบแผนการดำเนินชีวิต รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ อาหารที่ไม่ชอบรับประทานคือ ปลาหู และปลาน้ำเค็ม นอกนั้นรับประทานได้ทุกอย่าง ดื่มนมบ้างเป็นบางครั้ง 2 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลงจากเดิม ถ่ายปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง ไม่สบายขี้สเหลืองใส ถ่ายอุจจาระวันละครั้ง ลักษณะปกติ นอนวันละ 7 ชั่วโมง ไม่นอนกลางวัน ปกติจะไปรับจ้างรายวันทำอิฐบล็อก ขนย้ายอิฐบล็อกที่ทำเสร็จแล้วไปยังรถบรรทุกวันละหลาย ๆ รอบ ช่วงที่มีเลือดออก รู้สึกอ่อนเพลียไม่ได้ไปทำงานทุกวัน จึงมีเวลาพักผ่อนบ้าง การทำงานถือเป็นการออกกำลังกาย

ระบบครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมี 5 คน มีหญิงตั้งครรภ์ไขปลาคูก สามีและบุตร 3 คน สองคนโต เพศหญิงอายุ 12 และ 8 ปี ตามลำดับ คนเล็กเพศชายอายุ 5 ปี สัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ดี ทะเลาะกับสามีบ้างเป็นบางครั้งไม่รุนแรง บุตรทั้งสามคนเรียนหนังสือ

แหล่งประโยชน์ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างยากจน หญิงตั้งครรภ์ไขปลาคูก และสามีทำงานรับจ้างรายวัน เมื่อมานอนในโรงพยาบาลทำให้ขาดรายได้ สามีก็เช่นเดียวกัน เมื่อมาเยี่ยมภรรยาที่โรงพยาบาลไม่ได้ไปทำงานทำให้ขาดรายได้ และยังคงดูแลบุตรด้วย

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ปกติเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยารับประทานเอง ไม่ค่อยจะไปพบแพทย์ ไม่เคยรับการตรวจร่างกายประจำปี หรือรับภูมิคุ้มกันใด ๆ

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต การแท้งบุตรในการตั้งครรภ์ที่ 4 ขณะอายุครรภ์ 3 เดือน เมื่อ 3 ปีที่แล้ว

ภาวะสุขภาพ :

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีเลือดออกทางช่องคลอด และพบว่าเป็นก้อนเลือดมีเม็ดสีขาวออกมาด้วย ได้ไปโรงพยาบาลอำเภอก่อนที่จะได้รับการย้ายมาโรงพยาบาลศูนย์

ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอด ใช้ผ้าอนามัยประมาณ 2 ผืนวัน ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย แต่ยังสามารถทำงานได้

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล รู้สึกท้องโตขึ้น ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์ ยังคงมีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อย ๆ รู้สึกอ่อนเพลีย แต่ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด เพราะคิดว่าจะยังทำงานได้

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เลือดที่ออกทางช่องคลอดหยุดไหล แต่มีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น ท้องโตขึ้น จึงไปโรงพยาบาลอำเภอซึ่งอยู่ใกล้บ้าน พบเม็ดสาคูออกมาพร้อมก้อนเลือดหนักประมาณ $\frac{1}{2}$ กก. ทางโรงพยาบาลอำเภอจึงย้ายมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์รับไว้รักษาและวินิจฉัยว่าเป็นการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก รักษาโดยการดูดมดลูกชนิด suctional curettage

อาการก่อนดูดมดลูก หญิงตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกรู้สึกตัวดี พุดคุยดี ซีดมาก แต่หญิงตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกไม่รู้สึกว่าตนเองอ่อนเพลียหรือมีอาการผิดปกติ ยังทำงานได้เหมือนเดิม

หญิงตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกไม่รู้สึगतกใจ เมื่อแพทย์บอกว่าตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกและจะต้องดูดมดลูก เนื่องจากไม่ทราบว่ามีผลของการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุกเป็นอย่างไร สัญญาณชีพแรก T 36.8°C P 72 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg

อาการหลังดูดมดลูก รู้สึกตัวดี on 5% D/N/2 1,000 c.c. \odot drip จากห้องผ่าตัด เหลือ 500 c.c. มีภาวะซีด มือ และเยื่อปอดตา ซีด มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ใส่ผ้าอนามัยไว้ สัญญาณชีพวัดได้ T 37.0°C P 74 ครั้ง/นาที R 22 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg

ประวัติการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ

ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 4 ครั้ง คลอดปกติ 3 ครั้ง แท้ง 1 ครั้ง 3 ครั้งแรก อายุครรภ์กำหนด คลอดปกติที่โรงพยาบาลบุตรคนที่ 1, 2 เพศหญิง อายุ 12 และ 8 ปี ตามลำดับ คนที่ 3 เพศชาย อายุ 5 ปี บุตรทุกคนสุขภาพแข็งแรงดี ตั้งครรภ์ที่ 4 เมื่อ 3 ปีที่

แล้วแห่งเองขณะอายุครรภ์ 3 เดือน ไม่ได้ขูดมดลูก หลังแท้งมีเลือดออกประมาณ 15 วันไม่ได้
รับการรักษาที่ใด หมอตำแยช่วยเอาทารกออก

อาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล

รับไว้ในความดูแลภายหลังได้รับการขูดมดลูกแล้ว 1 วัน รู้สึกตัวดีอ่อนเพลียเล็กน้อย และช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแล้ว มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน/เวร สีแดงสด มีภาวะซีด เล็บมือ และเยื่อบุตาซีด ผิวหนังแห้ง โดยเฉพาะที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างจะแห้งและแตก รับประทานอาหารได้มีอยู่ 1/2-3/4 ถาด น้ำดื่ม 2/3 แก้ว ถ่ายปัสสาวะปกติ สัญญาณชีพ T 36.6°C P 78 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg แพทย์ได้แนะนำให้ทำหมัน ผู้ป่วยปฏิเสธ เนื่องจากมีความเชื่อว่าทำหมันแล้วทำงานหนักไม่ได้ จะทำให้ขาดรายได้ แพทย์ได้อธิบายให้ทราบถึงผลของการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไป โอกาสเกิดเป็นครรภ์ไข่ปลาอุกและกลายเป็นมะเร็งได้สูง และอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยบอกว่าแล้วแต่วาสนา ทำมาแค่ไหนก็แค่นั้น แต่ไม่ทำหมัน แพทย์ให้เวลาไตร่ตรองอีกครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยได้บ่นเรื่องการไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดรายได้ กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล สิ้นหน้าเศร้าหมองเมื่อพูดถึงเรื่องนี้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Wbc	16.3	Thsd/cu.mm.
Rbc	1.90	mill/cu.mm.
Hct	14.2	vol%
Hb	4.6	gram%
Pit	238	Thsd/cu.mm.
Neutrophil	97	%
Lymphocyte	3	%

การรักษา

อาหารธรรมดา

v/s q 4 hrs.

PRC 2 \bar{u} drip in 4 hrs.

FBC - 1 tab ① tidpc *

Paracetamol (500 mg) 2 tabs ① pm. for pain & fever q̄ 4 hrs.

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของหญิงตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

1. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะซีดที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการชุดมดลูก
2. ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อ ตกเลือด และภาวะซีด
3. ปรับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทาน การมีกิจกรรม และการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอและเหมาะสม
4. เรียนรู้และเข้าใจพยาธิสภาพของการตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก และเห็นความสำคัญของการรักษา
5. ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย และปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย
6. ดูแลความสะอาดของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้เกิดความสบาย

ความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

ผู้ป่วยจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รู้ว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อย ๆ มานานประมาณ 2 เดือน แต่ไม่ได้สนใจ และไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด ยังคงทำงานตามปกติ มีอาการท้องโต แต่ไม่คิดว่าจะตั้งครรภ์ จนมีอาการอ่อนเพลียมากและท้องโตขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แพทย์บอกว่าตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก ต้องชุดมดลูก มิได้รู้สึกตกใจและไม่ทราบถึงผลการตั้งครรภ์นี้เป็นอย่างไร แม้ภายหลังแพทย์บอกว่าอาจเกิดการกลายเป็นมะเร็งเนื้อรกได้ ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงอันตรายและผลกระทบบที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง มีความสามารถในการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ได้ดี มีความจำดี ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มีการได้ตอบ การใช้คำพูดที่เหมาะสมและเข้าใจได้ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ดี เคยมีอาการหน้ามืด แต่ไม่เป็นลม แก่ไข้ไข้โดยการนั่งพัก กล้ามเนื้อและข้อแข็งแรงดี เคลื่อนไหวได้ดี รับรู้ว่าการทำหมันจะทำงานหนักไม่ได้ จึงตัดสินใจจะไม่ทำหมัน

ความพร่องในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

1. มีภาวะซีดเนื่องจากการเสียเลือดทางช่องคลอด
2. ได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
4. ไม่ยอมรับการทำหมัน เนื่องจากมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุตร ทำหมันและไม่ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพจากการตั้งครรภ์ไข้ปลาอุก

แผนการพยาบาล

ระบบการพยาบาลที่ให้ คือ ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีภาวะซีดเนื่องจากการเสียเลือดทางช่องคลอด

ข้อมูลสนับสนุน :

S : บอกว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดมานานประมาณ 2 เดือน ชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน/วัน

O : หลังชุดมดลูกยังคงมีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน/แวน

: เยื่อบุตาซีด เล็บมือซีด

: Hct 14.2 vol%, Hb 4.6 gram%

Rbc. 1.90 mill/cu.mm.

วัตถุประสงค์ : ภาวะซีดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล : เลือดออกทางช่องคลอดลดลงหรือไม่ออก

: เยื่อบุตาและเล็บมือเป็นสีชมพู

: ค่า Hct 37-47 vol%

: Rbc 4.7-6.1 mill/cu.mm.

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
<p>1. ดูแลให้ได้รับ PRC 2\bar{u} @ drip in 4 hrs. พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง จากการได้รับเลือด ได้แก่ แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย หายใจไม่ออก หนาวสั่น ผื่นขึ้นตามตัว เป็นต้น</p>	<p>1. เป็นการได้รับเลือดทดแทนที่สูญเสียไป และการสังเกตอาการข้างเคียงโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจจะได้แก้ไขและช่วยชีวิตได้ทัน่วงที</p>
<p>2. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>3. แนะนำและกระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงให้มาก ๆ ได้แก่ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ ไข่แดง สะตอเบา มะเขือพวง เป็นต้น และย้ำให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง แม้กลับไปบ้านแล้ว</p>	<p>2. ลดการใช้ออกซิเจนภายในเซลล์ของร่างกาย</p> <p>3. มีการเสียเลือดเป็นเวลานาน ซีดมาก จำเป็นต้องได้รับธาตุเหล็ก ซึ่งช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดงได้อย่างพอเพียงและต่อเนื่อง</p>
<p>4. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด</p>	<p>4. ถ้ามีปริมาณเลือดออกผิดปกติ จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทัน่วงที</p>
<p>5. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>	<p>5. ช่วยบอกภาวะการเสียเลือดในร่างกาย เช่น ถ้า BP < 90/50 mmHg P > 120 ครั้ง/นาที R > 30 ครั้ง/นาที อาจเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้</p>
<p>6. ดูแลให้ได้รับ FBC 1 tab @ tidpc ตามแผนการรักษา</p>	<p>6. FBC เป็นยาที่ประกอบด้วยธาตุเหล็กในรูปแบบของเฟอร์รัสและวิตามินต่าง ๆ</p>
<p>7. ติดตามผลเลือด</p>	<p>7. เพื่อทราบผลเลือดและเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป</p>

กิจกรรมผู้ป่วย : รับประทานอาหารที่มีไข่แดง ตับ และยา FBC ตามเวลา

การประเมินผล : เลือดออกทางช่องคลอดลดลง

: เยื่อบุตาและเล็บมือเป็นสีชมพูจาง ๆ

: ค่า Hct หลังให้เลือด 26 vol%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน :

S : บอกว่าตลอด 2 เดือนที่ผ่านมารับประทานอาหารได้น้อยลง

O : รูปร่างค่อนข้างผอม

: มีอาการอ่อนเพลีย

: ขณะเจ็บป่วยรับประทานอาหารกลางวันได้ 1/2-3/4 ถาด

: ดื่มน้ำ 2-3 แก้ว/วัน

: ผิวหนึ่งแฉ่ง โดยเฉพาะที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้างจะแฉ่งและแตก

วัตถุประสงค์ : ได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล : รับประทานอาหารได้หมดถาดและเพิ่มอาหารระหว่างมื้อได้

: ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

: ผิวหนึ่งไม่แฉ่ง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. แนะนำและดูแลให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น โดยให้โอวัลตินหรือน้ำหวานระหว่างมื้อ	1. ให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้นและเพียงพอ
2. ดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์และควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ เป็นต้น	2. มีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานและเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจ ให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	3. น้ำจะช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่แห้งแตกและยังช่วยเพิ่มปริมาณเลือดในร่างกายด้วย

กิจกรรมผู้ป่วย : ดื่มน้ำได้มากขึ้นวันละ 8 แก้ว

การประเมินผล : รับประทานอาหารได้หมดถาด

: ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

: ผิวหนังที่ผาทำยังแห้งและแตกเล็กน้อย ผิวหนังส่วนอื่นไม่แห้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : วิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน :

S : บอกว่าตนเองและสามีทำงานรับจ้างรายวัน เมื่อมาอนในโรงพยาบาลทำให้ขาดรายได้

: บุตรเรียนหนังสือทั้งสามคน

: บอกว่ากังวลค่ารักษาพยาบาลมากกว่ากังวลสุขภาพ

O : สีหน้าเศร้าหมอง

วัตถุประสงค์ : วิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล : สีหน้ายิ้มแย้ม ไม่เศร้าหมอง

: บอกว่า ไม่กังวลค่ารักษาแล้ว

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ พูดระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ โดยรับฟังอย่างตั้งใจและเป็นมิตร	1. การได้พูดระบายและมีคนรับฟังจะช่วยคลาย วิตกกังวลได้ และเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เมื่อ พยาบาลแสดงท่าทีที่เป็นมิตร
2. สอบถามและแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับแหล่งเงินที่อาจขอความ ช่วยเหลือ	2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีหนทางออกหรือมีแหล่งเงิน ที่จะขอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหา ทางด้านการเงินในการรักษาพยาบาล
4. แนะนำให้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ สำหรับการรักษาในครั้งต่อ ๆ ไป ซึ่งสามารถใช้ได้กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวรวมได้ไม่เกิน 5 คน โดยเสียค่าบริการ 500 บาท/ปี พร้อม ทั้งแนะนำเกี่ยวกับการใช้บัตรนี้ด้วย	4. บัตรประกันสุขภาพเป็นบัตรที่รัฐบาล โดย กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้สำหรับผู้มี รายได้น้อย เพื่อให้ได้รับสวัสดิการในเรื่องการ รักษาพยาบาล

กิจกรรมผู้ป่วย : ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล : สีหน้ายิ้มแย้มขึ้น ไม่เศร้าหมอง

: บอกว่าไม่กังวลค่ารักษาแล้ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ไม่ยอมรับการทำหมันเนื่องจากมีความรู้
ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำหมันและไม่
ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพจากการ
ตั้งครรภ์ไขปลาดุก

ข้อมูลสนับสนุน :

S : บอกว่า กลัวทำงานหนักไม่ได้

S : ผู้ป่วยบอกว่าแล้วแต่วาสนา ถ้าต่อไปจะเป็นมะเร็งจนถึงแก่ชีวิต
ทำมาแค่ไหนก็แค่นั้นแต่ไม่ทำหมัน

- : แพทย์บอกว่าการตั้งครรภ์ไขปลาคอก อาจมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์
ไขปลาคอกอีก และกลายเป็นมะเร็งเนื้อรกได้มาก ผู้ป่วยมิได้รู้สึกตกใจ
- วัตถุประสงค์** : ยอมรับการทำหมัน
: มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการทำหมัน
: ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพจากการตั้งครรภ์ไขปลาคอก
- เกณฑ์การประเมินผล** : ยินยอมให้แพทย์ทำหมันในการรักษาครั้งนี้
: ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการทำหมันได้ถูกต้อง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการทำหมัน พอสั่งเซป เนื่องจากเป็นการทำหมัน แห้ง แพทย์จะทำเหนือหัวเหน่าขนาด ของแผล 2-3 ซม. โดยอยู่ โรงพยาบาล 1-2 วัน	1. ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง จะได้นำไปประกอบ การตัดสินใจ และหากมีสภาพจิตใจที่กังวลหรือ กลัวเรื่องการทำงานหนักไม่ได้ จะกลายเป็น ความวิตกกังวลและจะมีผลทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
2. อธิบายและเน้นย้ำให้เข้าใจถึงผล จากการตั้งครรภ์ไขปลาคอกที่มีโอกาส เกิดขึ้นซ้ำในครรภ์ต่อไป และกลายเป็น เป็นมะเร็งเนื้อรก และเมื่อเป็นมะเร็ง จะมีผลกระทบต่อการขาดรายได้ของ ครอบครัวและบุตร เนื่องจากต้องเข้า- ออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ	2. ให้ได้รับทราบและเข้าใจถึงอันตรายจากการ ที่มีโอกาสเป็นมะเร็ง ซึ่งควรป้องกันเอาไว้ก่อน ดีกว่าปล่อยให้ไปแล้วมารักษา
3. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือ เรื่องที่ยังไม่เข้าใจ	3. ให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเกิดความเข้าใจที่ กระจ่าง จะได้ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมผู้ป่วย : ชักถามข้อสงสัย

การประเมินผล : ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับการทำหมันได้ถูกต้อง

: ยินยอมให้แพทย์ทำหมันในวันรุ่งขึ้น

สรุปผลการรักษาพยาบาล หลังชุดมดลูกวันที่ 2 มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยติดผ้าถุง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ภายหลังจากแพทย์และพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการตั้งครรภ์ไปลาอุกอีกครั้งและมีโอกาสได้คุยกับสามีของผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ทำหมัน หลังจากนั้น 2 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยได้เน้นย้ำการมาตามนัดที่แพทย์นัด เพื่อฟังผลขึ้นเนื้อที่แพทย์ส่งตรวจและติดตามภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ไปลาอุก

บรรณานุกรม

- จิตใจ จันทวดี (2541). การพยาบาลผู้รับบริการทางนรีเวชที่มีภาวะเลือดออก
ผิดปกติ สงขลา : ชานเมือง.
- ชวนพิศ นรเดชานนท์ (2536). ตกเลือดในหญิงมีครรภ์ : การประเมินและแผนการ
พยาบาล กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมล พรโสภณ (2541). การเฝ้าติดตามดูแลผู้ป่วยหลังแท้งครรภ์ไขปลาคูกใน
โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ.2533-2539. วารสารพยาบาลศาสตร์,
16(2), 67-75.
- สุกัญญา ปรีสังญกุล (2537). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- Burroughs, A. (1992). *Maternity Nursing : An Introductory Text* (6th ed).
Philadelphia : W.B.Saunders.
- Gant, N.F. and Cunningham, F.G. (1993). *Basic gynecology and obstetrics*.
Connecticut : Appleton & Lange.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5th ed). St.Louis : Mosby.
- Pillitteri, A. (1995). *Maternal and Child Health Nursing : Care of the
Childbearing and Childrearing Family* (2nd ed). Philadelphia :
J.B. Lippincott.
- Wold, G.H. (1997). *Contemporary Maternity Nursing*. St.Louis : Mosby.

การพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

เนื้อหา

1. ความหมาย
2. อุบัติการณ์
3. สาเหตุของการที่ทารกตายในครรภ์
4. อาการและอาการแสดง
5. ภาวะแทรกซ้อน
6. แนวทางการรักษา
7. แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บัณฑิตสามารถ

1. อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากทารกตายในครรภ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาได้
2. อธิบายถึงอาการและอาการแสดงของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ได้
3. อธิบายถึงแนวทางในการให้การรักษามารดาที่มีทารกตายในครรภ์ได้
4. วิเคราะห์แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ได้ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและแนวคิดภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย

อุปกรณ์การสอน

1. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ
2. แผ่นใส

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายซักถามปัญหาขณะฟังการบรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

การพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

ความสำคัญ

การตั้งครรภ์และการคลอด ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตแก่มารดาไม่ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดนั้น จะดำเนินไปตามปกติหรือไม่ เพราะในช่วงเวลานี้เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิตของสตรี ที่ยืนยันถึงความสามารถในความเป็นสตรี และความสามารถในการเป็นมารดา เหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน เช่น ทารกตายในครรภ์ จึงทำให้มารดาหมดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณค่าในบทบาทของเพศหญิงลดน้อยลง เมื่อความคาดหวังของการคลอด และความปิติยินดีทั้งหลายถูกแทนที่ด้วยความสูญเสีย สิ่งที่มารดาต้องการอย่างมากในขณะนั้นคือ บุคคลที่สามารถจะอยู่เป็นเพื่อนอย่างใกล้ชิด ให้คำตอบ ให้ความเป็นจริง และให้ความเข้าใจต่อความรู้สึกของมารดา บุคคลที่สามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ของมารดาได้อย่างครบถ้วนก็คือ พยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของทารกตายในครรภ์ อาการและอาการแสดงในมารดาที่มีทารกตายในครรภ์ และปฏิกิริยาภาวะอารมณ์ของมารดา เมื่อมีการสูญเสียบุตร รวมทั้งแนวทางการเผชิญปัญหา และการปรับตัวที่เหมาะสมในภาวะวิกฤต พยาบาลต้องสามารถเผชิญต่อความเศร้าโศกของมารดา ช่วยให้มารดาผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศกตามปกติ และสามารถตอบสนองความต้องการของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมาย

องค์การอนามัยโลกได้นิยามทารกตายในครรภ์ หรือทารกตายคลอด (Death fetus in utero) ไว้ดังนี้คือ ทารกที่ได้ตายแล้วทุกรายก่อนที่การคลอดจะเสร็จสมบูรณ์ ทารกที่คลอดออกมาต้องไม่หายใจ ไม่แสดงลักษณะใด ๆ ว่ายังมีชีวิตอยู่ เช่น ไม่มีการเต้นของหัวใจ คลำชีพจรไม่ได้ที่สายสะดือ ไม่มีการเคลื่อนไหวของแขนขา ลำตัวหรือศีรษะ บางสถาบันแบ่งทารกตายในครรภ์ออกเป็นกลุ่ม ๆ โดยอาศัยอายุครรภ์เป็นหลักได้ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มที่ 1 อายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์ (Early fetal death)
2. กลุ่มที่ 2 อายุครรภ์ระหว่าง 20-27 สัปดาห์ (Intermediate fetal death)

3. กลุ่มที่ 3 อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป (Late fetal death)

อุบัติการ

การตายของทารกในครรภ์มีความแปรปรวนขึ้นกับหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ เศรษฐฐานะทางสังคม จำนวนทารกในครรภ์ ซึ่งอัตราตายสูงขึ้นในครรภ์แฝด ทารกเพศชายมีอัตราตายสูงกว่าเพศหญิง สภาพสมรสซึ่งทารกในครรภ์หญิงไม่แต่งงานมีอัตราตายสูงขึ้น การมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เป็นต้น

การตายของทารกในครรภ์มีแนวโน้มลดลง โดยทั่วไปแล้วอัตราตายมีอุบัติการระหว่างร้อยละ 0.55-1.93 ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอุบัติการของเด็กตายคลอดต่ำ คือ น้อยกว่าร้อยละ 1 ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาจะพบมากกว่านี้ จากรายงานเด็กตายคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ.2536 พบ 5.3 ต่อการคลอด 1,000 ราย

สาเหตุ สาเหตุที่ทำให้ทารกตายในครรภ์มีดังนี้คือ

1. การฝากครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง สตรีที่ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ 1-3 ครั้ง สตรีกลุ่มนี้มีสภาวะหรือโรคทางอายุรศาสตร์ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคเลือด ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคซิฟิลิส และมีประวัติผิดปกติทางสูติศาสตร์

2. รกและสายสะดือ เช่น รกออกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ สายสะดือบิดเป็นเกลียว เส้นเลือดในสายสะดืออุดตันด้วยก้อนเลือด สายสะดือถูกมัดแน่นเป็นปม สายสะดือพันแน่นรอบคอเด็กในครรภ์ ความผิดปกติเหล่านี้หาสาเหตุไม่ได้ ทำให้ป้องกันเด็กตายในครรภ์ไม่ได้ พบสายสะดือย่อยจากการทำสูติศาสตร์หัตถการเพียงร้อยละ 20 อีกร้อยละ 80 เป็นอุบัติเหตุป้องกันไม่ได้

3. การติดเชื้อ ที่อาจทำให้เด็กตายในครรภ์ มีทั้งเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อรา ที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อไวรัสจากที่มารดาเป็นคางทูม หัดเยอรมัน หรืออีสุกอีใส

4. Hypertensive disorders in pregnancy มีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นคือ Vasospasm ในหลอดเลือดแดง ทำให้ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทำให้รกแก่เร็วกว่ากำหนดและเสื่อมสมรรถภาพ ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุทำให้ทารกตายในครรภ์

5. เบาหวาน มารดาที่เป็นเบาหวานพบทารกตายในครรภ์ร้อยละ 4-12 มากกว่าทารกที่คลอดจากแม่ปกติ 3-8 เท่า และอัตราตายจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25 เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ขึ้นไป สาเหตุที่ทำให้ทารกตายเข้าใจว่าเนื่องจากควบคุมเบาหวานในแม่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อน เช่น Ketoacidosis Preeclampsia และ Hyperinsulinemia ในเด็ก

6. ความพิการที่เนื่องมาจากความผิดปกติของโครโมโซมที่พบบ่อยที่สุดในทารกตายในครรภ์ ได้แก่ Trisomy

7. ความพิการที่ไม่เกี่ยวกับความผิดปกติของโครโมโซม ที่พบบ่อย เนื่องจาก Neural tube defect เป็นเด็กไม่มีศีรษะ และ Spina bifida ความพิการอื่น ๆ ได้แก่ Potter's syndrome, Omphalocele, Gastroschisis, Dwarfism, Arthrogryposis และเด็กหัวบาตร

8. ครรภ์เกินกำหนด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ที่แน่นอน 42 สัปดาห์เต็มแล้วยังไม่คลอด สูติแพทย์ควรวินิจฉัยครรภ์ที่เกินกำหนดและพิจารณาทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงก่อนที่ทารกในครรภ์จะตาย

9. Hemoglobin Bart's hydrop fetalis ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กที่มีลักษณะบวมน้ำในประเทศไทยเกิดจากโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ทารกจะตายในครรภ์เมื่ออายุได้ 30-40 สัปดาห์

10. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

11. อุบัติเหตุที่มารดาได้รับขณะตั้งครรภ์

12. อันตรายจากการทำคลอด

13. Systemic lupus erythematosus (SLE)สตรีที่เป็น SLE ตั้งครรภ์มีโอกาสสูงที่จะแท้งหรือมีทารกตายในครรภ์ร้อยละ 11-46

อาการและอาการแสดง

1. ประวัติ เด็กไม่ดื่มน้ำหนักลด เต้านมมารดาขนาดเล็กลง และมีเลือดหรือน้ำออกทางช่องคลอด
2. การตรวจร่างกาย
 - 2.1 ขนาดมดลูกไม่โตขึ้นจากการตรวจเป็นระยะ ๆ
 - 2.2 ฟังไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารก
 - 2.3 คลำการเคลื่อนไหวของทารกไม่ได้
 - 2.4 การตรวจภายใน ในกรณีที่ปากมดลูกเปิดแล้ว อาจคลำได้ว่ากะโหลกศีรษะยุบ

การวินิจฉัยโรค

1. จากอาการและอาการแสดง ซึ่งวินิจฉัยได้จากการที่มารดามาฝากครรภ์และรับการตรวจอย่างต่อเนื่อง
2. การเจาะถุงน้ำคร่ำผ่านทางหน้าท้อง หรือผ่านทางช่องคลอด จะได้น้ำคร่ำสีน้ำตาลเข้มและขุ่นข้น โดยเฉพาะในรายที่ทารกตายนานกว่า 1 สัปดาห์ และจะสังเกตได้ว่าน้ำคร่ำมีปริมาณน้อยกว่าปกติ
3. การถ่ายภาพรังสีบริเวณช่องท้องของมารดาจะพบว่ามี Spalding's sign คือ การซ้อนกันของกระดูกกะโหลกศีรษะ เนื่องจากเนื้อสมองบางส่วนเหลวและไป, Deuel's sign คือการเห็นเป็นช่องว่างรอบ ๆ กระดูกกะโหลกโดยรอบ เนื่องจากมีน้ำขังอยู่ระหว่างชั้นไขมันของหนังศีรษะกับกระดูก และกระดูกยุบลงไปจากการที่เนื้อสมองมีปริมาณลดลง ทำให้มีช่องว่างระหว่างหนังศีรษะและกระดูกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของ Deuel's sign จะพบก่อน Spalding's sign นอกจากนี้ ถ้าถ่ายภาพรังสีในท่าที่มารดายืน จะพบว่า กระดูกสันหลังของทารกในครรภ์มีการพับงอ เนื่องจากกล้ามเนื้อพังผืดและเอ็นจะคลายตัวและเน่าเปื่อย ทำให้กระดูกสันหลังไม่สามารถคงสภาพปกติได้

อย่างไรก็ตามการตรวจโดยการถ่ายภาพรังสีในปัจจุบันไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากมีเครื่องมือที่ทันสมัยและให้ผลแม่นยำกว่า คือการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งจะวินิจฉัยได้ค่อนข้างแม่นยำ จะพบภาพในลักษณะดังนี้

- 4.1 กะโหลกศีรษะเห็นแยกเป็น 2 เส้น
- 4.2 มีการซ้อนกันของกระดูกกะโหลกศีรษะ
- 4.3 ศีรษะทารกมีรูปร่างผิดปกติ และมีการยุบของกะโหลกศีรษะ
- 4.4 ไม่มีการเคลื่อนไหวของหัวใจทารก และไม่พบการเคลื่อนไหวของ

ทารก

5. การตรวจทางชีวเคมี

- 5.1 ตรวจระดับ creatinine phosphokinase activity ในน้ำคร่ำจะสูงขึ้น
- 5.2 ปริมาณ estriol ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จะลดต่ำลง

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะทางจิตใจผิดปกติ มีความรู้สึกสูญเสีย อาจกลายเป็นโรคจิตประสาท ถ้าทารกตายในครรภ์นานก็จะเกิด coagulation defect ได้ พบ 25% ของผู้ป่วยที่ทารกตายในครรภ์หลัง 1 เดือนไปแล้ว (retained dead fetus in utero) ทารกจะแข็งกลายเป็นหิน (lithopedian)

แนวทางการรักษา

การรักษาได้เปลี่ยนแปลงไปมากจากการรักษาแบบประคับประคองแบบสมัยก่อน มาถึงการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงโดยเร็วและทันทีที่วินิจฉัยได้ เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีนี้จะลดความเศร้าเสียใจของผู้ป่วยลง ลดอันตรายจากการเกิด coagulation defects ตลอดจนวิธีการทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงนั้นมีความปลอดภัยมากขึ้น

การรักษาแบ่งเป็น

1. การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง

1.1 ให้เจ็บครรภ์และคลอดเอง การรอให้เจ็บครรภ์คลอดเองเป็นวิธีที่ง่ายที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะเจ็บครรภ์คลอดเองภายหลังจากที่เด็กตายแล้ว 2 สัปดาห์ ในรายที่เกิน 2 สัปดาห์ต้องตรวจหา Clotting time และระดับของ fibrinogen อย่างน้อยทุกสัปดาห์

ถ้าพบว่าผิดปกติหรือระดับของ fibrinogen น้อยกว่าร้อยละ 100 มก. ก็ต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง

1.2 ให้ Oxytocin หยดเข้าหลอดเลือดดำ วิธีนี้จะได้ผลดีถ้าปากมดลูกเปิด 2-3 ซม. และบางอย่างน้อยร้อยละ 50 จะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อเจาะถุงน้ำคร่ำให้แตกก่อนให้ Oxytocin 20 u ใน 5%D/N/2 1,000 c.c. v drip.

1.3 Amnioinfusion คือการฉีดน้ำยาเข้มข้นเข้าถุงน้ำคร่ำทางหน้าท้อง โดยใช้ Hypertonic solution เช่น 50% Glucose, 20% Sodium chloride, 40-50% urea 5% DW และ Prostaglandin F₂ alpha เป็นต้น

1.4 ใช้โปรสตาแกลนดิน E₂ (Prostaglandin E₂) 20 mg เหน็บช่องคลอด ในกรณีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ถ้าใช้ Prostaglandin E₂ ใน dose นี้ จะต้องระวังมดลูกแตก (Uterine rupture) ฉะนั้นเวลาใช้ยาจะต้องคอยดูแลในเรื่องของอาการเจ็บครรภ์ นอกจากนี้การใช้ Prostaglandin E₂ มักทำให้มารดามีอาการคลื่นไส้ ท้องเสีย และมีไข้ อย่างไรก็ตามมดลูกแตกและกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยมาก

1.5 การผ่าตัด (Hysterotomy หรือ Caesarean Section) โดยการผ่าตัดเอาทารกที่ตายออกทางหน้าท้อง เป็นวิธีสุดท้ายที่จะเลือกใช้ ในปัจจุบันไม่นิยม เพราะใช้วิธีอื่น ๆ สามารถทำให้ทารกคลอดได้

2. การดูแลหลังคลอด

2.1 ช่วยยับยั้งการหลังน้ำนม

2.2 ถ้าผู้ป่วยอยากเห็นบุตร ควรให้ผู้ป่วยได้ดูซึ่งจะช่วยลดอาการโศกเศร้าลงได้บ้าง

2.3 สุนัขแพทย์ผู้ดูแลควรเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยขึ้น

การวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีทารกตายในครรภ์

ในการวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเศร้าโศกและสูญเสียเนื่องจากทารกในครรภ์นั้น จำเป็นต้องมีการประเมินทุกรายเนื่องจากความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยสิ่งที่จะต้องประเมินมีดังนี้

1. ประเมินปฏิกริยาตอบสนองของมารดาต่อการสูญเสีย ทั้งการซักถาม พุดคุย และการสังเกตพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อประเมินว่ามารดามีพฤติกรรม อาการและอาการแสดง ของกระบวนการเศร้าโศกตามปกติหรือไม่ พฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่
 - 1.1 ซ็อก ตกใจ ไม่เชื่อ และโกรธ
 - 1.2 เริ่มรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
 - 1.3 การยอมรับเหตุการณ์ตามความเป็นจริง (มักไม่สามารถประเมินได้ใน ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้น ๆ)
 - 1.4 การหลบหนีหน้า ไม่ทักทายพุดคุยกับคนอื่น จะสังเกตได้จากมารดาที่ มักหลับตา ปิดม่านกั้นรอบ ๆ เตียง ปิดประตูห้องอยู่ตามลำพัง
2. ประเมินแหล่งให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแก่มารดาว่า บุคคลเหล่านั้นเป็นใคร สามารถให้ความช่วยเหลือที่มีประโยชน์แก่มารดาหรือไม่ บุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลต่อมารดา มากน้อยเพียงใด
3. ประเมินสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ และ สังคมที่มีผลให้มารดาแต่ละรายมีความแตกต่างกัน
4. ประเมินความเชื่อทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรมของมารดาและ ครอบครัวเกี่ยวกับการเสียชีวิต และพิธีกรรมทางศาสนาในการเสียชีวิตของทารก

การพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาสามารถยอมรับการสูญเสีย และผ่านพ้นภาวะเศร้าโศกได้ด้วย พฤติกรรมที่เหมาะสม
2. เพื่อให้มารดาสามารถดำรงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในบทบาทของ มารดาได้
3. เพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ตามความเป็น จริง
4. เพื่อให้มารดาและครอบครัวได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือเกื้อกูลจาก บุคคลใกล้ชิดอย่างเหมาะสม

กรณีศึกษามารดาที่มีทารกตายในครรภ์

ปัจจัยพื้นฐาน หญิงไทย อายุ 25 ปี อาชีพพนักงานในบริษัท สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6

ระยะพัฒนาการ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ก่อนหน้านี้มีพัฒนาการสมวัยตามลำดับ

สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี นับถือศาสนาพุทธ มารดาและสามีมิได้เชื่อโชคลางใด ๆ ทั้งสิ้น จะเข้าร่วมงานทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา อาศัยอยู่บ้านเช่า 2 ชั้น อยู่ใกล้วัด และโรงพยาบาล มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี

แบบแผนการดำเนินชีวิต รับประทานอาหารได้ทุกชนิด รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ถ่ายปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ถ่ายอุจจาระวันละครั้งลักษณะปกติ ปกติจะไปทำงานที่บริษัททุกวัน นอนวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง ไม่นอนกลางวัน ยกเว้นวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ จะได้นอนวันละ 1-2 ชั่วโมง

ระบบครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมี 2 คน คือ มารดาและสามี มีสัมพันธ์ภาพที่ดีไม่เคยทะเลาะเบาะแว้งกันเลย

แหล่งประโยชน์ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวปานกลาง ทั้งสามีภรรยาทำงานเป็นพนักงานในบริษัทเช่นเดียวกัน มีรายได้รวมกันประมาณเดือนละ 16,000 บาท เมื่อนอนโรงพยาบาล แม่สามี น้องสาว เพื่อน ๆ จากที่ทำงานมาเยี่ยม และให้กำลังใจเป็นประจำทุกวัน

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วย จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต การแท้งบุตรในครรภ์แรก

ภาวะสุขภาพ :

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ทารกไม่ดิ้นมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจซีฟิลิส ได้ผลลบ เอชไอวีได้ผลลบ ดับอักเสบบีได้ผลลบ Hb 12 grams% และน้ำตาลในปัสสาวะได้ผลลบ

ไตรมาสที่ 2-3 มาตรวจครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่าทารกไม่ดิ้น ไม่มีอาการเจ็บครรภ์ ขณะมาถึงโรงพยาบาลมีน้ำคร่ำออกทางช่องคลอดเป็นจำนวนมาก ผลการตรวจครรภ์พบว่า อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ฟัง FHS ไม่ได้ยิน ตรวจภายในช่องคลอด พบว่า ปากมดลูกยังไม่เปิด ส่งตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบว่า ทารกในครรภ์เสียชีวิตแล้ว เมื่อแพทย์บอกว่าบุตรเสียชีวิตแล้ว มารดาร้องไห้และปฏิเสธ "ไม่จริง....ไม่เชื่อ เพราะลูกโต แข็งแรงดี มาตรวจทุกครั้ง หมอฟังเสียงหัวใจลูกแล้วบอกว่า ลูกแข็งแรง" สามิ่งมาก ปฏิเสธ ไม่เชื่อ เช่นเดียวกัน รู้สึกผิดหวังมาก และพยายามถามเหตุผลว่า "ทำไมถึงตาย" การรักษาให้ 5% D/N/2 1,000 c.c. + Syntocinon 10 \bar{u} $\text{\textcircled{v}}$ drip เป็นเวลา 36 ชั่วโมง การคลอดไม่ก้าวหน้า การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี ผลการตรวจทางช่องคลอด พบว่า ปากมดลูกเปิดเพียง 1 ซม. ความบางของปากมดลูกร้อยละ 70 ระดับส่วนน้ำ -1 และถุงน้ำแตกเป็นเวลา 50 ชั่วโมง แพทย์จึงได้ทำการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง พบว่า ทารกเสียชีวิต ไม่มีสมอง มีการฉีกขาดของสายสะดือและสายสะดือสั้น น้ำคร่ำมีเลือดคั่งเป็นก้อน ส่งทารกเพื่อทำการตรวจศพ การผ่าตัด มารดาเสียเลือด 400 c.c.

มารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย น้ำคาวปลาไหลดีชุ่มผ้าอนามัยครั้งผืน ปัสสาวะไหลสะดวกดีทางสายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นย้ายมาอยู่หลังคลอด

ประวัติการเจ็บป่วย การตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

ปฏิเสธโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคตับ โรคหัวใจ วัณโรค หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกแท้ง เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ได้รับการขูดมดลูก ภายหลังขูดมดลูกไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

อาการและอาการแสดงขณะรับไว้ในความดูแล (วันที่ 2 หลังคลอด)

มารดาหน้าตาซีด ใบหน้าเศร้าหมอง ไม่สดชื่น ไม่ค่อยยอมพูดคุย ตามคำตอ
 คำ นอนซม บางครั้งหน้าตาไหลพราก มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ปวดแผลพอกน NPO on
 5%D/N/2 1,000 c.c. (V) drip Retained foley catheter ปัสสาวะไหลสะดวกดีสีเหลืองใส
 น้ำคาวปลาสีแดงไหลดีชุ่มผ้าอนามัยครึ่งผืน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ก่อนคลอด 1 วัน)

ผลการตรวจเลือด - Hb 13 grams%
 - Hct 39 vol%
 ผลการตรวจปัสสาวะ - ความถ่วงจำเพาะ 1.028
 - pH 6
 - ไม่มีโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ

การรักษา

NPO

5%D/N/2 1,000 c.c. (V) drip

Retained foley catheter

Ampicillin 1 gm. (V) q̄ 6 hrs.

Pethidine 50 mg (M) q̄ 4 hrs.prn for pain

Phenergan 25 mg (M) q̄ 4 hrs.

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของมารดาที่มีทารกตายในครรภ์
 และได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้อง

กิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยควรได้รับและควรกระทำ มีดังนี้

1. ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ได้แก่
 bleeding ที่แผลผ่าตัด แผลแยก แผลติดเชื้อ
2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการขาดน้ำ
 และรักษาสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์
3. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้ไหลสะดวกดี และปลอดภัยจากการติดเชื้อ

4. ปรับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ และเหมาะสมกับสภาพหลังผ่าตัด
5. เรียนรู้ และเข้าใจ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการรักษา
6. ปรับตัวต่อภาวะการสูญเสียบุตร และสภาพหลังผ่าตัดโดยปรับสภาพตามแผนการรักษา
7. ป้องกันการติดเชื้อโดยการดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้เกิดความสุขสบาย

ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานบางประการ ถูกกระทบจากภาวะเครียดที่เกิดจากการสูญเสียบุตร ทำให้ความสามารถที่จะรับรู้และความสามารถที่จะกระทำเพื่อการกระทำโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำอย่างจริงจังนี้ลดลง คือ การรับรู้แคบลง self-esteem ต่ำลง จากคำพูดที่ว่า "รู้สึกเจ็บปวด เหน่าเหมือนขาดบางสิ่งบางอย่าง ลำคอแห้งผาก ชีวิตนี้คงไม่มีความหมายอีกแล้ว เพราะตั้งครรถ์ทุกครั้งลูกก็เสียชีวิตหมด" ไม่มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ไม่ง่วง สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพลังความสามารถที่จะรับรู้และกระทำการดูแลตนเอง ขาดความสนใจ เอาใจใส่ตนเอง แต่การรับความรู้สึกร่วมของประสาทสัมผัสและการตอบสนองดี ลักษณะการโต้ตอบ ถามคำตอบคำ ไม่ค่อยยอมพูดคุย

ความพร้อมในการดูแลตนเอง

1. มีภาวะเศร้าโศกเนื่องจากบุตรเสียชีวิต
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากบุตรเสียชีวิต
3. สัมพันธภาพของครอบครัวเหมาะสม
4. ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการยับยั้งการหลังน้ำนม

แผนการพยาบาล

ระบบการพยาบาลที่ให้ คือ ระบบแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีภาวะเศร้าโศกเนื่องจากบุตรเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน :

- S : บอกว่า “รู้สึกเจ็บปวด เหนง เหมือนขาดบางสิ่งบางอย่าง ลำคอแห้งผาก ชีวิตนี้คงไม่มีความหมายอีกแล้ว เพราะตั้งท้องทุกครั้ง ลูกก็เสียชีวิตหมด”
- O : น้ำตาซีด ใบหน้าเศร้าหมอง ไม่สดชื่น ไม่ค่อยยอมพูดคุย ถามคำตอบคำ ขณะพูดไม่มองหน้าพยาบาล นอนซึม หลับตาน้ำตาไหลพราก

วัตถุประสงค์ : ภาวะเศร้าโศกลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะพูดมองหน้าและสบตาพยาบาล พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ
2. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
3. พักหลับได้ ไม่ร้องไห้

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. สังเกตภาวะเศร้าโศกของมารดา	1. เพื่อป้องกันปฏิกิริยาตอบสนองที่ผิดปกติ เพราะมารดาได้สูญเสียบุตรเป็นครั้งที่ 2
2. ยอมรับปฏิกิริยาตอบสนองที่มารดา แสดงออกมา โดยการนั่งเป็นเพื่อน เจียบ ๆ ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือสิ่งที่มารดา ต้องการ หรือรับฟังการระบายความรู้สึกต่าง ๆ	2. เพื่อมิให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
3. ชี้แจงให้รับทราบว่าคุณรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นระยะหนึ่งของภาวะเศร้าโศกที่บุตรเสียชีวิต อาจต้องใช้เวลา 1-2 ปี จึงจะหมดภาวะเศร้าโศกโดยสมบูรณ์ซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติ	3. เพื่อให้กำลังใจในการเผชิญกับภาวะเศร้าโศกด้วยความเข้มแข็ง และอดทน
4. ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวต่อความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยวิธีการหายใจ การบริหารร่างกาย การพูดคุย เป็นต้น	4. เพื่อไม่ให้หมกมุ่นอยู่กับภาวะเศร้าโศกมากเกินไป
5. ชวนให้พูดคุยกับมารดาที่ประสบปัญหาเหมือนกัน	5. เพื่อระบายความทุกข์ใจและเข้าใจความรู้สึกของตนเองมากยิ่งขึ้น
6. ส่งเสริมและแนะนำครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด	6. เพื่อให้มารดารับรู้ถึงความรู้ ความห่วงใยจากครอบครัว และมีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะเศร้าโศก

กิจกรรมของผู้ป่วย/ญาติ : มารดาบอกความรู้สึกและความต้องการการช่วยเหลือ

: ญาติคอยดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจมารดา

การประเมินผล :

1. ขณะพูดคุยน้ำเสียงปกติ มองหน้าและสบตาพยาบาล
2. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
3. พักหลับได้ ไม่ร้องไห้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากบุตรเสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน :

- S : ปนกับญาติและเพื่อน ๆ ที่มาเยี่ยมบ่อยครั้งว่าตนเองไม่มีคุณค่า เพราะทำให้บุตรเสียชีวิต
- : ปนอ่อนเพลียมาก ไม่มีเรี่ยวแรง
- : กล่าวโทษตนเองว่า "ที่ลูกเสียชีวิตอาจเป็นเพราะตนมาโรงพยาบาลช้าไป ขณะที่ลูกดึ้นน้อยลงก็ไม่ได้เฉลียวใจว่าจะเกิดเหตุการณ์เช่นนี้"
- O : ไบหน้าเศร้าหมอง

วัตถุประสงค์ : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นไปในทางบวก

เกณฑ์การประเมินผล :

1. มารดาบอกว่ารู้สึกสบายใจขึ้น
2. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

อ่อนเพลีย

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. ยอมรับพฤติกรรมที่มารดาแสดงออก	1. เพื่อให้มารดามีความรู้สึกว่าพยาบาลเข้าใจ ยอมรับความรู้สึกของมารดาและยินดีให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา
2. ให้การพยาบาลโดยใช้คำพูดที่สุภาพ และการสัมผัสที่นุ่มนวล	2. เพื่อเป็นการสนับสนุนให้มารดามีกำลังใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้การพยาบาล
3. ชี้แจงให้ตระหนักถึงความเป็นจริง เกี่ยวกับการเสียชีวิตของบุตร เนื่องจากไม่มีสมอง มีการฉีกขาดของสายสะดือ สายสะดือสั้น น้ำคร่ำมีเลือดคั่งเป็นก้อน	3. เพื่อให้มารดายอมรับสภาพของบุตรและไม่กล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
4. กระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยเฉพาะการทำกิจวัตรประจำวัน และกล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อสามารถกระทำได้สำเร็จ	4. เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจ ความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง
5. กระตุ้นให้มารดาพูดถึงประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา และประสบผลสำเร็จหรือมีความพึงพอใจ	5. เพื่อส่งเสริมให้มารดาตระหนักในคุณค่าและความสามารถของตนเอง
6. แนะนำให้ครอบครัวและญาติไม่กล่าวโทษมารดาเกี่ยวกับการเสียชีวิตของบุตร และแสดงพฤติกรรมให้ทราบว่ามารดามีคุณค่าที่ต้องการสำหรับครอบครัว	6. เพื่อให้มารดามีกำลังใจในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมของผู้ป่วย/ญาติ : มารดาพูดระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย
: ญาติคอยถามความต้องการและช่วยเหลือให้กำลังใจตลอด

การประเมินผล :

1. มารดาบอกว่ารู้สึกสบายใจขึ้น
2. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีไม่มีอาการ

อ่อนเพลีย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : สัมพันธภาพของครอบครัวเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน :

S : มารดาบอกว่าสามีเป็นผู้ให้กำลังใจอย่างมากและคอยเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง และการเสียชีวิตของบุตรครั้งนี้ สามีมิได้กล่าวโทษตำหนิผู้ใด และบอกว่า "เขาได้อยู่กับเราแต่เพียงเท่านี้"

: สามีบอกว่า จะดูแลภรรยาให้มีกำลังใจเข้มแข็ง เพื่อสุขภาพกายและใจให้ดีขึ้นโดยเร็วที่สุด

○ : ขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาล สามี แม่สามี พี่ น้องสาว เพื่อน ๆ มาเยี่ยม และให้กำลังใจเป็นประจำทุกวัน

วัตถุประสงค์ : คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของครอบครัวเหมาะสมต่อไป

เกณฑ์การประเมินผล : สามีให้กำลังใจและดูแลเอาใจใส่มารดาอย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอ

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. ส่งเสริม กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ต่อการมีสัมพันธภาพที่ดีของ ครอบครัว และควรปฏิบัติเช่นนี้ต่อไปอีก !	1. เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้มารดาปรับตัวต่อภาวะเศร้าโศกได้อย่างดี
2. แนะนำให้สามี ญาติ บุคคลใน ครอบครัว หรือเพื่อน ๆ มาเยี่ยมบ่อย ๆ	2. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และมารดาจะได้ระบายความทุกข์ใจหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้ลดความเศร้าโศกได้เร็วขึ้น
3. แนะนำให้สามีอธิบายให้ญาติ คนอื่น ๆ ในครอบครัวเข้าใจความรู้สึกของมารดา และมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ดูแลเอาใจใส่มารดาอย่างใกล้ชิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	3. เพื่อให้การปรับตัวของมารดาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมของญาติ : สามี ญาติ และเพื่อน ๆ มาเยี่ยมสม่ำเสมอ

การประเมินผล : สามีให้กำลังใจและดูแลเอาใจใส่มารดาอย่างใกล้ชิด และสม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการยับยั้งการหลั่ง
น้ำนม

ข้อมูลสนับสนุน :

S : มารดาบอกว่า "มีอาการคัดตึงเต้านม แต่ไม่มีลูกให้ดูด ไม่ทราบ
ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง"

วัตถุประสงค์ : มีความรู้เกี่ยวกับการยับยั้งการหลั่งน้ำนม

เกณฑ์การประเมินผล : ซักถามเกี่ยวกับวิธีการยับยั้งการหลั่งน้ำนม
มารดาตอบได้ถูกต้อง

การพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลการพยาบาล
1. อธิบายให้มารดาทราบว่าไม่ควร บีบน้ำนมทิ้ง	1. เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนม ทดแทนเพิ่มขึ้น
2. แนะนำให้สวมเสื้อยกทรงคับ ๆ	2. เพื่อทำให้ alveoli ฝ่อ เนื่องจากแรงกดดันเป็น การลดออกซิเจนที่ไปยังเซลล์ ทำให้ลดการ สร้างน้ำนมและอาการคัดตึงเต้านม
3. หากมีอาการปวดมาก ควรใช้น้ำแข็ง ประคบ ถ้าอาการปวดไม่ทุเลารายงานแพทย์ เพื่อให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา	3 เพราะความเย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว ลดการไหลเวียนของน้ำเหลืองและโลหิตที่ไป ยังเต้านม ซึ่งจะลดการคัดตึงของเต้านมได้

กิจกรรมผู้ป่วย/ญาติ : มารดาไม่บีบนมทิ้ง ใส่เสื้อยกทรงคับ ๆ และใช้
น้ำแข็งประคบเต้านม

การประเมินผล : มารดาสามารถบอกวิธีการยับยั้งการหลั่งน้ำนม
ได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา มารดาครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าทารกเสียชีวิตจากภาวะไร้สมอง มารดาทราบว่าบุตรเสียชีวิตก่อนคลอด 1 วัน มารดาปฏิเสธและไม่เชื่อในระยะแรก ต่อมาได้รับการเร่งคลอด เป็นเวลา 36 ชั่วโมง แต่การคลอดไม่ก้าวหน้า และถุงน้ำคร่ำแตกเป็นเวลา 50 ชั่วโมง จึงได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วันแรกหลังคลอดมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ร้องไห้ วันที่ 2 หลังคลอดได้ไปเยี่ยมพบว่า มารดามีภาวะเศร้าโศก รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง แต่สัมพันธ์ภาพของครอบครัวดีมาก จากผลการให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มารดาสามารถปรับตัว และยอมรับสภาพความจริงเกี่ยวกับบุตรเสียชีวิตได้มากขึ้น ไม่ร้องไห้ สามารถพูดคุยกับพยาบาลและญาติมากขึ้น ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองภายหลังคลอด เช่น การสังเกตน้ำคาวปลา การดูแลแผลผ่าตัด การเคลื่อนไหวบนเตียง การลุกนั่ง ลุกเดิน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การบริหารร่างกาย เป็นต้น และได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังคลอด 7 วัน

สรุป มารดาที่มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย ไม่ว่าจะ เป็นบุตรเสียชีวิตจากสาเหตุใด ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ซึ่งพยาบาลจะต้องช่วยเหลือให้ครอบครัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตให้ได้ โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ อย่างถ่องแท้ เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียที่แสดงออกทางกาย ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสภาพ และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งช่วยให้มารดาและครอบครัวสามารถปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

- กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์ (2540). การพยาบาลผู้รับบริการหลังคลอดที่มีภาวะ
แทรกซ้อน กรุงเทพฯ : เทมการพิมพ์.
- ชอลดา พันธุเสนา (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผน
สุขภาพ กรุงเทพฯ : อมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ธีระพร วุฒยวนิช (2539). สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรน บัคส์.
- พรทิพย์ อารีย์กุล (2529). การพยาบาลมารดาที่บุตรตายคลอด. วารสารพยาบาล
สงขลานครินทร์, 6(1), 17-22.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2531). การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด.
เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิษา บรรเทือง. (2533). เอกสารประกอบการสอนวิชา พย 322 พยาบาลศาสตร์ 6.
ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- สมจิต หนูเจริญกุล (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุจิต เผ่าสวัสดิ์ (2531). เด็กตายคลอด กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ (2538). สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โอ.เอส.
พรินติ้ง เฮ้าส์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2530). แนวความคิดเกี่ยวกับการสูญเสียและการพยาบาล.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 5(2), 157-165.
- Aguilera, D.C. and Messick, J.M. (1978). Crisis Intervention : Theory and
Methodology Saint Louis : Mosby.
- Bower, F.L. (1980). Nursing and the concepts of Loss New York : A Wiley
medical publication John Wiley and son.
- Wold, G.H. (1997). Contemporary Maternity Nursing St.Louis : Mosby.

บทที่ 3

การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์

วิชาการพยาบาลมารดาและทารก 2
แผนการสอนประจำบทที่ 3 จำนวน 4 ชั่วโมง
บทที่ 3 การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งหลัง
ของการตั้งครรภ์

เนื้อหาวิชา

1. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
2. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด
3. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะมดลูกแตก
4. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อกในสูติกรรม

วัตถุประสงค์ นิสิตสามารถ

1. บอกความหมาย และสาเหตุของภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก และช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ ได้
2. อธิบายอาการและอาการแสดงของภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก และช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ ได้
3. อธิบายหลักการวินิจฉัยและการรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก และช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ ได้
4. อธิบายหลักการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด มดลูกแตก และช็อกจากสาเหตุต่าง ๆ ได้
5. วิเคราะห์แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ได้

กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย ชักถาม
3. วิเคราะห์กรณีตัวอย่างที่กำหนดให้

อุปกรณ์ประกอบการสอน

1. แผ่นใส
2. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายชักถามปัญหาขณะฟังการบรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์

ความสำคัญ

การตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ (Bleeding in second half of pregnancy หรือ Bleeding in late pregnancy) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายของมารดาและทารก พบประมาณร้อยละ 2-3 สาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์มีดังนี้

1. รกเกาะต่ำ (placenta previa)
2. รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placentae หรือ premature separation of the placenta)
3. มดลูกแตก (uterine rupture)

ความหมาย

การตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ หมายถึง การมีเลือดออกทางช่องคลอดเมื่อตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ขึ้นไปจนกระทั่งคลอด

1. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ (Placenta previa)



ความสำคัญ

* รกเกาะต่ำเป็นหนึ่งในสองสาเหตุของการตกเลือดก่อนคลอดที่พบบ่อย เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการรับมารดาไว้ในโรงพยาบาลระยะก่อนคลอด มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก และยังเป็นปัจจัยให้เพิ่มอัตราตายปริกำเนิดด้วย

ความหมาย

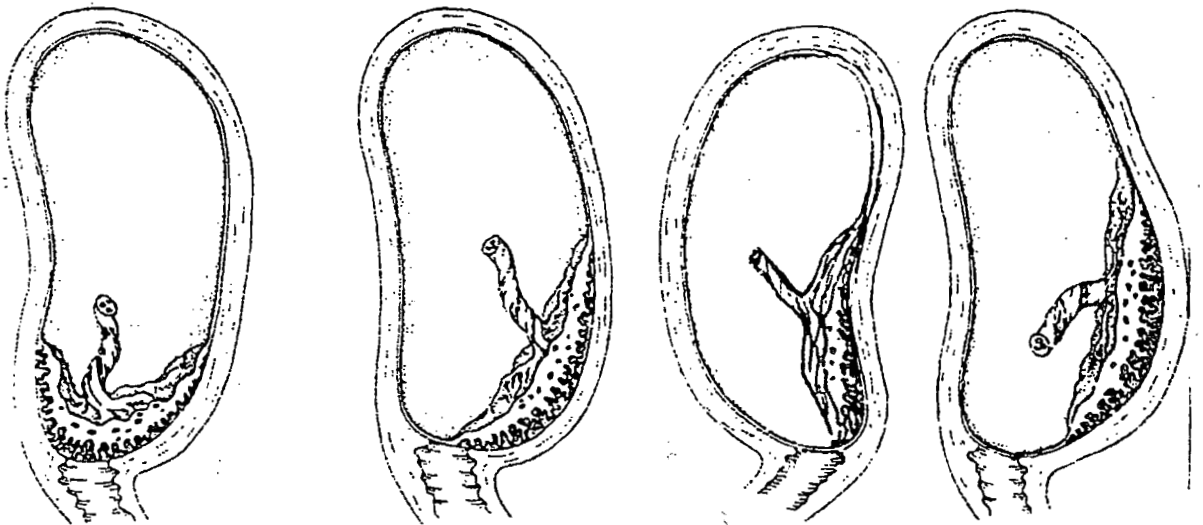
รกเกาะต่ำ หมายถึง การมีรกบางส่วนหรือทั้งหมดฝังตัวและเจริญเติบโตในบริเวณส่วนล่างของมดลูก แทนที่จะเกาะและฝังตัวที่บริเวณส่วนบนของมดลูก ซึ่งเป็นตำแหน่งของการเกาะและฝังตัวตามปกติ

อุบัติการ

ในสหรัฐอเมริกาพบได้ 1 ใน 200 ของการคลอดหรือร้อยละ 0.5 ในประเทศไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบประมาณร้อยละ 0.36 ของการคลอดทั้งหมด และพบมากในมารดาที่มีบุตรหลายคน โดยเฉพาะมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี พบประมาณ 1 ใน 3 ของมารดาที่ตั้งครรภ์ทั้งหมด และมารดาที่มีประวัติการตั้งครรภ์แล้วมีภาวะรกเกาะต่ำมาก่อน ในการตั้งครรภ์นี้จะเกิดซ้ำได้ร้อยละ 4-8

การจำแนกชนิดของรกเกาะต่ำ แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ (ดังภาพที่ 6)

1. Placenta previa totalis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูกจนคลุมปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด
2. Placenta previa partialis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในมดลูกส่วนล่างและคลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านในเป็นบางส่วน
3. Placenta previa marginalis หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูก และเกาะลงมาถึงขอบของปากมดลูกด้านในพอดี
4. Low lying implantation of the placenta หมายถึง รกเกาะต่ำลงมาในส่วนล่างของมดลูก แต่ไม่คลุมลงมาถึงปากมดลูกด้านใน



a. total placenta previa b. partial placenta previa c. marginal placenta d. low lying placenta

ภาพที่ 6 แสดงชนิดของรกเกาะต่ำ (วรรณิ, 2533)

พยาธิสภาพ

ในระยะหลังของการตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการหดตัวบ่อยขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างถูกดึงรั้งขึ้นไป ขณะมดลูกหดตัวจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดบริเวณรกและมีเลือดไหลออกมาทางช่องคลอด เมื่อมดลูกคลายตัวเลือดก็จะหยุด และเมื่อมดลูกหดตัวใหม่ก็จะมีเลือดออกอีก เลือดที่ออกจึงมีลักษณะของการตกเลือดซ้ำ ๆ กันเป็น repeating bleeding และเลือดจะออกมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างไม่สามารถหดตัวเพื่อช่วยกีดเส้นเลือดที่ฉีกขาดได้

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่มีสาเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำ ได้แก่ การมีความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยง decidua รกมีขนาดใหญ่ มีความผิดปกติของมดลูก รกผิดปกติ และมดลูกมีการหดตัวมากขณะมีการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว

ผลของภาวะรกเกาะต่ำต่อมารดาและทารก

1. การตกเลือดในระยะก่อนคลอด และหลังคลอด ทำให้เกิดภาวะช็อคและภาวะซีดจากการเสียเลือด
2. การติดเชื้อในระยะก่อนคลอดและหลังคลอด
3. การแท้ง ถ้าเลือดออกก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์
4. ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด
5. การคลอดก่อนกำหนด
6. ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ
7. มดลูกกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ช้ากว่าปกติ (subinvolution of uterus)
8. รกลอกตัวยากกว่าปกติ เนื่องจากรกเกาะลึกกว่าปกติ หรือมีขนาดใหญ่ ทำให้มีเศษรกค้างตามมา

อาการและอาการแสดง

1. อาการที่เด่นชัดที่สุดของรกเกาะต่ำ คือ มีเลือดออกจากช่องคลอดในปลายไตรมาสที่สองหรือในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ (painless bleeding) ซึ่งพบได้ร้อยละ 70-80 ของมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ เลือดที่ออกจะมีสีแดงสด ครั้งแรกจะออกไม่มากและจะหยุดไปเอง หลังจากนั้นจะมีเลือดออกซ้ำ ปริมาณเลือดที่ออกครั้งหลังจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ อาการเลือดออกนี้มักจะออกโดยไม่มีอาการเตือน

ล่วงหน้ามาก่อนและมักออกในเวลากลางคืน บางรายอาจมีอาการเจ็บครรภ์ร่วมด้วยและมีบางรายที่ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 10 ของมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ ๆ

2. มีอาการและอาการแสดงของการตกเลือดสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออกมาให้เห็น
3. จากการตรวจหน้าท้องจะพบว่า มดลูกนุ่มตามปกติ กดไม่เจ็บ คลำส่วนของทารกในครรภ์และฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกได้ชัดเจน
4. มักพบว่าทารกจะอยู่ในท่าผิดปกติมากกว่าครรภ์ปกติและส่วนน้ำไม่เข้าสู่ถุงเชิงกราน

การวินิจฉัย

1. จากประวัติ อาการและอาการแสดง
2. การตรวจทางหน้าท้อง อาจตรวจพบทารกอยู่ในท่าผิดปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากภาวะรกเกาะต่ำได้
3. การตรวจภายใน เป็นวิธีที่วินิจฉัยโรคได้แน่นอน แต่ต้องทำการตรวจในห้องผ่าตัดโดยเตรียมมารดาให้พร้อมที่จะทำการผ่าตัดได้ทันทีที่วินิจฉัย ซึ่งเรียกการตรวจแบบนี้ว่า double setup และจะทำเมื่อตัดสินใจให้การรักษาแบบ active เนื่องจากการตรวจภายในแม้จะไม่รุนแรงแต่สามารถทำให้เกิดการตกเลือดมากได้ ในรายที่ทราบตำแหน่งรกเกาะแล้วจะ
ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ double setup
4. การตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งเป็นวิธีที่เชื่อถือได้มากที่สุด
5. การตรวจโดยใช้รังสีวินิจฉัย

นอกจากนี้จะต้องวินิจฉัยแยกโรคหรือภาวะอื่นที่ทำให้เกิดการตกเลือดในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ได้ ได้แก่ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด มะเร็งปากมดลูก เส้นเลือดโป่งพองที่ช่องคลอด ตึงเนื้อหรือแผลบริเวณปากมดลูก การถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด และมดลูกแตก เป็นต้น

แนวทางการรักษา

จุดประสงค์ของการรักษาที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้นมารดาได้รับอันตรายจากการตกเลือดและให้ทารกคลอดออกมาในระยะใกล้ครบกำหนดมากที่สุด แนวทางการรักษามีดังนี้

1. การรักษาตามอาการ (Conservative treatment) เป็นการรักษาเพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด การรักษาตามอาการนี้จะใช้ในกรณีต่อไปนี้

- 1.1 อายุครรภ์ ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ หรือคะแนนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้น้อยกว่า 2,500 กรัม
- 1.2 เลือดออกน้อยหรือปานกลาง
- 1.3 มารดายังไม่เจ็บครรภ์
- 1.4 ทารกยังมีชีวิตอยู่

การรักษาประกอบด้วย การให้มารดานอนพักในโรงพยาบาลจนกระทั่งเลือดหยุด ตรวจวัดระดับฮีโมโกลบินเป็นระยะ ๆ ให้ยาบำรุงเลือดอย่างเพียงพอ ห้ามตรวจทางช่องคลอดหรือสวนอุจจาระ และก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้านภายหลังเลือดหยุดแล้ว ควรให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้าน

2. การรักษาแบบรียบด่วน (active treatment) เป็นการรักษาเพื่อให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งใช้ในกรณีดังต่อไปนี้

- 2.1 อายุครรภ์ครบกำหนด น้ำหนักทารกเกิน 2,500 กรัม
- 2.2 รายที่มีเลือดออกมาก
- 2.3 ทารกตายในครรภ์
- 2.4 ในรายที่เป็น placenta previa totalis
- 2.5 เจ็บครรภ์แม้อายุครรภ์จะน้อยกว่า 36 สัปดาห์

การพิจารณาช่วยเหลือการคลอดมี 2 วิธี คือ

1. การคลอดทางช่องคลอด ในรายที่รกเกาะแบบ low lying placenta เลือดออกน้อย สภาวะของมารดาดี มีความก้าวหน้าของการคลอดดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น

การคลอดทางช่องคลอดทำได้โดยเจาะถุงน้ำ เพื่อให้ศีรษะทารกไปกดรกตรงตำแหน่งที่มีเลือดออก ทำให้เลือดหยุดได้ แล้วเร่งให้การคลอดสิ้นสุดลงโดยเร็ว โดยให้ Oxytocin หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว จึงช่วยคลอดได้ โดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศหรือใช้คีมช่วยคลอด

2. การทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เป็นวิธีที่ให้ความปลอดภัยแก่มารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นการกระทำที่ทำให้ยุติการเสียเลือดได้อย่างรวดเร็ว

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

- 2.1 รกปิดปากมดลูกด้านในทั้งหมด (placenta previa totalis) ทุกราย
- 2.2 รกปิดปากมดลูกด้านในเพียงบางส่วน (placenta previa partialis) ในมารดาครรภ์แรกที่มีอายุมาก หรือในรายที่เจาะถุงน้ำคร่ำแล้วมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก
- 2.3 ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติ และคาดว่าจะเป็นอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์ถ้าคลอดทางช่องคลอด
- 2.4 ทารกในครรภ์มีอาการแสดงของการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง

การพยากรณ์โรค

ในประเทศที่เจริญแล้วการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี เนื่องจากมีการวินิจฉัยหาสาเหตุและให้เลือดทดแทนอย่างเต็มที่ พร้อมกับนิยมทำการผ่าตัดทางหน้าท้องมากขึ้น ปัจจุบันอันตรายของมารดา พบได้ประมาณร้อยละ 1 ส่วนอัตราตายของทารกมีเพียงร้อยละ 15-25

หลักการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกเกาะต่ำ มีดังนี้

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการมีเลือดออกทางช่องคลอดและภาวะช็อก
2. เพื่อให้มารดาสามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้จนกระทั่งครบกำหนดคลอด
3. เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดและติดเชื้อในระยะหลังคลอด
5. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. วิตกกังวลเนื่องจากกลัวคลอดก่อนกำหนด
2. มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำเนื่องจากการสูญเสียเลือด
3. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน เนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงรกลดลง
4. มารดาขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในขณะที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

แนวทางการพยาบาล

1. เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการมีเลือดออกทางช่องคลอด และภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล

 - 1.1 บันทึกและประเมินสัญญาณชีพทุกวัน
 - 1.2 สังเกต บันทึก และประเมินปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด หากพบเลือดออกมากผิดปกติรายงานแพทย์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไปทันที
 - 1.3 สังเกตภาวะซีดของมารดา และดูแลเจาะเลือดส่งตรวจหา Hb., Hct. และ blood group ตามแผนการรักษา
 - 1.4 ดูแลให้ได้รับสารน้ำหรือเลือดทดแทนตามแผนการรักษาอย่างเพียงพอ
 - 1.5 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก หากมารดามีอาการซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท ชีพจรเร็วกว่า 120 ครั้ง/นาที ต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที และให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อก
 - 1.6 เตรียมมารดาให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดทางหน้าท้องฉุกเฉิน เช่น การงดน้ำงดอาหารทางปาก การทำความสะอาดผิวหนัง และการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
 - 1.7 จัดเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการแก้ไขภาวะช็อกให้พร้อมอยู่เสมอ
 - 1.8 เตรียมการให้เลือดให้พร้อมที่จะให้ได้ทันทีที่ต้องการ
2. เพื่อให้มารดาสามารถตั้งครรรภ์ต่อไปได้จนกระทั่งครบกำหนดคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

 - 2.1 ติดตามประเมินเกี่ยวกับปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออกทางช่องคลอด การหดตัวของมดลูก เสียงหัวใจของทารกในครรภ์ และการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์
 - 2.2 ดูแลให้มารดานอนพักผ่อนบนเตียงให้มาก โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน
 - 2.3 งดเว้นการตรวจทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก และการสวนอุจจาระ
 - 2.4 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เช่น ยาเสริมธาตุเหล็ก

2.5 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

2.5.1 พักผ่อนให้มากทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยป้องกันการหดตัวของมดลูก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2.5.2 หลีกเลี่ยงการเดินทางไกล งดเว้นการทำงานหนักทุกชนิดแม้เลือดจะหยุดแล้วก็ตาม

2.5.3 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง มีธาตุเหล็กมาก และอาหารที่มีกากมาก เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจาง และอาการท้องผูก หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะกระตุ้นให้มดลูกหดตัวได้

2.5.4 รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ

2.5.5 ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และหากยังมีเลือดออกควรใส่ผ้าอนามัยที่สะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและสังเกตปริมาณและลักษณะของเลือดที่ออก

2.5.6 งดการมีเพศสัมพันธ์ และห้ามสวนล้างช่องคลอด

2.5.7 สังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ การมีเลือดออกทางช่องคลอดซ้ำ ทารกในครรภ์ไม่ดิ้นหรือดิ้นน้อยลง

2.5.8 มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

3. เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

3.1 พังและบันทึกเสียงหัวใจเต้นของทารกในครรภ์ทุก 15 นาที หากผิดปกติรีบรายงานแพทย์และให้ออกซิเจนแก่มารดาทันที

3.2 เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือทารกแรกเกิดให้พร้อม

3.3 สังเกตและประเมินการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ และลักษณะของน้ำคร่ำที่ออกทางช่องคลอดกรณีถุงน้ำแตกแล้ว

3.4 ดูแลส่งตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ตามแผนการรักษา

4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดและติดเชื้อในระยะหลังคลอด
กิจกรรมการพยาบาล

- 4.1. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ
- 4.2. ประเมินการหดตัวของมดลูก และดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา
- 4.3. ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตบันทึกปริมาณและลักษณะสี กลิ่นของเลือดที่ออกทางช่องคลอด หากพบสิ่งผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทันที
- 4.4. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างอยู่เสมอ
- 4.5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
- 4.6. สังเกตอาการกดเจ็บบริเวณท้องน้อย และอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ หากผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทันที
- 4.7. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แนะนำวิธีการทำความสะอาดและการใช้ผ้าอนามัย

5. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง
กิจกรรมการพยาบาล

- 5.1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าที่เป็นมิตร
- 5.2. เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุยและระบายความรู้สึกหรือซักถาม และรับฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจและเห็นใจ
- 5.3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สภาพของทารกในครรภ์และแผนการดูแลรักษาเพื่อช่วยเหลือมารดาและทารกในครรภ์
- 5.4. อธิบายวิธีการรักษาที่มารดาจะได้รับเพื่อให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์ เช่น การให้คลอดทางช่องคลอด และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น เพื่อให้มารดาเข้าใจและคลายความวิตกกังวล หวาดกลัว และร่วมมือในการรักษา
- 5.5. ให้กำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อสุขภาพของทารกในครรภ์
- 5.6. ดูแลให้ยาผ่อนคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษา

2. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (Abruptio placentae หรือ Premature separation of the placenta)

ความสำคัญ

ตามธรรมชาติ เมื่อทารกคลอดแล้ว รกจึงจะลอกตัวและคลอดตามมา ดังนั้นการเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด จึงผิดปกติเหมือนเป็นอุบัติเหตุและเมื่อเกิดภาวะนี้แล้ว มักจะต่อเนื่องถึงขั้นรุนแรงจนรกลอกตัวเกือบหมดหรือสมบูรณ์แบบ ด้านหลังของรกจะมีเลือดออกแล้วเกิดเป็นก้อนเลือดซึ่งอยู่ ซึ่งเป็นอันตรายทั้งต่อทารกและมารดาด้วย

ความหมาย

รกลอกตัวก่อนกำหนด หมายถึง การลอกตัวของรกที่เกาะในตำแหน่งปกติ หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จนถึงก่อนทารกคลอด

อุบัติการณ์

พบแตกต่างกันมากในแต่ละสถาบันประมาณ 1 : 75-90 ของการคลอดหรือร้อยละ 1 โดยประมาณ ในรายที่เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดในการตั้งครรภ์ครั้งก่อน โอกาสเกิดในครรภ์ครั้งต่อมาจะเพิ่มสูงประมาณ 10 เท่า ตั้งแต่ร้อยละ 4-17 หรือ 1 : 25 ถึง 1 : 6 ของการตั้งครรภ์

การจำแนกชนิดของรกลอกตัวก่อนกำหนด แบ่งได้หลายแบบดังนี้

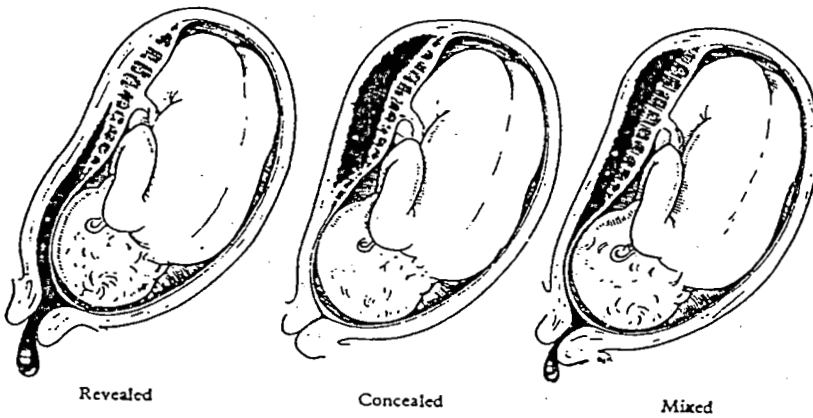
1. แบ่งตามตำแหน่งที่เลือดออก (location of bleeding) แบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังภาพที่ 7

1.1 External type หรือ Revealed hemorrhage เป็นชนิดที่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด เลือดที่ออกมาจะเซาะออกมาระหว่างเยื่อหุ้มเด็กกับผนังมดลูก เป็นการลอกตัวที่ริมขอบรกและลอกตัวอย่างไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นชนิดที่พบบ่อย ความรุนแรงน้อย อาการแสดงของการเสียเลือดจะสัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออก

1.2 Internal type หรือ Concealed hemorrhage เป็นชนิดที่ไม่มีเลือดออกมาให้เห็นทางช่องคลอด เลือดที่ออกจะยังอยู่ในมดลูกระหว่างส่วนที่รกแยกตัวกับผนังมดลูก

1.3 Mixed หรือ Combined type มีเลือดบางส่วนออกมาให้เห็นทางช่องคลอด บางส่วนยังอยู่ในมดลูก อาการแสดงไม่สัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออกมา ชนิดนี้พบได้

มากที่สุด เชื่อว่าเริ่มแรกเป็นชนิด concealed เลือดที่ออกจะแทรกอยู่ระหว่างรกกับผนังมดลูก เมื่อเลือดออกมากขึ้นอาจสามารถเซาะแทรกถุงน้ำคร่ำกับผนังมดลูกเมื่อเลือดออกมากขึ้นอาจสามารถเซาะแทรกถุงน้ำคร่ำกับผนังมดลูก แล้วผ่านออกมาทางปากมดลูกได้ (external)



ภาพที่ 7 ชนิดต่าง ๆ ของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด (ธีระพร, 2539)

2. แบ่งตามลักษณะทางคลินิก แบ่งได้เป็น 3 ชนิด

2.1 Mild abruptio placenta รกลอกตัวออกจากผนังมดลูกประมาณร้อยละ 25 หรือน้อยกว่านี้ ชนิดนี้มีอาการไม่รุนแรง อาจมีเลือดไหลออกทางช่องคลอดเล็กน้อย สัญญาณชีพของมารดาไม่เปลี่ยนแปลง และเสียงการเต้นของหัวใจทารกยังฟังได้ชัดเจน

2.2 Moderate abruptio placenta รกลอกตัวออกจากผนังมดลูกตั้งแต่ร้อยละ 25-67 อาการอาจเริ่มจากชนิดที่ไม่รุนแรงก่อนหรืออาจเกิดขึ้นได้ทันทีทันใด มารดาอาจซีดได้และมดลูกจะหดตัวแข็งตลอดเวลา ทำให้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกไม่ได้ยิน

2.3 Severe abruptio placenta รกจะลอกตัวออกจากผนังมดลูกมากกว่าร้อยละ 67 ขึ้นไป มารดาจะมีอาการเจ็บครรภ์อย่างรุนแรง มดลูกหดตัวแข็งตลอดเวลา ทำให้คลำทารกทางหน้าท้องไม่ได้ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกไม่ได้ยิน ส่วนมากทารกมักจะตายในครรภ์

3. แบ่งตามระดับของการลอกตัวของรก แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

3.1 Complete separation รกลอกตัวทั้งอัน ซึ่งจะทำให้ทารกตายในครรภ์ได้

3.2 Partial separation รกลอกตัวเป็นบางส่วน ชนิดนี้ทารกมีโอกาสรอดชีวิต ถ้าให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดมีดังนี้

1. Toxicemic group ได้แก่

1.1 โรคความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ จากรายงานพบว่า ร้อยละ 25-60 ของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

1.2 โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมด้วย จะทำให้เกิดภาวะลอกรกตัวก่อนกำหนดได้จากการมี Vascular degeneration

1.3 โรคไตเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคไตเรื้อรังจะมีความดันโลหิตสูงทำให้เส้นเลือดที่ไตแตกได้

2. Mechanical group ได้แก่

2.1 สายสะดือสั้นกว่าปกติ ทำให้มีการดึงรั้งของสายสะดือขณะที่ทารกในครรภ์ดิ้น

2.2 มดลูกได้รับการกระทบกระเทือนโดยตรง เช่น หกล้ม รถชน ถูกตีบริเวณหน้าท้อง

2.3 การหมุนกลับทารกในครรภ์มารดา (External version)

2.4 การเปลี่ยนแปลงของความดันภายในมดลูกอย่างเฉียบพลัน เช่น ภาวะน้ำคร่ำแตก แล้วมีน้ำคร่ำไหลออกมาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะการตั้งครรภ์

แฝดน้ำ (polyhydramnios) ส่วนในรายที่ตั้งครรภ์แฝดรกอาจจะลอกตัวหลังจากทารกคนแรกคลอดแล้ว ก่อนทารกคนที่สองจะคลอด เนื่องจากความดันภายในมดลูกลดลงทันที

- 2.5 มีเนื้องอกในมดลูก หรือความผิดปกติของรูปร่างมดลูก
- 2.6 มดลูกที่ขยายใหญ่ไปกดทับหลอดเลือด inferior vena cava
- 2.7 หญิงตั้งครรภ์สูบบุหรี่
- 2.8 หญิงที่เคยมีประวัติทำแท้งมาก่อน

3. Dietary deficiency

ภาวะทุพโภชนาการและการขาดแร่ธาตุบางชนิด เช่น folic acid เป็นต้น

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการลอกตัวของรก จะทำให้มีเลือดออกใต้ชั้น decidua basalis เกิดเป็นก้อนเลือด (hematoma) บนเนื้อรกด้านแม่ เมื่อมีก้อนเลือดกองอยู่เป็นเวลานานก็จะทำให้มีการทำลายการทำหน้าที่ของรกเป็นผลให้รกแยกตัวออกจากผนังมดลูก ในระยะแรก ๆ อาจไม่มีอาการใด ๆ แต่ถ้ามีการฉีกขาดของเส้นเลือดมากขึ้น เลือดที่ออกจะเซาะ ทำให้พื้นที่ของการแยกตัวของรกขยายวงกว้างออกไปเรื่อย ๆ จนถึงขอบรกและอาจเซาะลงไประหว่างเยื่อหุ้มเด็กกับผนังมดลูก ทำให้เยื่อหุ้มเด็กลอกตัวออกจากผนังมดลูก เป็นผลทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดได้ แต่ถ้าเลือดไม่สามารถไหลออกมาทางช่องคลอด อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแตกของเยื่อหุ้มเด็ก เป็นผลให้เลือดไหลเข้าไปปนกับน้ำคร่ำในถุงน้ำคร่ำ นอกจากนี้ เลือดอาจเซาะเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกมี irritability และ tone เพิ่มขึ้น มดลูกจะหดตัวแข็งตลอดเวลา ถ้าเป็นมาก ๆ เลือดจะเซาะเข้าไปคั่งในกล้ามเนื้อมดลูกมากขึ้น เป็นผลให้มดลูกมีสีแดงคล้ำหรือสีม่วงช้ำเป็นจ้ำ ๆ และหดตัวไม่ได้ เรียกว่า couvelaire uterus หรือ utero-placental apoplexy บางรายเลือดจะซึมเซาะเข้าไปใน broad ligament เกิดเป็นก้อนเลือด และอาจซึมผ่านชั้น serosa ของมดลูกเข้าไปในช่องท้องได้

การที่มีการฉีกขาดของเส้นเลือดได้รก แต่มดลูกยังคงยึดขยายเนื่องจากมีทารกและเยื่อหุ้มเด็กอยู่ภายใน ทำให้มดลูกไม่สามารถหดตัวกวดเส้นเลือดที่มีการฉีกขาดได้ จึงทำให้มีเลือดออกจากบริเวณที่รกลอกตัวอยู่เรื่อย ๆ เป็นผลให้ปริมาตรของเลือดในร่างกายลดต่ำลงเกิดภาวะ hypovolemia และ hypofibrinogenemia ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ ถ้าไม่ได้รับเลือดทดแทนได้ทันท่วงที

อาการและอาการแสดง

1. มีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับการเจ็บครรภ์ (painful bleeding)
2. มดลูกหดตัวแข็งตลอดเวลา (tetanic contraction) เมื่อถูกบริเวณหน้าท้องจะเจ็บมาก การเจ็บอาจเจ็บบริเวณใดบริเวณหนึ่ง หรือกดเจ็บทั่ว ๆ ไป ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง ระดับมดลูกอาจสูงขึ้นเนื่องจากการคั่งของเลือดในกล้ามเนื้อของมดลูก ในรายที่มีอาการรุนแรงปานกลางหรือรุนแรงมาก มดลูกหดตัวแข็ง อาจคลำส่วนต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ไม่ชัดเจน
3. มีอาการแสดงของการเสียเลือด ซึ่งอาจไม่สัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว ชีต กระสับกระส่าย หหมดสติ และซีจอกได้ บัสสาวะน้อย
4. การฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก ในรายที่มีการเกิดภาวะรกลอกตัวไม่รุนแรงจะฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกได้ ในรายที่มีภาวะรกลอกตัวรุนแรงมาก จะฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกไม่ได้ ทารกมักจะตายในครรภ์

กล่าวโดยสรุป อาการและอาการแสดงที่พบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดงของมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

อาการ/อาการแสดง	โอกาสที่พบได้ (%)
เลือดออกทางช่องคลอด	78
เจ็บที่ตัวมดลูก/ปวดหลัง	66
ทารกอยู่ในภาวะอันตราย (fetal distress)	60
มดลูกหดตัวถี่ (17%)	34
มดลูกหดตัวตลอดเวลา (Hypertonus) (17%)	34
การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดโดยไม่ทราบสาเหตุ	22
ทารกเสียชีวิตในครรภ์	15

ผลของภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดต่อมารดาและทารก

1. ภาวะช็อก (shock) จากการสูญเสียเลือดมาก
2. การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เกิดจากสาร thromboplastin จาก decidua ซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือดของมารดาแล้วไปจับกับ prothrombin เกิดเป็น thrombin และ thrombin จะไปรวมตัวกับ fibrinogen เกิดเป็น fibrin หรือลิ่มเลือดอยู่ในหลอดเลือดเรียก ภาวะนี้ว่า Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) จำนวน fibrinogen ที่ใช้ไป ตลอดเวลาจะมีจำนวนลดลงเกิด hypofibrinogenemia คือ fibrinogen น้อยกว่า 150 มก./ดล. เป็นผลทำให้เลือดแข็งตัวช้า หรือไม่แข็งตัวคือ มีภาวะ Afibrinogenemia
3. การตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 25 ของมารดาที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกมีภาวะ Couvelaire uterus จะหดตัวไม่ดี
4. ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure)
5. Sheehan's syndrome (postpartum pituitary necrosis) เป็นผลเนื่องจากการตกเลือดมาก จนเกิดภาวะ hypovolemic shock การเกิดภาวะนี้นาน ๆ จะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อม pituitary ส่วนหน้าเป็นผลให้เกิด pituitary necrosis ได้
6. ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนเกิดภาวะ asphyxia ได้ อัตราการเต้นของหัวใจทารกไม่สม่ำเสมอ อาจเร็วหรือช้า ในรายที่รุนแรงมาก ๆ ทารกอาจตายในครรภ์ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

การวินิจฉัยโรค

1. จากการซักประวัติ อาการ และอาการแสดง
2. การตรวจร่างกาย
 - 2.1 การตรวจหน้าท้องพบว่า มดลูกหดตัวดี หน้าท้องตึงแข็ง และมีขนาดโตขึ้น ระดับยอดมดลูกสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีเลือดเกาะเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก
 - 2.2 การตรวจทางช่องคลอด จะไม่พบเนื้องอก ตรวจพบถุงน้ำคร่ำโป่งตั้ง ถ้าวางน้ำคร่ำแตก อาจมีเลือดปนออกมาได้
3. การตรวจทางห้องทดลอง
 - 3.1 ค่า Hemoglobin, Hematocrit ลดลง
 - 3.2 ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง

4. การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกจากภาวะรกเกาะต่ำโดยอาศัยความแตกต่างเกี่ยวกับลักษณะอาการและอาการแสดง และสิ่งที่ตรวจพบระหว่างภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและภาวะรกเกาะต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวินิจฉัยแยกภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและภาวะรกเกาะต่ำ

ลักษณะอาการ อาการแสดง และสิ่งที่ตรวจพบ	รกลอกตัวก่อนกำหนด	รกเกาะต่ำ
การเกิดภาวะผิดปกติ	- เกิดขึ้นทันทีทันใด (sudden & stormy)	- เกิดขึ้นอย่างเงียบ ๆ (quiet & sneaky)
การตกเลือด	- อาจออกมาภายนอกให้เห็นหรือไม่ออกมาให้เห็น	- ออกมาภายนอกให้เห็นได้
ลักษณะเลือดที่ออก	- สีแดงคล้ำแบบ spotting blood	- สีแดงสดไหลออกมาเป็นแบบ free flow bleeding เมื่อออกครั้งหนึ่งแล้วเลือดจะออกซ้ำอีก เป็น repeat bleeding จำนวนเลือดที่ออกครั้งต่อไปจะมีจำนวนมากขึ้น
	- ขณะมดลูกหดรัดตัวเลือดออกน้อยหรือไม่ออกเลย	- อาการรุนแรงขึ้นเป็น progressive bleeding
		- ขณะมดลูกหดรัดตัวเลือดออกมาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะอาการ อาการ แสดง และสิ่งที่ตรวจพบ	รกลอกตัวก่อนกำหนด	รกเกาะต่ำ
<p>อาการปวด</p> <p>uterine tenderness</p> <p>uterine tone</p> <p>การตรวจหน้าท้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อาการปวดรุนแรง และตลอดเวลา ซึ่งอาการปวดจะนำมาก่อน หลังจากนั้น มีเลือดออก การมีเลือดออกมากหรือน้อย หรือไม่มีเลยนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการลอกตัวของรก - มดลูกแข็ง - มดลูกหดตัวแข็งแรง - มดลูกหดตัวแข็งแรงตลอดเวลา (tetanic contraction) - คลำส่วนของทารกในครรภ์ไม่ได้ - ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ไม่ได้ - ส่วนนำอาจเคลื่อนเข้าสู่เชิงกราน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีอาการปวดนอกจากเข้าสู่ระยะคลอดแต่มีเลือดออกทางช่องคลอด - มดลูกนุ่มเหมือนปกติ - มดลูกคลายตัวอ่อนนุ่ม - มดลูกหดตัวเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ (rhythmic contraction) - คลำส่วนต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ได้ - สามารถฟังเสียงการเต้นของทารกในครรภ์ได้ - ส่วนนำอยู่สูง และพบว่าส่วนใหญ่จะมีส่วนนำที่ผิดปกติ (abnormal presentation)
การตรวจทางช่องคลอด	- พบว่าถุงน้ำไปตั้งเนื่องจากมีแรงอัดดันมาก	- พบเนื้อรกตามชนิดของรกเกาะต่ำ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะอาการ อาการแสดง และสิ่งที่ตรวจพบ	รกลอกตัวก่อนกำหนด	รกเกาะต่ำ
อาการแสดงทั่วไป	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการช้ำมากกว่าเนื่องจากจำนวนเลือดที่ออกมาให้เห็นทางช่องคลอดแล้วแต่ชนิด เพราะมีทั้งชนิด Revealed & Concealed - มักพบอาการกระสับกระส่ายและซีด - พบร่วมกับความดันโลหิตสูง และ Pre-eclampsia - พบได้ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 	<ul style="list-style-type: none"> - อาการช้ำ สัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ไหลออกมา - ปกติจะไม่มี toxic symptoms นอกจากจะมีการตกเลือดมาก - ไม่พบ - มักพบในครรภ์หลัง

การรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ ให้มารดาเสียเลือดน้อยที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะซีด และภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งมีแนวทางในการรักษาดังนี้

1. การดูแลเบื้องต้น

1.1 รับมารดาไว้ในโรงพยาบาล

1.2 ประเมินสภาพมารดาโดยบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเจาะเลือดตรวจหา Hemoglobin Hemotocrit และ Venous clotting time

1.3 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อจะได้ให้เลือดได้ทันที

1.4 เตรียมเลือดไว้ 2-4 ยูนิต ในรายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด เตรียมเลือดสด (fresh blood) หรือพลาสมาสดแช่แข็ง (fresh frozen plasma) ไว้ให้เพียงพอ

1.5 งดอาหารและน้ำทางปาก

1.6 ประเมินสภาพทารกในครรภ์ ได้แก่ การเต้นของหัวใจอย่างใกล้ชิด รวมทั้งประเมินอายุครรภ์ และขนาดของทารกในครรภ์ด้วย

1.7 เตรียมออกซิเจนให้พร้อมในกรณีอาจเกิดภาวะช็อกหรือทารกอยู่ในภาวะอันตราย (fetal distress)

2. ทำให้การคลอดสิ้นสุดลงโดยเร็ว หลังจากวินิจฉัยได้แน่นอนแล้วว่า มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด การพิจารณาให้การคลอดสิ้นสุดลงภายใน 6 ชั่วโมง การตัดสินใจวิธีการคลอดควรพิจารณา ดังนี้

2.1 พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ในกรณีที่สภาพของมารดาปกติ มารดาไม่อยู่ในภาวะอันตราย และคาดว่าจะคลอดภายในเวลาไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง หรือกรณีที่ทารกตายแล้ว ในรายที่จะให้คลอดทางช่องคลอด ควรเจาะถุงน้ำคร่ำให้ และควรให้ยา Oxytocin ร่วมด้วย ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดี

2.2 พิจารณาผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องในกรณีที่ทารกอยู่ในภาวะอันตราย มารดาเสียเลือดมาก ปากมดลูกไม่พร้อมสำหรับการคลอดหรือความก้าวหน้าของการคลอดไม่ดี

3. การรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และไตวายเฉียบพลัน โดยให้การรักษาดังนี้

3.1 การให้สารน้ำและเลือดให้เพียงพอ

3.2 แก้ไขภาวะความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด โดยให้เลือดสดพลาสมาแช่แข็ง เป็นต้น

การพยากรณ์โรค

1. อัตราตายของมารดา พบร้อยละ 1 เนื่องจากการตกเลือดและภาวะช็อก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ไตวาย และ Sheehan's syndrome

2. อัตราตายของทารก พบร้อยละ 14.4 เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนและจากการที่ทารกคลอดก่อนกำหนด

3. มารดามีโอกาสเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดซ้ำในครรภ์ต่อไป พบว่ามารดาที่เคยมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด 1 ครั้ง ครรภ์ต่อไปมีโอกาสเกิดรกลอกตัวก่อน

กำหนดร้อยละ 7 และถ้าเกิดภาวะรถล่อตัวก่อนกำหนดติดกัน 2 ครั้ง ครรภ์ต่อไปมีโอกาสเกิดร้อยละ 25

หลักการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรถล่อตัวก่อนกำหนด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลมารดาที่มีภาวะรถล่อตัวก่อนกำหนด มีดังนี้

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก
2. เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากการขาดออกซิเจน
3. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง
4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดฉุกเฉิน
5. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดและการติดเชื้อในระยะหลัง

คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เนื่องจากการเสียเลือด
2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงทารก
3. มีความวิตกกังวล เนื่องจากกลัวอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารก
4. ปวดท้อง เนื่องจากการหดตัวของมดลูกถี่หรือรุนแรง
5. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในขณะที่มีภาวะรถล่อตัวก่อนกำหนด

น้อยลง

การพยาบาล

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล

1.1 ให้มารดานอนพักบนเตียง โดยให้นอนตะแคง

1.2 บันทึกชีพจร การหายใจและความดันโลหิตเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

เสมอ

1.3 เจาะเลือดส่งตรวจหากกลุ่มเลือด ฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการแข็งตัวเป็น

ลิ่มของเลือด และไฟปริโนเจนในพลาสมา เพื่อเตรียมให้เลือดในรายที่มีเลือดออกมาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเปิดเส้นไว้

1.4 งดตรวจทางช่องคลอด หรือทางทวารหนักและงดสวนอุจจาระ เพราะจะกระตุ้นให้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น

1.5 สังเกตและบันทึกการหดตัวของมดลูก มดลูกอาจจะหดตัวไม่สม่ำเสมอ หรืออาจหดตัวแข็งตึงตลอดเวลา เนื่องจากมีเลือดออกภายในและเข้าไปในโยกล้ามเนื้อมดลูก

1.6 สังเกตและบันทึกลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยให้มารดาใส่ผ้าอนามัยไว้ตลอดเวลา รวมถึงสังเกตลักษณะน้ำคร่ำที่ออกมา ซึ่งอาจจะมีเลือดปนด้วย

1.7 สังเกตและบันทึกลักษณะหน้าท้อง หน้าท้องอาจแข็งตึง ระดับยอดมดลูกอาจจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในรายที่มีเลือดเข้าในโยกล้ามเนื้อมดลูก

1.8 สังเกตและบันทึกอาการเจ็บครรภ์ ถ้ามีเลือดออกภายในจะมีอาการเจ็บครรภ์อย่างรุนแรง ถ้าเจ็บมากควรรายงานให้แพทย์ทราบ

1.9 งดอาหารและน้ำทางปาก โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน

1.10 ถ้ามารดามีอาการแสดงการช็อกให้ปฏิบัติดังนี้

1.10.1 รายงานแพทย์ทันที

1.10.2 จัดให้มารดานอนราบและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

1.10.3 ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าจมูก จำนวน 4-5 ลิตรต่อนาที

1.10.4 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในอัตราที่เร็วขึ้น

1.10.5 ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ

1.10.6 เตรียมเครื่องมือต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะใช้ทันที เช่น เครื่องวัด

CVP เครื่องปั๊มเลือด เป็นต้น

1.11 เตรียมมารดาเพื่อทำผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง หรือเตรียมช่วยเหลือการคลอดทางช่องคลอด ถ้าปากมดลูกเปิดกว้างและส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาแล้ว

2. เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัยจากการขาดออกซิเจน
กิจกรรมการพยาบาล

2.1 พังเสียงการเต้นของหัวใจทารกบ่อย ๆ และสังเกตการดิ้นของทารก

2.2 ในรายที่เสียงการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ให้รายงานแพทย์และ
รีบให้ออกซิเจน 4-5 ลิตรต่อนาทีทันที

2.3 เตรียมเครื่องมือฉุกเฉินในการช่วยทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้
ทันที เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

2.4 ดูแลส่งตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ตามแผน
การรักษา

3. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลง
กิจกรรมการพยาบาล

3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินการคลอด การ
รักษาพยาบาล และผลของการรักษาพยาบาลอย่างคร่าว ๆ

3.2 เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาต่าง ๆ

3.3 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของ
มารดา

3.4 ปลอดภัยและให้กำลังใจ เพื่อให้มารดามีความมั่นใจในการรักษา
พยาบาล

3.5 ในกรณีที่ทารกคลอดก่อนกำหนด อธิบายให้มารดาเข้าใจ และยอมรับ
รับสถานะของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหน่วยบริการ
ทารกที่คลอดก่อนกำหนด

3.6 ถ้าทารกตายในครรภ์ อธิบายให้มารดาเข้าใจ และยอมรับสภาพที่
เป็นจริง ปลอดภัยและให้กำลังใจ

3.7 ในกรณีที่มีเลือดซึมผ่านเข้าไปในกล้ามเนื้อลูก ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำ
ให้มดลูกหดตัวไม่ดีในระยะหลังคลอด อาจได้รับการตัดเอามดลูกออก จะต้องอธิบายให้
มารดาเข้าใจและยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

4. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดฉุกเฉิน

กิจกรรมการพยาบาล

4.1 เตรียมมารดาให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดได้ทันทีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น งดน้ำ และอาหารทางปาก เตรียมผิวหนังสำหรับการผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ใส่สายสวนปัสสาวะ เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมให้เลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และยาสำหรับการผ่าตัดให้พร้อม ที่สำคัญต้องอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ปลอบโยนและให้กำลังใจ และสนใจให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้มารดามีความมั่นใจ

4.2 ให้การดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการบันทึกและประเมินสัญญาณชีพ และความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย การสังเกตและประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอดและบริเวณแผลผ่าตัด การดูแลให้ยาเลือดและสารน้ำต่าง ๆ ตามแผนการรักษา การฝึกหัดและกระตุ้นให้อาหารและหายใจลึก ๆ อย่างถูกต้อง การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายตามความเหมาะสม และการดูแลแผลผ่าตัดตลอดจนการให้กำลังใจแก่มารดา

5. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดและติดเชื้อในระยะหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

5.1 บันทึกอุณหภูมิ ชีพจร การหายใจและความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นตัวชี้ว่ามีการตกเลือดหรือติดเชื้อหลังคลอด

5.2 ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี กระตุ้นให้มดลูกหดตัวดีขึ้น

5.3 สังเกตและบันทึกลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด

5.4 ให้นอนพักมาก ๆ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย ถ้านอนไม่หลับอาจให้ยาตามแผนการรักษา

5.5 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ถ้ามีอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันที

5.6 ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างอยู่เสมอ

5.7 รักษาความสะอาดของร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ แนะนำวิธีใส่และเปลี่ยนผ้าอนามัยที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5.8 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

3. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะมดลูกแตก (Uterine rupture)

ความสำคัญ

มดลูกแตกเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ค่อนข้างรุนแรงมากและสำคัญยิ่ง เพราะเป็นอันตรายอย่างมากทั้งต่อมารดาและทารก ทำให้อัตราการตายปริกำเนิด (perinatal mortality) เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และอัตราการตายของมารดา (maternal mortality) ก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

ความหมาย

มดลูกแตก หมายถึง ภาวะที่มีการฉีกขาดของผนังมดลูกที่ตั้งครรภ์หลังจากทารกโตพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ (viability) หรือหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และเกิดการฉีกขาดระหว่างตั้งครรภ์อยู่ หรือระหว่างเจ็บครรภ์หรือระหว่างคลอด

อุบัติการณ์

ในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในทวีปยุโรป พบได้น้อย แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น อินเดียพบบ่อย ดังนั้นอุบัติการณ์จึงพบได้แตกต่างกัน ตั้งแต่ 1 : 100-1 : 11,000 ของการคลอด

การจำแนกชนิดของมดลูกแตก

มดลูกแตกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. มดลูกแตกชนิดสมบูรณ์ หมายถึง การที่ผนังมดลูกฉีกขาดหมดทุกชั้น โดยมีการฉีกขาดของเยื่อมดลูก กล้ามเนื้อมดลูก เยื่อช่องท้องที่คลุมมดลูกหรือติดกับมดลูก ทารกจะหลุดจากโพรงมดลูกเข้าไปอยู่ในช่องท้อง

2. มดลูกแตกชนิดไม่สมบูรณ์ หมายถึง การฉีกขาดของผนังมดลูกชั้นเยื่อมดลูก และกล้ามเนื้อมดลูก ยกเว้นชั้น serosa ซึ่งเป็นเยื่อช่องท้องที่ยังไม่ฉีกขาด ทารกยังอยู่ในโพรงมดลูกและส่วนมากยังมีชีวิตอยู่

นอกจากนี้ ในรายที่มีแผลเป็นจากการผ่าตัดมาก่อนควรแยกแยะระหว่างมดลูกแตก (rupture) กับมดลูกปริ (dehiscence) หรือการแยกของแผลเป็น ดังนี้

การแตกของมดลูกที่แผลเป็นจากการผ่าตัดทำคลอด หมายถึง การแยกตลอดความยาวของแผลเป็น พร้อมกับมีการแตกของเยื่อหุ้มเด็กทำให้โพรงมดลูกและช่องท้องมีทางติดต่อกันได้ ทารกมักจะหลุดเข้าไปในช่องท้อง มารดาจะเสียเลือดมาก

การแยกของแผลเป็นจากการผ่าตัดทำคลอด หมายถึง การแยกของแผลโดยไม่เกิดตลอดแนวแผลเป็นทั้งหมด และเยื่อหุ้มเด็กไม่แตก ดังนั้นทารกจึงไม่ถูกดันเข้าสู่ช่องท้อง การแยกของแผลจะค่อย ๆ เกิดทีละน้อย และในระยะคลอดการแยกจะกลายเป็นการแตกต่อไปได้

สาเหตุ

1. รอยแผลผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องเดิม (Cesarean section) หรือแผลผ่าตัดอื่น ๆ เช่น hysterotomy การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก เป็นต้น
2. การทำสูติศาสตร์หัตถการอย่างยาก เช่น การทำคลอดด้วยคีม (forceps extraction) การทำคลอดท่าก้น (breech extraction) เป็นต้น
3. ได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงที่บริเวณมดลูก เช่น ได้รับความอุบัติเหตุ
4. เคยผ่านการคลอดมาแล้วหลายครั้ง (grand multiparity) เช่น ในการศึกษาจำนวนมากพบว่ารายที่เคยคลอดบุตรมา 7 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสของมดลูกแตกสูงกว่ารายที่คลอดบุตรมาน้อยกว่านั้นถึง 20 เท่า
5. การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Oxytocic drugs)
6. รกเกาะฝังลึกชนิด placenta percreta หรือ increta
7. การคลอดติดขัดจากการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (cephalopelvic disproportion), hydrocephalus, ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง, มีก้อนเนื้องอกขวางอยู่ เช่น เนื้องอกรังไข่หรือมดลูก, ครรภ์แฝด

อาการและอาการแสดง

1. อาการเตือนว่ามดลูกใกล้จะแตก (threatened uterine rupture) ก่อนที่จะเกิดการแตกของมดลูก จะมีอาการแสดงที่เตือนให้รู้ล่วงหน้าว่ามดลูกใกล้จะแตกแล้ว ดังนี้
 - 1.1 ปวดท้องมาก กระสับกระส่าย เนื่องจากมดลูกหดตัวตลอดเวลา
 - 1.2 ตรวจหน้าท้องพบว่า มดลูกแข็งดีตลอดเวลา

1.3 ปวดบริเวณเหนือหัวเหน่าอย่างรุนแรง เนื่องจากมดลูกส่วนบนพยายามดึงรั้งมดลูกส่วนล่างให้บางลงทุกที เพื่อผลักดันทารกให้คลอดออกมาให้ได้ เมื่อทารกลงมาต่ำลงไม่ได้ มดลูกส่วนล่างบางลงเรื่อย ๆ จนเป็นสาเหตุให้เกิดการฉีกขาดได้

1.4 พบรอยคอด ระหว่างมดลูกส่วนบนกับส่วนล่าง เรียกว่า Bandl's ring เนื่องจากมดลูกส่วนบนดึงรั้งมดลูกส่วนล่างให้บางลง

1.5 อาจคลำพบ round ligament เนื่องจากยอادمดลูกอยู่สูง

1.6 ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกไม่ได้ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวตลอดเวลา

1.7 ตรวจทางช่องคลอด พบว่า การคลอดไม่ก้าวหน้า ส่วนหัวไม่เคลื่อนต่ำลงมา และกะโหลกศีรษะของทารกเกยกันมาก

1.8 อาจมีเลือดออกทางช่องคลอด หรือไม่มีก็ได้

2. อาการและอาการแสดงภายหลังมดลูกแตกแล้ว มีดังนี้

2.1 อาการเจ็บครรภ์จะหายไปทันที มดลูกจะคลายการหดรัดตัว

2.2 ปวดท้องอย่างรุนแรง เนื่องจากเลือด น้ำคร่ำ และตัวทารกจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้อง

2.3 มีอาการปวดไหล่ เนื่องจากเลือดในช่องท้องไปดันกะบังลม จึงปวดร้าวไปตามเส้นประสาทฟรีนิก (phrenic nerve)

2.4 คล้ำที่หน้าท้องจะมีอาการเจ็บทั่วไป ท้องโตโป่งพองและซีด

2.5 คลำพบตัวทารกได้ชัดเจนได้ผนังหน้าท้อง ถ้าเป็นการแตกของมดลูกชนิดสมบูรณ์

2.6 ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ไม่ได้ ถ้าทารกตายแล้ว แต่ถ้าในรายที่ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนจะมีการเปลี่ยนแปลง เสียงการเต้นของหัวใจทารก

2.7 อาการทั่วไปของมารดา จะซีด ตัวเย็น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เกิดภาวะช็อก เนื่องจากมีเลือดออกในช่องท้องมาก เลือดที่ออกทางช่องคลอดอาจมีเพียงเล็กน้อย

2.8 ตรวจทางช่องคลอดอาจจะคลำหาส่วนนำไม่ได้

ผลของมดลูกแตกต่อมารดาและทารกในครรภ์

ผลต่อมารดา

1. เกิดการช็อก
2. ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก และมีภาวะการอักเสบของเยื่อช่องท้องแล้ว ให้การช่วยเหลือไม่ทัน จะทำให้มารดาเสียชีวิตได้

ผลต่อทารกในครรภ์

ทารกในครรภ์จะเกิดภาวะการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง เสี่ยงการเต้นของหัวใจทารกจะช้าลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งหยุดหายใจ ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปอย่างรวดเร็วเพียง 2-3 นาที เท่านั้น

การวินิจฉัย

จากประวัติ อาการและอาการแสดงที่ได้กล่าวข้างต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

1. รกลอกตัวก่อนกำหนด
2. รกเกาะต่ำ
3. การตั้งครรภ์นอกมดลูก
4. มดลูกหดตัวแข็งเกร็งตลอดเวลา (tetanic uterine contraction)
5. การฉีกขาดของช่องคลอด (colporrhexis)

การป้องกัน

มดลูกแตกเป็นภาวะที่ป้องกันได้ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากสาเหตุใด การป้องกันภาวะมดลูกแตกปฏิบัติได้ดังนี้

1. ชักประวัติเกี่ยวกับภาวะต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการแตกของมดลูก ถ้ามีความเสี่ยงสูงจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด
2. ดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดอย่างมีแบบแผน
3. ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด สังเกตดูการหดตัวของมดลูก โดยเฉพาะอาการหดตัวของมดลูกมากกว่าปกติ หรือมีรอยคอดของมดลูกใกล้สะดือ (Bandl's ring)

4. ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อการแตกของมดลูก เช่น ได้รับยาออกซิโตซิน เพื่อเร่งให้เกิดการคลอด มีประวัติได้รับการผ่าตัดมดลูกมาก่อน เป็นต้น

5. สังเกตอาการเตือนว่ามดลูกใกล้จะแตก ถ้าพบต้องรายงานแพทย์

การรักษา

1. แก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด โดยให้สารน้ำและเลือดทดแทนอย่างเพียงพอ

2. ทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยเร็ว เพื่อเอาทารกออก และอาจเย็บซ่อมแซมส่วนที่แตกหรือตัดมดลูกออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการมีบุตรอีกหรือไม่ การติดเชื้อและสภาพของมารดาในขณะที่ผ่าตัด ถ้าสามารถเก็บมดลูกไว้ได้ก็อาจเย็บซ่อมแซมรอยแผลที่แตก ถ้าไม่สามารถเก็บมดลูกไว้ได้ก็ตัดมดลูกออก

3. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

หลักการพยาบาลมารดาที่มีภาวะมดลูกแตก

วัตถุประสงค์ของการพยาบาลมารดาที่มีภาวะมดลูกแตก มีดังนี้

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก
2. เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน
3. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลงและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น
4. เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและตกเลือดในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. เกิดภาวะขาดสารน้ำ เนื่องจากการสูญเสียเลือดจำนวนมาก
2. มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพและรับรู้ว่าคุณค่าจากภาวะมดลูกแตก
3. มีความกลัวจะไม่สามารถทำบทบาทมารดาได้จากการเสียชีวิตของทารก

การพยาบาล

1. เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.1 ให้นอนราบและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
- 1.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้เลือดทดแทนตามแผนการรักษา
- 1.3 ให้ออกซิเจนทางสายยางเข้าทางจมูก จำนวน 4-5 ลิตรต่อนาที
- 1.4 เตรียมมารดาเพื่อทำผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างรีบด่วน
- 1.5 บันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
- 1.6 สังเกตจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด

2. เพื่อให้ทารกปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

- 2.1 ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกทุก 5 นาที
- 2.2 รายงานแพทย์และเตรียมมารดาให้พร้อม สำหรับการผ่าตัดเอาเด็ก

ออกทางหน้าท้องอย่างรีบด่วน

2.3 เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตทารกแรกเกิดไว้ให้พร้อมที่จะใช้ได้ทันที เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น

3. เพื่อให้ความวิตกกังวลของมารดาลดลงและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

3.1 อยู่ดูแลมารดาอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจ ปลอบใจ เพื่อให้มั่นใจในการรักษาพยาบาล พยาบาลไม่ควรแสดงอาการตื่นเต้นตกใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้มารดาเห็น

3.2 อธิบายให้เข้าใจถึงสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนการรักษาพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาล ได้แก่ ความจำเป็นที่ต้องตัดมดลูกออก ซึ่งมารดาไม่สามารถมีบุตรต่อไปได้อีก

3.3 แสดงความเห็นใจในการสูญเสียทารก ให้โอกาสมารดาแสดงอาการเศร้าโศก พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารก ถ้าต้องการดูทารกควรอนุญาต

4. เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและตกเลือดในระยะหลังคลอด กิจกรรมการพยาบาล

4.1 ให้ออนพักรวม ๆ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สุขสบาย

4.2 ดูแลความสะอาดร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ . แนะนำวิธีใส่
และเปลี่ยนผ้าอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4.3 บันทึกสัญญาณชีพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อ
หรือตกเลือดหลังคลอดหรือไม่

4.4 - บันทึกลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด

4.5 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ ถ้ามีอาการผิดปกติเกิด

ขึ้น

4. การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อกในสูติกรรม (Shock in obstetrics)

ความสำคัญ

ภาวะช็อกเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตราย ภาวะช็อกในสูติกรรมพบได้ไม่บ่อย แต่
ถ้าเกิดขึ้นแล้วไม่สามารถให้การรักษายาบาลได้ทันเวลาที่ อาจทำให้มารดาและทารกใน
ครรภ์เสียชีวิตได้ ดังนั้น การเข้าใจถึงสาเหตุต่าง ๆ ของภาวะช็อกในสูติกรรม เข้าใจถึงวิธี
ป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษายาบาลมารดาที่มีภาวะช็อก จะสามารถลดอันตรายต่อ
มารดาและทารกได้

ความหมาย

ช็อก หมายถึง ภาวะที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ จนเซลล์
ของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และจะนำไปสู่การตายของเซลล์เหล่านั้น
ในที่สุด

การจำแนกชนิดของภาวะช็อกในสูติกรรม

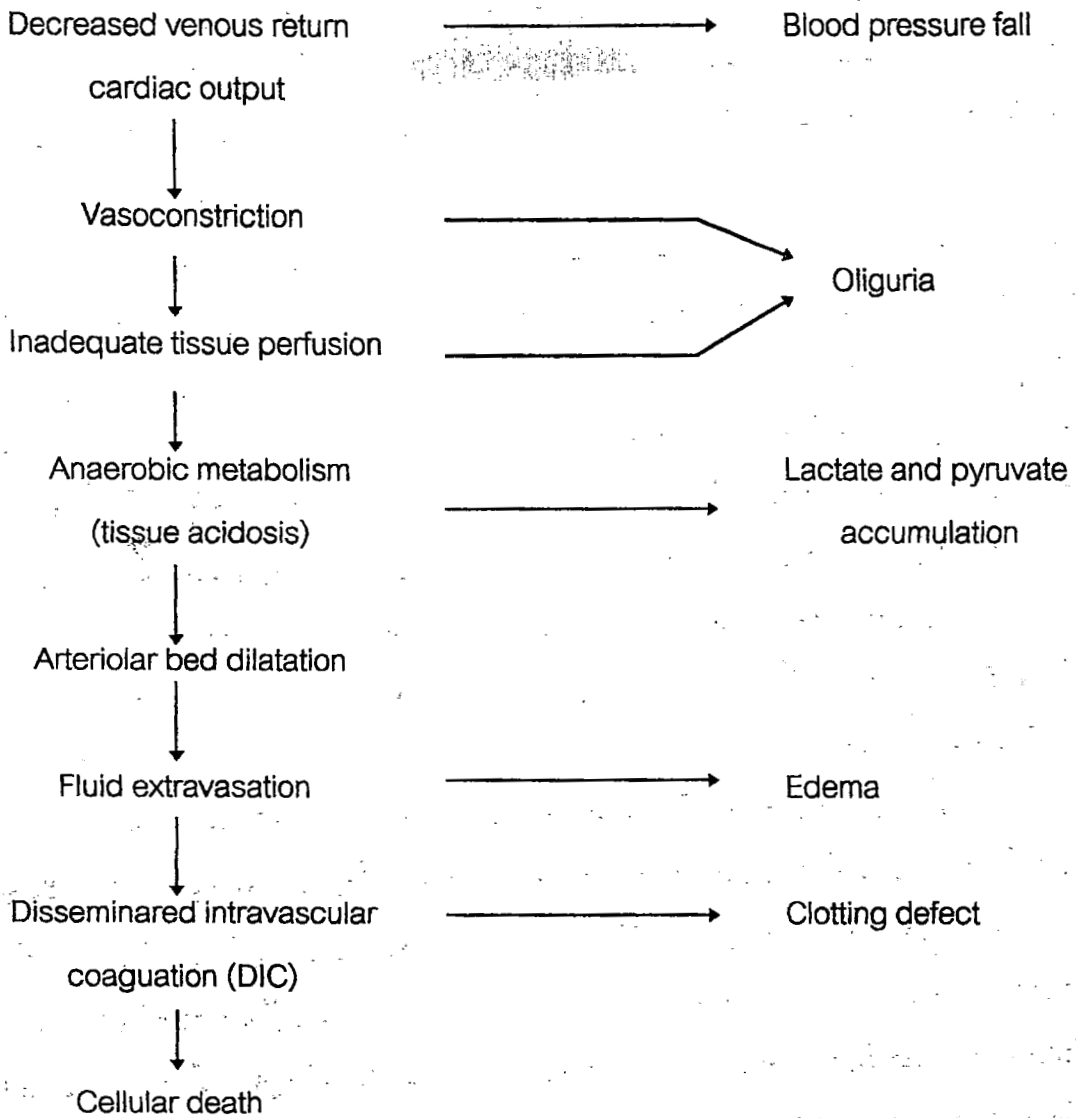
ภาวะช็อกในสูติกรรมแบ่งได้เป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. ภาวะช็อกจากปริมาณเลือดน้อย (hypovolemic shock) ซึ่งแบ่งตามสาเหตุ
ได้เป็น

- 1.1 ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (haemorrhagic shock)
- 1.2 ภาวะช็อกจากการสูญเสียของเหลว (fluid loss shock)
- 1.3 supine hypotensive syndrome
2. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในเลือด (septic shock)
3. ภาวะช็อกจากระบบประสาท (neurogenic shock)
4. ภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock)

สรีรวิทยาของภาวะช็อก

ภาวะช็อกไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด แต่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาพื้นฐานจะเหมือนกันดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ซึ่งสรุปได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอาการแสดงทางคลินิกที่เกิดขึ้นของภาวะช็อก

ในระยะแรกของภาวะช็อก (primary reversible) จะมีการไหลกลับของเลือดสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาที (cardiac output) จะลดลง ผลที่ตามมาคือความดันโลหิตจะลดต่ำลง เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลาย (peripheral tissue) จะลดน้อยลง ทำให้เนื้อเยื่อส่วนนั้นได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เมื่อใดอยู่ในภาวะได้รับเลือดและออกซิเจนน้อยลงจะเกิดการกระตุ้นให้ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin) ทำงานมีการปล่อยสารพวกแคทีโคลามีน (catecholamines) ออกมา ทำให้มีการหดตัวของ

หลอดเลือด ซึ่งเป็นกลไกที่ร่างกายพยายามปรับ เพื่อควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และทำให้เกิดความสมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไหลเวียนอยู่กับปริมาณเลือดในหลอดเลือดแดง (vascular bed) แต่ผลกระทบนี้ยังทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลงไปอีก

ถ้าภาวะที่เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ นี้ยังคงมีน้อยต่อไปอีก จะทำให้การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อรอบ ๆ หลอดเลือดนั้น และเซลล์หลอดเลือดเองเปลี่ยนแปลงจากการเผาผลาญ โดยใช้ออกซิเจนมาเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) ผลทำให้เกิดมีการเพิ่มขึ้นของระดับแลคเตท (lactate) และไพรูเวท (pyruvate) ในกระแสเลือด เกิดภาวะกรด (metabolic acidosis) และยังทำให้เกิดการคั่งของสารพิษบางอย่าง ซึ่งสารพวกนี้ มีผลเสียต่อหลอดเลือดขนาดเล็ก โดยเฉพาะส่วนที่ต่อกับหลอดเลือดแดงเล็ก (arteriole) จะทำให้หลอดเลือดแดงเล็ก โดยเฉพาะส่วนที่ต่อกับหลอดเลือดดำเล็ก (venules) ยังคงหดตัวอยู่ ทำให้เลือดไหลออกอยู่บริเวณหลอดเลือดฝอยจำนวนมาก แต่ไม่สามารถไหลผ่านออกไปได้สะดวก จึงทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยลงไปอีก จนในที่สุดเกิดการขาดออกซิเจนจากการคั่งของเลือด (stagnant anoxia)

เมื่อเซลล์ผนังหลอดเลือดขาดออกซิเจนอยู่นาน จะได้รับอันตราย (injury) รวมทั้งการที่มีภาวะคั่งของเลือด แรงดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้น น้ำภายในหลอดเลือดไหลเล็ดลอดออกมาจากผนังหลอดเลือด (extravasation) ผลคือ บวมน้ำ (edema) ขึ้นในบริเวณนั้น ทำให้ปริมาณเลือดภายในกระแสเลือดลดลงไปอีกอย่างมาก เลือดที่มีอยู่ในกระแสเลือดจะมีความเข้มข้นสูงขึ้น เมื่อมีการไหลอย่างช้า ๆ ของเลือดที่มีความเข้มข้นสูงผ่านไปตามหลอดเลือดผนังของหลอดเลือดได้รับอันตราย เลือดก็มีโอกาสแข็งตัวเป็นก้อน (coagulate) เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเล็ก ๆ แพร่กระจายในหลอดเลือด (Disseminated Intravascular Coagulation-DIC) ผลทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เมื่อถึงระยะนี้เป็นระยะที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ (secondary, irreversible shock) และเซลล์จะตายในที่สุด

ภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ภาวะช็อกจากการเสียเลือด หมายถึงช็อกที่เกิดจากการเสียเลือดทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลง โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นเมื่อปริมาณเลือดในร่างกายลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนเลือดทั้งหมดในร่างกาย เป็นภาวะช็อกที่พบบ่อยที่สุดในทางสูติกรรม

สาเหตุ

1. การตั้งครรรภ์ระยะแรก ได้แก่ การตั้งครรรภ์นอกมดลูก แท้งไม่ครบ แท้งค้าง และตั้งครรรภ์ไข่ปลาอุก
2. การตั้งครรรภ์ระยะท้าย ได้แก่ รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และภาวะครรรภ์เป็นพิษ
3. ในระยะคลอดและหลังคลอด ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มดลูกแตก รกค้าง รกเกาะแน่น การตกเลือดหลังคลอดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี และมีการฉีกขาดของทางคลอด

อาการและอาการแสดง

1. ชีพจรเบาเร็ว ประมาณ 100-200 ครั้ง/นาที
2. ความดันโลหิตลดลง pulse pressure แคบ ความดันโลหิต systolic ต่ำกว่า 100 มม.ปรอท
3. อาการซีด จะสังเกตเห็นหน้าซีด เยื่อเมือกต่าง ๆ ซีดขาว ผิวหนังเย็นซีด เหงื่อออก มีอาการกระสับกระส่าย ปัสสาวะน้อยลง
4. มีการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ ระยะแรกจะหายใจตื้น ต่อมาจะหายใจลึกและหอบเกิดอาการขาดออกซิเจน
5. มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ระยะแรกผู้ป่วยอาจบอกว่า เห็นดาวระยิบระยับ เวียนศีรษะ ตาลาย หรือรู้สึกคลื่นไส้ กระสับกระส่าย หายใจลำบาก ถ้าสมองขาดออกซิเจนขึ้น มารดาอาจสับสน การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าหรือไม่มีเลย

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซีดจากการเสียเลือด

บทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซีดจากการเสียเลือดแบ่งเป็น 2 ประการ คือ การป้องกันภาวะซีดและการให้การพยาบาลขณะซีด ซึ่งปฏิบัติได้ดังนี้

การป้องกัน

1. ดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ให้แข็งแรง และแก้ไขภาวะโลหิตจางให้มีระดับความเข้มข้นของเลือด (hemoglobin) ไม่ต่ำกว่า 12 กรัม/100 มิลลิลิตร
2. ถ้ามีการตกเลือดในระยะตั้งครรภ์หรือเสียเลือดมากจากการคลอด ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดให้สารน้ำหรือเลือดทดแทน ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุของการตกเลือดโดยเร็ว

การพยาบาลขณะคลอด

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต ผิวน้ำ ปัสสาวะ ระดับความรู้สึกตัว และ Central Venous Pressure (C.V.P.)
 - 1.1 สัญญาณชีพ ควรวัดทุก 5 นาที เป็นเวลา 30 นาที

ทุก 10 นาที	เป็นเวลา	1 ชั่วโมง
ทุก 30 นาที	เป็นเวลา	2 ชั่วโมง
 - 1.2 ผิวน้ำ ควรประเมินระดับของการขาดเลือดมาเลี้ยง (ischemia) หรืออาการเขียวเพราะขาดออกซิเจน (cyanosis) ของเล็บ เยื่อตา เยื่อในปาก และเหงือก ประเมินดูความชื้นของผิวน้ำ
 - 1.3 ปัสสาวะ ตรวจปัสสาวะทุกชั่วโมง ถ้าปัสสาวะน้อย (50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง) อาจบ่งชี้ถึงความรุนแรงของอาการช็อกหรือการได้รับน้ำไม่เพียงพอ
 - 1.4 ระดับความรู้สึกตัว
 - 1.5 C.V.P. ค่า C.V.P. จะบ่งให้ทราบถึงสภาพของหัวใจและปริมาณเลือด ซึ่งค่าปกติอยู่ระหว่าง 5-12 มิลลิเมตรน้ำ ถ้าค่าของ C.V.P. ต่ำหรือลดลง จะบ่งให้ทราบถึงปริมาณเลือดไม่เพียงพอ ถ้าสูงหรือเพิ่มขึ้นอาจบ่งถึงภาวะหัวใจวาย
2. ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำหรือเลือดให้ถูกต้อง ไม่ผิดคน จำนวนที่ได้รับเหมาะสมกับจำนวนเลือดที่เสียไป
4. ให้ออกซิเจน Canula 4-5 ลิตร/นาที เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนทดแทนการขาดออกซิเจน จากจำนวนเลือดที่ไหลเวียนน้อยลง

5. ช่วยแก้ไขและขจัดสาเหตุที่ทำให้เสียเลือดเพื่อทำให้เลือดหยุดโดยเร็ว เช่น การซ่อมแซมแผลที่เย็บโดยเร็ว การช่วยให้มดลูกหดตัวดี หรือเตรียมมารดาให้พร้อมเพื่อการผ่าตัด เป็นต้น

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง ภาวะที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากการติดเชื้ออย่างรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงทีผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

สาเหตุ

การติดเชื้อที่พบเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อในทางสูติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การแท้งติดเชื้อ (septic abortion) การติดเชื้อของเยื่อหุ้มเด็ก (chorioamnionitis) ไตและกรวยไตอักเสบ (pyelonephritis) และการติดเชื้อในระยะหลังคลอด (puerperal sepsis)

การติดเชื้อภายในอุ้งเชิงกรานสตรี ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งมีทั้งชนิด aerobe และ anaerobe เชื้อแบคทีเรียที่พบเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะช็อกบ่อยที่สุด ได้แก่ พวกที่อยู่ในกลุ่ม enterobacteriaceae ซึ่งมีการสร้างสาร endotoxin ได้แก่ พวก aerobic bacillus ชนิดกรัมลบ เช่น *Escherichia coli* เป็นต้น ส่วนแบคทีเรียกลุ่มอื่นพบเป็นสาเหตุทำให้เกิดช็อกได้ แต่น้อยกว่ามาก เช่น พวก aerobic cocci (*Streptococcus*) และ anaerobic cocci (*Peptococcus*, *Peptostreptococcus*) anaerobic bacilli (*Clostridium*, *Bacteroides*)

Endotoxin เป็นสารที่ถูกปล่อยออกมาเป็นตัวการที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะช็อก สารพวกนี้สามารถทำลายเซลล์บุผนังหลอดเลือดได้โดยตรง นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้มีการสร้างสารบางอย่างขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด โดยเฉพาะส่วน postcapillary (แต่หลอดเลือดทางส่วน precapillary มีการขยายตัว) ทำให้เลือดไหลเข้าไปใน Capillary space มากขึ้น แต่การไหลเวียนของเลือดใน microvasculature เป็นไปได้น้อยหรือไม่มีเลย ผลทั้งหมดทำให้เกิดมี injury ที่ผนังเส้นเลือดฝอย (capillary) มีการลัดลอดของ fluid ออกจากหลอดเลือดฝอย ทำให้ปริมาตรเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกายลดลง เลือด

กลับสู่หัวใจน้อยลง ผลตามมาก็คือ ความดันเลือดตก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิ สรีรวิทยา ต่อจากนี้ก็เหมือนกับที่กล่าวข้างต้น

อาการและอาการแสดง

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแรก (Warm Hypotensive Phase) ผู้ป่วยจะมีไข้ประมาณ 38.4-40.6 องศาเซลเซียส ผิวหนังอุ่นชื้น หน้าแดง หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachycardia) หนาวสั่น และความดันโลหิตต่ำ ความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 85-95 มิลลิเมตรปรอท รู้สึกตัวดี ปัสสาวะ ออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ช่วงเวลาในระยะนี้อาจหลายชั่วโมงขึ้นกับความรุนแรงของการติดเชื้อ

2. ระยะหลัง (Cold Hypotensive Phase) มีลักษณะคล้าย ๆ กับภาวะช็อกทั่วไป คือ ผิวหนังเย็นชื้น ความดันโลหิตต่ำ ความดันซิสโตลิก ต่ำกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท เล็บมือเขียว อุณหภูมิต่ำ ซีพจรเบาเร็ว ปัสสาวะน้อย และมีอาการทางสมอง อาจซึมหรือเพ้อ

3. ระยะท้าย (Irreversible Shock) มีภาวะกรดจากเบตาบอลิซึมอย่างรุนแรง ระดับของกรดแลคติกในเลือดสูงมาก ไม่มีปัสสาวะออก มีภาวะหัวใจและการหายใจล้มเหลว และหมดสติ

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ให้การดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยช็อกและติดเชื้อหลังคลอด

การป้องกัน

1. ในระยะตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่ดี ถ้ามีภาวะโลหิตจางต้องรีบแก้ไข ถ้ามีการติดเชื้อต้องรีบรักษา

2. ในระยะคลอด ให้มีการคลอดที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

3. ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทุกคนต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น รายที่ถุงน้ำแตกก่อนคลอดเป็นเวลานานหรือได้รับการตรวจทางช่องคลอดบ่อย ๆ

การพยาบาลขณะช็อก

1. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ

2. กำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้ออย่างทันที่ โดยให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง

หลังจากที่ให้ยาปฏิชีวนะไปแล้วชั่วระยะหนึ่งผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้ว แพทย์จะกำจัดแหล่งที่มีการติดเชื้อออกไป เช่น ในรายที่มีการแท้งติดเชื้อ และยังมีชิ้นเนื้อค้างอยู่ในโพรงมดลูก แพทย์จะทำการขูดมดลูก แต่ถ้าการติดเชื้อนั้นรุนแรงมากจนถึงขั้นเกิดเป็น microabscess ของชั้น myometrium ขึ้นแล้ว การรักษา ก็จะต้องผ่าตัดเอามดลูกออก

3. ติดตามผลการดูแลอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินจากสิ่งต่อไปนี้

3.1 วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจ การเต้นของชีพจรและความดันโลหิตทุก 15 นาที

3.2 วัด C.V.P. ทุก 30 นาที

3.3 บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกมาทุก 1 ชั่วโมง

ภาวะช็อกจากระบบประสาท

ภาวะช็อกจากระบบประสาท หมายถึง ภาวะช็อกที่เกิดจากการมีความกดดันทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญ ทำให้มีการขยายของหลอดเลือดแดงฝอย (arteriole) และหลอดเลือดดำฝอย (venule) ความจุของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่มีตามปกติจะน้อยลง ทำให้ความดันโลหิตตก อาการมักไม่รุนแรง อาจหายเองในเวลาไม่นาน ภาวะนี้มักเกิดกับผู้ที่นั่งหรือยืนนาน ๆ

สาเหตุ

1. เนื่องจากความกังวล ความกลัว หรือความเจ็บปวดในการคลอด
2. การคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การใช้คีมช่วยคลอด การบีบเคล้นมดลูกให้รกหลุด (crede) และการล้วงรก
3. มดลูกแตก มดลูกปลิ้น
4. การคลอดเป็นเวลานาน ผู้คลอดอ่อนเพลีย ร่างกายขาดน้ำ ได้อาหารไม่เพียงพอ
5. การใช้ยาสลบไม่ถูกต้อง เช่น ดมยาสลบนาน หรือได้รับยาชาระดับสูงเกินไป

อาการและอาการแสดง

มีอาการในลักษณะของการเป็นลมหรือหมดสติชั่วคราว เนื่องจากสมองมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ (syncope) มีเหงื่อออก ซีด คลื่นไส้ ชีพจรช้า หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ตาพร่า อ่อนเพลีย ต่อไปถ้าเลือดไปเลี้ยงสมองลดลงเรื่อย ๆ จนถึงระดับวิกฤต ผู้ป่วยจะหมดสติ และเมื่อฟื้นขึ้นมา ผู้ป่วยจะบ่นปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และตื่นเต้นกระสับกระส่าย

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท การป้องกัน

1. ในระยะตั้งครรภ์ ควรมีการเตรียมมารดาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวล ความกลัว และความเจ็บปวดระหว่างการคลอด
2. ในระยะคลอด การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด
3. เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในรายที่ได้รับยาชาและยาสงบ

การพยาบาลขณะช็อก

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบศีรษะต่ำ คลายเสื้อผ้าให้หลวมอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก
2. ให้ดมแอมโมเนีย ถ้าไม่ดีขึ้นอาจต้องให้ออกซิเจนแล้วตามแพทย์ ซึ่งแพทย์อาจต้องให้ยา Ephedrine Epinephrine เพื่อรักษาความดันโลหิตต่ำ โดยเฉพาะเมื่อความดันโลหิตต่ำจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง

ภาวะช็อกจากหัวใจ

ภาวะช็อกจากหัวใจ หมายถึง ภาวะช็อกที่มีสาเหตุจากหัวใจหรือเกี่ยวข้องกับหัวใจ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว

ในทางสูติกรรมพบภาวะนี้ในรายที่ อกันเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary thromboembolism) เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดจากหลอดเลือดดำของบริเวณเชิงกรานหรือส่วนขาผ่าน inferior vena cava ไปหัวใจข้างขวา และผ่านเข้า pulmonary artery ไปยังปอด อาการมากน้อยเพียงไรขึ้นกับขนาดของลิ่มเลือด

อาการ

มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจขัด ไอเป็นเลือด ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีการหายใจ ล้มเหลว มือเท้าเย็นซีดและชื้น ความดันโลหิตต่ำ ไม่ค่อยรู้สึกตัว อาจมีหัวใจหยุดเต้น

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซีดจากหัวใจ

1. ให้นอนราบไม่หนุนหมอน
2. ช่วยให้ออกซิเจนและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ช่วยนวดหัวใจ ถ้าหัวใจหยุดเต้น
4. เตรียมให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น โซเดียมไบคาร์บอเนต
5. ให้อาปฎิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อของปอด

เชื้อของปอด

6. เตรียมมารดาให้พร้อมเพื่อการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น lung scanning หรือ pulmonary angiography เพื่อความแน่นอนของการวินิจฉัย

บรรณานุกรม

- ชวนพิศ นรเดชานนท์ (2536). **ตกเลือดในหญิงมีครรภ์ : การประเมินและแผนการพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระพร วุฒิมยวณิช, ธีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบูรณ์ (2539). **ตำราสูติศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : พีบีฟอเรนบู้คส์.
- วรรณีย์ เดียววิศเรศ (2533). **เอกสารประกอบการสอนวิชา พย 322 พยาบาลศาสตร์ 6 การพยาบาลสูติศาสตร์ภาวะแทรกซ้อน ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.**
- วสันต์ ถิ่นะสมิธ และเสาวคนธ์ อัจจิมากร (2530). **ภาวะช็อกทางสูติกรรม. ใน** **ก้ำแหง จาตุรจินดา และคณะ. (บรรณาธิการ): สูติศาสตร์รามธิบดี.** (หน้า 293-306). กรุงเทพฯ : O.S. Printing House Co.
- สันต์ หัตถิรัตน์ และคณะ (2525). **ช็อก** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล.
- สุกัญญา ปรีษฐ์บุญกุล (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม.** กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรินติ้งเฮ้าส์.
- สุจิต เฝ้าสวัสดิ์ และคณะ (2538). **สูติศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์.
- สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2533). **เอกสารการสอน ชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-5** (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อารีรัตน์ ขำอยู่ (2539). **เอกสารประกอบการสอนวิชา 102303 การพยาบาลมารดาและทารก 2. ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.**
- Cunningham, F.G. et al. (1993). **William obstetrics** (19th ed.). Stamford, CT : Appleton & Lange.

Neeson, J.D. and May, K.A. (1986). **Comprehensive Maternity Nursing :
Nursing Process and the Childbearing Family**. Philadelphia :
J.B. Lippincott.

Pillitleri, A. (1995). **Maternal & Child Health Nursing (2nd ed)**. Philadelphia :
J.B. Lippincott.

Wold, G.H. (1997). **Contemporary Maternity Nursing**, St.Louis : Mosby.

บทที่ 4

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

วิชา การพยาบาลมารดาและทารก 2
แผนการสอนประจำบทที่ 4 จำนวน 6 ชั่วโมง
บทที่ 4 การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

เนื้อหาวิชา

1. การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะหลังคลอด
2. การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอด
3. การพยาบาลมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด

วัตถุประสงค์ นิสิตสามารถ

1. อธิบายความหมาย สาเหตุ ชนิดของการตกเลือดหลังคลอด แนวทางการรักษาและการพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. อธิบายความหมาย อาการและอาการแสดง พยาธิสภาพ แนวทางการรักษาและการพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอดได้ถูกต้อง
3. บอกสาเหตุ อาการแสดงของความผิดปกติทางจิตใจในระยะหลังคลอด และวางแผนการพยาบาลมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจในระยะหลังคลอดได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์ วิจาร์ณ และร่วมแสดงความคิดเห็นในการเรียนอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย ซักถาม
3. วิเคราะห์กรณีตัวอย่างที่กำหนดให้

อุปกรณ์ประกอบการสอน

1. แผ่นใส
2. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายซักถามปัญหาขณะฟังการบรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

การพยาบาลมารดาที่มีการตกเลือดในระยะหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage)

ความสำคัญ

การตกเลือดหลังคลอดยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย แม้ว่าปัจจุบันจะมีบริการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและทันสมัยก็ตาม ทั้งนี้เพราะการเสียเลือดเป็นจำนวนมากจะมีผลทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับการตกเลือดหลังคลอด จึงมีความสำคัญในการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยได้อย่างทันท่วงที

ความหมาย

การตกเลือดหลังคลอด หมายถึงภาวะที่มีการสูญเสียเลือดจากช่องทางคลอดภายหลังรกคลอดในปริมาณที่มากกว่า 500 ซีซี. หรือมากกว่า 1,000 ซีซี. ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือมากกว่าร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา

การกำหนดร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัวมารดา จะถือสัดส่วนระหว่างปริมาณเลือดที่เสียไปต่อน้ำหนักตัว เนื่องจากปริมาณความเข้มข้นของเลือดในร่างกายของแต่ละคนไม่เท่ากัน มารดาหลังคลอดที่มีรูปร่างเล็กหรือมีภาวะโลหิตจางมาก่อน เมื่อมีการสูญเสียเลือดในปริมาณน้อยกว่า 500 ซีซี. ก็อาจมีภาวะตกเลือด และทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตามการให้คำจำกัดความของการตกเลือดหลังคลอดยังหมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี. ซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ทั้งนี้เพื่อจะได้หาสาเหตุและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early or immediate or primary postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (late or delayed or secondary postpartum hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอดไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ที่พบบ่อยอยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 7-14 หลังคลอด

พยาธิสรีรภาพของการตกเลือดหลังคลอด

ตามธรรมชาติภายหลังรกคลอด ผนังมดลูกโดยเฉพาะตำแหน่งที่รกลอกตัว ซึ่งมีหลอดเลือดปลายเปิดเป็นจำนวนมากจะถูกบีบรัดตัวให้ตีบ จึงทำให้เลือดหยุดไหล ทั้งนี้เพราะอาศัยเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งประสานล้อมรอบหลอดเลือด รวมทั้งขบวนการแข็งตัวของลิ่มเลือด ในกรณีที่มีการขัดขวางต่อการทำให้เลือดหยุด เช่น ในรายที่รกยังลอกตัวไม่สมบูรณ์ หรือในรายที่รกลอกตัวแล้วแต่ยังค้างอยู่ในโพรงมดลูก เป็นต้น จะทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี หรือในกรณีที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของลิ่มเลือด หรือมีการฉีกขาดของหลอดเลือดหรือมดลูกจะทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

อุบัติการณ์ อุตติการของการตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5-8

สาเหตุ แบ่งได้เป็น 5 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. มดลูกหดตัวไม่ดี
2. การฉีกขาดของหลอดเลือดและมดลูก
3. รกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก
4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด
5. การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกหรือ

ในอุ้งเชิงกราน

1. มดลูกหดตัวไม่ดี เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้มากที่สุด พบได้ร้อยละ 50 ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมดังนี้

1.1 กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป ทำให้กำลังการหดตัวของมดลูกมักพบในรายต่อไปนี้ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ ทารกตัวใหญ่ รกใหญ่กว่าปกติมาก เนื้องอกที่มดลูกโดยเฉพาะพวก Fibroid Tumor และในรายที่มารดามีประวัติคลอดบุตรหลายครั้งโดยเฉพาะครรภ์ที่ 5 หรือมากกว่า

1.2 การคลอดยากและยาวนาน ทำให้มารดาอ่อนเพลียและ Glycogen ที่ใช้เป็นพลังงานในการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกถูกใช้ไปเป็นจำนวนมาก จึงทำให้การหดตัวของมดลูกก็อ่อนกำลังลง ไม่สามารถหดตัวแรงพอที่จะห้ามเลือดโดยเฉพาะบริเวณที่รกเคยเกาะอยู่

1.3 มีสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก เช่น ปัสสาวะค้างเต็มในกระเพาะปัสสาวะหรือเนื้องอกที่มดลูก

1.4 มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน จากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดี

1.5 การตกเลือดก่อนคลอดและระหว่างคลอด โดยเฉพาะที่มีสาเหตุมาจากรกลอกตัวก่อนกำหนดชนิด concealed type ทำให้มีเลือดซึมแทรกเข้าไปในกล้ามเนื้อมดลูก (couvelaire uterus) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกไม่สามารถหดตัวได้จึงเกิดการตกเลือดหลังคลอดตามมา

1.6 การใช้ยาที่ทำให้หมดความรู้สึกยาวนานเกินไป โดยเฉพาะการใช้ ether และ halothane เป็นผลให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว และทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

2. การฉีกขาดของหนทางคลอดและมดลูก เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดเป็นอันดับสองรองจากมดลูกหดตัวไม่ดี พบได้ร้อยละ 20 ของมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอดบริเวณที่ฉีกขาดได้บ่อย ได้แก่ ฝีเย็บ ช่องคลอด ปากมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมดังนี้

2.1 การคลอดเฉียบพลัน ทำให้ทารกคลอดเร็วกว่าปกติไม่สัมพันธ์กับการยืดขยายของหนทางคลอด จึงทำให้หนทางคลอดฉีกขาด

2.2 การคลอดที่มีส่วนนำโตกว่าหนทางคลอด เช่น คลอดทารกที่มีขนาดใหญ่ หรือมีศีรษะโตกว่าปกติ หรือการคลอดที่มีท่าผิดปกติ ซึ่งมีโอกาสทำให้หนทางคลอดเกิดการฉีกขาดได้มาก

2.3 ตัดฝีเย็บไม่เหมาะสม เช่น การตัดฝีเย็บเร็วเกินไปหรืออาจตัดน้อยเกินไป เมื่อทารกคลอดจะมีการฉีกขาดเพิ่มมากขึ้น หรือตัดฝีเย็บเป็นบริเวณกว้างและลึก จึงทำให้เสียเลือดมาก

2.4 การทำคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศ อาจทำให้หนทางคลอดได้รับบาดเจ็บหรือฉีกขาดเพิ่มมากขึ้น

3. รกหรือเศษรกค้างในโพรงมดลูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 5-10 ของมารดาที่มีการตกเลือดหลังคลอด

ภายหลังทารกคลอดแล้ว ปกติรกจะลอกตัวภายในระยะเวลา 30 นาที ถ้ารกไม่คลอดจะต้องรีบให้การช่วยเหลือทันที มิฉะนั้นจะเกิดการตกเลือดหลังคลอดตามมา สาเหตุที่ทำให้รกไม่ลอกตัวหรือรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก อาจเนื่องจากรกลอกตัวโดยสมบูรณ์แต่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกจากการหดเกร็งของปากมดลูก หรือรกลอกตัวแต่เพียงบางส่วน เช่น ในกรณีที่รกฝังตัวลึกกว่าปกติ (Placenta accreta) หรือรกลอกตัวเพียงบางส่วนพร้อมกับปัจจัยบางประการ เช่น กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มียาสงบเพื่อผ่าตัดคลอด

พบว่ามารดาหลังคลอดบางรายมีเศษรกหรือเศษเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งทำให้ตกเลือดทั้งระยะแรกและระยะหลังคลอดได้ สาเหตุที่ทำให้เศษรกหรือเศษเยื่อหุ้มทารกค้างอาจเนื่องจากผู้ช่วยคลอดขาดความรอบคอบในการตรวจสภาพรกและเยื่อหุ้มทารกภายหลังรกคลอดว่ามีชิ้นส่วนครบหรือไม่ เช่น ในรายที่มีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก อาจเป็นรกน้อยที่ไม่มีหลอดเลือดทอดผ่าน (Placenta spurium) หรือรกน้อยที่มีหลอดเลือดทอดผ่าน (Placenta succenturiata) ค้างอยู่ในโพรงมดลูกได้ หรือในกรณีที่ผู้ช่วยคลอดช่วยคลอดรกไม่ถูกวิธี ทำให้เศษเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูกได้ เช่น การทำคลอดรกโดยวิธี Modified crede ขณะที่ใช้มือผลักยอดมดลูกลงมาส่วนล่างนั้นทำให้รกคลอดออกมาเร็วเกินไป โดยไม่มีโอกาสที่จะโกยมดลูกส่วนล่างขึ้น จึงทำให้เยื่อหุ้มทารกมีโอกาสชักขาดติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก

4. ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด พบได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุเกิดจากความผิดปกติระยะตั้งครรรภ์และคลอด เช่น ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกตายในครรรภ์นาน และภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด (Amniotic fluid embolism) ทำให้ Fibrinogen ในกระแสเลือดต่ำ และรบกวนการแข็งตัวของเลือด เลือดจึงไหลไม่หยุด ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดจะเกิดขึ้นเมื่อระดับ Fibrinogen ในกระแสเลือดลดต่ำกว่า 100 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

5. การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกหรือในอุ้งเชิงกราน การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนังเกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ทำให้มีการสะสมการคั่งของเลือดอย่างช้า ๆ ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกแห่งของหนทางคลอด แต่ส่วนใหญ่จะพบบริเวณฝีเย็บและช่องคลอด และส่วนน้อยจะพบบริเวณฝีเย็บที่อยู่ลึกเข้าไปหรืออาจถึง Broad ligament ในอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความ

สำคัญมาก เพราะเมื่อมีการคั่งของเลือดเป็นจำนวนมากจะโตขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการเจ็บปวดมาก บางครั้งไม่สามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอก อาจทำให้เกิดภาวะปริมาตรของเลือดน้อยกว่าปกติ และเกิดอาการช็อกได้

อาการและอาการแสดง

1. มีเลือดออก ซึ่งเลือดที่ไหลออกมานี้อาจไหลออกมาให้เห็นทางช่องคลอดหรือคั่งค้างอยู่ภายในก็ได้ ในรายที่มีเลือดออกมาให้เห็นอาจมีลักษณะไหลพุ่งหรือไหลซึม ส่วนเลือดที่ขังอยู่ภายในโพรงมดลูกหรือช่องคลอด มักไม่ไหลออกมาให้เห็น แต่เมื่อกระตุ้นมดลูกให้แข็งและกดไล่จะมีเลือดไหลออกมา
2. คล้ามดลูกอาจพบว่าอยู่เหนือระดับสะดือหรือมีขนาดใหญ่กว่าปกติ เนื่องจากมีเลือดขังอยู่ภายใน ในรายที่มีเลือดออกมาปริมาณมากจะทำให้มดลูกอ่อนนุ่ม
3. มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ซีด ซึ่พจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น รู้สึกกระหายน้ำ ต่อไปจะหายใจช้าลง มีอาการหนาวเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง ถ้าอาการรุนแรงอาจช็อกไม่รู้สึกตัวและอาจตายได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอด ปกติจะไม่มีปัญหาเพราะมองเห็นได้ชัดและสามารถคะเนจำนวนเลือดที่ออกมาได้ แต่ผู้ดูแลมักคะเนจำนวนเลือดต่ำกว่าที่เป็นจริงเสมอประมาณเท่าตัวผู้ป่วยจะไม่มีอาการทางร่างกายในระยะแรก ๆ ของการเสียเลือด เพราะร่างกายปรับตัวเองได้ อาการเสียเลือดจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ป่วยเสียเลือดไปแล้วจำนวนมาก บางครั้งการตกเลือดอาจเกิดขึ้นภายในช่องท้อง หรือเป็นก้อนขังอยู่ เช่น กรณีที่มดลูกแตก ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของการเสียเลือดอย่างชัดเจนแต่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนเลือดที่ออกมาให้เห็น บางกรณีเลือดอาจคั่งในโพรงมดลูกจำนวนมากและส่วนน้อยไหลออกมาให้เห็นภายนอก โดยเฉพาะในรายที่รกลอกตัวยังไม่หมดและตกค้างอุดที่ปากมดลูก ดังนั้นการวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดควรรีบตั้งหลัก 2 ข้อคือ

1. หาตำแหน่งที่เลือดออก
2. หาสาเหตุของการมีเลือด

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก กระทำได้ดังนี้

1. ศึกษาประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการตกเลือดหลังคลอด
2. การคะเนจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดภายหลังทารกเกิดแล้วให้ใกล้เคียงความจริงที่สุด เนื่องจากบางส่วนอาจซึมซับอยู่กับผ้าอู้ง ผ้ารองกัน ไหลนองพื้น หรือระยะก่อนคลอด อาจมีน้ำคร่ำและปัสสาวะปนออกมา ทำให้การคาดคะเนปริมาณเลือดที่ออกมา น้อยหรือมากกว่าความเป็นจริงได้
3. สังเกตอาการแสดงของการเสียเลือด ได้แก่ ซีพจรเบาและเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น บางรายอาจมีอาการช็อกได้
4. ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก โดยใช้มือคลำบริเวณหน้าท้อง ซึ่งมดลูกที่หดตัวดีจะมีลักษณะกลม แข็งและยกสูงขึ้นทางผนังหน้าท้อง ในกรณีที่มดลูกหดตัวไม่ดี มดลูกจะมีขนาดใหญ่และนุ่ม แต่ถ้ายังมีเลือดสีแดงสดไหลออกมาภายนอกมาก ๆ ทั้ง ๆ ที่มดลูกหดตัวดีควรคำนึงถึงการฉีกขาดของช่องทางคลอด
5. ตรวจสอบการฉีกขาดของช่องทางคลอด ตั้งแต่บริเวณฝีเย็บ ช่องทางคลอด ปากมดลูก และภายในโพรงมดลูกเมื่อสงสัยว่ามดลูกแตก
6. ตรวจสอบชิ้นส่วนของรก ซึ่งอาจติดค้างอยู่ในโพรงมดลูก
7. ตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติในกลไกการแข็งตัวเป็นลิ่มของเลือด

ส่วนใหญ่แล้วการตกเลือดระยะแรกจะมีสาเหตุเนื่องมาจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี หรือมีการฉีกขาดของช่องทางคลอด ในการวินิจฉัยสามารถแยกความแตกต่างได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระหว่างการตกเลือดจากมดลูกหดตัวไม่ดีกับการฉีกขาดของช่องคลอด

การหดตัวของมดลูกไม่ดี	การฉีกขาดของช่องทางคลอด
1. มดลูกมีขนาดใหญ่และนุ่ม	1. มดลูกมีการหดตัวดี
2. เลือดที่ออกมามีสีค่อนข้างคล้ำและซึมออกตลอดเวลา	2. เลือดที่ออกเป็นสีแดง และออกตามจังหวะชีพจร
3. ตรวจไม่พบรอยฉีกขาดของช่องทางคลอด	3. ตรวจพบรอยฉีกขาดของช่องทางคลอด
4. ตรวจไม่พบรอยฉีกขาดของมดลูก	4. ในรายที่มดลูกแตก ถ้ารอยแตกไม่สูงจะสามารถคลำได้จากการตรวจภายใน

การป้องกัน

การป้องกันการตกเลือดที่ดี ควรเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ จนกระทั่งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้

1. ระยะก่อนตั้งครรภ์ ควรให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีประวัติการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด และกรณีมีบุตรเพียงพอแล้ว ควรแนะนำให้รับการผ่าตัดทำหมัน
2. ระยะตั้งครรภ์ ควรปฏิบัติดังนี้
 - 2.1 ชักประวัติเกี่ยวกับ การคลอดยาก การแท้งบุตร การชูดมดลูก การตกเลือด หลังคลอด รกค้าง หรือกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
 - 2.2 ตรวจร่างกาย ถ้าพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีดหรือขาดสารอาหารควรหาสาเหตุและรักษาภาวะดังกล่าวให้ดีขึ้น เช่น การได้รับธาตุเหล็กและวิตามินอย่างเพียงพอ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและสารอาหารครบถ้วน
 - 2.3 ในรายที่ทารกตายในครรภ์หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด ต้องเจาะเลือดตรวจ Clotting Time, Clot Observation Study, และ Serum Fibrinogen Level เพื่อค้นหาความผิดปกติในกลไกของการแข็งตัวเป็นลิมของเลือด และให้การรักษาย่างถูกต้อง

3. ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ควรปฏิบัติดังนี้

- 3.1 ระยะคลอด ไม่ควรนานเกิน 24 ชั่วโมง ควรช่วยเหลือให้ระยะคลอดสิ้นสุดลงในเวลาอันควร
- 3.2 ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีในระหว่างการคลอด ควรให้ Oxytocin ทางหลอดเลือดดำ และให้ต่ออย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลังคลอดทารกแล้ว
- 3.3 ในรายที่มีสาเหตุส่งเสริมหรือมีประวัติการตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน ควรให้สารละลายน้ำ งดอาหารและน้ำทางปาก และเตรียมเลือดไว้
- 3.4 ทำสูติศาสตร์หัตถการด้วยความระมัดระวัง กระทำเมื่อมีข้อบ่งชี้และเมื่อผู้คลอดมีสภาพเหมาะสมในการทำ
- 3.5 ให้ยาแก้ปวดและยาระงับความรู้สึกในขนาดที่พอเหมาะ ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาประเภท Ether หรือ Halothane
- 3.6 ให้ยา Methergin เข้าทางเส้นเลือดดำเมื่อคลอดศีรษะหรือไหล่หน้าทารก เพราะจะลดจำนวนเลือดที่เสียเนื่องจากการคลอด และควรกระทำในรายที่มีสาเหตุส่งเสริมให้เกิดการตกเลือด เช่น สตรีที่เคยคลอดบุตรมาหลายครั้ง การตั้งครภ์แฝดน้ำ หรือมีเนื้องอกในโพรงมดลูก เป็นต้น การให้ยา Methergin ก่อนคลอดอาจมีผลเสียเกิดขึ้นในบางครั้ง เนื่องจากฤทธิ์ของยาดังนี้
- 3.6.1 ทำให้มดลูกหดตัวอย่างรุนแรงพร้อมกับปากมดลูกมักจะปิดด้วย ดังนั้นรามีโอกาสตกค้างในโพรงมดลูก
- 3.6.2 ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นห้ามใช้ในรายที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ
- 3.6.3 ถ้าให้ยานี้ในรายที่ไม่ทราบที่ตั้งครภ์แฝด จะทำให้มดลูกมีการหดตัวตัวอย่างรุนแรง ซึ่งจะมีอันตรายกับทารกแฝดคนหลัง
- 3.7 พยายามให้คลอดโดยส่วนเล็กที่สุดของร่างกายทารก เพื่อป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด
- 3.8 ทำคลอดไหล่และลำตัวช้า ๆ เพื่อให้มีเวลาสำหรับการลอกตัวของรกและมดลูกหดตัวตัวอย่างเพียงพอที่จะควบคุมการตกเลือดจากบริเวณที่รกเกาะ
- 3.9 ภายหลังการคลอดแล้วไม่ควรปล่อยให้รกซึ่งลอกตัวแล้วค้างอยู่ในโพรงมดลูกนาน เพราะจะทำให้เกิดรกค้างได้

3.10 ควรดูแลบริเวณฝีเย็บ และช่องทางคลอดทุกครั้งภายหลังจากคลอดรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ใช้เครื่องมือในการช่วยคลอด เพื่อตรวจดูการฉีกขาดและทำการเย็บซ่อมแซมอย่างถูกต้องรวดเร็ว

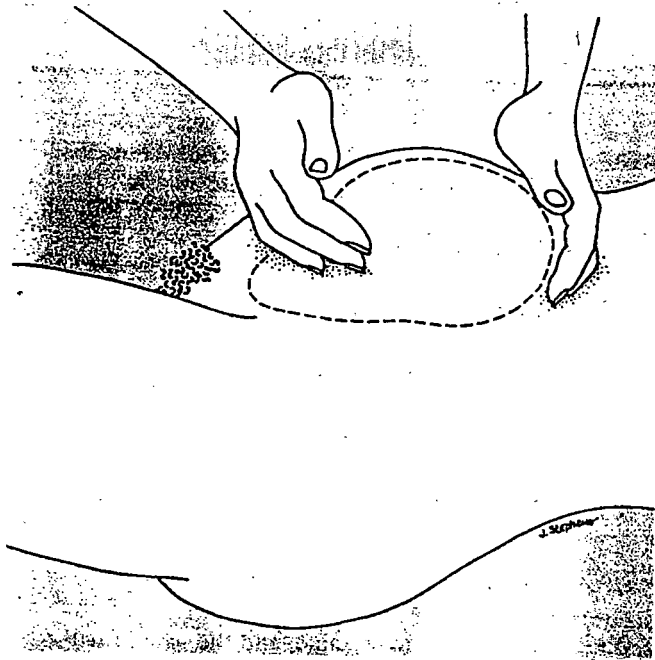
3.11 ถ้าสงสัยว่ามดลูกมีการหดตัวไม่ดีจากสาเหตุต่าง ๆ ในระยะหลังคลอดต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยคลึงมดลูกให้แข็งตัวทุก 15 นาที เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนย้ายออกจากห้องคลอด และต้องดูแลไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม

3.12 ให้มารดาหลังคลอดได้พักผ่อน ได้รับอาหาร น้ำ ยาระงับความเจ็บปวด ตลอดจนช่วยลดความวิตกกังวล

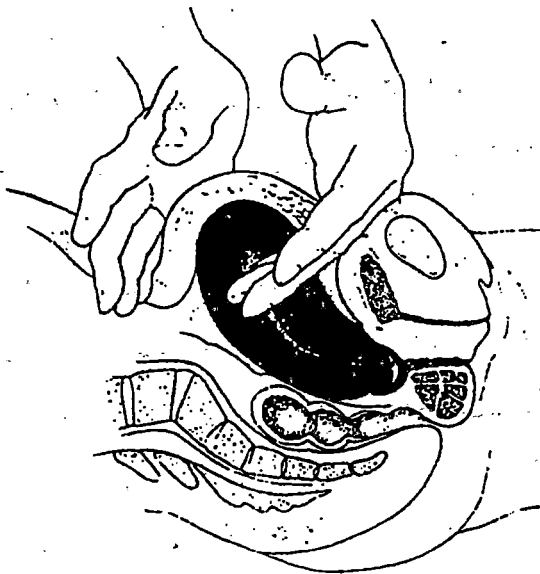
การรักษา

1. การตรวจดูการหดตัวของมดลูก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดี และมีเลือดไหลออกตลอดเวลา ควรปฏิบัติดังนี้

1.1 คลึงมดลูก โดยใช้มือข้างหนึ่งกดบริเวณ Lower uterine segment เพื่อดันมดลูกขึ้นทางผนังหน้าท้อง ขณะเดียวกันใช้มืออีกข้างหนึ่งคลึงมดลูก (ดังภาพที่ 8) หากยังมีการตกเลือดอยู่ ควรคลึงมดลูกโดยใช้มือข้างหนึ่งวางบริเวณยอดมดลูกและวางมืออีกข้างหนึ่งเหนือ Symphysis pubis ให้ยอดมดลูกอยู่ระหว่างอุ้งมือทั้งสอง (ดังภาพที่ 9) แล้วทำการคลึงมดลูกต่อ



ภาพที่ 8 การคลึงมดลูก (Neeson, J.D. and May, K.A., 1986)



ภาพที่ 9 การคลึงมดลูก

(Bobak, I.M. and Margaret Duncan Jensen and Zalar, M.K., 1989)

1.2 ดูกระเพาะปัสสาวะ ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มน้ำให้สวนทิ้ง

1.3 ให้สารน้ำร่วมกับ Syntocinon 10-20 ยูนิต หยดทางหลอดเลือดดำ และเตรียมเลือดไว้ 2-4 ยูนิต

1.4 ให้ Methergin 0.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

1.5 วางกระเป๋าน้ำแข็งไว้บริเวณหน้าท้อง และคลึงมดลูกให้หดตัว จนกระทั่งมดลูกมีการหดตัวดีขึ้น

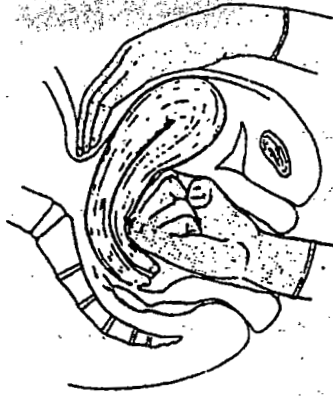
2. ตรวจสอบว่ามีการฉีกขาดของช่องคลอดหรือไม่ โดยเฉพาะรอยที่มดลูกหดตัวดีแต่เลือดยังคงออกอยู่เรื่อย ๆ และมีสีค่อนข้างแดงสด ให้ใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอดและปากมดลูก ถ้าพบมีรอยฉีกขาดและมีเลือดออก ให้รีบทำการเย็บซ่อมแซมรอยฉีกขาดนั้น รอยฉีกขาดที่พบบ่อยคือรอยฉีกขาดต่อจากแผลมีเย็บ และรอยฉีกขาดบริเวณด้านข้างของปากมดลูก

3. ในกรณีที่ปฏิบัติข้อ 1 และ 2 แล้ว เลือดยังคงออกอยู่เรื่อย ๆ ให้ตรวจดูภายในโพรงมดลูก ภายใต้การดมยาสลบ (งดเว้นการให้ Ether หรือ Halothane) ตรวจสอบว่ามีก้อนหรือเศษรกค้างอยู่หรือไม่ ถ้าพบว่ามีค้างอยู่ให้ล้างหรือดูดออกให้หมด

4. ในกรณีที่ปฏิบัติข้อ 1, 2 และ 3 แล้ว เลือดยังคงไหลออกอยู่เรื่อย ๆ ให้ปฏิบัติดังนี้

4.1 ตรวจเลือดหา Venous clotting time, Clot retraction และ Clot lysis โดยเฉพาะในรายที่เลือดออกเป็นน้ำเลือดไม่แข็งตัวเป็นก้อน ถ้าพบว่า Venous clotting time เกิน 15 นาที หรือมี Hypofibrinogenemia ให้รีบรักษาโดยการให้ Fresh whole blood เป็นต้น

4.2 ทำ Bimanual uterine compression ภายใต้การดมยาสลบ โดยสอดกำมือขวาเข้าไปในช่องคลอด กดบริเวณ Anterior fornix และใช้มือซ้ายคลึงมดลูกบริเวณผนังหน้าท้องให้แข็ง แล้วโกยมดลูกมากดบริเวณ Symphysis pubis ด้านหน้าเพื่อยึด Uterine vessels ทำให้ Uterine blood flow ลดลง (ดังภาพที่ 10) วิธีนี้เป็นวิธีสุดท้ายที่ทำเพื่อเป็นการเก็บมดลูกไว้โดยไม่ต้องทำผ่าตัด แต่ต้องใช้เวลาประมาณ 30 นาทีขึ้นไป



ภาพที่ 10 การทำ Bimanual uterine compression

(Beischer, N.A. and Mackay, E.V., 1986)

4.3 การตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากหดตัวของมดลูกไม่ดี หลังจากได้ทำทุกขั้นตอนดังกล่าวแล้ว เลือดยังไม่หยุดอาจพิจารณาให้ Prostaglandin

5. ในกรณีทำตามข้อ 1 ถึง 4 แล้ว แต่ยังคงมีเลือดออกเรื่อย ๆ ให้รีบผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ถ้าผู้ป่วยอายุมากและมีบุตรเพียงพอแล้วให้ตัดมดลูกออก แต่ในผู้ป่วยที่อายุน้อยและต้องการมีบุตรอีกให้ผ่าตัดผูก Internal iliac (Hypogastric) arteries เพื่อเก็บมดลูกไว้ต่อไป

6. ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการตกเลือดหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนี้คือ ตรวจนับชีพจร การหายใจ วัดความดันโลหิต สังเกตระดับความรู้สึก ตรวจ Hematocrit บันทึกรับปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย ผู้ป่วยบางรายต้องได้ยาปฏิชีวนะประเภท Broad spectrum เช่น Ampicillin ร่วมกับ Aminoglycoside เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ตลอดจนดูแลให้ได้รับยาบำรุงเลือดและอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ

การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

อุบัติการณ์ อุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 1

สาเหตุ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง มีดังนี้

1. การมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดและมักเกิดหลังคลอด 1-2 สัปดาห์ โดยปกติแผลในโพรงมดลูกจากการเกาะของรกจะหายเป็นปกติภายใน 42 วันหลังคลอด กรณีที่เศษรกค้างหรือรกร่น้อยกลายเป็นเนื้อตาย จะมี Fibrin มาหุ้มเป็นก้อนอยู่ในโพรงมดลูกเรียกว่า ดึงเนื้องอกรก (Placenta polyps) แยกออกจากชั้น Myometrium ซึ่งจะขัดขวางการกลับคืนสู่สภาพเดิมของโพรงมดลูก และอาจทำให้มีการตกเลือดได้

2. การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก มักเกิดภายหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากมีการหลุดออกของลิ่มเลือดที่บริเวณรกเกาะ ทำให้มีรูเปิดของหลอดเลือดและเกิดการตกเลือดได้ นอกจากนี้ยังมีผลให้มดลูกและบริเวณที่รกเกาะกลับสู่สภาพเดิมช้ากว่าปกติ

3. อาจมีหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น มีเศษรกค้างร่วมกับติดเชื้อ

4. สาเหตุอื่น ๆ เช่น แผลผ่าตัดที่ตัวมดลูกติดเชื้อ หรือเป็นมะเร็งไขปลาอุก หรือเนื้องอกของตัวมดลูก

การรักษา

1. ตรวจร่างกายหาสาเหตุ และแก้ไขภาวะการขาดเลือดตามอาการ

2. ถ้าพบการติดเชื้อในโพรงมดลูก ให้ยาปฏิชีวนะ

3. ให้ยาที่ช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เช่น Methergin

4. ถ้าเลือดไม่หยุดให้ทำการขูดมดลูกด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากผนังมดลูกหลังคลอดอ่อนนุ่มและอาจทะลุได้ง่าย ควรเตรียมเลือดไว้ด้วย เพราะขณะขูดมดลูกอาจเสียเลือดมาก ในผู้ป่วยบางรายเลือดอาจออกไม่หยุด แพทย์อาจพิจารณาทำผ่าตัดผูกเส้นเลือด (Hypogastric arteries ligation) หรือตัดมดลูกออก (Hysterectomy)

การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอด

การติดเชื้อหลังคลอด (Puerperal infection)

ความสำคัญ

การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทางสูติกรรมที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะการติดเชื้อในระยะหลังคลอด ซึ่งอาจมีผลทำให้มารดาถึงแก่ชีวิตได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีระในระยะหลังคลอด จึงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น เช่น การเปิดขยายของปากมดลูกภายหลังคลอด ทำให้เชื้อโรคสามารถผ่านเข้าทางช่องคลอดได้ เป็นต้น และที่สำคัญมารดาหลังคลอดมักจะมีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากเสียเลือดและพลังงานจากการคลอด ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ หากมารดาดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ถูกต้อง จะมีส่วนส่งเสริมให้การแพร่กระจายเชื้อไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันมิให้มารดาเกิดการติดเชื้อหรือลดความรุนแรงของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุด

ความหมาย

การติดเชื้อหลังคลอด หมายถึง การติดเชื้อแบคทีเรียภายหลังคลอด ส่วนใหญ่ทำให้มีอาการเป็นไข้ จึงเรียภาวะที่มีไข้หลังคลอดว่า "ภาวะเจ็บป่วยหลังคลอด" (puerperal morbidity) คือ ภาวะที่มารดาหลังคลอดมีอุณหภูมิเท่ากับ 38°C หรือสูงกว่า ซึ่งเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 วัน ใน 10 วันแรกหลังคลอด โดยไม่นับ 24 ชั่วโมงแรก ทั้งนี้จะต้องวัดอุณหภูมิทางปากด้วยเทคนิคที่ถูกต้องและวัดอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง สำหรับการมีไข้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดนั้นเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายตามธรรมชาติต่อการคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะขาดน้ำ และการสูญเสียพลังงานในระยะคลอด

การติดเชื้อหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดามีภาวะเจ็บป่วยและถึงแก่ชีวิตได้นั้น ส่วนใหญ่จะพบในอุ้งเชิงกรานมากที่สุด และที่พบบ่อย ได้แก่ ฝีเย็บ เต้านม และทางเดินปัสสาวะด้วย นอกจากนี้ยังมีการติดเชื้อที่ลุกลามไปยังหลอดเลือด ได้แก่ หลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ เป็นต้น

อุบัติเหตุการ

อุบัติเหตุการของการติดเชื้อหลังคลอดพบได้ร้อยละ 1-8

แหล่งของเชื้อโรค อาจมาได้ 2 ทาง คือ

1. เชื้อโรคที่มีอยู่ภายในตัวมารดาเอง (Endogenous sources) เป็นเชื้อที่อาศัยอยู่ก่อนแล้วตามปกติภายในช่องคลอด ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพแต่อย่างใด แต่จะกลายเป็นเชื้อที่มีอันตรายต่อร่างกายเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบางประการ เช่น มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มีแผลบริเวณรกเกาะ การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือการติดเชื้อที่ติดต่อจากอวัยวะใกล้เคียง เป็นต้น

2. เชื้อโรคที่มาจากภายนอก (Exogenous sources) ซึ่งอาจได้รับจากการทำคลอด เครื่องมือทำคลอด ติดเชื้อจากมือของผู้ป่วยเอง หรือจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ

เชื้อที่เป็นสาเหตุ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. Anaerobic bacteria ที่พบบ่อยคือ Streptococcus รองลงมาได้แก่ Staphylococcus, Bacteroides, Peptostreptococcus และ Clostridium

2. Aerobic bacteria ที่พบบ่อยคือ Esherichia coli, Klebsiella และ Enterobacter

สาเหตุ

สาเหตุส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อระยะหลังคลอด แบ่งออกได้ดังนี้

1. ปัจจัยระยะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง และ/หรือ ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลง

1.1 การมีเพศสัมพันธ์ในระยะใกล้คลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีถุงน้ำคร่ำแตกในระยะใกล้เคียงกับการมีการเพศสัมพันธ์

1.2 ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดเป็นเวลานานเกิน 24 ชั่วโมง เชื้อ Bacteria จะแพร่กระจายเข้าสู่โพรงมดลูกในระยะก่อนกำหนดได้

2. ปัจจัยระยะคลอด

2.1 การติดเชื้อบริเวณช่องทางคลอด จากการตรวจทางช่องคลอดหรือทางทวารหนักบ่อยครั้งในระยะคลอด

2.2 ระยะคลอดยาวนานและการคลอดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอดทำให้ช่องทางคลอดได้รับความกระทบกระเทือน หรือมีการฉีกขาด

2.3 การผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง หรือการผ่าตัดมดลูกภายหลังคลอด เนื่องจากการสูญเสียเลือดอย่างรุนแรง

2.4 มีการตกเลือดระยะคลอด ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

2.5 การมีเศษรกหรือเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก ทำให้เกิดเนื้อตาย และเป็นแหล่งที่เชื้อ Bacteria เจริญได้ดี

2.6 การติดเชื้อจากระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจส่วนบนหรือระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ช่องทางคลอดได้

2.7 มารดาหลังคลอดมีภาวะอ่อนเพลียมาก ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลง

2.8 การไม่ระมัดระวังในเรื่อง Aseptic technique

3. เศรษฐฐานะทางสังคมต่ำ มารดาที่มีฐานะความเป็นอยู่ไม่ดี รายได้น้อย ยากจน การศึกษาน้อยหรือไม่มีการศึกษา เป็นต้น ทำให้ขาดความรู้ ทักษะ ตลอดจนปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่า

ตำแหน่งของการติดเชื้อ

ตำแหน่งของการติดเชื้อในมารดาหลังคลอดที่สำคัญมี 3 บริเวณ คือ การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ เต้านม ทางเดินปัสสาวะ และการอักเสบของหลอดเลือดดำ

1. การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ ในมารดาหลังคลอดมักเกิดขึ้นในระยะ 28 วันภายหลังคลอดบุตร และเป็นสาเหตุให้มารดามีภาวะเสี่ยงสูงถึงเสียชีวิตร้อยละ 18

การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์สามารถแบ่งได้เป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ ได้แก่ แผลฝีเย็บ และเยื่อบุมดลูก เป็นต้น การติดเชื้อที่ลุกลามไปตามท่อน้ำเหลือง ได้แก่ การอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน และเยื่อบุช่องท้อง เป็นต้น และการติดเชื้อที่ลุกลามไปยังหลอดเลือด ได้แก่ การอักเสบของหลอดเลือดดำ เป็นต้น

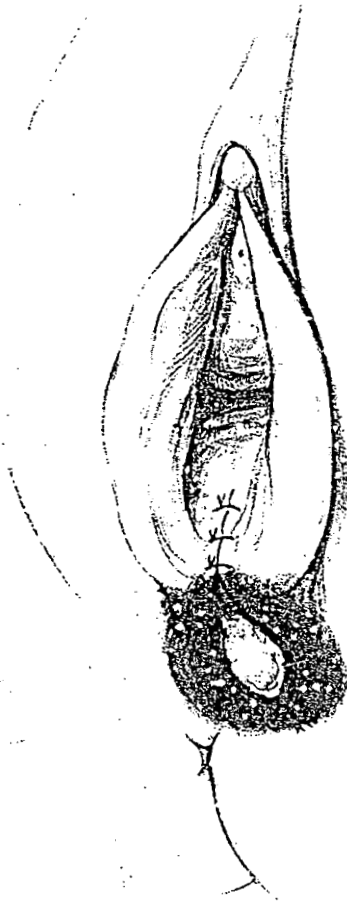
1.1 การติดเชื้อเฉพาะที่

1.1.1 การติดเชื้อบริเวณฝีเย็บ (Perineal infection) ดังภาพที่ 11

เป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ซึ่งพบบ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ คือ *Staphylococcus aureus* มักพบในผู้คลอดที่มีแผลฝีเย็บ หรือมีการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ

อาการแสดง

ขอบของแผลจะแดง บวม แฉก และกดเจ็บ ต่อมาขอบของแผลจะแยกออกและมีหนองไหลออกมา การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก มีอาการเจ็บปวดขณะถ่ายปัสสาวะเนื่องจากการสัมผัสของปัสสาวะกับแผล อาจมีอาการหนาวสั่นและอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นถึง 40 องศาเซลเซียส ซึ่งพบบ่อยกว่า 100 ครั้ง/นาที



ภาพที่ 11 การติดเชื้อบริเวณฝีเย็บ (Pillitteri, A., 1995)

1.1.2 การติดเชื้อของเยื่อบุมดลูก (Endometritis and Metritis)

เป็นการติดเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดของอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน เยื่อบุมดลูกชั้นใน หากมีการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบเรียก Endometritis แต่ในระยะหลังคลอดบริเวณเยื่อบุมดลูกที่รกเกาะอยู่จะมีลักษณะนูน มีสีแดงเข้ม ความกว้าง ประมาณ 4 เซนติเมตร ลักษณะขรุขระ เพราะประกอบด้วยหลอดเลือดดำจำนวนมาก ภายในหลอดเลือดดำเหล่านี้มีเลือดเข้าไปอุดตันบริเวณนี้จึงเป็นทางเปิดให้เชื้อ Bacteria เข้าไปเพาะตัวได้เป็นอย่างดี เรียกการอักเสบระยะนี้ว่า Metritis หากการอักเสบลุกลามสู่ชั้นกล้ามเนื้อมดลูก เรียกว่า Myometritis ซึ่งจะแสดงอาการภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง

1. อุณหภูมิร่างกายสูง 37.8-38.9 องศาเซลเซียส
- 2.ชีพจรเร็ว อัตรา 100-104 ครั้ง/นาที
3. หนาวสั่น
4. กดเจ็บบริเวณมดลูก การเจ็บจะแพร่กระจายไปข้าง ๆ ด้วย
5. มดลูกจะคลายตัวและกดนุ่ม
6. มีอาการเฉื่อยชาและเบื่ออาหาร
7. น้ำคาวปลาจำนวนมาก มีสีเลือดปนน้ำเหลืองและมีกลิ่นเหม็นเน่าแต่ถ้าสาเหตุเกิดจากเชื้อ β -hemolytic streptococcus น้ำคาวปลาจะมีจำนวนน้อยและไม่มีการเหม็น
8. จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงถึง 30,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติภายหลังคลอด 10,000-15,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร)
9. แสดงอาการในวันที่ 3 หรือ 4 หลังคลอด ยกเว้นการอักเสบที่เกิดจากเชื้อ β -hemolytic streptococcus จะแสดงอาการเร็วกว่า

1.2 การติดเชื้อลุกลามไปตามท่อน้ำเหลือง

1.2.1 การอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน (Parametritis) พบ

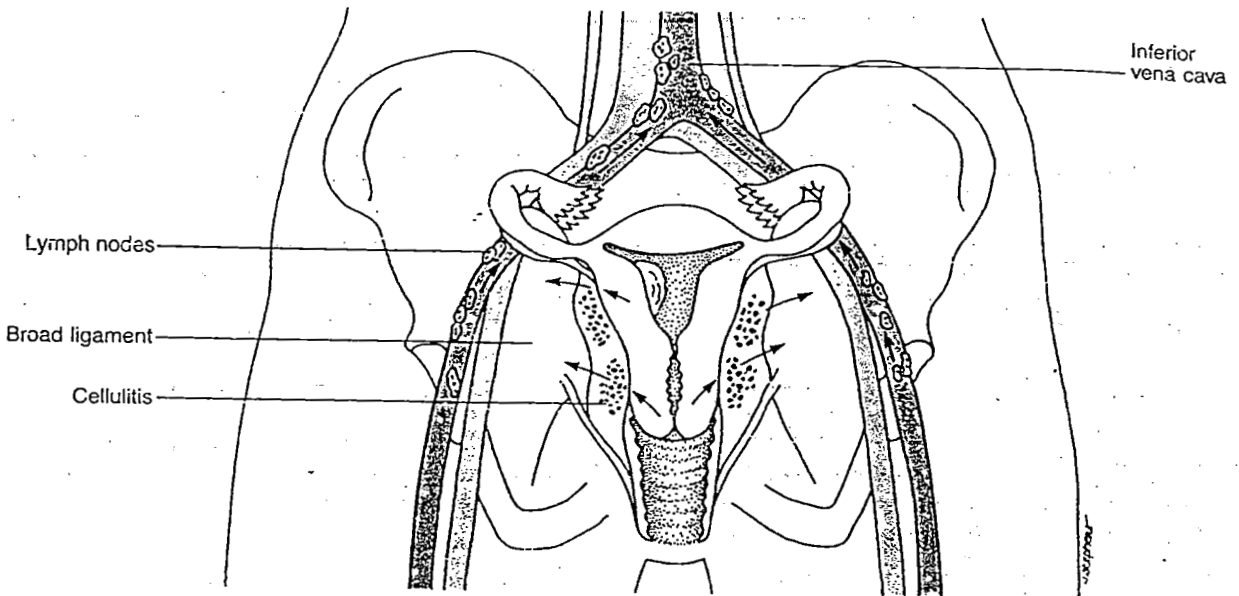
ว่า การอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกรานส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

- 1) มีการติดเชื้อเนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูก หรือแผลบริเวณมดลูกจากการผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง เชื้อที่เป็นสาเหตุจะผ่านทางต่อมน้ำเหลืองสู่อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นบางครั้งการอักเสบเฉพาะที่บริเวณ

ฝีเย็บหรือช่องทางคลอดอย่างรุนแรง ก็อาจทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกรานตามมา

2) การฉีกขาดของปากมดลูก ซึ่งแผ่เข้าไปถึง Connective tissue ของ Broad ligament ทำให้เกิดการติดเชื้อโดยตรงจากช่องทางคลอด

3) เป็นผลเกิดตามมาของ Pelvic thrombophlebitis เนื่องจากการอักเสบทะลุผ่านผนังหลอดเลือดดำออกมา และเชื้อกระจายเข้าสู่ Connective tissue นอกจากนี้พบว่า การอักเสบของเยื่อบุโพรงมดลูกไม่ได้รับการรักษา อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน (ดังภาพที่ 12)

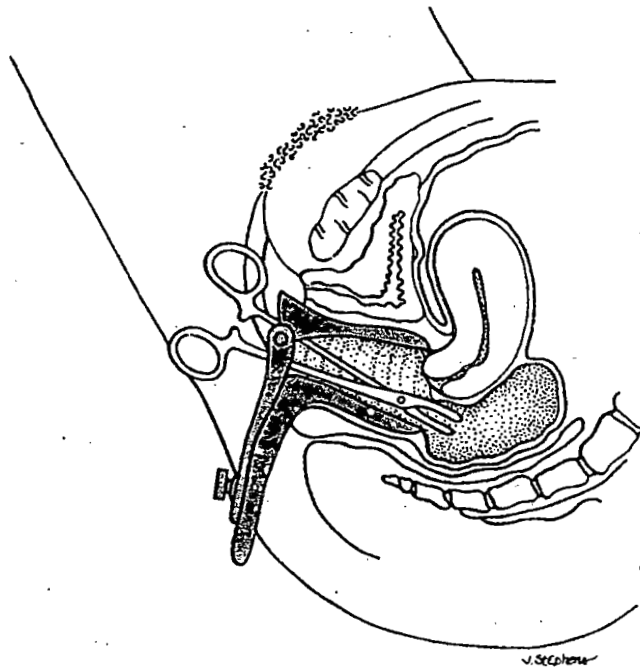


ภาพที่ 12 การอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน

(Neeson, J.D. and May, K.A., 1986)

หากการอักเสบมีความรุนแรง จะพบฝีพัฒนาขึ้นบริเวณฐานของ Broad ligament มดลูกจะติดอยู่กับที่ แต่ในกรณีที่มีการอักเสบเพียงด้านเดียวมดลูกจะถูกผลักดันไปด้านตรงข้าม ถ้าการติดเชื้อมีการกระจายเข้าสู่ Rectocervical septum ฝีก็จะพัฒนาขึ้นบริเวณด้านหลังของมดลูก การอักเสบของ Connective tissue มักพบบ่อยใน Broad

ligament และ Douglas' cul-de-sac ก็อันมีเหล่านี้จะหายไปเองหรืออาจต้องทำการเจาะบริเวณ Posterior cul-de-sac (ดังภาพที่ 13) เพื่อเอาหนองออก การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจะช่วยลดการอักเสบและการแตกของฝี เป็นการป้องกันมิให้หนองเข้าไปใน Peritoneal cavity และพัฒนากลายเป็นการอักเสบของเยื่อช่องท้อง



ภาพที่ 13 Posterior colpotomy เป็นการเจาะเอาหนองออกจากบริเวณด้านหลังของ Douglas'cul-de-sac
(Neeson, J.D. and May, K.A., 1986)

อาการและอาการแสดง

1. มีไข้สูง 39.4-40 องศาเซลเซียส (103-104°F) และมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย อาการดังกล่าวจะคงเป็นเวลานานเกิน 24 ชั่วโมง
2. ชีพจรเร็ว
3. หายใจเร็ว

4. มักพบอาการในวันที่ 3 หรือ 4 หลังคลอด ด้วยอาการของ Endometritis ต่อมาจะพบว่ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย

5. กดเจ็บบริเวณท้องน้อยข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง

6. เมื่อทำการตรวจภายใน จะพบว่าปากมดลูกบวมแดงและแพร่กระจายไปข้าง ๆ อาจคลำพบมดลูกติดอยู่กับที่ กดเจ็บ นอกจากนี้อาจคลำพบก้อนฝีได้ทางท้องน้อย หรือฝีที่คลำได้ อาจย้ายไปทางด้านหลัง ซึ่งจะตรวจพบทางทวารหนักได้ชัดเจน

7. จำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น (Leukocytosis : 15,000-30,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) น้ำคาวปลาที่มีกลิ่นเหม็นเน่า ยกเว้นการอักเสบที่เกิดจากเชื้อ β -hemolytic streptococcus

1.2.2 การอักเสบของเยื่อช่องท้อง (Peritonitis)

การอักเสบของเยื่อช่องท้องนี้จะรวมถึงเยื่อในอุ้งเชิงกรานและเยื่อชั้นนอกของอวัยวะในช่องท้อง

สาเหตุของการอักเสบ เกิดจากการกระจายของเชื้อเข้าสู่เยื่อช่องท้อง เนื่องจากการแตกของฝีในอุ้งเชิงกราน หรือจากการติดเชื้อลุกลามไปตามท่อน้ำเหลืองและผนังมดลูก (ดังภาพที่ 14) การอักเสบอย่างรุนแรงจะก่อให้เกิดหนองและการติดกันของอวัยวะภายในช่องท้อง อาจเป็นสาเหตุให้เกิดลำไส้อุดตันหรือเป็นหมันได้ อันตรายที่สำคัญที่สุดคือ เกิดภาวะช็อก ซึ่งทำให้ถึงแก่ความตายได้

นอกจากนี้พบว่าการอักเสบมีสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน หรือผ่านการคลอดมาหลายครั้ง

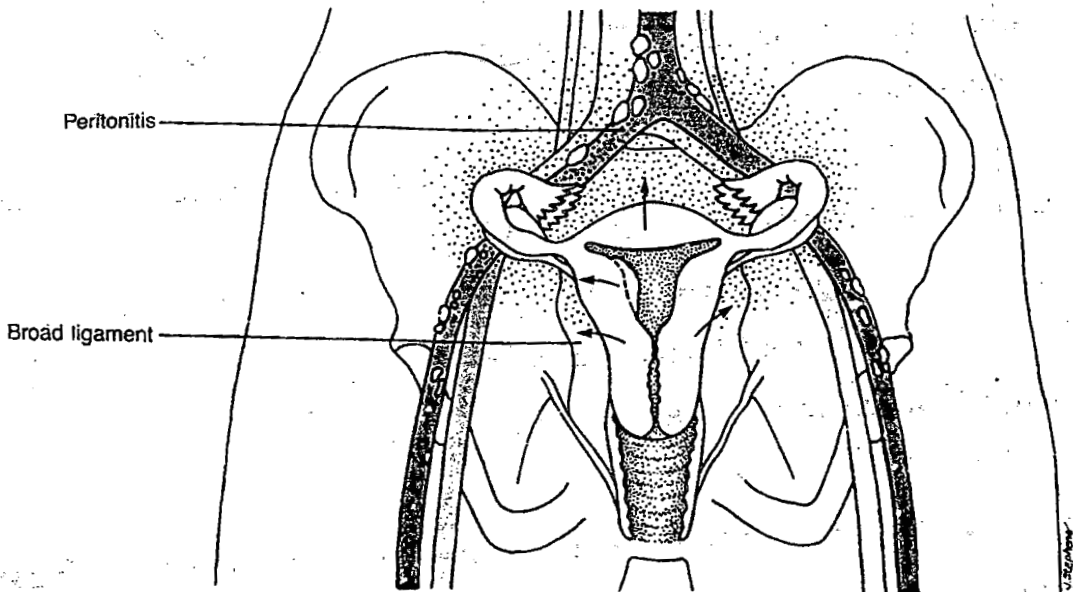
อาการและอาการแสดง

อาจเป็นการอักเสบเฉพาที่หรือมีการแพร่กระจายของเชื้ออย่างรวดเร็ว ซึ่งอาการแสดงได้แก่

1. มีอาการหนาวสั่น และมีไข้สูงถึง 40.5°C (105°F)
2. ชีพจรเบาและเร็วประมาณ 140 ครั้ง/นาที
3. หายใจเร็วและตื้น
4. กระสับกระส่าย วิตกกังวล มีอาการเพ้อคลั่ง
5. กระหายน้ำมาก ลิ้นเป็นสีน้ำตาลและมีกลิ่นเหม็น

รุนแรง

6. หน้าท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บ และมีอาการปวดท้องน้อยอย่าง
7. มีอาการท้องเสียและอาเจียน ซึ่งเป็นแบบอาเจียนพุ่ง
8. ถ้าไส้ไม่ทำงาน จะพบว่าหน้าท้องโป่งตึง



ภาพที่ 14 การอักเสบของเยื่อช่องท้อง

(May, K.A. and Mahlmeister, L.R., 1990)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคทำได้โดยอาศัยอาการและอาการแสดงข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกายและจากประวัติของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนบางครั้งอาจทำได้ยากเพราะมีปัญหาในการวินิจฉัยหลายประการ เช่น

1. มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีอาการปวดท้อง เนื่องจากการหดตัวของมดลูกและมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอด อาการกดเจ็บบริเวณมดลูกอาจมีเพียงเล็กน้อย

2. การมีไข้หลังคลอด มีสาเหตุส่งเสริมนอกเหนือจากการติดเชื้อหลังคลอดหลายประการ เช่น ภาวะขาดน้ำ เป็นต้น

3. การติดเชื้อจาก β -hemolytic streptococcus น้ำคาวปลาอาจมีน้อยไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า

สำหรับปัญหาเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ

1. ภายหลังคลอดพบ Leukocytosis ได้บ่อย

2. การเพาะเชื้อจากปากมดลูกแปลผลได้ยาก เพราะในคนปกติอาจพบ Pathogenic bacteria ได้เช่นกัน และการเพาะเชื้อจากโพรงมดลูกจะป้องกันการปนเปื้อนจากปากมดลูกได้ยาก

3. การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ ส่วนมากแยกไม่ได้ว่าเป็น Asymptomatic bacteriuria หรือการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ

4. การเพาะเชื้อจากเลือด แม้ผู้ป่วยจะติดเชื้อจริง ๆ แต่ได้ผลน้อยมาก

ถึงแม้ว่าการวินิจฉัยจะกระทำได้อย่างถูกต้องแล้ว แต่การวินิจฉัยโรคนั้น ส่วนใหญ่ทำได้โดยอาศัยอาการและอาการแสดง ซึ่งสรุปรวมได้ดังนี้

1. มี Puerperal morbidity

2. ปวดและกดเจ็บบริเวณช่องคลอด อาจพบมีหนองจากแผลฝีเย็บและแผลแยก

3. ปริมาณน้ำคาวปลามากขึ้น มีสีแดงเข้มและมีกลิ่นเหม็นเน่า

4. กดเจ็บบริเวณมดลูก และมดลูกหดตัวกลับเข้าสู่ช่องเชิงกรานช้ากว่าปกติ

5. ในรายที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อในอุ้งเชิงกราน จะตรวจพบฝีเกิดขึ้นเหนือ Poupert's ligament, Retzius's space หรือ Douglas's cul-de-sac

6. ในรายที่มีการอักเสบของเยื่อบุช่องท้องอย่างรุนแรง อาจเกิดภาวะช็อกได้

การวินิจฉัยแยกโรค

Puerperal morbidity ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อหลังคลอดแต่อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ จึงต้องวินิจฉัยแยกโรคจาก

1. โรคเมือมร้อนที่พบบ่อยในท้องถิ่น เช่น Malaria, Typhoid เป็นต้น จะวิเคราะห์แยกโรคโดยอาศัยการตรวจ Thick film, Widal test เป็นต้น

2. กรวยไตอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้ หนาวสั่น มีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด กดเจ็บบริเวณ Costovertebral angle การตรวจปัสสาวะและเพาะเชื้อจะช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้

3. เต้านมคัดและ/หรือเต้านมอักเสบ ในรายที่เต้านมคัดจะมีไข้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ยกเว้นในรายที่มีเต้านมอักเสบตามมา ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อ Staphylococcus aureus ตรวจเต้านมจะพบว่ามีอาการบวมแดงและกดเจ็บ

4. ไข้ดิ่งอักเสบเฉียบพลัน

ดังนั้น ในมารดาหลังคลอดที่มีไข้สูงนานเกิน 24 ชั่วโมง ควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ทั้งนี้รวมถึงการตรวจเต้านม ตรวจหน้าท้อง แผลฝีเย็บและแผลผ่าตัด ตรวจดูลักษณะและกลิ่นของน้ำคาวปลา ขนาดของมดลูก อาการกดเจ็บที่ตัวมดลูกและปีกมดลูกด้วย

การตรวจทางห้องทดลองที่ควรทำ ในมารดาที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อหลังคลอด ได้แก่

1. Complete Blood Count และ Thick film
2. การตรวจปัสสาวะ
3. การเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะ
4. ตรวจย้อมเชื้อและเพาะเชื้อจากปากมดลูกหรือโพรงมดลูก

การป้องกัน

การติดเชื้อหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมาก ซึ่งควรป้องกันมิให้เกิดขึ้น ในส่วนของพยาบาลการป้องกันภาวะดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่

1. ควรทำการรักษา Vulvitis, Vaginitis หรือการติดเชื้อเฉพาะที่อื่น ๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อ
2. หลีกเลี่ยงการมีสัมพันธ์ทางเพศในระยะท้ายของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนก่อนคลอด
3. ทำคลอดด้วยวิธี Aseptic technique
4. ควรระมัดระวังเรื่องการฉีกขาดของช่องคลอด และการตรวจทางช่องคลอด เพราะจะเพิ่มอันตรายของการติดเชื้อมากขึ้น

5. มารดาที่มีการคลอดลำบาก ใช้เวลาในการคลอดนาน มีการบาดเจ็บของช่องทางคลอด มีภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหารหรือจากการสูญเสียเลือดระหว่างการคลอด ทำให้ภูมิต้านทานโรคลดลง ฉะนั้นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะดังกล่าวควรได้รับการพักผ่อน และสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ควรป้องกันการเสียเลือดหรือมีการให้เลือดเมื่อจำเป็น

6. บุคคลซึ่งมี Bacteria respiratory infection หรือ Skin lesion ควรงดให้การดูแลมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีการติดเชื้อ Streptococcal infection หากว่าจำเป็นต้องดูแลควรมีการป้องกันที่ดี

7. ความสะอาดในการดูแลมารดาหลังคลอด ทั้งบุคลากรที่ให้การดูแลและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล เช่น การล้างมือก่อนที่จะให้การดูแลมารดาทุกครั้ง การใส่เสื้อ หมวกคลุมผม ผ้าปิดปากและจมูก และการเปลี่ยนรองเท้าก่อนเข้าห้องคลอด

8. แยกมารดาที่มีการติดเชื้อหลังคลอด

9. ควรแยกภาชนะและอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

10. ดูแลฝีเย็บให้สะอาด

การรักษา

ขึ้นอยู่กับอาการและอาการแสดง พยาธิสภาพและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การติดเชื้อหลังคลอดมีหลักในการรักษาดังต่อไปนี้ คือ

1. Specific treatment

การให้ยาปฏิชีวนะ ในรายที่ยังไม่ทราบการเพาะเชื้อควรให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อที่พบบ่อย ยาที่ควรใช้คือ Penicillin ซึ่งให้ผลดีกับเชื้อ Gram positive ชนิด Anaerobes ยกเว้น Bacteroids ควรให้ร่วมกับยาพวก Aminoglycoside (Kanamycin, Gentamicin, Streptomycin) ซึ่งครอบคลุมเชื้อ Gram negative ชนิด Aerobes ในรายที่มีการติดเชื้อรุนแรง ควรให้ยาปฏิชีวนะที่ฆ่าเชื้อ Bacteroid ได้ดีร่วมด้วย ยาเหล่านี้ได้แก่ Chloramphenical, Clindamycin, Metronidazole

2. Supportive and Symptomatic treatment

2.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ควรจัดให้นอนพักใน Fowler's position

2.2 แก้ไขภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์

2.3 ควรให้เลือดเมื่อตรวจพบว่า Hemoglobin ต่ำกว่า 8 กรัมเปอร์เซ็นต์

2.4 ถ้ามีการอักเสบของแผลฝีเย็บ ควรตัดใหม่เพื่อให้หนองไหลสะดวก ส่วนใน รายที่มีแผลจากการผ่าตัดนำทารกออกทางหน้าท้อง เมื่อแผลมีการติดเชื้อควรตัดใหม่ และทำแผลจนกว่าแผลหายดีจึงทำการเย็บแผลใหม่

2.5 ให้อาณาเชื้อเฉพาะที่ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ หรือเช็ดซับหนองใน ช่องทางคลอดห้าม Douch

2.6 ให้อาณา Oxytocic drug แก่มารดาหลังคลอดที่มดลูกหดตัวกลับเข้าสู่ ช่องเชิงกรานไม่ดี

2.7 ให้อาณาจับปวด

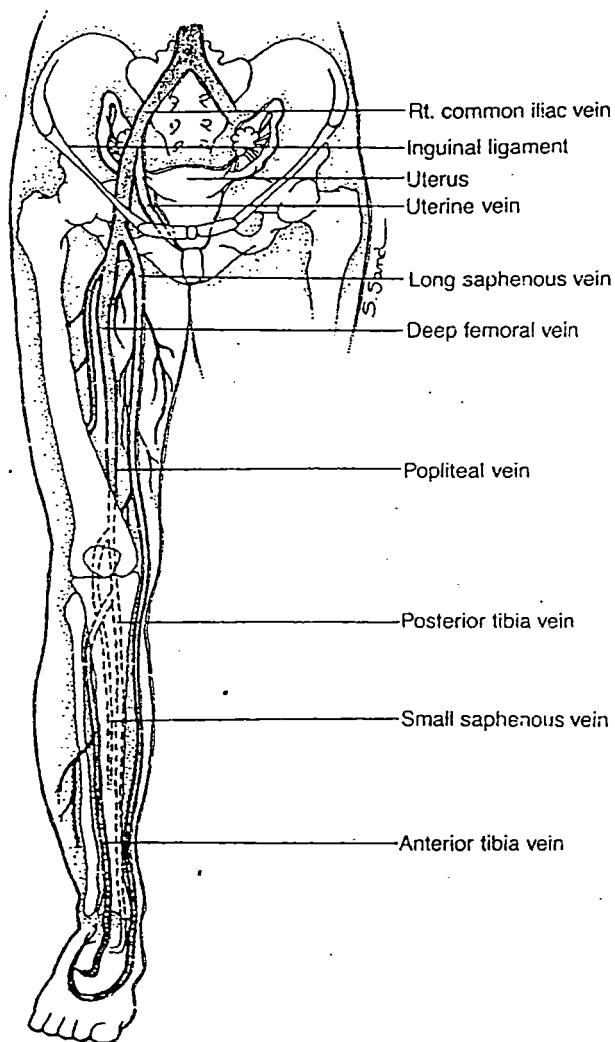
3. การรักษาโรคแทรกซ้อน

3.1 มารดาหลังคลอดที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องเชิงกราน หากพบว่ามีหนองเกิดขึ้น แพทย์จะทำการระบายเอาหนองออก

3.2 ให้อาณาปฏิชีวนะแก่มารดาที่มีการอักเสบของเยื่อช่องท้องโดยให้ Penicillin ขนาดสูง หรือ Gentamicin ร่วมกับยาที่ครอบคลุม Bacteroids นอกจากนี้ควร ระมัดระวังในการให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ถ้าการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีอาการ หนักมากขึ้นควรพิจารณาทำผ่าตัด

1.2.3 การอักเสบของหลอดเลือดดำ (Thrombophlebitis)

ประเภทของการอักเสบของหลอดเลือดดำ โดยทั่วไปแบ่งภาวะการ อักเสบของหลอดเลือดดำเป็น 2 ประเภท ดังภาพที่ 15 คือ



ภาพที่ 15 หลอดเลือดดำบริเวณข้อมือเชิงกรานและขา

(Reeder, S.J. ; Martin, L.L. and Deborah Koniak, 1992)

1. การอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขา (Femoral Thrombophlebitis) แบ่ง
ออกเป็น 2 ชนิด คือ (ดังภาพที่ 16)



ภาพที่ 16 การอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขา

(Wold, G.H., 1997)

1.1 การอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นผิว (Superficial Venous Thrombophlebitis)

1.2 การอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นลึก (Deep Venous Thrombophlebitis)

2. การอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Thrombophlebitis)

1. การอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขา

1.1 การอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นผิวด้าน เป็นการอักเสบเฉพาะที่ของ Saphenous vein ไม่ลุกลามหรือทำให้เกิดอันตรายแก่ระบบอื่นของร่างกายแต่อย่างใด

อาการและอาการแสดง

1. มีไข้ต่ำ ๆ
2. ปวดและร้อนบริเวณที่เป็น เวลาสัมผัสจะรู้สึกอุ่น เห็นรอยแดงตามหลอดเลือดดำ ถ้ากดจะเจ็บ

การรักษา

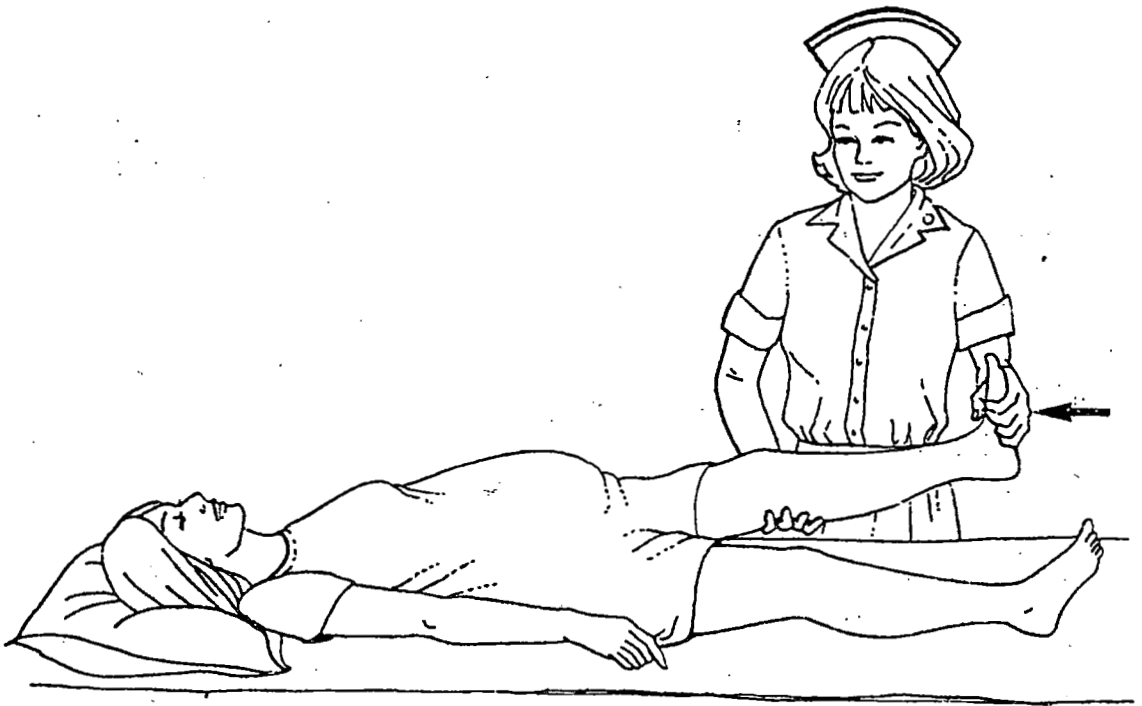
1. ให้อาบน้ำอุ่น
2. พักผ่อนบนเตียง (Bed rest) ปกติให้พักเพียง 1-2 วันเท่านั้น เพื่อให้อาการปวดทุเลาลง เมื่ออาการปวดลดลงก็ให้เดินได้ เพราะการนอนพักนานจนเกินไปอาจนำไปสู่การอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นลึกได้

3. ใช้ผ้ายืด (Elastic bandage) พันบริเวณที่เป็น

1.2 การอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นลึก เป็นการอักเสบของหลอดเลือดดำที่อยู่ลึกลงไปตามแนวของเท้า ไปจนถึง Iliofemoral region มารดาที่มีภาวะนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดตามมา

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดบริเวณที่มีพยาธิสภาพอย่างรุนแรง
2. มีไข้สูง หนาวสั่น ได้นานตั้งแต่ 15 นาที จนถึงหลายชั่วโมง
3. บวมกดนุ่ม โดยการบวมเริ่มแรกจะเริ่มที่ใต้บริเวณที่มีพยาธิสภาพ เพราะการไหลเวียนเลือดไม่ดี
4. การทดสอบ Homan's sign (ดังภาพที่ 17) ให้ผลบวก



ภาพที่ 17 การทดสอบ Homan's sign

(Reeder, S.J. ; Martin, L.L. and Deborah Koniak, 1992)

การทดสอบวิธีนี้กระทำได้โดยให้มารดานอนราบ เขยียดขาตรง ผู้ตรวจใช้มือดันฝ่าเท้าขึ้นเพื่อดึง Achilles' tendon ให้ตึง (Dorsiflexion) หากมารดามีการอักเสบของหลอดเลือดดำชั้นลึก จะมีอาการเจ็บปวดมากถือว่าให้ผลบวกต่อการทดสอบ

หากมารดามีอาการรุนแรง มักมีอาการที่เรียกว่า Phlegmasia Alba Dolens หรือ painful white inflammation หรืออย่างที่คนในสมัยก่อนเรียกว่า Milk leg ที่เรียกเช่นนี้เพราะว่า ถึงแม้ว่าการอักเสบและการติดเชื้อมักจะเกิดขึ้นเฉพาะหลอดเลือดดำเท่านั้น แต่มักทำให้หลอดเลือดแดงในบริเวณนั้นเกิดการหดเกร็งขึ้น ทำให้เลือดในหลอดเลือดแดงไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณขาดลง ขาจึงมีสีซีดลงอย่างเห็นได้ชัด จับดูจะรู้สึกเย็นกว่าปกติ คลำชีพจรไม่ได้

และจากการที่เลือดไปเลี้ยงบริเวณขาดลง จะมีผลทำให้ร่างกายสร้างน้ำนมลดลงไปด้วย โดยอัตโนมัติ คนในสมัยก่อนจึงเชื่อกันว่า การที่น้ำนมลดน้อยลง และขามีสีซีดขาวนั้นเกิดจากการที่น้ำนมไปลงสู่บริเวณขาที่มีพยาธิสภาพดังกล่าว

การรักษา

1. ยกขาสูง
2. ประคบร้อน
3. พักผ่อนบนเตียง
4. ให้ยาปฏิชีวนะประเภท Broad spectrum
5. เมื่ออาการปวดและไข้ทุเลาลง ควรกระตุ้นให้มีการทำกิจกรรม

โดยก่อนที่จะมีการทำกิจกรรมจะต้องพันผ้ายืดบริเวณที่มีพยาธิสภาพเสียก่อน และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ต่อไปอีกอย่างน้อย 3-5 วัน

1-2 สัปดาห์ต่อมา อาการอักเสบจะลดลง ควรกระตุ้นให้มารดาทำกิจกรรมได้เต็มที่ เช่น ลุกเดินบ่อย ๆ ร่วมกับการยกขาสูง ไม่ควรนั่งกดทับขานาน ๆ และอาจหยุดให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้ เพราะผู้ที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำ เมื่ออาการหายไ่มักจะไม่เกิดเป็นซ้ำอีก มีมารดาเพียงน้อยรายเท่านั้นที่อาจเกิดอาการขึ้นมาใหม่

ในกรณีที่ลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่มาก อาจเกิดการอุดตันขึ้น แพทย์บางคนอาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อเอาลิ่มเลือดออก (Thrombolectomy)

2. การอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน

การเกิดลิ่มเลือดในอุ้งเชิงกราน เป็นภาวะที่อาจจะเกิดขึ้นได้โดยปราศจากอาการใด ๆ หากไม่มีการติดเชื้อ มักเกิดขึ้นภายในสัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด นอกจากลิ่มเลือดจะไปอุดตันในปอด หรือมีการติดเชื้อร่วมด้วย จึงจะแสดงอาการให้เห็น มารดาจะมีอาการไข้ซึ่งขึ้นสูงได้ถึง 40°C หนาวสั่น เมื่อยล้าทั่วตัว

ส่วนใหญ่การเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน มักจะเกิดที่ ovarian vein เพราะ ovarian vein เปิดเข้าสู่ส่วนบนของมดลูกซึ่งเป็นตำแหน่งที่รกเกาะอยู่ และจะเกิดกับ right ovarian vein มากกว่า left ovarian vein ทั้งนี้เพราะจากการทำ radioangiography จะพบว่าเลือดมีการไหลเวียนจากมดลูกไปสู่ right ovarian vein แล้วตรงไปยัง inferior vena cava เพื่อเข้าสู่หัวใจ แต่ในทางตรงกันข้ามเลือดจาก left ovarian vein

จะไหลเข้าสู่หลอดตรงไปยัง renal vein ในไตซึ่งจะทำให้เกิดพยาธิสภาพตามตำแหน่งต่าง ๆ กัน หากมีลิ่มเลือดเกิดขึ้น

อาการและอาการแสดง

1. มีไข้หนาวสั่น เมื่อยล้าทั่วตัว
2. อาจคลำได้ก้อนบริเวณท้องน้อย กดเจ็บ
3. ปวดท้องน้อยบริเวณด้านซ้าย หรือขวา หรือทั้ง 2 ข้าง
4. การทำ CT scan จะพบว่า ovarian vein บวมและอักเสบ มีลิ่มเลือด

ปรากฏอยู่ในหลอดเลือด

5. หากเจาะเลือดมารดาเพื่อเพาะหาเชื้อ อาจพบเชื้อแบคทีเรียพวก A-hemolytic Streptococci, E.coli, Anaerobic Streptococci หรือ Bacteroides species

การรักษา

1. พักผ่อนให้เพียงพอ
2. ให้อาปฏิชีวนะประเภท Broad spectrum
3. ให้อาบรรเทาปวด เมื่อมีอาการปวดมาก และควรให้อาต้านการแข็งตัวของเลือด

ของเลือด

4. ในการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในครั้งแรกนิยมให้ยา Heparin 5,000 หน่วย วันละ 2-3 ครั้ง ก่อนให้ยา Heparin ประมาณ 30 นาที ควรตรวจ clotting time และ partial thromboplastin time (PTT) เพื่อจะได้ปรับขนาดของยาให้เหมาะสมในการรักษาระดับของ clotting time และ PTT ให้สูงขึ้น 2-3 เท่าของค่าเดิม เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดขึ้นมาใหม่

ต่อจากนั้นประมาณวันที่ 5 ของการรักษาด้วย Heparin ควรให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน เช่น Coumadin ควบคู่กับ Heparin แล้วค่อยลดขนาดของ Heparin ลงจนเหลือแต่ Coumadin เพียงอย่างเดียวและให้ Coumadin ต่อไปอีกประมาณ 6 สัปดาห์ หลังจากมีอาการต่าง ๆ สงบลงแล้ว ในระยะนี้ควรจะได้มีการตรวจ prothrombin time (PT) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เพื่อปรับขนาดของยาให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมค่า PT ให้เป็น 1 1/2-2 เท่าของค่าเดิม จึงจะให้ผลการรักษาได้ดีที่สุด และเป็น การปรับขนาดของยา เพื่อป้องกันการตกเลือดที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาได้

สำหรับในกรณีที่มารดาได้รับยาต่อต้านการแข็งตัวของเลือดมากเกินไปจนเกิดอาการตกเลือดขึ้นควรให้ยาต้านการออกฤทธิ์ (Antidote) ของ Heparin ได้แก่ยา 1% Protamine Sulfate 5-10 c.c. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ส่วนยาต่อต้านการออกฤทธิ์ของ Coumadin คือ Phytonadione (Mephyton) 5-10 mg รับประทาน หรือถ้ามารดามีอาการตกเลือดมาก ควรให้ขนาด 10-40 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำแทน

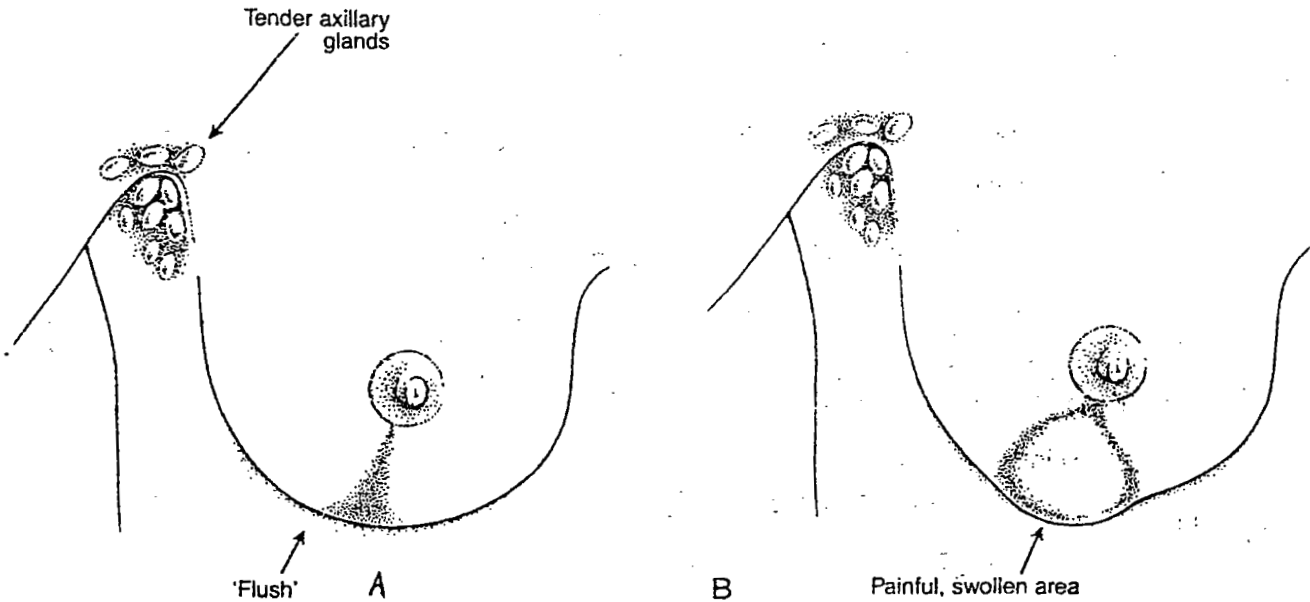
2. การติดเชื้อของเต้านม

การติดเชื้อของเต้านม มักจะเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่กำลังให้นมบุตรและเต้านมอยู่ในภาวะที่มีท่อเปิดของน้ำนมเป็นจำนวนมาก ประกอบกับเลือดที่มาเลี้ยงมีปริมาณสูง จึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย เมื่อเกิดการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบของเต้านม ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาทันที เชื้อแบคทีเรียจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วทำให้เกิดการอักเสบเป็นฝีที่เต้านมได้ การติดเชื้อของเต้านมพบได้ร้อยละ 1 ของมารดาหลังคลอด การติดเชื้อของเต้านมส่วนมากที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นการติดเชื้อเฉพาะที่ เชื้อเข้าทางบาดแผลหรือหัวนมที่แตก ซึ่งมีปัจจัยสำคัญหลายประการที่เป็นสาเหตุของหัวนมแตก ดังนี้คือ

1. การให้นมบุตรดูเฉพาะหัวนมโดยไม่ได้ให้เหงือกของบุตรกดลงบนลานนม
2. การให้นมบุตรดูนมแต่ละครั้งจะเริ่มให้ข้างเดียวตลอด จึงทำให้ดูเป็นเวลานาน หัวนมแตกได้
3. การดึงหัวนมออกจากปากบุตรปฏิบัติไม่ถูกวิธี คือไม่ได้กดคางบุตรเพื่อใหปากอ้าออก จึงทำให้หัวนมมีรอยถลอกและแตกเป็นแผลได้
4. ปล่อยให้หัวนมเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลา เช่น การครอบหัวนมให้นมบุตรดูโดยใช้พลาสติก

เต้านมที่มีบาดแผลหรือรอยแตกดังกล่าว หากมารดาหรือผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับเทคนิคปราศจากเชื้อ เช่น ไม่ได้ล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสเต้านม จะทำให้มีการติดเชื้อที่เต้านมได้ หรือจากบุตรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปากและจมูกซึ่งอาจได้รับเชื้อขณะที่อยู่ในท้องทารกแรกเกิด จะทำให้เชื้อแพร่กระจายไปยังเต้านมได้เช่นเดียวกัน

อาการและอาการแสดง มักจะปรากฏช้า โดยเฉลี่ยมักจะแสดงอาการภายหลังคลอด 1 สัปดาห์แล้ว โดยมีอาการนำ คือ มีการคัดของเต้านมอย่างรุนแรง มีไข้สูงอย่างรวดเร็วอยู่ระหว่าง $38.3-40^{\circ}\text{C}$ และมีอาการตึงบริเวณต่อมใต้รักแร้ ดังภาพที่ 18 -A



ภาพที่ 18 (A) การอักเสบของเต้านมระยะเริ่มแรก จะมีอาการปวด ตึงบริเวณเต้านม และต่อมใต้รักแร้บริเวณอักเสบจะแดง (B) เต้านมบวมแดงและมีหนองร่วมด้วย

(Reeder, S.J. ; Martin, L.L. and Deborah Koniak, 1992)

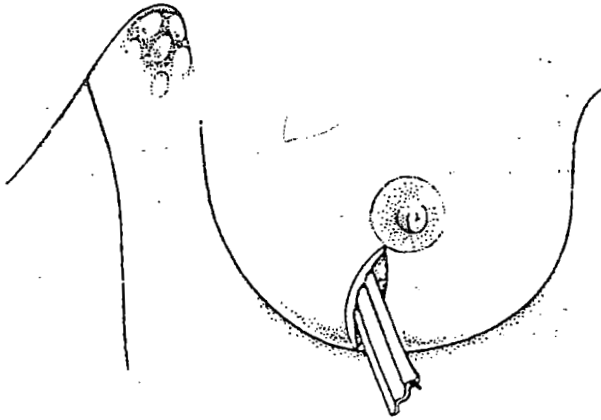
ต่อมาอาการจะแสดงชัดเจนขึ้น คือ

1. มีไข้สูงอยู่ระหว่าง $39.5-40^{\circ}\text{C}$ ($103-104^{\circ}\text{F}$)
2. ซีฟจรเร็ว
3. ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ มีอาการหนาวสั่น
4. บริเวณเต้านมแดงร้อน แข็งตึง ใหญ่ และกดเจ็บ
5. มีการคั่งของน้ำนม

ส่วนมากจะพบการอักเสบเพียงข้างใดข้างหนึ่ง และเป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ หากการอักเสบที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการรักษา เชื้อที่เป็นสาเหตุอาจลุกลามทำให้เกิดเป็นหนองได้ ดังภาพที่ 18-B

การป้องกัน เป็นหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของการพยาบาลมารดาหลังคลอด ซึ่งมีหลักการป้องกัน คือ

1. แนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดเต้านม และหัวนม ด้วยความระมัดระวังทุกครั้งก่อน และหลังให้นมทารก
 2. ให้ทารกดูดนมอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันหัวนมแตก ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อของเต้านมได้
 3. ใส่เสื้อชั้นในที่มีขนาดพอเหมาะไม่คับเกินไป เพื่อช่วยประคองเต้านมไว้
 4. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด และคัดตึงบริเวณเต้านม มีไข้สูง เป็นต้น เมื่อพบอาการดังกล่าวควรรีบแก้ไข เพื่อป้องกันการติดเชื้อของเต้านมที่อาจเกิดขึ้นได้
 5. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ที่มีการติดเชื้อ *Staphylococcus aureus*
- การรักษา**
1. ดูแลและรักษาความสะอาดเต้านมและหัวนมอย่างถูกต้อง
 2. งดให้ทารกดูดนมข้างที่ติดเชื้อ จนกว่าจะหายติดเชื้อ
 3. ให้อาบน้ำอุ่น
 4. ประคบเต้านมที่อักเสบด้วยกระเป๋าน้ำแข็ง และให้ยาบรรเทาปวด
 5. ในกรณีที่การติดเชื้อรุนแรงและมีหนองเกิดขึ้น แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าและระบายหนองออก ซึ่งจะผ่าบริเวณด้านข้างใกล้กับลานนม เพื่อหลีกเลี่ยงมิให้ถูก Lactiferous duct ดังภาพที่ 19 การทำวิธีนี้จะช่วยให้หนองไหลออกได้สะดวก และจะใส่ gauze drain ไว้ประมาณ 3 วัน แต่ควรทำความสะอาดและปิดแผลไว้ทุกวัน นำเชื้อหนองจากแผลส่งตรวจเพาะเชื้อ เพื่อทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุและให้อาบน้ำอุ่นที่เหมาะสม



ภาพที่ 19 ตำแหน่งการผ่าบริเวณด้านมที่อักเสบเป็นหนองและระบายหนองออก

(Reeder, S.J. and Martin, L.L., 1987)

3. การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)

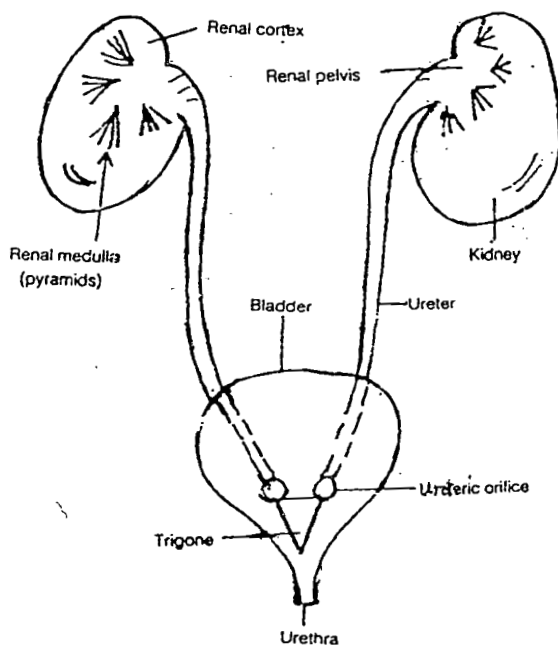
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาจมีสาเหตุมาจากการได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ทำให้ความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ปัสสาวะคั่ง จะมีผลทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตและเกิดการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ หรือการสวนปัสสาวะที่มีได้ระมัดระวังเกี่ยวกับเทคนิคปราศจากเชื้อ จะทำให้แบคทีเรียสามารถเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้โดยตรง และทำให้เกิดการติดเชื้อได้

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะพบร้อยละ 5 ของมารดาหลังคลอด เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย ได้แก่ *Escherichia coli*

อวัยวะที่เกิดการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะในระยะหลังคลอดพบได้บ่อย ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (cystitis) และกรวยไตอักเสบ (pyelonephritis)

3.1 กระเพาะปัสสาวะอักเสบ มารดาหลังคลอดมักจะประสบปัญหาการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ทั้งนี้เพราะในขณะที่คลอดโดยเฉพาะในรายที่คลอดยากและยาวนาน ส่วนนำของทารกจะกดบริเวณฐานกระเพาะปัสสาวะทำให้เกิดการชอกช้ำ มีการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณ Trigone ของกระเพาะปัสสาวะ (ดังภาพที่ 20) เป็นผลให้ความตึงตัว

ของกระเพาะปัสสาวะลดลง ปัสสาวะค้างคั่ง ทำให้เชื้อแบคทีเรียแบ่งตัวเจริญเติบโตมากขึ้น ก่อให้เกิดการอักเสบติดเชื้อตามมา



ภาพที่ 20 ระบบทางเดินปัสสาวะ

(James, J., 1984)

การอักเสบติดเชื้อที่เกิดขึ้น จะเป็นเฉพาะบริเวณเยื่อเมือก (mucosa) หรือได้ชั้นเยื่อ (submucosa) ของกระเพาะปัสสาวะเท่านั้น กระเพาะปัสสาวะบวมแดงอาจมีเลือดออก หากได้รับการรักษาที่ถูกต้อง มารดาก็จะหายขาดโดยไม่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด การติดเชื้อก็จะลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดแผลเป็น กระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง การจู่หน้าปัสสาวะลดลง บางรายที่มีน้ำปัสสาวะไหลย้อนไปยังหลอดไต ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อที่กรวยไตและไตได้

อาการและอาการแสดง

1. ปวดถ่ายปัสสาวะบ่อย เนื่องจากผนังกระเพาะปัสสาวะมีการระคายเคือง
2. ปัสสาวะแสบขัด จะเป็นมากที่สุดตอนถ่ายปัสสาวะสุด แต่ถ้ามีอาการรุนแรงจะแสบขัดตลอดการถ่ายปัสสาวะ
3. ปวดบริเวณหลังหรือหัวหน่าวเล็กน้อย
4. อาจมีไข้ต่ำ ๆ ร่วมด้วย อุณหภูมิระหว่าง 37.8° - 38.3° C
5. ปัสสาวะขุ่น อาจมีเลือดปนอยู่ในปัสสาวะ (Hematuria)

การวินิจฉัย การวินิจฉัยกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้จากอาการและอาการแสดง และการตรวจปัสสาวะมักพบว่า มีเม็ดเลือดขาวมาก มีหนองพบเม็ดเลือดแดงและจากการเพาะเชื้อในปัสสาวะจะพบเชื้อแบคทีเรีย 10^5 โคโลนีต่อมิลลิลิตร

การรักษา

1. ให้มารดาได้รับน้ำมากกว่า 3,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อให้ปัสสาวะขับแบคทีเรียออกจากร่างกายดีขึ้น
2. ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ก่อนให้ยาควรทำ urine culture และ sensitivity test ก่อน เพื่อให้การรักษาได้ผลดี โดยในระหว่างที่รอผลควรให้ยาที่ฆ่าเชื้อได้รวดเร็ว ได้แก่ Cephalexin หรือ Bactrim ไปก่อน เมื่อได้ผลจากการทำ urine culture และ sensitivity test แล้ว จึงเปลี่ยนตัวยาให้เป็นชนิดที่จะฆ่าเชื้อได้ดีที่สุดโดยให้เป็นระยะเวลา 10-14 วัน
3. เพื่อลดอาการปวด แพทย์มักให้ยาลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหรือยาแก้ปวด เช่น Phenazopyridine หรือ Atropine

3.2 กรวยไตและไตอักเสบ คือการติดเชื้อที่มีการอักเสบของเนื้อไตและกรวยไต ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อทางกระแสเลือด โดยเริ่มที่เนื้อไต แต่ถ้าหากการติดเชื้อเริ่มมาจากการติดเชื้อลุกลามจากระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง การอักเสบจะเริ่มที่ Renal pelvis แล้วจึงลุกลามเข้าสู่เนื้อไต ไตจะบวมและขยายใหญ่ เนื่องมาจากการคั่งของเลือด หรืออาจพบจุดหนองเป็นหย่อม ๆ ร่วมด้วย เชื้อที่พบก็มักเป็นเชื้อเดียวกับที่ติดเชื้อของกระเพาะปัสสาวะ กรวยไตอักเสบเกิดน้อยกว่ากระเพาะปัสสาวะอักเสบ อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง ซึ่งจะปรากฏอาการประมาณ 3-4 วันหลังคลอด

อาการและอาการแสดง

1. มีไข้สูงกว่า 37.8°C หนาวสั่น
2. ปวดบั้นเอว เวลากดจะเจ็บบริเวณซี่โครงด้านหลังหรือกระดูกสันหลัง (Costo-vertebral angle)
3. ถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ป่อยและปวดแสบ
4. อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย
5. ตรวจปัสสาวะ พบว่า มีเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เพราะเชื่อได้
เชื้อที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ
6. การทำ KUB จะพบว่าไตอาจโตขึ้นเล็กน้อย อาจพบก้อนนิ่วร่วม
ด้วย
7. ทำ Pyelograph พบว่าไตเสื่อมหน้าที่

การรักษา

1. ให้การรักษาเหมือนกระเพาะปัสสาวะอักเสบทุกประการ
2. หากมารดามีอาการหนาวสั่น จะต้องทำให้ร่างกายอบอุ่น
3. ถ้ามารดามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ต้องให้น้ำและอาหารทาง
หลอดเลือดดำ
4. หากมีอาการปวดบั้นเอวมมาก ให้ยาระงับปวดและใช้การประคบ
ร้อนเพื่อบรรเทาอาการ

การพยาบาลมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด

ความสำคัญ

เป็นที่ตระหนักกันโดยทั่วไปแล้วว่า สภาพร่างกายของมารดาภายหลังคลอด มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อกลับสู่สภาพเดิม ผลจากการคลอดที่ต้องทุ่มเทพลังกาย พลังใจไปอย่างมากมายนั้น มักหลงเหลือความบอบช้ำแก่มารดาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความบอบช้ำทางจิตใจที่เกิดขึ้นซึ่งอาจมีเพียงเล็กน้อยที่ทำให้มารดาหลังคลอดมีอาการมึนเศร้า ซึม ร้องไห้

หรือมีความรุนแรงจนกระทั่งกลายเป็นโรคจิตหลังคลอดได้ การพยาบาลมารดาภายหลังคลอดจึงมีจุดมุ่งหมายครอบคลุมบุคคลทุกคน คือการคำนึงถึงความสำคัญทางด้านร่างกายเท่าเทียมกับความสำคัญทางด้านจิตใจ ทั้งนี้เพราะในระยะหลังคลอดจะเป็นช่วงเวลาที่มาตราได้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจเป็นอย่างมาก เพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพจิตที่ดี แต่ในมารดาบางรายอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความไม่สมดุลของสภาพอารมณ์ และความคิดเกิดขึ้นในระยะแรกภายหลังคลอด ซึ่งได้แก่

1. มีความตึงเครียด วิตกกังวล หรือกระสับกระส่าย
2. มีอาการทางร่างกาย เช่น หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ
3. มีความรู้สึกเศร้าโศก ซึมเศร้า และมีความคิดว่าตัวเองไม่มีคุณค่า (Self depreciative thinking)
4. ต้องการนอนพักผ่อนมาก ๆ เหนื่อยอ่อน (malaise) และ/หรืออาเจียน
5. ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล ควบคุมอารมณ์ไม่ได้
6. ความสนใจลดลง หลงลืมง่าย ความคิดสับสน มึนงง

ความผิดปกติเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นได้พร้อมกันหลายอาการ ซึ่งบางครั้งอาการเหล่านี้ อาจจะมีความคล้ายคลึงกับ อาการของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ ดังนั้นพยาบาลในหน่วยหลังคลอดจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของมารดาทั้งในระยะปกติและผิดปกติ เพื่อสามารถประเมินมารดาเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง

ความยุ่งยากในการปรับสภาพจิตใจ และอารมณ์ภายหลังคลอด ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ ซึ่งปัจจุบันเชื่อว่าเป็นสาเหตุส่งเสริมของการเกิดอัตราการเจ็บป่วยทางจิตเวช และสูติศาสตร์

การจำแนกความผิดปกติทางจิตใจของมารดาหลังคลอด สามารถจำแนกได้เป็น 3 ชนิด คือ

1. อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues)
2. ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)
3. โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)

จิตแพทย์บางท่านให้ข้อคิดเห็นว่า ความผิดปกติทางจิตใจของมารดาหลังคลอดนั้น ไม่สามารถแบ่งแยกเป็นระยะได้อย่างเด็ดขาด ทั้งนี้เนื่องจากอาการและอาการแสดง

ต่าง ๆ มักเกิดขึ้นต่อเนื่องกันเป็นลำดับไป แต่ในที่นี่จะขอกล่าวถึงความผิดปกติทางจิตใจของมารดาหลังคลอดแต่ละชนิดดังนี้

อารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blues)

ภายหลังคลอดบุตรมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความผิดปกติทางจิตใจอาจเกิดขึ้นได้ในระยะหลังคลอด เพราะอารมณ์ของมารดาในระยะหลังคลอดแปรปรวนได้ง่ายและพบได้บ่อย ในระยะแรกมารดาอาจมีความตื่นเต้นดีใจต่อการมีบุตร แต่ต่อไปอาจเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ อารมณ์เศร้าหลังคลอดเป็นความแปรปรวนทางจิตใจเพียงเล็กน้อย มักเกิดขึ้นในวันที่ 3 หรือ 4 ภายหลังคลอดจึงมีชื่อเรียกอาการนี้ได้หลายอย่างเช่น four-day blues หรือ baby blues และอาการนี้จะมีเพียง 2-3 วันก็จะหายไป อุบัติการณ์ของอารมณ์เศร้าหลังคลอดพบได้ประมาณร้อยละ 50 ถึง 60 ของมารดาหลังคลอด

อาการของอารมณ์เศร้าหลังคลอด

การร้องไห้เป็นลักษณะอาการที่พบได้มากที่สุด มักเป็นการร้องไห้อย่างไร้เหตุผล มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากหัวเราะกลายเป็นร้องไห้มีความรู้สึกเศร้าสร้อย เหนื่อยอ่อน ขาดสมาธิ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ

สาเหตุของอารมณ์เศร้าหลังคลอด

สาเหตุของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่ามีความเกี่ยวข้องกับความไม่สุขสบายของร่างกายภายหลังคลอด ความอ่อนเพลีย นอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากเวลาในการนอนหลับถูกรบกวน หรือมีความตึงเครียดทางจิตสังคม จากสามี ครอบครัว หรือเกิดความตึงเครียดจากการปรับตัวสู่บทบาทใหม่

แนวทางการพยาบาลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด

การรักษาพยาบาลมารดาที่มีอารมณ์เศร้าหลังคลอดนั้น ไม่มีวิธีการที่แน่นอนตายตัว เนื่องจากเป็นอาการที่สามารถหายไปได้เอง สิ่งสำคัญที่สุดนอกเหนือไปจากการพยาบาลมารดาภายหลังคลอดทั่วไปแล้ว คือ พยาบาลควรให้การช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจแก่มารดา รวมทั้งอธิบายถึงสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของมารดาให้สามีและญาติเข้าใจ และให้การประคับประคองทางจิตใจแก่มารดา จะช่วยให้มารดาคลายความตึงเครียดและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) คือภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของความเศร้านั้นแตกต่างกัน เริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัย ตายอยากต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง ภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากอารมณ์เศร้า (Sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรืออารมณ์เศร้าหลังคลอด คืออารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกเศร้าที่ไม่รุนแรงมากนัก บุคคลที่อยู่ในอารมณ์เศร้าหลังคลอดจะเงิบขริมลง มีสีหน้าไม่สบาย ดังได้กล่าวแล้วในอารมณ์เศร้าหลังคลอด เมื่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเศร้าใจถูกขจัดไป บุคคลนั้นก็มักจะกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้านั้น ความรู้สึกเศร้าใจจะรุนแรงและแสดงให้เห็นได้โดยพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม บุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงออกดังนี้

1. มีอาการท้อแท้ หมดหวัง มองดูโลกในแง่ร้ายมักไม่มีความพึงพอใจกับเหตุการณ์รอบตัว ทุกอย่างดูจะไม่เป็นที่พึงพอใจ และไม่ถูกใจไปหมด
2. มีท่าทางเหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง ถ้าอาการรุนแรงมากจะคิดฆ่า พุดฆ่า ทำงานช้า ขาดความคิดสร้างสรรค์
3. มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความหมายสำหรับผู้ใด ไม่ชื่นชอบตนเอง (Self-depreciation) ตีค่าตนเองต่ำ (Low self-esteem) จึงมักไม่ค่อยสมาคมกับใคร แยกตัวเอง (Isolation) เพราะคิดว่าคนอื่นจะไม่ชื่นชอบตน
4. มีจิตใจหดหู่ หม่นหมอง เศร้าสร้อย ไม่มีความสุขในชีวิตประจำวันมองโลกในด้านลบ รู้สึกว่าทุกอย่างไม่สดใส บุคคลรอบข้างเอาเปรียบและเชื่อถือไม่ได้
5. มีความรู้สึกจุกแน่นในอก และบางครั้งรู้สึกเหมือนมีก้อนมาจุกที่ลำคอ
6. มีนิสัยการนอนเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าที่ร่างกายต้องการ
7. ไม่มีความอยากอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย จึงเป็นเหตุให้มีน้ำหนักตัวลดลง หน้าตาซูบซีดวลง
8. ในรายที่มีความรู้สึกเศร้านามาก ๆ จะมีความคิดทำร้ายและทำลายตนเอง จึงอาจเกิดการฆ่าตัวตายได้ง่าย หากมีเหตุการณ์ที่ทำให้คับแค้นใจเกิดขึ้น

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักจะเริ่มด้วยอาการนอนไม่หลับ นำมาเป็นอาการแรก การร้องไห้ โดยไม่มีเหตุผล เช่น ถ้าสามีไม่มาเยี่ยมตามเวลา หรือสามีและญาติให้ความสนใจ ทารกที่เกิดใหม่มากกว่าสนใจมารดา บางรายอาจหัวเราะและร้องไห้สลับกันไป มีความรู้สึก เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หงุดหงิด เบื่ออาหาร กระสับกระส่าย เชื่องซึม มีความวิตกกังวล รู้สึก เศร้า เสียใจ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ และไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาใด ๆ ได้ มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้นมักเริ่มด้วยการมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดเกิดขึ้นในวันที่ 3 หรือวันที่ 4 หลังคลอด และสูงสุดในวันที่ 10 ภายหลังจากคลอด อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดเพียง ชั่วระยะเวลาหนึ่ง แต่กลับมีอาการคงอยู่จนถึง 3-4 สัปดาห์หลังคลอด มารดาเหล่านี้จะไม่สามารถระงับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ มีความอ่อนไหวทางอารมณ์ มารดาเหล่านี้ มักเป็นบุคคลที่มีความคาดหวังในตนเองสูงเกินไป ทำให้เกิดความรู้สึกละอายใจ คิดว่าตนเอง มีความผิดจึงเป็นสาเหตุให้มารดาเหล่านี้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและมักแยกตัวเอง

อาการ ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. มีอาการเศร้าโศกภายหลังคลอด ฝันร้าย และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความรู้สึกเสียใจ สูญเสีย ซึ่งมักเกิดจากความตื่นตื้นต่อการคลอด
2. ระยะที่สองอาจเกิดขึ้นในช่วง 1-3 เดือนภายหลังคลอด โดยมารดาพยายามที่จะนำทารกมาร่วมเข้าเป็นสมาชิกในครอบครัว และพยายามตอบสนองความต้องการของ ทารก ในขณะที่เดียวกันมารดาต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และบทบาท หน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้น ช่วงเวลานี้มารดามักมีอาการอ่อนเพลีย พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากการให้การเลี้ยงดูทารก
3. ระยะที่สาม ระยะนี้อาจใช้เวลานานถึง 1 ปีภายหลังคลอด มารดาจะ พยายามปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา แต่เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ต่อบทบาทการ เป็นมารดา คือ ความรู้สึกหนึ่งก็อยากทำหน้าที่มารดาให้ดีแต่ความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เชื่อง ซึม ขาดความกระตือรือร้นทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวนไม่คงที่ และมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ ได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลรอบข้าง

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด กระจายอยู่ระหว่างร้อยละ 10.8-24 อาจเกิดขึ้นทันทีภายหลังจากคลอด หรือเกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งในระยะ 1 ปีแรกหลังคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาเกิดความทุกข์ที่ไม่สามารถขจัดปัญหาให้หมดไปได้ภายในขอบปีแรกของการมีบุตร

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าการคลอดบุตรไม่ได้เป็นสาเหตุสำคัญอย่างเดียว แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายสิ่งหลายอย่างด้วยกัน คือ บุคลิกภาพของมารดา ภาวะจิตสังคม และความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยส่งเสริมหลายประการซึ่งพอจะจำแนกได้ดังนี้

1. ความตึงเครียดทางร่างกาย (Biological stress) เป็นสาเหตุทางร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การเสียเลือด เสียน้ำ เสียอิเล็กโตรลัยท์ เนื้อเยื่อถูกทำลาย ร่างกายเหนื่อยล้า เนื่องจากการมีการคลอดลำบาก ใช้เวลานาน มีความเจ็บปวดมาก หรือมีการติดเชื้อ เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมน ได้แก่ การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) ในระยะหลังคลอดทันทีที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin) ที่เพิ่มสูงขึ้นในระยะหลังคลอดก็มีผลให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ และเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีการลดลงของฮอร์โมนนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และฮอร์โมนไทรอกซีน (Thyroxine) ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตได้ โดยเฉพาะในรายที่มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการอยู่แล้ว

1.3 การคลอดลำบาก การคลอดด้วยวิธีการผ่าตัด การบาดเจ็บ จากการคลอด การได้รับยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท หรือยาระงับความเจ็บปวด เพื่อใช้สูติศาสตร์หัตถการ หรือการอดนอนนาน ๆ ในระยะคลอดอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของจิตใจได้

2. ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) มีองค์ประกอบทางจิตใจหลายอย่าง ที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เช่น

2.1 มีปัญหาความยุ่งยากเกี่ยวกับชีวิตสมรส เป็นหม้าย หรือแยกกันอยู่ไม่ได้รับความเห็นใจ เข้าใจ ความเอาใจใส่จากสามี ถูกทอดทิ้งละเลย มีความรู้สึกในแง่ลบต่อสามี

2.2 การตั้งครรภ์ในครั้งนี้อาจไม่พึงปรารถนา หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

2.3 ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ หรือขาดสามี และญาติมาให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดในยามที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

2.4 มีความวิตกกังวลกลัวว่าบุตรจะพิการ กลัวสามีจะนอกใจ หรือกังวลใจว่ารูปร่างของตนเองจะไม่กลับสู่สภาพปกติหลังคลอด

2.5 มีความวิตกกังวลต่อภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรมีความยุ่งยากใจ และสับสนกับบทบาทการเป็นมารดา มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในการที่จะเลียนแบบบทบาท การเป็นมารดาจากมารดาของตนเอง หรือขาดรูปแบบของการเป็นมารดาที่ดี ทำให้ต้องพึ่งพาคู่คนอื่น เกิดความสับสนและมีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ยาก ความคับข้องใจ และความล้มเหลวในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา อาจทำให้เกิดความรู้สึกผิด ละอาย และสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองจึงเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดได้

2.6 ความเจ็บป่วยทางจิตใจ ประวัติโรคจิตภายหลังคลอดของครอบครัว หรือความผิดปกติทางจิตใจของตัวมารดาเอง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอด หรือมารดาที่เคยมีประวัติซึมเศร้า ภายหลังการคลอดบุตรคนแรกมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซ้ำได้ในการคลอดครั้งหลัง

3. ความตึงเครียดทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อม (Social stress) ได้แก่ การมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีความยากจน สามีตกงาน มารดาเกิดความวิตกกังวลว่าจะหาเงินมาซื้อของใช้สำหรับทารกได้อย่างไร หรือมารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด อาจเกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถเลี้ยงดูลูกได้หรือไม่ หรือเกิดจากการมีความเชื่อที่อึดปองอย่างที่ทำให้มารดาได้รับการดูแล หรือวิธีการคลอดไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการติดเชื้อภายหลังคลอดได้

มารดาที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่ไม่สามารถจะบอกได้ว่า มารดารายใดจะเกิดอาการ หรือมารดารายใดจะไม่เกิดอาการ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า มารดาที่เพิ่งคลอดบุตร หรือมารดาที่ยกบุตรให้ผู้อื่นเลี้ยงดู หรือมารดาที่ได้รับการเตรียมตัวเกี่ยวกับการคลอดมาเป็นอย่างดี ก็สามารถมีอาการซึมเศร้าหลังคลอดได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามมารดาที่อยู่ในภาวะเสี่ยงมักเป็นสตรีที่มีความลำบากในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทมารดา และมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ตั้งครรภ์
2. มารดาที่มีประสบการณ์ การสูญเสียในช่วงเวลา 2 ปีก่อนคลอด เช่น การตายของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความสำคัญในชีวิต หรือประสบความล้มเหลวในการดำเนินชีวิต
3. มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในระยะ 2 ปีหลังซึ่งเกี่ยวกับการสูญเสีย เช่น การย้ายบ้าน การสูญเสียหน้าที่การทำงาน หรือการเลื่อนตำแหน่งการทำงาน

ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะมีผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ยุบายาลควรตระหนักถึง เพื่อสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม ผลของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีดังต่อไปนี้

1. มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะสูญเสียความสนใจในชีวิตสมรสโดยเฉพาะเรื่องเพศสัมพันธ์กับสามี ทำให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่นและอาจเป็นสาเหตุของการหย่าร้างและชีวิตสมรสแตกแยกได้
2. มารดาจะสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย จากความเหนื่อยอ่อนของซึมเศร้าและสูญเสียพลังงาน รวมทั้งมีสุขภาพจิตที่ไม่สมบูรณ์
3. มารดาจะมีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (self-destructive behavior) ได้แก่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด หรือการฆ่าตัวตาย เป็นต้น
4. มารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจ มักไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาที่ดีได้ มักโยนความผิดให้กับบุตร มีการทุบตีทารุณเด็ก ละทิ้งเด็ก เด็กที่เจริญเติบโตมาจากการเลี้ยงดูของมารดาเหล่านี้ร้อยละ 10-16 จะพัฒนาความผิดปกติทางจิตแบบจิตเภท (Schizophrenic psychosis) เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ส่วนอีกร้อยละ 10-30 จะพบว่ามีความ

ผิดปกติทางจิตใจอื่น ๆ เช่น มีปัญหาในการเข้าสังคมกับเพื่อน และความสัมพันธ์กับครูไม่ดี สภาพอารมณ์แปรปรวน และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ แต่ความสำคัญอยู่ที่ความสามารถประเมินอาการ และอาการแสดงได้อย่างรวดเร็ว แต่การตัดสินใจระหว่างอารมณ์เศร้าหลังคลอดกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อาจมีความสับสนและเข้าใจผิดได้ ดังนั้นสิ่งที่มีประโยชน์เป็นอย่างมาก คือ การตระหนักถึงความรู้สึก พฤติกรรมของมารดา และให้การประคับประคองทางจิตใจตั้งแต่แรกเริ่ม จะช่วยป้องกันการพัฒนาความผิดปกติทางจิตใจไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

วัตถุประสงค์ในการให้การพยาบาลแก่มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีดังต่อไปนี้

1. ให้มารดาได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย และได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
2. ส่งเสริมให้มารดาได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจ จากสามีและญาติ
3. ส่งเสริมและให้กำลังใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา
4. ให้มารดาได้รับความช่วยเหลือ และการดูแลรักษาเพื่อนำบำบัดภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

แนวทางในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด มีดังนี้

1. การดูแลให้มารดาได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ/โดยอาจนำบุตรมาให้มารดาเลี้ยงดูในตอนกลางวัน และนำกลับไปไว้ในห้องทารกแรกเกิดในตอนกลางคืน เพื่อให้มารดามีโอกาสพักผ่อนอย่างเต็มที่ หรือแพทย์อาจให้ยานอนหลับ เพื่อช่วยให้มารดาหลับสนิท หลังจากนั้นค่อย ๆ ให้มารดามีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2. ดูแลให้มารดาได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย บรรเทาความเจ็บปวด พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะหลังคลอด สาเหตุของความไม่สุขสบาย รวมทั้งอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงสภาพอารมณ์ซึมเศร้า หรือการร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุนั้นว่าเป็นสิ่งปกติที่อาจเกิดขึ้นได้กับมารดาในระยะหลังคลอดทั่วไป

3. พยาบาลควรให้ความสนใจต่อการพูดคุยของมารดา ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซิตและสม่ำเสมอ ด้วยท่าทีและคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือ จะทำให้มารดาเกิดความเชื่อถือไว้วางใจ มารดาจะได้ระบายปัญหาความคับข้องใจของตนออกมา พยาบาลควรเข้าใจว่ามารดาที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าต้องการความรัก ต้องการความห่วงใย ความสนใจการประคับประคองทางจิตใจ เช่นเดียวกับมารดารายอื่น ๆ แต่มารดาเกิดความลังเลใจที่จะขอสิ่งเหล่านั้นจากผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะกลัวการถูกปฏิเสธจากผู้อื่น จึงใช้วิธีแยกตัวเอง หรือหันหนีจากบุคคลอื่นเสีย

(4. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการเลี้ยงดูบุตร ควรดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพการดำรงชีวิตของมารดา รายนั้น ๆ พยาบาลควรคำนึงด้วยว่าคำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้แก่มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนั้น อาจทำให้มารดาเหล่านี้เกิดความตึงเครียดและสับสนได้ นอกจากนี้มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะไม่สามารถรับฟัง หรือจดจำคำแนะนำได้ทั้งหมด การให้คำแนะนำจึงควรทบทวนซ้ำให้แก่มารดาเป็นครั้งคราวไป

5. พยาบาลควรให้กำลังใจแก่มารดาโดยการกล่าวชมเชย เมื่อมารดาสามารถปฏิบัติตัว หรือให้การดูแลทารกได้ถูกต้อง เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้พยาบาลควรแนะนำให้สามีและญาติพยายามหันเหความสนใจไปที่มารดา มากกว่าทารก และให้การดูแลเอาใจใส่ประคับประคองจิตใจ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง และมองเห็นความสำคัญของตนเอง

6. พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือในการเลี้ยงดูทารก ทันททีที่พบว่ามารดาเริ่มประสบความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร แต่ไม่ควรมีบทบาทในการเลี้ยงดูทารกเสียทั้งหมด เพราะจะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ พยาบาลควรส่งเสริมให้กำลังใจ โดยทำให้มารดาารู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญในการเลี้ยงดูทารก

7. มารดาบางรายที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระยะที่มารดากำลังเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า หรือในระยะที่กำลังฟื้นจากภาวะซึมเศร้า เป็นระยะที่มีการทำลายชีวิตตนเองมากที่สุด พยาบาลในหน่วยหลังคลอดจึงควรป้องกันไม่ให้มารดาฆ่าตัวตาย หรือ

ทำร้ายบุตร โดยการไม่ละทิ้งมารดาไว้ตามลำพังกับทารก กิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาควรอยู่ในสายตาของพยาบาล แต่ไม่ควรทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมองอยู่ตลอดเวลา

8. จัดให้มารดาได้เข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับมารดารายอื่น ๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ให้ความช่วยเหลือระดับประคองซึ่งกันและกัน หรือจัดให้ได้พูดคุยกับมารดาผู้ซึ่งเคยผ่านภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมาแล้ว เพื่อให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาและให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้เพราะการที่มารดาได้เข้าร่วมกลุ่มกับมารดารายอื่น ๆ ทำให้เกิดความอบอุ่น ช่วยให้อายใจหวาดได้เร็วขึ้นความรู้สึกที่ว่าตนเองถูกทอดทิ้งจะลดน้อยลง มารดาจะสามารถฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น

9. มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดนี้มีการทำนายโรคค่อนข้างดีมารดาสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ดี แต่บางรายที่ไม่ได้รับการรักษา หรือความช่วยเหลืออย่างทันที่ อาจนำไปสู่การเป็นโรคจิตหลังคลอด หรือเกิดความผิดปกติทางจิตใจได้ในครรภ์ต่อ ๆ ไป หรือเมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในชีวิต ดังนั้นเมื่อมารดาเริ่มแสดงอาการผิดปกติทางจิตใจรุนแรงขึ้นพยาบาลไม่ควรลังเลใจในการขอความร่วมมือจากจิตแพทย์ในการดูแลรักษามารดาหลังคลอดเหล่านี้

โรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis)

โรคจิตหลังคลอดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้หลังการคลอดบุตร นอกเหนือจากภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หรืออารมณ์เศร้าหลังคลอด โรคจิตหลังคลอดมักจะเกิดขึ้นกับมารดาภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอดบุตร ระยะเวลาที่มีโอกาสเป็นโรคจิตหลังคลอดมากที่สุดคือ ภายใน 10 วันหลังคลอด มารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอดประมาณร้อยละ 90 เกิดอาการภายใน 1 เดือนหลังคลอดอีกร้อยละ 10 จะเกิดขึ้นหลังคลอด 1 เดือนหรือจนกระทั่งหลังคลอด 6 เดือน

อุบัติการณ์ของโรคจิตหลังคลอด

อุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้ประมาณ 1 : 1,000 แต่มีข้อเสนอแนะว่ามีมารดาเพียงกลุ่มน้อยเท่านั้นที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังมีมารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอดอีกหลายรายที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา จึงทำให้คาดคิดว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตหลังคลอด อาจมี

ถึง 1 : 200 โรคจิตหลังคลอดพบได้ในมารดาที่คลอดบุตรคนแรกร้อยละ 54 อีกร้อยละ 46 พบในการคลอดบุตรคนหลัง ๆ ใน 3 เดือนแรกหลังคลอดมารดามีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตหลังคลอดเพิ่มสูงขึ้น 3-4 เท่า มารดาที่โอกาสเสี่ยงสูงที่สุดคือ มารดาที่เคยมีประวัติความผิดปกติทางจิตใจมาก่อน

สาเหตุของโรคจิตหลังคลอด

สาเหตุของการเกิดโรคจิตหลังคลอดจะคล้ายคลึงกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่มีสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมีลักษณะเฉพาะตัวของมารดาเอง เช่น มารดาที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคจิตได้ง่ายอยู่แล้วมารดาที่มีประวัติว่าญาติเป็นโรคจิตอยู่แล้ว มารดาที่มีบุคลิกภาพแปรปรวนอยู่ก่อนแล้วเช่นบุคลิกภาพแบบเก็บตัวหรือบุคลิกภาพแบบย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

อาการของโรคจิตหลังคลอด

อาการของโรคจิตหลังคลอดมักพบได้เร็ว และมีอาการรุนแรงทันที มักเริ่มเป็นระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอด การสังเกตว่ามารดาเป็นโรคจิตหลังคลอดคือ มารดาจะมีอาการนำมาก่อน เช่น

- นอนไม่หลับ
- กระสับกระส่าย
- หงุดหงิดง่าย
- อารมณ์ไม่แน่นอน
- กระวนกระวายใจ
- หวาดวิตก มีความกังวลอย่างมาก

อาการต่อมา คือ

- สับสนจำวันเวลา สถานที่ บุคคลไม่ได้
- ความจำเสื่อม สมาธิเสีย
- เริ่มวุ่นวาย พูดมาก เพ้อเจ้อ ทำท่าทางแปลก ๆ หรือร้องไห้คร่ำครวญ
- บางรายอาจมีอาการหลงผิด หวาดระแวง หรือประสาทหลอน
- บางรายมีอาการแบบซึมเศร้า
- เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ
- บางรายมีความคิดว่าบุตรถูกแย่งชิงไป เสียชีวิต หรือมีรูปร่างอัปลักษณ์

- ต่ำหนิตัวเอง คิดลงโทษตัวเองว่าไม่ดี

- บางรายมีอาการรุนแรงมากจนคิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ถ้าผ่านระยะแรกโดยไม่ได้รับการรักษา มารดาจะเริ่มมีอาการโรคจิตซึ่งจะมีอาการของโรคจิตชนิดใดชนิดหนึ่ง คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia) มารดาเหล่านี้จะมีอาการหลงผิด มีความคิดเพ้อฝัน ประสาทหลอน ติดต่อกับผู้อื่นไม่ได้ ตัดสินใจไม่ถูก มีอารมณ์แบบเฉยเมย และมีพฤติกรรมผิดไปจากปกติ

2. โรคซึมเศร้า (Psychotic depression reaction) มารดาเหล่านี้จะมีอารมณ์เศร้า หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ความคิดและการกระทำเชื่องช้า มีความคิดต่ำหนิตัวเองและลงโทษตัวเอง บางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตายอยากฆ่าหรือทำร้ายผู้อื่น โรคซึมเศร้าในระยะนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จึงควรรีบให้การรักษา

3. โรคแมเนีย (Mania-depressive illness) มารดาเหล่านี้จะมีลักษณะอาการทางคลีนิกเด่นชัด เช่น พุดมาก ไม่หลับไม่นอน มีการเคลื่อนไหวมาก อารมณ์สนุกสนานร่าเริง

4. โรคจิตเนื่องจากสมองพิการ (Toxic psychosis) มารดาเหล่านี้จะมีระดับความรู้สึกที่มึนงง (Blurred consciousness) เป็นอาการเด่นชัดร่วมกับอาการสับสน จำเวลาสถานที่ และบุคคลไม่ได้ ส่วนมากมีอาการประสาทหลอน และหวาดระแวง กลัวคนจะปองร้าย ลักษณะสำคัญอีกอย่างคือ บางเวลารู้สึกตัวดี บางเวลาไม่ค่อยรู้สึกตัว

การพยากรณ์โรค

มารดาหลังคลอดที่ป่วยด้วยโรคจิตหลังคลอด มักจะหายภายใน 2-4 สัปดาห์ บางรายที่มีอาการซึมเศร้ามาก หรือเพ้อคลั่งมากอาจมีอาการอยู่นาน 3-6 เดือนจึงหายเป็นปกติ แต่บางรายการพยากรณ์โรคไม่ดีก็อาจเป็นเรื้อรังนานหลายเดือน เป็นปี หรือหลายปี หรืออาจไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 60 หายเป็นปกติได้ แต่มีประมาณร้อยละ 10 ถึง 15 ที่จะมีอาการเรื้อรังต่อไป

การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. ลักษณะอาการของโรคจิตหลังคลอดที่เริ่มมีอาการอย่างรวดเร็วจะหายได้ดีกว่ารายที่ค่อย ๆ เกิดอาการอย่างช้า ๆ

2. สาเหตุของโรคจิตหลังคลอดที่เกิดจากโรคทางกายจะดีกว่าทางด้านจิตสังคม ถ้าเป็นชนิดโรคจิตเนื่องจากสมองพิการ (Toxic psychosis) การพยากรณ์โรคดี ส่วนมากหายภายใน 2-4 สัปดาห์ มารดาที่มีอาการซึมเศร้าหรือเมเนีย จะมีอาการอยู่นาน 3-6 เดือน และสามารถหายเป็นปกติได้ ส่วนในรายโรคจิตเภทการพยากรณ์โรคไม่ดี เป็นเรื้อรัง อาจเป็นนานเป็นปี และมักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม

3. มีการรักษาและการติดตามผลที่เพียงพอ มารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น

4. การร่วมมือให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี บิดา มารดา และญาติพี่น้อง รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมจะช่วยให้มารดาเหล่านี้มีอาการดีกว่ามารดา รายที่ไม่ได้รับความร่วมมือ ความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว

การรักษาโรคจิตหลังคลอด

หากประเมินพบว่ามารดาหลังคลอดมีอาการของโรคจิตหลังคลอด สิ่งที่ยาบาลควรทำ คือ การปรึกษาจิตแพทย์เพื่อให้การรักษาทางด้านจิตใจอย่างถูกต้อง การรักษาโรคจิตหลังคลอดแบ่งออกเป็น 3 ชนิด

1. การรักษาทางกาย ได้แก่

1.1 การใช้ยา ถ้าเป็นอาการของโรคจิตมารดาจะได้รับยาพวก Major Transquillizer หรือที่เรียกว่า Antipsychotic drug ถ้าเป็นอาการโรคประสาทให้ยา Minor Transquillizer หรือที่เรียกว่า Antianxiety drug ถ้ามีอาการเศร้าเด่นชัดให้ Antidepressant ถ้าหากสาเหตุเกิดจากการติดเชื้ การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อ รวมทั้งการให้ยารักษาโรคจิตร่วมด้วย และในขณะที่ให้ยาไม่ควรให้บุตรดูนมมารดา เพราะยาดังกล่าวจะถูกขับออกมากับน้ำนมด้วย อาจเป็นอันตรายต่อบุตรได้ นอกจากนี้ควรให้อาหาร น้ำและอิเล็กโตรลัยท์เพื่อทดแทนการสูญเสียภายหลังคลอดอย่างเพียงพอ

1.2 การช็อคไฟฟ้า สำหรับในรายที่มีอาการรุนแรงหรือใช้ยารักษาไม่ได้ผล

2. การรักษาทางจิตใจโดยใช้จิตบำบัด การทำจิตบำบัดจะทำในรายที่เป็นโรคประสาท หรือโรคจิตไม่รุนแรง อาจให้ร่วมกับการใช้ยาได้ การทำจิตบำบัดอาจทำแบบจิตบำบัดรายบุคคล (Individual therapy) จิตบำบัดกลุ่ม (Group therapy) จิตบำบัดครอบครัว

(Family therapy) หรือจิตบำบัดระหว่างคู่สมรส (Marital therapy) วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือทำร่วมกัน 2-3 วิธีตามความเหมาะสม การทำจิตบำบัด จะเน้นหนักในการแก้ไขความขัดแย้ง (conflict) ต่าง ๆ ให้อยอมรับบทบาทการเป็นมารดา (Mother role) มากขึ้น ช่วยให้ผู้มารดาเรียนรู้วิธีเลี้ยงดูบุตร สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ให้มารดามีโอกาสระบายความโกรธ ความไม่พอใจต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาที่มีอยู่

3. การรักษาโดยการแก้ไขสิ่งแวดล้อม (Environment therapy) การรักษาโดยแก้ไขสิ่งแวดล้อมนี้ ได้แก่ ให้สามีได้เข้าใจถึงความผิดปกติทางจิตใจของภรรยา อธิบายให้ทราบแนวทางการรักษา และความสำคัญของบุคคลที่ใกล้ชิดที่จะต้องเข้าใจ และเห็นใจ ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่นมั่นใจแก่ภรรยาโดยแนะนำสามีให้หันมาเยี่ยมเยียนภรรยาในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล คอยเป็นเพื่อน และให้กำลังใจแก่ภรรยา ขณะเดียวกันควรให้ญาติ พี่น้อง คอยช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร และรับภาระงานแม่บ้านชั่วคราว เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ และเป็นการให้มารดาได้มีเวลาพักผ่อนบ้าง ถ้าเป็นไปได้ไม่ควรแยกบุตรจากมารดาถึงแม้ว่ามารดาไม่ได้ให้การเลี้ยงดูบุตร แต่ควรให้มารดาได้มองเห็นบุตรเสมอ เพื่อเป็นการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก และได้มีผู้ศึกษาพฤติกรรมของมารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอดพบว่าใน 100 รายมีเพียง 3 รายเท่านั้นที่มีพฤติกรรมทุบตี ทารกบุตร

การประเมินมารดาและครอบครัว

พยาบาลเป็นบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ที่กำลังประสบกับความยุ่งยาก เนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจภายหลังการคลอดบุตรได้ หากพยาบาลให้ความใกล้ชิด สนใจต่อความเปลี่ยนแปลงของมารดาและครอบครัวอย่างละเอียดรอบคอบ พยาบาลจะสามารถค้นหาปัญหาได้ตั้งแต่ต้นและหาทางให้ความช่วยเหลือให้สามารถเผชิญต่อปัญหา หรือช่วยหาแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

การประเมินอันดับแรก ควรเป็นการประเมินสมาชิกในครอบครัวเพราะปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากมารดาเพียงคนเดียว แต่อาจมีสาเหตุจากบุคคลอื่นภายในครอบครัวร่วมด้วย พยาบาลควรสังเกตความผิดปกติในสิ่งต่อไปนี้คือ

- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว
- ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลในครอบครัวต่อมารดา

ในขณะที่พยาบาลพยายามประเมินมารดาและครอบครัว เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา สิ่งหนึ่งที่พยาบาลไม่ควรมองข้ามคือ การประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว ว่าเมื่อเกิดมีปัญหาหรือความตึงเครียดเกิดขึ้น ครอบครัวใช้วิธีการใดในการเผชิญปัญหา และการประเมินแหล่งที่มาของมารดาและครอบครัว สามารถขอความช่วยเหลือก็เอื้อได้ เมื่อเกิดปัญหาหรือความตึงเครียดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมให้ครอบครัวเผชิญต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการให้การพยาบาลมารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอด มีดังต่อไปนี้

1. ให้มารดาได้รับความสุขสบาย และส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดี
2. ให้มารดา สามี และญาติ ได้ทราบถึงการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์
3. ให้มารดาได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
4. ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว และให้ครอบครัวสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ได้ตามความเหมาะสม

แนวทางการพยาบาลมารดาและครอบครัว

แนวทางการพยาบาล มารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอดรวมทั้งครอบครัว มีดังนี้

1. การดูแลสุขภาพอนามัย ความสะอาดของร่างกายมารดา ควรส่งเสริมและกระตุ้นให้มารดาได้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การแปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว พร้อมทั้งให้คำชมเชย เพื่อมารดาสามารถปฏิบัติได้
2. ควรจัดการพยาบาลที่จะให้แก่มารดาที่เป็นโรคจิตหลังคลอดอย่างเหมาะสม ไม่ให้มากจนเกินไป เพราะจะทำให้มารดาเกิดความตื่นตระหนก วิตกกังวลเพิ่มขึ้น
3. พยาบาลควรสังเกตมารดาอย่างใกล้ชิด สังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คำพูดของมารดา เพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเอง และควรเก็บสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น กรรไกร มีด ให้ไกลจากตัวมารดา
4. ดูแลการรับประทานอาหารของมารดาในแต่ละมื้อ และพยายามจัดอาหารตามความชอบของมารดา หรืออนุญาตให้สามีนำอาหารบางอย่างมาได้ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงคุณค่าของอาหาร แต่ถ้ามารดาไม่พร้อมที่จะรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ พยาบาลควรดูแลให้มารดาได้รับเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย เช่น นม ไข่ ให้เพียงพอ

5. ดูแลให้มารดาได้รับยารักษาโรคจิตอย่างถูกต้อง ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยา

6. อธิบายให้มารดาและสามีเข้าใจถึงวิธีการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า หากแพทย์มีความเห็นว่ามารดาควรได้รับการรักษาโดยวิธีนี้ เพื่อให้เข้าใจและยอมรับต่อการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า

7. พยาบาลควรใช้เวลาแก่มารดาในการพูดคุย และรับฟังในสิ่งที่มารดาพูดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ไม่ควรขัดแย้ง หรือตำหนิความคิดของมารดา พยายามรับฟังด้วยความสนใจ ไม่ขัดจังหวะการสนทนา หรือเปลี่ยนเรื่องสนทนา แสดงให้มารดาเห็นว่าพยาบาลเป็นเพื่อนที่ใกล้ชิดที่ดีคนหนึ่ง ทั้งนี้เพราะการรับฟังและกระตุ้นให้มารดาได้พูดถึงปัญหาและความรู้สึกนึกคิดของตนเอง จะช่วยให้มารดาคลายความเครียดลงได้และเกิดความมั่นใจมากขึ้น

8. ชักนำให้มารดาเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด เมื่อมารดามีความพร้อมอธิบายให้มารดาเข้าใจถึงเหตุผลในการมารวมกลุ่ม พร้อมทั้งแนะนำบุคคลอื่น ๆ ที่มารวมกลุ่ม ไม่ควรเร่งรัดมารดาหากมารดาไม่พร้อมหรือไม่ยอมเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัด ควรใช้เวลาแก่มารดา ให้ความใกล้ชิด และความช่วยเหลือด้วยความนุ่มนวล จะช่วยให้มารดาเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือมากขึ้น

9. พยาบาลควรให้ความสนใจแก่สามี และควรคำนึงด้วยว่าสามีก็ต้องการกำลังใจจากแพทย์และพยาบาลเช่นกัน ควรอธิบายให้สามีเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของภรรยา อธิบายถึงพฤติกรรม ปัญหาต่าง ๆ ของภรรยา และการดูแลรักษาที่ได้รับจะช่วยให้สามีผ่านพ้นช่วงเวลาที่ย่ำแย่ยากของเขาไปได้ และสามารถให้ความช่วยเหลือระดับประคองให้กำลังใจแก่ภรรยาได้อย่างเต็มที่

10. ควรให้คำแนะนำแก่สามี-ภรรยา ในการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์หรือเว้นระยะการมีบุตร 2-3 ปี เนื่องจากมารดาอาจมีโอกาสดังกลับเป็นโรคจิตหลังคลอดซ้ำได้ จึงควรให้สามีภรรยา ได้ร่วมกันพิจารณาหาวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมหรือทำหมันตามความเหมาะสม

การป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิตใจในมารดาหลังคลอด

ในการพยาบาลมารดาภายหลังคลอดนั้นเป้าหมายที่สำคัญก็คือ การส่งเสริมให้มารดาสามารถปรับตัวให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้มารดาสามารถเผชิญกับความตึงเครียดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้อย่างเหมาะสมทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ

1. การป้องกันในระยะตั้งครรภ์ นอกเหนือจากการตรวจครรภ์และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้ความสนใจในด้านสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ในสิ่งต่อไปนี้

- ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส
- สภาพครอบครัว ความเป็นอยู่ สถานะเศรษฐกิจ
- ความต้องการในการมีบุตร การวางแผนการตั้งครรภ์
- ท่าที่ตอบสนองของสามีต่อการตั้งครรภ์
- บุคลิกภาพและประวัติความผิดปกติทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์และ

ครอบครัว

- สังเกตท่าที พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ให้โอกาสหญิงตั้งครรภ์ได้พูดระบายความรู้สึกต่าง ๆ ในขณะที่ตั้งครรภ์ ความไม่พอใจ ความโกรธ ความกังวลใจ เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไป

พยาบาลควรช่วยเหลือให้คำแนะนำหรือหาทางแก้ไขปัญหาดังแต่เนิ่น ๆ การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ หากเป็นไปได้ควรให้สามีได้มีโอกาสรับฟังด้วยในระยะตั้งครรภ์ การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิตใจหลังคลอด ควรมีแนวทางดังนี้

1.1 การเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ โดยการจัดให้มารดาได้เข้ากลุ่มการเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Childbirth preparation) อธิบายให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส การเตรียมจิตใจให้พร้อมก่อนที่จะคลอด โดยการหาความรู้ทำความเข้าใจว่าการคลอดโดยทั่วไปแล้วเป็นอย่างไร หลังคลอดแล้วจะต้องพบกับเหตุการณ์หรือปัญหาอย่างไรบ้าง เป็นการลดความกลัว ความวิตกกังวลจากความไม่รู้

1.2 การเตรียมทางด้านครอบครัว ควรอธิบายให้สามีและภรรยามีความเข้าใจและรับทราบ ว่า ทั้งสองคนจะต้องมีความรับผิดชอบต่อการเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเตรียมตัวสำหรับการเลี้ยงดูบุตร เช่น ด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ หรือการหาบุคคลอื่นมาช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร ทั้งนี้เพราะการได้เตรียมการนี้ให้พร้อมก่อนที่จะคลอดบุตร จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจต่อการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น นอกจากนี้ควรอธิบายให้สามีทราบถึงความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ที่สามีควรให้แก่ภรรยา ในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการเตรียมบุตรคนก่อนให้พร้อมต่อการมีน้องคนใหม่

หากพยาบาลประเมินพบว่า การตั้งครรภ์ทำให้สุขภาพจิตของมารดาเลวลงมาก หรือมีอาการทางจิตเวชอย่างรุนแรง แสดงถึงความไม่พร้อมในการมีบุตร ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาการทำแท้ง (Therapeutic abortion) ให้ ถ้ายังอยู่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์

2. การป้องกันในระยะคลอด สิ่งที่สำคัญมากในระยะคลอด คือ การดูแลทางด้านจิตใจเพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจต่อการคลอด การพยาบาลทางด้านจิตใจที่สำคัญในระยะนี้ คือ การอยู่เป็นเพื่อน ให้ความเห็นอกเห็นใจ ปลอบใจ ดูแลให้มีความสุขสบายรวมถึงการให้ความสนใจผู้คลอดในฐานะบุคคล สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถผ่านพ้นการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย และหากเป็นไปได้ การที่อนุญาตให้สามีเข้าไปอยู่ใกล้ซิด คอยให้กำลังใจแก่ผู้คลอด จะมีผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างสามี-ภรรยาแน่นแฟ้นขึ้น รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา มารดา กับทารก ดำเนินไปด้วยดี ทำให้ปัญหาทางจิตใจหลังคลอดลดลงไปด้วย

3. การป้องกันในระยะหลังคลอด การพยาบาลในระยะหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะเกิดความผิดปกติทางจิตใจหลังคลอดนั้น ควรเน้นความสำคัญในสิ่งเหล่านี้

- การสังเกตอาการผิดปกติของมารดาหลังคลอด เช่น นอนไม่หลับ กระวนกระวาย หงุดหงิด ใจสั้นแน่นหน้าอก ร้องไห้ หรือมีอาการซึมเศร้า
- ให้ความสนใจ และเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความไม่สบายใจ
- การให้ความช่วยเหลือ แนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด
- ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารก และส่งเสริมให้ทารกได้ดูนมมารดา เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด

- ควรแนะนำให้สามี และญาติหมั้นมาเยี่ยมมารดาขณะอยู่ในโรงพยาบาล การให้กำลังใจ ปลอบโยน ความอบอุ่นใจที่ได้รับจากสามี จะช่วยขจัดความรู้สึกโดดเดี่ยวของมารดาได้

- คอยให้คำแนะนำ ปรีกษา แก้ไขปัญหาพร้อมกันทั้งครอบครัวได้แก่ ปัญหาในเรื่องการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความเจ็บป่วยของบุตร พยาบาลควรให้สามีและครอบครัวได้รับรู้ปัญหาเข้าใจสภาพของมารดาและร่วมกันในการแก้ไขปัญหา เพื่อบรรเทาความเครียดของมารดา

หากพบว่ามารดามีความผิดปกติทางจิตใจและอาการไม่ดีขึ้นควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อให้มารดาได้รับการรักษาอย่างถูกต้องแต่เนิ่น ๆ

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดแก่มารดามากที่สุดเหตุการณ์หนึ่ง คือ ช่วงเวลาของการตั้งครรภ์จนกระทั่งภายหลังคลอด การตั้งครรภ์ การคลอดและภายหลังคลอด เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างสลับซับซ้อนตามลำดับขั้นของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคม ทำให้มารดามีโอกาสที่จะสูญเสียความสมดุลทางจิตใจ และนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดได้ ความผิดปกติทางจิตใจไม่ว่าจะเกิดขึ้นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง หรือเกิดขึ้นตลอดไปย่อมมีผลกระทบต่อทั้งมารดา และสมาชิกในครอบครัว อันได้แก่ สามี บุตร คนก่อน ๆ และบุตรคนปัจจุบัน พยาบาลสามารถช่วยเหลือและป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิตใจ โดยการให้การพยาบาลมารดาภายหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และคำนึงถึงองค์ประกอบทางด้านจิตใจร่วมด้วย มีการประเมินภาวะจิตใจของมารดาเพื่อค้นหาความผิดปกติแต่แรก วางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะตึงเครียด และให้มารดาได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ต้น ก่อนที่ความผิดปกติทางจิตใจนั้นจะรุนแรงจนยากแก่การแก้ไข ทำให้เกิดปัญหา และภาวะวิกฤตลุกลามต่อไปถึงครอบครัว

การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การประเมินสภาพและการวางแผนการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด

การประเมินสภาพมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

การประเมินสภาพมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. **ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors)** เป็นการประเมินปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้งสามอย่างนี้จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และศักยภาพในการริเริ่มหรือกระทำอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

สภาพที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยจะช่วยให้พยาบาลรู้จักปรับวิธีการที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้อาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ทั้งเงินทองและเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเองและเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือ และจัดระบบการพยาบาล

ภาวะสุขภาพและปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระบุอาการสำคัญที่นำมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนมาโรงพยาบาลไม่เกิน 2 อาการ และระยะเวลาเกิดอาการจนมาโรงพยาบาล

1. ประวัติครรภ์ปัจจุบัน Gravida และ Parity เช่น ท้องแรก G1PO LMP และ EDC วันที่เท่าไร
2. ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดในอดีต ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์การคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดครั้งก่อน รวมทั้งบุตรคนก่อนอายุเท่าไร
3. ประวัติการคลอดครรภ์ปัจจุบัน คลอดแบบใด วันที่เท่าไร เวลาอะไร เพศใด น้ำหนักเท่าไร และทารก Apgar Score 1 นาทีแรกเท่าไร 5 นาทีต่อมาเท่าไร

4. ประวัติการแพ้ยา หรืออาหารบางชนิด เคยแพ้ยา หรืออาหารอะไรมาก่อน ระบุชื่อยา หรืออาหาร (ถ้าจำได้) และอาการแพ้ยาหรืออาหาร

5. สภาพทางร่างกาย และจิตสังคมของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อรับไว้ในความดูแล

6. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

แหล่งประโยชน์ สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย

1. ด้านวัตถุ เช่น สิ่งของ เครื่องใช้ต่าง ๆ

2. ด้านการเงิน เช่น รายได้หลักและรายได้พิเศษของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน และสมาชิกในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุคคลอื่น ความเพียงพอด้านการเงินแก่การยังชีพ การมีหนี้สินหรือเงินออมและวิธีการชำระค่ารักษาพยาบาล

3. ด้านบุคคล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่มารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2. เป็นการประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประเมินได้จากความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) 3 ด้าน ซึ่งพอสรุปความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ดังนี้คือ

2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้คือ

2.1.1 การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการได้รับอาหารครบ 5 หมู่ ดื่มน้ำ 8-10 แก้วต่อวัน และได้รับอากาศบริสุทธิ์

2.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการขยับถ่าย ทั้งถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ การรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

2.1.3 พักผ่อนอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมงต่อวัน

2.1.4 จัดให้มีเวลาส่วนตัว และกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม

2.1.5 ป้องกันการอักเสบของเต้านม และแผลฝีเย็บในระยะหลังคลอด

2.1.6 การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องการบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) ได้แก่ การดูแลตนเองด้านอัตมโนทัศน์ เพื่อคงสมดุลทั้ง 4 ด้านดังนี้คือ

2.2.1 การคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ เป็นการดูแลด้านร่างกายให้สะอาด มีความเหมาะสมในการแต่งกาย ทำกิจกรรมคล่องแคล่วไม่เฉื่อยชา

2.2.2 การคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรมที่แสดงออกว่าตัวเองมีคุณค่า มีความสามารถที่จะกระทำด้วยตัวเอง สิ่งที่ทำมีประโยชน์ได้รับการยอมรับ

2.2.3 การคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเป็นตัวเองที่ชัดเจน ความเป็นเอกลักษณ์ มีความเชื่อมั่นในการกระทำ สามารถควบคุมอารมณ์และเผชิญปัญหาได้

2.2.4 ด้านการยอมรับบทบาท เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงถึงการยอมรับบทบาทมารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร

2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

2.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

2.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

2.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

2.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน และการรักษา โดยปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

2.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ความพร้อมในการดูแลตนเองของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

พอสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนี้คือ

1. ไม่สามารถป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypovolemic shock ได้เนื่องจากสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นจำนวนมาก
2. ไม่สามารถควบคุมสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ได้เนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
3. มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด
4. มีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันต้านโรคลดลงจากการเสียเลือดในปริมาณมากกว่าปกติ
5. มีความพร้อมในการนอนหลับพักผ่อนเนื่องจากวิตกกังวลจากภาวะตกเลือดที่อาจเกิดขึ้น
6. มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการปวดแผลมีเย็บมากเนื่องจากมีการคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อได้ชั้นผิวหนัง
7. มีภาวะพร่องสารน้ำออกซิเจนเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

8. มีความพร้อมในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากขาดความรู้
9. ไม่สามารถคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ได้เนื่องจากมีภาวะติดเชื่อหลังคลอดและไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้
10. ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากเจ็บปวดและคัดตึงบริเวณเต้านมจากการคั่งของเลือด น้ำเหลืองและน้ำนม
11. มีความพร้อมในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาเนื่องจากขาดความรู้และขาดผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน
12. ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุตรได้เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน

ระบบการพยาบาล แบ่งออกได้ 3 ระบบ คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ให้เมื่อมารดาหลังคลอดมีภาวะสูญเสียเลือดจำนวนมากมีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock หรือหลังผ่าตัดทางหน้าท้องใน 12 ชั่วโมงแรก พยาบาลจะให้การดูแลมารดาและทารกอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ต้องนอนพักที่เตียง
2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) ในระบบนี้มีการร่วมรับผิดชอบหน้าที่ระหว่างมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนและพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเท่าที่สามารถทำได้ พยาบาลจะกระตุ้นให้ทำกิจกรรมเองเท่าที่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจะทำได้ และในส่วนที่ทำเองไม่ได้พยาบาลจะช่วยเหลือ และแนะนำให้มารดาดูแลตนเองและบุตร มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจช่วยมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดซึ่งพ้นจากภาวะ Shock แต่ยังไม่อ่อนเพลีย หรือมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดหน้าท้องหลัง 12 ชั่วโมง เป็นต้น
3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ระบบการพยาบาลระบบนี้เป็นการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเอง ให้กำลังใจเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งความพยายามต่อไปในการดูแลตนเอง การพยาบาลมารดา

หลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนในช่วงนี้ จะเป็นระยะที่มารดามีสภาพร่างกายแข็งแรงมากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เป็นระยะเตรียมพร้อมที่จะกลับบ้าน พยาบาลจะเปิดโอกาสให้มารดาดูแลตนเองและเลี้ยงบุตรด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินความถูกต้อง แก้ไขข้อบกพร่อง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กรณีศึกษา : การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

มารดาหลังคลอดกรณีศึกษารายนี้ตั้งครรภ์แรก และเป็นครรภ์แฝด อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืน มีอาการปวดท้องร่วมด้วย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง หลังการตรวจวินิจฉัยพบว่า มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดและมีเลือดไหลทางช่องคลอดไม่หยุด ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างฉุกเฉิน ได้ทารกเพศหญิงทั้ง 2 คนน้ำหนักน้อย ต้องเข้าตู้อบและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เมื่อย้ายมาตึกหลังคลอดยังมีเลือดไหลออกมาจำนวนมาก ได้รับการช่วยเหลือโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องอีกครั้งเพื่อหยุดเลือดในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2540 เวลา 04.00 น. หลังจากนั้นยังมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ต้องอยู่รักษาตัวที่โรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 1 เดือน

ปัจจัยพื้นฐานของมารดาหลังคลอด

ระยะพัฒนาการ มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนรายนี้มีอายุ 19 ปี อยู่ในระยะวัยรุ่นตอนกลาง มีพัฒนาการสมวัย ส่วนสูง 150 เซนติเมตร และน้ำหนัก 55 กิโลกรัม เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ฐานะทางบ้านยากจนหลังเรียนจบจึงไม่ได้เรียนต่อ และเคยไปทำงานที่โรงงานผลิตอาหารกระป๋องที่กรุงเทพฯ เมื่อแต่งงานแล้วลาออกย้ายตามสามี มีความจำอยู่ในเกณฑ์ดี มีความคิดเป็นเหตุเป็นผล สนใจอนาคต แบ่งตามระยะพัฒนาการของ Erikson อยู่ในระยะวัยรุ่น (adolescent) อายุ 12-20 ปี เป็นช่วงที่สับสนในเรื่องของความเป็นตัวของตัวเองกับบทบาทที่ถูกต้องของตนเอง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดเกิดความกลัวว่าจะได้รับอันตรายถึงชีวิต

สถานที่อยู่อาศัย สังคม และประเพณี สภาพที่อยู่อาศัยอยู่ในตัวอำเภอ เช้าบ้านอยู่กับสามี 2 คน ไม่มีญาติสนิท บ้านเช่ามีสภาพคงทนถาวร เป็นบ้านปูนชั้นเดียวมีห้องน้ำอยู่ในบ้าน ลักษณะร่วมที่ใช้เป็นร่วมดื่มรดน้ำ รอบ ๆ บ้านมีต้นไม้ให้ร่มเงาร่มรื่น

อากาศดีมีลมพัดผ่านบริเวณรอบบ้านสะอาดไม่มีเศษขยะมูลฝอย กำจัดขยะโดยทิ้งขยะในถังของเทศบาลสุขาภิบาล มีท่อระบายน้ำเสีย น้ำดื่มใช้น้ำกรองไม่ได้ดื่ม ส่วนน้ำใช้ ใช้น้ำประปา น้ำมีเพียงพอตลอดปี

สังคมที่อาศัยอยู่ เป็นสังคมเมือง มีเพื่อนบ้านเช่าบ้านติดกัน มีการช่วยเหลือกันบ้าง มารดาหลังคลอดชอบอยู่กับบ้าน ไม่ค่อยได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน นับถือศาสนาพุทธทำบุญใส่บาตรทุกวันพระ

ระบบครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว สามีอายุ 25 ปี เป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้ทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นแม่บ้าน ครอบครัวรักใคร่กันดี ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาจะช่วยกันแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปในทางที่ดี

แบบแผนการดำเนินชีวิต ตื่นนอนเวลาประมาณ 6.00 น. ทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัว และเวลาประมาณ 6.30 น. ไปจ่ายตลาดมาประกอบอาหารให้ตนเองและสามี รับประทานอาหารเช้าเวลาประมาณ 8.00 น. หลังจากนั้นทำงานบ้าน เสร็จแล้วรับประทานอาหารมื้อกลางวัน ซึ่งจะซื้อจากร้านอาหารใกล้บ้าน และนอนพักผ่อนช่วงกลางวัน ประมาณ 2-3 ชั่วโมง จากนั้นเตรียมอาหารมื้อเย็น และรับประทานอาหารมื้อเย็นเวลาประมาณ 18.00 น. พร้อมสามี และนั่งดูโทรทัศน์กับสามีจนถึงเวลา 21.00 น. จึงเข้านอน ปกติรับประทานอาหารได้ทุกชนิด การขยับถ่ายอุจจาระวันเว้นวัน การขยับถ่ายปัสสาวะปกติดีเสียงใสไม่มีขัดแสบ นอนในเวลากลางคืนวันละประมาณ 8-10 ชั่วโมง ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะถือว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกายแล้ว

แหล่งประโยชน์ รายได้ของครอบครัวได้จากการทำงานขับมอเตอร์ไซด์รับจ้างของสามี ซึ่งมีรายได้ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีเพียงพอเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในบ้าน และเหลือไว้เก็บออมเล็กน้อย ไม่มีหนี้สิน ค่ารักษาพยาบาลสามีเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ สถานบริการสุขภาพที่ครอบครัวใช้เป็นประจำคือ โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพราะเชื่อว่าโรงพยาบาลแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ไม่นิยมซื้อยารับประทานเอง นอกจากการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เป็นหวัด

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต การเสียชีวิตของบิดามารดาเมื่ออายุ 17 ปี ซึ่งทำให้เศร้าเสียใจมากเนื่องจากเป็นบุตรคนเดียว เมื่อบิดามารดาเสียชีวิตจึงไม่มีญาติพี่น้อง มี

เพียงสามีซึ่งขณะนั้นเป็นแฟนกันที่คอยปลอบใจและให้กำลังใจ จนกระทั่งเกิดความรักและ
เข้าใจกัน

ภาวะสุขภาพ

1. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 2
ผืน และมีอาการปวดท้องร่วมด้วย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
2. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน G1PO ตั้งครรภ์แฝด LNMP 16 มิถุนายน
2539 และ EDC 23 มีนาคม 2540 ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล 5 ครั้ง
3. ประวัติการตั้งครรภ์และคลอดในอดีต ไม่มี
4. ประวัติการคลอดครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ คลอดโดยการผ่าตัด
ทางหน้าท้องฉุกเฉิน วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2540 แผลพี เวลา 21.00 น. เพศหญิง น้ำหนัก
1,750 กรัม Apgar Score 1 นาทีแรก 3 และ 5 นาที 9 แผลน้อง เวลา 21.01 น. เพศหญิง
น้ำหนัก 1,700 กรัม Apgar Score 1 นาทีแรก 5 และ 5 นาที 9
5. ประวัติการแพ้ยา หรืออาหารบางชนิด ไม่มี
6. สภาพทางร่างกาย และจิตสังคมของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
เมื่อรับไว้ในความดูแล วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2540 มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ซีด เหนื่อยอ่อน
เพลีย หายใจเร็ว on O2 Mask c bag 8 lit./min NPO ให้อาหาร on RLS 1,000 c.c. + Syntocinon
10 ȳ (V) drip 30 drop/min และ Dopamine (1:1) 200 c.c. (V) 20 d/min ที่แขนซ้าย on
PRC gr.A 1 ȳ (V) drip ที่แขนขวา มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องปิดด้วย Top gauze 2 ชั้น แผลมี
discharge ซีมสีแดง Retained Foley cath. Urine flow ดีสีเหลืองใส V/S แกร็บ มีไข้สูง
และความดันโลหิตต่ำ T=39.1°C P=104/min R=28/min BP=80/60 mmHg มี bleeding
per vagina ซีมชุ่ม pad ตลอดเวลา Hct=25 vol% หน้ามืดวิงเวียน มีน้ำตาลไหลซีมเล็กน้อย
ขณะให้การพยาบาลให้ความร่วมมือดี
7. สรุปการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน มีดังนี้คือ
 - on O2 Mask c bag 8 lit./min
 - on RLS 1,000 c.c. + Syntocinon 10 ȳ (V) drip 30 drop/min และ
Dopamine (1:1) 200 c.c. (V) 20 d/min

- on PRC gr.A 1 ȳ ⊙ drip
- เจาะ Hct q 6 ชั่วโมง
- Retained Foley cath. Record urine q̄ 1 hr.
- Dressing แผล bid
- Record V/S q 1 hr.
- Ampicillin 1 gm ⊙ q̄ 6 hrs. Gentamicin 80 mg dilute ⊙ drip q̄ 8 hrs. และ Metronidazole 500 mg ⊙ drip q̄ 8 hrs.
- Morphine 10 mg ⊙ pm q̄ 4-6 hrs. for pain

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

ของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. ป้องกันและเฝ้าระวังให้ปลอดภัยจากการเสียนเลือดและภาวะช็อก
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ
4. ป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเสียนเลือดและภาวะช็อก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ การติดเชื้อหลังคลอด
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างครบถ้วน
6. ดูแลให้มีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ
7. ป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ
8. บรรเทาความไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง และจากการรักษาพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดต่าง ๆ
9. เผชิญกับความเครียดที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และต้องแยกจากบุตรได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับทารก พยาบาล และสมาชิกในครอบครัว
10. ปรับทัศนคติโดยยอมรับบทบาทใหม่และเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดและวิธีการเลี้ยงดูบุตรอย่างถูกต้อง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาหลังคลอดรายนี้ไม่สามารถจะปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ เนื่องจากมีการเสียเลือดเป็นจำนวนมากจนเกิดภาวะช็อก และได้รับการรักษาที่ซับซ้อน รวมทั้งยังไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ดี เนื่องจากมีความวิตกกังวลกลัวเสียเลือดอีกและกลัวความตาย ตลอดจนกระทั่งเป็นห่วงบุตรกลัวเสียชีวิต แต่ยังสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลได้

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ของมารดาในระยะหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน รายนี้มีดังนี้คือ

1. ไม่สามารถป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypovolemic shock ได้เนื่องจากสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นจำนวนมาก
2. มีความพร่องในการป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันทางโรคลดลงจากการเสียเลือดในปริมาณมากกว่าปกติ
3. มีความพร่องในการนอนหลับพักผ่อนเนื่องจากวิตกกังวลจากภาวะตกเลือดที่อาจเกิดซ้ำ
4. มีความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
5. ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากถูกแยกจากบุตร
6. ครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ระบบการพยาบาล (Nursing system) เป็นระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เนื่องจากมารดาหลังคลอดมีภาวะสูญเสียเลือดจำนวนมากและมีภาวะ Hypovolemic shock รวมทั้งยังอยู่ในช่วงหลังผ่าตัดทางหน้าท้องใน 12 ชั่วโมงแรก พยาบาลจะให้การดูแลมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิดเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ต้องนอนพักที่เตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ไม่สามารถป้องกันอันตรายจากภาวะ Hypovolemic shock ได้เนื่องจากสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า "รู้สึกเหนื่อยมาก หายใจไม่เต็มอิ่ม"

O : T=39.1°C P=104/min R=28/min BP=80/60 mmHg มี bleeding per vagina ชุ่มชุ่ม pad ตลอดเวลา Hct=25 vol%

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ปลอดภัยจากการเสียเลือดและภาวะ Hypovolemic shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. มี bleeding per vagina ลดลง
2. ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย V/S ปกติ T=36.5-37.4°C P=60-90/min R=16-24/min BP Systolic=90-140 mmHg และ Diastolic=60-90 mmHg Hct=30-40 vol%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างเพียงพอ โดยให้นอนราบหรือนอนศีรษะต่ำเพื่อ
ให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองได้ดี
2. งดอาหารและน้ำทางปาก
3. ให้ออกซิเจนทาง Mask or bag 8-10 lit./min
4. Check V/S ทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการผิดปกติ
5. เจาะเลือดเพื่อส่งหากลุ่มเลือด ขอบเลือดเตรียมไว้ให้พร้อม และให้ PRCgr.A
1 ๒ ๓ drip ตามแนวการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการแทรกซ้อนจากการให้เลือด
6. ให้ RLS 1,000 c.c. + Syntocinon 10 ๒ ๓ drip 30 drop/min และ
Dopamine (1:1) 200 c.c. ๒ ๓ drip 20 d/min ตามแนวการรักษาของแพทย์
7. Record I/O เพื่อประเมินและรักษาความสมดุลของน้ำและ Electrolyte
8. ดูแลความสุขสบายทั่ว ๆ ไป ให้ความอบอุ่น และป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย
9. Observe การเสียเลือด ถ้ายังมีเลือดออกทางช่องคลอดไม่หยุด รายงาน
แพทย์

กิจกรรมมารดาหลังคลอด :

1. นอนพักผ่อนบนเตียง
2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยมาก ใจสั่น เหงื่อออก เลือดไหลออกทางช่องคลอดไม่หยุดรีบรายงานพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ประเมินผล :

1. ในกรณี bleeding per vagina ซึมชุ่ม pad 2 ผืน
2. VS
 - T=39-39.4°C
 - P=92-104/min
 - R=20-24/min
 - BP=110-80/80-60 mmHg
3. หลังให้ PRC เจาะ Hct=30 vol%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีความพร้อมในการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันโรคลดลงจากการเสียเลือดในปริมาณมากกว่าปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า "รู้สึกหนาวมาก เหมือนใจจะขาด"

O : T=39.1°C

- มีอาการหนาวสั่น ห่มผ้า 3 ผืน

- ผล CBC : Hb=8.5 gm% Hct=25 vol% WBC=25,000 cell/cu.mm.

- มีแผลผ่าตัดหน้าท้องแยกตลอดแนวการผ่าตัด มี bleeding ซึม Top

gauze พอดควร

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดหน้าท้องแดงดี
2. T=36.5-37.4°C

3. ผล CBC : Hb=10-16 gm% Hct=30-47 vol% Wbc=10,000-15,000 cell/cu.mm.

กิจกรรมการพยาบาล

1. Record T \bar{q} 4 hrs. เพื่อประเมินการติดเชื้อ
 2. ดูแลให้ได้รับความอบอุ่นโดยการให้กระเป๋าน้ำร้อน หรือผ้าห่มไฟฟ้าเมื่อมีอาการหนาวสั่นและเช็ดตัวลดไข้ให้เมื่อไม่มีอาการหนาวสั่น เพื่อควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแนวการรักษาของแพทย์

4. Dressing แผล bid และสังเกตลักษณะของแผล

5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแนวการรักษาของแพทย์ คือ Ampicillin 1 gm

⑦ \bar{q} 6 hrs. Gentamicin 80 mg dilute ⑦ drip \bar{q} 8 hrs. Metronidazole 500 mg ⑦ drip \bar{q} 8 hrs. และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาปฏิชีวนะ

6. เปลี่ยน pad ให้เมื่อ Lochia ชุ่ม pad และสังเกตลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของ Lochia ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์

7. ดูแลและแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์

8. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

9. ติดตามผลการตรวจ CBC จากห้องปฏิบัติการ

กิจกรรมมารดาหลังคลอด

1. นอนพักผ่อนบนเตียง

2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น สังเกตลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของ Lochia ถ้าผิดปกติให้รีบรายงานพยาบาล

3. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ประเมินผล

1. ในเวรมี bleeding per vagina ชุ่มชุ่ม pad 2 ผืน

2. ยังมีไข้สูง T=39-39.4^oc

3. หลังให้ PRC เจาะ Hct=30 vol%

4. แผลผ่าตัดหน้าท้องแดงดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีความพร้อมในการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากวิตกกังวลจากภาวะตกเลือดที่อาจเกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “นอนไม่หลับกลัวว่าตนเองไม่มีชีวิตรอดจากการตกเลือดคราวนี้” บ่น “คิดถึงทารกแฝด เกิดมาช่างอาภัพแม่เสียจริง”

O : - โใบหน้านิวคิ้วขมวด มีน้ำตาไหลออกมาเมื่อพูดถึงบุตร

- ชักถามถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. โใบหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส
2. นอนหลับพักผ่อนได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมง
3. ไม่ชักถามถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เช่น การพูดที่สุภาพหรือการสัมผัสที่นุ่มนวล
2. รับฟังและเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้มารดาได้รับทราบว่าได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพเป็นอย่างดี
4. แนะนำให้มารดาสังเกตปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อให้มารดามีความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
5. พุดคุยปลอบโยนให้ความมั่นใจและกำลังใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและสามารถเผชิญต่อความเครียดได้

6. เปิดโอกาสให้สามีดูแลช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่มารดา

กิจกรรมมารดาหลังคลอด

1. พุดคุยระบายความรู้สึก
2. สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เลือดไหลออกทางช่องคลอดไม่หยุด รับประทานอาหาร

พยาบาล

3. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ประเมินผล

1. หน้าสดขึ้น ยิ้มแย้ม แจ่มใส
2. นอนหลับพักผ่อนได้ประมาณ 8-10 ชั่วโมง
3. ไม่ชักถามถึงอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “ต้องผ่าตัด 2 ครั้ง ทำให้ปวดแผลผ่าตัดมาก โดยเฉพาะเวลาไอและขยับตัวทรมานมาก”

O : มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง เวลาไอหรือขยับตัวมีหน้ามืดวามวอด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้อาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดแผลทุเลาลง
2. พลิกตะแคงตัวและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
3. นอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้มารดานอน Semi-fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนลงและอาการปวดแผลทุเลาลง
2. กระตุ้นให้มารดามี Early ambulation
3. แนะนำให้หายใจเข้าออกลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ
4. ช่วยเหลือมารดาทำกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ และกระตุ้นให้ทำกิจกรรมที่สามารถทำได้
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
6. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมมารดาหลังคลอด

1. รับฟังและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. รับยาตามแผนการรักษา

ประเมินผล

1. อาการปวดแผลทุเลาลง
2. พลิกตะแคงตัวและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
3. หลังฉีด Morphine 10 mg(M)นอนหลับพักผ่อนได้ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากถูกแยกจากบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาบอกว่า "คิดถึงทารกแฝด ยังไม่เห็นหน้าตาลูกเลย ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไร ลูกจะปลอดภัยไหมคะ"

O: ใบหน้านี้อ้วนกลม มีน้ำตาไหลออกมาเมื่อพูดถึงบุตร ทารกแฝดยังอยู่ในห้อง Nursery

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

เมื่อพูดคุยถึงทารกแฝด มารดาหน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. บอกสาเหตุที่ทารกแฝดยังอยู่ใน Nursery
2. บอกรายละเอียดเกี่ยวกับทารกแฝด
3. ให้มารดาได้ระบายความรู้สึก
4. เมื่อมารดาสามารถลุกเดินช่วยเหลือตัวเองได้บ้างพาไปเยี่ยมทารกแฝดที่ Nursery

Nursery

กิจกรรมมารดาหลังคลอด

1. รับฟังและระบายความรู้สึก
2. พูดคุยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับบุตร

ประเมินผล

พูดคุยถึงทารกแฝดด้วยหน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ครอบครัวไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

S: มารดาบอกว่า “เกรงว่าจะมีเงินไม่เพียงพอค่ารักษาพยาบาล เพราะตัวเองเป็นแม่บ้าน”

O: ครอบครัวใบหน้าเศร้าหมอง และตาแดงคล้ายจะร้องไห้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมและความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ครอบครัวหน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส บอกว่าสบายใจขึ้นที่พยาบาลช่วยชี้แนะการแก้ปัญหาให้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสและรับฟังครอบครัวระบายความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
2. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก เพื่อให้ครอบครัวรับทราบและเข้าใจถึงข้อมูลที่เป็นจริง
3. อธิบายให้ครอบครัวทราบว่า ถ้าหากว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเงิน ทางโรงพยาบาลจะให้การช่วยเหลือโดยประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

กิจกรรมมารดาหลังคลอด

1. รับฟังและระบายความรู้สึก
2. ชักถามเกี่ยวกับขั้นตอนในการติดต่อกับหน่วยสังคมสงเคราะห์

ประเมินผล

ครอบครัวหน้าตาสดชื่น ยิ้มแย้ม แจ่มใส

สรุปผลการรักษาพยาบาล

มารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ คลอดทารกแฝด โดยการผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างฉุกเฉิน เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนจากการมีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และมีเลือดไหลทางช่องคลอดไม่หยุด ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 1,750 กรัม และ 1,700 กรัมตามลำดับ ทารกน้ำหนักน้อยจึงอยู่ในห้อง Nursery ต้องเข้าตู้อบและได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ภายหลังคลอด 6 ชั่วโมง เสียเลือด 600 ซีซี มีอาการตกเลือด เหนื่อยหอบ ช่อนเพลีย เวียนศีรษะ มือและเท้าเย็น เหงื่อออก มีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลาจำนวนมาก ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 40 ครั้ง/นาที Hct=25 vol% ได้รับการช่วยเหลือโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องอย่างฉุกเฉินอีกครั้งเวลา 04.00 น. ของวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2540 รวมเสียเลือดหลังคลอดทั้งสิ้น 1,200 ซีซี ภายหลังการผ่าตัดครั้งที่ 2 ได้ให้สารน้ำพร้อมยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและได้รับ PRC 2 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ อาการดีขึ้น Hct=30 vol% แต่อุณหภูมิของร่างกายยังสูงตลอด T อยู่ในช่วง 39.1-39.9° c ได้ให้การพยาบาลและยาตามแนวการรักษา เป็นเวลา 20 วัน ใช้จึงลดลงเป็นปกติ เมื่อมารดาปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้เป็นอย่างดี และทารกแฝดน้ำหนักขึ้นเป็น 2,000 กรัมมีสุขภาพแข็งแรงดี แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้พร้อมกันทั้งมารดาและทารกแฝด รวมเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 1 เดือน

สรุป

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด ดิดเชื้อและความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือด ดิดเชื้อ และความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอด ข้อวินิจฉัยและหลักการพยาบาล นอกจากนี้จะต้องมีทักษะไหวพริบ มีการตัดสินใจที่ดี รอบคอบ สุขุม ในการป้องกันและให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือด ดิดเชื้อและความผิดปกติทางจิตใจภายหลังคลอดได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งมีความสามารถในการประสานงานกับครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ดีต่อไป

บรรณานุกรม

- กอบกาญจน์ ศรประสิทธิ์ (2540). การพยาบาลผู้รับบริการหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน สงขลา : เหมการพิมพ์.
- พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (2531). การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด
เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิ์ เดียววิเศษ (2533). การพยาบาลสูติศาสตร์ภาวะแทรกซ้อน ชลบุรี :
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พานิชย์ (2541). การพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด
ชลบุรี : ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- วิไลลักษณ์ วงษ์อาษา และรัชนีวรรณ ชูสถาน (2537). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะ
แทรกซ้อนหลังคลอด ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณานุกรม) (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการ
พยาบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ปรีส์บุญกุล (2537). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม
กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรี้นติ้งเฮาส์.
- Balcombe, J. (1996). Postnatal depression : how can the distress be
alleviated? *Nursing Times*, 92(19), 28-33.
- Beischer, N.A. and Mackay, E.V. (1986). *Obstetrics and the Newborn* (2nd ed.)
NSW : CBS Publishing Australia Pty Limited.
- Bobak, I.M. Jensen, M.D. and Zartar, M.K. (1989). *Maternity and Gynecologic
Care* U.S.A. : The Mosby.
- Burrough, A. (1992). *Maternity nursing : and introductory text* (6th ed.).
Philadelphia : W.B. Saunders.

- James, J. (1984). **Handbook of Urology** London : Harper and Row.
- Jensen, M.D., Benson, R.C. and Bobak, I.M. (1995). **Maternity care the nurse and the family** (4th ed.). St.Louis : C.V.Mosby.
- May, K.A. and Mahlmeister, L.R. (1990). **Comprehensive Maternal Nursing** (7th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- (1994). **Maternal & neonatal nursing : family centered care** (3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Neeson, J.D. and May, K.A. (1986). **Comprehensive Maternity Nursing : Nursing Process and the Childbearing Family** Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing : Concepts of Practice** (5th ed.). St.Louis : C.V. Mosby.
- Pillitteri, A. (1995). **Maternal and Child Health Nursing : Care of the Childbearing Family** (2nd ed.). Philadelphia : J.B.Lippincott.
- Reeder, S.L. and Martin, L.L. (1987). **Maternity nursing** (16th ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Wold, G.H. (1997). **Contemporary maternity nursing**. St.Louis : Mosby.

บทที่ 5

การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี

วิชา การพยาบาลมารดาและทารก 2
แผนการสอนประจำบทที่ 5 จำนวน 1 ชั่วโมง
บทที่ 5 การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี

เนื้อหาวิชา

1. ความหมาย และวิธีการติดต่อ
2. ผลของการติดเชื้อเอชไอวี อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. แนวทางการรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
4. ปฏิกริยาของมารดาที่ได้รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
6. พฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี
7. การพยาบาลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีทางสูติกรรม

วัตถุประสงค์ นิสิตสามารถ

1. บอกความหมาย และวิธีการติดต่อของเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง
2. อธิบายผลของการติดเชื้อ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวี แนวทางการรักษา การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และปฏิกริยาของมารดาที่ได้รับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ได้ถูกต้อง
3. อภิปรายพฤติกรรมการดูแลตนเองและการพยาบาลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง
4. วิเคราะห์ วิจารณ์ และร่วมแสดงความคิดเห็นในการเรียนอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. อภิปราย ชักถาม
3. วิเคราะห์กรณีตัวอย่าง

อุปกรณ์ประกอบการสอน

1. แผ่นใส
2. เครื่องฉายภาพข้ามศีรษะ
3. ภาพสไลด์
4. เครื่องฉายสไลด์
5. วิดิทัศน์
6. เครื่องฉายวิดิทัศน์

การประเมินผล

1. ความสนใจ และการมีส่วนร่วมในการอภิปรายซักถามปัญหาขณะฟังการบรรยาย
2. ผลการวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง
3. ผลการสอบกลางภาคและปลายภาคเรียน

การพยาบาลมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์เป็นโรคที่พบและมีรายงานครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ.2524 ประชาชนชาวไทยทั่วไปที่มีโทรทัศน์ดูมักจะทราบเรื่องนี้จากข่าวสารการเป็นโรคเอดส์ของดาราชอลลีวูดชื่อดังคือ ร็อค ฮัตสัน ซึ่งมีรายงานติดต่อกันมาจนกระทั่งดาราที่น่าสงสารผู้นี้ถึงแก่กรรม ประชาชนทั่วไปจึงทราบในตอนแรกว่าเอดส์เป็นโรคของชายรักร่วมเพศ รายงานของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นครั้งแรกของไทยในเดือนกันยายน พ.ศ.2527 ก็เป็นในชายรักร่วมเพศเช่นกัน ต่อมาการติดเชื้อเอดส์ได้กระจายเข้าสู่กลุ่มติดยาเสพติดชนิดเข้าเส้นและบุคคลที่มีพฤติกรรมหรืออาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ หรือได้รับเลือดที่มีเชื้อเอดส์ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงเกิดจากเพศสัมพันธ์เป็นอันดับหนึ่ง การแพร่กระจายของโรคนี้อาศัยกลุ่มสตรีแม่บ้านจึงตามมาและมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้นโอกาสที่สตรีในวัยเจริญพันธุ์จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีและมีการตั้งครรภ์ ตลอดจนนำไปสู่การคลอดจึงมีอัตราสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากรายงานเพื่อติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระบบการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าตั้งแต่เริ่มการสำรวจเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2532 จนกระทั่งถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2537 แนวโน้มอัตราความชุกโดยเฉลี่ย (มัธยฐาน) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 1.7 นอกจากนี้จากรายงานของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในปี พ.ศ.2535 มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 1.24% และต้นปี พ.ศ.2536 (มกราคม-กุมภาพันธ์) มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.94% และมีผู้ป่วยโรคเอดส์ในไทยปัจจุบัน (2538) จำนวน 25,000 คน

HIV (Human immunodeficiency virus) เป็นเชื้อทำให้เกิดโรค AIDS (Acquired immunodeficiency syndrome) หมายถึงกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม หรือบกพร่อง

ประยุกต์ เสรีเสถียร (2538) ได้ให้ความหมายเชิงจิตวิทยาของโรคเอดส์ว่า

1. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะสิ้นหวัง (Hopeless) สำหรับผู้ป่วย ญาติ บุคลากร จำนวนมาก เนื่องจาก

1.1 เป็นโรคที่ไม่มียารักษา ทั้งยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย เมื่อมีอาการของโรคเอดส์เพิ่มขึ้น

1.2 แพร่กระจายได้รวดเร็ว

1.3 วิธีการแพร่กระจายเกิดความคู่กับพฤติกรรมหาความสุขทางเพศ ทำให้การควบคุมทำได้ยาก

ผลกระทบจากความหมายเชิงนี้ ทำให้โรคเอดส์น่ากลัวและน่ารังเกียจ จนทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยไม่มีใครอยากติดต่อสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากกลัวว่าจะเพิ่มอัตราเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์

2. โรคเอดส์ หมายถึง ภาวะไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (Helpless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมกัน มักรังเกียจและทำห่างเหินเพื่อนที่คุ้นเคยเลิกไปมาหาสู่ อาจต้องตกงานเพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวหมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม นำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด

จี (Gee, 1988 อ้างถึงใน ประยุกต์, 2538) กล่าวถึงโรคเอดส์ว่าเป็นการสูญเสีย (Loss) คือ

1. สูญเสียการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (Loss of function) ซึ่งทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

1.1 รู้สึกอ่อนเพลีย ร่างกายมีการใช้พลังงานลดลง

1.2 สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวแขนขา

1.3 สูญเสียด้านสติปัญญา ความจำเสื่อม สับสน เจ็บชาลง

1.4 สูญเสียการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

2. สูญเสียลักษณะภายนอกที่ปรากฏ (Loss of Appearance) ได้แก่

2.1 น้ำหนักลดลงอย่างมาก ขาดสารอาหาร

2.2 มีร่องรอยของ Kaposi's sarcoma ปรากฏให้เห็นมีอาการบวมเนื่องจากต่อมน้ำเหลืองโต

3. สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม (Loss of Social interaction) ทั้งนี้เนื่องจาก

3.1 ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งความสามารถทางร่างกายลดลงจึงเป็นข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

3.2 สูญเสียความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้น เนื่องจากความกลัวการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์

3.3 สูญเสียความเป็นเพื่อน เนื่องจากกลัวการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์

3.4 เกิดความเหินห่างขึ้นในครอบครัว เนื่องจากการวินิจฉัยโรคทำให้มีการกล่าวถึงในแง่เสื่อมเสีย รวมทั้งกลัวการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีไปสู่สมาชิกคนอื่นของครอบครัว

4. สูญเสียการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ (Loss of usual sexual function) ทั้งนี้เนื่องจาก

4.1 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดต่อของเชื้อเอชไอวี

4.2 การเลือกที่จะอยู่ลำพัง

4.3 สมรรถภาพทางเพศลดลงเนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความอ่อนเพลียของร่างกาย

4.4 มีความต้องการทางเพศลดน้อยลง เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการได้รับยาเพื่อรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

5. สูญเสียอำนาจสถานการณ์ของตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งบทบาทของตน (Loss of control over one's life, including status, life-style, roles) ทั้งนี้เนื่องจาก

5.1 การวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีการสูญเสียครอบครัว รวมทั้งสังคมไป

5.2 สูญเสียการงาน รายได้ เงินประกันคุณภาพ

5.3 สูญเสียตำแหน่งหน้าที่ บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวคนรัก การพึ่งพาตนเอง

5.4 สูญเสียชีวิตของตนเองไป

นอกจากเสียความสูญเสียเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวแล้ว หญิงตั้งครรภ์อาจต้องสูญเสียทารกในครรภ์ไป เนื่องจากมีรายงานอ้างอิงหลายฉบับว่า เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ซึ่งทารกในครรภ์มีโอกาสจะติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมักจะเสนอทางเลือกให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อไป หรือยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์จะต้องมีการสูญเสียเกิดขึ้นทับทวีกว่าผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของหญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกว่า ตนเองสูญเสียความภาคภูมิใจที่ไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้ และในระหว่างที่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดความผูกพันขึ้นระหว่างมารดากับทารกในครรภ์ที่ละน้อย ๆ จนมี

ความรู้สึกว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตน ๆ ก็จะต้องมีการทำแท้งเกิดขึ้นเช่นนี้ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกเศร้าโศกเสียใจต่อการสูญเสียในครั้งนั้นสักเพียงใด การสูญเสียที่เกิดขึ้นนี้มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความทุกข์ระทม ท้อแท้สิ้นหวังมีความวิตกกังวลในระดับสูง จนเสียความสมดุลทางอารมณ์ วิธีการที่เคยใช้ปรับตัว ปรับใจ เมื่อเกิดปัญหาก็กลับใช้ไม่ได้ผลจากสถานการณ์ดังกล่าวเรียกได้ว่า หญิงตั้งครรภ์กำลังประสบกับภาวะวิกฤต (Crisis) ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือ ให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตนั้นให้ได้

วิธีการติดต่อกับ 3 ทางใหญ่ ๆ ดังนี้คือ

1. ทางเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบได้บ่อยในกรณีต่อไปนี้
 - 1.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดระหว่างหรือหลังผ่าตัด หรือเพื่อการรักษาโรคเลือดบางชนิด
 - 1.2 การใช้เข็ม กระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 การรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อหรือการรับอสุจิของผู้ติดเชื้อเพื่อผสมเทียม
2. ทางเพศสัมพันธ์ สามารถแพร่ได้จากชายสู่ชาย ชายสู่หญิงและหญิงสู่ชาย
3. จากมารดาสู่ทารก สามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอด

ปัจจุบันการตรวจหาเชื้อ HIV ในห้องปฏิบัติการที่ได้ผลดีคือ หาแอนติบอดีต่อ HIV (Anti-HIV)

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์

ในระหว่างการตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามปกติทำให้ระดับของฮอร์โมน HCG (Human chorionic gonadotropin) Estrogens, Corticosteroids และ Alpha fetoprotein ในกระแสโลหิตสูงขึ้นกว่าในภาวะปกติมาก ฮอร์โมนและสารดังกล่าวจะมีฤทธิ์กดหรือระงับต่อระบบภูมิคุ้มกัน (immuno-suppression) โดยเฉพาะต่อ Cell mediated immunity จะทำให้มี T cell ลดจำนวนลง (T cell มีบทบาทมากที่สุดในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย) และ Corticosteroids นั้นจะกดหรือระงับการกินเซลล์แปลกปลอม (Phagocytosis) ด้วย ด้วยเหตุนี้มารดาที่ตั้งครรภ์อาจจะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ง่ายขึ้น และ

ภาวะการตั้งครรภ์จะเป็นตัวเร่งให้มารดามีการดำเนินของโรคเอดส์เร็วขึ้น จาก HIV+VE เป็น ARC และ AIDS ในที่สุดภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเสื่อมก็จะมีมากขึ้น

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อเด็กในครรภ์

ประมาณ 30-50% ของเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะติดเชื้อจากมารดาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมื่อมารดาตั้งครรภ์ หากมารดาเพิ่งติดเชื้อเอชไอวีมาใหม่ ขณะเมื่อเริ่มตั้งครรภ์และกำลังอยู่ในระยะที่มี Virus อยู่ในกระแสเลือด (viremia) เด็กจะมีโอกาสติดเชื้อสูง เมื่อผ่านระยะนี้ไปแล้วในขณะที่มารดาไม่มีอาการใด ๆ และมีสุขภาพดี การติดเชื้อในเด็กจะลดลง แต่ในระยะหลังของโรคเมื่อมารดาเริ่มมีอาการของโรคแล้ว โอกาสที่เด็กในครรภ์จะได้รับเชื้อจะสูงขึ้นหลังคลอด ไม่ว่าจะเด็กจะติดเชื้อจากมารดาหรือไม่ การตรวจเลือดเด็กมักจะให้ผลบวก หรือพบ HIV Antibodies เสมอ เพราะเด็กจะได้รับ Antibodies จากมารดา แต่ถ้าเด็กไม่ติดเชื้อ HIV การตรวจเลือดควรจะได้ผลลบเมื่อเด็กอายุมากกว่า 18 เดือนหลังคลอด

เด็กอาจจะติดเชื้อจากมารดาได้ 3 ตอน คือ

1. ขณะอยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine transmission) โดยเชื้อ HIV ผ่านจากรกไปยังเด็ก ส่วนใหญ่เด็กจะได้รับเชื้อจากมารดาในระยะนี้
2. ติดเชื้อขณะคลอด (Intrapartal transmission) เนื่องจากเด็กสัมผัสกับเลือดและมูกในช่องคลอดของมารดา โอกาสเช่นนี้คงเกิดไม่มากนัก และการคลอดโดยผ่าตัดออกทางหน้าท้องไม่ได้ทำให้การติดเชื้อเอดส์ลดลง
3. ติดเชื้อหลังคลอด (Postpartal transmission) เช่น เด็กรับเชื้อจากน้ำนมมารดา ฯลฯ ซึ่งพบน้อยมาก

อาการและอาการแสดง

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์จะปรากฏอาการที่แตกต่างกันตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการเลยไปจนถึงมีอาการของมะเร็งหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายลักษณะขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อและระดับภูมิคุ้มกัน

ของร่างกายที่มีอยู่ ดังนั้นจึงมีการแบ่งลักษณะอาการเป็นระยะต่าง ๆ ดังนี้ (มีทนาหาญนิชย์, 2535)

1. ระยะแรก คือ กลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการ (asymptomatic carrier) ตรวจเลือดพบร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวี บางรายอาจตรวจพบแอนติเจนของเชื้อได้ บางรายมีประวัติคล้ายไข้หวัด หลังจากได้รับเชื้อประมาณ 2-3 สัปดาห์ ต่อมาน้ำเหลืองจะโต มีผื่นอาการจะดีขึ้นและหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์ (acute retroviral syndrome)

2. ระยะที่สอง ผู้ป่วยจะมีต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว คล้ายต่อมน้ำเหลืองโตเป็นเม็ดเล็ก ๆ คล้ายลูกประคำที่คอ รักแร้ ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง และโตอยู่นานกว่า 3 เดือน โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกและไม่มีอาการอย่างอื่นร่วม ตรวจเลือดพบร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวี แต่ยังไม่มีอาการ

3. ระยะที่สาม เป็นระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex) ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้นจากระยะที่สอง ได้แก่ ไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมากเวลากลางคืน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว นอนไม่หลับ อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นและช่องปากมีฝ้าขาวเกิดขึ้น ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 เดือน

3.1 มีไข้เกิน 37.5°C เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกันนานกว่า 1 เดือน

3.2 อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง

3.3 น้ำหนักตัวลดเกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว

3.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน

3.5 มีเชื้อราในปาก พบเป็นเยื่อสีขาวที่เยื่อช่องปาก

3.6 เป็นโรคงูสวัด (herpes zoster)

4. ระยะที่สี่ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคเอดส์อย่างชัดเจน มีอาการต่อมน้ำเหลืองโต มีการติดเชื้อฉวยโอกาสบ่อยครั้ง อาการของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับว่ามีการติดเชื้อที่อวัยวะระบบใดของร่างกาย เช่น ถ้าติดเชื้อที่ปอดก็จะมีอาการไอ หอบเหนื่อย ถ้าติดเชื้อที่สมองก็จะมีอาการซึม ปวดศีรษะ ชัก หรือไม่รู้สึกตัว การติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส คาร์นิไอ (Pneumocystis carinii) การติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ ที่พบได้แก่ การติดเชื้อรา เชื้อไวรัส โปรโตซัว พยาธิ วัณโรค ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยาก และอาจติดเชื้อชนิดเดียวกันซ้ำอีก ติดเชื้อชนิดใหม่หรือติดเชื้อหลายชนิดร่วมกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์ยังมีโอกาสเป็นมะเร็งชนิดต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติอีกด้วย โรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ มะเร็งหลอดเลือด (kaposi

sarcoma) มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง มะเร็งของสมอง (primary brain lymphoma) และ มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer)

การวินิจฉัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น มีสามีสำส่อนทางเพศ สามีเป็นพวกรักสองเพศ ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดเคยเป็นกามโรคมามาก่อน หญิงบริการทางเพศ พวกติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดฉีด หญิงที่เคยคลอดบุตรหรือแท้งบุตรที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือหญิงที่เคยได้รับการถ่ายเลือด (Blood transfusion) ถึงแม้ในขณะนั้นจะตรวจไม่พบความผิดปกติในร่างกาย หญิงเหล่านี้สมควรได้รับการเจาะเลือดตรวจหา HIV antigen หรือ anti HIV antibody โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์ที่มีรอยโรคพวกกามโรคอยู่ด้วย นอกจากจะต้องเจาะเลือดตรวจหากามโรค เช่น VDRL แล้ว ควรเจาะเลือดตรวจหา Hepatitis B antigen และ anti HIV antibody พร้อมกันด้วย ในกรณีที่ตรวจเลือดไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ได้ผลลบ แพทย์ไม่ควรนิ่งนอนใจ ควรทำการตรวจเลือดหาโรคซ้ำอีกครั้งในระยะเวลาไตรมาสที่ 3 เพราะการตรวจเลือดครั้งแรกภาวะการติดเชื้ออาจอยู่ในระยะฟักตัวของเชื้อ ร่างกายยังไม่มี antibody มากเพียงพอที่จะตรวจพบโรคที่เป็นสาเหตุได้ที่เราเรียกว่า window period แต่ถ้าตรวจหา antigen แทน antibody อาจสามารถทำให้การวินิจฉัยทราบโรคได้รวดเร็วขึ้น

2. อาจวินิจฉัยได้จากอาการของผู้ป่วย เช่น มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัวอยู่นาน ร่างกายผอมลง น้ำหนักตัวลดมากกว่า 10% อูจาระร่วงเรื้อรังป่วยเป็นโรคติดเชื้อง่าย มีจ้ำ สีม่วงตามร่างกาย หรือมีเลือดออกใต้ผิวหนัง ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

3. การตรวจเลือดหาเชื้อ HIV อาจตรวจหา antigen เช่น GP120 หรือ GP41 ซึ่งเป็นชิ้นส่วนของ envelope of virus หรืออาจเพาะเชื้อหาตัวไวรัสโดยตรง ซึ่งทำยากและสิ้นเปลือง ส่วนมากที่ใช้กันและได้ผลดีคือการตรวจหา anti HIV antibody ในเลือดด้วยวิธี Elisa ถ้าได้ผลบวกซ้ำกัน 2 ครั้งต่อเนื่องจะต้องนำเลือดนี้ไปตรวจยืนยันให้แน่นอนอีกครั้งหนึ่งด้วยวิธีที่ดีและความจำเพาะต่อโรคสูงกว่าวิธี Elisa โดยทำ Immunoblot หรือ Western Blot หรือวิธี Immuno Florescent Test ถ้าผลบวกซ้ำอีก แสดงว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลศิริราช มีความชุกของโรคสูงมาก เมื่อผลการตรวจเลือดด้วยวิธี Elisa ให้ผลบวกทั้ง 2 ครั้ง เราสามารถตรวจยืนยันผล

ด้วยวิธี Particle Agglutination test (PA) แทน Western blot ได้ถ้า PA ให้ผลบวกด้วย แสดงว่าผู้ป่วยติดเชื้อการตรวจด้วยวิธีเหล่านี้ได้ผลแม่นยำพอ ๆ กับวิธี Elisa ในบริเวณที่มีความชุกของโรคสูง แต่ถ้า Elisa และ PA ขัดแย้งกันควรยืนยันด้วย Western blot

4. การตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดขาว เซลล์เอชไอวี จะทำลาย T helper cell (T4) ให้มีจำนวนลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 2 ขึ้นไป จะมีจำนวน T4 Cell ลดลง ผู้ป่วยบางรายมีเซลล์นี้ลดลงเหลือน้อยกว่า 500/ml บางรายน้อยกว่า 200/ml แต่เม็ดเลือดขาว Lymphocyte อีกพวกหนึ่งที่เรียกว่า T suppressor cell (T8) จะมีจำนวนปกติ จึงทำให้อัตราส่วน T4 : T8 ratio มีค่าน้อยกว่า 1 การแปลผลข้อมูลดังกล่าวในหญิงตั้งครรภ์จะต้องคำนึงถึงสภาวะ Immuno suppressive effect of pregnancy เสมอ ดังนั้น ควรจะมีผู้ป่วยปกติ เพื่อเป็น control ช่วยในการแปลผล

5. การนับจำนวนเม็ดเลือดขาวในผู้ป่วย อาจจะช่วยในการวินิจฉัยได้ จำนวนเม็ดเลือดขาวที่ลดลงต่ำกว่า 3,000 cell/ml จำนวน Lymphocyte ลดลงต่ำกว่า 1,500 cell/ml ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีภูมิคุ้มกันต่ำลง ปฏิกริยาต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายจะมีประสิทธิภาพลดลง

แนวทางการรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบการให้ยาด้านไวรัส (antiretroviral therapy) เพื่อไม่ให้เชื้อไวรัสแบ่งตัวเร็วและยับยั้งหรือชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ การให้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น (Immunotherapeutic agents)

1. ยาด้านไวรัส (antiviral drug) การรักษาโรคเอดส์ที่มุ่งใช้ยาต่อต้านเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้โดยใช้ยาหรือสารที่ออกฤทธิ์ที่ระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี

1.1 ซิโดวูดีน (zidovudine หรือ AZT) เป็นยาขนานแรกในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ ยาตัวนี้เป็นยาในกลุ่มไดดีออกซีนิวคลีโอไซด์ อนาล็อก (dideoxynucleoside analogue) ผลในการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี โดยไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์รีเวิร์ส ทรานสคริปเตส (enzymereverse transcriptase) ของไวรัสเอชไอวี ผลข้างเคียงที่รุนแรงของยาตัวนี้คือ การกดไขกระดูกผู้ป่วย ทำให้มีอาการซีดและ

เม็ดเลือดขาวต่ำได้ บางรายต้องให้เลือด บางรายทำให้เกิดโลหิตจางซึ่งอาจก่อให้เกิดการคลอตก่อนกำหนด ทำให้เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ จึงต้องใช้ยาด้วยความระมัดระวัง

1.2 ไดดาโนซีน (Didanosine) หรือ ดีดีไอ (DDI) เป็นยาอีกขนานหนึ่งที่ได้รับ การรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2534 เป็นนิวคลีโอไซด์ อนาล็อกตัวหนึ่งที่มีผลต่อต้านเชื้อไวรัสเช่นเดียวกับ AZT พบผลข้างเคียงในการกดกระดูกน้อยกว่า AZT แต่อาจทำให้เกิดการปวดที่เส้นประสาทส่วนปลาย (painful peripheral neuropathy) ตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) ในระหว่างการรักษาได้ ใช้ได้ผลดีในระยะเอดส์เต็มขั้น และระยะเอดส์สัมพัทธ์ โดยชะลอกระบวนการต่อเนื่องของการติดเชื้อเอดส์ให้ลดความรุนแรงลง และพบว่า ยา DDI ได้ผลในการรักษาดีกว่า AZT

1.3 ดีดีซี (DDC) เป็นยาในกลุ่มเดียวกับ AZT และ DDI กำลังจะได้รับอนุญาตให้จำหน่ายในอเมริกาใต้ ประสิทธิภาพใกล้เคียงกับ AZT และ DDI แต่ผลข้างเคียงในด้านตับอ่อนอักเสบน้อยกว่า DDI มากและราคาถูกกว่ามาก (ราคาประมาณ 20% ของ AZT) ข้อบ่งชี้ของการใช้ คือใช้ DDC หรือ DDI ร่วมกับ หรือสลับกับ AZT เพื่อลดผลข้างเคียงของยาแต่ละตัว และเพื่อได้ฤทธิ์ที่เสริมกัน ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

2. วัคซีนโรคเอดส์ ซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างการศึกษาทดลอง ได้แก่ การสกัดแอนติบอดีจากไขกระดูกของผู้ป่วยรายหนึ่งจะสามารถทำให้เชื้อไวรัส HIV-1 มีฤทธิ์อ่อนลงกว่าร้อยละ 70 ของช่วงเวลาที่ทดลองอยู่ วัคซีนโรคเอดส์แบ่งได้เป็น 3 ชนิด ตามลักษณะการใช้คือ

2.1 วัคซีนสำหรับการป้องกัน (Preventive vaccine) เป็นวัคซีนเป้าหมายสูงสุดทางสาธารณสุข เพื่อใช้ในกรณีป้องกันการติดเชื้อในบุคคลที่ยังไม่ติดเชื้อ

2.2 วัคซีนสำหรับการรักษา (Therapeutic vaccine หรือ active immunotherapy) ใช้เพื่อยุติยั้งการดำเนินโรค และลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดสำหรับผู้ติดเชื้อแล้ว

2.3 วัคซีนป้องกันการติดเชื้อในทารกของหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ (Perinatal vaccine) วัคซีนนี้จะมีคุณสมบัติหยุดยั้งการดำเนินโรคในหญิงตั้งครรภ์นั้นด้วย

การที่วัคซีนยังไม่พัฒนาไปมากนัก เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ อีกมากมาย เช่น ไวรัสเอดส์มีอัตราการกลายพันธุ์สูงมาก Protective epitope ของไวรัสเอดส์ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเป็นส่วนใด และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันชนิดใดจะเป็นประโยชน์ยังไม่ทราบแน่ชัด การขาดรูปแบบที่เหมาะสมในการศึกษาไวรัสเอดส์ในสัตว์ทดลอง

3. การรักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อน โรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนบางชนิด มียารักษา บางชนิดไม่มียารักษา บางอย่างให้ยา primary prophylaxis เมื่อมีภูมิคุ้มกันทานลดลง เช่น ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ฯลฯ และบางอย่างหลังจากให้ยากำจัดโรค (Induction therapy) ไปตลอดชีวิตด้วย เช่น เยื่อบุสมองอักเสบ และไขสันหลังอักเสบจากเชื้อรา *cryptococcus* ของสมอง เป็นต้น

4. การให้คำปรึกษาแนะนำ (counseling) โดยการให้การสนับสนุนด้านกำลังใจต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว การสงเคราะห์ทางด้านอาชีพและความมั่นคงในการปฏิบัติงาน การรักษาเพื่อให้เลิกยาเสพติด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้ได้รับโรคติดเชื้อแทรกซ้อนซ้ำเดิม การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสถานที่ทำงานที่บ้าน การมีคูครอง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การมีบุตร การตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูบุตร

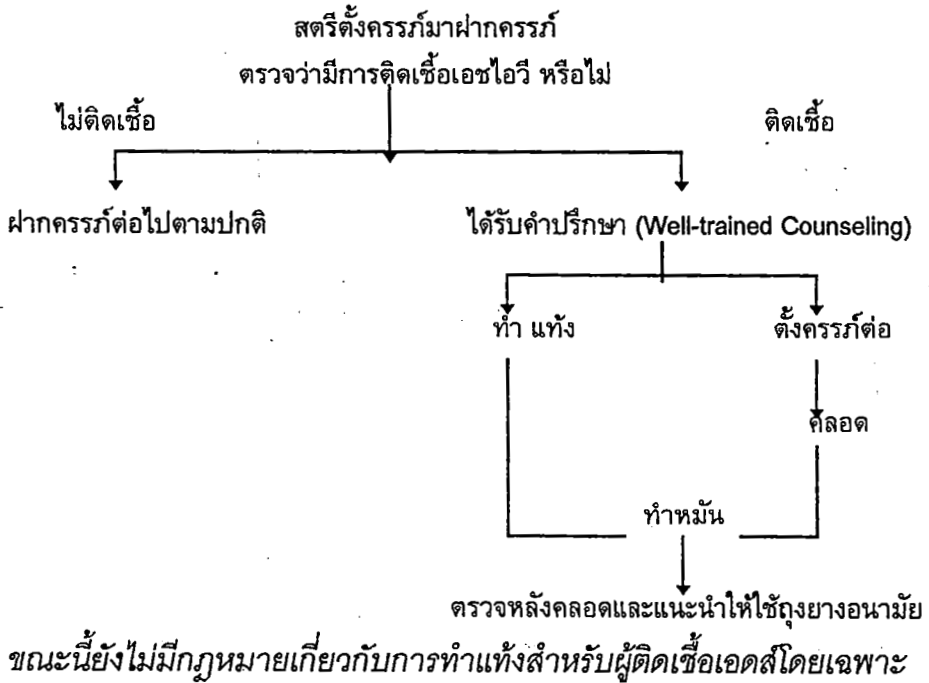
แนวคิดของแพทย์ในการแก้ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติของแพทย์ทุกคนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ การติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์เป็นปัญหากระทบต่อสังคมและจิตใจมนุษย์มากกว่า ความสำคัญทางการแพทย์หลายเท่าตัว ไม่ว่าจะมีการสื่อสารออกไปทุกรูปแบบถึงโอกาสของการติดเชื้อเอชไอวี แต่บุคลากรสาธารณสุขทุกคนยังคงมีความรู้สึกรับรู้ไม่เหมือนกัน นับตั้งแต่หลีกเลี่ยงปัญหาส่งต่อผู้ป่วยต่อจนกระทั่งยินดีให้การรักษาด้วยความเต็มใจ

สำหรับแนวคิดของแพทย์แผนกสูติรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีความเห็นว่า ในสภาพการระบาดของโรคในประเทศไทย การเจาะเลือดตรวจหญิงตั้งครรภ์ทุกรายว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความจำเป็นเพราะ

1. เป็นวิธีเดียวที่จะสามารถตัดสินใจในการหยุดยั้งไม่ให้มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นมาและเป็นปัญหาสังคมต่อไป
2. เพื่อลดอัตราการแพร่กระจายของโรค เพราะแม่พวกนี้มีอายุน้อย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์สามารถแพร่กระจายการติดโรคไปได้อีกนาน
3. เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและปกป้องความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านการคลอดบุตร

แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่บุคคลทุกเพศทุกวัย และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งยังไม่มียาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา หรือวัคซีนสำหรับฉีดป้องกัน อีกทั้งโรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการรณรงค์ให้ความรู้และสุขศึกษาเรื่องโรคเอดส์ในด้านการติดต่อโดยให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าโรคเอดส์ติดต่อได้อย่างไร โดยการชี้แจงให้ทราบในด้านการติดต่อได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร พยาธิวิทยาของไวรัสเอดส์และโรคเอดส์เป็นอย่างไร มีอันตรายมากน้อยอย่างไร เพื่อหญิงตั้งครรภ์จะได้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เพื่อจะได้มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเอง ความรู้และพฤติกรรมที่ควรเข้าใจในการป้องกันตนเองและสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อคือ

1. การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สามารถกระทำได้โดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1.1 มีความซื่อสัตย์ต่อสามีและภรรยา หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน ได้แก่ คนแปลกหน้าที่ไม่รู้จัก ชาวต่างชาติ

1.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีคู่นอนหลายคน ได้แก่ หญิงที่ขายบริการทางเพศ ชายที่ขายบริการทางเพศ

1.3 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เกย์ ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

1.4 ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัยจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าใช้อย่างถูกต้อง ถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพสูงมากในการสกัดกั้นเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาในห้องทดลองหลาย ๆ แห่ง พบว่า เชื้อเอชไอวีไม่สามารถซึมผ่านถุงยางอนามัยได้ (Devita et al., 1992) การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องควรปฏิบัติดังนี้

1.4.1 ควรเลือกถุงยางอนามัยที่ทำจากยางพารา เนื่องจากไม่ฉีกขาดง่าย นอกจากนี้ควรเลือกถุงยางอนามัยที่มีสารหล่อลื่น ซึ่งจะแตกยากและรู้สึกเป็นธรรมชาติมากกว่า

1.4.2 เลือกถุงยางอนามัยที่ไม่หมดอายุ โดยดูวันหมดอายุที่ข้างขวา

1.4.3 เลือกใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่มีรอยฉีกขาดและช่องบรรจุไม่ชำรุด

1.4.4 เลือกขนาดให้เหมาะสมกับผู้ใช้

1.4.5 พูดคุยกับคู่นอนเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย

1.4.6 เก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่สะอาดต่อการใช้

1.4.7 เวลาฉีกของถุงยางอนามัยควรฉีกมุมของ โดยระวังไม่ให้เล็บมือเกี่ยวถุงยางอนามัยขาด

1.4.8 บีบปลายกระเปาะของถุงยางอนามัยก่อนใส่ เพื่อไล่อากาศออก

1.4.9 สวมถุงยางอนามัยเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัว ดึงให้ถึงโคนอวัยวะเพศ

1.4.10 หากต้องการใช้สารหล่อลื่นด้วย ควรใช้สารประเภทเจล ซึ่งล้างน้ำออกได้ง่าย อย่าใช้สารหล่อลื่นที่เป็นน้ำมัน เช่น วาสลีน เพราะน้ำมันจะทำลายถุงยางอนามัยให้แตกขาดเสียหายได้ง่าย

1.4.11 หลังเสร็จกิจ ถอดถุงยางอนามัยโดยใช้กระดาษชำระพันโคนถุงยางก่อนที่จะถอด หากไม่มีกระดาษชำระต้องไม่ให้มือสัมผัสด้านนอกของถุงยางอนามัย เนื่องจากด้านนอกของถุงยางอาจปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีแล้ว

1.4.12 ใช้ถุงยางอนามัยใหม่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

นอกจากจะมี ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ชายแล้ว ปัจจุบันยังมี ถุงยางอนามัยสำหรับผู้หญิงด้วย ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเพื่อให้ผู้หญิงในยุค เอ็ดส์ระบาดมีทางเลือกและเป็นเครื่องมือป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอ็ดส์ทางเพศสัมพันธ์ ผลิตภัณฑ์จากโพลียูรีเทน โปร่งใส ยืดหยุ่น และมีความทนทาน มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับถุงยางอนามัยผู้ชาย คือ คুমก่าเน็ด ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดรวมทั้ง เชื้อเอ็ดส์ด้วย สำหรับวิธีการใช้ที่ถูกต้องคือ

(1) ใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ และนิ้วกลางจับขอบห่วงถุงยางให้ถนัด แล้วบีบขอบห่วงวงในให้หดตัวเล็กลง

(2) นั้งท่าที่เหมาะสม เช่น นั้งยอง ๆ หรือยกขาข้างใดข้างหนึ่ง วางบนเก้าอี้แล้วค่อย ๆ สอดห่วงถุงยางที่บีบไว้เข้าไปในช่องคลอดดันให้ลึกที่สุด

(3) ใช้นิ้วสอดเข้าไปในถุงยาง จนนิ้วสัมผัสกับขอบล่างของห่วง ด้านใน แล้วจึงดันขอบห่วงถุงยางลึกเข้าไปในช่องคลอดให้ถึงส่วนบนของเชิงกระดูก หัวหน้า ด้วยการงอนิ้วไปทางด้านหน้าของตัวคุณให้ลึกเข้าไปในปากช่องคลอดประมาณ 2-3 นิ้ว

(4) วิธีถอดถุงยางให้หมุนบิดปิดปากถุง เพื่อให้หน้าอสุจิกองอยู่ภายในถุงยาง แล้วจึงค่อย ๆ ดึงออก

1.5 งตเว้นการมีกิจกรรมทางเพศที่รุนแรงและผิดปกติ เช่น การร่วมเพศทางปาก เพราะเชื้อโรคอาจผ่านทางน้ำอสุจิเข้าสู่แผล หรือรอยถลอกเยื่อเมือกในปากได้ ควรหลีกเลี่ยงการร่วมเพศทางทวารหนัก เพราะผนังทวารหนักบางฉีกขาดง่าย โอกาสติดเชื้อจึงมีมาก

2. การป้องกันการติดเชื้อทางเลือดหรือน้ำเหลือง สามารถทำได้โดย

2.1 หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดรอยเจาะของผิวหนังร่วมกัน ถ้าสิ่งนั้นไม่ทำให้ปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องเสียก่อน เช่น เข็มฉีดยา กระจกฉีดยา เครื่องมือเจาะหู เครื่องใช้ในการเจาะสักผิวหนัง และเข็มที่ใช้ในการฝังเข็ม เป็นต้น

2.2 หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะสิ่งที่อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเลือดได้ เช่น แปรงสีฟัน ใยมัดโกน กรรไกรตัดเล็บ เป็นต้น

2.3 ควรระมัดระวังมิให้โดนสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลือง ปัสสาวะและสิ่งขับถ่ายต่าง ๆ เพราะอาจมีเชื้อเอ็ดส์ปะปนออกมาได้ ถ้าหากโดน ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ทันที เสื้อผ้าและข้าวของเครื่องใช้ควรทำความสะอาดทันทีเช่นกัน

2.4 บุคคลที่มีประวัติร่วมเพศหรือมีอาการของโรคเอดส์ ควรตรวจบริจาคเลือดหรืออวัยวะอื่น ๆ เพราะเป็นการเสี่ยงต่อผู้ที่ได้รับเลือดหรืออวัยวะนั้น ๆ

2.5 ควรดัดนิสัยเลือดหรือรับเลือดจากบุคคลอื่นที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์

2.6 หลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดหรือใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับบุคคลอื่น

3. การป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี หากตั้งครรภ์จะทำให้ทารกแรกขึ้นและทารกที่เกิดมาประมาณครึ่งหนึ่งจะติดเชื้อไปด้วย ดังนั้นหญิงที่มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือมีคู่นอนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีควรไปรับการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีก่อนการตัดสินใจตั้งครรภ์ และควรใช้วิธีคุมกำเนิดหากมีการติดเชื้อ ในมารดาที่ติดเชื้อแล้ว แนะนำให้คุมกำเนิดด้วยวิธีการทำหมันทุกรายสำหรับประเทศที่มีโรคเอดส์ชุกชุมควรมีการตรวจเลือดหาร่องรอยการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสมรสด้วย

4. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันหรือชกถามปัญหาและข้อข้องใจต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

5. การให้คำแนะนำปรึกษา และสังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวญาติมิตรถึงข้อควรปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การคบหาสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติ การพูดคุยและเนื้อต้องตัวกันธรรมดา การรับประทานอาหารร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน ไอจามรดกัน การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ไม่ทำให้ติดเชื้อ

6. สำหรับการป้องกันในประเทศนั้น รัฐบาลและเอกชนจะต้องร่วมมือกันแพร่ข่าวสาร ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์นี้ให้มากที่สุดทั้งทางสื่อสารมวลชนและหนังสือพิมพ์ ประชาชนจะได้มีความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถดูแลป้องกันตนเองได้ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ให้ประชาชนเข้าใจ

การเลือกวิธีคุมกำเนิด ไม่ว่าจะใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดก็ตาม ควรใช้อย่างร่วมด้วยเสมอ เพราะถ่วงจะช่วย

1. ป้องกันการแพร่โรค

2. ป้องกันการรับเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้น

3. ป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เพราะถ้าติดเชื้อจะส่งผลทำให้โรคเอดส์เลวลง

ปฏิกิริยาของมารดาที่ได้รับทราบว่าคุณติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับทราบว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก จะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ (Psychological reaction) ดังนี้

1. Psychological shock จะมีอาการตกตะลึง การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง
2. Denial ไม่เชื่อว่าตนเองติดเชื้อนี้ อาจโทษว่าตรวจผิด หรือพยายามไปตรวจใหม่หลายแห่ง
3. Anger โทษคนโน้นคนนี้ โทษสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค
4. Bargaining and hoping คิดในทำนองที่ทำให้ตนเองเป็นน้อยลงและมีชีวิตยืนยาว เช่น คิดว่าพบยารักษาโรคนี้นี้ให้หายได้แล้ว
5. Acceptance การยอมรับความจริงทุกอย่างที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้จะรวมไปถึงการเกิด depression, guilt, suicidal idea, anxiety, low self-esteem, loneliness, self-pity, powerlessness และ alienation

บทบาทของพยาบาลและการให้ Psychosocial support เพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

การให้การพยาบาลโดยการให้ Psychosocial support นั้น จะต้องให้ครอบคลุมถึงครอบครัวสามีและลูก รวมทั้งต้องคำนึงถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยแต่ละรายด้วย การมีความไว้วางใจ (Trusting relationship) ระหว่างพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาและดูแลตนเอง รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะเป็นการแพร่กระจายเชื้ออีกด้วย

บทบาทที่สำคัญที่ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยมีดังนี้

1. ประเมินมารดาและครอบครัวในเรื่องระดับความรู้และความเข้าใจถึงโรค การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ รวมถึงวิธีป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ
2. ประเมินปฏิกิริยา และการตอบสนองทางด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของมารดา สามี และครอบครัว รวมถึงความกลัว ความวิตกกังวลความเครียด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าคุณติดเชื้อเอชไอวี ตลอดถึงการดำเนินต่อไปของโรค
3. การสอนมารดาและครอบครัวให้เข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อสิ่งสำคัญของการรักษาชนิดและอาการแทรกซ้อนของยาที่ใช้รักษา รวมทั้งการรักษา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การวางแผนครอบครัว การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

4. การช่วยเหลือให้ครอบครัวได้มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน และวางแผนในการดูแลมารดาที่บ้าน

5. ให้ความมั่นใจกับครอบครัวของผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลจากสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยจะไม่ได้รับการปฏิเสธการรักษา ถึงแม้ว่าจะไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล

6. แนะนำมารดาและครอบครัวให้เห็นประโยชน์ของ support group เช่น ชมรมเพื่อนวันหยุด ซึ่งเป็นชมรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้บริการทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน ซึ่งชมรมมีจุดมุ่งหมายปลายประการ เช่น เพื่อให้มีการ share experience ซึ่งกันและกัน เป็นต้น

7. ให้มารดาได้เข้าใจถึงความจำเป็นที่แพทย์และพยาบาล จะต้องป้องกันตัวเองโดยใช้ precaution technique

8. การติดตามเยี่ยมมารดาและครอบครัวถึงอาการและความก้าวหน้าของโรค การปฏิบัติตัวรวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ดส์ซึ่งอยู่ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV Infection) จะสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอ็ดส์ไปสู่บุคคลอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะบุตรในครรภ์และเมื่อใดสุขภาพร่างกายอ่อนแอลง อาจก่อให้เกิดอาการของโรคได้เร็วขึ้น

เนื่องจากโรคของไวรัสเอ็ดส์จะปนเปื้อนมาในเลือด ส่วนประกอบของน้ำเลือด น้ำคร่ำ น้ำมูก น้ำลาย และสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของร่างกายผู้ติดเชื้อ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ดส์ นอกจากจะต้องหมั่นดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง เพื่อชะลอเวลาในการเกิดอาการของโรคแล้วยังต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคจากตนไปสู่บุคคลอื่นด้วย

จึงอาจกล่าวได้ว่า "พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพอนามัยแข็งแรง สมบูรณ์อยู่เสมอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ

ดังนั้น จึงแบ่งพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีออกเป็น 2 ประการดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายของโรค
2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายของโรค

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายและป้องกันการแพร่กระจายโรค โดยปฏิบัติตนดังนี้

1. โภชนาการ ภาวะโภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้มีโอกาสรับเชื้อเพิ่มขึ้น และโรคดำเนินจากระยะที่ไม่มีอาการไปสู่ระยะที่มีอาการเร็วขึ้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการสามารถทำได้ดังนี้

1.1 ควรได้รับสารอาหารครบทุกหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและให้พลังงานสูง เพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ควรปลูกฝังค่านิยมในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โดยแนะนำให้เลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับฐานะ ไม่จำเป็นต้องซื้ออาหารราคาแพงมารับประทาน เพราะอาหารที่มีราคาไม่แพงก็มีคุณค่าครบถ้วน เช่น ปลา ไข่ นม ผัก และผลไม้ตามฤดูกาล

1.2 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมสด เป็นต้น อาหารทะเลที่ไม่สุก ไข่ และเนื้อที่สุก ๆ ดิบ ๆ เพราะเนื้อสดจะมีเชื้อ ท็อกโซพลาสมา กอนดิไอ (*Toxoplasma gondii*) ซึ่งจะทำให้มีการติดเชื้อในระบบประสาทได้

1.3 การล้างผักและผลไม้ ควรล้างโดยผ่านน้ำมาก ๆ ไม่ใช่วิธีการแช่ สำหรับผลไม้ที่มีเปลือกควรปอกเปลือกเสียก่อน ส่วนผักถ้าเป็นไปได้ควรต้มหรือลวกให้สุกก่อนรับประทาน

1.4 การเลือกซื้ออาหารที่มีวันหมดอายุ จะต้องตรวจสอบ วัน เดือน ปีที่หมดอายุให้ถี่ถ้วนก่อนซื้อ

1.5 การให้วิตามินทดแทน อาจจำเป็นในรายที่รับประทานได้น้อย ในกรณีเช่นนี้ควรแนะนำให้ปรึกษาแพทย์

2. การพักผ่อนและออกกำลังกาย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การพักผ่อนจะต้องพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ การพักผ่อนจะช่วยให้มีพลังสำรองที่จะต่อสู้กับโรคได้ดีขึ้น แต่ไม่ควรพักผ่อนมากเกินไปโดยไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะยิ่งจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ถ้าเป็นไปได้ควรนอนหลับอย่างต่อเนื่อง

เนื่องกันคืนละ 6-8 ชั่วโมง การออกกำลังกายควรพิจารณาตามสภาพร่างกาย การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ เป็นการออกกำลังกายที่ดี ไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหมมากเกินไป

3. การป้องกันการใช้เชื้อเพิ่ม และการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค

3.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง ผม เล็บ ช่องปาก ฯลฯ อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการล้างมือจัดว่ามีความสำคัญมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องล้างมืออย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

3.2 การรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านจะต้องสะอาด ถูกสุขลักษณะ หากพื้นเปื้อนเลือด สารน้ำจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรทำความสะอาดด้วยตนเอง โดยใช้ยาไฮโปคลอไรท์ สำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรซักด้วยน้ำยาฟอกขาว หรือน้ำยาไฮโปคลอไรท์เช่นกัน

3.3 ในรายที่มีบาดแผลในบริเวณที่สามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง ควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำแผลด้วยตนเอง สำหรับผ้าพันแผล หรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้แล้วให้ทิ้งในภาชนะที่ปิดมิดชิดเพื่อนำไปเผาหรือทำลายต่อไป

3.4 ระวังระวังเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ ไม่ควรดูแลสัตว์อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการทำความสะอาดกรงสัตว์ ไม่ควรทำเอง แต่ถ้าจำเป็นต้องทำเองต้องใส่ถุงมือและผ้าปิดปาก ปิดจมูก เนื่องจากอาจได้รับเชื้อโรคจากมูลสัตว์ได้ เช่น ในอุจจาระแมวมีเชื้อท็อกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ในอุจจาระนกมีเชื้อซิตาโคซิส (Psittacosis) และใน ตู๋เลี้ยงปลามีเชื้อมัคโคแบคทีเรีย (Mycobacterium)

3.5 ควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อต่าง ๆ เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิต้านทานโรคต่ำอยู่แล้วจึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย

3.6 ควรงดสูบบุหรี่ หรือสูบให้น้อยลง เพราะการสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

3.7 หลีกเลี่ยงการซื้อยาบางประเภทมาใช้เอง ที่สำคัญคือ ยากลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งจะยิ่งทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ง่ายต่อการติดเชื้อ

3.8 ควรปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจามทุกครั้ง

3.9 ไม่ควรบริจาดเลือด พลาสมา อสุจิ อวัยวะหรือเนื้อเยื่อ

4. หมั่นสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงสภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี หากพบว่ามีอาการผิดปกติควรรีบพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาต่อไป

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อเอ็ดส์ควรมีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักยอมรับตนเองตามสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ มีกำลังใจ เข้มแข็ง ไม่หดหู่ ท้อแท้ ดึงเครียด หรือวิตกกังวลทำให้หมดกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ ควรเลือกปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. พุดระบายความทุกข์ใจกับผู้ที่คุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้ที่มีประสบการณ์ในชีวิตมาก ผู้ที่สามารถแนะนำทางออกให้แก่ปัญหา อาจเป็นเพื่อนสนิท ญาติพี่น้อง ครู อาจารย์ ผู้ใหญ่ที่นับถือ หัวหน้างาน พระ สามเณร และบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ที่ปฏิบัติงานทางด้านการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ติดเชื่อเอ็ดส์ โดยทั้งนี้ผู้ติดเชื่อเอ็ดส์จะต้องมั่นใจว่าบุคคลผู้นั้นเป็นผู้รักษาความลับได้ มีความรักและปรารถนาดีต่อผู้ติดเชื่ออย่างจริงใจ

2. ทำจิตใจให้สบาย ไม่คิดฟุ้งซ่าน โดยการทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เช่น ถักนิตติ้ง ปลูกต้นไม้ การทำอาหารรับประทานแก้เหงา ฟังเพลง อ่านหนังสือหรือการไปเที่ยวพักผ่อนตากอากาศชายทะเล หรือสถานที่ใดที่หนึ่งจะช่วยให้จิตใจสบายขึ้น ไม่ฟุ้งซ่าน

3. การรู้จักมองหาเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่าอยู่เสมอ ถึงแม้ว่าจะมีเชื้อไวรัสเอ็ดส์ในร่างกาย ซึ่งเหตุผลของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น บางคนอาจมีชีวิตอยู่เพื่อการเจริญเติบโตของลูก ๆ หรือทารกในครรภ์ ในขณะที่บางคนอาจต้องการทำงานให้เสร็จตามที่เคยตั้งใจไว้ เป็นต้น

4. ปฏิบัติตนตามความเชื่อทางศาสนา ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคน เพื่อให้รู้สึกว่าคุณค่ายังมีที่พึ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ฟังธรรม นั่งสมาธิ ไปวัด โบสถ์ หรือ มัสยิด

5. การมีอารมณ์ขัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ต่อสู้กับอุปสรรคหรือเรื่องร้ายแรงต่าง ๆ ได้ เพราะการรู้จักหัวเราะทำให้เกิดอารมณ์ทางบวก ลดความตึงเครียดลงได้ วิธีการ เช่น การอ่านหนังสือตลก การดูวิดีโอเทปตลก

6. การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ การรู้จักวางแผนชีวิตในอนาคตอย่างเหมาะสม จะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งควรมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้กำลังใจ การมีเป้าหมายของชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมากขึ้น

พฤติกรรม การดูแลตนเองของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่เป็นโรคเอดส์จะได้รับผลกระทบและความทุกข์ทรมานมากถ้าการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น การรักษาพยาบาลที่ให้อาจเป็นเพียงการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น ดังนั้นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังนี้

1.1 ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ในระยะหลังคลอดต่อมเหงื่อจะมีการงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย ทำให้มีเหงื่อออกมากขึ้น มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เพื่อชำระล้างสิ่งสกปรกที่หมักหมมออก และเนื่องจากในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ ปากมดลูกยังไม่สนิท ทำให้โอกาสที่จะมีการติดเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูกมีมากขึ้น การอาบน้ำในระยะหลังคลอดจึงไม่ควรลงแช่ในอ่างหรือแม่น้ำลำคลอง ควรใช้ขันต้อบน้ำหรือใช้ฝักบัว สวมเสื้อผ้าที่สะอาด สระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และชำระล้างบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งหลังการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นบริเวณแผลฝีเย็บ

1.2 ควรได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม เนื่องจากในระยะคลอดและหลังคลอด มารดาจะมีการสูญเสียโลหิตและมีการขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายมาก และยังมีภาวะท้องผูกที่เป็นปัญหาสำคัญ มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไปและเพื่อเป็นการป้องกันภาวะท้องผูกที่อาจจะเกิดขึ้นได้

1.3 ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

1.4 ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด หรือจนกว่าจะได้รับการตรวจหลังคลอดแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้แผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บเป็นปกติก่อน และเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย แต่ถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ควรมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย (Safe Sex) ได้แก่ การใช้วิธี masturbation การกอดรัด การนวดร่างกาย การใช้ร่างกายไม่ให้มีการหลั่งน้ำสุจิจากสามีเข้าสู่ร่างกายทั้งทางช่องคลอด ทวารหนักและทางปาก ให้ใช้การจุ่มแบบปกติทั่วไปและเมื่อครบกำหนดร่วมเพศได้

ควรให้สามีใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์โดยถุงยางที่ใช้จะต้องใช้ชนิดที่ทำจาก Latex ซึ่งมีน้ำยาทำลายเชื้อโนน็อกซิลอยู่ด้วยและขณะใช้จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้องด้วย

1.5 ควรสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดขึ้นโดย

1.5.1 ควรสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระยะหลังคลอด เช่น มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด แผลฝีเย็บเป็นหนอง แผลแยก น้ำคาวปลาสีแดงสดไม่จางลง มีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

1.5.2 ควรสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นอาการแสดงนำของการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์หรือระยะที่มีอาการของโรคเอดส์ ได้แก่ มีไข้ ไอ หอบเหนื่อย อ่อนเพลียมาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน อุจจาระเหลวบ่อยครั้ง อาการสมองเสื่อม (dementia) เป็นต้น

1.6 ควรแสวงหาความรู้จากบุคลากรที่มีสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยการเข้าฟังการสอนสุขศึกษา หรือซักถามข้อสงสัยของตนเอง เกี่ยวกับสาเหตุ อาการการดำเนินของโรค รวมทั้งวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในขณะที่เป็นโรค

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ทั้งนี้เนื่องจากในระยะคลอดและระยะหลังคลอดมีการสูญเสียโลหิตทำให้ร่างกายอ่อนแอ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการจะทำให้ร่างกายแข็งแรงเร็วขึ้น และนอกจากนี้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ยังมีความสำคัญอย่างมากต่อมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น ทำให้โอกาสที่การดำเนินของโรคจะรุนแรงขึ้นมีน้อยลง ดังนั้นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรมีการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการดังนี้

2.1 ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและให้พลังงานสูง ทั้งนี้เพราะจะช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้ดีขึ้น

2.2 ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ เช่น นมสด อาหารที่ไม่สุก หรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

2.3 ควรล้างผักและผลไม้ก่อนรับประทานทุกครั้ง โดยการล้างผักผลไม้ ควรล้างโดยการผ่านน้ำมาก ๆ ไม่ควรใช้วิธีการแช่ สำหรับผลไม้ที่มีเปลือก ควรปอกเปลือกก่อนรับประทาน ส่วนผักถ้าเป็นไปได้ควรต้มหรือลวกให้สุกก่อนรับประทาน

2.4 ควรตรวจอาหารหมักดองและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

2.5 ควรหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

2.6 การรับประทานวิตามินทดแทน ซึ่งอาจจำเป็นในรายที่รับประทาน
อาหารได้น้อยแต่ในกรณีเช่นนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ในระยะหลังคลอดมารดาที่ติด
เชื้อเอชไอวีควรมีเวลาผ่อนคลายและออกกำลังกายบ้าง เช่น เดินเล่น ออกกายบริหารหลัง
คลอด ฯลฯ เพราะการออกกำลังกายจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมให้การทำงานของ
ของอวัยวะเกือบทุกระบบในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น รวมทั้งยังส่งผลต่อจิตใจด้วย แต่เนื่อง
จากในระยะ 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด กล้ามเนื้อและเอ็นต่าง ๆ ยังไม่แข็งแรงดีพอ มารดา
ที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่ควรมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ เช่น ไม่ควรยกของหนัก ไม่
ควรเดินขึ้นบันไดสูง ๆ และไม่ควรทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเบ่งมาก เพราะจะทำให้ความ
ดันในช่องท้องสูงขึ้น ทำให้มดลูกเคลื่อนต่ำลงมาได้

4. รูปแบบการนอนหลับ ในระยะหลังคลอดมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการนอน
หลับอย่างเพียงพอ โดยควรจะนอนหลับสนิทในตอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
ทั้งนี้เพราะการนอนหลับที่เพียงพอจะทำให้รู้สึกสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้การใช้
ความคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความจำ ตลอดจนความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่
มีคุณค่าสูงขึ้น แต่ในระยะหลังคลอดมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะนอนหลับได้ไม่เพียง
พอในเวลากลางคืน เนื่องจากจะต้องให้การดูแลบุตร ดังนั้นจึงควรนอนหลับในเวลากลาง
วันประมาณ 1-2 ชั่วโมงในเวลาที่ไม่บุตรนอนหลับ

5. การขจัดความเครียด ในระยะหลังคลอดมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีความ
กลัว วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร การป้องกันโรค การกลับไปอยู่ร่วมกับสมาชิก
อื่นในครอบครัว ตลอดจนการอยู่ในสังคม ทำให้มารดาเกิดความเครียด ซึ่งอาจจะส่งผลให้
เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรมีกิจกรรมปฏิบัติตนเพื่อขจัดความ
เครียดดังนี้

5.1 พุดคุยระบายความทุกข์ใจกับผู้ที่คุ้นเคยและไว้วางใจ ผู้ที่มี
ประสบการณ์ในชีวิตมาก ผู้ที่สามารถแนะนำทางออกให้แก่ปัญหา อาจเป็นเพื่อนสนิท
ญาติพี่น้อง ครู อาจารย์ ผู้ใหญ่ที่นับถือ หัวหน้างาน พระ สามเณร และบุคลากรกระทรวง
สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ที่ปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อเอ
ชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมั่นใจว่าบุคคลนั้นเป็นผู้รักษาความลับได้ มีความรักและ
ปรารถนาที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างจริงใจ

5.2 ทำจิตใจให้สบาย ไม่คิดฟุ้งซ่าน โดยการทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน เช่น ปลูกต้นไม้ การทำอาหารรับประทานแก้เหงา ฟังเพลง อ่านหนังสือหรือการไปเที่ยว ดากอากาศชายทะเล หรือสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง ซึ่งจะทำให้จิตใจสบายขึ้น

5.3 การรู้จักมองหาเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ เพื่อให้ตนเองรู้สึกว่ายังมีคุณค่าอยู่เสมอ ถึงแม้ว่าจะมีเชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกายก็ตาม ซึ่งเหตุผลแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น บางคนอาจมีชีวิตอยู่เพื่อการเจริญเติบโตของลูก ๆ ในขณะที่บางคนอาจต้องการทำงานให้สำเร็จตามที่เคยตั้งใจไว้ เป็นต้น

5.4 ปฏิบัติตนตามความเชื่อของศาสนา ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังคงมีที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น ฟังธรรม นั่งสมาธิ ไปวัด โบสถ์ หรือมัสยิด

5.5 การมีอารมณ์ขัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้ต่อสู้กับอุปสรรคหรือเรื่องร้ายแรงต่าง ๆ ได้ เพราะการรู้จักหัวเราะจะทำให้เกิดอารมณ์ทางด้านบวก ลดความตึงเครียดลงได้ วิธีการ เช่น การอ่านหนังสือตลก การดูวิดีโอเทปตลก

6. การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะได้รับรังเกียจจากเพื่อนฝูง คนที่เคยรักใคร่สนิทสนม อาจจะถูกไล่ออกจากงาน เพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพการทำงานลดลงเนื่องจากร่างกายอ่อนแอลง มีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ สิ่งเหล่านี้จะทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกโดดเดี่ยว หมดคุณค่า หมดความสำคัญ ดังนั้นการที่จะช่วยเหลือให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าก็คือ การให้ความรัก ความเข้าใจ การให้การสนับสนุน กระตุ้นและส่งเสริมให้สามารถดำเนินบทบาทต่าง ๆ ได้อย่างปกติและให้คำชมเชยและยกย่องเมื่อสามารถกระทำบทบาทต่าง ๆ ได้

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เนื่องจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่มีภาวะความไม่แน่นอนในเรื่องระยะของการแสดงอาการของโรค และเป็นโรคที่ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ จึงอาจมีผลทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนว่า ตนเองจะหาย หรือมีอาการมากขึ้นหรือจะเสียชีวิตลงเมื่อไร ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้และหมดกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะถึงสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลงจะทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องสูญเสียบทบาทบางอย่างของการเป็นสมาชิกในสังคม ดังนั้นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายรวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคม และหน้าที่ไปจากเดิมเป็นอย่างดี

มาก มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการรับรู้โรคนี้ตามความเป็นจริงน่าจะมีการตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง ทั้งนี้ควรตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย การตั้งความหวังไม่จำเป็นจะต้องเป็นความหวังที่จะต้องหายจากโรค แต่อาจเป็นความหวังในระยะสั้นที่มีเป้าหมายชัดเจนและเป็นไปได้ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การดูแลสุขภาพของตนเอง และอยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ไม่เปรียบเทียบตนเองกับเหตุการณ์ในอดีตที่ดีกว่าปัจจุบัน หรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่ดีกว่าตน ไม่สร้างความหวังที่เป็นไปไม่ได้สำหรับอนาคต แต่สนใจความก้าวหน้าในการปรับตัวของตนที่ใช้ความสามารถที่ดีที่สุดในชีวิตปัจจุบัน และมีความสุขในส่วนที่ตนมีความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะมีผลทำให้บุคคลนั้นเพิ่มความนับถือตนเองและเห็นตนเองมีคุณค่า

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง มีการแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม เนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจ กลัวการนำโรคไปสู่บุคคลอื่น ทำให้ขาดการช่วยเหลือ ขาดความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม จึงจะทำให้ได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้สามารถดำเนินบทบาทในครอบครัวและสังคมได้อย่างต่อเนื่องและได้รับการยอมรับจากสังคมจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเพิ่มแรงจูงใจในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ ทำให้เกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรมีการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจจะทำให้เกิดโรคได้ง่าย และควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตนดังนี้

9.1 ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในบริเวณที่มีชุมชนแออัด หรือบริเวณที่มีฝุ่นละอองมาก ๆ เช่น ตลาดนัด โรงภาพยนตร์ เป็นต้น

9.2 ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปใกล้ชิดบุคคลที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น โรคหวัด วัณโรค เป็นต้น

9.3 ควรหลีกเลี่ยงและระมัดระวังเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ ไม่ควรให้การดูแลสัตว์อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการทำความสะดวกทรงสัตว์ไม่ควรทำเอง แต่ถ้าจำเป็นต้องทำเองต้องใส่ถุงมือและผูกผ้าปิดปาก ปิดจมูก เนื่องจากในอุจจาระสัตว์จะมีเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น ในอุจจาระแมวมีเชื้อท็อกโซพลาสโมซิส (toxoplasmosis) ในอุจจาระนกมีเชื้อ

ซิทตาโคซิส (psittacosis) และในตู้ปลาจะมีเชื้อไมโคแบคทีเรีย (mycobacterium) เป็นต้น

9.4 ควรรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอกบ้านให้สะอาดและถูกสุขลักษณะ โดยภายในบ้านควรให้มีอากาศถ่ายเทอยู่เสมอ และหากบริเวณพื้นมีการเปื้อนเลือดหรือสารน้ำต่าง ๆ ที่ออกจากตัวผู้ติดเชื้อ เช่น น้ำคplx ผู้ติดเชื้อควรทำความสะอาดด้วยตนเองทันทีโดยใช้ยาไฮโปคลอไรต์ เสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดและสารน้ำควรซักฟอกด้วยน้ำยาซักฟอกหรือน้ำยาไฮโปคลอไรต์ เช่นกัน ผ้านวมยที่ใช้แล้วควรห่อให้มิดชิดแล้วเก็บทิ้งในภาชนะที่ปิดมิดชิดเพื่อนำไปเผาหรือทำลายต่อไป

10. การใช้ระบบบริการทางสาธารณสุข มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีสุขภาพที่ดีได้ จำเป็นจะต้องยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดีและแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้อง โดยมารับการตรวจรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้น ถ้าหากดูแลสุขภาพของตนไม่ดี นอกจากนั้นถ้ามีอาการของโรคต่าง ๆ จนต้องได้รับการรักษาทางยา ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ดังนั้นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา การเฝ้าระวังและสังเกตผลข้างเคียงของโรค ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้ป่วยไม่ควรจะซื้อยาหรือรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเอง การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับโรคและการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการใช้บริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

นอกจากนี้แหล่งการให้บริการสุขภาพด้านสาธารณสุข ก็ควรจะมีเพียงพอและเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ตั้งแต่ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ แหล่งบริการสุขภาพต่าง ๆ ควรให้บริการเจาะเลือด ตรวจเลือดแบบนิรนาม ให้บริการการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังเจาะเลือดและต่อเนื่องตลอดไปเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีผลเลือดเป็นบวก

การพยาบาลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีทางสูติกรรม

การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

บทบาทที่สำคัญของการพยาบาลในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็คือทำให้คำปรึกษาทั้งนี้เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดง การดูแลในระยะต้นเริ่มจากการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เป็นสิทธิสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกที่จะตรวจหรือไม่ตรวจเลือดก็ได้ แต่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้มีประวัติติดยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด มีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงนั้นเป็นผู้มีโอกาสติดเชื้อสูง พยาบาลควรมีการให้คำปรึกษาให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือดนั้น เริ่มจากการสร้างบรรยากาศให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าเป็นกันเอง ปลอดภัย สบายใจ กล้าที่จะเล่าเรื่องต่าง ๆ ให้พยาบาลฟัง ต่อจากนั้นเป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์ในเรื่องโรคเอดส์ แล้วอธิบายข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขความเชื่อและความเข้าใจให้ถูกต้อง นอกจากนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลถึงวิธีการ ความหมายของการตรวจเอชไอวี และอธิบายวิธีการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อให้ข้อมูลแล้วก็ให้โอกาสที่สตรีตั้งครรภ์จะตัดสินใจด้วยตนเองว่าต้องการจะตรวจเลือดหรือไม่ และเมื่อเขาตัดสินใจว่าต้องการตรวจเลือดก็ควรมีการเตรียมความพร้อมที่จะฟังผลการตรวจ อาจถามให้คาดคะเนผลการตรวจมีความรู้สึกอย่างไร และจะทำอย่างไรเมื่อผลการตรวจออกมาเป็นบวก การที่ทำเช่นนี้ก็เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการที่สตรีตั้งครรภ์จะต้องเผชิญปัญหาต่อไปถ้ามีการติดเชื้อจริง ถ้าสตรีตั้งครรภ์ยินยอมที่จะตรวจเลือดก็ควรให้เซ็นยินยอมเพื่อเป็นหลักฐานด้วย

ถ้าผลเลือดเป็นบวกจะทำอย่างไร

คงเป็นความลำบากใจของพยาบาลที่จะบอกกับสตรีตั้งครรภ์ถึงเรื่องนี้ แต่วิธีที่เหมาะสมในการบอกข้อมูลกับสตรีตั้งครรภ์ ควรทำโดยเริ่มจากการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ ควรถามถึงข้อสงสัยในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีแล้วจึงบอกผลการตรวจด้วยท่าทีที่ปกติอย่างตรงไปตรงมา พร้อมทั้งสังเกตปฏิกิริยาของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเพื่อดำเนินการต่อไป ซึ่งถ้าขาดการเตรียมความพร้อม

มาก่อนจะเกิดผลเสียหลายประการตามมา เช่น การขาดการรักษา หรือการเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข และในผู้ติดเชื่อบางรายอาจคิดฆ่าตัวตายได้

เมื่อบอกผลการตรวจในระยะแรก มารดาที่ติดเชื่อจะรู้สึกปฏิเสธ แต่ต่อมาเมื่อมีการยอมรับพยาบาลควรจะได้มีการทำความเข้าใจถึงผลการตรวจโดยประเมินความรู้ความเข้าใจต่อผลการตรวจ การติดต่อ การปฏิบัติตัว และแหล่งให้ความช่วยเหลือ ควรจะมีการประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของสตรีในระยะตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อ สิ่งที่สำคัญในการให้การคำปรึกษาก็คือ ควรใช้คำพูดที่ง่าย ๆ และชัดเจนให้เขามีความรู้สึกว่าเป็นธรรมดาที่เขาจะรู้สึกเช่นนั้น พยาบาลเข้าใจความรู้สึกเขา คงต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่งในการปรับตัว ไม่ควรตำหนิตัวเองหรือลงโทษผู้อื่น แต่ควรที่จะร่วมกันปรึกษาหาทางที่จะปฏิบัติตัวเพื่อที่จะดำรงชีวิตในสังคมต่อไป การติดเชื่อเอชไอวีนั้น ไม่ได้ทำให้ผู้ติดเชื่อเจ็บป่วยหรือตายในทันทีทันใด แต่อาการจะเกิดขึ้นในในอนาคตอันใกล้หรือไกลนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื่อเอง พยาบาลจะเป็นผู้แนะนำวิธีการรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์ และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อสามารถเผชิญกับปัญหา มีความรู้สึกว่าการพยาบาลแห่งนี้ ยินดีและเต็มใจที่จะให้บริการและให้คำปรึกษาเสมอ การที่จะบอกกับสามีหรือไม่นั้นเป็นสิทธิ์ของผู้ติดเชื่อ แต่ถ้าไม่บอกก็ควรมีการป้องกันเชื้อที่จะแพร่กระจายโรคด้วย

ส่วนเรื่องที่จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์นั้น ควรให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะตัดสินใจอย่างไร โดยพยาบาลจะบอกถึงอัตราเสี่ยงของทารกในครรภ์ว่ามีโอกาสติดเชื่อร้อยละ 25-40 (Devita, 1992) ถ้าเขาเลือกที่จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ พยาบาลควรเน้นด้านการให้คำปรึกษา การดูแลทางจิตใจภายหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะตั้งครรภ์นั้นจะติดเชื่อเนื่องมาจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด เขาก็มีความรู้สึกตำหนิตัวหรือลงโทษตัวเอง พยาบาลควรช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อไม่มีความรู้สึกเช่นนั้น เพราะความรู้สึกเช่นนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหมองหวังและอาจถึงกับฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นจึงควรเน้นการดูแลทางด้านจิตใจเพื่อให้เขามีความหวังเผชิญปัญหาและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

แต่ถ้าผู้ติดเชื่อปฏิเสธที่จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่พบได้ ไม่ว่าจะผู้ติดเชื่อจะมีเหตุผลทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือทราบผลเลือดเมื่ออายุครรภ์มากเกินกว่าที่จะทำแท้ง พยาบาลไม่ควรรู้สึกโกรธ หรือไม่พอใจเพราะเป็นสิทธิ์ส่วนบุคคลในการตัดสินใจ แต่ควรให้คำปรึกษาหรือแผนการในอนาคตกับมารดาที่ติดเชื่อ ซึ่งยังไม่รู้แน่ชัดว่าทารกจะติดเชื่อหรือไม่ สุขภาพร่างกายของสตรีตั้งครรภ์และสามีจะเป็นเช่นไร เขาควรได้รับคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาเหล่านั้น เช่น ในเรื่องการพาครอบครัวมาตรวจร่างกายเป็นระยะ การดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

สมบูรณ์ การหาแหล่งสนับสนุน เช่น ญาติ พี่น้อง ประชาสงเคราะห์ หรือหน่วยงานเอกชน เพื่อให้ความช่วยเหลือ เมื่อผู้รับบริการมีอาการเจ็บป่วยหรือถึงแก่กรรม

ถ้าผลเลือดเป็นลบจะทำอย่างไร

นอกจากจะบอกผลการตรวจแล้วต้องทำความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์ถึงผลการตรวจอย่างชัดเจน ซึ่งถ้าประเมินแล้วว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา คือ ติดยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ ควรที่จะมารับบริการการตรวจซ้ำในวันและเวลาที่กำหนดแล้วควรให้ข้อมูลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การดูแลในระยะคลอด

อันตรายที่เกิดขึ้นในระยะนี้ไม่เพียงแต่ตัวผู้คลอดกับทารกเท่านั้น ยังมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น อีกทั้งมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อจากบุคคลอื่นได้เช่นกัน แต่ถ้าหากผู้คลอดได้รับการพยาบาลด้วยวิธีที่ถูกต้องจะเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อได้ การดูแลในระยะคลอดนั้นควรยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Universal Precaution) เพื่อลดการแพร่เชื้อไปสู่ทารกและบุคคลอื่น โดยแยกของใช้ผู้คลอดและเมื่อใช้เสร็จควรมีขั้นตอนการกำจัดเชื้ออย่างถูกวิธี เช่น ในกรณีที่เป็นของใช้ชนิดใช้แล้วทิ้ง (disposable) ควรนำใส่ภาชนะที่มิดชิด ไม่ควรสวมปลอกเข็มก่อนทิ้ง เพราะมีโอกาสพลาดถูกเข็มตำมือได้ แล้วนำไปกำจัดโดยวิธีการเผา ส่วนของที่ต้องนำกลับมาใช้อีก เมื่อใช้เสร็จควรแช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อพวกโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มข้นร้อยละ 0.5 หรือ กลูตาราลดีไฮด์ ความเข้มข้นร้อยละ 2 หรือแอลกอฮอล์ความเข้มข้นร้อยละ 70 นาน 30 นาที แล้วจึงนำไปทำความสะอาดตามขั้นตอนปกติ

การล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการให้การพยาบาลเป็นเรื่องที่ควรทำและถ้าสัมผัสกับสารคัดหลั่ง เช่น การตรวจภายในควรสวมถุงมือ 2 ชั้น และเมื่อทำคลอดควรให้บุคลากรที่มีความชำนาญเป็นผู้ทำคลอด โดยยึดหลักการปราศจากเชื้อ และผู้ทำคลอดควรสวมใส่ชุดและอุปกรณ์ที่จะป้องกันการสัมผัสกับเลือดและของเหลวจากร่างกายผู้คลอด ได้แก่ การสวมหมวก แว่นตา ผ้าปิดปาก เสื้อกาวน์และรองเท้า

ส่วนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าที่ใช้ในการทำคลอดที่มีการปนเปื้อนเลือดให้แช่น้ำยาไฮโปคลอไรท์ความเข้มข้นร้อยละ 0.5 หรือไลโซลความเข้มข้นร้อยละ 2 นาน 30 นาที หรือต้มในน้ำเดือด 20 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาด การทำความสะอาดคราบเลือดที่หกรดเตียงหรือพื้น ให้สวมถุงมือเช็ดคราบเลือดนั้นด้วยกระดาษแล้วทิ้งลงในขยะติดเชื้อ แล้วเทน้ำยาไลโซลความเข้มข้นร้อยละ 2 จากรอบนอกเข้าด้านในทิ้งไว้นาน 30 นาที แล้วจึงเช็ดออกด้วยวิธีทั่วไป

ถ้าในกรณีที่ผู้คลอดมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ก็ใช้หลักการเดียวกับในห้องคลอด และควรเพิ่มความระมัดระวังในการส่งเครื่องมือผ่าตัดที่แหลมคม โดยวางไว้บนภาชนะแทนการส่งผ่านโดยตรงจากมือสู่มือ

นอกจากนี้ควรตระหนักเสมอว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงควรระมัดระวังการแพร่เชื้อไปสู่ผู้คลอดด้วย โดยผู้ที่มีอาการติดเชื้อควรเลี้ยงที่จะให้การดูแลผู้คลอด และเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดควรเน้นการปราศจากเชื้อ การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณฝีเย็บ ควรหลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำจนกว่าจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดตลอดทั้งควรมีการประเมินการติดเชื้อจากการวัดอุณหภูมิของร่างกาย และจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การดูแลในระยะหลังคลอด

การดูแลในระยะนี้เช่นเดียวกับการดูแลในระยะคลอด คือ การยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สิ่งสำคัญอีกประการคือการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด ควรใช้ ถุงยางอนามัยร่วมกับยาฆ่าตัวอสุจิ (spermicidal) ทั้งนี้เพราะถุงยางอนามัยจะเป็นการกั้นการสัมผัส (mechanical barrier) ของเชื้อเอชไอวี ซึ่งผลของการป้องกันนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของถุงยางอนามัย ถ้าเป็นชนิดเนื้อเยื่อธรรมชาติ (natural membrane) จะให้ผลในการป้องกันน้อยกว่าชนิดที่ทำด้วยยาง (latex) แต่ก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ทั้งหมด ส่วนการใช้ยาฆ่าเชื้ออสุจิร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยนั้นถึงแม้จะให้ผลเต็มที่ในการทำลายเชื้อเอชไอวีในห้องทดลอง แต่ในทางปฏิบัติบางรายอาจมีอาการแพ้สารดังกล่าว เกิดอาการระคายเคือง เป็นผลทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น ซึ่งพยาบาลควรเน้นให้เห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยและยาฆ่าเชื้ออสุจินั้นเป็นเพียงการช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อเท่านั้น แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ทั้งหมด มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวควรมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ถ้ามารดามีบุตรเพียงพอแล้ว ควรใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างถาวร

การดูแลทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี

ภายหลังคลอดควรรีบทำการดูดนมที่ศีรษะคลอด เพื่อป้องกันการกลืนของเหลวลงไป และเมื่อคลอดควรเช็ดตาทารกทันทีเพื่อลดการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งจากมารดาแล้วจึงตัดสะดือเด็กทารกด้วยวิธีที่ปราศจากเชื้อ (ไม่ควรใช้กรรไกรตัดฝีเย็บมาตัดสายสะดือเด็ก) แล้วนำทารกไปอาบน้ำฟอกสบู่ให้สะอาด เปลี่ยนน้ำท้างแล้วสระผมจนกระทั่งปราศจากคราบเมือกและเลือด พยาบาลควรอธิบายให้มารดาเข้าใจว่าเชื้ออาจผ่านมาสู่ทารกได้ทางน้ำนมของมารดา จึงควรงดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้

พยาบาลควรเน้นให้มารดาเห็นความสำคัญของการนำเด็กมาตรวจตามนัด โดยทั่วไปจะนัดตรวจเลือดเมื่ออายุทารกมากกว่า 18 เดือน ส่วนเรื่องการให้ภูมิคุ้มกันโรคนั้นยังคงให้ได้ตามปกติ ยกเว้นในรายที่มารดามีอาการของเอตส์เต็มขั้น หรือมีอาการสัมผัสกับเอตส์ ควรงดการให้วัคซีน BCG และควรเลือกให้วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดฉีด ซึ่งเป็นวัคซีนที่เชื่อเป็นชนิดตายแทนที่ใช้วัคซีนชนิดรับประทาน เพื่อเลี่ยงภาวะการติดเชื้อโปลิโอซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการเป็นอัมพาตได้ (Paralytic Poliomyelitis)

มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรจะได้รับความช่วยเหลือดูแลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ สังคม ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ทั้งนี้เพื่อช่วยรักษาภาวะสมดุลของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ และสามารถปรับตัวดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข ซึ่งการใช้หลักการให้คำปรึกษาจะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องโรคเอตส์และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พยาบาลเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญที่จะช่วยให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ในที่สุด

บรรณานุกรม

- กิตินันท์ สิทธิชัย (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองโรคเอดส์ (2535). ข่าวโรคเอดส์ กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา วรธงชัย (2535). เอดส์ : แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 1(4), 12-19.
- จรรยา จันท์ผ่อง (2537). ผลของการให้การพยาบาลแบบประคับประคองโดยใช้หลักการให้คำปรึกษาต่อเจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536). ชะตาชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ "หญิง" กรุงเทพฯ : อักษรสมัย.
- บังอร ศิริโรจน์ และคณะ (2537). การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ประยุกต์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ (2538). คู่มือการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ กรุงเทพฯ : การศาสนา.
- มัทนา หาญวนิชย์ (2536). เอดส์ : แนวทางการดูแลรักษา กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซด์.
- เสรี พงศ์พิศ (2538). บันทึกเพื่อนชีวิตใหม่ เชียงใหม่ : โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ.
- DeVita, V.T. editor (1992). **AIDS : Etiology Diagnosis Treatment and Prevention** Philadelphia : J.B. Lippincott.