

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ: กรณีศึกษา 2 ราย

นายวสันต์ คุณอุดม, พย.ม*

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นความผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่มีความซับซ้อน และอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่รุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และการจัดการอย่างเหมาะสม จึงจะช่วยลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดา และทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

วิธีการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 2 ราย โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ผลการศึกษา: พบว่าผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างด้านปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และใช้ทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การบริหารยาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้คลอดปลอดภัย สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย การเจ็บป่วยปัจจุบัน และการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะวิกฤต ของภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ เลือดออกในสมอง ชักจากครรภ์เป็นพิษ หัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ไตวายเฉียบพลัน ระบบการแข็งตัวของเลือดล้มเหลว และต่อทารก ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด ทารกมีภาวะเครียด หรือเสียชีวิตในครรภ์ เป็นต้น

คำสำคัญ: ครรภ์เป็นพิษ กระบวนการพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care of Maternal with Pre-eclampsia: A Study of Two Cases

Chaywasan Khunudom, M.N.S *

Abstract

Introduction: Pre-eclampsia is a complex pregnancy disorder and could be influential to the severity of health conditions. Consequently, it is essential to assess symptoms carefully and properly approach management to reduce severity and prevent complications that could affect both mother and fetus.

Objective: To examine the nursing care of maternal with pre-eclampsia.

Methodology: A retrospective case review was conducted with the Medical records of 2 patients, including interviewed illness history, physical examination, laboratory results, and other examinations based on the five steps of the nursing process.

Results: The findings revealed the identification of risk factors in both cases. There were variations in the risk factors and the severity of potential complications observed. Nonetheless, following the implementation of the nursing care process, utilization of nursing assessment skills, continuous monitoring of signs and symptoms of complications, and appropriate drug administration, maternal safety was ensured, facilitating adaptation to the encountered problems and chronic conditions.

Suggestions The assessment tools should be developed to monitor the warning signs of critical conditions associated with pre-eclampsia, such as intracerebral hemorrhage, seizures from pre-eclampsia, heart failure, pulmonary edema, acute renal failure, and intravascular coagulation. Additionally, the fetus effects, including placental abruption fetal distress, and death fetal in utero.

Keywords: Pre-eclampsia, Nursing process

**Registered Nurse, Professional level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเฉพาะ คือ ความดันโลหิตสูงและส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะไต ตับ รวมทั้งระบบโลหิตวิทยา หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้¹ พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องใช้ความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ ในการประเมินอาการเตือนที่สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผน และให้การพยาบาลแก่ผู้คลอดที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อน หรือมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุด

ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เป็นชนิดหนึ่งของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หรือ Hypertension in pregnancy^{2,3} ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการสำหรับมารดา อาทิ ความเสียหายของอวัยวะต่างๆในร่างกาย อาการชัก กลุ่มอาการ HELLP ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติต่อการแข็งตัวของเลือด และอาจเป็นอันตรายร้ายแรงถึงเสียชีวิต นอกจากนี้ยังอาจส่งผลร้ายแรงต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์ รวมถึงภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (Fetal distress) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ (Still birth)^{2,3,4}

ในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 5 - 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ มีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด 21.4 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์ทั้งหมด เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁵ อย่างไรก็ตามอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา

พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ รับประทานยาอยู่ในห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สอบถามซักประวัติ และศึกษาจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการเปรียบเทียบผลการศึกษา กรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา

แสดงผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ นำเสนอใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และอาการสำคัญ 2) ข้อมูลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ 3) ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และ 4) ข้อมูลอาการและการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและอาการสำคัญ ผลรวบรวมข้อมูลทั่วไป รวมทั้งอาการสำคัญ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ประวัติ และอาการสำคัญ กรณีศึกษา 2 ราย

รายการ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้	หญิงไทย อายุ 38 ปี การศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ อาชีพ รับจ้างพนักงานโรงงาน รายได้ 15,000 บาท/เดือน	หญิงไทย อายุ 27 ปี การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามีประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ 20,000 บาท/เดือน
อาการสำคัญ ก่อนมาโรงพยาบาล	4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ขาบวม	จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตั้งครรภ์ และการคลอด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ที่ 4 อายุครรภ์ 23 ⁺ 5 สัปดาห์ คลอดบุตรเองทางช่องคลอด 3 คน บุตรคนสุดท้ายอายุ 11 ปี การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ยังไม่ได้ฝากครรภ์	ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 33 ⁺ 1 สัปดาห์ บุตรคนแรกคลอดเองทางช่องคลอด อายุ 3 ปี ฝากครรภ์ 11 ครั้ง ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ตรวจพบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 9 สัปดาห์
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	ยายทวดเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ผลการรวบรวมข้อมูลการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การตรวจร่างกายแรกรับ	ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 28.76 กิโลกรัม/เมตร² รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ขาบวมกดบวม+2 ฟังปอดมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) ทั้ง 2 ข้าง เสียงหัวใจ ไม่มีเสียงฟู่ (murmur) อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้ง/นาที หายใจหอบ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 220/160 มิลลิเมตรปรอท ความชื้นออกซิเจนในเลือดขณะ room air 94% สีผิวไม่ซีด ไม่มีตัวเหลือง (jaundice)	น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 23 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 32.03 (Body Mass Index : BMI) ก่อนตั้งครรภ์ BMI 20.31 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 11.5-16 kg (ไตรมาสแรก 0.5-2 kg, ไตรมาสสองและสาม 0.5 kg/week) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในการฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย 1 กิโลกรัม/สัปดาห์ ถือว่าน้ำหนักตัวเพิ่มมากเกินไป รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ขาบวมกดบวม+3 ฟังปอดไม่มีเสียงแทรก ทั้ง 2 ข้าง เสียงหัวใจไม่มีเสียงฟู่ (murmur) อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 115 ครั้ง/นาที

หายใจหอบ 20 ครั้ง/นาที		
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ ภูมิศึกษา 2 ราย(ต่อ)		
ประเด็นเปรียบเทียบ	ภูมิศึกษาที่ 1	ภูมิศึกษาที่ 2
		ความดันโลหิต 165/106 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดขณะ room air 99% สีผิวไม่ซีด ไม่มีตัวเหลือง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การวิเคราะห์ผลการตรวจการทำหน้าที่ของไตและตับ พบว่า เข้ากันได้กับพยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อการทำหน้าที่ของไตและตับ และผลการตรวจติดตามหลังคลอด พบว่า มีค่าการทำงานของไตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบระดับเม็ดเลือดขาว (white blood cell) และเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil สูงขึ้น ซึ่งโดยปกติแล้วหญิงตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับเม็ดเลือดขาว โดยสามารถเพิ่มสูงได้ถึง 13,800 ถึง 19,600 cell/ul หรืออาจบ่งบอกถึงการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบในรก และการไหลเวียนเลือดที่สูงขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	การวิเคราะห์ผลการตรวจการทำหน้าที่ของไตและตับ และระดับเม็ดเลือดขาวแสดงถึงการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบในรก และการไหลเวียนเลือดที่สูงขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ นอกจากนี้ยังตรวจพบ ระดับ LDH สูง ซึ่งอาจบ่งบอกถึงภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) ซึ่งเข้ากันได้กับกลุ่มอาการ HELLP syndrome ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือเม็ดเลือดแดงแตกและเกร็ดเลือดต่ำ โดยผู้คลอดรายนี้มีระดับเกร็ดเลือดที่ต่ำลง แต่ยังไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จึงยังไม่ส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด โดยแพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Partial HELLP syndrome
การตรวจครรภ์ และตรวจภายในแรกจับ	ระดับยอตมดลูก 1/4 เหนือสะดือ ไม่พบการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที ปากมดลูกไม่เปิด	ระดับยอตมดลูก 2/4 เหนือสะดือ ไม่พบการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที ปากมดลูกไม่เปิด
การตรวจพิเศษ	คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound): คะแนนน้ำหนักรก 520 กรัม ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ ไม่พบเลือดออกด้านหลังรก ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ (adequate) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography หรือ EKG): Sinus tachycardia การเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ หรือ Intrapartum monitoring: Category II มี variable deceleration ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งชี้ว่าทารกอาจมีภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์	คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound): คะแนนน้ำหนักรก 1,486 กรัม (Percentile 5-10) ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ ไม่พบเลือดออกด้านหลังรก ดัชนีปริมาณน้ำคร่ำ (amniotic fluid index: AFI) 9.5 เซนติเมตร ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย เปอร์เซ็นไทล์ที่ 5 ถึง 10 เมื่อเทียบกับทารกในอายุครรภ์เท่ากัน ปริมาณน้ำคร่ำปกติ ซึ่งภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยเกิดขึ้นได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง เนื่องจากการพยาธิสภาพ

	ของรกที่ทำให้ขนส่งออกซิเจนและสารอาหาร จากมารดาสู่ทารกได้น้อย
--	---

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่นๆ กรณีศึกษา 2 ราย(ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		Intrapartum monitoring: Category II มี Late deceleration ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งชี้ได้ว่า ทารกอาจมีภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์
การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Pre-eclampsia with severe features with acute pulmonary edema with cardiomegaly	Chronic hypertension superimposes pre-eclampsia with severe feature
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Pre-eclampsia with severe features with acute pulmonary edema with cardiomegaly	Chronic hypertension superimposes pre-eclampsia with severe features with partial HELLP syndrome with severe fetal growth restriction

1.3 การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11
แบบแผน ของกอร์ดอน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าคุณเองตั้งครรภ์ โดยเป็นการตั้งครรภ์ที่ ไม่ได้วางแผน ไม่ทราบความเสี่ยงของการ ตั้งครรภ์ ผู้ป่วยตั้งใจจะฝากครรภ์เมื่อใกล้ คลอด เนื่องจากมีภาระต้องเลี้ยงดูบุตร และ ทำงานรับจ้าง ไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติที่ เกิดขึ้น จนกระทั่งมีอาการรุนแรง จึงมา โรงพยาบาล	รับรู้ว่าคุณเองตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์โดย วางแผนที่จะมีบุตรคนที่ 2 แล้วจะทำหมัน มี ความเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองและ บุตรในครรภ์ ฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่า ตั้งครรภ์ ประมาณ 9 สัปดาห์ และไปฝาก ครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ รู้จักสังเกต อาการตนเอง เมื่อพบว่ามีอาการผิดปกติคือ จุกแน่นได้ตั้งปี รับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและ การเผาผลาญสารอาหาร	ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามปกติ ไม่ ดื่มสุรา หรือสารเสพติด รับประทานอาหาร พื้นบ้าน วันละ 3 มื้อ มี BMI อยู่ในเกณฑ์ อ้วนระดับ 1 ไม่เคยวิตกกังวลเรื่องน้ำหนัก ตัว	ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามปกติ ไม่ ดื่มสุรา หรือยาเสพติด รับประทานอาหาร พื้นบ้าน วันละ 3 มื้อ ไม่มีปัญหาาระบบย่อย อาหาร ก่อนตั้งครรภ์ BMI 20.31
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	ไม่พบความผิดปกติของการขับถ่ายขณะ ตั้งครรภ์	ไม่พบความผิดปกติของการขับถ่ายขณะ ตั้งครรภ์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน(ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ในชีวิตประจำวันไม่ได้ออกกำลังกาย เมื่อทราบว่าตั้งครร์ภักยังคงทำงานตามปกติ	ในชีวิตประจำวันไม่ได้ออกกำลังกาย เมื่อทราบว่าตั้งครร์ภักได้ลดกิจกรรมลง พักผ่อนมากขึ้น
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนวันละ 8 ชั่วโมง ไม่ได้นอนกลางวัน เนื่องจากทำงานทุกวัน นอนหลับสนิท	นอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับสนิท
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้	สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดี มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เมื่อต้องเผชิญปัญหา ประเมินศักยภาพตนเองว่าไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรในครรภ์ที่อาจพิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรังได้	สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดี มีการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เมื่อแพทย์แจ้งข้อมูล สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาอย่างมีเหตุผล
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ขณะเจ็บป่วยให้ความสนใจในการดูแลตนเอง สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเอง ไม่แสดงออกถึงความท้อแท้หมดหวัง	รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ขณะเจ็บป่วยให้ความสนใจในการดูแลตนเอง สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเอง ปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ดี
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี โดยมารดาเป็นหลักในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากสามีทำงานที่ต่างจังหวัด ขณะอยู่โรงพยาบาลสามีมาช่วยดูแลบุตร และคอยติดตามอาการของมารดาที่โรงพยาบาล	บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี โดยสามีทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ขณะอยู่โรงพยาบาลสามีหยุดงานมาดูแลผู้คลอดที่โรงพยาบาล และสนใจสอบถามอาการของผู้คลอด
แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่มีปัญหามีบุตรยาก วางแผนจะมีบุตร 3 คน แต่ไม่ได้ทำหมัน เชื่อว่าการทำหมันจะทำให้ทำงานหนักไม่ได้	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่มีปัญหามีบุตรยาก วางแผนจะมีบุตร 2 คน และตั้งใจจะทำหมันเมื่อคลอดบุตรคนนี้
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	สามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่แสดงถึงความเครียดที่ต้องสูญเสียบุตร ยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น	เมื่อเจ็บป่วยสามารถเผชิญได้ ตัดสินใจแก้ไขปัญหามีเหตุผล ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของแพทย์ และครอบครัว
แบบแผนที่ 11 ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไม่ได้เคร่งครัดหรือยึดถือสิ่งใดเป็นพิเศษ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไม่ได้เคร่งครัดหรือยึดถือสิ่งใดเป็นพิเศษ

1.4 ข้อมูลอาการและการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ผลการรวบรวมข้อมูลอาการและการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลอาการและการรักษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
สรุปอาการปัจจุบันและการรักษาที่ได้รับ	รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่เล็กน้อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดภาวะน้ำคั่งที่ปอด (pulmonary edema) ให้ยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ให้แมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) จนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด ให้ยาลดความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะเส้นเลือดในสมองแตก หลังได้รับการชักนำการคลอด ตรวจพบทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ จึงทำการผ่าตัดมดลูก (hysterotomy) ฉุกเฉิน และทำหมัน เพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะตกเลือดขณะผ่าตัดหรือหลังคลอด มดลูกหดตัวดี ยังใช้เครื่องช่วยหายใจใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และสามารถหายใจได้เองในวันที่ 2 หลังผ่าตัด อาการบวมลดลง ฟังเสียงปอดไม่มี crepitation ทั้ง 2 ข้าง หลังเริ่มดื่มน้ำรับประทานอาหารเหลว มีอาการถ่ายเหลว อาเจียน แพทย์นึกถึงภาวะการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้ (gastroenteritis) ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Supportive) ให้รับประทานเกลือแร่ (ORS) และยาปฏิชีวนะจนอาการดีขึ้น หลังผ่าตัดวันที่ 6 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดตรวจโรงพยาบาลใกล้บ้านหลังครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด นัดตรวจกับแพทย์อายุรกรรมหัวใจ เพื่อติดตามประเมินอาการและรักษาภาวะ	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ (มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ก่อนมาโรงพยาบาล) มีการหดตัวของมดลูกห่างๆ ปากมดลูกยังไม่เปิด สูติแพทย์วางแผนการรักษาตามอาการ ได้แก่ ให้ยาควบคุมความดันโลหิต ให้แมกนีเซียมซัลเฟต เพื่อป้องกันชักจากครรภ์เป็นพิษ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีภาวะ HELLP syndrome จึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ให้ Transamine หลังคลอดเพื่อช่วยการแข็งตัวของเลือด ขณะผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะตกเลือดขณะผ่าตัดหรือหลังคลอด มดลูกหดตัวดี ไม่มีภาวะชักหลังผ่าตัด หายใจได้เอง รับประทานอาหารตามลำดับ (Step diet) ได้ดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าเอนไซม์ตับยังสูงแต่ลดลงจากเดิม ระดับเกร็ดเลือด และความเข้มข้นของเลือดต่ำเล็กน้อย ไม่พบความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังผ่าตัดวันที่ 3 แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยาลดความดันโลหิตกลับไปรับประทานที่บ้าน นัดตรวจ 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
		ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย กุมารแพทย์รับไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ต่อมาสามารถหายใจได้เอง ป้อนนมผสม และนมมารดาได้ น้ำหนักตัว 1,400 กรัม จึงส่งไป

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	Dilated cardiomyopathy ประมาณ 1 เดือนหลังคลอด พบว่าไม่พบปัญหาเรื่อง pulmonary edema และอาการบวม ไม่มี อาการหายใจหอบ นอนราบได้ โดยได้รับยา ควบคุมการเต้นของหัวใจ ยาลดความดัน โลหิต และยาลดไขมันในเลือด เนื่องจาก ตรวจพบว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง และขอ ติดตามอาการและรับยาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน	รักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน นัด ตรวจติดตามอาการเมื่อทารกอายุ 2 เดือน น้ำหนักตัว 3,600 กรัม ดูคนมารดาได้ดี ขับถ่ายปกติ พัฒนาการสมวัย
การคลอด	การผ่าตัดมดลูก (hysterotomy) ถูกฉีดยา และทำหัตถ์ น้ำหนักทารก 650 กรัม เสียชีวิตแรกคลอด คะแนนการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัด 250 มล.	คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (caesarian section) ทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,330 กรัม Apgar score 8-9-9 มีอาการ หายใจหอบ น้ำหนักน้อย กุมารแพทย์รับไป ดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล	รวมระยะเวลา 6 วัน	รวมระยะเวลา 3 วัน

2. **ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ นำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตาม ระยะของการคลอด 4 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะฟื้นฟู ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะฟื้นฟู

ระยะของการคลอด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะรอคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรง	1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ชนิดรุนแรง
	2. เสี่ยงต่อภาวะการหายใจล้มเหลวจากภาวะ ของเหลวคั่งในปอด เนื่องจากการกรองของไต ลดลงจากพยาธิสภาพของโรค	2. เสี่ยงต่อภาวะน้ำในร่างกายเกิน เนื่องจากการ กรองของไตลดลง จากพยาธิสภาพของโรค
	3. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการสูบฉีด เลือดจากหัวใจได้ลดลงสัมพันธ์กับภาวะหัวใจโต และของเหลวในระบบไหลเวียนเกิน	
	4. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดก่อนคลอดคลอด จาก พยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษส่งผลต่อปัจจัย การแข็งตัวของเลือดลดลง	3. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดก่อนคลอด เนื่องจาก ระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากพยาธิ สภาพของโรค HELLP syndrome

ระยะของการคลอด	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. เสี่ยงต่อภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารก ลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับมารดามีภาวะปอดบวมน้ำ	4. เสี่ยงต่อภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารก ลดลงจากภาวะความดันโลหิตสูง
	6. วิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	5. วิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
ระยะคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดขณะผ่าตัดคลอด จากพยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษส่งผลต่อปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง	1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดขณะคลอด เนื่องจากระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรค HELLP syndrome
	2. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการสูบฉีดเลือดจากหัวใจได้ลดลงสัมพันธ์กับภาวะหัวใจโตและของเหลวเกิน ร่วมกับการได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการดมยาสลบ	2. เสี่ยงต่อภาวะน้ำในร่างกายนเกิน เนื่องจากการกรองของไตลดลง จากพยาธิสภาพของโรค
ระยะหลังคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง	1. เสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
	2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด จากพยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ และผู้คลอดมีปัจจัยเสี่ยงคือการตั้งครรภ์หลายครั้ง	2. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากระบบการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรค HELLP syndrome
	3. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากการสูบฉีดเลือดจากหัวใจได้ลดลงสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโตและของเหลวเกิน	3. เสี่ยงต่อภาวะน้ำในร่างกายนเกิน เนื่องจากการกรองของไตลดลง จากพยาธิสภาพของโรค
	4. เสี่ยงต่อภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรลัยท์เนื่องจากการสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรลัยท์จากการท้องร่วง (diarrhea)	
ระยะฟื้นฟู	5. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด	4. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด
	1. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต	
	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง	1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

3. การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล จากการระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้สรุปปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ

นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วางแผนการพยาบาล นำไปปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และประเมินผลการพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล

ปัญหา	การพยาบาล	การประเมินผล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อภาวะชัก เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง	1. การประเมินและเฝ้าระวัง โดยตรวจวัดความดันโลหิต ระดับโปรตีนในปัสสาวะ และสัญญาณชีพอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอ ประเมินอาการเตือนของภาวะชัก (Pre-eclamptic sign) เช่น ปวดศีรษะ เห็นภาพผิดปกติ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 2. การบริหารยา โดยการให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมความดันโลหิต และแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันอาการชัก 3. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. ดูแลการพักผ่อน	มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่ยังไม่มีอาการชัก ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต และแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันอาการชักจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด และได้รับยาลดความดันโลหิต และยาขับปัสสาวะกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน	มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แต่ยังไม่มีอาการชัก ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต และแมกนีเซียมซัลเฟตเพื่อป้องกันอาการชักจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด และได้รับยาลดความดันโลหิตกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน
2. เสี่ยงต่อปริมาณของเหลวในร่างกายเกิน (Fluid overload) จากภาวะการทำงานของไตล้มเหลว อันเป็นผลกระทบจากความดันโลหิตสูง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)	1. การประเมินและเฝ้าระวังโดยตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ การฟังเสียงปอด สารคัดหลั่งจากปอด รวมทั้งระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 2. การใช้เครื่องช่วยหายใจเสริมเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ พร้อมทั้งบันทึกปริมาณ	มีอาการบวมกดบวมเกรด 2 และมีอาการหายใจหอบ นอนราบไม่ได้ และไม่สามารถหายใจเองได้หลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1 ฟังเสียงปอดมี Crepitation จากนั้นอาการดีขึ้น สามารถหายใจได้เอง ฟังเสียงปอดไม่พบ Crepitation ไม่มีอาการหายใจหอบ นอนราบได้ อาการบวมลดลง ผลการ	มีอาการบวมกดบวมเกรด 2 ซึ่งแสดงถึงมีภาวะน้ำเกินในร่างกายจากภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลให้การทำงานของไตในการขับของเสียลดลง แต่ยังไม่รุนแรง ไม่พบภาวะน้ำคั่งในถุงลมปอด

ปัญหา	การพยาบาล	การประเมินผล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว และการทำงานของหัวใจล้มเหลวตามมา	สารน้ำเข้าออก เพื่อเฝ้าระวังสารน้ำเข้าออกขาดสมดุล 5. การจัดท่านอนศีรษะสูง เพื่อช่วยเพิ่มการขยายของปอด 6. การประเมินการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	ตรวจการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) พบว่ามีภาวะ Dilated cardiomyopathy จึงได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมการทำงานของหัวใจ	
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด จากพยาธิสภาพของโรคที่อาจส่งผลให้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง จากการตอบสนองต่อการทำลายตัว สัมพันธ์กับค่าการทำหน้าที่ของตับผิดปกติ	1. การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด 2. การประเมินสัญญาณชีพ และอาการของการสูญเสียเลือด หรือมีเลือดออกผิดปกติ 3. เตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะสูญเสียเลือด ได้แก่ ยาเวชภัณฑ์ ห้องผ่าตัดฉุกเฉิน เลือด และส่วนประกอบของเลือด	ไม่มีภาวะตกเลือดทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด เนื่องจากได้รับการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนพยาธิสภาพของโรคจะรุนแรงมากขึ้น	ไม่มีภาวะตกเลือดทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด เนื่องจากได้รับการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนพยาธิสภาพของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ได้รับยา Transamine เพื่อช่วยการแข็งตัวของเลือด
4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากรกได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (Placental insufficiency) จากภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือด	1. ติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยใช้เครื่องฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก (Fetal heart rate; FHR) 2. ประเมินโดยใช้เครื่องการตรวจด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Intrapartum monitoring; IPM) 3. ติดตามผลการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์	FHR =130-148 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ IPM เป็น Category II มี Variable deceleration ทารกเสียชีวิตแรกคลอดเนื่องจากอายุครรภ์ และน้ำหนักตัวน้อยมาก โดยมารดายอมรับขอไม่ให้ช่วยฟื้นคืนชีพทารก	ทารกแรกคลอดน้ำหนัก 1,330 กรัม Apgar score 8-9-9 มีอาการหายใจหอบ น้ำหนักแรกเกิดน้อย กุมารแพทย์รับไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เมื่อสามารถหายใจได้เอง รับนมได้ จึงส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านนัดตรวจติดตามอาการเมื่อทารกอายุครบ 2 เดือน มีน้ำหนักตัว 3,600 กรัม ดูด

ปัญหา	การพยาบาล	การประเมินผล	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดจากการดาสู่ทารกในครรภ์		นมมารดาได้ดี ขับถ่ายปกติ พัฒนาการสมวัย
5. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด	1. ประเมินระดับความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินความปวด Numerical rating scale สังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง และประเมินสัญญาณชีพ 2. สอนการจำกัดท่าทางเพื่อลดอาการปวด 3. การใช้ผ้ายืดพันรอบหน้าท้องเพื่อช่วยประคับประคองแผล 4. ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา	ระดับความปวดค่อยๆ ลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้	ระดับความปวดค่อยๆ ลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
6. มีความวิตกกังวลที่เกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์	1. การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ 2. การให้ข้อมูล และประสานให้ได้รับข้อมูลจากแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม 3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษา ผู้คลอดปรึกษากับสามีขอยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่พร้อมที่จะเลี้ยงดูบุตรที่มีโอกาสพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ไม่แสดงความรู้สึกเศร้าโศก สูญเสีย วางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	ไม่แสดงออกถึงความเครียด พุดคุย สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถเผชิญได้ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของแพทย์ และครอบครัว
7. ความสามารถในการปรับตัวของผู้คลอดและครอบครัวในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียทารกในครรภ์ และภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ไม่เพียงพอ	1. ให้กำลังใจและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของผู้คลอด 2. ประเมินการรับรู้ และให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ รวมทั้งวิธีการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ความเชื่อและค่านิยมของผู้คลอด	ผู้คลอดและสามีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียบุตรได้ การออกแบบวิธีการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ดี	ผู้คลอดและสามีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การออกแบบวิธีการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ดี

โดยสรุป กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ ทั้งด้านกายภาพ และแบบแผนสุขภาพ จากข้อมูล เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัยจากภาวะชัก ไม่เกิดภาวะตกเลือดในทุกระยะของการคลอด ปัญหาระบบหายใจและการทำงานของหัวใจ กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการของภาวะการหายใจและการทำงานของหัวใจล้มเหลวลดลง ส่วนด้านทารก กรณีศึกษาที่ 1 ทารกมีอายุครรภ์น้อยมาก อวัยวะต่างๆยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถช่วยเหลือชีวิตไว้ได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ทารกในครรภ์มีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภายหลังได้รับการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย ขณะนอนโรงพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการรับรู้ การปรับตัว และสามารถเผชิญปัญหาได้ดี ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถในการปรับตัวและเผชิญปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียทารกในครรภ์ และภาวะเจ็บป่วยของตนเอง

สรุปผลศึกษา

ผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างด้านปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของพยาธิสภาพ เมื่อสิ้นสุดการดูแล ผู้คลอดทั้ง 2 ปลอดภัย โดยการรักษาของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีทักษะในการประเมิน การจัดการปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล

เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ช่วยให้แก้ไขปัญหาทางการพยาบาล ได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. Smith J, et al. Preeclampsia: Understanding the Risk Factors and Prevention Strategies. *J Obstet Gynecol.* 2022;10(2):45-60.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. Practice Bulletin No. 202. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e1-e25.
3. Johnson, S. & Williams, A. (2021). "The Role of Genetics in Preeclampsia." *American Journal of Medical Genetics*, 5(3), 102-115.
4. Roberts JM, Bell MJ. If we know so much about preeclampsia, why haven't we cured the disease? *J Soc Gynecol Investig.* 2013;20(4):167-176.
5. Ministry of Public Health. (2565). Maternal Mortality Ratio Statistics. Maternal and Child Health Group, Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand