เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

การพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา

พิชชานันท์ เพชรเดิม
โรงพยาบาลสามง่าม

การพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา

Nursing Care for Women Giving Birth Who Use Methamphetamine: Case Study

พิชชานันท์ เพชรเดิม
โรงพยาบาลสามง่าม
PhichananPhetderm
Sam Ngam Hospital

บทคัดย่อ

ที่มา:
การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มารดาที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย และภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด (Neonatal Abstinence Syndrome: NAS) ซึ่งอาจรุนแรงถึงชีวิตหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์:
เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลต่อทารกแรกเกิด จำนวน 2 ราย ณ โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร

วิธีการศึกษา:
เป็นการศึกษารูปแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem’s Self-Care Deficit Theory) เพื่อประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ผลการศึกษา:
รายที่ 1 มารดาวัยรุ่น คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนัก 2,340 กรัม ไม่มีภาวะน้ำตาลต่ำหรือการติดเชื้อ แต่ต้องส่งต่อเพื่อดูแลโดยกุมารแพทย์เฉพาะทาง มารดาไม่ได้เข้ารับการฟื้นฟูเนื่องจากย้ายถิ่นฐาน
รายที่ 2 มารดาวัย 35 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ คลอดเองที่บ้าน ทารกน้ำหนัก 2,715 กรัม พบภาวะน้ำตาลต่ำและเสี่ยงติดเชื้อ ได้รับยาปฏิชีวนะและการส่งต่อ มารดาได้รับการดูแลแบบองค์รวมจากทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาจากทีมจิตเวช ส่งผลให้หยุดใช้สารเสพติดได้สำเร็จ

สรุป:
พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมถึงการประสานงานการดูแลต่อเนื่องกับครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก

คำสำคัญ:การพยาบาลมารดาคลอด, เมทแอมเฟตามีน

Abstract

Background: Methamphetamine use during pregnancy is a major public health concern that adversely affects maternal and neonatal health in physical, psychological, and social aspects. Pregnant women who use methamphetamines are at high risk of complications, including intrauterine growth restriction, preterm birth, postpartum hemorrhage, low birth weight, and neonatal abstinence syndrome (NAS), which can be life-threatening without appropriate care.

Objective: To present nursing care case studies of two postpartum mothers with methamphetamine use and their neonatal outcomes at Sam Ngam Hospital, Phichit Province.

Methods: This descriptive case study applied the nursing process based on Orem's Self-Care Deficit Theory to assess, plan, and provide holistic nursing care for both mother and infant. Data were collected from medical records, interviews with the mothers and relatives, and neonatal physical assessments to identify problems, care needs, and appropriate nursing interventions.

Results:

- Case 1: A young mother delivered preterm; the infant weighed 2,340 g, with no hypoglycemia or infection, but was referred for specialist care. The mother discontinued follow-up after relocation.
- Case 2: A 35-year-old mother with no antenatal care delivered at home. The infant weighed 2,715 g, developed hypoglycemia, and received antibiotics before referral. The mother was provided with holistic, multidisciplinary care, including home visits and psychiatric counselling, which led to successful drug cessation.

Conclusion: Delivery room nurses play a critical role in caring for mothers and newborns affected by methamphetamine use. Essential competencies include risk assessment, complication monitoring, systematic nursing care planning, and coordination of continued care with families and communities to prevent relapse and promote quality of life.

Keywords: Postpartum mothers, Methamphetamine Nursing care

บทนำ

การใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) หรือ “ยาบ้า” เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทย (กรมสุขภาพจิต, 2566) เมทแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ใช้ โดยหญิงตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มเปราะบางและมักเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ต่อเนื่อง

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าแนวโน้มการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานจากโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2554–2556 พบว่าหญิงคลอดร้อยละ 1.13–1.4 มีประวัติใช้เมทแอมเฟตามีน ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีรายงานอัตราสูงถึงร้อยละ 12.35 ในปี 2563 โดยพบอัตราภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสูงกว่ากลุ่มทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (14.6% เทียบกับ 1.0%) และการคลอดก่อนกำหนด (33.3% เทียบกับ 11.7%) (วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2560(1)[3]; วารสารวิชาการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10, 2565)[3]นอกจากนี้ ทารกที่เกิดจากมารดากลุ่มนี้มีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยน้อยกว่าและมีความเสี่ยงต่ออาการถอนยา (กรมสุขภาพจิต, 2566)[1]

จากข้อมูลการคลอดของโรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2568 พบมารดาคลอดปกติทางช่องคลอด 169 ราย และพบมารดาที่ใช้เมทแอมเฟตามีน 8 ราย โดยปัญหาเด่นคือ ไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ขาดการคัดกรองและการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด อีกทั้งพบ การคลอดฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล/คลอดระหว่างทาง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของมารดาและภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด รวมถึงความจำเป็นในการส่งต่อทารกเพื่อเฝ้าระวังภาวะถอนยา สะท้อนข้อจำกัดด้านทรัพยากรในบริบทโรงพยาบาลชุมชน (โรงพยาบาลสามง่าม, 2564–2568)[2]

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกทำกรณีศึกษาเชิงเจาะจง 2 รายที่มีความซับซ้อน เพื่อพัฒนาแนวทาง คัดกรอง–เฝ้าระวัง–ส่งต่อ–ติดตามหลังคลอด ในกลุ่มเสพสารให้ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง ทั้งนี้ กรณีศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem’s Self-Care Deficit Theory) เพื่อประเมินภาวะพร่องความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เพื่อยกระดับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมความต่อเนื่องของการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติดให้มีคุณภาพ ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อพัฒนาความรู้และเป็นแนวทางการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดที่ได้รับผลกระทบจากสารเสพติด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกกรณีศึกษา โดยเลือกจากมารดาคลอดที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน 2 ราย ที่มารับการรักษาห้องคลอด โรงพยาบาลสามง่าม
2. นำหลักการพยาบาล และผลงานเชิงประจักษ์ ที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้คลอด ซักประวัติเพิ่มเติมขณะมารับบริการ
3. นำมาศึกษาเปรียบเทียบ
4. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ติดตาม และประเมินผล
5. สรุปผลกรณีศึกษา เรียบเรียงเพื่อเผยแพร่ทางเว็บไซด์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและจัดทำเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยอายุ 18 ปี (G1P0A0L0) รับไว้ รพ.สามง่ามวันที่ 12 สิงหาคม 2567 เวลา 06.42 น. ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด 30 นาทีก่อนมา อายุครรภ์ 36+2 สัปดาห์ (กำหนดจากอัลตราซาวด์) ฝากครรภ์ 1 ครั้งที่ รพ.สามง่ามเมื่ออายุครรภ์ 30 สัปดาห์ ผลตรวจคัดกรอง Anti-HIV negative, VDRL non-reactive, HBsAg negative, Hct 37% Urine albumin/sugar negative, Urine amphetamine positive มีประวัติใช้ยาบ้าเป็นประจำ 1–2 เม็ด/ครั้ง ประมาณ 3 ครั้ง/สัปดาห์แรกรับน้ำหนัก 60 กก. สูง 157 ซม. ตรวจหน้าท้อง HF 32 ซม. FHS 130 ครั้ง/นาที การหดรัดตัว I 5 นาที 30 วินาที D 25 วินาที PV ปากมดลูกเปิด 2 ซม. effacement 50% station 0 มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน สัญญาณชีพคงที่ (BP 110/80 mmHg, PR 60, RR 20, T 37.0°C) ทำ EFM ครั้งที่ 1 พบ Category 2, non-reactive จึงทำ intrauterine resuscitation โดยให้ 0.9% NSS 1,000 ml IV (load 500 cc) และให้ออกซิเจน mask with bag 10 L/min ประเมินซ้ำ EFM ครั้งที่ 2 เป็น reactive Category 1 FHS 130 ครั้ง/นาที แพทย์อัลตราซาวด์ประเมินน้ำหนักทารกประมาณ 2,030 กรัม เวลา 08.00 น. มารดาปวดอยากเบ่ง PV พบปากมดลูกเปิด 10 ซม. effacement 100% station +1 ย้ายเข้าห้องคลอด ถุงน้ำคร่ำแตกเองเวลา 08.10 น. น้ำคร่ำใส คลอดปกติทางช่องคลอดเวลา 08.19 น. ฝีเย็บไม่ฉีกขาด ให้ Oxytocin 10 units IM ภายใน 1 นาทีหลังคลอด รกคลอดเวลา 08.27 น. EBL 50 ml สัญญาณชีพหลังคลอดคงที่ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาปกติ แพทย์ให้ Ampicillin 2 g IV หลังคลอดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังคลอด 2 ชั่วโมงไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ทารกแรกเกิดน้ำหนัก 2,340 กรัม APGAR 9-10-10 ได้รับ Vitamin K 0.5 cc IM และ HBV 0.5 cc IM ตรวจ DTX หลังคลอด 89 mg% หลัง feed นมผสม DTX ซ้ำ 73 mg% เวลา 09.00 น. แพทย์ consult กุมารแพทย์ รพ.พิจิตร เนื่องจากเป็น Preterm มีความเสี่ยง Hypoglycemia และ Early onset sepsis รวมถึงมารดาใช้สารเสพติดจึงส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลพิจิตรเวลา 10.00 น. ผลติดตามที่ รพ.พิจิตร: มารดาไม่ตกเลือดหลังคลอด ทารกไม่พบภาวะถอนยาและไม่พบการติดเชื้อ พักรักษา 2 วัน และจำหน่ายวันที่ 15 สิงหาคม 2567 ทั้งนี้ไม่สามารถติดตามการบำบัดสารเสพติดของมารดาหลังคลอดได้ เนื่องจากย้ายไปทำงานที่กรุงเทพฯ และไม่สามารถติดต่อได้.

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 35 ปี วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลสามง่าม 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เวลา 12.11 น.อาการสำคัญ คลอดเองที่บ้าน 1 ชั่วโมง 53 นาทีก่อนมาถึงโรงพยาบาล ประวัติการตั้งครรภ์ G3P2A0L2 ไม่ทราบอายุครรภ์เบื้องต้นเนื่องจากไม่ได้รับการฝากครรภ์ มีประวัติระหว่างตั้งครรภ์เสพยาบ้าสม่ำเสมอสัปดาห์ละประมาณ 3 เม็ดโดยวิธีการสูบ และมีพฤติกรรมดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำ เสพยาบ้าล่าสุด 1 สัปดาห์ก่อนคลอด ไม่ได้เรียนหนังสือ สามีเสพยาด้วยกัน เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดครรภ์ที่ 2 แพทย์ตรวจเลือด CBC ผล Anti HIV=negative ,VDRL=Non Reactive ,HbsAg= negative Hematocritstat 40 % ผลUrine albumin, Urine sugar =negative, Urine amphetamine=positive พยาบาลห้องคลอดออก EMS ร่วมกับพยาบาลห้องฉุกเฉินถึงบ้านเวลา 11.23 น. แรกรับมารดารู้สึกตัวดี สัญญาณชีพคงที่ (BP 135/87 mmHg, PR 86 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที) ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV อัตรา 80 cc/hr มารดาให้ประวัติเจ็บครรภ์ตั้งแต่ 07.30 น. เจ็บมากขึ้น ถุงน้ำแตก และคลอดเองเวลา 10.30 น. ตรวจพบรกยังไม่คลอด ไม่มีเลือดออกผิดปกติ มีแผลฝีเย็บฉีกขาดเล็กน้อย จึงให้ Oxytocin 10 units IM ทันที มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี active bleed นำส่งถึงโรงพยาบาลสามง่ามเวลา 12.07 น. ย้ายเข้าห้องคลอดและทำคลอดรกเวลา 12.09 น. พบมดลูกหดรัดตัวไม่ดี รายงานแพทย์และให้ Oxytocin 40 units ผสม 0.9% NSS 1,000 ml IV อัตรา 100 cc/hr ประเมินการเสียเลือด 200 ml สัญญาณชีพคงที่ (BP 128/70 mmHg, PR 90 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที) แผลฝีเย็บ slight tear ไม่ได้เย็บ คลึงมดลูกแล้วหดรัดตัวดี ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด

ทารกแรกเกิดประเมินอายุครรภ์จาก Ballard score ได้ 38+2 สัปดาห์ สภาพทั่วไปดี ตัวแดง ร้องดี น้ำหนัก 2,715 กรัม ได้รับ Vitamin K 0.5 cc IM ต้นขาซ้าย และวัคซีน HBV 0.5 cc IM ต้นขาขวา ตรวจ DTX

แรกรับ 44 mg% และ O2 sat 92–94% (RA) แพทย์สั่งให้ออกซิเจน nasal cannula 2 L/min RR= 46 ครั้ง/นาที T 36.9°C ให้ 10% dextrose water 5.4 ml IV slow push และวางแผนให้ 10% dextrose water 500 ml IV 7.3 ml/hr แต่เปิดเส้นให้สารน้ำต่อเนื่องไม่ได้ จึงให้ได้เพียง bolus 5.4 ml พร้อมให้ Ampicillin 270 mg IV stat แพทย์ประเมิน NAS score < 8 และปรึกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร รับส่งต่อทารกเพื่อเฝ้าระวังต่อเนื่องโดยให้ตรวจ CBC, Electrolyte, Hemoculture, Urine amphetamine (ผล positive) ให้ feed นมผสม 22 cc หลังให้นม DTX 73 mg% แล้วส่งต่อ รพ.พิจิตร มารดาหลังคลอดพักรักษาที่ รพ. สามง่าม 2 วัน ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดพบอ่อนเพลีย ปวดตึงแผลฝีเย็บ pain score 5/10 น้ำคาวปลาสี rubra ไม่มีกลิ่น ยอดมดลูกต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว มดลูกหดรัดตัวดี สัญญาณชีพคงที่ BP 130/90–140/90 mmHg, T 36.6–37.3°C, PR 90–100 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, O2 sat 98–100% ไม่พบตกเลือดหลังคลอด หลังคลอด 1 วันประสานทีมจิตเวชประเมินและให้การจูงใจเลิกสารเสพติด มารดามีความตั้งใจเลิกใช้เนื่องจากห่วงบุตรและนัดติดตาม 1 เดือนหลังคลอด

ตารางแสดงการเปรียบเทียบผู้คลอด 2 ราย
ด้วยการอภิปรายผลตามระยะเพื่อการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

ประเด็น/ข้อมูลสำคัญ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
1. อายุ/สถานภาพ	18 ปี, ตั้งครรภ์แรก (G1P0A0L0)	35 ปี, ตั้งครรภ์ที่3 (G3P2A0L2)	ผู้คลอดรายที่ 1 อายุน้อยกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์แรก ผู้คลอดรายที่ 2 อายุมากว่า 35 ตั้งครรภ์ที่ 3 ซึ่งทั้ง 2 รายอยู่ในช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อครรภ์ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกรับ
2.การฝากครรภ์	ฝาก 1 ครั้ง (30 สัปดาห์)	ไม่ได้ฝากครรภ์	ผู้คลอดทั้ง 2 รายฝากครรภ์ไม่เพียงพอขาดการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมความพร้อมก่อนมาคลอด
3.การใช้สารเสพติด	ผลUrine Amphetamine positive ระหว่างตั้งครรภ์เสพยาบ้าประจำ สัปดาห์ละ 2-3 เม็ดโดยการสูบ	ผลUrine Amphetamine positive,ใช้สารเสพติดไม่สม่ำเสมอ มีดื่มสุรา, สูบบุหรี่และสามีเสพด้วย	ผู้คลอดทั้ง 2 รายตรวจพบแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาผลของการใช้สารเสพติด[3]
4.ลักษณะการคลอด	คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล	คลอดเองที่บ้าน รกยังไม่คลอด EMSออกรับมารักษาที่โรงพยาบาล	รายที่ 1 คลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก 2,340 กรัมประเมิน APGAR SCORE 9-10-10 รายที่ 2 คลอดนอกโรงพยาบาล ทารกร้องเสียงดัง ตัวแดงดี ไม่ทราบอายุครรภ์ น้ำหนัก 2,715 กรัมเน้นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและติดเชื้อจากการคลอดที่บ้าน

ประเด็น/ข้อมูลสำคัญ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
5.การรักษา	- EFM,CBC,BUN ,Creatinin,electolyte - On 0.9% NSS1000 ml IV load 500cc IV drip 80 ml/hr. -Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอดภายใน 1 นาที - Ampicillin 2 gm IV ทุก 6 ชม. -refer รพ.พิจิตร พร้อมบุตร	-Oxytocin 10 unit IM หลังทารกคลอดภายใน 1 นาที - Hematocrit stat และทุก 6 ชั่วโมง -ให้ Oxytocin 40 units in 0.9%NSS 1,000 ml IV 120 cc/hr. -ตรวจ CBC - Ampicillin 2 gm IV ทุก 6 ชม. - ส่ง Consult กลุ่มงานจิตเวช	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและการป้องกันการติดเชื้อหลังคลอด โดยได้รับยาปฏิชีวนะเหมือนกัน และมีการให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามข้อบ่งชี้ สอดคล้องกับแนวทางสากลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและหลังคลอด[1,2]
6.ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	ไม่มีตกเลือด, มดลูกหดดี, Blood loss 50 ml	รกคลอดช้า, มดลูกหดรัดตัวไม่ดีในช่วงแรก, Blood loss 200 ml, slight tear	ผู้คลอดทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ซึ่งผู้คลอดได้รับการรักษาและดูแลตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังและการติดเชื้ออย่างครบถ้วน
8.การติดตามหลังคลอด	ไม่มีการติดตามบำบัดสารเสพติด (ย้ายไปกรุงเทพ)	ได้รับการประเมินจากกลุ่มงานจิตเวช นัดติดตาม 1 เดือน แม่ตั้งใจเลิกยา	ผู้คลอดรายที่ 1 ส่งตัวไปโรงพยาบาลพิจิตรติดตามหลังคลอดย้ายไปอยู่กรุงเทพและขาดการติดตาม ไม่มีช่องทางติดตามบำบัดสารเสพติด ผู้คลอดรายที่ 2 ได้รับการประเมินจากจิตเวชและตั้งใจเลิกยามีแรงจูงใจในการเลิกเสพสารเสพติด และมีการนัดติดตามอาการ
9.ปัญหาทางการพยาบาล	**ระยะก่อนคลอด** 1.. มีโอกาสเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด 2.ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด **ระยะคลอด** 3.ทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนด **ระยะหลังคลอด**		ผู้คลอดทั้ง 2 รายมีการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนขณะตั้งครรภ์เหมือนกัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก [3,4]ความแตกต่างคือ ผู้คลอดรายที่ 1 คลอดในโรงพยาบาล ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดที่บ้านและทีม EMS เป็นผู้ช่วยรับการคลอดและนำส่งโรงพยาบาล โดยทีมพยาบาล

ประเด็น/ข้อมูลสำคัญ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	อภิปรายผล
	4.มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากการคลอดอย่างรวดเร็วและใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ 5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีโพรงมดลูกเนื่องจากใช้สารเสพติด 6.ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยาเนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์ **การติดตามหลังจำหน่าย** 7.มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการไม่ดูแลสุขภาพตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้สารเสพติด		และทีมใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลทั้ง 2 รายอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรกรับ ระยะรอคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด[1,2,4] ทารกแรกเกิดทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะ Birth Asphyxiaได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อไปโรงพยาบาลพิจิตรเพื่อเฝ้าระวังภาวะถอนยาจากมารดาใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์[1,7] ผู้คลอดทั้ง 2 รายงดให้นมบุตรและให้บุตรรับประทานนมผสมจนกว่าผลตรวจผลUrine Amphetamine =negativeและบุตรทั้ง 2 รายส่งตัวไปดูแลที่โรงพยาบาลพิจิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนคลอด

1. มีโอกาสเกิดภาวะการคลอดก่อนกำหนด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: ผู้คลอดบอกว่า เจ็บท้องคลอดตั้งแต่ประมาณ06.00 น. และยังไม่ถึงกำหนดคลอด O: GA36^{+2}สัปดาห์ Interval 5นาที 30 วินาที, Duration 25วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50% Station 0 มีมูกเลือด	-
วัตถุประสงค์การพยาบาล	มารดาคลอดปลอดภัย ทารกแข็งแรงไม่มีภาวะ Birth Asphyxia	
เกณฑ์ในการประเมินผล	1.อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ 100 -160 ครั้งต่อนาที 2.APGAR SCORE แรกคลอดที่ 1 นาทีไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 3.น้ำหนักทารก ≥ 2,500 กรัม	
กิจกรรมการพยาบาล	1.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์แรกรับและทุก 15 นาทีจนกระทั่งคลอด 2.ตรวจภายในประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 15นาทีจนกระทั่งคลอด	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3.เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำคลอด 4.เตรียมทีม เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับรับทารก 5.แนะนำการเบ่งคลอดที่ถูกวิธี	
การประเมินผลการพยาบาล	ผลการคลอดทารกคลอดทางช่องคลอดได้ปกติ ไม่มีภาวะ Birth Asphyxia น้ำหนักแรกคลอด 2,340กรัมAPGAR score ที่ 1 นาที = 9 คะแนน(หักสีผิว) ,5 นาที =10 คะแนน ,10นาที=10-	
อภิปรายผล	ผู้คลอดรายที่ 1 คลอดก่อนกำหนดทารกคลอดปกติน้ำหนัก 2,340 กรัมไม่มีภาวะ Birth Asphyxia APGAR score ที่ 1 นาที = 9 คะแนน(หักสีผิว) ,5 นาที =10 คะแนน ,10นาที=10 ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดเองที่บ้านไม่ได้ฝากครรภ์ คำนวณอายุครรภ์จาก ballad score 38^{+2}สัปดาห์	

2. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: ผู้คลอดบอกว่า “เจ็บท้องคลอดตั้งแต่ประมาณ06.00 น.และเป็นท้องแรกปวดท้องมากๆเลย” O:GA36^{+2}สัปดาห์ Interval 5นาที 30 วินาที, Duration 25วินาที	ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดเองที่บ้าน
วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดขณะมดลูกมีการหดรัดตัวได้อย่างเหมาะสม	
เกณฑ์ในการประเมินผล	1.มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อเจ็บครรภ์ ไม่ร้อง เอะอะโวยวายขณะที่มดลูกหดรัดตัว 2.สามารถผ่อนคลายความเจ็บครรภ์ได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง	
กิจกรรมการพยาบาล	1อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการรักษาและการพยาบาล 2.ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด,การหดรัดตัวของมดลูกทุก 1-2 ชั่วโมงและแจ้งให้ผู้คลอดและญาติทราบทุกครั้ง 3.ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบางของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 2 ชั่วโมง 4.ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 5.แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยการหายใจ 6.แนะนำวิธีนวดหลังและก้นกบ ใช้ผ้าเช็ดหน้าเปลี่ยนอิริยาบถในท่าที่รู้สึกสบาย 7.ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนบนจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ	
ผลการประเมิน	1.ขณะมดลูกหดรัดตัวสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมาและสามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อภิปรายผล	ผู้คลอดรายที่ 1 คลอดในโรงพยาบาล ผู้คลอดสามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้เหมาะสม ไม่ร้องและดิ้นไปมาสามารถผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องถึงแม้ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์แรก ซึ่งไม่มีประสบการณ์คลอดมาก่อน ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดเองที่บ้าน		

3. ทารกมีโอกาสเกิด Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนด

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน (S/O)	S: ผู้คลอดบอกว่า"ปวดท้องคลอดแต่ยังไม่ถึงกำหนดคลอด" O:ตรวจ EFM : Category 2 FHS130 ครั้ง/นาที Non Reactive	S:มารดาบอกว่า "ลูกคลอดที่บ้านแรกคลอดร้องเสียงดังดี ตัวแดงดี O : แรกรับทารกร้องเสียงดังดี ตัวแดงดี ปลายมือปลายเท้าแดงดี
วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อให้ทารกได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อทารกในครรภ์	
เกณฑ์ในการประเมินผล	1.ทารกในครรภ์ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน APGAR Score นาทีที่ 1 > 7 คะแนน 2.ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง หายใจได้เองสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 40-60ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100-160ครั้ง/นาที	
กิจกรรมการพยาบาล	1.ประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ทุกครั้งหลังมดลูกคลายตัว 2.รายงานแพทย์และเตรียมทีมรับทารก 3.ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิด 4.ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์	1.ประเมินอาการและสภาพทารกแรกเกิดที่บ้านขณะออกรับผู้คลอด 2.ประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารก 3.รายงานแพทย์และให้เตรียมทีมรับทารกที่ 4..ให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์
ผลการประเมิน	ทารกคลอดปกตินำ้หนัก 2,340 กรัมไม่มีภาวะ Birth Asphyxia APGAR Score ที่ 1 นาที = 9 คะแนน(หักสีผิว) ,5 นาที =10 คะแนน ,10นาที=10 คะแนน อัตราการหายใจ 40-48 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140-150ครั้ง/นาที ได้รับการดูแลเบื้องต้น และส่งต่อไปโรงพยาบาลพิจิตรพร้อมมารดา	ทารกคลอดที่บ้าน ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง หายใจได้เองสม่ำเสมอ เคลื่อนไหวแขนขาได้ตามปกติ อัตราการหายใจ 40-48 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 140-150ครั้ง/นาที น้ำหนักตัว 2,715 กรัม ความอิ่มตัวของออกซิเจน 92-94% ทารกได้รับการดูแลเบื้องต้น และส่งต่อไปโรงพยาบาลพิจิตร

	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อภิปรายผล	ทารกรายที่ 1 ถึงแม้ว่าจะมีน้ำหนักตัวต่ำ 2500 กรัม แต่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจน Apgar score ที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาที เท่ากับ 9, 10 และ 10 คะแนน ตามลำดับ (หัก 1 คะแนนจากสีผิวเนื่องจากมีปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย ทารกรายที่ 2 คลอดที่บ้านแต่ตัวแดงดี ร้องเสียงดัง หายใจได้เองสม่ำเสมอ มีการเคลื่อนไหวแขนขาดีแสดงให้เห็นว่าทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนได้รับการดูแลเบื้องต้นที่เหมาะสม ทารกทั้ง 2 รายได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งตัวไปโรงพยาบาลพิจิตรเพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากมารดาใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์	

ระยะหลังคลอด

4. มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและคลอดเองที่บ้าน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: ผู้คลอดรายที่ 1 บอกว่า “เพิ่งปวดท้องไม่นานและอยากเบ่ง” O: คลอดเร็วเจ็บครรภ์จนถึงคลอดใช้เวลา 1ชม. 15 นาที : ผล Urine amphetamine=positive	S: ผู้คลอดรายที่2 บอกว่า “ท้องที่3คลอดมาแล้ว2ครั้ง” O: คลอดเองที่บ้านBlood loss 200 ml.มดลูกหดรัดตัวไม่ดี, : ผล Urine amphetamine=positive
วัตถุประสงค์การพยาบาล	เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่ตกเลือดหลังคลอด	
เกณฑ์ในการประเมินผล	1.ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตรหลังคลอด 2.สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60- 90 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต90/60 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท	
กิจกรรมการพยาบาล	1.เตรียมทีม ชุดทำคลอดออกรับผู้คลอดที่บ้าน 2.ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงรองเลือด 3.ประเมินหาสาเหตุเลือดที่ออก 4.ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและนวดคลึงมดลูกทางหน้าท้องต่อเนื่องจนมดลูกกลมแข็ง หลังจากนั้นนวดคลึงทุก 15 นาที 5.ให้ยาเพิ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก Oxytocin 10 unit IM 6.เมื่อไปถึงที่บ้านผู้คลอดและให้Oxytocin 40 unit ในสารน้ำ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี 7.เฝ้าระวังภาวะตกเลือด 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ตรวจการหดรัดตัวมดลูก แผลฝีเย็บ กระเพาะปัสสาวะ ปริมาณเลือด คลึงมดลูก และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง	
ผลการประเมิน	ผู้คลอดรายที่ 1 ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร	ผู้คลอดรายที่ 2 คลอดที่บ้าน ปริมาณเลือดที่ตวงได้ Blood loss 200 ml ความดันโลหิต

	85ครั้ง/นาที Blood loss ในถุงรองเลือด 50 ml ไม่มีแผลฝีเย็บผู้คลอดรู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาไหลปกติ ,ปัสสาวะแล้วหลังคลอด 2 ชม.ก่อนส่งตัวไปโรงพยาบาลพิจิตรพร้อมบุตร	128/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาทีอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาทีตรวจดูแผลฝีเย็บ slight tear ไม่มีตกเลือดหลังคลอด แม้เลือดออกมากช่วงแรกแต่ได้รับยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว ได้เร็วทันเวลา
อภิปรายผล	ผู้คลอดทั้ง 2 รายไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระดับความดันโลหิตและชีพจรอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้คลอดรู้สึกตัวดี มดลูกหดรัดตัวดีหลังคลอด ปริมาณการสูญเสียเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้ง 2 ราย	

5.เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลฝีเย็บ/โพรงมดลูกเนื่องจากการคลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: ผู้คลอดบอกว่า “ตอนท้องเสพยาบ้าประจำ สัปดาห์ละ 2-3 เม็ดโดยการสูบ” O: ไม่มีแผลฝีเย็บ, มีประวัติใช้สารเสพติด ผลตรวจ Urine methamphetamine= positive	S: ผู้คลอดบอกว่า “เริ่มปวดท้องแล้วคลอดที่บ้านเลยมาโรงพยาบาลไม่ทัน” O: คลอดเองที่บ้าน, สารเสพติด, ไม่ฝากครรภ์แผลฝีเย็บ 1st degree tear, Urine methamphetamine= positive
วัตถุประสงค์การพยาบาล	1.เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยไม่มีภาวะติดเชื้อหลังคลอด	
เกณฑ์ในการประเมินผล	1.ไม่มีไข้ (T < 38°C) ชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที 2.มดลูกหดรัดตัวดี ไม่กดเจ็บ น้ำคาวปลาปริมาณ สี กลิ่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.มดลูกลดระดับลงปกติ 4.แผลฝีเย็บแห้ง ไม่บวมแดง	
กิจกรรมการพยาบาล	1ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยหลักAseptic technique 2. ดูแลการเย็บแผลฝีเย็บโดยใช้หลัก Sterile technique 3. ประเมินสัญญาณชีพ ติดตามอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 4. ประเมินแผลฝีเย็บ และระดับมดลูกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 5ดูแลให้ได้รับยา Ampicillin 2 gm IV ทุก 6 ชม. 6. แนะนำการสังเกตมดลูก: ควรอยู่กึ่งกลาง ท้อง 12 ชม.แรกสูงกว่าสะดือเล็กน้อย หลังจากนั้นลดระดับวันละ ½–1 นิ้ว จนวันที่ 10–12 คลำไม่ได้ 7.แนะนำการสังเกตแผลฝีเย็บ: ปวด บวม แดง เจ็บผิดปกติ มีไข้ หรือปวดท้องผิดปกติ 8.แนะนำการสังเกตลักษณะของน้ำคาวปลา สี กลิ่น และปริมาณ ซึ่งใน 1-3 วันแรกและน้ำคาวปลาจะลดลงจนหมดภายใน 3-4 สัปดาห์หลังคลอด	
ผลการประเมิน	หลังคลอด 3 ชม.ไม่มีไข้ T 36.8องศาเซลเซียส มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลา	หลังคลอด2 วัน ไม่มีไข้อยู่ในช่วงT 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ,แผลฝีเย็บ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ไหลดีLochia rubra ผู้คลอดส่งตัวไปโรงพยาบาลพิจิตรพร้อมบุตร	ไม่บวมแดง, Lochia rubra ปกติ มดลูกหดรัดตัวดีลดลง 5 นิ้วก่อนกลับบ้าน
อภิปรายผล	ผู้คลอดทั้ง 2 รายไม่มีภาวะติดเชื้อหลังคลอดทั้ง 2 ราย ได้ยาปฏิชีวนะทั้ง 2 ราย ซึ่งผู้คลอดรายที่ 1 นอนโรงพยาบาลเพียง 6 ชม.หลังคลอดเนื่องจากต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลพิจิตรพร้อมบุตร จากการติดตามอาการที่โรงพยาบาลพิจิตรผู้คลอดระหว่างที่นอนอยู่โรงพยาบาลพิจิตรไม่มีไข้ น้ำคาวปลาไหลปกติและจำหน่ายพร้อมบุตรภายใน 2 วันหลังคลอด	

6. ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนยาเนื่องจากมารดาใช้สารแอมเฟตามีนในช่วงตั้งครรภ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: มารดาบอกว่า “เสพยาบ้าสัปดาห์ละ 2-3 เม็ด” O: ผลตรวจUrineMethamphetamine ของมารดา= positive	S: ผู้คลอดบอกว่า “ใช้สารเสพติดนานๆครั้ง” O: ผลตรวจ UrineMethamphetamineของมารดา = positive
วัตถุประสงค์การพยาบาล	1เพื่อให้.ทารกสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อให้ทารกรับนมและน้ำเพียงพอตามความต้องการ 3.เพื่อให้ทารกมีพฤติกรรมสงบ ลดการร้องกวน และสามารถนอนหลับได้ 4.เพื่อป้องกันภาวะชัก	
เกณฑ์การประเมินผล	1.ทารกหายใจได้เอง SpO_2 ≥ 95% ไม่มีภาวะหายใจลำบาก,ไม่มีอาการสั่น,ไม่มีภาวะชัก,อาการร้องกวนลดลง สามารถนอนได้ 2–3 ชั่วโมงต่อรอบ 2.ทารกรับนมได้อย่างเพียงพอ น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	
กิจกรรมการพยาบาล	1.เฝ้าระวังอาการของภาวะถอนยา เช่น ร้องเสียงดัง ตัวสั่น กล้ามเนื้อตึงตัวมาก ดูดนมน้อย อาเจียน ท้องเสีย 2.ประเมิน NAS score อย่างต่อเนื่องตามแนวทางของโรงพยาบาล 3.ส่งเสริมให้ทารกได้รับการสัมผัสทางกาย (Skin-to-skin contact) กับมารดาเพื่อช่วยให้ทารกสงบ ห่อตัว เพื่อเพิ่มความอบอุ่นและลดการเกร็ง 4.เฝ้าระวังการหายใจและ SpO_2อย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง 5.ให้นมบ่อยครั้ง ปริมาณน้อยแต่สม่ำเสมอทุก 2 ชั่วโมง 6.ให้คำแนะนำและสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับอาการถอนยาและการดูแลทารก 7.ติอต่อประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อส่งต่อให้อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า	
ผลการประเมิน	ทารกรายที่ 1 แรกคลอดแข็งแรง Apgar 9/10/10 (หักสีผิว 1 คะแนนจากปลายมือปลายเท้าเขียวเล็กน้อย) สัญญาณชีพคงที่ RR 40–48 ครั้ง/นาที, HR 140–150 ครั้ง/นาที,	ทารกรายที่ 2 คลอดที่บ้าน ร้องเสียงดัง ตัวแดงดี ไม่มีอาการสั่น น้ำหนัก 2,715 กรัม ความอิ่มตัวของออกซิเจน = 92-94%ดูแลให้

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	SpO_2 95% น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม ไม่พบอาการผิดปกติทางระบบประสาท (ไม่ชัก เกร็ง/ไม่ร้องเสียงแหลม) และ รับนมผสมได้ดี การประเมิน NAS Score < 8 จึงส่งต่อโรงพยาบาลพิจิตรเพื่อเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องตามแนวทางทารกกลุ่มเสี่ยงจากมารดาใช้สารเสพติดสังเกตุอาการและอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์	ให้ On O_2 canular 2 Lite , อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ46 ครั้ง/นาทีรับ feed นมผสมได้ ทารกได้รับการประเมิน NAS Score ได้ < 8 และส่งตัวไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลพิจิตรมีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่า
อภิปรายผล	ทารกทั้ง 2 รายได้รับการประเมิน NAS (Neonatal abstinence scoring system) ได้ < 8 คะแนนและส่งตัวไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่า ติดตามอาการทารกที่โรงพยาบาลพิจิตร ไม่มีอาการถอนยา	

ติดตามหลังจำหน่าย

7. มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการไม่ดูแลสุขภาพตนเองและบุตรอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้สารเสพติด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ข้อมูลสนับสนุน	S: ผู้คลอดบอกว่า “ใช้ยาบ้าสัปดาห์ละ 2-3 เม็ดโดยการสูบ” O: ผลurine methamphetamine positive	S: ผู้คลอดบอกว่า “ไม่ได้สูบยาบ้าบ่อย O: ผล urine methamphetamine positive
วัตถุประสงค์การพยาบาล	-เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนให้เลิกใช้สารเสพติด และไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ	
เกณฑ์การประเมินผล	มารดาและทารกหลังคลอดได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	
กิจกรรมการพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดเพื่อเสริมความไว้วางใจ โดยพูดคุยให้กำลังใจ รับฟัง และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพมารดา–ทารกอย่างต่อเนื่อง 2. ประสานทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ/เยี่ยมบ้าน และทีมจิตเวช–ยาเสพติด เพื่อติดตาม สนับสนุนการบำบัด และลดโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 3. ประสานญาติ/ครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลมารดา–ทารกหลังคลอด 3. ประสานส่งต่อทารกแรกเกิด พร้อมส่งมอบข้อมูลสำคัญของมารดาและทารกแก่ทีมรักษา เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและปลอดภัย	
ผลการประเมิน	ติดตามอาการหลังคลอดที่โรงพยาบาลพิจิตรวันที่ 15 สิงหาคมพ.ศ.2567ไม่สามารถติดตามเรื่องบำบัดยาเสพติดมารดาหลังคลอดได้เนื่องจากย้ายไปทำงานที่กรุงเทพกับครอบครัวและไม่สามารถติดต่อมารดาหลังคลอดได้	ประสานกลุ่มงานจิตเวชมาประเมินสุขภาพจิตและดูแลเรื่องดูแลการจูงใจให้เลิกใช้สารเสพติด มารดาหลังคลอดตั้งใจจะเลิกใช้สารเสพติดเพราะเป็นห่วงบุตรและมีนัดติดตาม1เดือนหลังคลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อภิปรายผล	มารดาคลอดรายที่ 1 หลังคลอดมีการย้ายไปถิ่นฐานไปทำงานกรุงเทพและติดต่อไม่ได้ มีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ เนื่องจากขาดการบำบัดฟื้นฟูในการเลิกสารเสพติด	มารดารายที่ 2 ได้รับการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพแต่ยังมีโอกาสกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำเนื่องจากสามีก็เสพยาร่วมด้วย

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนทั้ง 2 กรณีศึกษาพบว่ามารดาคลอดทั้ง 2 รายมีการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์และ ได้พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมดปัญหา 7 ปัญหา

การเปรียบเทียบ 2 กรณีพบความแตกต่างหลักอยู่ที่ช่วงระยะรอคลอด/แรกรับ โดย กรณีที่ 1 คลอดก่อนกำหนดและมาคลอดที่โรงพยาบาล จึงได้รับการดูแลครบถ้วนทุกระยะตามมาตรฐาน ขณะที่ กรณีที่ 2 คลอดเองที่บ้านและคลอดครบกำหนด (ประเมินจาก Ballard score) ทำให้ขาดการดูแลในระยะรอคลอดและการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ส่งผลให้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

ปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังร่วมกันคือ เสี่ยงตกเลือดหลังคลอด จากการใช้สารเสพติดและการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ โดยกรณีที่ 2 มีความเสี่ยงสูงกว่า (ครรภ์ที่ 3 และคลอดที่บ้าน) อย่างไรก็ตามเมื่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล ได้รับการพยาบาลป้องกันตกเลือดตามมาตรฐานอย่างทันท่วงที ทำให้ควบคุมสถานการณ์ได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือด กรณีที่ 2 จากการคลอดที่บ้าน จึงเน้นเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำการดูแลหลังคลอด และบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามต่อเนื่อง รวมทั้งเข้าสู่กระบวนการเลิกสารเสพติดอย่างเป็นระบบ นัดติดตาม 1 เดือนผู้คลอดทั้ง 2 รายยังจัดเป็น กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและขาดความต่อเนื่องในการดูแล โดยผู้คลอดรายที่ 1 เสี่ยงสูงจากการขาดระบบติดตาม ส่วนผู้คลอดรายที่ 2 แม้มีการติดตาม แต่มีปัจจัยเสี่ยงเชิงครอบครัวที่อาจกระทบระยะยาว จึงต้องเน้นแผนจำหน่ายแบบเชื่อมต่อเครือข่าย ทารกแรกเกิดทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะถอนยาจากมารดาที่ใช้สารเสพติดมากที่สุด ทารกรายที่ 1 คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้การดูแลรักษาเฝ้าระวังไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia จากการคลอดก่อนกำหนดและภาวะถอนยา ทารกรายที่ 2 ถึงแม้ว่าคลอดที่บ้านได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วเมื่อไปถึงบ้านทารกแรกคลอดตัวแดงดี ร้องเสียงดัง หายใจได้เองสม่ำเสมอ มีการเคลื่อนไหวแขนขาดีแสดงให้เห็นว่าทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ได้รับการดูแลเบื้องต้นที่เหมาะสมที่โรงพยาบาลสามง่ามประเมิน NAS (Neonatal abstinence scoring system) ได้ < 8 คะแนนและส่งตัวไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีความพร้อมและศักยภาพสูงกว่าเพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะภาวะถอนยา จากการติดตามอาการของทารก ไม่พบอาการถอนยาในระหว่างที่นอนเอยู่ โรงพยาบาลทั้ง 3 วันและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพิจิตรอย่างปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดทั้งสองราย พบปัญหาและโอกาสในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยข้อเสนอแนะสำคัญได้แก่

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้คลอดใช้สารเสพติดใน LR แบบเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ประเมินความเสี่ยง, ดูแลภาวะฉุกเฉิน, เตรียมรับทารกเสี่ยง, การส่งต่อ เพื่อให้ทีม ทำได้อย่างสม่ำเสมอการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และระบบส่งต่อฉุกเฉิน เพื่อสร้างมาตรฐานเดียวกัน ลดความผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล
2. การพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องคลอดพยาบาลควรมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลมารดาที่ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การประเมินภาวะ NAS และการจัดการเหตุฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที
3. การสร้างเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชนควรมีระบบประสานงานกับ รพ.สต., นักสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด ลดโอกาสกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำ และสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพกายและใจของมารดาและครอบครัว

สรุป

การพยาบาลมารดาคลอดที่ใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ส่งผลให้ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด รวมถึงมารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มักไม่มาฝากครรภ์ ไม่มีการเตรียมพร้อมมาคลอด จึงเกิดการคลอดฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล ซึ่งสถานที่คลอดมักไม่สะอาดและไม่ปลอดเชื้อ ยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกจากกรณีศึกษานี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชนให้พร้อมดูแลผู้คลอดที่ใช้สารเสพติดอย่างครอบคลุม เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

อ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2566). *แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด.*กระทรวงสาธารณสุข
2. โรงพยาบาลสามง่าม. (2564–2568). *รายงานการคลอด.*พิจิตร: งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามง่าม.
3. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ. (2560). การตั้งครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในหญิงที่ใช้สารเสพติด.*วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 32*(2), 45–56. สืบค้นจากhttps://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/download/100317/77982/
4. วารสารวิชาการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10. (2565). ผลของการใช้สารเสพติดต่อสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด.*วารสารวิชาการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10, 1*(1), 15–28. สืบค้นจากhttps://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/250380
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2565). *รายงานการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด.*สืบค้นจากhttps://sbo.moph.go.th/sbo/file/Document25.pdf
6. World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731
7. Jansson, L. M., & Velez, M. (2019). Methamphetamine use in pregnancy: Maternal and neonatal implications. *Addiction Science & Clinical Practice, 14*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s13722-019-0148-2