

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน;กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of teenage pregnant women in the community: Two case studies.

(Received: October 17,2025 ; Revised: October 23,2025 ; Accepted: October 25,2025)

ไพฑูรย์ ไทยแท้¹
Paithoon Thaitae¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ในชุมชน โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน การเยี่ยมบ้าน INHOMESS เป็นกรอบในการศึกษา โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับ บริการฝากครรภ์ที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกต กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก พร้อมสามี อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ครอบครัวของสามี มารดาของสามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0 อายุครรภ์11 สัปดาห์ by date ผลตรวจเลือด 2 ครั้งพบว่า ความเข้มข้นเลือดมีแนวโน้มลดลง จนเกือบถึงภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate, Amoxicilline(500) มีความเครียดและวิตกกังวล ขณะตั้งครรภ์ กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 16 ปี มารดา G1P0A0L0ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7⁺⁵ สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0A0L0อายุครรภ์ 7⁺⁵ สัปดาห์ by U/S ผลตรวจเลือดครั้งที่1 พบว่าผิดปกติ DCIP: Positive /MCV ต่ำ ส่งตรวจHb typing ผลเป็นSuspected homozygous HbE or Beta-Thalassemia without α -Thal ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีค่าความดันโลหิตที่ค่อนข้างสูง SBP 128-145mmHg เฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ มีความเครียดและวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย

คำสำคัญ:การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การพยาบาล

Abstract

This study was a case study aimed to study nursing care for pregnant adolescents in the community by comparing two case studies. It used Gordon's health model, concepts and theories related to maternal-infant nursing, community participation concept, home visiting, and INHOMESS as the framework for the study. The target group was pregnant adolescents receiving antenatal care at the Primary and Integrated Care Unit, Sam Sung Hospital, Khon Kaen Province. Data were collected from medical records, interviews with patients and relatives, along with observation, determination of nursing diagnoses, planning nursing interventions, and evaluation of nursing outcomes. Content data was analyzed by comparing two case studies.

The study found that Case Study 1, 16 years old, mother G1P0A0L0, first antenatal care with husband, 11 weeks pregnant, currently living with husband's family, mother-in-law brought her for antenatal care. Doctor diagnosed G1P0A0L0, 11 weeks pregnant by date. 2 blood tests showed a tendency for blood concentration to decrease, almost reaching anemia. Found a urinary tract infection. Treated with Ferrous Fumarate, Amoxicilline (500). Suffered from stress and anxiety during pregnancy. Case Study 2, 16 years old, mother G1P0A0L0, first antenatal care with husband, 7+5 weeks pregnant. Currently living with husband's family, husband is the primary caregiver. First antenatal care with husband. Doctor diagnosed G1P0A0L0,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลช้างสูง

7+5 weeks pregnant by ultrasound. The first blood test result was abnormal, DCIP: Positive / MCV low. Sent for Hb typing, result suspected homozygous HbE or Beta-Thalassemia without α -Thal. Urine test result found urinary tract infection. Both women were treated with amoxicillin (500 mg) and had relatively high blood pressure (SBP) values of 128-145 mmHg. Pregnancy was monitored for preeclampsia. Both women experienced stress and anxiety during pregnancy.

Keywords: Adolescent pregnancy, Nursing

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย อ้างถึงหนังสือสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จาก 1.7 ในปี พ.ศ.2556 เป็น 0.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1000คน ในปี 2566 และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 51.1 ในปี พ.ศ.2556 เป็น 20.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000คนในปี พ.ศ. 2566 สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า จากปีพ.ศ.2562- พ.ศ.2566 มีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี คิดเป็น อัตรา 1.4 , 0.9 , 0.9 , 0.8 และ 0.5 ต่อประชากรหญิง 1000คนตามลำดับ และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น อัตรา 29.9 , 26.5 , 20.7 , 17.5 และ 17.6 ต่อประชากรหญิง 1000คนตามลำดับ ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเทียบกับอีก 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ จะเกิดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ในวัยอื่น เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อีกทั้งมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย ทารกเสียชีวิต ในขณะที่ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ไม่เพียงแต่เกิดในหญิงวัยรุ่นและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระดับชาติด้วย ผลกระทบด้านจิตใจ

พบว่าอาจเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ภาวะอารมณ์ไม่มั่นคง ภาวะเครียด ซึมเศร้าได้เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นแม่ และการดำเนินชีวิตครอบครัวมาก่อน ถือเป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดวุฒิภาวะในการเป็นแม่ ผลกระทบด้านสังคม ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมาก หยุดเรียนและเลิกเรียน กลางคัน แม้จะไม่มีบทบัญญัติที่ห้ามนักเรียนที่ ตั้งครรภ์ไปเรียนหนังสือ¹ ที่โรงเรียน แต่การตัดสินใจ ดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่ได้รับการ ยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชนเพราะทำผิดจารีต ประเพณี ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็น ว่าเป็น ความเสื่อมเสียของครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้อง ออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงต้องการที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งจากคู่ครอง ครอบครัวและสังคม ทั้งการช่วยเหลือดูแลการให้คำปรึกษา การให้ กำลังใจ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมไปถึง ความ ต้องการที่จะได้รับการศึกษา การประกอบอาชีพ จากปัญหาและความต้องการดังกล่าวทำให้ หญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ แตกต่างกันไป หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ที่ถูกต้อง จะช่วย ให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน ที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกคลอด³

จากข้อมูลสถิติของคลินิกฝากครรภ์ กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาล ชำสูง มีหญิงที่มาฝากครรภ์ทั้งหมดในปีงบประมาณพ.ศ. 2565- 2567 เท่ากับ 87 , 82 และ 73 รายตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มี

อายุ 10-19 ปี มารับบริการฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 10.34 , 12.19 และ 20.55ตามลำดับ โดยพบความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2567 คิดเป็น ร้อยละ 66.67 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ เสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ขณะอยู่ใน ชุมชน และบางส่วนมาจากโรคทางพันธุกรรมที่ผิดปกติที่คัดกรองได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน จำนวน 2 ราย โดยศึกษา ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน⁴ เพื่อนำมาพัฒนาในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารกหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน โดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้ารับบริการที่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลข้าสูง มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือน ตุลาคม2566-พฤษภาคม 2567 การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตกำหนดข้อวินิจฉัยการ พยาบาลวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล ลัพท์ทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดย การเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 อายุ 16 ปี มารดา G1POA0LOฝากครรภ์ครั้งแรก พร้อมสามี

อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี มารดาของสามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1POA0LO อายุครรภ์11 สัปดาห์ by date ผลตรวจเลือด 2 ครั้งพบว่า ความเข้มข้นเลือดมีแนวโน้มลดลง จนเกือบถึงภาวะซีด ตรวจพบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Ferrous Fumarate, Amoxicilline(500) มีความเครียดและวิตกกังวล ขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษาที่ 2 อายุ 16 ปี มารดา G1POA0LOฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7⁺⁵ สัปดาห์ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี โดยสามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1POA0LOอายุครรภ์ 7⁺⁵ สัปดาห์ by U/S ผลตรวจเลือดครั้งที่1 พบว่าผิดปกติ DCIP: Positive /MCV ต่ำ ส่งตรวจHb typing ผลเป็น Suspected homozygous HbE or Beta-Thalassemia without α -Thal ผลตรวจปัสสาวะ พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รักษาโดยให้ยา Amoxicilline(500) มีค่าความดันโลหิตที่ค่อนข้างสูง SBP 128-145mmHg ฝ้าระวีงภาวะครรภ์เป็นพิษ มีความเครียดและวิตกกังวลขณะตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ภูมิลำเนา ผู้ดูแลหลัก วันที่เข้ารับการฝากครรภ์ ครั้งแรกใน โรงพยาบาล วันแรกของระดูครั้งสุดท้าย วันกำหนดคลอด การวินิจฉัยโรค	หญิง 16 ปี คู่ นักเรียน 0 บาท/เดือน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต.บ้านโนน อ.ข้าสูง จ.ขอนแก่น สามี 17 ตุลาคม 2566 18 กรกฎาคม 2566×4วัน 21 เมษายน 2567 G1P0 GA 11 wk. by date	หญิง 16 ปี คู่ นักเรียน 0 บาท/เดือน ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต.คูคำ อ.ข้าสูง จ.ขอนแก่น สามี 19 ธันวาคม 2566 28 ตุลาคม 2566×5วัน 20 กรกฎาคม 2567 G1P0 GA 7 ⁺⁵ wk. by date
ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจุบัน	มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 44 กิโลกรัม ให้ ประวัติประจำเดือนขาดมาประมาณ 2 ⁺ เดือน LMP 18 กรกฎาคม 2566×4วัน ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี โดยพ่อแม่รับรู้แล้วยังไม่พร้อมจัดงานแต่งงานตามประเพณี สามีและแม่สามีเป็นผู้พามาฝากครรภ์ แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 11 สัปดาห์ by date ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมตรวจเลือดสามี ส่งตรวจสุขภาพช่องฟัน การตรวจ U/S รับยาบำรุงครรภ์และนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน	มารดา G1P0A0L0 ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7 ⁺⁵ สัปดาห์ น้ำหนักแรกรับ 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 60 กิโลกรัม ให้ประวัติประจำเดือนขาดประมาณ 1 เดือนกว่า 28 ตุลาคม 2566×5วัน ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวสามี โดย สามีเป็นผู้ดูแลหลัก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี แพทย์วินิจฉัย G1P0 GA 7 ⁺⁵ สัปดาห์ by date ได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจเลือดสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมตรวจเลือดสามี ส่งตรวจสุขภาพช่องฟัน รับยาบำรุงครรภ์ ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนและนัดฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สาร เสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ปฏิเสธการใช้สาร เสพติด
ประวัติเจ็บป่วยใน ครอบครัว	บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว	บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติโรคประจำตัว
อาการแรกเริ่ม	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลข้าสูง อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ตรวจร่างกายพบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 44 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 44 กิโลกรัม ความสูง 159 เซนติเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด เต้านมปกติหัวนมบวม ทั้งสองข้างไม่มีอาการบวม ไม่มีปวดศีรษะ นอนหลับได้ มีสีหน้ากังวลเล็กน้อย ไม่มีท้องผูกอุจจาระและปัสสาวะ ปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คันรับประทานอาหารได้ ปกติ	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลข้าสูง อายุครรภ์ 7 ⁺⁵ สัปดาห์ ตรวจร่างกาย พบน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 60 กิโลกรัม ปัจจุบันน้ำหนัก 61 กิโลกรัม ความสูง 162 เซนติเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด เต้านมปกติหัวนมยาวประมาณ 0.3 เซนติเมตรทั้งสองข้าง มีอาการผื่นผดผอมบางครั้ง เหนื่อยเพลีย เพื่้ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีอาการบวม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีท้องผูก อุจจาระและปัสสาวะปกติ มีตกขาวเพิ่มขึ้นไม่คัน
ตรวจครรภ์	ตรวจครรภ์พบว่า ระดับยอคมดลูกอยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือSymphysis V/S แรกรับ BT 36.9 C PR 120 /min. RR 20 /min. BP 108/78 mmHg ให้นั่งพักวัดซ้ำ PR110/min BP114/72mmHg	ตรวจครรภ์พบว่า ยังคลำระดับยอคมดลูกไม่ได้ V/S แรกรับ BT 36.8 C PR 118 /min. RR 20 /min. BP 143/86 mmHg ให้นั่งพัก30 นาทีแล้ววัดซ้ำ PR124/min BP132/78mmHg และพักอีกวัดซ้ำ PR118/min BP128/67mmHg
พยาธิสภาพ อาการและ อาการแสดง	หญิงตั้งครรภ์ มีชีพจรค่อนข้างเร็วPR110-120/min ปัสสาวะขัดเล็กน้อย ปวดหน่วงบริเวณหัวหน้า ตรวจ ปัสสาวะพบ wbc 20-30 celU/HPE	หญิงตั้งครรภ์มีอาการผื่นดผื่นแดงเล็กน้อย ไม่คลื่นไส้ เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ปัสสาวะไม่ขัด ตรวจปัสสาวะพบ wbc 10-20 celU HPE ตรวจเลือด พบ DCIP :Positive MCV 63.6 fl /MCH 20.6 pg Hb typing ผลเป็น Suspected homozygous HbE or Beta-Thalassemia without α -Thal มีภาวะซีดในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 16 ⁺ 5 สัปดาห์. Hct 31.3 % (ลดลงจากตรวจครั้งแรก Hct 36.8%) มีSBP ค่อนข้างสูง SBP128-145mmHg ฝ้าระวีงภาวะครรภ์เป็นพิษ
แบบแผนสุขภาพ	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และกังวลเกี่ยวกับพ่อแม่กลัวเสียใจ กลัวถูกปฏิเสธไม่ยอมรับ มีมารดาสามีและสามีเป็นผู้ดูแลหลัก การตัดสินใจบางอย่างต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดาสามี ด้านการบริโภคอาหารรับประทานอาหารได้ น้อย ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนหลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ มีความเครียดเกี่ยวกับบิดาที่ไม่พึงพอใจในการตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุ 16 ปี ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 7 ⁺ 5 สัปดาห์ ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายปกติตามเกณฑ์มาตรฐานในระยะก่อนตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความกังวลเกี่ยวกับอาการแพ้ท้อง และไม่มีรายได้จากการหยุดงาน มีสามี เป็นผู้ดูแลหลัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี สามีทำงานรับจ้างในอำเภอเมือง จ.ขอนแก่น เป็นลูกสะใภ้ที่มาอาศัยอยู่กับครอบครัว สามี การตัดสินใจบางอย่างจึงอยู่ในความดูแลของ ครอบครัวสามีเป็นหลัก ด้านการบริโภคอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระปกติ นอนหลับพักผ่อนได้
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 17 ตุลาคม 2566 CBC : Hct. 37.8 %,MCV 81.2 fL VDRL : non reactive , HBsAg : negative Anti-HIV : negative DCIP : negative, Blood gr. : B , Rh : positive , วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 Urine analysis (UA) : wbc 20-30 celU/HPE	วันที่ 19 ธันวาคม 2566 CBC : Hct.36.8 % ,MCV 63.6 fL ,VDRL :non reactive HBsAg :negative Anti-HIV:negative DCIP:Positive , Blood gr. : B Rh : positive วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 Repeat CBC : Hct 31.3 % MCV 64.1 fl

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	วันที่ 6 ธันวาคม 2566 Hct 34% วันที่ 16 มกราคม 2567 50gm GCT:132 mg% Urine analysis (UA) : wbc 5-10 cell/HPE วันที่ 19 มีนาคม 2567 Labll : Hct 35% ,VDRL : non reactive , Anti-HIV : negative Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE	Hb typing : Suspected homozygous HbE or Beta-Thalassemia without α - Thal วันที่ 19 มีนาคม 2567 Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE วันที่ 9 เมษายน 2567 50gm GCT : 117 mg/dl วันที่ 21 พฤษภาคม 2567 Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE
ยาที่ได้รับ	-Obimin Az 1x1 oral pc เย็น -Folic acid 1x1 oral pc เช้า - CaCo3 1x1 oral pc เช้า - Amoxicilline(500) 1x3 oral pc - Ferrous Fumarate 1x1 oral pc เที่ยง	-Obimin Az 1x1 oral pc เย็น -Folic acid 1x1 oral pc เช้า - CaCo3 1x1 oral pc เช้า - Amoxicilline(500) 1x3 oral pc - Ferrous Fumarate 1x2 oral pc เที่ยง-เย็น
การมาฝากครรภ์ตามนัด	9 ครั้ง (รพ.ข้าสูง)	7 ครั้ง(รพ.ข้าสูง) 3 ครั้ง (รพศ.ขอนแก่น)มารดาเริ่มไปฝาก ครรภ์ต่อที่รพศ.ขอนแก่น เมื่อ GA 30 ⁺⁶ สัปดาห์. (ติดตามสามีทำงานในอำเภอเมือง ขอนแก่น)
การคลอด	คลอด NL ที่รพ.ข้าสูง GA 38 ⁺⁵ สัปดาห์. น้ำหนักทารกแรกเกิด 3,320 กรัม , Apgar score 9-10-10	คลอด NL ,Preterm Labour ที่รพศ. ขอนแก่น GA 35 ⁺⁵ สัปดาห์น้ำหนักทารก แรกเกิด 2,405 กรัม ,Apgar score 9-10-10

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบ พบว่า

1.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ
ตั้งครรภ์

กรณีศึกษารายที่ 1 ภายหลังได้รับความรู้
การดูแลตัวเองและ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
หญิงตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดใน
การตรวจเลือดครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นเป็น 35%จากที่เคย
มีผลเลือดครั้งแรกปกติแล้วค่อยๆลดลงเป็น 34%
เมื่อ GA 19⁺¹สัปดาห์ ซึ่งก็ถือว่าไม่ต่ำกว่าเกณฑ์
มาตรฐาน พัฒนาการทารกในครรภ์ปกติ การ
เจริญเติบโตของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุครรภ์
ก่อนตั้งครรภ์พบภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
มาตรฐาน ขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ไตรมาส
1 น้ำหนัก ยังไม่เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย = 17.40

ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่ม 11 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวล
กาย = 21.76 ไตรมาส 3 น้ำหนักเพิ่ม 17 กิโลกรัม
ค่าดัชนีมวลกาย = 24.13 โดยไตรมาส 2และ3
พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ จากการฝากครรภ์
ต่อเนื่อง แพทย์ตรวจร่างกาย และอัลตราซาวด์
ทารก มีพัฒนาการในครรภ์ปกติ การเจริญเติบโต
ของทารกในครรภ์สัมพันธ์กับอายุ ครรภ์ และเมื่อ
อายุครรภ์ 37⁺⁵ สัปดาห์ วัดขนาดของมดลูกได้ 37
เซนติเมตร แพทย์จึงได้ยืนยันด้วยอัลตราซาวด์
คาดคะเนน้ำหนักทารก 2,969 กรัม

กรณีศึกษารายที่ 2 ตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์
พบมีผล CBC : Hct.36.8 % ,MCV 63.6 fL
DCIP:Positive, Hb typing : Suspected
homozygous HbE or Beta-Thalassemia
without α -Thal และผลเลือดสามี ผลปกติ ส่ง
พบแพทย์ และได้ติดตามความเข้มข้นของเลือดซ้ำ

พบว่ามีการะขีด Hct 31.3% เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย ให้ยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่ม เน้นโภชนาการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีการติดตามอย่างเข้มข้น มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ในไตรมาส 1 ค่าดัชนีมวลกาย = 24.0 ไตรมาส 2 น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย = 27.05 โดยไตรมาส 1 พบน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ส่วนไตรมาส 3 ประเมินไม่ได้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ย้ายไปอยู่กับสามีในอำเภอเมือง จ.ขอนแก่น เมื่อตอนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และได้ฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงวันคลอด

หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตค่อนข้างสูงเล็กน้อย เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced Hypertension : PIH) โดยค่าความดันโลหิต SBP ระหว่าง 128-145 มม.ปรอท และ ค่าความดันโลหิต DBP ระหว่าง 68-89 มม.ปรอท ไม่มีภาวะบวมตามร่างกาย ไม่มีปวดศีรษะ หลังให้ความรู้การดูแลตัวเอง ปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องตามนัด ผลการตรวจครรภ์ ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แพทย์ทำการตรวจอัลตราซาวด์ใน ไตรมาส 3 กรณีศึกษารายที่ 1 คะเนน้ำหนักทารกใน ครรภ์ 2,969 กรัม กรณีศึกษารายที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ได้ไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงวันคลอด

2.เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 ผล Urine analysis (UA) : wbc 20-30 cell/HPE หญิงตั้งครรภ์ มีอาการปัสสาวะขัดเล็กน้อย ไม่ไข้ ปวดหน่วงท้องน้อยร่วมด้วย แพทย์ให้ การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ครบ

7 วันและนัดติดตามผล Urine analysis (UA) : ปกติ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ ยังมีผลตรวจปัสสาวะที่แสดงถึงการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โดยไม่มีอาการ อาการแสดงใดๆร่วม มีเพียงผลตรวจปัสสาวะที่ผิดปกติ ในการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 (อายุครรภ์ 24⁺⁵ สัปดาห์) และ 6 (อายุครรภ์ 34⁺⁵ สัปดาห์) โดยทุกครั้ง ได้รับการรักษาให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ครบ 7 วันและนัดติดตามผล Urine analysis (UA) : ปกติ โดยไม่พบอาการท้องป้น และไม่คลอดก่อนกำหนด จนถึงอายุครรภ์ 38+5 สัปดาห์ คลอดปกติ ที่โรงพยาบาลช้างสูง ทารกแข็งแรงดี น้ำหนักแรกเกิด 3,320 กรัม

กรณีศึกษารายที่ 2 ผลตรวจปัสสาวะในการฝากครรภ์ครั้งที่ 5 (อายุครรภ์ 22⁺⁶ สัปดาห์) ผล Urine analysis (UA) : wbc 10-20 cell/HPE ไม่มีอาการปัสสาวะขัด ไม่มีปวดหน่วงท้องน้อย แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ 7 วัน นัดติดตามอาการ ตรวจปัสสาวะผลปกติ เช่นเดียวกับกรณีศึกษารายที่ 1 และในการฝากครรภ์ครั้งที่ 7 (อายุครรภ์ 30⁺⁶ สัปดาห์) มีผล Urine analysis (UA) : wbc 3-5 cell/HPE โดยไม่มีอาการ อาการแสดงใดๆ แพทย์ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะต่อเนื่องครบ 7 วัน และนัดติดตามอาการ อีก 1 สัปดาห์ แต่หญิงตั้งครรภ์ได้ย้ายไปพักอาศัยกับสามีที่อำเภอเมืองขอนแก่นและได้ไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจนกระทั่งคลอด พบว่าเป็นคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์ 35⁺⁵ สัปดาห์ ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,405 กรัม แข็งแรงดี

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ดี

3.ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า เป็นหญิงวัยรุ่น ตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ขณะตั้งครรภ์ ไม่มีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง ข้อควรระวังและข้อห้ามระหว่างตั้งครรภ์ ภายหลังได้รับความรู้และคำแนะนำจากการลงติดตามเยี่ยมบ้านของทีม เครือข่ายสุขภาพ พบว่าหญิงตั้งครรภ์และผู้ดูแลมีความเข้าใจในแบบแผนการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ มีสีหน้าสดชื่น และเข้าใจแผนการดูแลตนเองมากขึ้น

4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด เนื่องจาก อายุน้อย ไม่มีประสบการณ์ในการ ตั้งครรภ์และการคลอด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ อารมณ์

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าในช่วงแรกๆ ที่มาฝากครรภ์ มีสีหน้ากังวล และพูดน้อย ก้มหน้าไม่ค่อยสบตา หลังจากที่ได้พูดคุยแบบเป็นกันเอง ใช้คำพูดเรียกหญิงตั้งครรภ์ว่าลูกทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเสมือนแม่ดูแลลูก ส่งผลให้คลายความกังวลใจ กล้าซักถาม ครอบครัวยังมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น การใช้เครื่องมือแบบคัดกรองซึมเศร้า(2Q plus)/แบบประเมินความเครียด(ST-5) ทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตและให้การดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายมีสุขภาพจิตใจที่ดี มีความเครียดแต่สามารถจัดการได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นถือเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง จำเป็นจะต้องใช้กระบวนการที่ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อศึกษาการ พยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มี

ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ในชุมชน จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น เพิ่มความเสี่ยง ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซีด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงโรคติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ระหว่างตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจระหว่างการตั้งครรภ์ การไม่ได้สัดส่วนของส่วนนำทารกกับอุ้งเชิงกราน การคลอดก่อนกำหนด ส่วนในระยะคลอดอาจมีปัญหาลอดยาก ผลสำเร็จของ การรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งสองรายมี ความปลอดภัย เนื่องจากมีการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและ ประเมินผลโดยยึดหลักองค์รวม ใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพ⁴ และ เยาวชน มีความรู้ ทักษะ ทศนคติ และค่านิยม เพื่อ นำไปสู่การเสริมพลังในการเลือกที่จะปรับพฤติกรรมตาม แผนสุขภาพของกอร์ดอน⁵ แนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ คลายความกังวล เกิดกำลังใจและให้ความร่วมมือใน การรักษาพยาบาล การพยาบาลเชิงป้องกัน เช่น ส่งเสริมการจัดการ เรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ ให้แก่เด็กและเยาวชน เสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง เพศและการอนามัยเจริญพันธุ์³ ที่ช่วยให้เด็กมีความรอบรู้เกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ และการอนามัยเจริญพันธุ์³

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์แช่แข็ง และคณะ.(2558).คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น.
- สุพร อภินันทเวช. (2553). การให้คำปรึกษาในวัยรุ่นตั้งครรภ์. อังใน ธราธิป โละทัต และคณะ. (บรรณาธิการ), วัยรุ่นตั้งครรภ์และ ทารกคลอดก่อนกำหนด ปัญหาที่ท้าทาย (หน้า 107-112). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พลับบลิชชิง.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ.2567 .กรมอนามัย. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.

4. มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2563). การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด.แนวคิดและการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มาร
ภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่.
5. วัฒนา ศรีพจนารถ.(2543). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์:แบบแผนสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์;2543