



# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และการก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Assessment of Obstetric Risk Conditions:  
Maternal and Newborn Nursing Care During  
the Preconception, Pregnancy, Intrapartum, and  
Postpartum Periods



ชนาดา เนตรกระจ่ำ  
บรรณาธิการ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ISBN (e-book) 978-616-630-172-4

บรรณาธิการ	ชญาดา เนตรกรเจริญ
จัดทำโดย	ชญาดา เนตรกรเจริญ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการพดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระบูพากล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ปีที่พิมพ์	2568
พิมพ์ครั้งที่	1
จำนวนเล่ม	-
จำนวนหน้า	290
ราคา	-

## สวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์  
ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด = Assessment of obstetric risk conditions:  
maternal and newborn nursing care during the preconception, pregnancy, intrapartum,  
and postpartum periods.—จันทบุรี : [ม.บ.พ.], 2568.  
287 หน้า.

1. การพยาบาลสุติศาสตร์. I. ชญาดา เนตรกรเจริญ. II. ชื่อเรื่อง

618.20231

ISBN (e-book) 978-616-630-172-4

## คำนำ

ตำราวิชาการพยาบาล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาทางการพยาบาล เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ อนึ่งคือการพยาบาลที่จำเป็นต้องมีความรู้ที่แม่นยำจึงจะสามารถให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการแต่ละรายได้ ตำรา เรื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Assessment of Obstetric Risk Conditions: Maternal and Newborn Nursing Care During the Preconception, Pregnancy, Intrapartum, and Postpartum Periods) เรียบเรียงขึ้นเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิชาการพยาบาล มารดา ทารกและการพดุงครรภ์ ในหลักสูตรปริญญาตรี เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ทางด้านทฤษฎีที่ถูกต้อง และใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานบริการลุขภาพ และในชุมชนได้

จากความก้าวหน้าทางด้านการเชื่อมโยง สร้างต่อข้อมูลของเครือข่ายการคุ้มครองสุขภาพ ในยุคศตวรรษที่ 21 พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก มีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติต่าง ๆ ทางสูติกรรม (เป็นกลุ่มของการและโรคต่าง ๆ ทางสูติศาสตร์) ทั้งที่ถ่ายทอดและไม่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ-อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องพัฒนาความรู้ และทักษะด้านการพยาบาลในการประเมินและแก้ปัญหาสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก ที่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมได้ เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต ตามเกณฑ์ (ตัวชี้วัด) มาตรฐานการสาธารณสุขของการคุ้มครองสุขภาพมารดาทารก 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราตายของมารดา อัตราเกิดโรงเรียนของทารก และ อัตราตายของทารกแรกเกิด และจากประสบการณ์ของผู้เขียนในการคุ้มครองสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก พบร่องค์ความรู้ในศาสตร์เฉพาะทางที่ เจาะจงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับพยาบาล และจากการค้นคว้าในแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ พบร่วมกับ วิชาการพยาบาลใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อให้การพยาบาล ยังมีจำนวนน้อยและไม่เพียงพอ

ดังนั้น ผู้เขียนจึงตระหนักถึงความสำคัญในการเขียนเนื้อหาเรื่อง การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินว่า เป็นด้านแรกของการพยาบาล ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความสำเร็จของการดูแลรักษากลุ่มของอาการ และโรคต่าง ๆ ทางสุขภาพได้

สาระสำคัญของตำราเล่มนี้มี 5 บทโดยในบทที่ 1 จะกล่าวถึง ภาระเสี่ยงทางสูติกรรมที่พบในมาตราและหารก ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่วนในบทที่ 2 จะกล่าวถึง การประเมินภาระเสี่ยงทางสูติกรรมและการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ บทที่ 3 เป็นการประเมินภาระเสี่ยงและการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ บทที่ 4 เป็นการประเมินภาระเสี่ยงและการพยาบาลในระยะคลอด และบทที่ 5 เป็นการประเมินภาระเสี่ยงและการพยาบาลในระยะหลังคลอด ซึ่งทุกบทจะกล่าวถึงการประเมินภาระเสี่ยง สถานการณ์ภาระเสี่ยงที่พบบ่อยในช่วงเวลาต่างๆ กระบวนการพยาบาล และกรณีตัวอย่าง พร้อมทั้งบทสรุป

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้สนใจในการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและใช้อ้างอิง ในการประเมินภาวะเสี่ยงและให้การพยาบาลมาตรา และหากได้อย่างมั่นใจ โดยตำนานี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้ทางการศึกษาและวิชาการเท่านั้น ไม่อนุญาตให้นำไปจำหน่ายหรือใช้ในเชิงพาณิชย์ เนื่อหาภายในรวมถึงแผนภาพ กราฟิก และภาพประกอบ มีการสรุป วิเคราะห์ ตีความ และ ดัดแปลงจากหลักหลายแหล่ง ข้อมูลสารสนเทศ และเอกสารทางวิชาการที่ เปิดเผย ข้อมูลบางส่วนมีการดัดแปลงและอ้างอิงจากเอกสารเผยแพร่ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีการระบุแหล่งที่มาโดยละเอียดในส่วนเอกสารอ้างอิงของแต่ละบท การนำเสนอข้อมูลนี้มิใช้ เอกสารฉบับทางการหรือฉบับปรับปรุงล่าสุดที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานราชการ และ เอกชนโดยตรง ผู้ใช้ควรตรวจสอบแหล่งข้อมูลต้นฉบับเพื่อความถูกต้อง

# ອາຈານຍົດຕະວະ ຊະບຸກາດ ເນຕີຣິກະຈາງ



# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก

ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Assessment of Obstetric Risk Conditions: Maternal and Newborn Nursing Care

During the Preconception, Pregnancy, Intrapartum, and Postpartum Periods

## สารบัญบท

หน้า	
ก	คำนำ.....
ค	สารบัญบท.....
ฉ	สารบัญรูป.....
ฉ	สารบัญตาราง.....
ณ	สารบัญแผนภูมิ.....
๑ – ๔๐	<b>บทที่ ๑ ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบในมารดา และทารก</b>
 <b>ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด</b>	
๑	บทนำ.....
๓	1. สถานการณ์สุขภาพของมารดา และทารก.....
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และ ระยะหลังคลอด	
๑๔	2. ความหมายและขอบเขตการประเมินภาวะเสี่ยง.....
ทางสุติกรรม นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	
๑๙	3. แนวคิดของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....
๒๓	4. กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....
การพยาบาลมารดา และทารก ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด	
๓๒	5. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....
๓๖	บทสรุป.....
๓๘	เอกสารอ้างอิง.....

**บทที่ 2 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม**

41 – 127

**และการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์**

บทนำ.....	41
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	43
ในระยะก่อนตั้งครรภ์	
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมที่พบบ่อย .....	76
ในระยะก่อนตั้งครรภ์	
3. กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์.....	86
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	115
และการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์	
บทสรุป.....	121
เอกสารอ้างอิง.....	123

**บทที่ 3 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม**

128 – 159

**และการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์**

บทนำ.....	128
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมในระยะตั้งครรภ์....	128
ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 3	
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	137
ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์	
3. กระบวนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์.....	150
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	152
และการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์	
บทสรุป.....	157
เอกสารอ้างอิง.....	158

**บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม**

160 – 219

**และการพยาบาลในระยะคลอด**

<b>บทนำ.....</b>	160
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะคลอด.....	160
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	173
ที่พบบ่อยในระยะคลอด	
3. กระบวนการพยาบาล ในระยะคลอด.....	175
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	200
และการพยาบาลในระยะคลอด	
<b>บทสรุป.....</b>	216
<b>เอกสารอ้างอิง.....</b>	217

**บทที่ 5 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม**

220 – 281

**และการพยาบาลในระยะหลังคลอด**

<b>บทนำ.....</b>	220
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะหลังคลอด..	221
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	262
ที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด	
3 กระบวนการพยาบาลในระยะหลังคลอด.....	265
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	273
และการพยาบาลในระยะหลังคลอด	
<b>บทสรุป.....</b>	278
<b>เอกสารอ้างอิง.....</b>	279

**ดัชนีค้นคำ (Index).....** ..... 282

**ประวัติผู้เขียน.....** ..... 290

หัวข้อ	หน้า
<b>รูปที่</b>	
1.1 อัตราการเกิดมีชีพ (crude birth rates) การตาย (mortality rates)... อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (nature growth) ต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย .....	8
1.2 อัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2561–2565.. จำแนกรายภาค	10
1.3 อัตราตาย จำแนกตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร..... 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และ 2565	11
1.4 สาเหตุการตาย จำแนกตามกลุ่มโรคมะเร็ง ต่อประชากร..... 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และ 2565	12
2.1 โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia).....	49
2.2 กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome).....	50
2.3 โรคซิสติก ไฟบริฟิส (cystic fibrosis).....	51
2.4 ตาบอดสี (color blindness).....	52
2.5 โรคพร่องเอนไซม์ G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase)	53
2.6 เพรใจล์เอ็กซ์ ชินโดรม (fragile x syndrome).....	54
2.7 ไคลน์เฟลเตอร์ ชินโดรม (klinefelter syndrome).....	55
2.8 ทริปเปิล เอ็กซ์ ชินโดรม (triple-x syndrome).....	56
2.9 จาค็อบส์ ชินโดรม (jacob syndrome).....	57
2.10 เทอร์เนอร์ ชินโดรม (turner syndrome).....	57
2.11 เอดเวิร์ด ชินโดรม (edward syndrome).....	58
2.12 พาหัว ชินโดรม (patau syndrome).....	59

รูปที่	หน้า
2.13 โรคสวีเออร์ (swyer syndrome).....	59
2.14 EDCs (endocrine disrupting chemical).....	94
3.1 กราฟการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์.....	141
4.1 กราฟดูแลการคลอดของ WHO PARTOGRAPH.....	163
4.2 ภาพแสดงตัวอย่างการเปลผล Category I: FHS normal baseline	168
4.3 ภาพแสดงตัวอย่างการเปลผล Category II: minimal Variability	170
4.4 ตัวอย่างการเปลผล Category III: Sinusoidal pattern.....	171
4.5 แสดงการทำ Suprapubic pressure.....	197
4.6 แสดงการทำ McRoberts maneuver.....	198
5.1 กลไกการสร้างน้ำนม (lactogenesis).....	225
5.2 กลไกการหลั่งน้ำนม (Let-down reflex).....	226
5.3 การลดระดับของมดลูก	229
5.4 Diastasis recti.....	230
5.5 เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด.....	241
5.6 แสดงตำแหน่ง OF และ SOB .....	247
5.7 caput succedaneum และ cephalhematoma.....	248
5.8 การบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า (facial nerve paralysis)..	249
5.9 neonatal teeth.....	251
5.10 Siriraj tongue-tie score (STT).....	252
5.11 witch's milk.....	253
5.12 Erb paralysis.....	257
5.13 เห้าปุก.....	258

ตารางที่	หน้า
1.1 จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย มาตรตาย.....	9
และดัชนีชีพ พ.ศ. 2551 – 2565	
1.2 ขั้นตอนของกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	25
(Process of Obstetric Risk Assessment)	
1.3 ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) และการแปลความหมาย	29
2.1 สารรบกวนต่อมร็อท็อก (EDCs) แหล่งที่พบ และอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ	95
3.1 แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์.....	129
3.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5).....	130
3.3 แบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q plus).....	131
3.4 แบบประเมินการตื่มสุรา.....	132
3.5 การฝากรรคคุณภาพ.....	136
4.1 การประเมินภาวะเสี่ยงของการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและช่องเชิงกรานมาตรา (cephalopelvic disproportion; CPD)	164
4.2 แสดง Apgar Score.....	172
4.3 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิดแบบ 3 ระดับ	173
4.4 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิดแบบ 2 ระดับ	173
5.1 การเปลี่ยนแปลงของน้ำคลาปลา.....	232
5.2 การประเมินการหายของแพลฟีเย็บโดยใช้ REEDA scale.....	234

## สารบัญแผนภูมิ

### แผนภูมิที่

3.1 แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงทั้งครรภ์	.....133
--	----------

# ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบในมารดา และทารก ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## Obstetric Risk Conditions in Mothers and Newborns During the Preconception, Pregnancy, Intrapartum, and Postpartum Periods

### บทนำ (introduction)

การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการทางชีวภาพที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยา ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบเมตาบoliซึม รวมถึงกระบวนการปรับตัวทางจิตใจ-อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (obstetric risk conditions) ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ (preconception) ตั้งครรภ์ (pregnancy) คลอด (intrapartum) และหลังคลอด (postpartum) ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดโอกาสเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกโดยตรง ทั้งด้านความปลอดภัย คุณภาพชีวิต และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวได้ เช่น การตายของมารดา (maternal mortality) การเจ็บป่วยรุนแรง (severe maternal morbidity) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) และปัญหาพัฒนาการของทารก (neonatal morbidity and long-term sequelae) การดูแลสุขภาพมารดาและทารก (maternal and newborn health) จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่สะท้อนทั้งความสามารถในการคัดกรอง การวินิจฉัย และจัดการภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (World Health Organization: WHO, 2023b; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2023)

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023b) รายงานว่า ภาวะแทรกซ้อนจาก การตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดาและทารก ซึ่งปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากมีการประเมินอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่เริ่มแรก เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) คลอดก่อนกำหนด (preterm birth) และการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักมีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงก่อนตั้งครรภ์หรือช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ยิ่งเนี้ยบ้างความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะแรกที่เหมาะสม

ในบริบทประเทศไทย กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย (2566) รายงานว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการเสี่ยงชีวิตของมารดา ได้แก่ ภาวะตกเลือดรุนแรง การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) ที่พบบ่อย เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เปาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และโครงสร้างประชากร การตั้งครรภ์ในวัยรุน (teenage pregnancy or adolescent pregnancy) และการตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก (advanced maternal age) ยังคงเป็นปัจจัยท้าทายเชิงระบบบริการ ที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) เพื่อค้นหาความเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ (pregnancy) และทารกในครรภ์ (fetus) ให้ได้รับการดูแลรักษา ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเริ่มจากการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้มีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงก่อนตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มจะตั้งครรภ์ให้เพิ่มมากขึ้น ทั้งในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (teenage pregnancy) และอายุมากกว่า 35 ปี (advance maternal age or elderly primigravidarum) ซึ่งการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุดังกล่าวจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง ทางสุขภาพ

ดังนั้น การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพถือเป็นงานสำคัญด้านแรกในการให้บริการสุขภาพสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก เพราะเป็นการค้นหา (discovery) คัดกรอง (screening) ภาวะเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการดูแล แก้ไขปัญหาสุขภาพ และส่งต่อการรักษาโดยอย่างทันท่วงที่ จะช่วยลดอุบัติการณ์เสี่ยงชีวิตของมารดาและทารก คือ ลดอัตราตายของมารดา (maternal mortality rate) ลดอัตราเกิด死婴率 ของทารกในครรภ์ (stillbirth rate) และลดอัตราตายของทารกแรกคลอด (neonatal mortality rate) ตามเกณฑ์ ตัวชี้วัดมาตรฐานการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดาและทารกได้

เนื้อหาในบทนี้ ขอ匕ายถึงสถานการณ์สุขภาพ (health situation) ของมารดาและทารก นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบในหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก พร้อมทั้งกรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และบทสรุป รายละเอียดดังนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

## 1. สถานการณ์สุขภาพของมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (maternal and newborn health situation during preconception, pregnancy, intrapartum, and postpartum periods)

สุขภาพของมารดาและทารก (maternal and newborn health) เป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่สะท้อนคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยและมาตรฐานการพยาบาลมารดาและทารกโดยตรง (WHO, 2023b) การส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพในช่วงระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception) ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy) ระยะคลอด (intrapartum) และระยะหลังคลอด (postpartum) เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก รวมถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (pregnancy outcomes) ทั้งในระยะลั้นและระยะยาว

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราการตายของมารดา (maternal mortality ratio: MMR) ลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 43 ต่อการเกิดมีซีฟแسنรายในปี พ.ศ. 2553 เหลือประมาณ 28 ต่อการเกิดมีซีฟแسنรายในปี พ.ศ. 2566 (กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย, 2566) แม้จะสะท้อนถึงความก้าวหน้าในการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก (maternal and child Health services) แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม (obstetric risk conditions) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา เช่น ตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia / eclampsia) ติดเชื้อหลังคลอด (puerperal infection) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (pre-existing medical disorders) ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (complications from delivery) และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) (WHO, 2020) เป็นต้น

จากข้อมูลสถิติชี้พิการเกิด และการตาย โดยกระทรวงสาธารณสุขและการป้องกันการตระหนักรู้ในประเทศไทย ได้ทำการติดตามในการใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของประเทศไทย สรุปตามประเด็นสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ในระยะต่าง ๆ ดังนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566; WHO, 2024a; 2024b; 2024d)

## 1.1 ระยะก่อนตั้งครรภ์ (Preconception Period)

ระยะก่อนตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาสำคัญในการเตรียมความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (women of reproductive age) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancy) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะต่อมา การให้บริการดูแลก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) เน้นการประเมินสุขภาพโดยรวม การค้นหาปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคเรื้อรัง (chronic diseases) ภาวะโภชนาการ (nutrition status) การใช้สารเสพติด (substance use) และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (sexual behaviours) รวมทั้ง การให้คำปรึกษาเรื่องพันธุกรรม (genetic counselling) การฉีดวัคซีน (immunization) และการวางแผนครอบครัว (family planning) เป็นต้น

งานวิจัยในระดับสากล เช่น ของ Dean และคณะ (2020) และ WHO (2023b) ชี้ว่า การให้การพยาบาลก่อนตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบสามารถลดอัตราการเกิดความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies) ได้ถึงร้อยละ 30 และลดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ได้อย่าง มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานที่พับก่อนตั้งครรภ์ (pregestational diabetes) และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกจึงเน้นย้ำให้ทุกประเทศทั่วโลกเห็นความสำคัญของการดูแล สุขภาพผู้หญิง โดยให้การสนับสนุนช่วยเหลือในโครงการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้หญิง ที่สำคัญอยู่ในพื้นที่ชนบททั่วโลก และสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาตัวยาที่ใช้รักษาโรค เนื่องจากเห็นว่าผู้หญิงในชนบทมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง แต่ก็ยังมีผู้หญิงจำนวนมากที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการด้วย โรคติดต่อในเขตต้อน (ประเทศไทยพัฒนาและกำลังพัฒนา) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ แต่ ประชาชนไม่ได้รับทั้งความรู้และยาที่สามารถรักษาโรคให้หายได้ (WHO, 2024c) โดยในปี พ.ศ. 2563 พบสถิติการเสียชีวิตเกือบทุก 2 นาที จำนวนเกือบถึง 800 รายต่อวัน จากการตั้งครรภ์ และการคลอดที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งร้อยละ 95 พบในประเทศไทยมีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2024a; 2024d) นอกจากนี้ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มพิทักษ์สิทธิริเรyang ข้อมูลว่า ผู้หญิงสูกทำลายจากการสูกสاقด้านการดูแลรักษาดีขึ้น สาเหตุจากความหึงหวง ดังนั้นจะเห็นว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อต้องมารับบทบาทการเป็นมารดาอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก**  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ภาวะโลหิตจาง โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด การแท้ง เองหรือทำแท้ง การทดสอบทิ้งทารก เป็นต้น (WHO, 2024c; 2024d) องค์การอนามัยโลก จึงสนับสนุนและเน้นย้ำ ถึงวิธีการคุมกำเนิดที่ทันสมัย และการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง เพื่อเพิ่ม คุณภาพชีวิต ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (WHO, 2023a)

### 1.2 ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy period)

ในระยะตั้งครรภ์ มาตรการเชิงรุกในการเปลี่ยนแปลงทางสุริวิทยาและจิตสังคมที่ ส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์ (fetal development) การประเมินภาวะเสี่ยง ในระยะนี้จึงเป็นกระบวนการสำคัญของการพยาบาลสูติศาสตร์ (obstetric nursing) โดยเน้น การค้นหาความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) ครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) การแท้ง (abortion) และคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นต้น

สถิติจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2023b) รายงานว่า ประมาณร้อยละ 15 ของ หญิงตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการดูแลพิเศษ ขณะที่ประเทศไทยพบว่า ประมาณร้อยละ 12 ของหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูง (high-risk pregnancy) เช่น มีอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น (กองอนามัยมาตราและทารก กรมอนามัย, 2566)

### 1.3 ระยะคลอด (intrapartum period)

ระยะคลอดเป็นช่วงเวลาวิกฤต (critical period) ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงที่สุด ทั้งต่อมาตราและทารก การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะนี้จึงต้องใช้ทักษะเฉพาะทาง ของพยาบาลผดุงครรภ์ (midwife) เพื่อเฝ้าระวังและให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ตกเลือดระหว่างคลอด (antepartum hemorrhage) การคลอดยาก (prolonged labor or obstructed labor) ทารกขาดออกซิเจน (fetal distress) และมดลูกแตก (uterine rupture) ซึ่งทั้งหมด เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมาตราในประเทศไทย (WHO, 2023b; American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2024)

การเตรียมระบบบริการในห้องคลอดที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary Team) และมีแนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจำการ (evidence-based practice: EBP) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์โดยย่างมีประสิทธิภาพ (Lowdermilk et al., 2023)

#### 1.4 ระยะหลังคลอด (postpartum period)

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงที่มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การหลั่งน้ำนม (lactation) การฟื้นตัวของอวัยวะสีบพันธุ์ (involution of uterus) และการปรับตัวทางจิตใจต่อบทบาทความเป็นมารดา (maternal role adaptation) ภาวะเสี่ยงสำคัญในช่วงนี้ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) การติดเชื้อในระบบสีบพันธุ์ (postpartum infection) ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) และภาวะลิมเลือดขอดตัน (thromboembolic disorders) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา (pillitteri, 2021; WHO, 2023b)

ในขณะเดียวกัน การประเมินสุขภาพทารกแรกเกิด (newborn health assessment) ก็มีความสำคัญไม่น้อย โดยเฉพาะการประเมินคะแนนแอ็ปการ์ (APGAR score) น้ำหนักแรกเกิด (birth weight) และการคัดกรองโรคพันธุกรรม (genetic screening) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาวของทารก

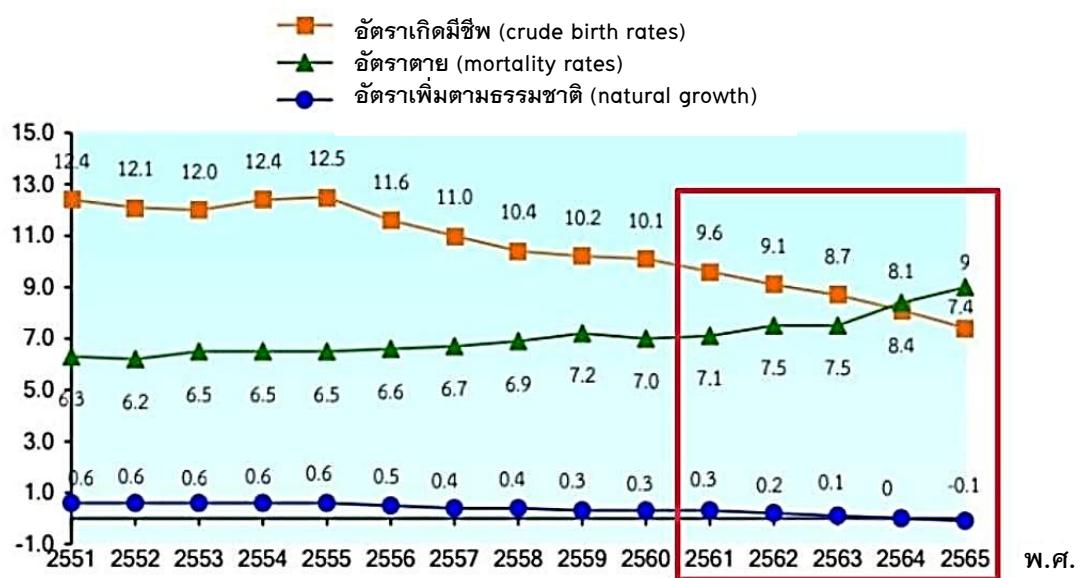
ข้อมูลจากการอนามัยโลกใน พ.ศ.2565 พบสถิติการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจำนวน 2.3 ล้านคน โดยร้อยละ 47 เป็นทารกแรกเกิด (28 วันแรกของชีวิต) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตในช่วงเดือนแรกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อในทารกแรกเกิด และความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเกิดทันทีหลังคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญจะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 16 และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างน้อยร้อยละ 24 เป็นต้น (องค์การอนามัยโลก, 2567) จากสถานการณ์สุขภาพของมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด มีการรวบรวมสถิติของประเทศไทยไว้ ในช่วงปี พ.ศ.2551–2565 โดยกองบัญชาการสตรีและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก**  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## 1.5 จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย มารดาตาย และสาเหตุการตายของมารดา และทารกแรกเกิด (ตั้งแต่กว่า 28 วัน) หลังคลอด

จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ (live births) การตาย (mortality) ทารกตาย (Infant mortality) มารดาตาย (maternal mortality) และสาเหตุการตาย (causes of mortality) ของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในภาพรวมของประเทศไทย และจำแนกตามรายภาคของประเทศไทย มีดังนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากข้อมูลสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2551–2565 พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยมีจำนวนและอัตราทารกแรกเกิดมีชีพลดลง จำนวนและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 1.1) จำนวนและอัตรา márda ตายในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 เพิ่มขึ้น จึงมีการพัฒนาแนวทางและมาตรการแก้ไข ลั่งผลให้ปี 2564–2565 จำนวนและอัตรา márda ตายเริ่มลดลง โดยในช่วง 5 ปี ข้อนหลัง พ.ศ. 2561–2565 จำนวนมารดาตายเท่ากับ 125, 134, 143, 140 และ 97 คน คิดเป็นอัตรา 19.9, 22.5, 25.1, 26.6 และ 20.0 ตามลำดับ ส่วนจำนวนและอัตราทารกตายมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยในช่วง 5 ปี ข้อนหลัง พ.ศ. 2561–2565 มีจำนวนทารกตายเท่ากับ 3,800, 3,393, 2,876, 2,718 และ 2,571 คิดเป็นอัตรา 6.0, 5.6, 5.1, 5.2 และ 5.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1.1) ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากจำนวนและอัตรา márda และทารกตายนั้นเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงปัญหาทางสาธารณสุข และยังเป็นปัจจัยที่อนถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจอย่างด้วย



รูปที่ 1.1 อัตราการเกิดมีชีพ (crude birth rates) การตาย (mortality rates)

อัตราเพิ่มเติมธรรมชาติ (natural growth) ต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย

ที่มา: ดัดแปลงจาก สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2567) และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (The Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior; Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health) (2566) (เอกสารอันญัติให้ใช้ข้อมูลได้)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## ตารางที่ 1.1 จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ การตายนาย หารกตาย มาตรฐานตาม และดัชนีชี้พ

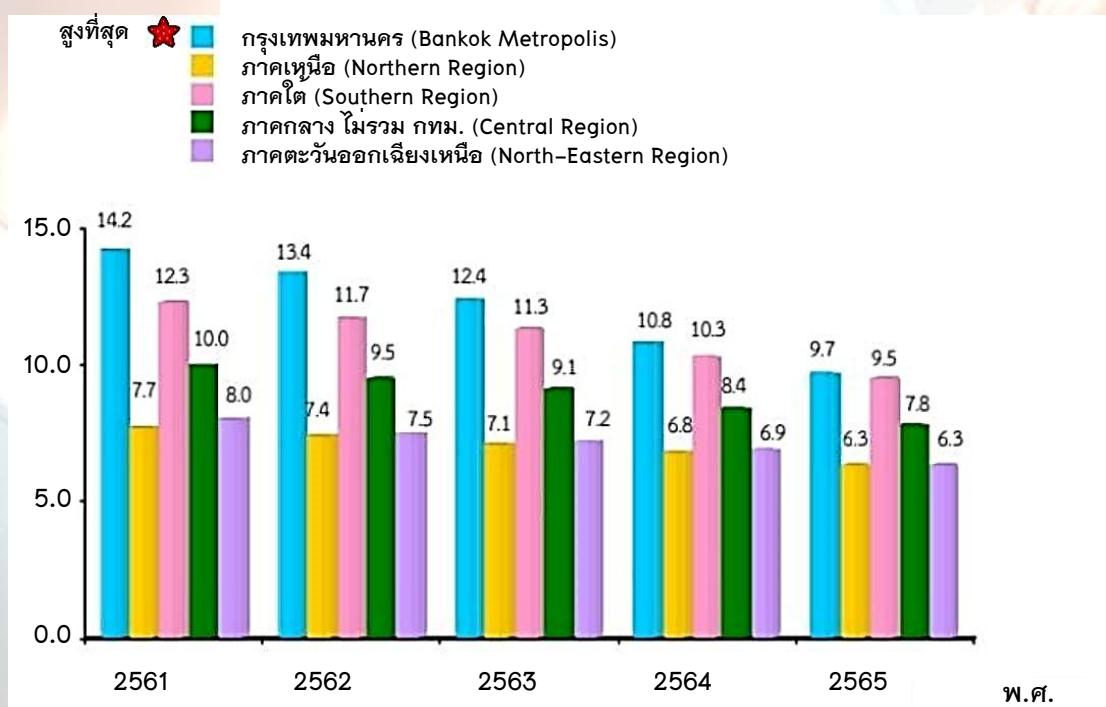
พ.ศ. 2551 – 2565

ปี	จำนวน				อัตรา				ดัชนี ชี้พ <sup>4</sup>
	เกิดมีชีพ	ตาย	หารก ตาย	มาตรฐาน ตาย <sup>1</sup>	เกิด มีชีพ <sup>2</sup>	ตาย <sup>2</sup>	หารก ตาย <sup>3</sup>	มาตรฐาน ตาย <sup>3</sup>	
2551(2008)	784,256	397,327	5,721	89	12.4	6.3	7.3	11.3	197
2552(2009)	765,047	393,916	5,416	83	12.1	6.2	7.1	10.8	194
2553(2010)	761,689	411,331	5,357	78	12	6.5	7	10.2	185
2554(2011)	782,198	414,670	5,275	71	12.2	6.5	6.6	8.9	192
2555(2012)	780,975	415,141	5,420	141	12.2	6.5	6.8	17.6	193
2556(2013)	748,081	426,065	4,755	166	11.6	6.6	6.4	22.2	176
2557(2014)	711,805	435,624	4,615	166	11	6.7	6.5	23.3	163
2558(2015)	679,502	445,964	4,221	167	10.4	6.9	6.2	24.6	152
2559(2016)	666,207	469,085	4,233	177	10.2	7.2	6.4	26.6	142
2560(2017)	656,570	458,010	3,861	143	10.1	7	5.9	21.8	143
2561(2018)	628,450	461,818	3,800	125	9.6	7.1	6	19.9	136
2562(2019)	596,736	494,339	3,393	134	9.1	7.5	5.6	22.5	121
2563(2020)	569,338	489,717	2,876	143	8.7	7.5	5.1	25.1	116
2564(2021)	526,469	550,042	2,718	140	8.1	8.4	5.2	26.6	96
2565(2022)	485,085	584,854	2,571	97	7.4	9	5.3	20	83

- หมายเหตุ :** 1. มาตรាជาดาย คือ การตายเนื่องจากการคลอดและภาวะแทรกในกรณีมีครรภ์และระยะอยู่ไฟฟ้าใน 6 สัปดาห์หลังคลอด)
2. อัตราเกิดมีชีพและตายต่อประชากร 1,000 คน
3. อัตราหารกตาย ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน และมาตราઇต้า ต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน
4. ดัชนีชี้พ หรือ อัตราส่วนเกิดตาย เป็นจำนวนเกิดมีชีพต่อตาย 100 คน

**ที่มา:** ดัดแปลงจาก สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2567) และ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (The Bureau of Registration Administration, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior; Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health) (2566) (เอกสารอ่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลได้)

เมื่อพิจารณาการจำแนกรายภาค อัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2561–2565 มีการจำแนกรายภาคสูงสุดคือ กรุงเทพมหานคร (9.7–14.2) รองลงมาคือ ภาคใต้ (9.5–12.3) ภาคกลาง (7.8–10.0) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (6.3–8.0) และภาคเหนือ (6.3–7.7) ตามลำดับ (รูปที่ 1.2)



รูปที่ 1.2 อัตราเกิดมีชีพต่อประชากร 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2561–2565 จำแนกรายภาค

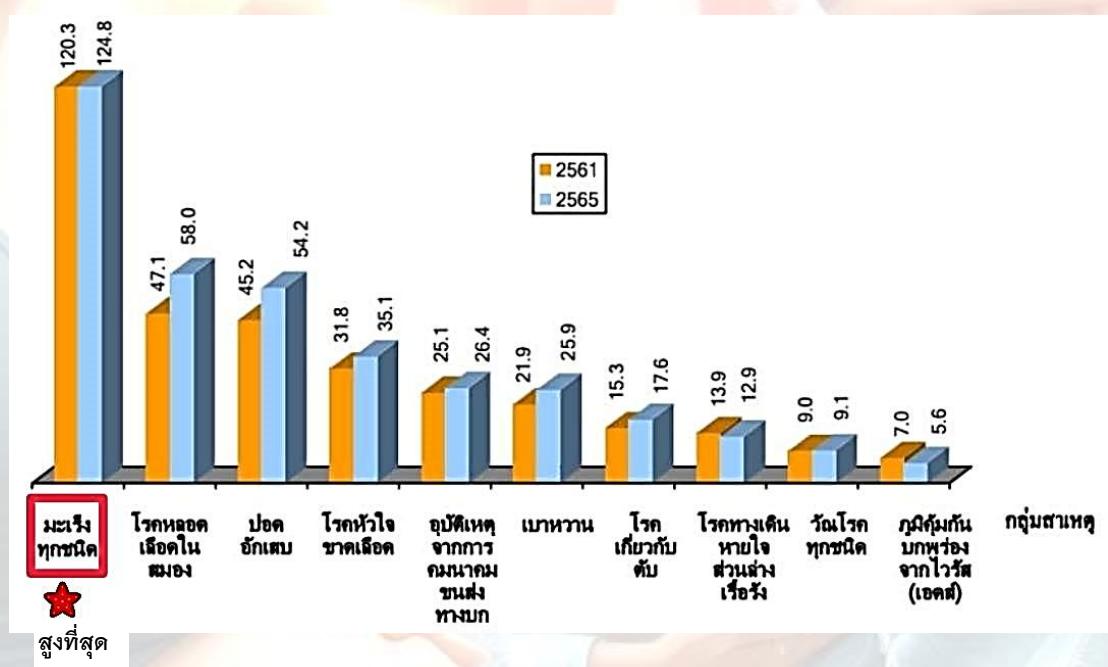
ที่มา: ดัดแปลงจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health (2566) (เอกสารอนุญาตให้ใช้ข้อมูลได้)

สถิติสาเหตุการตาย วิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนรายภูมิของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ทำการให้รหัสสาเหตุการตาย เป็นรายบุคคลตามบัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 พบว่า สาเหตุการตายยังมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำแนกเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ มีสัดส่วนมากกว่า ร้อยละ 22.5 เมื่อเทียบกับการตายทั้งหมด และในการตายที่ทราบสาเหตุก็ยังมีบางรายการ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ไม่มั่นใจว่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง เพราะการให้สาเหตุการตายยังเป็น วิธีการตาย (mode of death) ไม่ใช่สาเหตุการตาย (cause of death) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้ให้สาเหตุการตายไม่ใช่แพทย์ ก็จะทำให้สาเหตุการตายผิดพลาดได้มากยิ่งขึ้น (กองบัญชาการสตรีและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สาเหตุการตายจากข้อมูลมรณบัตรในปี พ.ศ.2565 พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคอมมานด์ลงทางบก (รูปที่ 1.3)



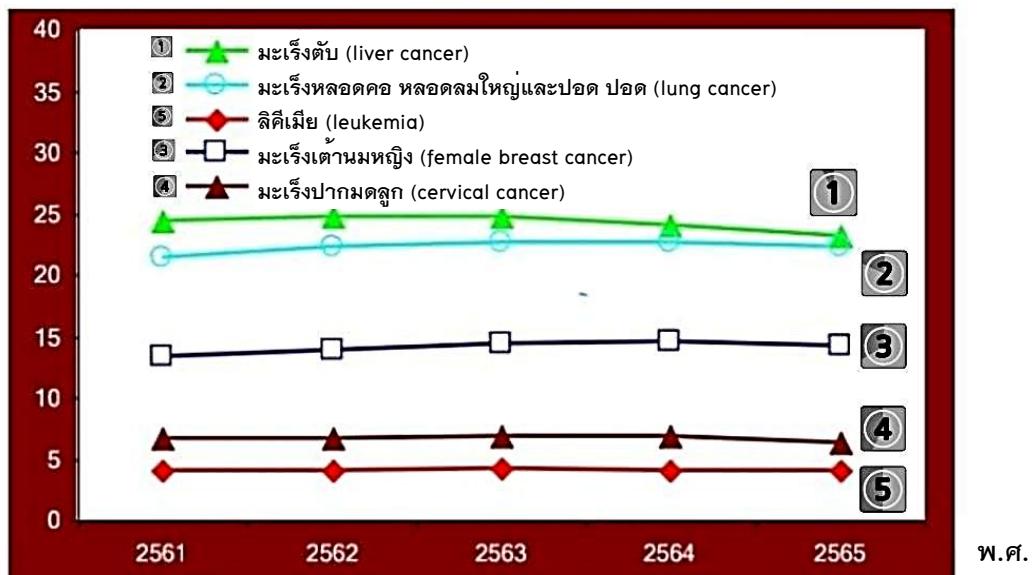
รูปที่ 1.3 อัตราตาย จำแนกตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และ 2565

ที่มา: ตัวแปลงจาก กองบัญชาการสตรีและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health) (2566) (เอกสารอนุญาตให้ใช้ข้อมูลได้)

เมื่อจำแนกตามกลุ่มมะเร็ง พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (liver cancer) มะเร็งหลอดคอด หลอดลมใหญ่และปอด (lung cancer) มะเร็งเต้านมหญิง

(breast female cancer) มะเร็งปากมดลูก (cervical cancer) และมะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) ตามลำดับ (รูปที่ 1.4)

### อัตราตาย (Mortality Rates)



รูปที่ 1.4 สาเหตุการตาย จำแนกตามกลุ่มโรคมะเร็ง ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และ 2565

ที่มา: ตัดแปลงจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health) (2566) (เอกสารอนุญาตให้ใช้ข้อมูลได้)

อย่างไรก็ตาม อัตราตายของมารดาและทารกเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดระดับสากล ที่สะท้อนปัญหาสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทย ซึ่งต้องหาแนวทางแก้ไขต่อไป จากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2565 ที่นำมาวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาและทารกแรกเกิด เป็นรายบุคคล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) พบร้อยละลดลงต่อไปนี้

สาเหตุการตายยังไม่มีความครอบคลุมสมบูรณ์ แต่จากข้อมูลสามารถวิเคราะห์ เรียนรู้สาเหตุการตายของทารกแรกเกิดที่สามารถบ่งสาเหตุได้ 5 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะบ่างอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด (จำนวน 1,340 ราย คิดเป็นอัตรา 2.8) รองลงมา คือ ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและคริโนซิมผิดปกติ (จำนวน 570 ราย คิดเป็นอัตรา 1.2) ความผิดปกติ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (จำนวน 350 ราย คิดเป็นอัตรา 0.7) ความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด (จำนวน 280 ราย คิดเป็นอัตรา 0.6) และการติดเชื้อและมีพิษของแบคทีเรียในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด (จำนวน 241 ราย คิดเป็นอัตรา 0.6) ตามลำดับ ส่วนสาเหตุการตายของมารดา เมื่อจำแนกตามสาเหตุที่สามารถระบุได้ในปี พ.ศ. 2565 คือ การตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด (จำนวน 97 ราย คิดเป็นอัตรา 20.0) ซึ่งมีสาเหตุ มาจากสภาวะการคลอดที่ไม่ได้ระบุไว้ (จำนวน 34 ราย คิดเป็นอัตรา 7.0) รองลงมาคือ การบวม (edema) การมีโปรตีนในปัสสาวะ (proteinuria) และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (hypertension during pregnancy) การคลอด (childbirth) และระยะหลังคลอด (postpartum period) (จำนวน 21 ราย คิดเป็นอัตรา 4.3) โรคแทรกในระยะอ้อมไฟ (จำนวน 15 ราย คิดเป็นอัตรา 3.1) โรคแทรกจากการเจ็บครรภ์และการคลอด (จำนวน 14 ราย คิดเป็นอัตรา 2.9) ท้องแล้วแท้ง (abortion) (จำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตรา 2.1) และการดูแลมาตรการที่เกี่ยวกับเด็กและถุงน้ำคร่าและปัญหาที่เกิดเมื่อคลอด (จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 0.4) ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายภาคในปี พ.ศ. 2559 ภาคที่มีจำนวนและอัตราการตายสูงสุดจากสาเหตุการตายเนื่องจากการคลอดโดยตรงคือ ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) (จำนวน 35 ราย คิดเป็นอัตรา 26.5) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จำนวน 27 ราย คิดเป็นอัตรา 19.6) ภาคใต้ (จำนวน 17 ราย คิดเป็นอัตรา 13.9) ภาคเหนือ (จำนวน 11 ราย คิดเป็นอัตรา 15.1) และกรุงเทพมหานคร (จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตรา 13.4) ตามลำดับ

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าหყัยวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง การวิเคราะห์ปัญหา สุขภาพของหყัยวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ที่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมได้อย่างครอบคลุมและถูกต้อง ซึ่งมีนิยามคัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่มีการให้ความหมายไว้หลากหลาย ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

## 2. ความหมายและขอบเขตการประเมินภาวะเสี่ยง นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (definition and scope of obstetric risk assessment and related terminologies)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (obstetric risk assessment) หมายถึง กระบวนการตรวจส่อง วิเคราะห์ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (women of reproductive age) หญิงตั้งครรภ์ (pregnant woman) ผู้คลอด (woman in labor) มารดาหลังคลอด (postpartum mother) และทารก (newborn) เพื่อรับปัจจัยหรือเงื่อนไขที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) หรือ ผลกระทบต่อสุขภาพ (health consequences) ทั้งต่อมารดาและทารก (WHO, 2023b; ACOG, 2024)

วัตถุประสงค์หลักของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม คือ เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรสามารถสูงสามารถ

1. ระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะได้อย่างถูกต้อง ทั้งระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
2. วางแผนการดูแลทางการพยาบาลเฉพาะราย (individualized nursing care plan) ได้
3. ป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารกได้
4. ประสานการส่งต่อและการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ของความเสี่ยงได้

การประเมินภาวะเสี่ยงจึงเป็นกระบวนการสำคัญของการพยาบาลสุติกรรม (maternal and newborn nursing) ที่เน้นทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion), การป้องกัน (prevention), และการรักษา (cure) โดยมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice: EBP) และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines: CPG) เป็นพื้นฐานในการประเมิน

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## 2.1 ขอบเขตของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (scope of obstetric risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมมีขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้

### 1) ระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception period)

เป็นการประเมินความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยด้านลังคอม เช่น โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ การใช้ยาหรือสารเสพติด ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และความพร้อมของครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า (preconception counselling) รายละเอียดในบทที่ 2

### 2) ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy period)

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ (antenatal care) จนถึงก่อนคลอด โดยมุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อ การคลอดตกอนกำหนด รวมถึงปัจจัยทางจิตใจ และลังคอม เช่น ความเครียด การถูกกระทำความรุนแรง (intimate partner violence) และสุขภาพทางเศรษฐกิจ เป็นต้น รายละเอียดในบทที่ 3

### 3) ระยะคลอด (intrapartum period)

เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงระหว่างการคลอด เช่น ความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labor) ตำแหน่งของทารก (fetal position) การหดรัดตัวของมดลูก (uterine contraction) การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้สามารถวางแผนการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ลดการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสุติกรรม (obstetric emergency) รายละเอียดในบทที่ 4

### 4) ระยะหลังคลอด (postpartum period)

เป็นการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดทั้งด้านสรีรวิทยาและจิตลังคอม เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ การให้นมบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมถึง การประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิด เช่น ผิวหนัง ศีรษะ อวัยวะต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังปัญหา สุขภาพ และส่งเสริมการปรับตัวของมารดาในบทบาทใหม่ เป็นต้น รายละเอียดในบทที่ 5

## 2.2 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง (related terminologies)

เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องในบริบทของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม คำนี้  
ขอนำเสนอความหมายของคำสำคัญที่ใช้บ่อย ดังนี้

1) **ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (obstetric risk condition)** หมายถึง ภาวะหรือ  
ปัจจัยที่อาจเพิ่มความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการดูแลหรือทารกในระหว่าง  
ตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ ทางการแพทย์ หรือปัจจัย  
ทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น อายุมารดาอย่างกว่า 20 ปี หรือมากกว่า 35 ปี การตั้งครรภ์เฝด  
ภาวะโลหิตจาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะทุพโภชนาการ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติ  
การแท้งซ้ำ การตกเลือด และการติดเชื้อ เป็นต้น มีวัตถุประ升ค์เพื่อให้การดูแล การเฝ้าระวัง  
และการส่งต่อเป็นไปอย่างเหมาะสมและทันท่วงที (WHO, 2016; National Institute of Child  
Health and Human Development [NICHD], 2023; ACOG, 2021; Cunningham et al., 2022)

2) **การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง (high-risk pregnancy)** หมายถึง การตั้งครรภ์ที่  
มารดาหรือทารกมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่พึงประสงค์ จำเป็นต้อง  
ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มารดาที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง  
ก่อนตั้งครรภ์ เป็นต้น (Lowdermilk et al., 2023)

3) **การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)** หมายถึง กระบวนการระบุ  
วิเคราะห์ และตีความ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยอาศัยข้อมูลจากประวัติ  
สุขภาพ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการใช้แบบประเมินมาตรฐาน  
(screening tools) เช่น แบบประเมินความเสี่ยงทางสุติกรรมขององค์กรอนามัยโลก (WHO  
Obstetric Risk Scoring System) (WHO, 2023b)

4) **ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)** หมายถึง ตัวแปรหรือเงื่อนไขที่เพิ่มความเป็นไปได้  
ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุติกรรม ทั้งในมารดาและทารก ซึ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็น  
พื้นฐานสำคัญของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ และการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตามแนวทาง  
ขององค์กรอนามัยโลกและแนวปฏิบัติสากล (WHO, 2023b; ACOG, 2024) แบ่งออกเป็น  
3 กลุ่มหลัก ได้แก่

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

– **ปัจจัยด้านบุคคลของมารดา (maternal factors)** เช่น อายุของมารดาที่น้อยกว่า 20 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของ胎盘 (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2023) โรคทางพันธุกรรม (genetic disorders) โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เปาหวาน โลหิตจาง ภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงจำนวนครรภ์ของ การตั้งครรภ์และการคลอด (parity and gravidity) ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ในมารดาและทารก (Pillitteri, 2021) เป็นต้น

– **ปัจจัยจากการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (pregnancy-related factors)** ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด (twin) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตชา忙ในครรภ์ (fetal growth restriction, FGR) และภาวะแทรกซ้อนของมารดา เช่น ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยอื่น เช่น รกเกาะต่ำ (placenta previa) รถออกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ถุงน้ำครรภ์แตกก่อนกำหนด (pre-premature rupture of membrane) และการติดเชื้อในครรภ์ เป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องติดตามและประเมินอย่างใกล้ชิด เป็นต้น (ACOG, 2024)

– **ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม (environmental and social factors)** เช่น ความยากจน การมีรายได้ต่ำ ระดับการศึกษา การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ และความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งล้วนได้รับการระบุว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการเสียชีวิตของมารดาและทารก (WHO, 2023b; กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย, 2566)

การประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งสามกลุ่มนี้จึงเป็นกลไกที่สำคัญของกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (obstetric risk assessment) และเป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลเฉพาะรายระหว่างระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### 5) การพยาบาลมารดาและทารก (maternal and newborn nursing care)

หมายถึง การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) โดยพยาบาล ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับอย่างเป็นระบบ การพยาบาลมุ่งเน้นให้มารดาและทารกได้รับการ

ดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับหลักการ พัฒนาการและความต้องการเฉพาะช่วงวัย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก (Lowdermilk et al., 2020; Silbert-Flagg, J., & Pillitteri, A., 2018)

**6) ภาวะเจริญพันธุ์ (fertility)** หมายถึง ความสามารถทางชีววิทยาของบุคคลหรือคุ้สมรสในการสืบพันธุ์และให้กำเนิดบุตรมีชีพ โดยอาศัยการทำงานที่สมบูรณ์ของระบบสืบพันธุ์ กระบวนการควบคุมของฮอร์โมน การมีเซลล์สืบพันธุ์ที่มีคุณภาพ และกลไกการปฏิสนธิที่นำไปสู่การตั้งครรภ์และการคลอดทารกอย่างสมบูรณ์ ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับประชากรยังสะท้อนรูปแบบความสามารถในการมีบุตรของสังคม และเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสุขภาพการเจริญพันธุ์โดยรวม ทั้งนี้ นิยามของภาวะเจริญพันธุ์ในเชิงระบบสาธารณสุข มักเชื่อมโยงกับภาวะมีบุตรยาก (infertility) ซึ่งองค์การอนามัยโลกอธิบายว่า เป็นความล้มเหลวในการตั้งครรภ์ หลังมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่คุ้มกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ในคู่สามีภรรยาทั่วไป ทำให้มิติของภาวะมีบุตรยากถูกใช้เป็นตัวสะท้อนระดับภาวะเจริญพันธุ์ในประชากร (WHO, 2023c) ตลอดจนเป็นพื้นฐานในการวางแผนบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และการเฝ้าระวังแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ในสังคม

**7) หญิงวัยเจริญพันธุ์ (woman of reproductive age)** หมายถึง ผู้หญิงในช่วงวัยที่สามารถมีบุตรหรือมีโอกาสตั้งครรภ์ได้จนถึงช่วงเวลาที่หมดประจำเดือน ดังนั้นจึงกำหนดให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ คือ ผู้หญิงที่มีช่วงอายุระหว่าง 15–45 ปี หรือบางกลุ่มจัดไว้ในช่วงอายุระหว่าง 15–49 ปี ดังนั้น ช่วงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะเสี่ยง นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับภาวะเคราะห์ภูมิ ลักษณะ วัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อการสมรสและการมีเพศสัมพันธ์

**8) มารดา (maternal)** หมายถึง ผู้หญิงที่เป็นกลาง มารดา เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้มากในช่วงของการมีบุตร ได้แก่ ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชากรในกลุ่มนี้ มักพบปัญหาที่สัมพันธ์กับช่วงอายุ

**9) ทารก (newborn)** หมายถึง มนุษย์ที่เกิดมา อายุตั้งแต่แรกเกิดจนเริ่งอายุ 28 วัน ซึ่งมักพบความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญหลายประการที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

ต้องให้ความสนใจ เช่น โรคทางพัณฑุกรรม ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อในช่วงเดือนแรกของชีวิต เป็นต้น

จากนิยามคัพท์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน เพื่อการสืบสารเข้าใจเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงแนวคิดที่สำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม ดังต่อไปนี้

### 3. แนวคิดของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (concepts of obstetric risk assessment)

แนวคิดในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมเป็นรากฐานสำคัญของการพยาบาล มาตรฐานและทารก โดยมุ่งให้พยาบาลสามารถระบุ วิเคราะห์ และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบสุขภาพของแม่และทารกได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับรายกลุ่ม องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023b) ได้ให้แนวคิดหลักกว่า “การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมเป็นกระบวนการเชิงรุก (proactive process)” ที่มุ่งดูแลความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์หรือก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของการดูแล (prioritization of care) และออกแบบแนวทางการพยาบาลเฉพาะราย (individualized care plan) ได้ตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ ACOG (2024) ซึ่งอธิบายว่าการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมเป็น “กระบวนการต่อเนื่อง” (continuum process) ที่เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ (preconception readiness) การดูแลในระยะตั้งครรภ์ (antenatal care) การเฝ้าระวังระหว่างคลอด (intrapartum surveillance) และการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอด (postpartum recovery) โดยพยาบาลเป็นบุคลากรหลัก ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดการป้องกัน (preventive) ความปลอดภัย (safety) การดูแลเอาใจใส่ (caring) และการสนับสนุนส่งเสริม (supportive) มาตรฐานการเป็นแนวคิดหลักในการประเมินเพื่อการดูแลที่เหมาะสม โดยหลักสำคัญ ของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม เน้นการส่งเสริมและผลักดันให้พยาบาลได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของมาตรฐานและทารก โดยเริ่มต้นที่สาเหตุจากกลุ่มคน ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการมีครอบครัว และบุตร ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือไม่พึงประสงค์ให้เป็นการตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล

เอกสารนี้ และให้การสนับสนุนส่งเสริม เพื่อให้ทั้งมารดาและทารกปลอดภัย ดังนั้น พยาบาล ควรทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่ซึ่งสามารถประเมินได้จากหลายปัจจัย โดยมีกรอบแนวคิดในการประเมิน ดังนี้

### 3.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (theoretical frameworks related to obstetric risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมีการองค์ความรู้และกรอบแนวคิดจากหลากหลายศาสตร์ ได้แก่

**3.1.1 กรอบแนวคิดการพยาบาล (nursing process framework)** กระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นหัวใจสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยง โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมิน (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผล (evaluation) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Gordon (2017) และ Lowdermilk et al. (2023) ที่เน้นให้พยาบาลใช้ข้อมูลจากทั้งด้านชีวภาพ (biological) จิตใจ (psychological) สังคม (Social) และสิ่งแวดล้อม (environmental factors) เพื่อสร้างภาพรวมของความเสี่ยงอย่างรอบด้าน

**3.1.2 กรอบแนวคิดการป้องกันโรคของ Leavell and Clark (Leavell & Clark's Levels of Prevention, 1965)** แนวคิดนี้เน้นการประเมินและจัดการความเสี่ยงในสามระดับ กรอบแนวคิดนี้เป็นพื้นฐานให้พยาบาลสุขภาพสามารถออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเชิงรุก (proactive nursing interventions) เพื่อป้องกันความเสี่ยงตั้งแต่ตนเหตุ ได้แก่

1) การป้องกันขั้นต้น (primary prevention): มุ่งลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค เช่น การให้ความรู้ก่อนตั้งครรภ์ การฉีดวัคซีน และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

2) การป้องกันขั้นที่สอง (secondary prevention): การตรวจคัดกรองและค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เช่น การตรวจครรภ์ การคัดกรองเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3) การป้องกันขั้นที่สาม (tertiary prevention): การฟื้นฟูสมรรถภาพและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดตามหญิงหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือด หรือซึมเศร้าหลังคลอด

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.1.3 กรอบแนวคิดชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial model) Engel (1977) อธิบายว่า สุขภาพและความเสี่ยงของมารดาไม่สามารถพิจารณาเฉพาะทางชีววิทยาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เช่น ความเครียด ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนส่งผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (pregnancy outcomes) โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงที่มีความเปราะบางทางสังคม (vulnerable women)

3.1.4 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ (health system framework) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023b) เสนอให้การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุส蒂กรรมเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ การส่งต่อ (referral system) และการติดตามผล (Follow-up) อย่างเป็นระบบ

### 3.2 แนวคิดสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุส蒂กรรม (key concepts in obstetric risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุส蒂กรรมมีแนวคิดสำคัญที่พยาบาลควรทราบดังนี้

3.2.1 เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (continuity and dynamism): ภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการประเมินซ้ำในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์

3.2.2 เป็นการประเมินแบบองค์รวม (holistic assessment): ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เข้าใจความต้องการและศักยภาพของมารดาอย่างครบถ้วน

3.2.3 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice): การตัดสินใจในการพยาบาล ต้องอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยหรือแนวทางปฏิบัติที่ได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ เช่น Clinical Guidelines ของ WHO หรือ ACOG เป็นต้น

3.2.4 มีการมีส่วนร่วมของครอบครัว (family centered care): พยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคู่สมรสและครอบครัว เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสุขภาพของมารดา

3.2.5 เน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไข (Prevention-Oriented): การประเมินครรภ์ไปที่การป้องกันภาวะเสี่ยงก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น

สำหรับการตรวจสารณสุข ประเทศไทย มีการใช้ The Classifying Form WHO ในการประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ด้านร่างกาย มี 3 ข้อหลัก (27 ข้ออย่าง) ดังนี้ (WHO, 2002; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

### 3.1 ประวัติทางสุขภาพ (obstetric history)

1.1 เคยมีثارกตายในครรภ์ หรือคลอดทารกเสียชีวิต ระหว่างคลอดและหลังคลอดภายใน 1 เดือนแรก

1.2 เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือมากกว่า 4,000 กรัม

1.3 เคยว่าร้าบการรักษาพยาบาล เพราะเปาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งก่อนหรือประวัติญาติสายตรงเป็นเปาหวาน

1.4 เคยว่าร้าบการรักษาพยาบาล เพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือครรภ์เป็นพิษ

1.5 ครรภ์ที่ 5 เป็นตั้นไป

1.6 เคยแท้งของ 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน (ในไตรมาสที่ 1) หรือไตรมาสที่ 2

1.7 เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น ผ่าตัดคลอด ผ่าตัดเนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก เป็นต้น

1.8 ประวัติคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

1.9 เคยคลอดบุตรมีโครงไม่ซ่อมผิดปกติหรือเคยคลอดทารกพิการแต่กำเนิด หรือมีโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

### 2. การตั้งครรภ์ปัจจุบัน (current pregnancy)

2.1 ครรภ์แฝด (twin)

2.2 อายุน้อยกว่า 17 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด (expected date of confinement: EDC)

2.3 อายุมากกว่า 35 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด (EDC)

2.4 BMI ก่อนตั้งครรภ์ น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม. หรือ 23–29.9 กก./ตร.ม.

หรือ BMI 30–40 กก./ตร.ม. หรือ BMI > 40 กก./ตร.ม.

2.5 หมูโลหิตอาร์ເອ່ະລບ (Rh negative) ດືອ ມີໂລຫິດທີ່ມີແອນຕິເຈັນ ຕີ (No antigen-D) ອູ້ທີ່ພົວຂອງເນັດໂລຫິດແດງ (ແອນຕິເຈັນຄື່ອສາກ່ອຽມຕໍ່ານທານ ສ່ວນແອນຕິບອດີ ຄື່ອສາກ່ອຽມຕໍ່ານທານ) ໃນຄົນໄທຢັບວ່າ Rh negative ມີເພີ່ມຮ້ອຍລະ 0.3 ເທົ່ານັ້ນ ກຣນີທີ່ໝັງຕັ້ງຄົວແຮກ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

มีหมูโลหิต Rh negative และสามีมีหมูโลหิต Rh positive หากในครรภ์มีโอกาสที่หมูโลหิตเป็น Rh positive เมื่อ่อนบิดา ในระหว่างมีการลอกตัวของราก เม็ดโลหิตแดงของ胎児จะมีโอกาสเข้าสู่กระเพาะโลหิตของพยุงตั้งครรภ์ได้ แล้วจะมีการสร้างภูมิต่อต้านเม็ดโลหิตของ胎児ซึ่งหากคนแรกจะปลอดด้วย แต่ถ้าตั้งครรภ์ตัวมา กรณีที่胎児ในครรภ์มีหมูโลหิต Rh negative เมื่อ่อนมาหากก็จะไม่มีปัญหา แต่ถ้า胎児ในครรภ์มีหมูโลหิต Rh positive จะส่งผลให้ภูมิต่อต้านที่พยุงตั้งครรภ์สร้างขึ้นหลังคลอดบุตรคนแรกไปทำลายเม็ดโลหิตแดงของบุตรคนที่สองและคนต่อ ๆ ไปได้ถ้ามีหมูโลหิต Rh positive จะทำให้บุตรเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และรายที่รุนแรง หากอาจเสียชีวิตในครรภ์ได้ ดังนั้น ก่อนที่จะตั้งครรภ์ มาตรวัดที่มีหมูโลหิต Rh negative ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อเตรียมการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายแก่胎児ในครรภ์ได้

2.5 มีเลือดออกทางช่องคลอดระหว่างตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้เกิดการแท้งได้

2.6 มีก้อนในอุ้งเชิงกรานระหว่างตั้งครรภ์

2.7 มีความดันโลหิตได้แอสโตรลิก (diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg หรือมีความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg

นอกเหนือไปจากนี้ ยังประเมินความเครียด (ST-5) คัดกรองซีมเคร้า (2Q plus) และประเมินการตี่มสุรา รายละเอียดในบทที่ 3 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

### 3. ประวัติทางอายุรกรรม หรือสภาวะสุขภาพทั่วไป (General conditions)

3.1 โรคโลหิตจาง (anemia)

3.2 โรคไต (kidney disease)

3.3 โรคหัวใจ (heart disease)

3.4 การติดยาเสพติด (drug addiction) ติดสุรา (alcohol addiction)

3.5 การสูบบุหรี่ / คนเกลี้ยดสูบบุหรี่ (smoking)

3.6 โรคทางจิตเวช

3.7 โรคอยุรกรรมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน (diabetes) ชนิดต้องพึ่งพาอินซูลิน (Insulin dependence) โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (hyperthyroid / hypothyroid / thyroid toxicity) ภาระแพ้ภูมิtanเอง (systemic lupus erythematosus; SLE) โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia) โรคลมشك (epilepsy) โรควัณโรค (tuberculosis) การติดเชื้อ (infection) โรคเออดส์ (acquired immunodeficiency syndrome; AIDS) หรือภาระป่วยขั้นสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

(human Immunodeficiency virus; HIV) โรคความโรคหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) และโรคหรือพำนิหารไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus) เป็นต้น ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าหามูงตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับการส่งต่อ เพื่อได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์เฉพาะทาง

#### 4. กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ การพยาบาลมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (process of obstetric risk assessment and nursing care in the preconception, pregnancy, intrapartum, and postpartum periods)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (obstetric risk assessment process) เป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ระบบปฎิจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในทุกระยะ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) ทั้งในเชิงกายภาพ จิตใจ และสังคม แนวคิดของกระบวนการนี้สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล (assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation) โดยมุ่งเน้นให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) และต่อเนื่อง (continuity of care) จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงภาวะสุขภาพ ช่วงอายุ โรครวมหรือภาวะเสี่ยงต่าง ๆ รวมถึงต้องให้ครอบคลุมระบบการส่งต่อการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตรีภูมิ โดยเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยง กำหนดเป้าหมาย วางแผนใช้เทคโนโลยีติดตามเป็นระยะ และประเมินผลร่วมกัน ตลอดจนมีช่องทางในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนได้อย่างง่าย เพื่อผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562) โดยมีขั้นตอน WHO (2016); ACOG (2025) ดังนี้

##### 4.1 ขั้นตอนของกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (steps of obstetric risk assessment process)

กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนหลัก โดยพัฒนามาจาก แนวทางการดูแลก่อนคลอด (Antenatal Care Guidelines) และ แนวคิดการ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ประเมินความเสี่ยง (Risk Screening) จากหลักหน่วยงาน ได้แก่ WHO, 2016; ACOG, 2025, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ดังตารางต่อไปนี้

### ตารางที่ 1.2 ขั้นตอนของกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม (process of obstetric risk assessment)

ขั้นตอน (Steps)	รายละเอียด (description)	ตัวอย่างข้อมูลที่ใช้ประเมิน (examples of assessment data)
1. การรวบรวมข้อมูล (data collection)	พยาบาลร่วบรวมข้อมูลจากhistory taking ทั้งจากการซักประวัติ (history taking) การตรวจร่างกาย (physical examination) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory results) และการสังเกตพฤติกรรม (observation)	อายุมารดา ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ โรคประจำตัว การใช้ยา การใช้สารเเพติด สภาพจิตใจ และความล้มเหลวในครอปครัว
2. การระบุปัจจัยเสี่ยง (identification of risk factors)	วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อมารดาและทารก โดยอ้างอิงแนวทางจาก WHO, ACOG และกรมอนามัย	ภาวะโลหิตจาง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะขาดสารอาหาร หรืออายุครรภ์ไม่เหมาะสม
3. การจัดระดับความเสี่ยง (risk classification)	จำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงออกเป็นระดับต่าง ๆ เพื่อกำหนดแนวทางการดูแล เช่น เสี่ยงต่ำ (low risk) เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) และเสี่ยงสูง (high risk)	การตั้งครรภ์แรก = เสี่ยงปานกลาง ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ = เสี่ยงสูง
4. การวางแผนการพยาบาล (nursing care planning)	จัดทำแผนการพยาบาลเฉพาะราย โดยเน้นการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (preventive and surveillance care)	วางแผนติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ปรับโภชนาการ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และนัดตรวจติดตาม
5. การติดตามและประเมินผล (follow-up and evaluation)	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก และปรับแผนการพยาบาลตามผลที่ได้รับ	การลดระดับความเสี่ยง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การปรับตัวของมารดาดีขึ้น และสุขภาพทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

## 4.2 การประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงในแต่ละระยะ (application of risk assessment in each period)

แนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป้าหมายการดูแลสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ในระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และส่วนที่ 2 การป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม รายละเอียดดังต่อไปนี้

### 4.2.1 เป้าหมายการดูแลสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ในระยะต่าง ๆ

1) ระยะก่อนตั้งครรภ์ เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงล่วงหน้า เช่น โรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ประวัติการแท้ง และการให้ความรู้และตระหนักรถึงความสำคัญในเรื่องการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคที่ถ่ายทอดไปยังทารกในครรภ์ เน้นการส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมที่จะเป็นมารดา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพดียอมรับผลดีต่อสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และมีโอกาสคลอดปกติด้วย โดยใช้หลักการของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (preconception care) เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

2) ระยะตั้งครรภ์ เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ มุ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตใจ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนักตัว การเคลื่อนไหวของทารก ความวิตกกังวลของมารดา การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรงตลอดระยะของการตั้งครรภ์ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขภาวะผิดปกติให้เร็วที่สุด

3) ระยะคลอด เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ ทารกเกิดปลอด มารดาคลอดอย่างปลอดภัย โดยแนะนำการปฏิบัติตัวของมารดาในระยะคลอด ดูแลประเมินความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labor) การตอบสนองของมารดาต่อความเจ็บปวด การเต้นของหัวใจทารก (fetal heart rate monitoring) และการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉิน

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ทางสูติกรรม ให้มาตราสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม สามารถเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธี การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีนูกเลือด เจ็บครรภ์ ถุงน้ำคร่าแตก การดีนของทารกในครรภ์ และการมีไข้ เป็นต้น ควรเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มาตรามั่นใจในความปลอดภัยและคลายความวิตกกังวล ส่งผลให้การคลอดดำเนินไปได้อย่างปกติ

4) ระยะหลังคลอด เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมาตราและทารกหลังคลอด สำหรับมาตราหลังคลอดที่พบอยได้แก่ การหัดดัดตัวของมดลูกไม่ดี แผลผิวชาด ตกเลือดระหว่างคลอดหรือหลังคลอด ความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ การติดเชื้อ การให้นมบุตร การปรับตัวของมาตรา และการฟื้นตัวส่วนทารกแรกเกิดต้องเฝ้าระวังเรื่องการหายใจ การดูดและการได้รับนมแม่ และการขับถ่ายโดยในช่วง 12-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ให้มาตราสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและลูก เช่น การตกเลือด อาการซึมไม่ดูดนม ไม่ขับถ่าย และการมีไข้ เป็นต้น ซึ่งตามนโยบายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาตราหลังคลอดควรได้รับการดูแลจากแพทย์หรือพยาบาล โดยให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม จนกระทั่งกลับบ้าน โดยทั่วไปกรณีคลอดปกติจะใช้เวลาประมาณ 72 ชั่วโมง (3 วัน) หรือมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมด้วย รวมถึงการส่งตัวไปยังสถานบริการหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงและให้การดูแลหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เป็นการบริการเชิงรุกที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ลดลงเรื่อยๆ เมื่อกลับบ้าน ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ต้องสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) และความมุ่งมั่นตั้งใจ (Intention) โดยเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งใน 6 ประเด็น ได้แก่ การเพิ่มทักษะใหม่ ความมั่นใจและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ สร้างการมีส่วนร่วม ความเป็นเจ้าของ ความเป็นหุ้นส่วนระดับหน่วยงานและองค์กร พัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น (ชญาดา เนตร์ภรรจาง, 2564)

#### 4.2.2 การป้องกันภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม

การดูแลตนของก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเสี่ยง มีความสำคัญอย่างมากต่อความปลอดภัยของมาตราและทารกในครรภ์ การใส่ใจในสุขภาพจะช่วยให้สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างมีความสุขและทำให้ทารกมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง อย่างไรก็ตามวิธีการดูแลตัวเองอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะที่เป็น ดังนั้นควรปรึกษา

แพทย์และพยาบาลถึงวิธีการที่เหมาะสม โดยมีคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ คู่สามีภรรยาควรปรึกษาภักนี้ในช่วงของการวางแผนเพื่อมีบุตรร่วมกันถึงเรื่องที่วิตกกังวลอยู่ เช่น การมีบุตรจะส่งผลกระทบอย่างไรกับความสัมพันธ์ ฐานะการเงิน และอาชีพการทำงานของทั้งคู่ โรคที่อาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือการรับมือกับความกดดันทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ โดยการตรวจสุขภาพทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย การเน้นไปที่ปัญหาสุขภาพ ให้รักษาหรือควบคุมโรคก่อนที่จะวางแผนตั้งครรภ์ต่อไป

2) การดูสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และดูแลสุขภาพต่อไป

3) การประเมินน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ เพื่อคุณภาพความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินภาวะความอ้วนและผอม หรือการประมาณระดับไขมันในร่างกายของผู้ใหญ่ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป การคำนวณดัชนีมวลกายแม้ไม่ใช่การวัดโดยตรงแต่ก็เป็นตัวชี้วัดไขมันในร่างกายที่ค่อนข้างเชื่อถือได้สำหรับคนส่วนใหญ่ ค่า BMI สามารถใช้บ่งบอกความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมไปถึงมะเร็งบางชนิด ได้อีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามค่า BMI เป็นแค่การคำนวณเบื้องต้นเท่านั้น เนื่องจากจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ มาประกอบด้วย ทั้งเรื่องของพันธุกรรม ปริมาณกال้ามเนื้อ พฤติกรรมการรับประทาน การใช้ชีวิต การออกกำลังกาย และอื่น ๆ แต่เนื่องจากดัชนีมวลกายมีวิธีคำนวณที่ง่าย จึงทำให้ทุกคนสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเองจากการมีปริมาณไขมันในร่างกายเกินได้ สามารถทำได้โดยการซึ่งน้ำหนักตัวเป็น กิโลกรัม (kg) และวัดส่วนสูงเป็นเมตร (m) หรือ เซนติเมตร (cm) หารด้วย 100 และจึงคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยใช้สูตรคือ น้ำหนักตัว (kg) / ส่วนสูงยกกำลังสอง (m<sup>2</sup>) ค่า BMI ที่ได้ เช่น ความสูง 158 ซม. น้ำหนัก 45 กก. สามารถคำนวณได้เป็น

$$\text{BMI} = 45 \div (1.58 \times 1.58)$$

$$= 18.03 \text{ หรือ } 18.0$$

แปลความหมายได้ว่า ผอมเกินไป น้ำหนักน้อยกว่าปกติ อาจเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอ เป็นต้น โดยค่า BMI อื่น ๆ สามารถถูกการแปลความหมายได้ ดังตารางที่ 1.3 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### ตารางที่ 1.3 ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) และการแปลความหมาย

	ค่า BMI	ความหมาย
	น้อยกว่า 18.5	ผอม หรือ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ หากเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอ สร้างภัยอ่อนเพลีย ได้ด้วย หรือเป็นโรคขาดสารอาหาร การรับประทานอาหารให้เพียงพอ ครบ 5 หมู ในสัดส่วนที่พอเหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อ สามารถช่วยเพิ่มค่า BMI ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้
	18.5 ถึง 22.9	น้ำหนักปกติ ร่างกายสมส่วน เป็นน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับคนไทยคือ ค่า BMI ระหว่าง 18.5–22.9 จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ห่างไกลโรคที่เกิดจากความอ้วน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ น้อยที่สุด แนะนำให้ควบคุมระดับค่า BMI ให้อยู่ในระดับนี้จะดีที่สุด และแนะนำให้ตรวจสุขภาพทุกปี
	มากกว่า 23 ถึง 24.9	ภาวะน้ำหนักเกิน เริ่มอ้วน โรคอ้วนระดับที่หนึ่ง ถึงแม้จะไม่ถึงเกณฑ์ที่เรียกว่า อ้วนมาก แต่ก็เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มากับความอ้วนได้ เช่น กัน ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ควรปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เริ่มออกกำลังกาย และตรวจสุขภาพทุกปี
	มากกว่า 25.0 ถึง 29.9	อ้วน หรือโรคอ้วนระดับที่สอง เป็นน้ำหนักที่ค่อนข้างอันตราย เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่แฝงมากับความอ้วน ค่า BMI อยู่ในระดับนี้ จะต้องปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ควรไปตรวจสุขภาพและปรึกษาแพทย์
	มากกว่า 30.0	อ้วนอันตราย หรือโรคอ้วนระดับที่สาม เป็นน้ำหนักที่อันตรายมาก แล้ว มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเกิดโรคร้ายแรงที่แฝงมากับความอ้วน ทั้งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ควรไปตรวจสุขภาพและปรึกษาแพทย์ทันทีเพื่อหารือแก้ไข

หมายเหตุ ค่า BMI จากโปรแกรมคำนวณนี้ เป็นค่าสำหรับชาวเอเชียและคนไทย ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละเชื้อชาติ ดังนั้น คำแนะนำสำหรับผู้หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์ มีดังนี้

ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ อาจต้องเพิ่มน้ำหนักเล็กน้อย เพราะน้ำหนักที่น้อยเกินไปอาจส่งผลให้การตอกไข่ชะงักได้ เนื่องจากไขมันในร่างกายมีน้อยเกินไป

ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวปกติ ควบคุมน้ำหนักให้คงที่ เพราะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งมารดา และทารกในครรภ์

ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวมากหรือน้ำหนักเกิน จะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าปกติ ควรลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายและควบคุมอาหารตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ โดยการทำแบบค่อยเป็นค่อยไป เพราะการลดน้ำหนักอย่างหักโหมส่งผลกระทบต่อการตอกไข่ เช่นกัน ทั้งยังทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายด้วย

4) การพอนคลาย พักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากภาวะเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การตั้งครรภ์ยากขึ้น อาจเกิดภาวะมีบุตรยากได้ ควรปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความเครียด หรือเข้ารับบริการการให้คำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล

5) การออกกำลังกาย เช่น การว่ายน้ำ การเดิน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพส่วนใหญ่เห็นว่ามีความปลอดภัยสูงตระเวนที่ไม่หักโหมเกินไป ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

6) การรับประทานกรดโฟลิก (folic acid) ล่วงหน้า 2-3 เดือน ก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันความผิดปกติในทารก เช่น ปากแหว่งเพดานโหร หลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defects; NTD<sub>S</sub>) ซึ่งกรดโฟลิกจะช่วยลดความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิดได้ WHO แนะนำให้รับประทานกรดโฟลิก 400 ไมโครกรัม (0.4 มิลลิกรัม) ทุกวัน เป็นเวลา 3 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ และ 3 เดือนหลังการตั้งครรภ์ ซึ่งแพทย์อาจให้ปริมาณที่สูงกว่านี้ในกรณีที่ครอบครัวมีประวัติความผิดปกติหลอดประสาทไม่ปิด (NTD<sub>S</sub>) ซึ่งเป็นความผิดปกติของระบบประสาท ส่วนกลางและไขสันหลัง หรือบุตรที่เกิดก่อนหน้านี้มีความผิดปกติของหลอดประสาท หรือกำลังรับประทานยาเพื่อรักษาโรคเบาหวานและโรคลมชัก เป็นต้น

7) การแจ้งประวัติส่วนตัว ประวัติโรคที่เป็น ให้แพทย์ทราบอย่างละเอียด เพื่อวางแผนการดูแลรักษา และมาพบแพทย์เป็นระยะตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ควรควบคุมอาหารและออกกำลังกาย โดยปรึกษาแพทย์ถึงการออกกำลังกายที่ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ และจะเลือดปลายนิ้วตรวจนิติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562)
  - กรณีมีความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนตั้งครรภ์ และทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ต้องวัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ และซังน้ำหนัง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์
- 8) แจ้งขออนุญาตการรับประทานยา รวมถึงวิตามิน อาหารเสริม โดยเฉพาะอาหารเสริมประเภทสมุนไพร
- 9) การได้รับวัคซีนที่จำเป็นครบถ้วนและถูกต้อง
- 10) หลีกเลี่ยงการเดินทางหรือการทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ได้
- 11) หลีกเลี่ยงการสัมผัสรับสารพิษ สารเคมี หรือพาหะนำโรค รวมถึงอุจจาระแมวและอุจจาระหนอน เป็นต้น
- 12) พบแพทย์เพื่อตรวจหาความผิดปกติและทำการรักษา อาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดศีรษะบ่อย จุกเสียดแน่นท้อง ขนาดท้องเล็กหรือใหญ่กว่าปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น
- 13) ได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ (multidisciplinary) ได้แก่ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์หรือพยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักลังคอมสูงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการตั้งครรภ์และภาวะครรภ์เลี่ยงสูง และที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือของทั้งผู้ตั้งครรภ์ ครอบครัว และชุมชน (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์และพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีส่วนร่วมและหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสมรรถนะที่ 2 ปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างมีจริยธรรม ตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้
- การให้ความรู้ และให้การปรึกษาครอบครัวในการวางแผนครอบครัว และการเตรียมตัวเป็นบิดา มารดา และการดูแลตนเองของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์

- การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และทารก ตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด
- การรับฝากรครรภ์ คัดกรอง และส่งต่อในรายผิดปกติ และประยุกต์หลักการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์
- การดูแลมารดาและทารกปกติ มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีภาวะฉุกเฉิน

#### 4.3 การบูรณาการการประเมินภาวะเสี่ยงกับกระบวนการพยาบาล (integration with the nursing process)

พยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกรอบในการประเมินภาวะเสี่ยง โดย

1. ใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินเพื่อตั้งข้อกันใจด้วยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)
2. กำหนดเป้าหมายการพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง (goal setting)
3. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ (nursing implementation)
4. ประเมินผลพัฒนาของ การดูแลและปรับแผนให้เหมาะสม (evaluation and modification)

กระบวนการดังกล่าวช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพมารดาและทารก

#### 5. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (case example of obstetric risk assessment)

##### กรณีศึกษาที่ 1 (case study I)

นางสาว กอ โชคดี อายุ 19 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ มาฝากรครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน พบร้ามีความดันโลหิต 148/92 มม.พรอท (mmHg) ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 1+ มีอาการบวมเล็กน้อยที่ขาและเท้า น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์ มารดา มีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย ( $Hb 10.2 \text{ g/dL}$ ) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น แต่มีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับการคลอดและสุขภาพของทารกในครรภ์

## การวิเคราะห์ตามกระบวนการพยาบาล (application of the nursing process)

### 1. การประเมิน (assessment)

พยาบาลสำรวจข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากประวัติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ

- **ข้อมูลส่วนบุคคล:** หญิงอายุ 19 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 30 สัปดาห์
- **อาการสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง มีโปรตีนในปัสสาวะ 1+ และ 蛋白尿
- **ข้อมูลจากการซักประวัติ:** ไม่มีโรคประจำตัว รับประทานอาหารไม่ครบหมู่ นอนพักผ่อนน้อย
- **ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:** Hb 10.2 g/dL, Urine protein 1+
- **สภาพจิตใจ:** มีความวิตกกังวลและกลัวการคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น: หญิงตั้งครรภ์รายนี้จัดอยู่ในกลุ่ม “ความเสี่ยงสูง” (high-risk pregnancy) เนื่องจากมีอาการเข้าข่ายภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ระดับเริ่มต้น

### 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (risk for maternal complications related to hypertensive disorders of pregnancy)
2. เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (risk for fetal distress related to placental insufficiency)
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด (anxiety related to fear of unknown labor outcomes)

### 3. การวางแผนการพยาบาล (nursing care planning)

#### เป้าหมาย (goals):

- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ไม่เกิน 140/90 mmHg
- ป้องกันการเกิดภาวะซักหรือภาวะแทรกซ้อนจากครรภ์เป็นพิษ
- ลดความวิตกกังวลของมารดา และส่งเสริมการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์

### กิจกรรมการพยาบาล (nursing interventions):

1. เฝ้าระวังความดันโลหิตและอาการบวมทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
2. ให้คำแนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารเต็ม และติดตามน้ำหนักตัวทุกวัน
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณอันตรายของภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่
4. ประเมินสุขภาพทารกโดยการฟังเสียงหัวใจทารก (fetal heart sound) และติดตามการเต้นของทารก
5. ให้การสนับสนุนทางจิตใจ โดยให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

### 4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

พยาบาลดำเนินกิจกรรมตามแผนการพยาบาลร่วมกับทีมแพทย์跨科系 (multidisciplinary Team) ได้แก่

- ประธานสูติแพทย์ในการปรับแผนการรักษาและพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drugs)
- ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับโปรตีนในปัสสาวะและเอนไซม์ตับ
- สงเสริมการพักผ่อน และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ
- จัดกิจกรรมสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

### 5. การประเมินผล (evaluation)

หลังการดูแลเป็นเวลา 2 สัปดาห์

- ความดันโลหิตลดลงเหลือ 130/85 mmHg
- ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น
- มารดาอกรากสีกลบaway มากขึ้น เข้าใจวิธีดูแลตนเองและสังเกตสัญญาณอันตรายได้
- ทารกมีการเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ เสียงหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

### สรุปผลการพยาบาล:

อะไร์ตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลเชิงรุก (proactive nursing approach) ซึ่งช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะวิตกกังวล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ:** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## การอภิปราย (discussion)

กรณีศึกษานี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตรวจพับและจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก (WHO, 2023b; ACOG, 2024)

นอกจากนี้ การบูรณาการด้านจิตสังคม (psychosocial integration) เช่น การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาลเนื่องจากช่วยให้มารดา มีความร่วมมือและปรับตัวได้ดีขึ้น

## กรณีศึกษาที่ 2 (case study II)

หญิงไทย อายุ 25 ปี สมรสกับชายไทย อายุ 27 ปี มาขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมอย่างไรบ้าง

### แนวคิดตอบ:

ระยะก่อนตั้งครรภ์ เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การให้ความรู้และสร้างหนังสือถึงความสำคัญในเรื่องการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่นการส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้มีความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมที่จะเป็นมารดา ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพดียอมรับผลดีต่อสุขภาพในระยะตั้งครรภ์รวมถึงการดูแลตัวเองในครรภ์ และมีโอกาสลดปัจจัยด้วย โดยใช้หลักการของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (preconception care) หรือการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพดีไป โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

### การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและร่างกายก่อนตั้งครรภ์

- การผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความกลัว
- การนอนหลับให้เพียงพอ วันละ 7-8 ชั่วโมง
- รับประทานกรดโฟลิก (folic acid) ล่วงหน้า 2-3 เดือน ก่อนการตั้งครรภ์
- งดสูบบุหรี่ งดต้มแออัดกอนซอร์ และงดใช้สารเ驶พติดทุกชนิด
- การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์
- ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

7. แจ้งประวัติส่วนตัว โรคประจำตัว โรคทางพันธุกรรม โรคทางอายุรกรรม
  8. แจ้งข้อมูลการรับประทานยา
  9. การไดร์บวัคซีน
  10. พบแพทย์เพื่อตรวจหาความผิดปกติและทำการรักษา

## บทสรุป (chapter summary)

ปัจจุบันปัญหาภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรุนแรงที่ต้องการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไข้หวัดใหญ่ ไข้เณร ไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุทางชีวภาพ เช่น การขาดออกซิเจน การขาดน้ำ สารพิษในร่างกาย ฯลฯ สาเหตุทางชีวภาพนี้มักจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายไม่สามารถปรับตัวกับสภาพแวดล้อมภายนอกได้ หรือไม่สามารถรักษาสมดุลของสารในร่างกายได้ สาเหตุทางชีวภาพนี้อาจเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กและเยาวชน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

บทที่ 1 ได้สรุปองค์ความรู้สำคัญของภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดาและหารักครรภ์คลุมตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลที่มีคุณภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เนื้อหาในบทนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมจำเป็นต้องใช้แนวคิดแบบองค์รวม (holistic and multidimensional assessment) ซึ่งคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงหลากหลายประเภท ตั้งแต่ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยพัฒนาระบบที่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ รายได้ การศึกษา ความรุนแรงในครอบครัว และปัจจัยด้านระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าถึงบริการฝากครรภ์และคุณภาพบริการ เป็นตน (WHO, 2023b; กองอนามัยมารดาและทารกกรมอนามัย, 2566)

การประเมินภาระเสี่ยงทางสุขภาพรุ่ม : การพยายามลดภาระในระยะอนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด และหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูลและการจำแนกgradeตามความเสี่ยง (risk stratification) เป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย เช่น การให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ (preconception counselling) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior modification) การตรวจคัดกรองเฉพาะโรค (screening tests) รวมถึงการส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงไปยังแพทย์เฉพาะทางหรือสถานบริการที่พร้อมรองรับการดูแลความเสี่ยงสูง (ACOG, 2024; Lowdermilk et al., 2023)

บทนี้ยังได้สรุปถึงความท้าทายเชิงระบบ เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี การตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การวางแผนบริการที่เชื่อมต่อระหว่างระดับปฐมภูมิ–ทุติยภูมิ–ตรติยภูมิ จึงเป็นวิธีสำคัญในการลดช่องว่างด้านคุณภาพการบริการ (Dean et al., 2020)

ท้ายที่สุด บทสรุปชี้ให้เห็นว่า การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการค้นหาปัญหา แต่เป็นกระบวนการคาดการณ์ ป้องกัน และลดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ของมาตราและหารากซึ่งเป็นพื้นฐานของการพยาบาลมาตราและหารากในทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวางแผนการดูแลในบทต่อไปของตำรา ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดของการดูแลเฉพาะระยะตามลำดับอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติเชิงประจำปัจจุบัน

ดังนั้น บทนี้จึงถือเป็นรากฐานสำคัญของตำรา ที่จะนำไปสู่การเข้าใจการพยาบาลในระยะต่อไป คือบทที่ 2 ซึ่งมุ่งเน้น “การประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์” (preconception care)

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *Know Your Numbers & Know Your Risks* รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. กมลพิพิธ วิจิตรสุนทรกุล และคณะ (กองบรรณาธิการ). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์. ISBN (E-book) : 978-616-11-4473-9.  
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กองงบประมาณศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2565 Public Health Statistics A.D.2022*. ISSN 0857-3093.
- กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย.
- ชญาดา เนตร์กระจาง. (2562). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปักเกล้า, 36(2), 168–177.
- ชญาดา เนตร์กระจาง. (2564). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการเลี้ยงลูกด้วยนมโดยครอบครัวและชุมชน. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปักเกล้า, 38(2). 214 –223.
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (บรรณาธิการ). (2566). *การพยาบาลสุติศาสตร์: ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุนันทา ยังวนิชศรีழุ; วรางคณา ชี้เวช; สุรีย์พร กฤษเจริญ และเบญญาภา ชิติมาพงษ์. (2562). *การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1) Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบบริการข้อมูลสถิติชีพประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข. <https://vitalstat.moph.go.th/>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย. กรมอนามัย

- องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. (2566). รายงานการสำรวจ  
สถานการณ์เด็กและผู้หญิงในประเทศไทย 12 จังหวัด พ.ศ.2565. องค์การยูนิเซฟ  
ประเทศไทย, กรุงเทพ. <https://www.unicef.org/thailand/th/> (เอกสารเผยแพร่)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021 a). Levels of maternal care:  
Obstetric care consensus no. 9. *Obstetrics & Gynecology*, 138(1), 141–157.  
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004442>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2022). Guidelines for perinatal care  
(8th ed.). ACOG.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey,  
B. M., & Sheffield, J. S. (2022). Williams Obstetrics (27th ed.). McGraw–Hill Education.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2020). *Preconception care: Closing  
the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn,  
and child health*. Reproductive Health, 11(Suppl 3), S1–S8.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine.  
*Science*, 196(4286), 129–136.
- Gordon, M. (2017). *Nursing Diagnosis: Process and Application* (6th ed.). Elsevier.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*  
(3rd ed.). McGraw–Hill.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2020).  
*Maternity & women's health care* (12th ed.). Elsevier.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2023). *Maternity & Women's  
Health Care* (14th ed.). Elsevier.
- National Institute of Child Health and Human Development. (2023). *What factors make a  
pregnancy high risk?* U.S. Department of Health & Human Services.  
<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/high-risk>
- Pillitteri, A. (2021). *Maternal and Child Health Nursing: Care of the Childbearing and  
Childrearing Family* (8th ed.). Wolters Kluwer.

---

Assessment of Obstetric Risk Conditions: Maternal and Newborn Nursing Care  
During the Preconception, Pregnancy, Intrapartum, and Postpartum Periods

Silbert-Flagg, J., & Pillitteri, A. (2018). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (8th ed.). Wolters Kluwer.

World Health Organization. (2002). *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. Geneva.

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/item/9789241549912>

World Health Organization. (2022). *Maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy*. <https://www.who.int/publications/item/9789240046009>.

World Health Organization. (2023a). *Family planning/contraception methods* (5 September 2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

World Health Organization. (2023b). *Improving maternal and newborn health through effective risk assessment and management*. WHO Press.

World Health Organization. (2023c). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>.

World Health Organization. (2024a). *Maternal mortality* (26 April 2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

World Health Organization. (2024b). *Newborn mortality* (14 March 2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>.

World Health Organization. (2024c). *Nursing and midwifery*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

World Health Organization. (2024d). *Reproductive health in the Western Pacific*. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.

# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม และการพยาบาล ในระยะก่อนตั้งครรภ์

## Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care During the Preconception Periods

### บทนำ (introduction)

ระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception period) เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพมารดา และทารก เนื่องจากเป็นช่วงที่สามารถเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ สังคมและสภาพแวดล้อม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (disease prevention) และการเตรียมความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (women of reproductive age) ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์ อย่างปลอดภัย ซึ่งองค์กรอนามัยโลก (WHO) รวมถึงสถาบันวิชาชีพด้านสุติศาสตร์และการพยาบาล เช่น Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และ Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) ยืนยันแล้วว่า การดูแลสุขภาพระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อสุขภาพของมารดา และทารกในทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ (WHO, 2016; CDC, 2024; ACOG, 2024) เนื่องจากเป็นระยะที่สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (modifiable risk factors) และวางแผนสุขภาพสำหรับการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม สร้างให้เกิดความตระหนักรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception obstetric risk assessment) มีบทบาทสำคัญในการระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) เช่น อายุ การมีโรคประจำตัว ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ ภาวะโภชนาการ หรือประวัติภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อน รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior factors) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การนอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคม

และสิ่งแวดล้อม (social and environmental determinants) เช่น ความรุนแรงในครอบครัว ความยากจน การทำงานที่เสี่ยงต่อสารพิษ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) และความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomalies) เป็นต้น ซึ่ง WHO ระบุว่าเป็นสาเหตุหลักของอัตราป่วยและอัตราตายของมารดาและทารกทั่วโลก

การพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception nursing care) เป็นกระบวนการดูแลที่มีความสำคัญต่อการสร้างเสริมศักยภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีเป้าหมายสำคัญในการสนับสนุนหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based information) ผ่านกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตามหลักการของการพยาบาล (nursing process) ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) โดยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการให้คำปรึกษา (counseling) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior modification) การให้ข้อมูลด้านโภชนาการ การแนะนำให้ได้รับกรดโฟเลิก (folic acid supplementation) การควบคุมน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรม ตลอดจนการจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากโรคประจำตัว เช่น เปาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตรอยด์ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยความเสี่ยงสูง (high-risk women) ไปยังสถานบริการสุขภาพระดับที่เหมาะสม ทั้งหมดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลในระยะนี้ ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีผลต่อการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies) การแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นต้น (WHO, 2016; WHO, 2022)

ยิ่งไปกว่านั้น การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ยังเชื่อมโยงกับแนวคิดที่สำคัญ โดยเฉพาะมุมมองทฤษฎีการพัฒนาสุขภาพตามช่วงชีวิต “life-course perspective” ซึ่งชี้ว่า สุขภาพของมารดาและทารกในปัจจุบันเป็นผลลัพธ์ของประสบการณ์ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่สะสมตลอดช่วงชีวิต การดูแลสุขภาพก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นโอกาสสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (health inequities) และเพิ่มโอกาสของผลลัพธ์ที่ดีในระยะตั้งครรภ์

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภาระ** : การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

และหลังคลอด ตลอดจนช่วงลดภาระโรคที่ป้องกันได้ในระยะยาว ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขโดยรวม

เนื้อหาของบทนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยง ในระยะก่อนตั้งครรภ์ สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบบ่อย รวมถึงการเข้มงวดอย่างมุลจาก การประเมินเข้าสู่การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (nursing process) เพื่อให้การดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุม และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับสากล ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในทุกระยะของการเจริญพันธุ์ พร้อมตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยง การพยาบาลหญิงวัยเจริญพันธุ์ และบทสรุป รายละเอียดดังนี้

## 1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception obstetric risk assessment) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการพยาบาลระยะก่อนตั้งครรภ์ตามมาตรฐานของ WHO, ACOG, CDC และตำราการพยาบาลสุส蒂ค่าสตรีสากล ความสำคัญของการประเมินครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการคัดกรอง (screening) การระบุความเสี่ยง (risk identification) การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification) และการวางแผนจัดการความเสี่ยง (risk management) อย่างเป็นระบบ ช่วยให้สามารถสนับสนุนที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ก่อนเกิดการปฏิสนธิ การประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก และส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (WHO, 2023; Dean et al., 2020)

### 1.1 ความหมายของการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ (definition)

การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง กระบวนการร่วม วิเคราะห์ และแปลผลของมูลสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพมารดา ทารก และครอบครัวในอนาคต โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงชีวภาพ จิตใจ

พุติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม Lowdermilk และคณะ (2023) ยชิบายาว่า การประเมินภาวะเสี่ยงควรทำโดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based assessment) และควรดำเนินการในหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคน ไม่เฉพาะผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์เท่านั้น เนื่องจากหลายครั้งของการตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ได้วางแผน ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะเสี่ยง (objectives of risk assessment)

- 1) เพื่อระบุและจำแนกกลุ่มสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง (identify high-risk women)
- 2) เพื่อวางแผนการดูแลและการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล (plan individualized nursing interventions)
- 3) เพื่อเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจสำหรับการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (promote readiness for pregnancy)
- 4) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด (prevent pregnancy and birth complications)
- 5) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ (promote family and community participation)

## 1.3 ประเภทของความเสี่ยง (types of risk factors)

WHO (2023) และ ACOG (2024) จำแนกปัจจัยเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ออกเป็น 5 กลุ่มหลัก ได้แก่

**1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ (biological risks)** ได้แก่ อายุของมารดาตั้งแต่กว่า 17 ปี หรือมากกว่า 34 ปี (นับถึงวันกำหนดคลอด) น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ( $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$ ) หรืออ้วนเกิน ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) การตั้งครรภ์หลายครั้ง เป็นโรคทางอายุรกรรม เช่น โลหิตจาง ( $Hb < 11 \text{ mg/dl}$  หรือ  $Hct < 33\%$ ) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ผิดปกติ (hyper/hypothyroid) โรคหัวใจ โรคไต โรคระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ โรคลูปัส (lupus) หรือโรคแพ้ภูมิโนเรตันเอง (systemic lupus erythematosus: SLE) และกลุ่มอาการต้านฟอสฟอลิปิด (antiphospholipid syndrome: APS) ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ รากເກะຕា หรือการแท้งบุตรได้ (Lowdermilk et al., 2023)

**1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม (behavioral risks)** ได้แก่ การตี่มสุราหรือตี่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่หรือคุกโกลด์ชิดสูบบุหรี่ การนอนหลับไม่เพียงพอ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การรับประทานอาหารไม่ครบหมู่ หรือการไม่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง เช่น ลวนลามพันธุ์กับภาวะมีบุตรยาก การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และความผิดปกติเด็กเนิด เช่น fetal alcohol spectrum disorder (FASD) ได้

**1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม (psychosocial risks)** ได้แก่ ความเครียดสูง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวช ความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อพัฒนาการสุขภาพและการปรับตัวของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ (Pillitteri, 2021) นอกจากนี้ WHO (2022) ยังย้ำว่าปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่สำคัญพยอย กับปัจจัยทางชีวภาพ

**1.3.4 ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม (environmental risks)** ได้แก่ การสัมผัสสารพิษทางอากาศ เช่น ตะกั่ว ปรอท หรือยาฆ่าแมลง การอาศัยในพื้นที่มีมลพิษสูง มีสารก่อมะเร็ง หรือการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น มีความร้อนจัด ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพของเซลล์สืบพันธุ์และพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ เป็นต้น (WHO, 2023)

**1.3.5 ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมและครอบครัว (genetic and familial risks)** ได้แก่ การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย (thalassemia) ดาวน์ซินโดรม (down syndrome) โรคซิสติกไฟบริชิส (cystic fibrosis: CF) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (spinal muscular atrophy: SMA) และกลุ่มโรคพันธุกรรมเมtabolism (Inborn errors of metabolism: IEM) เป็นต้น การตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับกลุ่มนี้

#### 1.4 การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification)

ภายหลังการประเมินข้อมูลทั้งหมด จะจัดระดับความเสี่ยงเป็น 1) ความเสี่ยงต่ำ (low risk) 2) ความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) และ 3) ความเสี่ยงสูง (high risk) เพื่อกำหนดรูปแบบการดูแล การติดตาม และการส่งต่ออย่างเหมาะสม

การจัดระดับความเสี่ยง เป็นกระบวนการกวิเคราะห์เชิงระบบที่นำผลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลรวมกัน เพื่อกำหนดรูปแบบความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์หรือเริ่มตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อรับบุตรที่มีความเสี่ยงต่ำซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานทั่วไป และการตัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือสูงซึ่งต้องมีการติดตามที่เข้มงวดมากขึ้นหรือการส่งต่อไปยังบริการเฉพาะทาง การดำเนินการ

จัดระดับความเสี่ยงที่เป็นระบบช่วยให้ทรัพยากรทางการแพทย์ถูกนำไปใช้ตรงจุด ลดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และสร้างความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างระดับบริการต่างๆ (WHO, 2020; ACOG, 2019; CDC, 2023)

หลักเกณฑ์ทั่วไปในการจัดระดับความเสี่ยง แบ่งเป็นสามระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (low risk) ความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) และความเสี่ยงสูง (high risk) แต่ละระดับกำหนดจากอาการข้อมูลหลายมิติ เช่น อายุมารดา ประวัติการตั้งครรภ์ก่อนหน้า ภาวะโภชนาการ ภาวะโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้หรือไม่ได้ ภาวะทางพันธุกรรม การติดเชื้อที่สำคัญ เช่น HIV HBV syphilis และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่หรือการใช้สารเสพติด โดยทั่วไป ผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม หรือประวัติการตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ และผลตรวจร่างกายและห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ จะจัดเป็นความเสี่ยงต่ำ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการหรือมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เบาหวานที่มี HbA1c สูง ความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด หรือประวัติคลอดก่อนกำหนดซ้ำ จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง ส่วนความเสี่ยงปานกลางอยู่ระหว่างกลุ่มของสองกลุ่มนี้และมักต้องการการติดตามและการปรับแผนการดูแลก่อนตั้งครรภ์เพิ่มเติม (WHO, 2020; AJOG, 2025; recent reviews)

เกณฑ์การจัดระดับความเสี่ยง ในเชิงปฏิบัติ ที่สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของสถานบริการได้

ระดับความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ หญิงที่มีช่วงอายุ 20–34 ปี ไม่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ ประวัติการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้นิ่งและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจร่างกายและห้องปฏิบัติการปกติ และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ การดูแลสำหรับกลุ่มนี้เน้นการให้คำปรึกษาเชิงป้องกัน เช่น การเสริมกรดโฟลิก การส่งเสริมโภชนาการและกิจกรรมทางกาย และการนัดตามตารางมาตรฐานของ ANC หรือการดูแลก่อนตั้งครรภ์ (WHO, 2020; CDC, 2023)

ระดับความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างซึ่งควบคุมได้ เช่น BMI สูงเล็กน้อย (overweight) คาดเดบัน้ำตาลต่ำในช่วง prediabetes มีประวัติคลอดก่อนกำหนดครั้งเดียวและไม่มีภาวะนี้ติดตอกันหรือเรื้อรังหลายครั้ง ตลอดจนมีปัจจัยทางสังคมบางประการ เช่น การเข้าถึงบริการจำกัดในชุมชน ซึ่งแผนการดูแลสำหรับกลุ่มนี้จะเข้มข้นขึ้น โดยมีการติดตาม

บ่อยขึ้น มีการให้คำปรึกษานิเชิงปฏิบัติ และเมื่อจำเป็นจะส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินก่อนการตั้งครรภ์เพิ่ม (CDC, 2023; WHO, 2020)

ระดับความเสี่ยงสูง ได้แก่ หญิงที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อนหรือปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความซุกของภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เบาหวานชนิดที่ต้องควบคุมด้วยอินซูลินและมี HbA1c สูง ความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด ภาวะไตaway ภาวะภาวะไตรอยด์รุนแรง เนื่องจากพันธุกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อทารก ประวัติการคลอดก่อนกำหนดหลายครั้ง หรือการติดเชื้อร้ายแรงที่ยังไม่ได้รับการจัดการ เช่น HIV ที่ไม่ได้รับ ART เป็นต้น ในกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อหรือประสานการดูแลร่วมกับทีมสนับสนุน (maternal-fetal medicine, cardiology, endocrinology, genetics) และมีการวางแผนการตั้งครรภ์ในคลินิกความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์ (ACOG, 2019; AJOG, 2025; WHO, 2020)

แนวทางการดูแลและความถี่ในการติดตาม (ตามระดับความเสี่ยง) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ การดูแลมักเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทั่วไปโดยมีการนัดติดตามเป็นระยะตามแนวทาง ANC ปกติ และการให้คำปรึกษาเพื่อบอกถึง ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ควรมีการนัดติดตามบ่อยขึ้น เช่น ทุก 4–6 สัปดาห์ ก่อนตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลการปรับพัฒนาระบบและการควบคุมโรคเรื้อรัง หากพบว่ามีตัวชี้วัดใดที่เสี่ยงไม่ลดลงให้พิจารณาส่งต่อผู้ที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงควรเข้ารับการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary assessment) และวางแผนการตั้งครรภ์อย่างละเอียดรวมถึงการติดตามใกล้ชิด ก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดย ACOG และเอกสารแนวปฏิบัติหลักสำนักแนะนำให้บุคคลในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงเข้าพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางล่วงหน้าก่อนพยาบาลตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยง และวางแผนการจัดการอย่างรอบคอบ นอกจากนี้ มีข้อบ่งชี้ในการส่งต่อทันที (Referral triggers) เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลไม่ได้แม้ปรับการรักษา การพบโรคหัวใจที่มีความรุนแรงหรืออาการภาวะหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อเฉียบพลันที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยภาวะทางพันธุกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อทารก และภาวะทางระบบประสาทในมารดาที่ต้องการการประเมินเฉพาะทาง ข้อปฏิบัติเหล่านี้ถูกยกขึ้นในแนวทางสากล เพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างทันท่วงทีและมีความปลอดภัย (WHO, 2020; ACOG, 2019)

## 1.5 ขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ (steps of preconception risk assessment)

Lowdermilk และคณะ (2023) และกรมอนามัย (2566) เสนอแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1:** การซักประวัติสุขภาพอย่างละเอียด (comprehensive health history Taking) สามารถค้นหา คัดกรองความผิดปกติได้ หากทราบก่อนการตั้งครรภ์จะสามารถควบคุม ลดภาวะเสี่ยงและความพิการของทารกแต่กำเนิดได้ การซักประวัติประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ประวัติอนามัยเจริญพันธุ์ ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต พฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา และประวัติแพ้ยา-แพ้อาหาร เป็นต้น ประวัติเหล่านี้ จะทำให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาและให้คำแนะนำในการวางแผนการมีบุตรให้ได้ รายละเอียดดังนี้

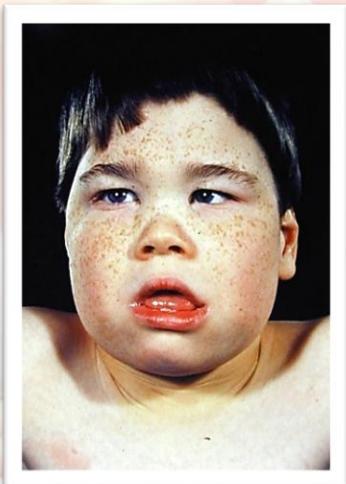
1) ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เช่น โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ความดันโลหิตสูง (hypertension) โลหิตจาง (anemia) และไหรอยด์ผิดปกติ (Thyroid disorders) เป็นต้น

2) ประวัติสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการวินิจฉัย ภาวะเสี่ยงชนิดต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถดูแลรักษาหรือผ่าตัดแก้ไขได้ ก่อนการตั้งครรภ์ ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การมีความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ การมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม (herpes) หนองในแท้ (gonorrhea) หนองในเทียม (chlamydia) ซิฟิลิส (syphilis) พยาธิในช่องคลอด (trichomonas vaginalis) และประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy) การแท้งเป็นอาชีว (habitual abortion) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) และการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นต้น

3) ประวัติครอบครัว เป็นข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม ทั้งที่เกิดจากความผิดปกติบินออกोโนโซมที่เกินหรือขาดหายหรือรูปร่างผิดปกติ และเกิดจากความผิดปกติของโครโนมเพค โรคทางพันธุกรรมที่สำคัญ ได้แก่ โรคชาลล์ซีเมีย กลุ่มอาการดาวน์ โรคซิสติกไฟบริชิส โรคลูดีเมีย และโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโนมในครอบครัว ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์มากกว่าการประเมินเมื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์นั่นตั้งครรภ์แล้วหรือมาฝากครรภ์ครั้งแรก ดังนั้น จึงควรวางแผนให้การดูแลก่อนการตั้งครรภ์ รายละเอียดดังนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.1) โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia) เกิดจากความผิดปกติของยีน (gene) ทำให้กระบวนการสร้างไฮโมโกลบิน (hemoglobin) ในเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่เป็นโรคชาลัสซีเมีย (thalassemia disease) และกลุ่มที่เป็นพาหะโรคชาลัสซีเมีย (thalassemia trait) ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงแตกและถูกทำลายได้ง่าย ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง (Anemia) เรื้อรังตั้งแต่กำเนิดไปจนตลอดชีวิต ไม่สามารถรักษาโรคนี้ให้หายขาดได้ ยกเว้นในกรณีเดียวคือ การปลูกถ่ายเซลล์ตันกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation) หรือที่เรียกว่าการปลูกถ่ายไขกระดูก อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้นเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความเสี่ยงสูงและค่าใช้จ่ายสูง ต้องหาผู้บริจาคที่เข้ากันได้ เช่นพี่น้อง หรือญาสนมคคร ส่วนใหญ่พิจารณาใช้ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคชาลัสซีเมียชนิดรุนแรงและมีผู้บริจาคที่เหมาะสม (รูปที่ 2.1)



**รูปที่ 2.1** โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia): Alpha thalassaemia–mental retardation, X linked  
ที่มา: ดัดแปลงจาก Gibbons (2006). อนุญาตภายใต้: CC BY 4.0.

3.2) กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome) เกิดจากความผิดปกติของ โครโมโซม คู่ที่ 21 เกินมาทั้งโครโมโซมหรือบางส่วน ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ การมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง โดยเกิดจากการแบ่งตัวของโครโมโซมผิดปกติ (nondisjunction) เรียกว่า Trisomy 21 ซึ่งพบร้อยละ 95 ของโรคดาวน์ชนิดรุนแรง ทั้งหมด ส่งผลกระทบต่อความบกพร่องของระบบสติปัญญา มีพัฒนาการล่าช้า ร่างกายและใบหน้ามีลักษณะเฉพาะ คือ กะโหลกศีรษะแบน

ทางตาเฉียงซึ่น ดวงตาเรียกว่า ใบหน้าแบบ ใบหน้าเด็กและพับ ริมฝีปากเปิด ลิ้นให้ญี่บับปาก คอด้าน และมีความผิดปกติของระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย (รูปที่ 2.2)



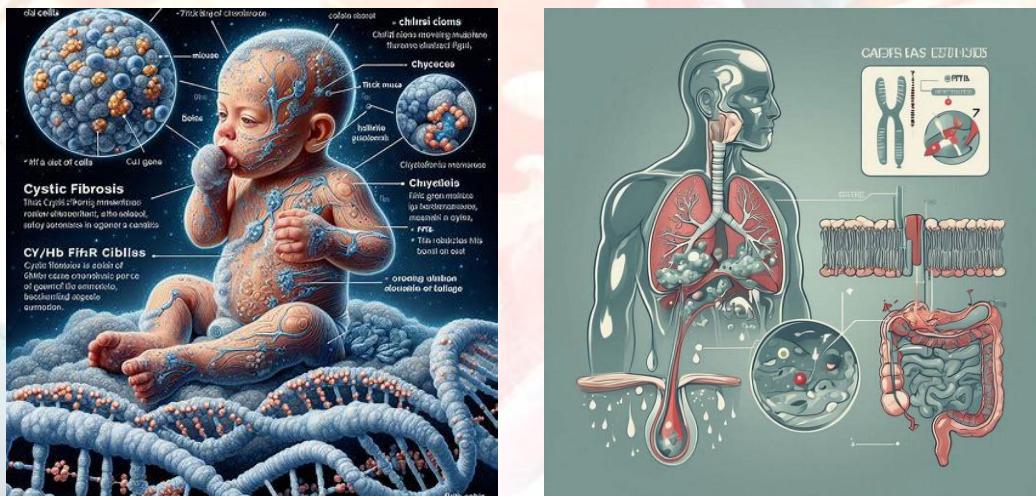
รูปที่ 2.2 กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome): นักกีฬายกน้ำหนักที่เป็นดาวน์ซินโดรม

ที่มา: ดัดแปลงจาก Dudarsky (2015). อนุญาตภายใต้: CC BY-SA 4.0.

3.3) โรคซิสติก ไฟบริซิส (cystic fibrosis: CF) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมบนโครโมโซม คู่ที่ 7 ของยีน cystic fibrosis transmembrane regulator (CFTR) โดยยีนชนิดนี้จะทำหน้าที่สร้างโปรตีนที่ควบคุมการเคลื่อนตัวของเกลือและน้ำที่เข้าและออกจากเซลล์ร่างกาย หากยีนทำงานผิดปกติ ร่างกายจะไม่สามารถควบคุมปริมาณ chloride ที่ผ่านเข้าออกเซลล์ได้ ก่อให้เกิดเมือกข้นเหนียวผิดปกติ และเหื่อที่มีรัสเซ็มมากกว่าปกติ เกิดการอุดตันในหลอดอวัยวะ ส่งผลให้อวัยวะทำงานผิดปกติ ระบบเซลล์เยื่อบุที่ผลิตสารคัดหลังได้แก่ น้ำมูก เหื่อ น้ำย่อย และเยื่อเมือกหนาตัวเกิดการเหนียวและขัน ทำให้เกิดการอุดตันของสารคัดหลังในอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะที่ได้รับผลกระทบ พับบอยด์แก่ ระบบทางเดินหายใจ (ปอด) ระบบทางเดินอาหาร (กระเพาะอาหาร) ตับ ตับอ่อน และลำไส้ ที่สำคัญคือ ระบบทางเดินหายใจ จะพบว่าโรคนี้ ก่อให้เกิดมูกข้นเหนียวในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการแน่นจมูก ไซนัสอักเสบ เสียงหวีดในปอด หายใจลำบาก อาการหอบหืด อาการไอเรื้อรัง เสmenะเหนียวข้น และพบการติดเชื้อในปอดซ้ำ ๆ อาการของระบบทางเดินหายใจรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ ระบบย่อยอาหาร อาจจะมีการดูดซึมสารอาหารไม่สมบูรณ์ และลำไส้อุดตันในทารกแรกเกิด อวัยวะที่สำคัญคือ ตับ (liver) ตับอ่อน (pancreas) โดยเอนไซม์ (enzyme) ขอยไข้มันจากตับอ่อนลดลงมาก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เด็กจะอวนผิดปกติเมื่าวัยรับประทานอาหารได้ตามปกติ เรียกว่า pancreatic insufficiency ซึ่งพบได้บ่อย ทำให้เกิดปัญหาการดูดซึมไขมันจากลำไส้บกพร่อง เด็กจึงขาดวิตามินที่ละลายน้ำในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ (A) ดี (D) คี (E) เค (K) ทำให้อุดจาระของเด็กมันเยิ้ม ห้องอีดจากปริมาณกากในท้อง ลักษณะท้องโป่งขึ้น มีอาการปวดท้องหรืออุกแน่นท้อง โรคนี้ยังมีผลต่อต่อมเหงื่อที่ผิวนัง ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะคือผิวนังเค็ม และในวันที่อากาศร้อน เหงื่อจะออกมาก เกิดการสูญเสียเกลือแร่ออกทางเหงื่อมากผิดปกติ (รูปที่ 2.3)



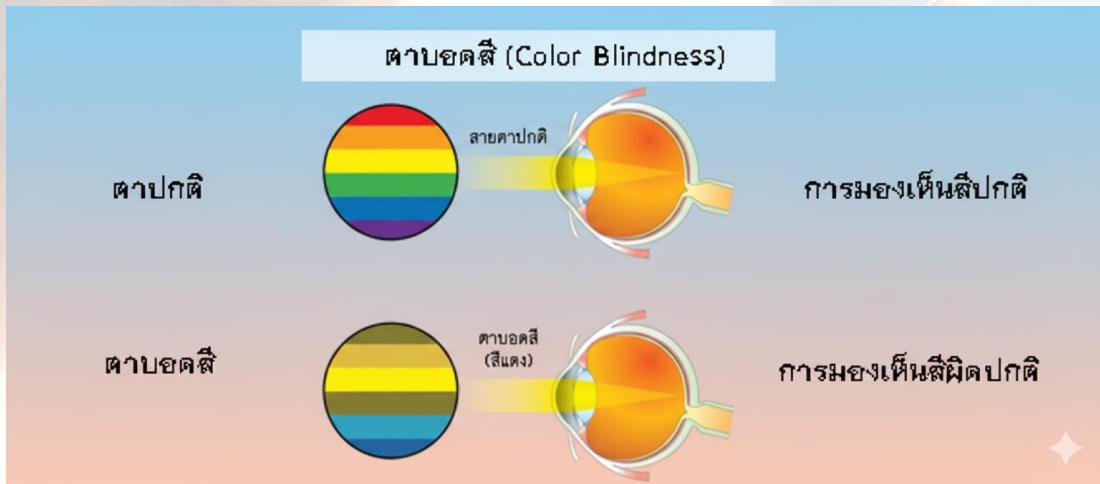
รูปที่ 2.3 โรคซิสติก ไฟบริชิส (cystic fibrosis: CF)

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เนตร์กระจง โดยใช้ Bing Image Creator (2568)

3.4) โรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมในครอปครัว (chromosomal abnormalities) นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการทำงานของร่างกาย เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างหรือจำนวนของโครโมโซม ซึ่งเป็นสารพันธุกรรม ได้แก่

3.4.1) ตาบอดสี (color blindness) เกิดจากความผิดปกติของเม็ดสีและเซลล์รับแสงสีเขียวหรือแดง โดยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างสีเขียวกับสีแดง หรือสีน้ำเงินกับสีเหลืองได้ ถูกควบคุมด้วยยีนบนโครโมโซม X และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-linked recessive จากมารดา ทำให้เพศชายถ้ามีโครโมโซม X ที่ทำให้เกิดตาบอดสี ก็จะแสดงอาการของตาบอดสีออกมา ในขณะที่เพศหญิงถ้ามีโครโมโซม X นี้ผิดปกติหนึ่งหน่วย

จะสามารถมองเห็นได้ปกติ โดยลักษณะอาการตาบอดสี โดยเกิดขึ้นกับดวงตาทั้งสองข้าง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (รูปที่ 2.5)



รูปที่ 2.4 ตาบอดสี (color blindness): เปรียบเทียบการมองเห็นสีระหว่างสายตาปกติและการมองเห็นของคนที่เป็นโรค

ที่มา: ดัดแปลงจาก : NamSilpThai Group (2568) [ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต]

3.4.2) โรคพ้องเอนไซม์ G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency) เป็นโรคที่เกิดจากการขาดเอนไซม์ G6PD ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันการแตกของเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะมีอาการชี้ดีเมื่อได้รับสารบางอย่าง เช่น ยาบางชนิด (ยาปฏิชีวนะ ไนกลูมซัลฟ้า (ไนโตรฟูรันโนหิโน่ (nitrofurantoin) แดปโซน (dapsone) ซัลฟ้า (sulfa) แอสไพริน (aspirin) ยารักษา malaria ( primaquin) ควินอลโอน (quinolone) ยากันชัก ยารักษาโรคหัวใจบางชนิด) อาหารบางอย่าง (พืชตระกูลถั่วโดยเฉพาะถั่วปากอ้า บลูเบอร์รี่ ไวน์แಡง) สารเคมีบางชนิด (สารเดเมในลูกเหม็น การบูร เมนทอล สารหมู) การติดเชื้อต่าง ๆ (เชื้อไวรัส โรคปอดบวม ไข้ไฟฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบเอและบี ไข้เลือดออก ไข้หวัด) รวมทั้งการเป็นโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดกรด เนื่องจากเอนไซม์ G6PD มีหน้าที่สำคัญในกระบวนการเมtabolism ของน้ำตาลกลูโคสเพื่อให้ได้สารกลูตาไธโอน ซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันเม็ดเลือดแดงจากการทำลายของสารอนุมูลอิสระ เป็นตน โรคนี้ถ่ายทอดผ่านโครโมโซม X เช่นเดียวกับโรคตาบอดสี โดยจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากมีความผิดปกติของพันธุกรรมแบบ X-linked recessive โดยยืนของ G6PD อยู่ในโครโมโซม X และเมื่อผู้ชายมีโครโมโซม X เพียง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน และหารisk ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

โครโมโซมเดียว จึงมีความเสี่ยงที่จะแสดงผลการมีสีน G6PD ที่กลาโหมมากกว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD อาจมีอาการตัวเหลืองรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ/หรือระดับบิลิรูบิน (bilirubin) สูงกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ จะมีภาวะชีด เหลืองจากการที่เม็ดเลือดแดงแตกอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักมีม้ามโต อุณหภูมิกายสูงขึ้น ในทางด้านพบร่างกาย ตัวเหลืองที่นานาภูมิ อาจทำให้สมองได้รับความเสียหายได้ และพบปัสสาวะเหลืองเข้ม หรือสีดำเหมือนสีน้ำชาหรือโคล์ค ในรายที่ปัสสาวะน้อยอาจนำไปสู่ภาวะไตวาย เฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การควบคุมสมดุลของสารเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกายเสียไปด้วย โดยเฉพาะการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งมีความรุนแรงมากและมีอันตรายถึงชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ตัวอย่างการรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) ด้วยผ้าห่มแสง เป็นต้น (รูปที่ 2.5)

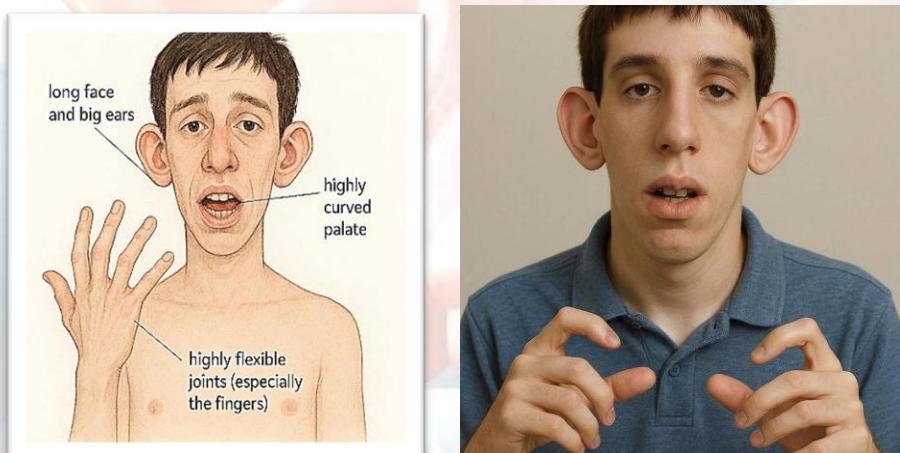


**รูปที่ 2.5 โรคพร่องเอนไซม์ G6PD: ทารกแรกเกิดที่กำลังได้รับการรักษาภาวะตัวเหลืองด้วยผ้าห่มแสง (BiliBlanket phototherapy)**

**ที่มา:** ดัดแปลงจาก Rjmunro (2008). อนุญาตภายใต้ Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0 Unported (CC BY-SA 3.0)

3.4.3) กลุ่มอาการ เฟรเจล์เอ็กซ์ ชินโดรม (fragile X syndrome: fragile X หรือ FXS) โครโมโซมเอกซ์เพรเว เกิดจากความผิดปกติของยีนบนโครโมโซม X เป็นภาวะทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุทางกรรมพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดของออทิสติก โรคสมาธิสั้น และความบกพร่องทางสติปัญญา โรคนี้เกิดขึ้นได้กับทุกเชื้อชาติและวรรณะ และส่งผลกระทบอย่างมากกว่าผู้หญิง โรคนี้เรียกอีกอย่างว่าโรค martin-bell syndrome โดยมีใบหน้ายาว หนูใหญ่

เพดานปากโคง์สูง ข้อต่อมีความยืดหยุ่นสูง (โดยเฉพาะนิ้วมือ) กล้ามเนื้อ่อนแรง และอัณฑะขยายใหญ่ ในวัยแรกรุ่น ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ร้ายแรง ได้แก่ ไส้เลื่อน ข้อบกพร่องทางสายตา การติดเชื้อในหูช้ำ ๆ การพูดและการออกเสียงการเปลี่ยนระดับเสียง น้ำเสียงและความดัง เด็กผู้ชายบางคนอาจพูดติดอย่างอาเจพูดซ้ำกว่าเพื่อนมาก และบางคนอาจไม่สามารถพูดได้เลย IQ อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่สามารถคิด ใช้เหตุผล และเรียนรู้ได้เนื่องจากความสามารถทางสติปัญญาที่จำกัด นอกจากนี้ยังมีอาการซัก และอาการเสียงหัวใจที่ผิดปกติซึ่งสามารถด้วยเครื่องฟัง (stethoscope) ตรวจ เนื่องมาจากการเนื้อเยื่ออเกียพันที่อ่อนแอก ในระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ชายบางคนอาจมีอาการมีสั่นและเดินลำบากเนื่องจากขาดการทรงตัว ผู้หญิงบางคนอาจเกิดภาวะรังไข่ล้มเหลวก่อนวัย (premature ovarian failure: POF) ซึ่งรังไข่จะหยุดทำงานก่อนอายุ 40 ปี ซึ่งหมายความว่าการตั้งครรภ์อาจเป็นเรื่องยาก การหมดประจำเดือนก่อนวัยอันควร ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ผิวแห้ง และ โรคกระดูกพรุน เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สร้างจากรังไข่ (รูปที่ 2.6)



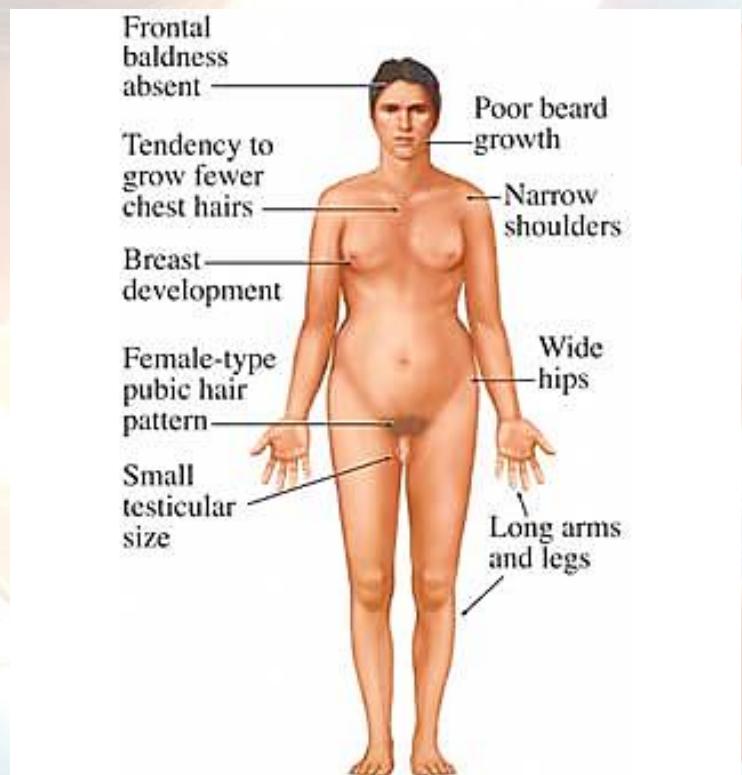
รูปที่ 2.6 เพร์เจล์เอ็กซ์ ชินໂดรอม (fragile X syndrome): อาการทางกายภาพในผู้ป่วย

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เมตรรักษ์ ด้วยใช้ Bing Image Creator, 2568

3.4.4) กลุ่มอาการโคลน์เฟลเตอร์ ชินໂดรอม (klinefelter syndrome) โดยทารกเพศชาย มีโครโนเมโซมเพศ X "เกิน" มา 1 แท่ง ทำให้มีลักษณะโครโนเมโซมเพศแบบ 47, XXY มีการเจริญเติบโตทางร่างกายผิดปกติ เช่น แขนขายาวกว่าปกติ หน้าอกใหญ่ อวัยวะเพศชาย

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

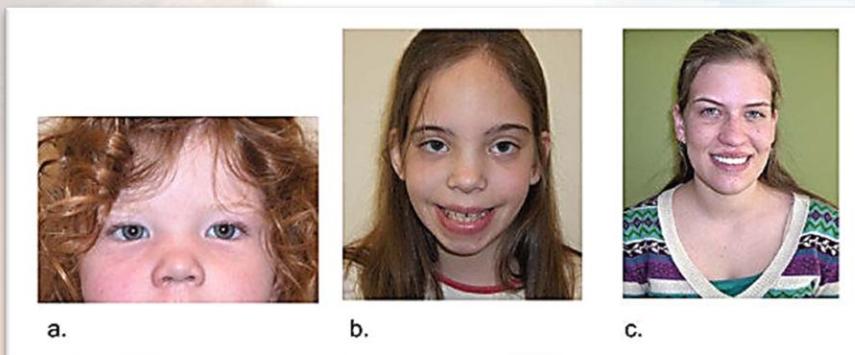
มีขนาดเล็ก อาจมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเข้าสู่วัยเรียน โดยอาการมักไม่ค่อยแสดงในวัยเด็ก แต่จะมีอาการชัดเจนมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (รูปที่ 2.7)



รูปที่ 2.7 ไคลน์เฟลเตอร์ ซินโดรม (Klinefelter Syndrome) ลักษณะทางคลินิก

ที่มา: ดัดแปลงจาก Unknown author (2013). อนุญาตภายใต้: CC BY-SA 3.0 Unported

3.4.5) กลุ่มอาการทริปเปิล เอ็กซ์ ซินโดรม (triple-x syndrome) เรียกอีกอย่างว่า trisomy X หรือ 47, XXX โดยมีโครโมโซม X เพิ่มขึ้นมาจำนวน 1 แท่ง (XXX) ทั้งนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคนี้จะมีส่วนสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยโดยทั่วไป ผิวหนังบริเวณเปลือกตาบานด้านหัวตาพับลงมาปิดหัวตา (รูปที่ 2.8 a) ระยะห่างระหว่างดวงตาทั้งสองข้างกว้างเกินปกติ (รูปที่ 2.8 b) มีอเล็กตีรีไซล์เล็ก มีบุตรยาก และมีความเสี่ยงสูงที่มีความพิการทางสติปัญญาและการพัฒนาทักษะการพูดที่ล่าช้า รวมถึงมีโอกาสพบบัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความผิดปกติด้านอารมณ์ด้วย แต่อาจไม่มีลักษณะพิเศษที่ชัดเจนก็ได้ ((รูปที่ 2.8 c))



**รูปที่ 2.8** ทริปเปลเอ็กซ์ (triple-X syndrome) ลักษณะทางกายภาพ

- (a) Epicanthal folds and hypertelorism in 2 year old girl
- (b) Hypertelorism in 9-year-old girl
- (c) Lack of dysmorphic features in a 19-year-old girl with trisomy X

ที่มา: ดัดแปลงจาก Tartaglia et al. Orphanet Journal of Rare Diseases 2010, 5:8

<http://www.ojrd.com/content/5/1/8> อนุญาตภายใต้: CC BY 4.0

3.4.6) กลุ่มอาการจาค็อบสันโดร์ม (jacob syndrome) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมที่มีผลต่อเพศชาย โดยเพศชายที่พบความผิดปกติดังกล่าว จะมีโครโมโซม 47 แท่ง โดยมีโครโมโซม Y เพิ่มขึ้นมา 1 แท่ง (47, XYY) อัตราการพบนั้นอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 1,000 ของการเกิด ซึ่งความผิดปกติทางกายภาพที่พบมากที่สุดคือความสูงที่เพิ่มขึ้น โดยจะสังเกตุเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่ออายุประมาณ 5 หรือ 6 ปี เด็กชายที่มีอาการโรค XYY มักจะมีสติบัญญากปกติ แต่อาจพบว่ามีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ล่าช้า เช่น พัฒนาการทางด้านภาษา เป็นต้น (รูปที่ 2.9)

Normal



Jacob Syndrome

รูปที่ 2.9 จาค็อบส์ ซินโดรม (Jacob Syndrome): ลักษณะทางกายภาพ

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เนตร์กระจาง โดยใช้ Google LLC (2568)

3.4.7) กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ ชินโดรม (turner syndrome) เกิดจากโครโมโซมเพศหญิง หรือโครโมโซม X "ขาดหาย" ไป 1 แท่ง ทำให้หญิงมีโครโมโซม XO หรือโครโมโซม X อีก 1 แท่งไม่สมบูรณ์ ทารกที่มีภาวะนี้จะมีรูปร่างเดียวกับคอเมี้ยงผิด (Webbed neck) ปลายแขนบางออกอย่างชัดเจน เพดานปากสูงกว่าปกติ โรงพยาบาลอยู่ต่ำกว่าปกติ หนังตาตก ขากรรไกรเล็กและหด หน้าอกกว้างและหัวนมห้อยลงชั่วขณะหักกันมากกว่าปกติ มีความผิดปกติของหัวใจหรือไต มีรังไข่ที่ไม่เจริญ ไม่มีประจำเดือน และอาจเกิดภาวะมีบุตรยากได้ (รูปที่ 2.10)



รูปที่ 2.10 เทอร์เนอร์ ชินโดรม (Turner Syndrome): ลักษณะทางคลินิก คอเมี้ยงผิด และรูปร่างเดียวกับ

ที่มา: ดัดแปลงจาก Otis Historical Archives, National Museum of Health and Medicine (n.d.). ภาพนี้อยู่ในสถานะ: Public Domain.

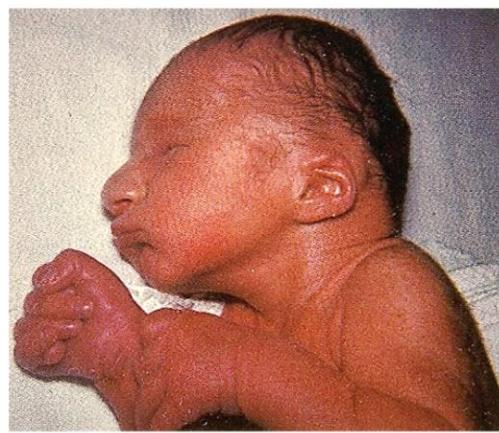
3.4.8) กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด ชินโดร์ม (edward syndrome) เกิดจากโครโมโซมร่างกายคู่ที่ 18 "เกิน" มา 1 แท่ง (trisomy 18) การมีภาวะความผิดปกตินี้ส่งผลกระทบ สุขภาพของทารกอย่างรุนแรง โดยทำให้อวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติหลายระบบ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทั้งระบบประสาท หัวใจ ปอด และอวัยวะภายในอื่น ๆ รวมถึงมีความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโขาว นิ้วติด ใบหน้าต่ำ เท้าบุก เจริญเติบโตช้า มีปัญหาด้านลักษณะบัญญา น้ำหนักต่ำ กว่าเกณฑ์ มักเสียชีวิตก่อนคลอดหรือหลังคลอดไม่นาน (รูปที่ 2.11)



รูปที่ 2.11 เอดเวิร์ด ชินโดร์ม (edward syndrome): ลักษณะทางกายภาพ

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เนตรรักษ์ฯ โดยใช้ Bing Image Creator (2568)

3.4.9) กลุ่มอาการพาทัชันโดร์ม (patau syndrome) เกิดจากโครโมโซมร่างกายคู่ที่ 13 "เกิน" มา 1 แท่ง (trisomy 13) ทารกจะมีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปากแหว่งเพดานโขาว ศีรษะเล็ก หูหนวก ศีรษะเล็ก สมองพิการ พัฒนาการช้า มีตาเมื่องโหว ตาชิดกันหรืออาจจักรามกันเป็นตาเดียว เป็นหนึ่งกลุ่มที่มีอาการร้ายแรง ทารกในกลุ่มอาการนี้ ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังจากคลอดได้ไม่นาน (รูปที่ 2.12)

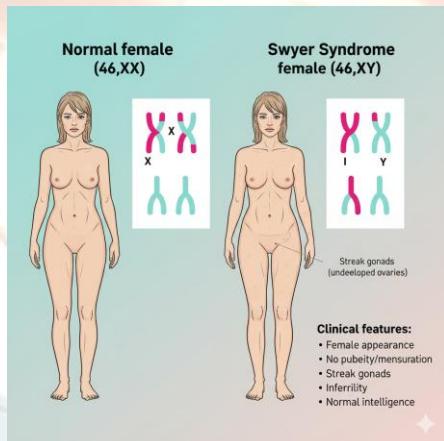


**รูปที่ 2.12** ลักษณะทางคลินิกของทารกที่มีกลุ่มอาการพ้าหัว (Patau Syndrome หรือ Trisomy 13).

ที่มา: ตัดแปลงจาก Otis Historical Archives, National Museum of Health and Medicine (n.d.). ภาพนี้อยู่ในสถานะ: Public Domain.

3.5.10) โรค สไวเออร์ (swyer syndrome หรือ 46, XY pure gonadal dysgenesis) เป็นโภคชนิด (rare genetic condition) เกิดจากการสร้างโครโมโซมเพศชาย (XY) ที่ไม่สามารถพัฒนาอวัยวะสืบพันธุ์ได้ จากความผิดปกติในการพัฒนาของต่อมเพศโดยสมบูรณ์ ทั้งที่จำนวนโครโมโซม Y เป็นปกติโดยการตรวจทางพันธุกรรม (karyotype) มีอุบัติการณ์ 1:80,000 ของการคลอดมีซีพทั้งหมด แต่มีลักษณะทางกายภาพเป็นเพศหญิง (phenotype) บุคคลที่มีความผิดปกตินี้มักจะได้รับการเลี้ยงดูให้เป็นผู้หญิง เนื่องจากลักษณะปกติของ อวัยวะเพศหญิง มีมดลูก และท่อนำไข่ แต่ไม่มีรังไข่หรืออัณฑะที่ทำงานได้สมบูรณ์ เกิดภาวะ มีบุตรยากได้ เนื่องจากไม่มีรังไข่ทำงานจึงไม่มีประจำเดือนและภาวะเจริญพันธุ์ได้ หากไม่ได้รับ ความช่วยเหลือจากการบำบัดด้วยฮอร์โมนทดแทน การบำบัดด้วยฮอร์โมนทดแทนจะช่วยให้ ผู้ที่มีความผิดปกตินี้ สามารถพัฒนาลักษณะทางเพศหญิงได้ เช่น หน้าอกและสะโพกที่ขยาย ใหญ่ขึ้น แต่การตั้งครรภ์จะไม่สามารถทำได้ หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจากวิทยาศาสตร์ การแพทย์ การรับໃยีที่บริจาคและการใช้ IVF สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะนี้ตั้งครรภ์ได้ และ จากการมีเนื้อเยื่อผิดปกติจำนวนมากที่รังไข่หรืออัณฑะในผู้เป็น Swyer syndrome เมื่อเวลา ผ่านไป เนื้อเยื่อเหล่านี้จะกลายเป็นมะเร็ง ทำให้ต้องเอาเนื้อเยื่อออกรหัณฑ์หลังการวินิจฉัย มักจะต้องตัดอวัยวะที่ยังไม่พัฒนาออกเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง การบำบัดด้วยฮอร์โมน

ทดแทนเป็นการรักษาตามมาตรฐานสำหรับกลุ่มอาการ Swyer และการให้คำปรึกษามีความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อปัญหาด้านอัตลักษณ์ทางเพศปรากฏชัดเจน เนื่องจากมีโครงสร้างเพศชายอยู่ด้วย ทำให้บางคนที่มีอาการนี้ รู้สึกสบายใจที่จะระบุตัวเองว่าเป็นผู้ชาย แต่ภายภาคหน้าเป็นเพศหญิง อาจมีการแนะนำการบำบัดทางจิตและการให้คำปรึกษาแก่นักคลินิกและครอบครัว หากตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตเหมือนผู้ชาย สามารถใช้ชื่อร์โมนบำบัดประเภทต่างๆ ได้ และการผ่าตัดก็เป็นไปได้เพื่อทำให้ร่างกายดูเหมือนผู้ชายทั่วไป (รูปที่ 2.13)



รูปที่ 2.13 โรคสวายเออร์ (swyer syndrome)

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เมตรกรະจัง โดยใช้ Google LLC (2568)

3.4.11) ภาวะมีบุตรยาก (infertility) คือ ภาวะทางร่างกายของคู่สมรสที่แต่งงานกันแล้วยังไม่มีบุตร โดยประเมินจากระยะเวลา 1 ปีถึง 1 ปี 6 เดือน มีเพศสัมพันธ์สมำเสมอ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วยังไม่ตั้งครรภ์ ให้สัมภาษณ์เบื้องต้นว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องมีปัญหา คือ ฝ่ายหญิงมีประจำเดือนมาไม่สมำเสมอ ส่วนฝ่ายชายเป็นบัญหาเรื่องเชื้อ子嗣 ผิดปกติ หรือการถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงบริเวณอัณฑะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากบัญหาของฝ่ายหญิง เช่น ไข่ไม่ต่า มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก ทำหมันแล้วมาแก้หมัน มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งโรคที่แก้ได้ยากที่สุด คือ โรคที่เกิดจากพังผืด หรือเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ทำให้การผงตัวของตัวอ่อนไม่แข็งแรง หลุดลอกออกจากม้าเป็นประจำเดือน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (primary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน และการมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

(secondary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเดียวตั้งครรภ์มาก่อน แต่ภายหลังไม่มีการตั้งครรภ์อีก โดยไม่ได้คุณกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสมำเสมอเกินกว่า 1 ปี ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือนับภายหลังสิ้นสุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

**ขั้นตอนที่ 2:** การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (physical and laboratory examination) และการดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค รายละเอียดดังนี้

การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในหญิงวัยเจริญพันธุ์ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถระบุความเสี่ยงที่มีอยู่เดิมหรือความผิดปกติที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดได้อย่างแม่นยำ การประเมินดังกล่าวช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลแบบเฉพาะบุคคล (individualized care) และให้คำปรึกษาเชิงป้องกันล่วงหน้า โดยสอดคล้องกับแนวทางขององค์กรอนามัยโลก (WHO), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ซึ่งเน้นให้การดูแลก่อนตั้งครรภ์เป็นการประเมินแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรมสุขภาพ สังคมและสภาพแวดล้อม

### 1) การตรวจร่างกาย (physical examination)

1.1) การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิ ซึ่งมีความสำคัญในการประเมินโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด หญิงที่มีระดับความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และมีโอกาสที่ทารกในครรภ์จะเกิดภาวะการเจริญเติบโตชาโดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ดี

1.2) การตรวจน้ำหนัก ส่วนสูง และการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นอีกส่วนที่จำเป็น เนื่องจากภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด และการผ่าตัดคลอด

1.3) การตรวจต่อมไทรอยด์ มีความสำคัญโดยเฉพาะในสตรีที่มีอาการบ่งชี้ว่า มีภาวะไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของสมองทารก

1.4) การตรวจระบบหัวใจ ปอด เต้านม ช่องท้อง การตรวจระบบลีบพันธุ์ การตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูก ช่วยคัดกรองโรคที่อาจรบกวนการตั้งครรภ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ซีสต์รังไข่ หรือความผิดปกติทางกายวิภาคของอวัยวะลีบพันธุ์ เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น หญิงอายุ 30 ปีที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ( $BMI 35 \text{ kg/m}^2$ ) และมีภาวะความดันโลหิตสูงเล็กน้อยอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (pregestational diabetes) และขณะตั้งครรภ์ และภาวะครรภ์เป็นพิษ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดในกรณีนี้ช่วยให้สามารถเสนอแผนการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และควบคุมความดันโลหิต ก่อนเริ่มตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

## 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory examination)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ยืนยันภาวะเสี่ยงที่อาจไม่แสดงอาการชัดเจน การตรวจภูมิคุ้มกันและการเป็นพาหะทำให้สามารถดูแลก่อนการตั้งครรภ์ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะโรคที่อาจส่งผลกระทบแรงต่อการตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อ การพร่องภูมิคุ้มกัน หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีดังนี้

2.1) ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) ความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin: Hb) เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง เป็นการตรวจที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะภาวะโลหิตจางก่อนตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดตก生กำหนดนออกจากรังสีรวมถึงการตรวจหมู่เลือด (blood group) ด้วย เพื่อการเตรียมฉองเลือดไว้ในยามฉุกเฉิน

2.2) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting blood sugar: FBS) หรือการทดสอบความทนต่อกลูโคส (OGTT) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานหรือมี  $BMI$  สูง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะ prediabetes

2.3) การตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมัน (Rubella IgG) เป็นวิธีหนึ่งของการตรวจที่แนะนำ เนื่องจากหญิงที่ไม่มีภูมิคุ้มกันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อร่วงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจทำให้ทารกเกิดความพิการทางการได้ยิน หัวใจ และระบบประสาทได้ ซึ่ง CDC (2024) แนะนำให้ตรวจ Rubella IgG และให้วัคซีนก่อนตั้งครรภ์ในรายที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย

2.4) การตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections: STI) เช่น เอชไอวี (HIV) ไวรัสตับอักเสบชนิดบี (hepatitis B virus: HBV) และซิฟิลิส (syphilis) ในหญิงรัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นมาตรฐานสากลของการดูแลเนื่องจากการตรวจพบและจัดการการติดเชื้อเหล่านี้ตั้งแต่ระยะก่อนหรือระยะแรกของการตั้งครรภ์สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (mother-to-child transmission: MTCT / PMTCT) ลดความเจ็บป่วยในทารก และปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของครอบครัวได้อย่างชัดเจน (WHO, 2019; CDC, 2023) หลักการทั่วไปคือการให้การตรวจเป็นส่วนหนึ่งของการฝากครรภ์ (antenatal care) ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือในช่วงไตรมาสที่ 3 หากผลเป็นบวกควรมีการตรวจซ้ำตามบริบทของความชุกและแนวทางของพื้นที่ (WHO, 2019; CDC, 2023) การคัดกรองจะต้องเชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการรักษาและการติดตามผลอย่างรวดเร็ว การให้คำปรึกษาอย่างมีคุณภาพ และการทำงานร่วมกับระบบบริการสหสาขาวิชาชีพเพื่อการส่งต่อ (referral and linkage to care) ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ PMTCT ที่มีประสิทธิผล (WHO consolidated HIV testing; CDC guidance)

2.5) การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคุณสมรถ ยังเป็นขั้นตอนสำคัญในประเทศไทย มีความชุกของโรคนี้สูง เช่น หากพบว่าหญิงมีพาหะธาลัสซีเมียชนิด Hb E หรือ  $\alpha$ -thalassemia ควรตรวจคุณสมรถเพิ่มเติมเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะทารกบวมน้ำ จาก Hb Bart's hydrops fetalis ซึ่งเป็นภาวะรุนแรงทำให้ทารกเสียชีวิตได้

2.6) การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (TSH, Free T4) มีความสำคัญต่อการพัฒนาเซลล์สมองของทารก โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกที่ทารกยังไม่สามารถสร้างฮอร์โมนไทรอยด์เองได้

2.7) การตรวจปัสสาวะ (urinalysis) สามารถช่วยคัดกรองการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นสาเหตุของการคลอดตกนรกกำหนด

นอกจากนี้ในบางรายอาจต้องตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจฮอร์โมน progesterone การตรวจ anti-mullerian hormone: AMH เพื่อประเมินภาวะเจริญพันธุ์ หรือการตรวจสารพิษโลหะหนักในผู้ที่ทำงานเสี่ยง เช่น โรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการด้านเคมี หรือโรงงานผลิตแบตเตอรี่ การตรวจสารสเตติด และสารชีวเคมี เป็นต้น

### 3) การดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

การดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลให้ได้รับการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งมีวัคซีนที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ควรฉีดและวัคซีนที่ห้ามฉีด ดังต่อไปนี้

3.1) วัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมัน (rubella vaccine) ควรฉีดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 1 เข็ม เพื่อป้องกันการพิการแต่กำเนิด เช่น ตาเป็นต้อกระจกหรือต้อหิน หูหนวก หัวใจพิการแต่กำเนิด มีความผิดปกติทางสมอง ตัวเล็ก แขนและขาผิดปกติ และเสียชีวิตได้

3.2) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (hepatitis B vaccine) ควรฉีดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 3 เข็ม (0, 1, 6) เพราะสามารถแพร่กระจายเชื้อจากการติดต่อทางเพศสัมภาระ ได้ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้เกิดโรคตับอักเสบเฉียบพลัน และอาจเกิดตัวบวมโต หรือบางคนอาจหายเป็นพำนะของโรค แนะนำให้ตรวจเลือดก่อนเพื่อที่จะดูว่ามีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว หรือมีเชื้อไวรัสในร่างกายแฝงตัว จึงควรรักษาให้หายขาดโดยการฉีดวัคซีน แล้วจึงค่อยฉีดวัคซีนภายในหลัง เพื่อประสิทธิภาพการป้องกันที่ดียิ่งขึ้น

3.3) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (vaccine against diphtheria, tetanus: dT) หรือวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลูโนน ((vaccine against diphtheria, tetanus, pertussis:TdaP, Tdap) หรือ วัคซีนป้องกันโอลูโนนชนิดเดี่ยว (acellular Pertussis: aP) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์และคลอด เนื่องจากโรคคอตีบ บาดทะยัก โอลูโนน เป็นโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายได้ง่าย โดยเฉพาะโอลูโนน ที่หากมีโอกาสติดเชื้อจากการติดต่อทางเพศสัมภาระ คนในครอบครัวได้ จึงแนะนำให้ผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โอลูโนน (Tdap, TdaP) หรือ วัคซีนป้องกันโรคโอลูโนนชนิดเดี่ยว (aP) ก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสมสมศีก 27 ถึง 36 สัปดาห์ หรือในช่วงท้ายไตรมาสที่ 2 ถึงไตรมาสที่ 3 โดยฉีดจำนวน 1 เข็ม หากเคยได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (tetanus vaccine) ครบถ้วน พิจารณาฉีดวัคซีนบาดทะยักชนิดเดี่ยวเพิ่มเป็นราย ๆ ไป

3.4) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine) โรคไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนสายพันธุ์ทุกปี และก่อให้เกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ อาจทำให้ปอดบวมหรืออักเสบ มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควร

ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 1 เข็ม ในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง และแนะนำที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 14 สัปดาห์ เป็นต้นไป

3.5) วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีสิ (chickenpox vaccine or varicella) โรคอีสุกอีสิ เป็นอีกโรคหนึ่งที่อันตรายโดยเฉพาะในระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อในไตรมาสที่หนึ่งและช่วงต้นไตรมาสที่สองมักสร้างความกังวลอย่างมาก เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์และรบกวนการพัฒนาของอวัยวะที่กำลังก่อรูป ผลให้เกิดภาวะ Congenital Varicella Syndrome (CVS) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงและพบได้มากที่สุดหากการติดเชื้อเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 8–20 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วง organogenesis และการสร้างระบบประสาทของทารก ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความผิดรูปของแขนและขา รอยแผลเป็นตามผิวนัง ความผิดปกติของจอประสาทตา ศีรษะเล็ก และความล้าช้าทางพัฒนาการทางระบบประสาท ภาวะดังกล่าวแม้จะพบไม่นิ่มอย (ร้อยละ 0.4–2) แต่มีความรุนแรงสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ระยะยาวของทารก นอกจากนี้การติดเชื้อในระยะนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงของการแท้งหรือ การเสียชีวิตของทารกในครรภ์

การติดเชื้อในช่วงปลายไตรมาสที่สองจนถึงไตรมาสที่สามทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิด CVS ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการพัฒนาอวัยวะสำคัญของทารกส่วนใหญ่เสร็จสมบูรณ์แล้ว แต่ยังอาจทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ภาวะน้ำคร่ำน้อย ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบประสาทของทารก เสี่ยงต่อการคลอดด้วยกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติจากผลกระทบของการติดเชื้อและภาวะอักเสบของมารดา นอกจากนี้ การติดเชื้ออีสุกอีสิหลังจากตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ ทารกอาจติดโรคถุงสวัสดิ์ ซึ่งเกิดจากไวรัสชนิดเดียวกับที่ทำให้เกิดโรคอีสุกอีสิในช่วง 1 ถึง 2 ปีแรกของชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ในไตรมาสที่สามนี้ความเสี่ยงต่อการเกิด varicella pneumonia ในมารดาอาจรุนแรงกว่าช่วงต้นของ การตั้งครรภ์ ภาวะนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ มีอัตราการเสียชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การติดเชื้อในช่วงใกล้คลอดเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด เพราะหากมารดาไม่ผ่านของโรคอีสุกอีสิเกิดขึ้นตั้งแต่ 5 วันก่อนคลอดจนถึง 2 วันหลังคลอด ทารกจะไม่ได้รับภูมิคุ้มกันผ่านทางรกทันเวลา ทำให้มีโอกาสเกิด neonatal varicella ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทารกอาจมีการติดเชื้อที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว

ไปยังตับ ปอด และระบบประสาท ความเสี่ยงตั้งกล่าวลดลงโดยหากหันผู้ตั้งครรภ์ได้รับการรักษาด้วย varicella-zoster immune globulin (VZIG) และการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในสถานพยาบาล

โดยสรุป การติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์มีผลกระทบแตกต่างกันตามไตรมาส ทั้งต่อมาตราและทารก การประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัยที่แม่นยำ และการให้การรักษาที่รวดเร็วเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางจาก CDC, ACOG และ WHO รวมทั้งแนวทางของประเทศไทย ต่างเน้นย้ำให้มีการตรวจภูมิคุ้มกันก่อนตั้งครรภ์ 2 เดือน โดยจะฉีดวัคซีนนี้ให้หันผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันจำนวน 2 เข็ม และฉีดห่างกัน 1 เดือน และให้การดูแลรักษาแบบเชิงรุกสำหรับหันผู้ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในช่วงเวลาต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยทั้งมาตราและทารกในครรภ์

3.6) วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) จากการระบาดของโรคซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีการแพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี 2019 โรคนี้ก่อให้เกิดอาการของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในผู้ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหรือไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นที่เหมาะสม จะมีอาการรุนแรงกว่า โดยเฉพาะในหันผู้ตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ในหันผู้ตั้งครรภ์ทุกราย โดยสามารถฉีดได้ทุกอายุครรภ์ หรือเริ่มฉีดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์เป็นต้นไป วัคซีนที่แนะนำให้ฉีดคือ mRNA vaccines ได้แก่ Pfizer-BioNTech และ Moderna ตามที่ CDC และผู้เชี่ยวชาญด้านการตั้งครรภ์กล่าวว่า ก่อนตั้งครรภ์ควรได้รับวัคซีน COVID-19 และยังไม่มีหลักฐานใด ๆ ที่บ่งชี้ว่าวัคซีน COVID-19 ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยากในผู้หันผู้ชายที่ได้รับวัคซีน นอกจากนี้ ยังไม่จำเป็นต้องเงินระยะการตั้งครรภ์หลังจากได้รับวัคซีนด้วย แต่ในปัจจุบัน ระดับความรุนแรงของโรคลดลง ศ.นพ.ยง ภูรบรรณ (2567) มีคำแนะนำว่า สำหรับผู้หันผู้ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ แนะนำให้เตรียมสภาพร่างกายให้พร้อมด้วยการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้สูงที่สุดก่อนการปฏิสนธิ โดยหากเกร็งระยะจากเข็มล่าสุดหรือการติดเชื้อครั้งสุดท้ายเกิน 6 เดือนถึง 1 ปี ควรพิจารณาฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (ซึ่งรวมถึงวัคซีนรุนใหม่ตามสายพันธุ์ที่ระบาด) เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการรุนแรงหากเกิดการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งมาตราและทารกในครรภ์ได้อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก

**การประเมินภูมิคุ้มกันเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

สถานการณ์ความรุนแรงของโรคลดลงและประชากรส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันลูกผสมแล้ว การพิจารณาฉีดวัคซีนจึงควรควบคู่ไปกับการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด เช่น การล้างมือและการสวมหน้ากากอนามัยในพื้นที่เลี้ยง เพื่อเป็นเกราะป้องกันที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดในปัจจุบัน

3.7) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงไทย รองจากอันดับ 1 คือ มะเร็งเต้านม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคือ เชื้อสิวเมน แพพพิโลมา ไวรัส (human papilloma virus: HPV) เป็นเชื้อที่พบได้ทั่วไป ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย เชื้อ HPV นี้มีมากกว่า 100 สายพันธุ์ที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเป็นอันตราย เช่น สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดหูดที่มีอวัยวะเพศ เช่น ปากมดลูก และหูดที่อวัยวะเพศซึ่งมีอยู่หลายสายพันธุ์ แต่พบว่าสายพันธุ์ที่ 16 และ 18 เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในคนไทยมากที่สุด วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เรียกว่า HPV vaccine ประเทศไทยมีการใช้วัคซีนชนิดน้ำเงินอยู่ 2 ชนิด ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับทั่วโลก ได้แก่ Gardasil ประกอบด้วย วัคซีน 4 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดหูดหงอนไก่ ยีกานิดคือ Cervarix ประกอบด้วย วัคซีน 2 สายพันธุ์ ได้แก่ 16 และ 18 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก แนะนำให้มีเข็ม打针 3 เข็ม ถ้าเป็นชนิด Gardasil ฉีดทุก 0.2 และ 6 เดือน ส่วน Cervarix ฉีดที่ 0, 1 และ 6 เดือน เนื่องจากเชื้อ HPV ติดได้จากเพศสัมพันธ์ จึงควรฉีดตั้งแต่ก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จึงจะได้ประโยชน์สูงสุด วัคซีนสามารถป้องกันเชื้อได้นานเกือบ 10 ปี แต่เนื่องจากวัคซีนนี้เพียงคิดค้นได้ประมาณ 10 ปี จึงยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าหลังจากนี้จะต้องมีการฉีดกระตุ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนชนิดนี้ สามารถป้องกันได้เพียง 2 สายพันธุ์ที่พบบ่อยเท่านั้น ซึ่งคาดว่าครอบคลุม การเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70–90 เท่านั้น ยังมีโอกาสที่สายพันธุ์อื่นจะมาสัมผัส จนก่อให้เกิดโรคได้ จึงต้องป้องกันโดยการตรวจภายในร่วมกับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอทุก 1 – 2 ปี สิ่งที่สำคัญคือ การตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นจะได้รับรักษา ก่อนจะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งรักษาได้ยากกว่าและหากฉีดในขณะตั้งครรภ์ รายละเอียดจะกล่าวต่อไป

### 3.8) วัคซีนที่ห้ามฉีดระหว่างตั้งครรภ์ เป็นวัคซีนเชื้อเป็น ได้แก่

3.8.1) วัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella) วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีสิจัดเป็นวัคซีนที่ปลอดภัย มีปฏิกริยาเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 5 – 35 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีภูมิคุ้มกันจะมีอาการบวมแดงร้อนดีเล็กน้อยในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน ประมาณร้อยละ 3 – 5 จะมีผื่นขึ้นเฉพาะที่ และอีกร้อยละ 3 – 5 จะมีผื่นแบบอีสุกอีสิขึ้นทั่วตัวโดยผื่นเหล่านี้จะมีเพียง 2 – 5 ตำแหน่งและอาจเป็นลักษณะของผื่นที่เรียกว่า maculopapular หากกว่าเป็นตุ่มน้ำใส โดยผื่นนักเกิดขึ้นภายในเวลา 5 – 26 วันหลังจากฉีดวัคซีน วัคซีนสามารถให้ได้ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองก่อนการพิจารณาให้วัคซีน ในเด็กอายุประวัติป่วยเป็นอีสุกอีสิที่ได้จากบิดา มารดา ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันก่อนฉีดวัคซีน ถ้าเคยเป็นโรคแล้วไม่ต้องฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่จะไม่เป็นภูมิคุ้มกันแล้วหากฉีดวัคซีนไม่มีผลเสียใด ๆ นอกจากลิ้นเปลือง เนื่องจากเป็นวัคซีนเพื่อเลือก ไม่ได้อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับประเทศไทย วัคซีนยังมีราคาแพง อาจให้บริการสำหรับผู้ที่ต้องการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยง บุคคลที่มีโอกาสไปสัมผัสหรือแพ้เชื้อให้คนรอบข้างได้สูง เช่น ผู้ที่อยู่บ้านเดียวกันรับผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง บุคลากรทางการแพทย์ ครูหรือผู้ที่เลี้ยงเด็กจำนวนมาก รวมทั้งหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ เป็นต้น

### 3.8.2) วัคซีนยูสวัต (zoster) ปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ

3.8.2.1) วัคซีนป้องกันยูสวัต ชนิดใหม่ ชับยูนิตวัคซีน (ไม่ใช่เชื้อเป็น) recombinant subunit zoster vaccine (RZV) วัคซีนชนิดนี้ไม่ไวรัสvari策ล์ลา-ซอลเตอร์ที่มีชีวิตแต่จะใช้โปรตีนเฉพาะของไวรัสที่เรียกว่าโกลโคลิโปรตีนอีแทน มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคยูสวัต ร้อยละ 97 และประสิทธิภาพในการป้องกันอาการปวดเส้นประสาท (PHN) ร้อยละ 91.2 ในผู้ใหญ่ อายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่อติดตามยาวนานถึง 10 ปี พบร่วมประสิทธิภาพในการป้องกันโรคยูสวัต ร้อยละ 89 แนะนำฉีดในผู้ใหญ่ อายุ 50 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 2 เข็ม ห่างกัน 2 – 6 เดือน แนะนำฉีดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคยูสวัตมากกว่าปกติ เช่น ผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันมีปัญหา ผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์ และผู้ที่รับการรักษาด้วยรังสีวิทยาหรือเคมีบำบัด เพราะกลุ่มคนเหล่านี้จะมีภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอกว่าคนปกติ ทำให้เสี่ยง

มากกว่าคนทั่วไป ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 2 เข็ม ห่างกัน 1-2 เดือน เนื่องจากวัคซีนป้องกัน  
งูสวัด ชนิดใหม่ ไม่มีไวรัสที่มีชีวิต จึงปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหรืออ่อนแอกว่า

3.8.2.2) วัคซีนป้องกันงูสวัดชนิดเดิม เชือเป็นอ่อนฤทธิ์ Live-attenuated zoster vaccine (ZVL) (วัคซีน เชือเป็นอ่อนฤทธิ์ หมายถึงวัคซีนที่ผลิตขึ้นโดยใช้เชื้อโรคมาทำให้อ่อนฤทธิ์ลงจนไม่สามารถทำให้เกิดโรคแต่เพียงพอที่จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคงูสวัดในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป วัคซีนสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ 51% และป้องกันการเกิดอาการปวดปลายประสาಥ้อกับเสบได้ ร้อยละ 39 อาจพิจารณาให้ ZVL ขนาด 0.65 มิลลิลิตร 1 โดส ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ห้ามให้วัคซีนชนิดเชือเป็นอ่อนฤทธิ์ (ZVL) ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง หรือภูมิคุ้มกันต่ำลง ที่เคยได้รับวัคซีนงูสวัดชนิดเชือเป็นอ่อนฤทธิ์ (ZVL) มา ก่อน สามารถรับวัคซีนชนิดซับบูนิตวัคซีนได้ โดยให้ 2 เข็ม และเว้นห่างจากวัคซีนเดิม อย่างน้อย 2 เดือน

3.8.3) วัคซีนเอชพีวี (HPV) หรือที่เรียกว่า วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ วัคซีนที่ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ที่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูก ปัจจุบันมี 3 ชนิด ได้แก่ ชนิด 2 สายพันธุ์, ชนิด 4 สายพันธุ์ และชนิด 9 สายพันธุ์ ในผู้หญิงยังป้องกันมะเร็งของอวัยวะอื่นได้อีกด้วย ได้แก่ มะเร็งปากช่องคลอด ผนังช่องคลอด ทวารหนัก ช่องปากและคอหอย ในผู้ชายวัคซีนสามารถป้องกัน มะเร็งองคชาติ ทวารหนัก ช่องปากและคอหอย นอกจากนี้วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ และชนิด 9 สายพันธุ์ ยังสามารถป้องกันโรคหูดหงอนโภคของอวัยวะเพศและทวารหนักของทั้งผู้หญิงและผู้ชายได้อีกด้วย สามารถฉีดได้ตั้งแต่อายุ 9 ปีขึ้นไป ควรฉีดก่อนถึงวัยที่มีเพศสัมพันธ์ หรือก่อนติดเชื้อไวรัสเอชพีวีซึ่งจะได้ประโยชน์ในการป้องกันสูงที่สุด การฉีดวัคซีนเอชพีวีขึ้นกับอายุที่เริ่มฉีดวัคซีน ดังนี้

- ก่อนอายุ 15 ปี (ก่อนวันเกิดครบอายุ 15 ปี) ฉีด 2 เข็ม ห่างกัน 6-12 เดือน หลังอายุ 15 ปี ฉีด 3 เข็ม ที่ 0, 2 และ 6 เดือน
- ถ้ามีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แนะนำให้ฉีด 3 เข็ม ที่ 0, 2 และ 6 เดือน โดยไม่คำนึงถึงอายุ ระหว่างสารสนเทศแนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวี ในเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยฉีด 2 เข็มห่างกัน 6-12 เดือน หากเป็นวัคซีน 2 สายพันธุ์ ฉีด 3 เข็ม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน

3.8.4) วัคซีน คงทูม หัด หัดเยอรมัน (measles, mumps, rubella) โรคหัด อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับวัคซีน MMR เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด หรือทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ โรคหัดเยอรมัน อาจทำให้แท้งบุตร ตายคลอด คลอดก่อนกำหนด และ/หรือเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ สูญเสียการได้ยินและการมองเห็น ความบกพร่องทางสติปัญญา และความเสียหายของตับหรือม้าม กลุ่มอาการโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (CRS) ได้ การป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมันที่ดีที่สุดคือวัคซีน MMR (หัด-คงทูม-หัดเยอรมัน) ควรฉีดก่อนตั้งครรภ์ ผู้หญิงส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน MMR ตั้งแต่เป็นเด็ก แต่ควรยืนยันกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ อาจต้องตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ เพื่อดูว่าคุณมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้หรือไม่ ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด คงทูม-หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย 1 เดือนก่อนตั้งครรภ์

**ขั้นตอนที่ 3:** การประเมินปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล (identification of individual risk factors) เป็นขั้นตอนสำคัญต่อเนื่องจากการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพราะแม้ผลตรวจร่างกายหรือห้องปฏิบัติการจะปกติ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่าง เช่น ประวัติสุขภาพ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ หรือประวัติครอบครัว อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลและทีมแพทย์ชี้ฟันสามารถวางแผนดูแลก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) และเฝ้าระวัง (risk surveillance) อย่างเหมาะสม โดยจัดลำดับความเสี่ยง (risk stratification) และออกแบบแผนการพยาบาลเฉพาะราย (individualised care plan) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตรา morbidity-mortality ของมารดาและทารก และส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีในทุกระยะของการตั้งครรภ์ จากแนวทางของสถาบันสุขภาพระหว่างประเทศและงานวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญหลายอย่างที่ควรถูกประเมินก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุของมารดา ตั้งนีมวัยกัย ก่อนตั้งครรภ์ ประวัติครอบครัวที่ผ่านมา โรคประจำตัวหรือภาวะเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รายละเอียดดังนี้

- 1) อายุของมารดา (maternal age) ผู้หญิงที่มีอายุน้อย ( $< 20$  ปี) หรืออายุมาก ( $\geq 35$  ปี) มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น preterm birth, low birth weight, congenital anomalies, hypertensive disorders

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (pre-pregnancy BMI) ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (overweight/obesity) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (pregestational) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) ทารกตัวโต (macrosomia) การคลอดด้วยไหล (shoulder dystocia) ภาวะผิดสัดส่วนของซองเชิงกรานมารดาและตัวทารก (cephalopelvic disproportion: CPD) และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (caesarean section หรือ cesarean section หรือ c-section)

3) ประวัติครรภ์ที่ผ่านมา (obstetric history) หากเคยมีภาวะแทรกซ้อน เช่น preeclampsia, preterm birth, low birth weight, miscarriage, stillbirth, หรือเคยคลอดหลาภัยครั้ง (high parity) จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาในครรภ์ปัจจุบัน (recurrence risk)

4) โรคประจำตัวหรือภาวะเรื้อรัง (chronic diseases) เช่น โรคความดันโลหิต เบาหวาน โรคต้อ โรคหัวใจ และภาวะเมตาบoliคิกต่าง ๆ หากควบคุมไม่ดีอาจทำให้ทารกและมารดาเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง (low birth weight, preterm, preeclampsia, perinatal morbidity)

5) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง (health behaviors) รวมถึงการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด โภชนาการไม่เพียงพอ การออกกำลังกายน้อย พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบสุขภาพมารดา และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อทารก เช่น low birth weight, preterm birth, congenital anomalies

6) ปัจจัยทางสังคมและลิ่งแวดล้อม (social & environmental determinants) เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความรุนแรงในครอบครัว มลพิษ ลิ่งแวดล้อมที่เป็นอนตราย เป็นต้น ซึ่งอาจลดโอกาสในการวางแผนครอบครัวและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

**ขั้นตอนที่ 4:** การให้คำปรึกษาและการจัดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (counseling and individualized care planning) รายละเอียดดังนี้

1) การให้คำปรึกษา (counselling) เป็นกระบวนการแปลผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่พบ เพื่อเข้าสู่แนวทางการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง มีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และสามารถปรับพฤติกรรมเพื่อเตรียมพร้อมต่อการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย โดยมีวัตถุประสงค์หลักของ การให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้ข้อมูลสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมพลัง

(empowerment) ให้ตัดสินใจบนฐานความรู้ การลดปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (modifiable risks) และการจัดทำแผนดูแลเฉพาะบุคคลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม พฤติกรรม และบริบทครอบครัว โดยมีจุดหมายสูงสุดคือการเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของทั้งมารดาและทารก เนื้อหาของการให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับผลการประเมินปัจจัยเสี่ยง (individual risk profile) โดยทั่วไปมุ่งเน้น 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ 1) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และสารเสพติด 2) การจัดการโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตรโตรอยด์ เป็นต้น 3) การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมและโรคที่ถ่ายทอดทางครอบครัว 4) การส่งเสริมสุขภาพดี เช่น การลดความเครียด การดัดกรองภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยต่อทารก เช่น การใช้ยา การสัมผัสสารเคมี การเสริมโฟลิก (folic acid) 400–800 mcg/day และการรีดวัคซีนก่อนตั้งครรภ์ เป็นต้น

2) การจัดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care planning) เป็นกระบวนการออกแบบแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วม (shared decision-making) โดยทีมแพทย์สาขา วิชาชีพ หญิงวัยเจริญพันธุ์ และครอบครัว ร่วมกันกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ บริบทครอบครัว และทรัพยากรที่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งในระยะล้ามและระยะยาว มีการวางแผนติดตามผล การวางแผนเรื่องการรับยา การรับวัคซีน การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม การปรับพฤติกรรมรายบุคคล เช่น ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย การคุมกำเนิด และการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นต้น และการลงตัวแพทย์เฉพาะทาง เช่น สูติแพทย์ต่อมรือท่อ อายุรแพทย์หัวใจ หรือคลินิกวางแผนการตั้งครรภ์ (preconception clinic) เป็นต้น แผนการดูแลเฉพาะบุคคลที่มีประสิทธิภาพ จะมีการกำหนดเวลา (timeline) ชัดเจน เช่น 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ 6 เดือนก่อนตั้งครรภ์ พร้อมการติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้แน่ใจว่าปัจจัยเสี่ยงได้รับการแก้ไขก่อนเริ่มตั้งครรภ์จริงตามหลักฐานที่แนะนำโดย WHO และ CDC

### ขั้นตอนที่ 5: การติดตามผลและส่งต่อ (follow-up and referral)

1) การติดตามผล (follow-up) การดูแลก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) ช่วยให้ทีมแพทย์สาขาสามารถประเมินการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคประจำตัว และระดับความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ต่อการเริ่มตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การติดตามผลที่มี

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ：** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

คุณภาพช่วยให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก ในอนาคต และยังเป็นกลไกสำคัญในการประเมินประสิทธิผลของแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) ในหลักสากล เช่น WHO และ CDC แนะนำให้มีระบบติดตามผล ที่เป็นโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วยการนัดหมายเป็นระยะ การประเมินการปฏิบัติตามแผน (adherence monitoring) การทบทวนผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยง เช่น น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล และพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยเน้นการสื่อสาร 2 ทางที่สม่ำเสมอ (two-way communication) การติดตามผลครอบคลุม ประเด็นสำคัญ ได้แก่

- 1.1) การติดตามโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต หรือ โรคต่อมไทรอยด์ การติดตาม
- 1.2) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น HbA1c การทำงานของไต ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ ค่าการอักเสบ หรือระดับวิตามิน
- 1.3) การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเสริมโพลิกอย่างสม่ำเสมอ และโภชนาการที่เหมาะสม
- 1.4) การประเมินการตอบสนองต่อการให้คำปรึกษา เช่น ภาวะเครียด พฤติกรรมการนอน การจัดการอาหาร แล้วปัจจัยจิตสังคม การปรับแผนการดูแลตามข้อมูล ที่ได้รับในแต่ละครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการรายนั้น ๆ
- 1.5) การนัดหมายติดตามผล จะขึ้นกับระดับความเสี่ยง หากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น มีโรคเรื้อรังหรือภาวะเมตาบอลิกผิดปกติ จำเป็นต้องติดตามทุก 4–6 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มเสี่ยงต่ำอาจติดตามทุก 2–3 เดือน ก่อนเริ่มวางแผนตั้งครรภ์ (ชญาดา เนตรรักษ์จ่าง, 2562) โดยมีการจัดระดับความเสี่ยงตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นในหัวข้อ การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification)
- 2) การส่งต่อ (Referral) เป็นส่วนต่อเนื่องของการติดตามผล โดยมุ่งหมายให้ หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการดูแลจากสูติแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบภาวะเสี่ยงสูงที่ต้องการ การประเมินเพิ่มเติมหรือการรักษาที่เหนือขอบเขตการพยาบาลทั่วไป เช่น สูติแพทย์เฉพาะทางด้านการตั้งครรภ์ ความเสี่ยงสูง (maternal-fetal medicine) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ (endocrinologist) อายุรแพทย์โรคหัวใจ แพทย์พันธุศาสตร์ นักโภชนาการคลินิก และ

นักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น ตัวอย่างภาวะที่จำเป็นต้องส่งต่อ ได้แก่ โรคประจำตัวที่ควบคุมได้ยาก เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c ≥ 6.5% (ชญาดา เนตร์กรุงฯ, 2562) โรคความดันโลหิต สูงที่ยังควบคุมไม่ได้หลังการปรับพฤติกรรม ภาวะไตรอยด์ทำงานผิดปกติระดับปานกลางถึงรุนแรง โรคหัวใจ หรือโรคไตเรื้อรัง ภาวะมีบุตรยาก หรือประวัติการแท้งซ้ำ (recurrent abortion) ความผิดปกติทางพัณฑุกรรมในครอบครัว โรคติดเชื้อที่ต้องได้รับการจัดการพิเศษ เช่น HIV, hepatitis B, syphilis เป็นต้น การส่งต่อจะอยู่บนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติสากล เช่น WHO, CDC, ACOG โดยควรมีเอกสารประกอบการส่งต่อ (referral note) ที่ชัดเจน มีรายละเอียด ผลตรวจ ประวัติทางการแพทย์ และแผนการดูแลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เป็นต้น

**1.6 บทบาทของพยาบาลในการประเมินภาวะเสี่ยง (nursing roles in risk assessment)** พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพมารดา และทารกตามแนวคิดของการดูแลเชิงป้องกัน (preventive care) และการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) การประเมินภาวะเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตลอดจนช่วยเพิ่มโอกาสในการมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีขึ้น (positive birth outcomes) ในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) การรักษาระยะดับทุติยภูมิ (secondary care) และการดูแลเฉพาะทางระยะดับทุติยภูมิ (tertiary care) (ชญาดา เนตร์กรุงฯ, 2562) บทบาทของพยาบาลมีความครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

**1.6.1 การให้ข้อมูลและสร้างแรงจูงใจแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์:** พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ (preconception health check-up) ความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อทารก เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคทางพัณฑุกรรม ภาวะโภชนาการบกพร่อง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา นอกจากนี้ พยาบาลยังช่วยสร้างแรงจูงใจผ่านการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (motivational interviewing) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทนี้ช่วยให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ “ตระหนักรู้” และ “ตัดสินใจ” เข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ด้วยตนเอง (ชญาดา เนตร์กรุงฯ, 2562)

**1.6.2 การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ:** พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการซักประวัติ รวบรวมข้อมูล และประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน WHO

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

และ CDC ครอบคลุมทั้ง ประวัติสุขภาพทั่วไป (general health history) ประวัติสูติศาสตร์และนรีเวช (obstetric-gynecologic history) ปัจจัยพฤติกรรมและสังคม (behavioral and social factors) การประเมินภาวะโภชนาการ (nutritional assessment) การตรวจร่างกายและการจัดทำแผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลต้องสามารถตีความข้อมูล (interpretation) และเชื่อมโยงเป็น “risk profile” เฉพาะบุคคลได้อย่างแม่นยำ เพื่อร่องรับการจัดระดับความเสี่ยงและวางแผนการพยาบาลต่อไป (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562)

1.6.3 การให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสนับสนุนทางวิชาชีพ: พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counsellor) และผู้ประสานงาน (coordinator) เพื่อวางแผนการดูแลก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับสนับสนุนทางวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ นักโภชนาการ นักสุขศึกษา และนักจิตวิทยา ประเด็นการให้คำปรึกษา ได้แก่ การเสริมโภชนาการ (nutritional counselling) การลดพฤติกรรมเสี่ยง การควบคุมโรคเรื้อรัง ให้เข้าสู่ระดับปลอดภัยก่อนตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัวและเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ (optimal interpregnancy interval) การให้คำปรึกษาด้านพันธุกรรมเบื้องต้นในรายที่มีประวัติครอบครัว บทบาทนี้ช่วยสร้างความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ รวมถึงเสริมคุณภาพการดูแลแบบ individualized care (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562)

1.6.4 การเฝ้าระวังและติดตามความก้าวหน้าของการจัดการความเสี่ยง: พยาบาลทำหน้าที่กำกับและติดตาม (monitoring and follow-up) ความก้าวหน้าของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ภาวะซีด ความสมบูรณ์ของวัคซีน การเลิกบุหรี่ และการปรับปรุงโภชนาการ นอกเหนือไปยังรวมถึงการนัดหมาย การตรวจซ้ำ การติดตามผลเลือด การส่งต่อเมื่อจำเป็น และการปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลที่มีคุณภาพช่วยลดความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการจัดการก่อนการตั้งครรภ์ (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562)

1.6.5 การบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ: การบันทึกข้อมูลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลเชิงวิชาชีพ พยาบาลต้องบันทึกข้อมูลการประเมิน ข้อมูลนิจฉัยการพยาบาล การให้คำปรึกษา แผนการดูแล และการติดตามผลในรูปแบบที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูลดังกล่าวยังสนับสนุนการวิจัย (research) การพัฒนาคุณภาพบริการ (quality improvement) การจัดทำ

นโยบายสุขภาพในระดับสถานบริการและระดับประเทศ บทบาทนี้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบบริการก่อนตั้งครรภ์ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน (ชุดฯ มาตรฐาน 2562)

จากการบันการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า มีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อการดูแลที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพ และจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงสถานการณ์สุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มากدا และหาก เพื่อให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

## 2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบบ่อยในระยะก่อนตั้งครรภ์

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception obstetric risk conditions) เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนภาพรวมของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมารดาและทารก ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด องค์การอนามัยโลก (WHO, 2016; 2022) และงานวิจัยระดับนานาชาติรายงานว่า ความเสี่ยงจำนวนมากสามารถป้องกันได้หากมีการประเมินและจัดการตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ บทนี้จึงขอขยายสถานการณ์ปัจจุบันของความเสี่ยงที่พบบ่อยในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศไทย

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ จากข้อมูลสถิติ ชีพการเกิด และการตาย โดยกระทรวงสาธารณสุขและการปักครื่องกระทรวงมหาดไทย ได้ทำความสะอาดในกระบวนการใช้ฐานข้อมูลทะเบียนรายภูมิของประชากรในประเทศไทย สรุปตามประเด็น ภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังนี้ ต่อไปนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566; WHO, 2025b)

### ภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์

องค์การอนามัยโลกเน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้หญิงทั่วโลก โดยมีการบริจาดเงินสนับสนุนช่วยเหลือในโครงการเพื่อรองรับและดูแลสุขภาพผู้หญิงที่ยากไร้ในพื้นที่ชนบท และสนับสนุนการศึกษาวิจัยและพัฒนาตัวยาที่ใช้รักษาโรค เนื่องจากเห็นว่าผู้หญิงในชนบทมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง แต่ยังมีผู้หญิงจำนวนมากที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการด้วยโรคติดต่อในเขตต้อน (ประเทศไทยด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ แต่ไม่ได้รับการดูแลทั้งความรู้และยาทำให้ศักยภาพของผู้หญิงในการเลี้ยงโภคเพื่อชุมชนและสังคมลดลง (WHO, 2016) นอกจากนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มพิทักษ์สิทธิผู้หญิงพบว่า ผู้หญิงที่ถูกทำร้ายจากการถูกสาดน้ำกรด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากความหึงหวง (WHO, 2016) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หญิงร้ายเจริญพันธุ์ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อต้องมารับบทบาทของการเป็นมารดาอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด การแท้งหรือ ทำแท้ง การทดสอบทั้งหารรัก และการคลอดตกอนกำหนด เป็นต้น สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 2) ภาวะมีบุตรยาก มีรายละเอียดดังนี้

## 2.1 การติดเชื้อและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประเพณี วัฒนธรรมทางสังคม รวมถึงความเชื่อและค่านิยมทางเพศที่ผิด ๆ นำมาสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้

### การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

เป็นโรคที่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งโดยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน (gonorrhea) โรคแพลริม่อน (chancroid) โรคซิฟิลิส (syphilis) โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสชนิดบี (HBV) ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อ HIV จึงเรียกโรคเหล่านี้ว่า “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” สถานการณ์โดยรวมยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยสาธารณสุขที่สำคัญ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งได้หลักใหญ่ เช่น การแบ่งตามชนิดของเชื้อที่เป็นต้นเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ๆ ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อราก พยาธิ หรือการแบ่งตามอาการของผู้ป่วย เช่น การมีแพลที่อวัยวะเพศ การมีตกขาวที่มีลักษณะผิดปกติ และการมีไข้ร่วมกับการปวดท้องน้อย เป็นต้น ทั้งนี้แล้วแต่ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคสามารถติดต่อโดยทางอื่นได้ เช่น โรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) ซึ่งนอกจากจะติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถติดต่อได้โดยผ่านทางเลือด ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดโดยใช้เข็มและหลอดฉีดยา

ร่วมกัน และยังสามารถติดเชื้อจากการติดไปยังทารกในครรภ์ได้อีกด้วย สำหรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ การใช้ช่องร่วมกับผู้ป่วย จะไม่ทำให้ติดเชื้อ HIV ได้

สำหรับอาการและการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจมีอาการตกรอกขาวลักษณะผิดปกติ มีแผลที่อวัยวะเพศ บลัสสาเวชัด หรือมีความผิดปกติในระบบอื่นของร่างกายได้ ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของเชื้อและระยะของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนื่อง ๆ เพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง และควรดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในปัจจุบัน การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหลายวิธี โดยมีหลักการที่จะกำจัดเชื้อทั้งหมดในร่างกาย ลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและส่งต่อเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ สำหรับยาที่ใช้ในการรักษามีหลายชนิด เช่น ยารับประทานยาฉีด ยาเหน็บช่องคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาปกติแตกต่างกัน แล้วแต่ชนิดและระยะของโรค การรักษาด้วยยาขนาดเท่าเดิม เป็นเวลานานเท่าเดิม ซึ่งควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ การซื้อยา รับประทานเองอาจทำให้ไม่หายขาดจากโรค หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นหรือยาที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ยังมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อ HIV ซึ่งการรักษามุ่งที่จะประคับประคองผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อซ้ำเติม และการป้องกันการส่งเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ

การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวแก่บุคคลทั่วไป และสำหรับบุคคลทั่วไปก็ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มิใช่สามีหรือภรรยาของตน ในกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็ต้องใช้เครื่องป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย และถ้ามีอาการผิดปกติหรือลงสัญญาณว่ามีความผิดปกติได้ ๆ ควรรีบปรึกษาแพทย์

### การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนว่าจะให้เกิดขึ้น เกิดจากการไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด การถูกข่มขืนจนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในด้านเศรษฐกิจ และการไม่รับผิดชอบของบิดาของเด็กในครรภ์ เป็นต้น ผลการวิจัยหลาย ๆ ชิ้น ระบุว่าัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

14-17 ปี อุบัติชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ การรักนวล ส่วนตัวเป็นเรื่องล้าสมัย บางรายไม่ต้องรู้จักกันลึกซึ้ง เพียงแค่มีความพึงพอใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กันได้โดยไม่ต้องพูดถึงการแต่งงานหรือการมีครอบครัว ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์คือ การเป็นมาตราด้วยรุนแรงที่ขาดความพร้อม ไม่สามารถพึงตนเองได้ ต้องลาออกจากโรงเรียน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา ครอบครัวผิดหวังและอับอาย อีกทั้งยังเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตัววัยรุนเอง คือ ความเครียด ความกังวล บางรายหาทางออกด้วยการฆ่าตัวตาย หรือทำแท้ง เป็นต้น (WHO, 2016)

ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุนเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะสาเหตุของ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมซึ่งไม่ได้เกิดจากบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น แต่สังคม สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหา เช่นกัน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี การขาดความอบอุ่น ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ภูมิปัญญา เช่น ความเชื่อในเรื่องเพศแบบผิด ๆ จากเพื่อน สื่อการพยนต์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หรือการไม่ได้รับการศึกษาอย่างถูกต้องในเรื่องเพศศึกษาและการคุ้มครองเด็ก ทำให้วัยรุนขาด ความรู้ ความเข้าใจ ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร จะป้องกันอย่างไร ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร ทั้งนี้ การใช้สารเสพติดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุนกระทำการผิด ขาดสติ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัวหรือไม่ตั้งใจ และการใช้เวลาว่างของวัยรุนก็มีส่วนทำให้หมกมุนกับเรื่องเพศมากเกินไป ทางทางออกที่ไม่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การกระทำที่ทำให้เสื่อมเสีย รวมถึงค่านิยมทางศาสนาเริ่มลดลง มองว่าการนับถือศาสนาเป็นเรื่องของผู้สูงอายุหรืออย่างไม่ถึงเวลาที่ตนเองจะต้องเข้าวัดศึกษาธรรมะ จึงทำให้ขาดที่พึ่งทางใจ ไร้ป้าหมายในชีวิต (WHO, 2016)

ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบาย วางแผน จัดตั้งศูนย์บริการให้คำแนะนำเรื่องเพศ ให้การศึกษาในเรื่องเพศศึกษาและการป้องกันอย่างถูกต้อง ตลอดจนแนวทางการสร้างความอบอุ่นภายในครอบครัว ซึ่งสถาบันศาสนาต้องเข้ามามีบทบาทในการอบรมสั่งสอนเรื่องศีลธรรมและการพัฒนาจิตใจให้แก่วัยรุ่นให้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้วัยรุ่นมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อยามที่ขาด เป็นต้น (WHO, 2016)

องค์การอนามัยโลกให้ขออนุญาต ในทุกปี ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสาเหตุนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของผู้หญิงอย่างน้อยจำนวน 20 ล้านคน ซึ่งกว่า 100,000 คนต้องเสียชีวิตลงในที่สุดเพื่อการเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้หญิงอีกจำนวนนับล้านต้องประสบปัญหารือรังสีทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย โดยเฉพาะในประเทศไทย ผลการสำรวจหลายครั้งระบุว่า ในจำนวนผู้หญิงที่สมรสแล้วและตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ถึง 1 ใน 3 ของจำนวนทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าพิจารณาว่ามีเป็นการสำรวจเฉพาะผู้ที่สมรสแล้วเท่านั้น ยังไม่ว่าผู้หญิงอีกจำนวนมากที่ตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้สมรส ซึ่งมีผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นจำนวนมากที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ของตนเอง การคุ้มกำเนิดแบบชุกเฉินสามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซึ่งส่งผลให้การทำแท้งมีจำนวนลดลงด้วย และนั่นหมายถึง ชีวิตของผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่ไม่ต้องสูญเสียไปเพื่อการการทำแท้งที่ไม่ถูกหลักการแพทย์ และชีวิตของเด็กจำนวนมากที่ไม่ต้องเกิดมาในครอบครัวไม่พร้อมจะเลี้ยงดู (WHO, 2016)

## 2.2 ภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) หมายถึง ภาวะที่คู่สมรสหรือบุคคลไม่สามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มีการคุ้มกำเนิดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาที่กำหนดตามแนวทางการแพทย์สากล โดยปัจจุบันมีการยอมรับคำนิยามเชิงสากล 2 กลุ่มคือ (American Society for Reproductive Medicine: ASRM, 2023)

1) สำหรับผู้ที่มีอายุทั่วไป การไม่สามารถตั้งครรภ์หลังจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุ้มกำเนิดเป็นเวลา 12 เดือน

2) ผู้ที่มีอายุมากหรือมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญพิจารณาให้การวินิจฉัยและประเมินเร็วขึ้นคือ หลัง 6 เดือน

แนวคิดใหม่นี้ยังยอมรับว่าภาวะมีบุตรยากเป็น “ภาวะทางการแพทย์” ที่ต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม โดยไม่จำกัดเพียงคู่สมรสแบบชายหญิงเท่านั้น เช่น กรณีบุคคลเดียว คุ้รักเพศเดียวกัน ทั้งนี้ข้อกำหนดด้านระยะเวลาในการวินิจฉัยอาจปรับได้ตามอายุ และบริบทของผู้รับบริการตามความเหมาะสมขององค์กรวิชาชีพและแนวทางระดับประเทศ (ASRM, 2023) (WHO, 2025a)

ภาวะมีบุตรยาก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (WHO, 2025a) ดังนี้

1. ภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน

2. ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (Secondary Infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาก่อน แต่ภายหลังไม่มีการตั้งครรภ์อีก โดยไม่ได้คุณกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสมำเสมอเกินกว่า 1 ปี ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหรือนับภายนหลังลื้นสุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

อุบัติการณ์ จากข้อมูลภาวะมีบุตรยากทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 5–30 ของคู่สมรสทั้งนี้แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยเฉลี่ยพบว่าคู่สมรส 1 คู่ จะมี 1 คู่ ที่มีปัญหาการมีบุตรยากเกิดขึ้น สำหรับในประเทศไทย พบคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ร้อยละ 11 โดยจำนวนคู่สมรสตั้งกล่าว เป็นคู่สมรสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึงร้อยละ 13.1 กรุงเทพมหานคร มีปัญหาการมีบุตรยากน้อยที่สุด คือ พบเพียงร้อยละ 8 (WHO, 2016)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากของคู่สมรส เกิดโดยทั้งจากฝ่ายชายและฝ่ายหญิง แต่ส่วนใหญ่พบได้ในฝ่ายหญิง โดยฝ่ายหญิงพบได้ร้อยละ 40–60 ส่วนฝ่ายชายพบร้อยละ 20–40 (WHO, 2016; Carson SA, Kallen AN, 2021)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง พบปัญหาการตกไข่เป็นสาเหตุสำคัญ โดยกลุ่มโรคถุงน้ำรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome: PCOS) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยซึ่งทำให้เกิดการตกไข่ผิดปกติหรือไม่ตกไข่เลย ส่วนท่อน้ำไข่คุดตันหรือพังผืดที่เกิดจากการติดเชื้อในช่องท้องหรือการผ่าตัดก่อนหน้าเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการขัดขวางการพับนอกร่างกายของไข่และสเปร์ม อย่างชัดเจน เช่น ไข่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) แม้จะมีหลายระดับความรุนแรง แต่ในระดับที่ทำให้พังผืดหรือรบกวนสภาพแวดล้อมภายในอุ้งเชิงกราน จะลดโอกาสการผังตัวของตัวอ่อนและเพิ่มโอกาสภาวะมีบุตรยากซับซ้อนซึ่งเป็นหนึ่งในโรคที่รักษายากและมักต้องการการรักษาหลายรูปแบบรวมกัน ส่วนเนื้องอกมดลูก (leiomyoma) โดยเฉพาะชนิดที่ยื่นเข้ามาในโพรงมดลูกหรือมีขนาดใหญ่ สามารถรบกวนการผังตัวของตัวอ่อนได้เช่นกัน (National Institute for Health and Care Excellence: NICE, 2017) รายละเอียดดังนี้

### 1. สภาพทางกายที่ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์ลดลง

1.1 โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคขอบหีบ โรคเลือด โรคมะเร็ง

1.2 ความผิดปกติที่เกี่ยวกับอวัยวะสีบพันธุ์ เช่น ความผิดปกติของช่องคลอดปากมดลูก มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสีบพันธุ์ การทำแท้ง และการขูดมดลูก มีการศึกษาความซุกของความผิดปกติที่ท่อนำไข่ในผู้หญิงที่มีบุตรยากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ความซุกของความผิดปกติที่ท่อนำไข่ที่ตรวจพบมากที่สุดคือ ท่อนำไข่ส่วนเหนือดัน รองลงมาคือ ท่อนำไข่มีพยาธิสภาพหลายตำแหน่ง นอกจากนี้ ยังพบเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน เนื่องจากของกล้ามเนื้อมดลูก และถุงน้ำรังไข่

1.3 ความผิดปกติที่เกิดจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เช่น การติดเชื้อที่อวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เนื่องจาก รวมทั้งการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้อง

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของต่อมไร้ท่อ เช่น ความผิดปกติของต่อมด้วยรอยต่อหรือต่อมหมากไต อาจทำให้การทำงานของไฮโปฟิลาแมสและต่อมพิทูอิตารีผิดปกติไป

2. สภาพทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ซึ่งส่งผลให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือรังไข่มีการทำงานที่ผิดปกติ ผลลัพธ์ไม่มีการตกไข่

**สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชาย** พบร้อยกว่าฝ่ายหญิง ฝ่ายชายสาเหตุหลักคือ ความผิดปกติของน้ำเชื้อ (semen abnormalities) ซึ่งประเมินได้โดยการตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้อ (semen analysis) เพื่อคุณภาพ รูปร่าง และการเคลื่อนที่ของสเปร์ม สาเหตุของความผิดปกติของสเปร์มมีดังนี้ แต่ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะฮอร์โมนผิดปกติ การติดเชื้อระบบสีบพันธุ์ชาย มีความเสี่ยงจากการบาดเจ็บหรือการผ่าตัด รวมถึงภาวะ varicocele ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบบ่อยและสามารถแก้ไขด้วยการผ่าตัดในบางกรณี นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ การใช้ยาและสารเคมี สารเสพติด และการสัมผัสสารพิษในสิ่งแวดล้อม ก็มีผลต่อคุณภาพสเปร์ม (American Academy of Family Physicians: AAFP, 2023) มีดังนี้

1. สภาพร่างกายที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ลดลง และบางกรณีมีผลต่อการสร้างอสุจิลดลง ได้แก่ โรคติดเชื้อ (คางทูม ภูมิแพ้) ที่ทำให้การสร้างตัวอสุจิหรือการผ่านออกของน้ำอสุจิผิดปกติ การมีคุณภาพเพศหลายคน การได้รับสารเคมีหรือโลหะบางชนิด ได้แก่ ตะกั่ว ปรอท การได้รับอุบัติเหตุ และการติดสารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ความผิดปกติของอวัยวะสีบพันธุ์แต่กำเนิด เช่น เชลล์ในการสร้างอสุจิไม่เจริญ (Testicular germinal aplasia) ลูก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

อัณฑะไม่ลงในถุงอัณฑะ (Undescended testis) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่เป็นสาเหตุของปัญหาในการสร้างอสุจิเช่นกัน

2. สภาพจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งส่งผลให้มีการสร้างอสุจิน้อยลง อย่างไรก็ตามไม่แข็งตัว (Impotence) ทำให้มีการมั่นคงทางเพศลดน้อยลงหรือไม่มีเลย บางครั้งมีการหลังอสุจิเร็วเกินไป (Premature ejaculation) จึงทำให้มีโอกาสการตั้งครรภ์ลดน้อยลง

นอกจากสาเหตุที่เกิดขึ้นเฉพาะจากฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายแล้ว พบวัยร่วมเพศ รวมทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ดังนี้

1. อายุของสามีและภรรยา โดยพบว่าภรรยาที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี อัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 20-25 แต่หากอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี อยู่ที่ร้อยละ 13.5 และอัตราการตั้งครรภ์จะลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 1.7 เมื่อภรรยา มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ฝ่ายสามีก็พบว่าอายุมีผลต่อการมีบุตรยาก โดยเมื่ออายุมากขึ้น ระดับฮอร์โมนเทลโกลสเตอโรนลดลง ปริมาณน้ำอสุจิ อัตราการเคลื่อนไหว รวมทั้งรูปร่างเชื้ออสุจิที่ปกติจะลดต่ำลง (WHO, 2016)

2. อัตราการมีเพศสัมพันธ์ มีผลโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ โดยคุณสมรรถนะที่มีเพศสัมพันธ์ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้ช่วงที่มีเพศสัมพันธ์ อยู่ในช่วงเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ดี ถ้าหากว่านี้จะทำให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง (WHO, 2016)

3. ขาดความรู้เรื่องเพศ การไม่ทราบช่วงเวลาการตกไข่ซึ่งเป็นระยะที่มีโอกาสสูงในการตั้งครรภ์มาฝึกอบรมเพศ หรือบางรายมีการสวนล่างของคลอดหลังการร่วมเพศเสร็จใหม่ ๆ ทำให้อสุจิถูกพัดพาออกไป ซึ่งทำให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ลดน้อยลง (WHO, 2016)

จากสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าปัญหาภาวะมีบุตรยากเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากฝ่ายหญิง ฝ่ายชาย หรือสาเหตุร่วมที่พบได้ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายอย่างไรก็ตาม พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่จะเป็นจากฝ่ายหญิง โดยประเมินจากระยะเวลา 1 ปี หรือ 6 เดือน มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และยังไม่ตั้งครรภ์ ให้สัมภาษณ์เบื้องต้นว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องมีปัญหา คือ ผู้หญิงที่มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ส่วนผู้ชายเป็นปัญหาเรื่องเชื้ออสุจิผิดปกติ หรือการถูกกระบวนการเทือนอย่างรุนแรงบริเวณอัณฑะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาของผู้หญิง เช่น ไข่ไม่ตก มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุโพรอมดลูกเจริญพิที เป็นเนื้องอกมดลูก ทำหมันแล้วมาแก้หมัน มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งโรคที่แก้ได้ยากที่สุด คือ

โรคที่เกิดจากพังผืดหรือเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ทำให้การผังตัวของตัวอ่อนไม่แข็งแรง หลุดลอกออกมากเป็นประจำเดือน

### ผลกระทบของภาวะมีบุตรยากในคุณสมรส ส่งผลกระทบโดยหลักประการ

**ผลกระทบต่อคุณสมรส** ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตสมรส เนื่องจากคุณสมรสไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวังของตนเอง ครอบครัว และสังคม คุณสมรสที่ไม่มีบุตร มักได้รับการซักถามจากญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงในสังคมอยู่เสมอในเรื่องการมีบุตร ซึ่งมีดังนี้

1. ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกว่ามีความสามารถไม่มากพอที่จะมีบุตรได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบในการสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีและภรรยา รวมทั้งจะเกิดความคับข้องใจในความสามารถในการมีบุตรของตนเอง รู้สึกกลมเหลวในการทำงานที่ทำการเป็นบิดามารดา

2. ฝ่ายชายมักรู้สึกว่าตนเองเป็นชายที่ไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถมีบุตรได้ บางคนรู้สึกอย่างและไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่าไม่สามารถมีบุตรได้ โดยมักเชื่อมโยงการมีบุตรยากกับระดับสมรรถภาพทางเพศเข้าด้วยกัน คิดว่าตนเองหย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงทำให้ไม่มีบุตร

3. ฝ่ายหญิงจะรับรู้ว่าการมีบุตรยากส่งผลกระทบต่องค์รับประทานและครอบครัวมากกว่าฝ่ายชาย รู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่ภรรยาไม่ครบถ้วน บางคนรู้สึกอิจฉาครอบครัวที่มีบุตร ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและสัมพันธภาพในคุณสมรส และยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่งเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากของตนเอง

4. กลัวต่อสถานการณ์ที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น เช่น กลัวที่จะไม่มีบุตรสืบสกุล กลัวไม่มีบุตรหลานในการดูแลยามแก่ครษา วิตกกังวลว่าไม่มีโอกาสในการเป็นมารดา หันไปด้านความสัมพันธ์ของคุณสมรสและการยอมรับของบิดามารดาของคุณสมรสในภาวะมีบุตรยากของตนเอง

5. คานิยมของสังคมนั้นให้ความสำคัญที่เมื่อคุณสมรมีการแต่งงานแล้ว จะต้องมีบุตรสืบต่อวงศ์ตระกูล หากคุณสมรสไม่สามารถมีบุตรได้ ย่อมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้คุณสมรสรู้สึกว่าถูกตัดขาดจากสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มกับคุณสมรสที่มีบุตรได้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกเมื่อติดกับเด็กหรือครอบครัวที่มีเด็ก มีความต้องการที่จะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนหรือญาติพี่น้อง ไม่มั่นใจในการแสดงตัวในสังคม

**ผลกระทบต่อระบบครอบครัว** ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับญาติและฝ่ายเนื่องจากมักจะมีความคาดหวังจากญาติว่าจะต้องมีบุตรเพื่อดำรงวงศ์ตระกูล ในครอบครัวที่

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม :** การพยาบาลมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ไม่มีบุตร มักจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติ โดยเฉพาะพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งถ้ามีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่มีความรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสามีและภรรยาได้ เนื่องจากสังคมไทยให้ความสำคัญกับบุพการี ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างหรือการมีสามีและภรรยาใหม่เพื่อให้สามารถมีบุตรได้ รวมถึงผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับมรดก เพราะมีหลายครอบครัวที่ต้องการมีบุตรเพื่อดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สินมรดกของครอบครัว การไม่มีบุตรจึงทำให้มีความรู้สึกขาดความมั่นคงและปลอดภัย

**การประเมินผู้มีภาวะมีบุตรยาก** ควรเริ่มด้วยประวัติทางการแพทย์ที่ละเอียดและ การซักประวัติทางสูติศาสตร์-นรีเวช รวมถึงการสอบถามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ความชอบทางเพศ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการคำนวณโอกาสตั้งครรภ์ การประเมินเบื้องต้นของผู้ชายทั่วไปควรรวมการตรวจรอบเดือนและการประเมินการตกลง ในขณะที่ผู้ชายควรทำการตรวจน้ำเชื้อเป็นการทดสอบพื้นฐาน การตรวจเพิ่มเติมอาจรวมถึงการตรวจระดับฮอร์โมน การตรวจอัลตราซาวด์ทรวงมหาลูก รังไข่ การตรวจท่อน้ำไข่ ด้วย HSG (hysterosalpingography) หรือการผ่าตัดตรวจโดยตรง (laparoscopy/hysteroscopy) เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางที่ยอมรับทั่วไป (WHO, 2025a; NICE, 2017) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

**แนวทางการจัดการ** ขึ้นกับสาเหตุและปัจจัยเฉพาะบุคคล โดยการจัดการระดับพื้นฐาน มักเน้นการปรับปรุงสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การปรับน้ำหนัก การควบคุมโรคเรื้อรัง การเลิกบุหรี่ และการจัดการบีบจัดสังคม-จิตใจ เมื่อสาเหตุเป็นการตกไข่พิดปกติ อาจใช้การกระตุ้นการตกไข่ด้วยฮอร์โมนหรือยากระตุ้นรังไข่ หากเป็นปัญหาท่อน้ำไข่ที่อุดตัน การผ่าตัดซ้อมแซมหรือการทำ IVF อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม หากเป็นสาเหตุฝ่ายชาย เช่นความผิดปกติของสเปริร์ม การรักษาที่เหมาะสมอาจรวมการปรับพฤติกรรม การผ่าตัดแก้ไข varicocele หรือการใช้เทคนิคช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น IUI หรือ IVF, ICSI ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะและการพิจารณาทางคลินิกโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ (WHO, 2025a; Carson SA, Kallen AN, 2021) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

ในกรณีเฉพาะบางอย่าง เช่น ผู้ที่เคยทำหมันแล้ว “การแก้หมัน” (tubal reversal) อาจช่วยให้กลับมามีโอกาสตั้งครรภ์ได้ แต่ความสำเร็จขึ้นกับชนิดของการทำหมันและสภาพท่อน้ำ

ไข่ ในหลายกรณีการทำ IVF เป็นทางเลือกที่มีความสำคัญมากกว่าและอาจแนะนำเป็นทางเลือกแรกในผู้ที่มีประวัติการทำมันหรือพังผืดรุนแรง ในขณะที่เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) โดยเฉพาะในระยะที่มีพังผืดและระบบการผงตัว ถือเป็นภาวะที่รักษายาก และมักต้องการการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพและการรักษารวมหลายมาตรการเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ (NICE, 2017) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

**สุดท้าย** ประเด็นด้านจิตสังคมมีความสำคัญสูงในการดูแลภาวะมีบุตรยาก ผู้รับบริการมักเผชิญความเครียด ความอับอาย และแรงกดดันทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจรักษาและพัฒนาระบบสุขภาพ การให้การสนับสนุนทางจิตวิทยา การให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน และการจัดการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) จะช่วยลดภาระทางจิตใจ เพิ่มการยึดติดกับการรักษา และปรับปรุงผลลัพธ์ในภาพรวม ทั้งนี้องค์ประกอบการป้องกัน การให้ความรู้ล่วงหน้า และการเข้าถึงบริการคุณภาพ เป็นส่วนสำคัญของนโยบายสาธารณสุข เพื่อรับมือประเด็นภาวะมีบุตรยากในระดับประชากรต่อไป (WHO, 2025a; 2023)

จากสถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และ 2) ภาวะมีบุตรยาก จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การประเมินความเสี่ยงและการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ ดังรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

### 3. กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception nursing process)

การพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception nursing care) เป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพ เตรียมความพร้อม และลดปัจจัยเสี่ยงของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์ โดยกระบวนการพยาบาล (nursing process) เป็นกรอบแนวคิดในการดูแลอย่างเป็นระบบ มีเหตุผล และสามารถประเมินผลได้อย่างชัดเจน การพยาบาลในระยะนี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์กรอนามัยโลก (WHO), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) และตำราพยาบาลสากล (Lowdermilk และ Pillitteri) ซึ่งเน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลในการคัดกรอง (screening) ให้คำปรึกษา (counseling) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) และวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) ดังนั้น กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

care) หมายถึง การค้นหา (identify) และการปรับเปลี่ยน (modify) ด้านชีวภาพ (biomedical) ด้านพฤติกรรม (behavioral) และด้านสังคม (social) ของผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ออกมาดีที่สุด คือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย”

กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก (ADPIE) ได้แก่ การประเมิน (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผน (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation) และการประเมินผล (evaluation) รายละเอียดดังนี้

## 1. การประเมิน (assessment)

การประเมิน เป็นขั้นตอนแรกและที่สำคัญของการดูแลก่อนตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลที่รับได้ (objective data) และข้อมูลที่ผู้รับบริการบอกเล่า (subjective data) การประเมินในระยะนี้ควรครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงประวัติสูติกรรม (obstetric history) และข้อมูลทางพันธุกรรม โดยรายละเอียดได้กล่าวไว้ในหัวข้อที่ 1 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception risk assessment) ไว้แล้วนั้น ซึ่งในส่วนที่ 3 นี้ จะทบทวนการประเมิน เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งการประเมิน ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินด้านจิตสังคม และการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้

### 1.1 การซักประวัติ (history investigation)

การซักประวัติ ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต ไตรอยด์ ประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น แท้งซ้ำซาก คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ประวัติยาที่ใช้เป็นประจำและยาที่อาจก่อให้เกิดความพิการต่อทารก (teratogenic drugs) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ตีมแมลงวัน G6PD กลุ่มอาการดาวน์ และประวัติการได้รับวัคซีน เช่น Rubella, Hepatitis B เป็นต้น

### 1.2 การตรวจร่างกาย (physical examination)

การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ชั้นหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI วัดความดันโลหิต ตรวจประเมินสภาพโภชนาการ ตรวจเต้านม ต่อมไทรอยด์ ของท้อง และอวัยวะลีบพันธุ์

### 1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory examination)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การคัดกรองโรคที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ เช่น CBC เพื่อประเมินภาวะโลหิต像 Blood group & Rh, HIV, HBV, Syphilis, Rubella IgG, FBS หรือ OGTT, TSH screening, การคัดกรองชาลัสซีเมียในครรภ์

### 1.4 การประเมินด้านจิตสังคม (psychosocial assessment)

การประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว การสนับสนุนจากคู่สมรส ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพร้อมของครอบครัว

### 1.5 การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (environmental assessment)

การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสัมผัสริมฝีปาก สารเคมี โลหะหนัก multiplicating ออกาด หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย

ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง การค้นหาความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกเมื่อตั้งครรภ์ การให้ความรู้แก่แม่การดูแลความเสี่ยงเหล่านี้ และให้การดูแลอย่างเหมาะสมก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น เพื่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในเรื่องสุขภาพ ทั้งเรื่องโภชนาการ การได้รับยา และการป้องกัน การสัมผัสริมฝีปากต่าง ๆ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เตรียมความพร้อม และบางรายก็ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ จึงมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา

อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้การดูแลก่อนตั้งครรภ์แก่ผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ดังนี้ 1) ตรวจร่างกายก่อนสมรส 2) ให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิด 3) ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) ให้คำปรึกษาหลังจากการพบว่าไม่ตั้งครรภ์ และ 5) ให้คำปรึกษาหูถ่ายวัยเจริญพันธุ์ที่มาตรวจสุขภาพประจำปี โดยการใช้แบบประเมินความเสี่ยงเชิงโครงสร้าง เช่น WHO MCP Card, Preconception Risk Screening Tool หรือ “One Key Question” ที่สอบถามว่า “คุณ

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ต้องการตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีข้างหน้าหรือไม่” เป็นวิธีเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์ได้

## 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

หลังสำรวจข้อมูล พยาบาลต้องวิเคราะห์และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐาน NANDA International เช่น เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคประจำตัว เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางเนื่องจากโภชนาการไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตชาในครรภ์เนื่องจากการสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การวินิจฉัยที่ถูกต้องช่วยวางแผนการรักษาให้การพยาบาลเป็นไปอย่างตรงประเด็น และมีประสิทธิภาพ

## 3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

การวางแผนคร่าวมีความเฉพาะบุคคล (individualized plan) และสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง เช่น แผนโภชนาการเพื่อปรับน้ำหนักตัว แผนควบคุมโรคเบาหวานหรือความดันโลหิต แผนเลิกบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ แผนการเสริมโฟลิก (400–800 mcg/day) แผนตรวจคัดกรองทางพัฒนชุดกรรรม การจัดการด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงในครอบครัว แนวทางนี้สอดคล้องกับคำแนะนำของ ACOG (2024) และ WHO (2016)

## 4. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ส่งเสริมการใช้กรดโฟลิก ก่อนตั้งครรภ์ การติดตามสัญญาณชี้พและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประสานงานกับทีมแพทย์และพยาบาล เช่น สูติแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และส่งต่อกรณีความเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจ ไตเรื้อรัง และโรคแพ้ภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

## 5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นการตรวจสอบว่า ปัจจัยเสี่ยงลดลงหรือไม่ เป้าหมายการพยาบาลบรรลุผลหรือไม่ ผู้รับบริการสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด โรคประจำตัว

ได้รับการควบคุมในระดับปลอดภัยหรือไม่ ต้องมีการปรับแผนการพยาบาลหรือส่งต่อเพิ่มเติม หรือไม่ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ควรประเมินซ้ำก่อนเริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้มั่นใจว่ามารดาได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมสมที่สุด

จากแนวคิดกระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ 5 ขั้นตอนหลัก (ADPIE) ดังกล่าว สามารถสรุปการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ ที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและทางเลือกในการจัดการความเสี่ยง และ 3) การจัดการความเสี่ยงนั้นเพื่อให้การดูแลรายละเอียดดังนี้

### 1. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 อายุ (age) มารดาที่มีอายุมากมีความเสี่ยง เช่น ภาวะมีบุตรยาก หรือภาวะที่หากมีจำนวนโครโมโซมนากกว่าหรือน้อยกว่า 46 แท้ (fetal aneuploidy) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นต้น

1.2 ประวัติการตั้งครรภ์ (reproductive history) คนหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต เช่น ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ หรือภาวะทารกระริญเดบิโตซ์ในครรภ์ (intrauterine growth restriction: IUGR) และประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นต้น

1.3 ประวัติการคลอดบุตรที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomaly) ประเมินความเสี่ยงว่ามีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ถัดมาหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้สามารถประเมินและหาวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงได้

1.4 ประวัติครอบครัว (family history) เพื่อค้นหาโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรมในครอบครัว เช่น ชาลัสซีเมีย, G6PD, down syndrome และ cystic fibrosis เป็นต้น

1.5 การใช้สารเสพติด (substance abuse) ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของมารดาและทารก เมื่อยังไม่ตั้งครรภ์ก็ตาม โดยการใช้สารเสพติดสามารถส่งผลต่อการเจริญพัฒนา ภาวะสุขภาพก่อนปฏิสนธิ (preconception health) และเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตัวอย่างที่พบบ่อยๆ ไปนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### 1.5.1 การใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use)

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือดื่มสุราแบบซอตต์ซอชต์ หรือดื่มครั้งละมาก ๆ (binge drinking) มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ว่างแผน เนื่องจากแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการตัดสินใจ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย หากตั้งครรภ์โดยไม่รู้ตัวในขณะที่ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ทารกในครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อภาวะ fetal alcohol spectrum disorders (FASDs) ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองและพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแท้ง คลอดตกอนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือแพห่องรุนแรงได้ (CDC, 2022)

### 1.5.2 การสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า (Tobacco and vaping)

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สูบบุหรี่ก่อนตั้งครรภ์มีแนวโน้มมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ มีความผิดปกติของรอบประจามเดือน และมีความเสี่ยงสูงต่อการแท้งในไตรมาสแรก ถ้าตั้งครรภ์ในขณะที่ยังสูบบุหรี่หรือไม่หยุดได้ทันเวลา จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดตกอนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และภาวะรถลอกตัวก่อนกำหนดได้ (WHO, 2021)

### 1.5.3 การใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย เช่น กัญชา แอมเฟตามีน ยาไอซ์ หรือยาบ้า หรือเมทแอมเฟตามีน หรือเมแทมเฟตามีน (methamphetamine) หรือโคเคน (Cocaine) เป็นต้น

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ใช้ยาเสพติดเหล่านี้ ก่อนตั้งครรภ์อาจเผชิญกับภาวะการเจริญพันธุ์ที่ผิดปกติ เช่น การตกไข่ไม่สม่ำเสมอ การมีบุตรยาก และมีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ เมื่อเข้าสู่การตั้งครรภ์ สารเสพติดสามารถผ่านรกไปสู่ทารก ทำให้เกิดภาวะทารกเติบโตชาในครรภ์ ความผิดปกติของระบบประสาท และภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) (March of Dimes, 2023)

### 1.5.4 การใช้ยาอนหลับและยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด

หญิงวัยเจริญพันธุ์บางรายที่ใช้opioid โดยไม่ได้รับการควบคุมจากแพทย์ อาจมีภาวะติดยาทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ยากและมีโอกาสตั้งครรภ์ในขณะที่ใช้ยาเหล่านี้อยู่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงอย่างมาก เพราะ opioid ส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองของทารก เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิด (birth defects) และอาการถอนยาเมื่อแรกเกิด (neonatal opioid withdrawal syndrome: NOWS) (ACOG, 2021)

**1.6 ปัญหาทางจิตสังคม (psychosocial issues)** ผู้ที่มีภาวะเครียด ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาสุขภาพจิต หากเคยรักษาอยู่ไม่ควรขาดยาและควรปรึกษาแพทย์เพื่อค่อย ๆ หยุดยา ร่วมกับใช้วิธีการทำจิตบำบัด (psychotherapy) เนื่องจากอาจมีผลเสียด้านอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ความสมำเสมอในการฝ่ากครรภ์ตามนัด ภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป การใช้สารสเปตติค เป็นต้น ซึ่งมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ แต่ถ้ามีอาการเล็กน้อย ควรรักษาอาการให้สงบและคงที่ก่อน และจึงประเมินความพร้อมของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ในการจัดการปัญหาทางจิตสังคมควรเบ恩ความร่วมมือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) และควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง (monitoring) โดยเฉพาะเมื่อมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยร่วมหลายอย่าง

**1.7 การดื่มกาแฟ (coffeeine)** ในสังคมยุคปัจจุบัน คนทั่วไปนิยมดื่มกาแฟกันมาก ซึ่งมีการศึกษาเชิงสังเกต (observational studies) พบว่าคาเฟอีนล้มเหลว กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี เช่น เพิ่มโอกาสแท้ง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์ หรือกำลังตั้งครรภ์ควรลดปริมาณเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนลง เพื่อลดโอกาสในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์

**1.8 ดัชนีมวลกาย (BMI)** หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะอ้วนจะสัมพันธ์กับการมีบุตรยากเพิ่มความเสี่ยงที่ทารกจะมีความพิการแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ครรภ์เป็นพิษ ทารกตัวโต เพิ่มอัตราการพัฒนาด้านทางหน้าท้อง และการคลอดยาก เป็นต้น ดังนั้นก่อนที่จะตั้งครรภ์ควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในค่าปกติของ BMI (body mass index) เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและสังคม :** การพยาบาลมาตรฐาน และหาราในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

**1.9 สิ่งแวดล้อม (environmental exposure)** การเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษในระหว่างการตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 1 มีผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อน และส่งผลกระทบตลอดชีวิตของทารก ดังนั้น หน่วยงานทางการแพทย์จึงมีบทบาทที่เรียกว่า Risk Communication คือ การพูดคุยกับความเสี่ยงและการลดโอกาสที่จะสัมผัสถึงสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ทั้งในบ้าน ชุมชน และที่ทำงาน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่

**1.9.1 ปรอท (mercury)** ส่วนใหญ่ถูกปล่อยจากโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่แหล่งน้ำและถูกดูดน้ำโดยสารโดยถ่ายสารเคมีเป็น methyl mercury สะสมอยู่ในปลา ปรอทเป็นพิษต่อระบบประสาท (neurotoxin) จากเหตุการณ์ที่เกะมินามาตะ ประเทศญี่ปุ่น ในปี 1950 ซึ่งมีการรั่วไหลของสารปรอท ลงพื้นดินให้เด็กที่เกิดมีภาวะ cerebral palsy, mental retardation ตาบอด และความผิดปกติทางระบบประสาಥื่น ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานปลาที่มีสารปรอทเจือปน โดยเฉพาะปลาทะเลเนื้อสีขาว หรือมีโอกาสสัมผัสสารปรอทสูง แต่เนื่องจากปลาเป็นแหล่งของสารอาหารที่มีประโยชน์ เป็นแหล่งโปรตีนชนิดที่กรดไขมันต่ำ และมีโอมega 3 (omega 3) ซึ่งมีประโยชน์ในเรื่องของการเพิ่มอายุครรภ์และน้ำหนักตัวทารก The US Environmental Protection Agency (EPA) รวมกับ U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2019; 2021) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานปลา 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมาจากแหล่งปลาที่ เชื่อถือได้ และหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางที่ผลิตจากสารปรอท (เครื่องสำอางที่ไม่ผ่าน อย.)

**1.9.2 ตะกั่ว (Lead)** เป็นสารที่มีพิษต่อระบบประสาท จากการศึกษาพบว่า มาตราที่มีสารตะกั่วในเลือดมากกว่า  $10 \mu\text{g}/\text{dl}$  สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension: GHT) การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย มาตราที่มีสารตะกั่วในเลือดมากกว่า  $30 \mu\text{g}/\text{dl}$  มีความสัมพันธ์กับการที่ทารกมีลักษณะผิดรูปแต่กำเนิด แท้ง และภาวะรากເກະตໍາ และหญิงตั้งครรภ์ยังมีความเสี่ยงต่อการสลายตัวของกระดูกซึ่งถูกแทนที่ด้วยสารตะกั่ว การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารตะกั่ว เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสีสันจัดจ้าน เป็นต้น

**1.9.3 ยาฆ่าแมลง (Pesticide)** สารเคมีในกลุ่ม pesticides รวมถึงยาฆ่าหญ้า (herbicide) ยาฆ่าแมลง (insecticide) ยาฆ่าหนู (rodenticide) สารเคมีเหล่านี้ปั่นเปื้อนอยู่ในอาหาร ในบ้านเรือน ในน้ำดื่มน้ำใช้ โดยอาจสัมผัสจากการรับประทานอาหาร การซื้อผ่าน

ผิวนหนัง ซึ่งอาจถลอกด้วยภายในเวลาเป็นชั่วโมง เช่น organophosphate หรือยาฆ่าแมลง ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเป็นเวลาหลายปี เช่น organochlorine ซึ่งจากการศึกษาแบบ Cohort Study เกี่ยวกับความเข้มข้นของสารเคมีในปัสสาวะของมารดาในขณะตั้งครรภ์ พบร้ามีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาต่ำ และความล่าช้าของพัฒนาการของทารก (Low IQ & developmental delay) นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวของทารก (Leukemia) ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR)

**1.9.4 อีดีซี (Endocrine disrupting chemical: EDCs)** คือ สารเคมีที่มีผลต่อระบบ Hormone ในร่างกาย และทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพในอนาคต เช่น ไดเอทิลสติลเบสทรอล (diethylstilbestrol) เป็นยาสติเรเจนส์เคราะห์ที่ใช้ป้องกันการแท้งในช่วงปี ค.ศ. 1940–1970 ซึ่งมีผลเสียต่อคนรุ่นต่อมา ในเรื่องการมีบุตรยากของลูก การเกิดเป็นมะเร็งในช่องคลอด (vaginal adenocarcinoma) ภาวะรูปเปิดท่อปัสสาวะต่ำกว่าปกติในเพศชาย (hypospadias) และภาวะท้องเดง (cryptorchidism) คือ การที่อัณฑะไม่เคลื่อนลงมาในถุงอัณฑะตามปกติตั้งแต่แรกเกิด สามารถเกิดข้างเดียวหรือสองข้างได้ เป็นผลจากการขาดฮอร์โมนเพศชาย (testosterone) ในรุ่นหลาน ซึ่งในขณะนี้ห้ามใช้แล้ว แต่ยังมีสารเคมีประเภทเดียวกันนี้ที่ถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ เช่น ไบฟีนอล A (bisphenol A) กระปองสแตนเลสบรรจุอาหาร ใบเสร็จรับเงิน (phthalates) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของพลาสติกที่ใช้บรรจุอาหาร และ polybrominated diethyl ether (PBDEs) ใช้เคลือบกันความร้อน เสื้อผ้า และเฟอร์นิเจอร์ เช่น เตียงนอน มีการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบร้าสารเคมีเหล่านี้มีผลต่อรุ่นลูกของสัตว์ที่สัมผัสถกสาร EDCs ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ของทั้งเพศชายและหญิง พัฒนาการของระบบประสาทผิดปกติ แม้หลักฐานในมนุษย์ยังมีค่อนข้างน้อย แต่ก็ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้สูกในกล่องพลาสติก ควรรับประทานอาหารสด อาหารปลอดสารพิษ (รูปที่ 2.14)

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**



**รูปที่ 2.14** ตัวอย่างแหล่งที่มาของสารรบกวนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Disruptors) ในชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อม EDCs (endocrine disrupting chemical)

**ที่มา:** ตัดแปลงจาก National Institute of Environmental Health Sciences (n.d.). ภาพนี้อยู่ในสถานะ: Public Domain โดยหน่วยงาน NIEHS/NIH สหรัฐอเมริกา

**ตารางที่ 2.1** สารรบกวนต่อมไร้ท่อ (EDCs) แหล่งที่พบ และอวัยวะที่ได้รับผลกระทบ

กลุ่มสารเคมี	แหล่งที่พบในชีวิตประจำวัน	อวัยวะ/ระบบที่ได้รับผลกระทบ
Bisphenol A (BPA)	บรรจุภัณฑ์พลาสติกใส (Polycarbonate) สารเคลือบกระป๋องอาหาร	ระบบสืบพันธุ์ พัฒนาการของสมองทารก ต่อมน้ำนม
Dioxins	เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันสูง (สะสมจากสิ่งแวดล้อม)	ระบบภูมิคุ้มกัน พัฒนาการของทารกในครรภ์
Flame Retardants (PBDEs)	โฟมในเบาะที่นั่น พร้อม อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์	ต่อมไหrovychid ระบบประสาทและพัฒนาการทาง胎蒂บัญญา
Phthalates	ของเล่นเด็กพลาสติกนิ่ม, สายยาง (PVC) เครื่องสำอาง น้ำหอม	ระบบสืบพันธุ์เพศชาย (การสร้างอสุจิ) ต่อมลูกหมาก

กลุ่มสารเคมี	แหล่งที่พบในชีวิตประจำวัน	อวัยวะ/ระบบที่ได้รับผลกระทบหลัก
Pesticides	ผัก ผลไม้ และเหล็กน้ำที่ป่นเป็นสารเคมีเกษตร	ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบเผาผลาญ (Metabolism)
Phytoestrogens	พืชตระกูลถั่ว (โดยเฉพาะถั่วเหลือง) ขัญพืชบางชนิด	ระบบฮอร์โมนเพศ (เนื่องจากมีโครงสร้างคล้ายเอสโตรเจน)
PFAS	กระหงเคลือบกันติด (Non-stick) บรรจุภัณฑ์อาหารกันน้ำมัน ผ้ากันน้ำ	ตับ ระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของฮอร์โมนเผาผลาญไขมัน

หมายเหตุ ระดับความรุนแรงของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณ ระยะเวลาที่ได้รับ และช่วงอายุที่ได้รับสารโดยเฉพาะช่วงตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อทารกในครรภ์

ที่มา: ตัดแปลงจาก National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS)

การให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ จึงเป็นโอกาสที่ดีในการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสมดุลระหว่างความกลัวที่มากเกินไปกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสัมผัสสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ

### 1.10 การรักษาภาระมีบุตรยาก

จากสถานการณ์ที่ก่อภาระมาแล้ว สาเหตุของภาระมีบุตรยากแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เกือบร้อยละ 90 ของผู้ที่มีบุตรยากทั้งหมด มาจากปัจจัยทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ซึ่งถ้าค้นพบปัจจัยเสี่ยงนี้ในคุณสมรรถ์สามารถรักษาให้ประสบความสำเร็จได้ทางเลือกของการรักษา มีทั้งการผ่าตัด การใช้ยา และการใช้เทคนิคช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization and embryo transfer: IVF) และ การทำอิจซี (intracytoplasmic sperm injection: ICSI) เพื่อกราะตุ้นให้ไข่ต่ำมากขึ้น การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติอย่างเช่นสีบพันธุ์ และ การฉีดน้ำเชื้อเข้าในโพรงมดลูก (intrauterine insemination : IUI) เป็นต้น ในการรักษาภาระมีบุตรยากนั้น จำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยและอาจต้องทำการรักษาหลายครั้ง ซึ่งการรักษานั้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของคุณสมรรถ

#### การรักษาภาระมีบุตรยากในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1. การรักษาโดยวิธีการเบื้องต้น (primary methods) คือ การให้มีเพศสัมพันธ์ในวันที่ไข่ตก การแก้ไขตามสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าไม่มีไข่ตกก็ให้ยากระตุ้นการตกไข่ ท่อน้ำไข่มีการขุดตันก็ทำการผ่าตัดต่อท่อน้ำไข่ใหม่ การต่อห้องอสุจิของฝ่ายชายหลังการทำหมัน เป็นต้น

**การประเมินภาระเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (assisted reproductive technology: ART) ในคู่สมรสบางคู่ที่ไม่สามารถใช้วิธีการรักษาโดยวิธีการเบื้องต้นได้ เช่น การที่ฝ่ายชายมีปริมาณเชื้ออยู่น้อยมาก หรือฝ่ายหญิงมีท่อนำไข่ตีบตันหั้งสองข้าง จะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นี้เพื่อเพิ่มโอกาสการปฏิสนธิของเชื้ออสุจิกับไข่จากการที่ไม่สามารถเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติได้ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลาย รวมรวมได้ 9 วิธี รายละเอียดดังนี้

**2.1 การกระตุ้นรังไข่ และการผสมเทียม หรือการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (intrauterine insemination: IUI)** โดยนำเชื้ออสุจิที่เตรียมไว้ฉีดผ่านท่อขนาดเล็กที่สอดเข้าไปในโพรงมดลูก IUI เป็นการฉีดอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูกโดยตรงใกล้รับเวลาไข่ตก เป็นการทำในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับตัวอสุจิ เช่น จำนวนน้อย หรือเคลื่อนที่น้อย หรือการเข้ากันไม่ได้ระหว่างตัวอสุจิกับมูกที่ปากมดลูก สามารถช่วยผู้ชายที่มีปัญหาในการหลัง เช่น การหลังเร็ว IUI ช่วยเพิ่มจำนวนการตั้งครรภ์เนื่องจากตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูกโดยตรง (โดยไม่ผ่านช่องคลอด) ทำให้ได้ปริมาณที่มากขึ้นที่จะไปผสมกับไข่ที่ห่อนำไข่

IUI สามารถใช้การบริจาคมอสุจิได้ด้วย แนะนำให้ดูเว็บไซต์ร่วมเพศ 2-3 วัน ก่อนทำ IUI ในผู้ป่วยหญิงบางรายที่มีอาการไข้ตกผิดปกติอาจใช้ยาช่วยด้วย ผู้ชายจะต้องมาเก็บน้ำเชื้อ 1-2 ชั่วโมง ก่อนทำการ IUI จะต้องเตรียมน้ำเชื้อ ที่เรียกว่า การล้างตัวอสุจิด้วยน้ำเลี้ยงตัวอสุจิ (เป็นน้ำยาที่ไม่ทำปฏิกิริยากับเยื่อบุโพรงมดลูก และจะช่วยเพิ่มคุณภาพของตัวอสุจิด้วย) หลังจากล้างแล้ว แพทย์จะใช้สายเล็ก ๆ ใส่เข้าไปในโพรงมดลูก และฉีดน้ำเชื้อเข้าไปในโพรงมดลูก ซึ่งจะมีรูสีเก็บมาก หลังการทำ IUI ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติใจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ถ้าไม่สำเร็จในครั้งแรกอาจทำซ้ำในรอบต่อไปได้

การใช้ยากระตุ้นการตกไข่สามารถทำให้มีไข่ตกลงมาได้มากกว่า 1 พอง ใน 1 รอบ ยาสามารถควบคุมเวลาไข่ตก กำหนดเวลาการมีเพศสัมพันธ์หรือการทำ IUI และ IVF ได้แต่การใช้ยา มีความเสี่ยง อาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝด และอาจทำให้เกิดถุงน้ำรังไข่ รวมทั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป เช่น ปวดท้องน้อย แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Clomiphene Citrate, Gonadotropins, Metformin, Parlodel และ clomiphene citrate รายละเอียดดังนี้

- ยา clomiphene citrate (clomid, serophene) เป็นยาเม็ดที่ใช้ในผู้ที่มีประจำเดือนผิดปกติ อาการข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่า ร้อนวูบวาบ

- ยา gonadotropins (repronex, follistim, bravelle, pergonal, gonal f) เป็นยาเม็ดที่ช่วยเพิ่มจำนวนไข่ จากปกติจะต้องเพียง 1 ใบ ให้โตหอย白白 และยังช่วยให้ไข่โตเต็มที่ด้วยอาการข้างเคียง ได้แก่ แน่นท้อง หงุดหงิดง่าย เนื้ออย่างภายในเมื่อหลับ อาการต่าง ๆ จะหายไปหลังจากเก็บไข่แล้ว

- ยา กลูโคฟาจ (glucophage) หรือ เมตฟอร์มิน (metformin) เป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการลดระดับอินซูลินในกระแสเลือดให้ต่ำ ส่วนใหญ่ใช้กับโรคถุงน้ำรังไข่ (Polycystic Ovary Syndrome: PCOS) เป็นความผิดปกติของผู้หญิง โดยมีถุงน้ำเล็ก ๆ กระจายอยู่ในรังไข่ อาจเรียกว่า ซีสต์ในรังไข่ โรคนี้พบได้ค่อนข้างบ่อย ประมาณหนึ่งในลิบของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์จนถึงอายุ 45 ปี) ทำให้อาการดีขึ้น 2-3 เดือน หลังจากรับประทาน Metformin ทำให้หยุดอาการผมร่วง ลดภาวะไขขึ้นที่หน้าและตามร่างกาย ช่วยให้ความดันโลหิตปกติประจำเดือนมาตามปกติ น้ำหนักลด และมีบุตรได้

- ยา พาร์โลเดล (parlodel) เป็นยาที่ทำให้ระดับโปรแลคติน (prolactin) ต่ำ ถ้าผู้ป่วยมีเนื้องอกที่ต่อมใต้สมองพิทูอิตารี (pituitary gland) จะทำให้ขนาดเนื้องอกเล็กลง Parlodel มีอาการข้างเคียงน้อยเมื่อเทียบกับยาอื่น ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้

- ยา โคลมิฟีนซิตรे�ต (clomiphene citrate) โคลมิด (clomid) หรือ เชโรฟีน (Serophene) รับประทาน 5 วัน เริ่มวันแรก ๆ ของรอบเดือน ใช้สำหรับผู้ที่มีปัญหาไข่ไม่ตกมากกว่า 80 ของผู้มีบุตรยากจะมีไข่ตกหลังจากใช้ยา ยานี้อาจช่วยให้การทำ IUI ประสบความสำเร็จมากขึ้น

การกระตุ้นไข่ บางครั้งอาจใช้ โภโนไดโตรปิน (gonadotropins) หรือบางครั้งใช้รวมกันระหว่าง โคลมิฟีน (clomiphene) กับ โภโนไดโตรปิน (gonadotropins) เพื่อให้ได้ไข่หลายใบ ผู้ที่ได้รับการกระตุ้นไข่ต้องได้รับการเจาะเลือดและทำอัลตราซาวนด์ (ultrasound: U/S) ติดตามเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้กระตุ้นไข่มากเกินไป และเป็นการช่วยกำหนดขนาดการใช้ยา เพื่อให้ไข่เจริญเติบโตที่ลงน้อย การรักษาเช่นนี้ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์แฝดให้น้อยลง เมื่อจบกระบวนการกระตุ้นไข่ แพทย์จะสั่งให้ฮอร์โมนเอดีซีจี (human chorionic gonadotropins: HCG) ซึ่ง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

จะทำให้ไข่ต่อกายใน 24–36 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเดือนนั้น หรือทำ IUI อัตราการประสบความสำเร็จของการระดูนไข่เท่ากับร้อยละ 10–20 ขึ้นอยู่กับอายุของผู้หญิงด้วย

**2.2 การทำกีฟท์ (gamete intrafallopian tube transfer: GIFT)** วิธีนี้เริ่มจาก การได้รับยากระตุนรังไข่ให้ไข่เจริญหล่ายไป เมื่อ follicle โตเต็มที่แล้ว จะเก็บไข่โดยใช้หัวตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด นำเข้ามดูดไข่เข้าไปยังรังไข่ ดูดนำไข่ใน follicle ออก และนำไข่ออกมานำทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound-guided oocyte retrieval) ซึ่งเป็นมาตรฐานในการเก็บไข่สมัยใหม่ (ASRM, 2020; Zegers-Hochschild et al., 2017) จากนั้นจึงนำไข่กับเชื้ออสุจิผสมกันบริเวณท่อน้ำไข่ ถ้าเชื้อสมบูรณ์ ดีจะเกิดการปฏิสนธิ งานนั้นตัวอ่อนนึงคือ 一颗เคลื่อนมาผังตัวที่ propane ทำการทำ GIFT ถือเป็นการรักษาภาวะมีบุตรยากในยุคแรก ๆ ที่ต้องมีการผ่าตัด อัตราความสำเร็จจากการทำ GIFT เท่ากับร้อยละ 25

**2.3 การทำซิบ (zygote intra-fallopian transfer: ZIFT)** เป็นการใส่ไข่ที่มีการปฏิสนธิเรียบร้อยแล้วเข้าไปยังท่อน้ำไข่ วิธีการคล้ายกับการทำ GIFT แต่จะทำการปฏิสนธิภายในอุรังคายานเจริญเป็นตัวอ่อนระยะ 1 เซลล์ ที่เรียกว่า Zygote และจึงทำการผ่าตัดส่องกล้องเพื่อใส่ตัวอ่อนที่เป็น Zygote เข้าไปในท่อน้ำไข่เช่นกัน วิธีนี้เหมาะสมสำหรับคุณสมรรถที่ผ่านหูถ่ายมีท่อน้ำไข่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง อัตราความสำเร็จจากการทำ ZIFT เท่ากับร้อยละ 30

**2.4 การทำเต็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization and embryo transfer: IVF)** วิธีนี้จะนำไข่และเชื้ออสุจิมาทำการปฏิสนธิกายนอกอุรังคายานกระทั้งเกิดเป็นตัวอ่อน งานนั้นจะนำตัวอ่อนที่มีคุณภาพที่ดีใส่กลับเข้าสู่ propane เพื่อให้เกิดการผังตัว อัตราความสำเร็จจากการทำ IVF เท่ากับร้อยละ 50–60

**2.5 การทำอีกซี (intracytoplasmic sperm injection: ICSI)** วิธีนี้จะใช้เทคนิคการทำหัตถการด้วยกล้องจุลทรรศน์นิดติดเครื่องมือพิเศษเพื่อใช้ดูดอสุจิตัวเดียวเข้าไปในไข่มากเล็ก ๆ ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น และใช้เข็มนั่นเจาะเข้าไปในไข่ใบเดียว และนีดอสุจิเข้าไปในไข่ เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิ และเลี้ยงตัวอ่อนที่ได้จนถึงระยะที่พร้อม จึงนำตัวอ่อนใส่เข้าไปใน propane การรักษาทั้ง GIFT, ZIFT, IVF และ ICSI จะต้องมีการฉีดฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นการตกไข่ ที่ผ่านมานั้น ในการรักษาพบว่ามีผู้หญิงส่วนหนึ่งที่มีอาการแพ้ฮอร์โมน เพราะมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนที่มากเกินไปจนส่งผลกระทบตามมา

**2.6 การทำไอกวีเอ็ม (in-vitro maturation: IVM)** คือ การเก็บไข่ที่ยังโตไม่เต็มที่ จากรังไข่ด้วยวิธีการดูดออกมาเลี้ยงในห้องทดลองจนโตเต็มที่ ก่อนที่จะนำมาผสมกับเชื้ออสุจิ จนมีการปฏิสนธิที่สมบูรณ์แล้ว จึงนำกลับเข้าโครงมดลูกจนกระทั่งเกิดการตั้งครรภ์ วิธีนี้เป็น การพัฒนาวิธีการรักษาเพื่อช่วยผู้หญิงที่มีบุตรยาก วิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome: PCO หรือ PCOD) ซึ่งอาการ คือ การมีถุงน้ำรอบ ๆ รังไข่จำนวนมาก จนทำให้ไข่ไม่สมบูรณ์ อีกกรณีคือ ผู้ที่รักษาด้วยการกระตุนด้วย ฮอร์โมน แล้วตัวอ่อนที่ได้มีคุณภาพไม่ดี หรือมีการตอบสนองคุรุ่ง ฯ กลาง ๆ จากการใช้ ฮอร์โมน นอกจากนี้ยังใช้ช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ต้องการมีบุตร สามารถนำไข่อกมาเก็บรักษาได้ และสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานช้า ถ้าสามารถใช้เทคโนโลยีนี้เก็บรักษาไว้ เพื่อความ สมบูรณ์ของไข่ตั้งแต่ยังสาวได้ ข้อดีของการทำ IVM คือ เป็นวิธีที่ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด ยกหั้งยังมีความปลอดภัยสูง ดังนั้น ถ้าทำ IVM ในครั้งแรกไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าสามารถทำ IVM ในครั้งต่อไปได้ในเวลาอันลั้น ข้อจำกัดในการรักษาโดยเทคนิค IVM นั้น อยู่ที่หูถูงวัยเจริญ พันธุ์ควรจะมีอายุไม่เกิน 35–36 ปี เพราะยิ่งอายุมากเท่าไร คุณภาพของไข่จะลดลง รวมถึง ในช่วงเวลาของการรักษา ในรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ของหญิงวัยเจริญพันธุ์จะต้องผลิตไข่ได้ไม่น้อยกว่า 7 ใบ อีกทั้งโครงมดลูกต้องปกติ ไม่มีบัญหาใด ๆ ด้วย

**2.7 การทำพีจีดี (pre-implantation genetic diagnosis: PGD)** คือ การตรวจ วินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมก่อนการย้ายตัวอ่อน โดยนำเซลล์ตัวอ่อนมาเจาะเปลือกออก เล็กน้อยแล้วดึงเซลล์ที่อยู่ภายใน 1–2 เซลล์ ออกมารตรวจ เพื่อตรวจสอบหน่วยพันธุกรรมที่ จำเป็น รวมทั้งโครโมโซเมเพศด้วย วิธีนี้นอกจากจะใช้วินิจฉัยความผิดปกติของโรคทาง พันธุกรรมแล้ว ยังทำให้ทราบเพศของตัวอ่อนได้อีกด้วย

**2.8 เลเซอร์เจาะเปลือกตัวอ่อน (laser assisted-hatching)** เป็นเทคโนโลยีที่ ใช้ในกระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพราะถึงแม้ว่าจะมีการทำกีฟท์ เด็กหลอดแก้ว หรืออีกชีวิตร้า ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งที่ได้ไข่จำนวนที่มากพอ ได้ตัวอ่อนที่มีคุณภาพ และมี การเคลื่อนย้ายตัวอ่อนในช่วงวันเวลาที่เหมาะสมแล้ว แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ในปัจจุบัน เชื่อว่าจะเป็นบัญหารื่องความพร้อมของตัวมดลูกหรือความสมบูรณ์ของตัวอ่อน หรือบาง กรณีอาจเกิดจากการที่ตัวอ่อนไม่สามารถพักตัวออกจากเปลือกของไข่ได้ เพราะมีเปลือกที่ หนาหรือเหนียวเกินไป จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ประสบความล้มเหลว เทคโนโลยีล่าสุด คือ การใช้

เลเซอร์จะเปลี่ยนตัวอ่อน มาช่วยในการเจาะเปิดเปลือกไข่ โดยใช้เทคนิคของแสงเลเซอร์ ซึ่งจะมีความแม่นยำและปลอดภัย สามารถกำหนดขนาดของการเจาะและความลึกได้ ช่วยให้เปลือกไข่แข็ง ตัวอ่อนจะฟักตัวออกจากเปลือกได้ง่ายขึ้น วิธีนี้จะช่วยลดความเสี่ยงที่ตัวอ่อนอาจได้รับความบอบช้ำจากการใช้สารเคมี หรือใช้เข็มขนาดเล็กแบบวิธีดังเดิม

**2.9 การผ่าตัดและใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผู้มีบุตรยากส่วนใหญ่มักยังไม่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์หลังจากการรักษาครั้งแรก เช่น การรับประทานยาให้เข้าทุกวัน ไปจนถึงต้นคอไปด้านหลัง ใช้การผ่าตัด การส่องกล้อง และการใช้เทคนิคให้ห้องปฏิบัติการช่วยในการปฏิสนธิ ได้แก่ *in vitro fertilization (IVF)* ที่มีปฏิบัติการเฉพาะทางได้พัฒนาให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น โดยการรักษาด้วยการแคนดี้เจราฟน์ สำหรับผู้มีบุตรยากเฉพาะแต่ละคน และจะประสบความสำเร็จมากขึ้น ถ้ามีความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมนักวิทยาศาสตร์และผู้มีบุตรยาก และช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ที่มีบุตรยากบางรายไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาหรือการทำ *IVF* การผ่าตัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษา**

### การผ่าตัดในผู้หญิง

การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก เรียกว่า ไฮสเทอโรสโคปี (hysteroscopy) ถ้ามีสิ่งผิดปกติสามารถเอาออกได้

การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในช่องเชิงกรานผ่านทางหน้าท้อง เรียกว่า ลาพารอสโคปี (laparoscopy) อาจนำสิ่งผิดปกติออกได้ เช่น ถุงน้ำที่รั่วใส่

การผ่าตัดต่อท่อน้ำไข่เพื่อแก้หมัน เรียกว่า ทิวบ์บล็อก ริเกชั่น (tubal ligation reversal) ปัจจุบัน ใช้การผ่าตัด

ไฮดรۆซอลพินซ์ รีมูฟวอล (salpingectomy removal) การทำให้ท่อน้ำไข่ที่ตันกลับมาใช้ได้เหมือนเดิม สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการทำ *IVF* ได้

โควาร์เรียน ดริลลิ่ง (ovarian drilling) ทำระหว่างการผ่าตัดส่องกล้อง เป็นการใช้เลเซอร์หรือเข็มไฟฟ้าที่รังสี 4-10 ครั้ง การทำเช่นนี้ทำให้ระดับฮอร์โมนเพศชายในผู้หญิงลดลง เป็นผลดีกับผู้ที่เป็นโรค PCOS จากการศึกษาพบว่าอย่างละ 80 ของผู้ที่มีบุตรยากได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยผู้มีบุตรยากจำนวนมากตามแหล่งจาก การรักษาด้วยยา Clomiphene หรือ Metformin แต่หลังจากการรักษาด้วยการเจาะฟันตอสนองต่อยาดีขึ้น ผลข้างเคียงอาจเกิดภาวะรังไข่หยุดทำงานได้ ถ้าไม่ชำนาญ

### การผ่าตัดในผู้ชาย

**เกลติคูล่า ไบอปซี** (Testicular biopsy) เป็นการผ่าตัดด้าน內เจ้าชื่นเนื้อของอัณฑะไปตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

**เกลติคูล่า สเปรียม แอกส์เพเรชัน** (testicular sperm aspiration: TESA) เป็นการใช้เข็มเจาะเนื้ออัณฑะไปตรวจเพื่อหาตัวอวสุจิ เพื่อนำไปใช้ทำ IVF หรือ ICSI

**เพอร์คิวเตอร์โนเยส สเปรียม แอกส์เพเรชัน** (percutaneous sperm aspiration: PESA) เป็นการใช้เข็มเจาะเข้าไปในท่อนำตัวอวสุจิ แล้วดูดน้ำอวสุจิออกมาเพื่อหาตัวอวสุจิ

**วาเซกโตเมิร์ รีเวอร์ซอล** (vasectomy reversal) เป็นการแก้หัมันชาย เพื่อให้มีการหลั่งน้ำอวสุจิได้ตามปกติ

### ผลกระทบของการรักษาภาวะมีบุตรยาก

ผลกระทบด้านร่างกาย โดยเฉพาะฝ่ายหญิง เพราะมีการตรวจรักษาที่มีความยุ่งยากต่อร่างกายมากกว่าฝ่ายชาย เช่น การใช้ชอร์โมนในการรักษาภาวะมีบุตรยากมักก่อให้เกิดอาการมณฑ์แปรปรวน ภาวะซึมเศร้า อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และคลื่นไส้อาเจียน การมีเลือดออกจากการเจาะดูดไข่ผ่านทางช่องคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบ การเกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธี IVF วิธี ICSI วิธี GIFT และวิธี ZIFT

ผลกระทบด้านจิตใจ คู่สมรสที่รับทราบว่าตนเองมีปัญหาในการมีบุตรยากจะมีความพยายามมีบุตรด้วยตนเองก่อน ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจึงจะปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในภายหลัง ในระหว่างที่อยู่ในขั้นตอนของการวินิจฉัยและรักษาหนึ่น คู่สมรสมักจะเกิดความหวังขึ้นว่าจะประสบความสำเร็จ แต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะทำให้คู่สมรสรู้สึกห้อเห๊หมดห่วง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ครั้งเดียวและหลายครั้งพบว่า คู่สมรสที่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หลายครั้ง มีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคู่สมรสที่ทำครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยผลกระทบด้านจิตใจ มีดังนี้

- 1) ความวิตกกังวล จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ครั้งเดียวและหลายครั้ง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

พบว่า คู่สมรสที่รับการรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครั้งแรกซึ่งไม่มีประสบการณ์มาก่อนนั้น มีระดับสภาวะวิตกกังวล (state-anxiety) สูงกว่าในกลุ่มคู่สมรสที่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หลายครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2) ความเครียด โดยความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยากันนั้นเป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากการความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกสูญเสีย จากการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน รวมทั้งผลการรักษาที่ล้มเหลวในครั้งก่อน ๆ จากการศึกษาข้อมูลหลังในคู่สมรสจำนวน 86 คู่ ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำ IVF พบร่วมืออาการของภาวะซึมเศร้า โดยผ่านหูถึงพบร้อยละ 66 และผ่านชัยพบร้อยละ 40 และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนในขณะรักษา จะทำให้คู่สมรมส้มความเครียดเพิ่มสูงขึ้น

3) การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อไม่สามารถมีบุตรตามที่คาดหวังได้หรือเกิดความล้มเหลว ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา ผู้หญิงมักจะรู้สึกว่าร่างกายของตนเองมีความผิดปกติ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งนี้ จากการตรวจรักษาในหลายขั้นตอนอาจทำให้ผู้หญิงรู้สึกเลี่ยดคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นได้ จากการซักถามประวัติต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ การที่ไม่มีบุตรทำให้ผู้หญิงรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ ซึ่งทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (นิธิมา คันธุมณฑ์, 2551)

### ผลกระทบต่อครอบครัว

1) คู่สมรสที่ไม่มีบุตรพยายามแสวงหาทางในการรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการรักษาภาวะนี้ ทั้งระบบการประกันสุขภาพหรือการเบิกค่าวินัยพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจในประเทศไทย ยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ สองผลให้คู่สมรสที่ต้องการมีบุตรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เองทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีหลายคู่ที่ไม่สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากนี้ได้ต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ

2) คู่สมรสที่ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ART) มีโอกาสสูงที่จะตั้งครรภ์แล้ว ซึ่งอาจมีภาวะแพ้ของ และยังอาจมีผลทำให้การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย ซึ่งจะกระทบต่อการเลี้ยงดูและค่าใช้จ่ายของครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก พยาบาลมีบทบาทร่วมกับแพทย์ในการรักษาภาวะมีบุตรยากของคู่สมรส เพื่อให้คู่สมรสสามารถเผชิญกับความเครียด

ความไม่สุขสบายน หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภาวะมีบุตรยากได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลในการให้ความรู้แก่คู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ประกอบด้วย การปฏิบัติตนขณะรับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ทั้งวิธีเบื้องต้น และวิธีซับซ้อน (การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์) เพื่อให้คู่สมรสปฏิบัติด้วยต้อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ความรู้ที่ใหม่ดังนี้

1.1 ความรู้เพื่อการแก้ไขภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น โดยแนะนำช่วงเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์สูงสุด เวลาที่เหมาะสมที่ควรมีเพศสัมพันธ์เริ่มตั้งแต่ 5 วันก่อนที่จะมีการตกไข่ไปจนกระทั่งวันที่มีการตกไข่ ทั้งนี้ คู่สมรสต้องทราบช่วงเวลาที่มีการตกไข่ ซึ่งการหาช่วงเวลาการตกไข่สามารถหาได้หลายวิธี เช่น การคำนวณหาวันไข่ตกจากการรอบประจำเดือน โดยสามารถคำนวณได้จากความยาวรอบประจำเดือน คือ ไข่จะตกประมาณ 14 วันก่อนรอบเดือนครั้งถัดไป ตั้งนั้นผู้หญิงที่มีรอบเดือนสม่ำเสมอสามารถคำนวณวันไข่ตกได้ด้วยการนำ “ความยาวรอบเดือน – 14 วัน” เช่น หากรอบเดือน 28 วัน จะไข่ตกประมาณวันที่ 14 แต่หากรอบเดือน 30 วัน ไข่จะตกประมาณวันที่ 16 เป็นต้น ตามแนวทางของ ACOG และ WHO ซึ่งเน้นว่า ช่วงเจริญพันธุ์สูงสุดคือ 5–7 วันก่อนวันไข่ตก และวันไข่ตก เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายได้เฉลี่ย 2–5 วัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ในเมืองปากมดลูกช่วงไข่ตก และไข่มีชีวิตอยู่ประมาณ 12–24 ชั่วโมง (ACOG, 2023; WHO, 2020) การวัดอุณหภูมิร่างกายในตอนเช้าเมื่อตื่นนอนทันที ซึ่งพบว่าก่อนมีการตกไข่ ร่างกายจะมีอุณหภูมิร่างกาย 97.0–98.0 องศาฟาเรนไฮต์ และในช่วงที่มีการตกไข่ อุณหภูมิร่างกายจะมีการเพิ่มขึ้น 0.4–0.8 องศาฟาเรนไฮต์ จากนั้นอุณหภูมิร่างกายจะลดลง การเปลี่ยนแปลงของมูกที่ปากมดลูกโดยพบว่ามูกที่ปากมดลูกที่มีลักษณะใส มีความยืดหยุ่นสูง ลิ้นเป็นเมือก จะช่วยในการเคลื่อนที่ของอุสุจิ ทำให้มีโอกาสในการปฏิสนธิกับไข่ได้สูง ซึ่งมูลักษณะนี้จะพบในช่วงตั้งแต่ 5–6 วันก่อนที่จะมีการตกไข่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนต่างๆของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเซลล์ไข่จะเก็บโดยแพทย์ผู้ที่มีความชำนาญ และการเก็บเชื้ออุณหภูมิส่วนใหญ่จะมาจากการเก็บเองจากฝ่ายชาย ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องให้คำแนะนำขั้นตอนในการเก็บน้ำเชื้อที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้อุสุจิที่มีคุณภาพ โดยวิธีการเก็บน้ำเชื้อตามคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

(WHO) ได้ระบุไว้ว่า ก่อนทำการเก็บน้ำเชื้ออสุจิจะต้องดูการหลังน้ำเชื้อออย่างน้อย 2–3 วัน โดยจะต้องทำการเก็บน้ำเชื้อด้วยตนเองใส่ในภาชนะปากกว้าง ทั้งนี้จะต้องไม่ใช้การเก็บน้ำเชื้อที่ได้จากการหลังภายนอกหรือการเก็บน้ำเชื้อจากถุงยางอนามัย ภายหลังเก็บน้ำเชื้อแล้วจะต้องรีบนำส่งห้องปฏิบัติการโดยเร็ว ซึ่งระยะเวลาในการนำส่งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ซึ่งน้ำเชื้อที่ได้จะต้องเก็บภายในอุณหภูมิห้อง โดยไม่ควรมีอุณหภูมิต่ำกว่า 15 องศาเซลล์เซย์ล และไม่ควรเกิน 38 องศาเซลล์เซย์ล ทั้งนี้จะต้องมีการลงบันทึกซึ่ง เวลา และวันที่เก็บให้ชัดเจน

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับบริการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วย การเจริญพันธุ์อื่น ๆ เช่น GIFT, IVF, ICSI รวมถึงความไม่สุขสนباءและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

2. การให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคู่ ซึ่งขณะให้คำปรึกษาจะต้องมีความเป็นส่วนตัว มีความเป็นกันเองในระหว่างที่ให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก มี 2 ลักษณะหลัก ๆ ดังนี้

2.1 ให้คำปรึกษาเชิงการให้กำลังใจ (Support counseling) การรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและซับซ้อน รวมทั้งคู่สมรสนั้นมีความตึงเครียดทางจิตใจอยู่ก่อนแล้ว ทำให้ผู้ที่มารับบริการการรักษาภาวะมีบุตรยากมีความรังวัดและความเครียดมากยิ่งขึ้น อีกทั้งโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นค่อนข้างต่ำ พยาบาลจึงควรให้กำลังใจแก่คู่สมรส รวมทั้งส่งเสริมให้คู่สมรสประคับประครองจิตใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาพบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากซึ่งไม่มีการพูดคุยประคับประครองใจกัน จะทำให้ฝ่ายหญิงมีความกังวลสูง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น นอกจากพยาบาลจะมีหน้าที่ในการให้กำลังใจแล้ว การส่งเสริมให้คู่สมรมมีการสื่อสารที่ดีต่อกัน เช่น การให้คู่สมรสพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความกังวลของคู่สมรสลงได้ ทั้งนี้เพื่อให้คู่สมรสพานแอลลัชั้นตอนไปได้อย่างราบรื่น และเตรียมพร้อมหากต้องเผชิญกับความผิดหวัง

2.2 ให้คำปรึกษาเชิงข้อมูล (Information counseling) ความซับซ้อนของขั้นตอนในการรักษาอาจทำให้คู่สมรสเกิดความเข้าใจผิดได้ด้วย การให้คำอธิบายเชิงข้อมูลนั้นจะต้องมีความชัดเจน เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และถ้าการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จก็อาจให้ข้อมูลที่เป็นทางเลือกอื่น เช่น การรับบุตรบุญธรรม ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคู่สมรส

การให้คำปรึกษาอาจให้ในลักษณะรายเดียวหรือรายคู่ ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของคู่สมรส ดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายเดียว เมมาร์ล่ารับคู่สมรสที่ไม่กล้าแสดงออกในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งอยู่ด้วย ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง การให้คำปรึกษารูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจัดการกับอารมณ์ของตน กล้าที่จะบอกปัญหา และระบายน้ำความรู้สึกของตนได้ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด

2. การให้คำปรึกษารายคู่ เป็นการเน้นความสัมพันธ์และการสื่อสารของคู่สมรสให้ทั้งคู่มีโอกาสแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แต่ต้องหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงสาเหตุของการมีบุตรยาก เพื่อมิให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตอกัน ลงเริมให้แต่ละฝ่ายรับฟังซึ่งกันและกัน ซึ่งการรับฟังกัน พูดคุยกัน จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคู่สมรสได้

จะเห็นได้ว่า การรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นเป็นความหวังของคู่สมรส แต่ก็ส่งผลกระแทกต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพของคู่สมรส และถ้าการรักษาภาวะมีบุตรยากไม่ประสบความสำเร็จ ก็อาจนำมาสู่การหย่าร้าง หรืออาจนำไปสู่การทำแท้งอีก ฯ เช่น ยอมรับในภาวะที่ไม่มีบุตร การขออนุรบบุญธรรม หรือการให้ผู้อื่นตั้งครรภ์แทน ก็อาจช่วยให้ชีวิตคู่มีความสมบูรณ์มากขึ้น

### การตั้งครรภ์แทน (Surrogacy)

ภาวะมีบุตรยากสามารถรักษาได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แต่ในบางกรณีพบว่ามีวิธีดังกล่าวรักษาภาวะมีบุตรยากไม่ได้ เนื่องจากฝ่ายหญิงไม่อยู่ในภาวะที่จะตั้งครรภ์เองได้ เช่น ไม่มีมดลูก รังไข่ หรือเป็นโรคร้ายแรง ขณะนี้จึงมีวิทยาการใหม่ชื่อมาเพื่อตอบสนองกลุ่มคู่สมรสที่ต้องการมีบุตร แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ โดยการให้ผู้อื่นรับตั้งครรภ์แทน ซึ่งเรื่องนี้เป็นปัญหาสังคมไทยที่ปราศจากให้เห็นอยู่ในขณะนี้

การตั้งครรภ์แทน (surrogacy) หมายถึง การที่ผู้หญิงคนหนึ่งสมัครใจรับตั้งครรภ์แทนหรือรับอุमัท่องแท้ให้กับบุคคลอื่น โดยให้พันธะสัญญาไว้หากาที่คุณอดทนมาจะต้องเป็นบุตรของผู้ที่ขอให้ตั้งครรภ์แทน แบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

- ผู้หญิงที่ประสงค์จะมีบุตรแต่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ (Intended mother) จะเป็นผู้ให้และสามีของผู้หญิงผู้นั้น (intended mother) จะให้เชื้ออสุจิ หรือใช้ไข่หรืออสุจิจากการ

บริจาค (donor) มาทำการปฏิสนธินอกร่างกาย หรือ IVF (in vitro fertilization) ทำให้เกิดตัวอ่อน และวัยร้ายไปยังมดลูกของผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน ดังนั้น ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะไม่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับตัวอ่อน (Gestational surrogacy)

2. การที่ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนใช้ไข่ของตนเองเพื่อผสมกับสุจิของผู้อื่น จากชายผู้ประสงค์จะมีบุตร (Intended father) หรือเชื้อสุจิจากการบริจาค (donor) ดังนั้น ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวอ่อน (Traditional surrogacy) โดยหน้าที่ของผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะจำกัดเพียงแค่ช่วงตั้งครรภ์และคลอดบุตรเท่านั้น

การตั้งครรภ์แทนมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากได้มีบุตรสมความปรารถนาที่ไม่ใช่การ ragazzi เพราะผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนอาจเป็นญาติพี่น้อง โดยผู้ขอให้ตั้งครรภ์แทนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนกระทั่งคลอดให้แก่ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน เรียกว่า การตั้งครรภ์แทนเพื่อมนุษยธรรม (altruistic surrogacy) ส่วนผู้ที่ต้องการมีบุตรโดยจ้างผู้หญิงที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องมารับตั้งครรภ์แทน โดยผู้จ้างอาจจ่ายเงินพานบริษัทคนกลางที่เข้ามาจัดตั้งบริการให้ห้องหมด ตั้งแต่การจัดหาผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน จัดหาไข่ จัดหาอสุจิ หาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนให้การดูแลผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจนกระทั่งคลอด และช่วยดำเนินการเกี่ยวกับการรับบุตรบุญธรรม โดยผู้ที่ต้องการมีบุตรจะจ่ายค่าบริการตามที่ตกลงไว้ เรียกว่า การตั้งครรภ์แทนเพื่อค่าจ้าง (Commercial surrogacy) ซึ่งเป็นลักษณะการตั้งครรภ์แทนที่ผิดกฎหมาย และอาจนำไปสู่ปัญหาการค้ามนุษย์

### ຂიბენ ჩი სისტემა თან განკვეთი და მომზადებელი მეცნიერებები

ประการด้านสุขภาพที่ต้องการตั้งครรภ์แทนทางการแพทย์ ดังนี้

1. ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์แต่ไม่มีมดลูกที่ทำงานได้ โดยอาจเป็นตั้งแต่กำเนิดหรือจากการรักษา เช่น ภาวะไม่มีรีดู (Mullerian agenesis) ภายหลังการตัดมดลูก (post hysterectomy) และภาวะพังผืดในมดลูก (Asherman syndrome) เป็นต้น หรือฝ่ายหญิงอาจมีรังไข่ที่ผิดปกติ หรือการทำงานของรังไข่ที่ลดลง ทำให้ไม่สามารถให้ไข่ได้ อาจจำเป็นต้องใช้บริจาค (oocyte donation)

2. ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์แต่มีโรคทางอายุรกรรมที่รุนแรง โดยปกติการเปลี่ยนแปลงทางสุริบทาของผู้หญิงในขณะตั้งครรภ์สามารถกระตุ้นโรคเดิมให้เป็นมากขึ้น

ส่งผลทำให้เกิดอันตรายมากซึ่งกับมาตรการดูแลทารก เช่น ในผู้หญิงที่เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาที่ผ่านรกได้ ทำให้เกิดผลเสียกับทารก ส่วนในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับชื่อร์โนนเอลโลรเจน การตั้งครรภ์อาจกระตุ้นโรคงได้

3. ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์แต่มีปัญหาทางสุขภาพกรรม เช่น ผู้หญิงที่มีการแท้ซ้ำซาก หรือผู้หญิงที่ทำการข้าย้ายตัวอ่อนแล้วล้มเหลว (failed IVF) โดยผู้หญิงในกลุ่มนี้ควรหาสาเหตุของการแท้ซ้ำซาก หรือ failed IVF ก่อน ถ้าสาเหตุเกิดจากโครงโนโมซิมพิดปกติ ให้พิจารณาเรื่องการใช้ไข่บริจาคและ/หรืออสุจิบริจาคก่อนถึงจะพิจารณาใช้การตั้งครรภ์แทนนอกจากนี้ ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วมีผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poor pregnancy outcome) อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้ใช้การตั้งครรภ์แทนได้ เช่น ผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์แล้วมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเกือบเสียชีวิต เป็นต้น

### ปัจจัยที่ใช้พิจารณาคัดเลือกผู้หญิงที่จะตั้งครรภ์แทน มีดังนี้

1. ประวัติทางสุขภาพและอายุรกรรม โดยผู้หญิงที่เคยคลอดบุตรได้สำเร็จจะเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ในการตั้งครรภ์ เช่น ในผู้หญิงที่เคยคลอดบุตรก่อนกำหนดมีโอกาสคลอดบุตรก่อนกำหนดในครรภ์ต่อไปสูงขึ้น แม้ว่าโดยส่วนใหญ่ ผู้หญิงเหล่านี้จะคลอดบุตรครบกำหนดในครรภ์ถัดมา ดังนั้น การเลือกผู้หญิงที่จะมาตั้งครรภ์แทน จะต้องเคยคลอดบุตรปกติอย่างน้อย 1 ครั้ง และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ยกเว้นโรคไหroyal ทำงานน้อยที่ได้รับการรักษาอย่างดีแล้ว

2. อายุ ผู้หญิงที่ดัดเลือกมาตั้งครรภ์แทนควรมีอายุระหว่าง 20-34 ปี ถ้าผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนมีอายุมากอาจมีผลเกี่ยวกับมดลูกที่ทำให้ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เช่น การมีเนื้องอกมดลูก การมีแผลเป็นที่เยื่อบุโพรงมดลูกจากการทำหัตถการก่อนหน้านี้ อาจมีผลทำให้เลือดໄปเลี้ยงมดลูกลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตั้งครรภ์น้อยกว่าอายุของไข่ การใช้ผู้หญิงตั้งครรภ์แทนที่มีเชื้อชาติแตกต่างกับผู้หญิงที่ต้องการมีบุตร จะใช้ข้อพิจารณาทางกฎหมาย สังคม และวัฒนธรรม

3. ความรู้สึกของผู้หญิงตั้งครรภ์แทน ในด้านความรู้สึกมีความสำคัญ เพราะผู้หญิงตั้งครรภ์แทนต้องเตรียมความรู้สึกที่จะให้บุตรเมื่อคลอดแก่ผู้ให้ตั้งครรภ์แทน ซึ่งความรู้สึกเกี่ยวกับการคลอดและการส่งบุตรให้ผู้อื่นไม่สามารถคาดเดาได้ โดยมีปัจจัยหลักๆ

ด้านเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการและหารก วิธีการแก้ไขคือ การดูประวัติอย่างละเอียดของผู้หญิงตั้งครรภ์แทนในด้านค่าสนา คีลchrom และเจริญธรรม ซึ่งช่วยให้การส่งบุตรที่เกิดขึ้นราบรื่น แนวทางของสมาคมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพัณฑ์แนะนำให้ตรวจดัดกรองด้านจิตใจแก่ผู้หญิงที่จะรับตั้งครรภ์แทน

สำหรับแพทย์ที่จะทำการปฏิสนธินอกมดลูกหรือใช้เทคโนโลยีในการช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์แทนได้นั้น จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตสาขาเวชศาสตร์การเจริญพัณฑ์

### ประเด็นปัญหาสำคัญในการตั้งครรภ์แทน

ในการตั้งครรภ์แทนนั้นยังคงมีประเด็นปัญหาที่สำคัญซึ่งปรากฏในสังคมไทย ดังนี้

1. ปัญหาเจริญธรรม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้หญิงตั้งครรภ์แทนใช้ของตนเองเพื่อผสมกับเชื้ออสุจิของผู้อื่นจากชายปะรังสมศรีจะมีบุตร ดังนั้น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนจะมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวอ่อน ซึ่งนับได้ว่าผู้ที่รับตั้งครรภ์แทนเป็นมาตรการที่แท้จริง ทำให้บุตรที่เกิดมาอาจเกิดความสับสนว่าใครเป็นมาตรการที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งวัฒนธรรมไทยจะให้ความสำคัญกับความผูกพันและหน้าที่ที่บุตรพึงปฏิบัติต่อมาตรการ แม้ว่าจะเลือกใครเป็นมาตรการที่แท้จริงก็ยอมส่งผลกับปัญหาทางจิตใจได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเจริญธรรมเกี่ยวกับตัวอ่อนโดยตัวอ่อนที่เหลือจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพัณฑ์นั้น เมื่อคุ้มครองไม่ต้องการที่จะใช้อีก็จะมีการทำลายตัวอ่อน ซึ่งตามหลักทางพุทธศาสนานั้น การทำลายตัวอ่อนนับว่าเป็นการทำลายชีวิตมนุษย์

2. ปัญหาเกี่ยวกับสัญญา โดยภายนอกคลอดควรมีสัญญาที่ชัดเจนเกี่ยวกับหลังคลอด ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะต้องให้มบุตรหรือไม่ ด้านค่าชดเชยทางการเงิน ค่าชดเชยที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนเป็นเท่าไร ค่าใช้จ่ายที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวังไว้จะได้รับเงินชดเชยจากผู้ให้ตั้งครรภ์แทนทั้งหมดหรือไม่

3. ขาดกฎหมายเฉพาะสำหรับควบคุมการตั้งครรภ์แทน ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะทำอย่างไรหากผู้ให้ตั้งครรภ์แทนเสียชีวิต ควรจะเป็นบิดามารดาที่ถูกต้องตามกฎหมายของหารกที่จะเกิดมา ดังนั้น ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเรื่องกับการตั้งครรภ์แทนก่อนจะมีการใช้จริง

4. ปัญหาผู้ที่ให้ตั้งครรภ์แทนทดสอบทึบบุตรเมื่อพบร่างบุตรมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้หารกที่เกิดมาตกเป็นภาระของผู้หญิงตั้งครรภ์แทน หรือเป็นภาระของสังคมที่ต้องดูแลหารกตั้งกล่าว

5. ปัญหาการดำเนินการตั้งครรภ์ในรูปแบบของธุรกิจ ซึ่งเมื่อระบบธุรกิจดังกล่าวมากขึ้นจะเป็นภัยต่อสังคม และนำไปสู่ปัญหาการค้ามนุษย์ทั้งต่อผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนและเด็กที่เกิดมา

6. ปัญหาล้มพันธุภาพระหว่างคู่สมรสที่ให้ผู้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนและบุตรที่นำไปเลี้ยง ซึ่งอาจมีปัญหาความรักโครงการพันธุ์กิจขึ้น

### กฏหมายการตั้งครรภ์แทน

กฏหมายการตั้งครรภ์แทน พบว่า มีทั้งประเทศที่ยินยอมให้รับตั้งครรภ์แทนและไม่ยินยอมให้รับตั้งครรภ์แทน โดยประเทศที่มีกฎหมายห้ามตั้งครรภ์แทนในทุกรณี ประกอบด้วย สหรัฐ เฟรนซ์ เคส แคนาดา (แคนอนควิเบค) สหรัฐอเมริกา (อริโซนา มิชิแกน อินเดียนา นอร์ธ ดาวอด้า) ญี่ปุ่น สเปน ชาติดิอาระเบีย ดังนั้น เมื่อมีหลายประเทศที่มีกฎหมายห้ามไม่ให้มีการตั้งครรภ์แทน จึงมีผู้ที่มีบุตรยากในประเทศไทยต่าง ๆ เข้ามาใช้บริการตั้งครรภ์แทนในไทยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมา秧้มไม่มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทน จึงปฏิบัติตามประกาศของแพทยสภา ฉบับที่ 21/2545 ซึ่งมีกำหนดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. กรณีที่คู่สมรสต้องการมีบุตร โดยให้ผู้หญิงอื่นซึ่งมิใช่ภรรยาตั้งครรภ์แทน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะให้บริการได้เฉพาะกรณีใช้ตัวอ่อนที่มาจากเซลล์สืบพันธุ์ของคู่สมรสเท่านั้น

2. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการรับจ้างตั้งครรภ์

3. ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติโดยสายเลือดของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การให้บริการนอกเหนือไปจากนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยก่อนทุกครั้ง เช่น การจะใช้เซลล์สืบพันธุ์บริจาก หรือไม่มีญาติที่จะตั้งครรภ์แทน เป็นตน

ต่อมา ประเทศไทยมีกฎหมายเฉพาะที่ควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์รวมทั้งการตั้งครรภ์แทน คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 (ต่อไปนี้เรียกว่า “พ.ร.บ. 2558”) ซึ่งตราขึ้นหลังปัญหา

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และثارากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

เชิงพาณิชย์และการค้ามุนุษย์ที่เกี่ยวกับการอุ้มบุญในอดีต เป้าหมายหลักของกฎหมายฉบับนี้คือ การคุ้มครองสิทธิของเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ความมั่นคงทางสถานะบุคคล และการป้องกันการแสวงหาประโยชน์เชิงพาณิชย์จากการตั้งครรภ์แทน (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่ สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

### กรอบเชิงกฎหมายหลักและแนวคิดพื้นฐาน

พ.ร.บ. 2558 สร้างกรอบกฎหมายใหม่ที่กำหนดขั้นตอนและเงื่อนไขของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการตั้งครรภ์แทน โดยมีแนวคิดสำคัญคือ การให้ความคุ้มครองทางกฎหมายแก่เด็กที่เกิดจาก ART และการกำหนดให้ “intended parents” ซึ่งเป็นผู้ร่วมของการใช้เทคโนโลยี มีสถานะทางกฎหมายต่อเด็กเมื่อการดำเนินการเป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมายและประกาศของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง (Stasi A, 2017)

### สาระสำคัญในข้อกำหนดสำคัญของพ.ร.บ. 2558

#### 1. ผู้มีสิทธิขอใช้การตั้งครรภ์แทน (intended parents)

กฎหมายกำหนดคุณสมบัติของคู่ที่สามารถขอใช้การตั้งครรภ์แทนได้อย่างชัดเจน เช่น ต้องเป็นคู่สมรสที่ดีดทะเบียน (มีเงื่อนไขเกี่ยวกับลัญชาติและระยะเวลาการสมรสในกรณีมีฝ่ายเป็นชาวต่างชาติ) และต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าคู่ดังกล่าวไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ตามปกติ (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่ สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

#### 2. คุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์แทน (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่ สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

พ.ร.บ. กำหนดเงื่อนไขจำกัดผู้ที่จะเป็น surrogate เช่น ต้องเป็นคนไทย มีอายุและสถานะทางชีวภาพเหมาะสม ต้องเคยมีบุตรแล้ว และโดยหลักกฎหมายเดิมจะยอมให้ surrogate เป็นญาติกับ intended parents ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด (ข้อยกเว้นพิเศษต้องได้รับ

การพิจารณา) (กลุ่มงานพัฒนาภูมาย สำนักกงสุลฯ สำนักงานเลขานุการวุฒิสถาปัตย์ ปฎบติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

### 3. การห้ามอุमบุญเชิงพาณิชย์และการควบคุมการใช้ไข่ เซื้อสุจิ ตัวอ่อน

พ.ร.บ. 2558 ห้ามการคุมบุญเพื่อการค้า (commercial surrogacy) และจำกัดการโฆษณา/นายหน้าเกี่ยวกับการอุमบุญ รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การใช้และการเก็บรักษา gametes หรือ embryos เพื่อป้องกันการค้าและการค้ามนุษย์ (กลุ่มงานพัฒนาภูมาย สำนักกงสุลฯ สำนักงานเลขานุการวุฒิสถาปัตย์ ปฎบติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

### 4. สถานะบิดามารดาตามกฎหมาย (legal parentage)

หากการตั้งครรภ์แทนเป็นไปตามข้อกำหนดของพ.ร.บ. 2558 และผ่านกระบวนการตามประกาศคณะกรรมการ ผู้ร้องขอให้มีบุตร (intended parents) จะได้รับการรับรองเป็นบิดา-มารดาชอบด้วยกฎหมายของเด็ก ผู้คลอด (surrogate) จะไม่ได้เป็นมารดาชอบด้วยกฎหมายของเด็กในสถานการณ์ที่เป็นไปตามกฎหมายดังกล่าว นี้คือการเปลี่ยนแปลงหลักจากหลักกฎหมายเดิมที่ยึดว่า “ผู้ให้กำเนิด = มารดา” (Stasi A, 2017)

### 5. บทลงโทษ

การฝ่าฝืนบทบัญญัติที่ห้าม เช่น การจัดอุमบุญเชิงพาณิชย์ หรือการค้าไข่ เซื้อสุจิ ตัวอ่อน มีบทลงโทษทางอาญาและทางแพ่งตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน(กลุ่มงานพัฒนาภูมาย สำนักกงสุลฯ สำนักงานเลขานุการวุฒิสถาปัตย์ ปฎบติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

กลไกการกำกับดูแลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: พ.ร.บ. 2558 กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการอนุญาตผู้ประกอบการด้าน ART รวมทั้งออกประกาศราชการ (regulations) ข้อยกเว้นให้บังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีภารกิจในการปฏิบัติประกอบกฎหมาย (DHSS, 2025)

---

**การประเมินภาระเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

สถานการณ์เชิงปฏิบัติและการณ์ที่ต้องระวัง: หากการดำเนินการไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของพ.ร.บ. เช่น อุमบุญเชิงพาณิชย์หรือขาดการอนุญาตตามกฎหมาย ผลกระทบกฎหมายอาจย้อนกลับไปสู่หลักทั่วไปของประมวลกฎหมายแพ่ง ซึ่งมีด้วนว่า “ผู้คลอดเป็นมารดา ชอบด้วยกฎหมาย” ทำให้ intended parents อาจไม่ได้รับการรับรองสถานะบิดามารดาทางกฎหมายและอาจต้องดำเนินการทางศาลหรือการรับบุตรบุตรบุญธรรมเพื่อแก้สถานะทางกฎหมายของเด็ก ผู้ปฏิบัติและคู่สมรสจึงต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและเงื่อนไขทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด (Stasi A, 2017)

การพัฒนาและการพิจารณาแก้ไขกฎหมายระหว่างปี 2023–2025: มีการถกเถียงและร่างแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนหล่ายร่าง โดยมีแนวคิดสำคัญที่ถูกหารือ ได้แก่ การขยายขอบเขตการเข้าถึง surrogacy ให้ครอบคลุมกลุ่มใหม่ เช่น คุ้มครองเพศเดียวกัน หรือคู่ต่างชาติภายในประเทศ ให้มีความชัดเจน และการปรับปรุงระบบการกำกับดูแลเพื่อเพิ่มความโปร่งใสและป้องกันเชิงพาณิชย์ หน่วยงานสาธารณสุข เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือสำนักนโยบาย มีบทบาทผลักดันร่างแก้ไขและมีการเผยแพร่ในสื่อต่างๆ รวมทั้งสื่อมวลชน เช่น Reuters, Bangkok Post, Nation ได้รายงานความก้าวหน้าและการหารือ แต่ณวันที่ 3 ธันวาคม 2025 ยังไม่ปรากฏว่ามีการประกาศแก้ไข พ.ร.บ. 2558 ให้มีผลบังคับเป็นกฎหมายใหม่ในราชกิจจานุเบกษา กล่าวคือ พ.ร.บ. 2558 ยังคงเป็นกฎหมายหลัก ขณะที่ร่างแก้ไขยังอยู่ในกระบวนการพิจารณา/ร่าง/ประกาศต่อสาธารณชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Reuters, 2024)

ผลกระทบจากการกฎหมายสมรสเท่าเทียม (Same-sex marriage law) และบริบทระหว่างประเทศ: การประกาศหรือการบังคับใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียม (ในช่วงปี 2024–2025) มีผลกระทบทางนโยบายและผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการ ART และ surrogacy เนื่องจากหากกฎหมาย surrogacy ถูกแก้ไขให้สอดคล้องกับหลักการสมรสเท่าเทียม อาจเปิดโอกาสให้คุ้มครองเดียวกันเข้าถึงการตั้งครรภ์แทนภายนอกได้ เช่นเดียวกับกฎหมายกำหนด อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการแก้ไขพ.ร.บ. 2558 อย่างเป็นทางการ สิทธิการเข้าถึงยังคงถูกจำกัดตามบทบัญญัติเดิม (Reuters, 2024)

ดังนั้น พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2558 ยังคงเป็นกรอบกฎหมายหลักที่ควบคุมการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2025 โดยกำหนดเงื่อนไขการดำเนินการอย่างเข้มงวด ให้ intended parents ได้รับสถานะบิดา มารดาซึ่งอบรมด้วยกฎหมายเมื่อการดำเนินการเป็นไปตามบทบัญญัติและห้ามอุ้มบุญเชิงพาณิชย์ ในช่วงปี 2023–2025 มีการพิจารณาและร่างแก้ไขเพื่อย้ายการเข้าถึง เช่น คู่ต่างชาติ คู่สมรส เพศเดียวกันภายใต้เงื่อนไข แต่ ณ เวลานี้ยังไม่มีการแก้ไขประกาศใช้เป็นกฎหมายใหม่ ผู้ปฏิบัติงานต้องอ้างอิงพ.ร.บ. 2558 เป็นหลักและติดตามประกาศราชกิจจานุเบกษาอย่างใกล้ชิด

## 2. การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและทางเลือกในการจัดการความเสี่ยง

การให้ความรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ และให้หญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การสร้างความเข้าใจที่สมดุลทั้ง ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์และวิถีชีวิตของหญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัว โดยใช้ภาษาที่เหมาะสม และมีความเคารพทางวัฒนธรรม ซึ่งการให้ความรู้ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

- 1) ภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน หรือโรคไตรอยด์ ซึ่งมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
- 2) การใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีผลต่อตัวอ่อน รวมถึงการปรับเปลี่ยนนิสัย เช่น เลิกบุหรี่ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และเสริมโพลิก แอซิด
- 3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจกรองและการประเมินทางพันธุกรรม (Prenatal Genetic Counseling) เช่น เจาะน้ำครรภ์ ตรวจคัดกรองพันธุกรรมแบบโมรุกราน
- 4) ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การติดตามสัญญาณอันตราย เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง เหนื่อยง่าย หรือเลือดออกทางช่องคลอด
- 5) ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในบริบทการตั้งครรภ์ คือโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อ มาตรการหรือหารือได้ ซึ่งอาจมาจากลักษณะทางการแพทย์ สังคม สิ่งแวดล้อม หรือสุขภาพก่อนคลอด เช่น โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งทำให้มีโอกาสได้รับภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงขึ้น ปัจจัยทางสังคม เช่น อายุมาก ความเครียด สถานะทางเศรษฐกิจที่จำกัด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอและเพิ่มความเสี่ยง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขกรรม :** การพยาบาลมาตรา และทางการในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### 3. การจัดการความเสี่ยงและการดูแล

การจัดการความเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ มีแนวทางการจัดการความเสี่ยงในลักษณะ “เชิงรุก” และ “สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ หนุนภัยเจริญพันธุ์ และ ครอบครัว” ดังนี้

การจัดการความเสี่ยงและการดูแล ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดังนี้

- 1) การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม และให้วิตามินเสริม เช่น โฟลิก อแอซิด เป็นต้น
- 2) การวางแผนครอบครัว และให้คำปรึกษาด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- 3) การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เช่น หัดเยอรมัน ตับอักเสบบี และไวรัส HPV เป็นต้น
- 4) การควบคุมโรคเรื้อรังให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย เช่น HbA1c < 6.5% เป็นต้น

การดูแลเพื่อให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ออกมาดีที่สุด คือ การจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

- 1) ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและการตายของทารกแรกเกิด
- 2) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของมารดา เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) และการตกเลือด เป็นต้น
- 3) ลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น
- 4) เพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว เช่น พัฒนาการที่เหมาะสม เป็นต้น

การส่งเสริม “สุขภาวะก่อนตั้งครรภ์” (Preconception Health) และการดูแลเชิงรุก ในหนุนภัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ด้านสุขภาพมารดาและทารกต่อไป

### 4 กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์

เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์อย่างเป็นรูปธรรม จึงนำเสนอกรณีศึกษาเชิงสถานการณ์ (case scenario)

พร้อมการวิเคราะห์ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (nursing process) ตามมาตรฐาน NANDA-I, NIC, NOC และแนวทางจาก WHO, ACOG, CDC และตำราพยาบาลสากล เช่น Lowdermilk และ Pillitteri

### กรณีศึกษาที่ 1 (case study I)

ผู้รับบริการชื่อ นางสาว พ. อายุ 32 ปี อาชีพพนักงานบริษัท ต้องการมีบุตรภายใน 1 ปี ประวัติสำคัญได้แก่

- น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร  $BMI = 30.5 \text{ kg/m}^2$  (อ่อนตาม WHO classification)
- มีโรคประจำตัว: ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น (BP เฉลี่ย 142/92 mmHg) ควบคุมยาไม่สม่ำเสมอ
- ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน: คลอดก่อนกำหนดที่ 35 สัปดาห์ น้ำหนักทารก 2,150 กรัม
- ประวัติการใช้ยา: ใช้ยาลดความดัน Enalapril เป็นครั้งคราว
- พฤติกรรมสุขภาพ: ออกร้าวกายบ่อย นอนหลับไม่สม่ำเสมอ ตี่มกาแฟ 2 แก้ว/วัน
- ประวัติครอบครัว: มาตรามีเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง
- การได้รับวัคซีน: ไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน Rubella
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:
  - FBS = 107 mg/dL (ค่ากำลัง prediabetes)
  - Hb = 11 g/dL (เริ่มมีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย)
  - Rubella IgG = non-immune
  - HIV/HBV/Syphilis = negative
- สภาพจิตสังคม: มีความเครียดจากการสูง แต่มีคุ้มครองสนับสนุนดี

### การวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล

#### 1. การประเมิน (assessment) จากข้อมูลพบภาวะเสี่ยงหลายประการ ได้แก่

- อายุ 32 ปี อยู่ในกลุ่ม increased maternal risk ตามเกณฑ์ ACOG
- $BMI = 30.5 \text{ kg/m}^2$  เสี่ยงต่อ GDM, preeclampsia, preterm birth
- ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อ preeclampsia, placental insufficiency

**การประเมินภูมิคุ้มกันต่อ Rubella:** การพยาบาลมาตรฐาน และทราบในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- ประวัติคลอดก่อนกำหนดครั้งก่อน
- การใช้ยา Enalapril ซึ่งไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ (ACE inhibitors = teratogenic)
- ภูมิคุ้มกัน Rubella ไม่เพียงพอ
- มีความเครียดสูง
- ภาวะโลหิตจางเล็กน้อย
- Glucose intolerance เลี้ยงต่อ GDM

แนวทางประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับ WHO (2016) และ CDC Preconception Guidelines (2024)

## 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis – NANDA-I)

1. เลี้ยงต่อการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากความอ่อนและความดันโลหิตสูง
2. เลี้ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากประวัติคลอดก่อนกำหนด
3. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการตั้งครรภ์
4. เลี้ยงต่อการได้รับอันตราย จากการใช้ยา Enalapril
5. เลี้ยงต่อภาวะโลหิตจาง จากค่า Hb ไม่ถูกต้อง
6. ความเครียดสูง จากภาระงาน

## 3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

### แผนการดูแลเฉพาะบุคคลเน้น

- ควบคุมความดันโลหิตแทน enalapril ด้วยยาที่เหมาะสม เช่น methyldopa หรือ labetalol ตามเกณฑ์ ACOG
- ควบคุมภาวะน้ำหนักเกินตั้งเป้าลด BMI ลงอย่างน้อย 5–7%
- ปรับพฤติกรรม: ออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์
- ส่งเสริมโภชนาการเพื่อเพิ่ม Hb  $\geq 12 \text{ g/dL}$
- เสริมฟลิก 400–800 mcg/day ตาม WHO
- รับวัคซีน MMR ก่อนมีบุตรอย่างน้อย 1 เดือน
- ติดตาม FBS และปรับอาหารลดความเสี่ยง prediabetes
- ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียด (stress management)

#### 4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

การให้การพยาบาลตามแนวทาง

- ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของ ACE inhibitors ต่อทารก
- สอนการควบคุมน้ำหนักด้วยวิธี DASH diet
- แนะนำการออกกำลังกายเพื่อปรับ BMI
- ลงทะเบียนการเสริมชาตุเหล็ก
- นัดตรวจติดตามความดันโลหิต และระดับน้ำตาลทุก 4 สัปดาห์
- ประสานงานสูติแพทย์เพื่อวางแผนการตั้งครรภ์ในกลุ่มเสี่ยงสูง
- แนะนำการฉีดวัคซีน Rubella ก่อนตั้งครรภ์
- ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต

#### 5. การประเมินผล (evaluation)

หลังการดูแล 3 เดือน ผู้รับบริการมีผลลัพธ์ดังนี้

- น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัม BMI =  $29.1 \text{ kg/m}^2$
  - BP ควบคุมได้ที่  $128/84 \text{ mmHg}$  ด้วย Labetalol
  - Hb เพิ่มขึ้นเป็น  $12.4 \text{ g/dL}$
  - ได้รับวัคซีน MMR และยืนยันภูมิคุ้มกัน
  - พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
  - ระดับความเครียดลดลง
  - ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามแบบประเมิน
- สรุปว่า ผู้รับบริการพร้อมต่อการตั้งครรภ์ในระดับที่ปลอดภัยขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งแรก

#### กรณีศึกษาที่ 2 (case study II)

ผู้รับบริการเป็นหญิงไทย อายุ 18 ปี สมรสกับชายไทย อายุ 20 ปี มาขอคำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ สงสัยว่าตนจะตั้งครรภ์ จะมีแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมและให้การพยาบาลอย่างไรบ้าง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### แนวคิดตอบ:

กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ลงสัญญาจะตั้งครรภ์ ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อตรวจวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรซักประวัติเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และใช้แบบประเมินความเสี่ยง ตัวอย่างดังตาราง

หมวดการประเมิน	รายการที่ควรสอบถามหรือตรวจ	ความสำคัญ
สุขภาพทั่วไป	น้ำหนัก BMI ความดันโลหิต โรคประจำตัว (DM, HT, SLE)	ส่งผลต่อโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
สุขภาพจิต	ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การนอนหลับ	ส่งผลต่อการดูแลตนเองและการตั้งครรภ์
พฤติกรรมเสี่ยง	สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติด	เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง หารกน้ำหนักน้อย และความพิการแต่กำเนิด
โภชนาการ	ประวัติโภชนาการ การรับประทานอาหารเสริม	เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์
สุขภาพทางเพศ/อนามัยเจริญพันธุ์	ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีและขาดประจำเดือน	ส่งผลกระทบต่อความพร้อมของร่างกายต่อการตั้งครรภ์
พันธุกรรม/ประวัติครอบครัว	โรคทางพันธุกรรม thalassemia, G6PD, down syndrome	พิจารณาลงตัด การตรวจคัดกรองพิเศษ การรักษา
สิ่งแวดล้อม/เศรษฐกิจ/สังคม	รายได้ ความล้มเหลวกับคู่ครอง ความรุนแรงในครอบครัว	ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตมาตราด้า ทารก และครอบครัว

**หมายเหตุ:** ควรใช้แนวทางการซักประวัติอย่างเป็นระบบ รวมกับแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อถือได้ เช่น แบบคัดกรองหรือประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (2Q 9Q 8Q) แบบคัดกรองความรุนแรงในครอบครัวต่อหญิงตั้งครรภ์ (WHO IPV Screening Tool) เป็นต้น รวมกับการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้

- 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI เพื่อบอกภาวะโภชนาการได้ระดับหนึ่ง
- 2) วัดความดันโลหิต
- 3) ตรวจร่างกาย ดูตึงแต่ห้าเดิน ว่าผิดปกติไหม ดูอาการซีด บวม แล้วตรวจครรภ์ ดูยอดมดลูก เพื่อประมาณขนาดทารกและความสัมพันธ์กับอายุครรภ์

4) ตรวจปัสสาวะ เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ดูระดับน้ำตาลและโปรตีน หากตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ รวมกับความดันโลหิตสูง เป็นการบ่งบอกถึงภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วนการตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะเป็นสัญญาณของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแพทย์จะทำการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ ต่อไป

- 5) การตรวจอื่น ๆ ตามความเห็นของแพทย์
- 6) การตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะเสี่ยง จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยควรพบแพทย์บ่อยครั้งกว่ากรณีที่ไม่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งอาจได้รับการตรวจหาความผิดปกติ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลรักษา โดยตัวอย่างของวิธีการตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ ตัวอย่างดังนี้

- การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ เป็นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารกและราก รวมทั้งสามารถบอกรุ่ปั่ง ลักษณะ และสิริวิทยาของมดลูก ทารกในครรภ์ ราก สายสะตื้อ และน้ำคร่ำได้ โดยไม่มีอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์

- การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น
  - ก. ตรวจครั้งเดียวในไตรมาสที่ 1 (combined test) ทำได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 11–13 สัปดาห์ โดยการตรวจอัลตราซาวนด์ดูดความหนาของต้นคอทารก รวมกับการตรวจเลือด ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้ 87% โดยมีผลบวก률 5%

ข. ตรวจ 2 ครั้ง ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 (integrated test) ตรวจคัดกรองได้สูงถึง 96% โดยมีผลบวก률 5% วิธีนี้จะตรวจอัลตราซาวนด์ดูดความหนาของต้นคอทารก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

รวมกับตรวจเลือด (triple test or triple marker test) ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ 11–13 สัปดาห์ และเจาะเลือดอีกครั้งตอนอายุครรภ์ 15–20 สัปดาห์ ซึ่งจะทราบผลหลังเจาะเลือดครั้งที่ 2

ค. ตรวจครั้งเดียวในไตรมาสที่ 2 (quad test or quadruple test) ในกรณีที่คุณแม่มีอาการครรภ์หลังไตรมาสที่ 1 สามารถตรวจเลือดในช่วงอายุครรภ์ 15–20 สัปดาห์ และตรวจคัดกรองได้ 81% โดยมีผลบวกกลวง 5%

ง. นิฟตี้ เทสต์ (Non-Invasive Fetal Trisomy Test: NIFTY Test หรือ Non-Invasive Prenatal Testing: NIPT) เป็นเทคโนโลยีใหม่ในการตรวจคัดกรองความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ โดยอาศัยการตรวจหา DNA ของทารกที่ปะปนอยู่ในเลือดของมารดา Trisomy คือ ความผิดปกติของจำนวนโครโมโซม เช่น โครโมโซมคู่ที่ 21, 18, หรือ 13 ซึ่งทำให้เกิดกลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome) เอดเวิร์ดซินโดรม (edward syndrome) หรือพาทัวร์ซินโดรม (patau syndrome)

จ. กลุ่มอาการดาวน์ โดยการตรวจดีเอ็นเอของทารกในเลือดคุณแม่ ซึ่งวิธีนี้สามารถตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ได้สูงกว่า 99% โดยมีผลบวกกลวงน้อยกว่า 1% สามารถตรวจได้เมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป และจะทราบผลภายใน 3–4 สัปดาห์ หลังตรวจเลือด

ฉ. การเจาะน้ำครรภ์ ตรวจในช่วงอายุครรภ์ 15–19 สัปดาห์ การตรวจน้ำครรภ์สามารถนำเซลล์ของทารกมาเพื่อใช้ตรวจวิเคราะห์โรคต่าง ๆ ได้ เช่น โครโมโซมผิดปกติ ชาลัสซีเมีย หรือโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ

ช. การตรวจอื่น ๆ ตามความเห็นของแพทย์ เช่น การตัดชิ้นเนื้อจากรก การเจาะเลือดจากสายสะตือทารกในครรภ์ การตรวจการทำงานของหัวใจทารก (non-stress test: NST) เป็นต้น

### บทสรุป (chapter summary)

บทนี้ได้อธิบายแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของช่วงเวลา ก่อนการเริ่มต้นตั้งครรภ์ ว่าเป็นโอกาสทองในการปรับพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการโรคประจำตัว การเตรียมความพร้อมด้านโภชนาการ และการซึ่งนำแนวทางสำหรับการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ การประเมินภาวะเสี่ยงใน

ระยะนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถบูรณาจัดเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อมาตราและทารกเมื่อตั้งครรภ์ได้ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคประจำตัว ภาวะน้ำหนักตัวผิดปกติ การขาดสารอาหาร การได้รับสารอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจที่อาจเป็นอุปสรรคต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังเน้นย้ำการบูรณาการการการประเมินภาวะเสี่ยงเข้ากับกระบวนการพยาบาล (nursing process) ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การดำเนินการพยาบาล (implementation) และการประเมินผล (evaluation) กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการดูแลที่เป็นระบบ ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาการดูแลแบบบุคคลตามความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย และมีการติดตามผลลัพธ์ที่สามารถปรับเปลี่ยนตามข้อมูลและสภาพของผู้รับบริการ

ผลการประเมินในระยะก่อนตั้งครรภ์ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของทารกในครรภ์ (congenital anomalies) ด้วยเหตุนี้ แนวทางสากล เช่น WHO (2016, 2022); CDC (2024) และ ACOG (2024) จึงเน้นให้มีการประเมินภาวะเสี่ยงและการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ เป็นมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ท้ายที่สุด บทนี้สรุปว่าการดูแลมาตราและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์เป็นรากฐานของ การพัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน การประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุม และการพยาบาลที่สอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของมาตราและทารก สร้างเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ และส่งเสริมความปลอดภัยในทุกช่วงอายุครรภ์ ซึ่งจะกล่าวในบทที่ 3 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม และการพยาบาล ในระยะตั้งครรภ์ ต่อไป

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานพัฒนาภูมาย สำนักภูมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภा ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2558). พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘.

[chromeextension://efaidnbmnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/257/files/rk/47\\_62/2558/170.pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/93/fileups/257/files/rk/47_62/2558/170.pdf)

กลุ่มอนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย. (2567). วิเคราะห์สถานการณ์ตามมารดาของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567 Surveillance of maternal mortality in Thailand, year 2024. [chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgclefindmkaj/https://anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41dtinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568\\_IDC3-2\\_01-1.pdf](https://anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41dtinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข 2565.

กองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย.

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2562). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(2), 168–177.

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2568). จาคีอับส์ซินดิrome (Jacob Syndrome) [ภาพสร้างด้วยบัญญาประดิษฐ์]. Gemini Flash. <https://gemini.google.com>

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2568, 7 ธันวาคม). เฟรใจล์เอ็กซ์ ซินดิrome (fragile X syndrome). [ภาพสร้างด้วยบัญญาประดิษฐ์]. Microsoft Designer. <https://www.bing.com/images/create>

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2568, 20 พฤษภาคม). โรคซิสติก ไฟโรซิส (cystic fibrosis). [ภาพสร้างด้วยบัญญาประดิษฐ์]. Microsoft Designer. <https://www.bing.com/images/create>

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2568, 12 ธันวาคม). อร์ดเวิร์ดซินดิrome (edward syndrome). [ภาพสร้างด้วยบัญญาประดิษฐ์]. Microsoft Designer. <https://www.bing.com/images/create>

- ชญาดา เนตร์กระจาง. (2568). โรคสวีเยอร์ (swyer syndrome). [ภาพสร้างด้วยปัญญาประดิษฐ์]. Gemini Flash. <https://gemini.google.com>
- นำศิลป์ไทย กรุ๊ป (NamSilpThai Group). (2568). [ตาบอดสี (color blindness): เปรียบเทียบการมองเห็นสีระหว่างสายตาปกติและการมองเห็นของคน]. สืบค้นเมื่อ [20 พฤศจิกายน 2568] จาก <https://www.namsilpthai.co.th/>
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (บรรณาธิการ). (2566). การพยาบาลสุส蒂ศาสตร์: ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรทิพย์ ไมตรีจิร, ยุทธนา สุทธิธนากร และ ณกัญญา จูทิน. (2023). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ พัฒนาระบบสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพ แบบองค์รวมของ หญิงตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลชนบท อำเภอขอนом จังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3(2), 1–15. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/261214>
- ยง ภูวรรณ. (2567, 19 มกราคม). โควิด 19 วัคซีนโควิด 19 ที่มีการกล่าวถึงกันมาก. วัคซีน ทุกชนิดมีจุดมุ่งหมายในการป้องกันโรค ไม่ว่าจะเป็นป้องกันการติดเชื้อ ความรุนแรง ของโรค... [Status update]. Facebook. <https://www.facebook.com/yong.poovorawan>
- สุนันทา ยังวนิชเศรษฐี, วรangคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กุญเจริญ และเบญญาภา ชิติมาพงษ์. (2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1) Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบบริการข้อมูล สถิติชีพประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข. <https://vitalstat.moph.go.th/>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ผลการดำเนินงานอนามัยแม่ และเด็ก ปีงบประมาณ 2567. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย.
- องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. (2566). รายงานการสำรวจ สถานการณ์เด็กและผู้หญิงในประเทศไทย 12 จังหวัด พ.ศ.2565. องค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย, กรุงเทพ. <https://www.unicef.org/thailand/th/เอกสารเผยแพร่>

- Ahmad, M., Silvera-Redondo, C., & Hamdan Rodríguez, M. (2010). Nondisjunction and chromosomal anomalies. *Salud Uninorte*, 26(1), 117–133. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a12.pdf>
- American Academy of Family Physicians / clinical summary. *Infertility: Evaluation and Management* (2023 e).  
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2023/0600/infertility.pdf>. (AAFP)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/10/screening-for-fetal-chromosomal-abnormalities>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). *Fertility awareness-based methods of family planning*. <https://www.acog.org>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *Prepregnancy Counseling*.  
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>
- American Society for Reproductive Medicine. (2020). *Assisted reproductive technology: A guide for patients*. <https://www.asrm.org>
- American Society for Reproductive Medicine. (2023). *Definition of infertility: A committee opinion*. <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/definition-of-infertility/> and PDF. (integration.asrm.org)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Alcohol use in pregnancy*.  
<https://search.cdc.gov/search/?query=Alcohol%20use%20in%20pregnancy&dpage=1>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Preconception health and health care*.  
<https://www.cdc.gov/preconception/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Health Effects of Cigarettes: Reproductive Health*. <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-reproductive-health.html>

Department of Health Service Support / Ministry of Public Health. (2025). *Draft / public documents on proposed ART/Surrogacy amendments* (PDF).

Gibbons, R. (2006). Child of 8 years with the characteristic facial features of ATR-X syndrome [Photograph]. Orphanet Journal of Rare Diseases.

<https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/1750-1172-1-15>

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2023). *Maternity & women's health care* (14th ed.). Elsevier.

National Institute of Environmental Health Sciences. (n.d.). Some sources of endocrine disruptors [Infographic]. National Institutes of Health.

<https://www.niehs.nih.gov/health/topics/agents/endocrine>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013; reviewed 2017). *Fertility problems: assessment and treatment (CG156)*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>.

Otis Historical Archives, National Museum of Health and Medicine. (n.d.). Turner Syndrome [Photograph]. Wikimedia Commons.

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Turner\\_Syndrome\\_3.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Turner_Syndrome_3.jpg)

Otis Historical Archives, National Museum of Health and Medicine. (n.d.). Trisomy 13–15 [Photograph]. Wikimedia Commons.

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Trisomy\\_13-15\\_3.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Trisomy_13-15_3.jpg)

Pillitteri, A. (2018). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Pillitteri, A. (2021). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (8th ed.). Wolters Kluwer.

Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. JAMA. 2021 Jul 6;326(1):65–76. doi: 10.1001/jama.2021.4788. PMID: 34228062; PMCID: PMC9302705.

Reuters. (1 March 2024). *Thailand plans to legalise surrogacy for foreign couples*. Reuters.

Rjmunro. (2008). Baby BiliBlanket Treatment [Photograph]. Wikimedia Commons.

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Baby\\_BiliBlanket\\_Treatment.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Baby_BiliBlanket_Treatment.jpg)

Stasi A. Protection for Children Born Through Assisted Reproductive Technologies Act, B.E.

2558: The Changing Profile of Surrogacy in Thailand. Clin Med Insights Reprod Health. 2017 Dec 20; 11:1179558117749603. doi: 10.1177/1179558117749603. PMID: 29386954; PMCID: PMC5753847.

Unknown author. (2013). Klinefelter's syndrome [Illustration]. Wikimedia Commons.

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Klinefelter%27s\\_syndrome.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Klinefelter%27s_syndrome.jpg)

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. WHO Press. <https://iris.who.int/handle/10665/250796>

World Health Organization. (2020). *Fertility awareness methods*. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*.

[<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>]

World Health Organization. (2023). Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report: Executive summary.

[<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080393>]

World Health Organization. (2025a). *Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility*. <https://iris.who.int/bitstreams/ec0ba5b9-9b96-4ad0-9f26-449e53950008/download>.

World Health Organization. (2025b). *World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int>

Zegers-Hochschild, F., et al. (2017). The international glossary on infertility and fertility care. *Human Reproduction*, 32(9), 1786–1801.

# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม และการพยาบาล

ในระยะตั้งครรภ์

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Pregnancy Periods

บทที่

3

## บทนำ (introduction)

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะหารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมพร้อมในการป้องกันอันตรายและดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์

เนื้อหาในบทนี้อธิบายถึง การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พร้อมทั้งตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และบทสรุป

## 1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะตั้งครรภ์

การประเมินความเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง ซึ่งภาวะเสี่ยงบางอย่างเกิดขึ้นในบางไตรมาสของการตั้งครรภ์ แต่ภาวะเสี่ยงบางอย่างเกิดขึ้นได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ และความรุนแรงอาจแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลควรประเมินความเสี่ยงที่อาจขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยการคัดกรองความเสี่ยง และจัดกลุ่มคัดกรองประเภทความเสี่ยงเพื่อให้ส่งต่อได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในการประเมินตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และประเมินความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพจำนวน 8 ครั้ง รายละเอียดของแบบประเมิน ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

### ตารางที่ 3.1 แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	มี	ไม่มี
<b>ประวัติอัมมีต</b>		
1. เคยมีอาการดายในครรภารหรือเลือดซึ่วิตแรกเกิด ( 1 เดือนแรก)		
2. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม		
3. มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งก่อนหรือประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
4. มีประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน หรือครรภ์เป็นพิษในครอบครัว		
5. ครรภ์ที่ 5 เป็นต้นไป		
6. เคยแท้ง 3 ครั้งติดต่อกันหรือมากกว่า ( ในไตรมาสที่ 1 ) หรือ เคยแท้งในไตรมาสที่ 2		
7. ประวัติคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์		
8. ประวัติความผิดปกติทางนรีเวช เช่น ผ่าตัดปากมดลูก เนื้องอกมดลูก		
9. เคยผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก		
10. เคยคลอดบุตรมีครรโนซิซมผิดปกติหรือเคยคลอดทารกพิการแต่กำเนิด หรือมีโรคทางพัฒนาล้มเหลวในครอบครัว		
<b>ประวัติปัจจุบัน</b>		
11. อายุ < 17 ปี ( นับถึง EDC )		
12. อายุ > 35 ปี ( นับถึง EDC )		
13. ก่อนตั้งครรภ์ BMI < 18.5 กก./ตร.ม. หรือ 23–29.9 กก./ตร.ม.		
14. ก่อนตั้งครรภ์ BMI 30–40 กก./ตร.ม.		
15. ก่อนตั้งครรภ์ BMI > 40 กก./ตร.ม.		
16. หมูเลือด Rh Negative		
17. ความดันโลหิตสูง BP หากว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg		
18. ครรภ์แฟด		
<b>ประวัติโรคทางอายุรกรรม</b>		
19. โลหิตจาง ( Hb < 11 mg/dL หรือ Hct < 33% )		
20. โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง		
21. โรคไทรอยด์ ( Hyper/Hypothyroid )		
22. โรคทางจิตเวช		
23. ตี่มสุรา ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่/คนใจกล้าม		
24. โรคไต		
25. โรคหัวใจ		

หัวข้อ	มี	ไม่มี
26. โรค SLE, Antiphospholipid syndrome		
27. โรคอื่น ๆ .....		
	ผู้ประเมิน .....	
	วันที่ .....	

หมายเหตุ ข้อที่ 1-16 ประเมินเฉพาะการฝากครรภ์ ครั้งที่ 1

การประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ และให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งการประเมินสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์ ต้องประเมินทุกครั้งที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ โดยใช้ประเมินความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินการตื่มสร้าง ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

### ตารางที่ 3.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็น บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	0	1	2	3
2	มีสมาธิชักخت	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/เกรวานเกรวาย/ว้าวุ่นใจ	0	1	2	3
4	รู้สึกเบื่อ เชิง	0	1	2	3
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	0	1	2	3
รวมคะแนน					

หมายเหตุ แทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง  
 เป็นบางครั้ง หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย  
 บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดซึ้นเกือบทุกวัน  
 เป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดซึ้นทุกวัน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### การแปลผลและคำแนะนำ

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหา กับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาด้านความเครียด ควรผ่อนคลายความเครียด ด้วยการพูดคุย หรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิดเพื่อระบายความเครียดหรือคลายที่มาของปัญหา และอาจใช้การหายใจเข้าออก สิกๆ ชาๆ หลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล

8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูงในระดับที่อาจส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง นอนไม่หลับ ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขเพื่อดูแลจิตใจหรือได้รับการตัดกรองด้วยแบบตัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q plus) หรือส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาต่อไป

### ตารางที่ 3.3 แบบตัดกรองซึมเศร้า (2Q plus)

ข้อ	รายการ	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เชิง ทุกข์ใจ เศร้า ห้อแท้ ซึม หงอย		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือ ทำอะไรไม่สนุกเพลิดเพลิน เหมือนเดิม		
+	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่าน มีความรู้สึก ทุกข์ใจ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือไม่		

### การแปลผลและคำแนะนำ

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทุกข้อ แสดงว่า เป็นปกติ ไม่พบความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำ ในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ ในข้อ 1 และ 2 แสดงว่า มีความเสี่ยง มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับการให้คำปรึกษา และส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อรับการดูแลทางสังคม จิตใจ หรือรับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อไป

ถ้าตอบ “มี” ในข้อ + แสดงว่า เสี่ยงในการพัฒนา สงบบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อประเมินเพิ่มเติม

### ตารางที่ 3.4 แบบประเมินการตีมสุรา

คำถาม	เคย	ไม่เคย
ในรอบหนึ่งปีที่ผ่าน คุณเคยดื่มสุราหรือไม่ (สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกชนิด ได้แก่ เปียร์ เหล้า สาโท กะซช วิสกี้ สปาย ไวน์ เป็นต้น )		

### การแปลผลและคำแนะนำ

หากตอบว่า “เคย” ควรได้รับการประเมิน ปัญหาการตีมสุรา และรับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เนื่องจากการตีมสุรามีผลต่อสุขภาพของมารดาและการเลี้ยงลูก

เมื่อประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบประเมินความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วนำมาพิจารณาสถานที่ฝากครรภ์ โดยแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยง ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย, 2568)

- ไม่มีความเสี่ยง (low risk) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่
- มีความเสี่ยงระดับ 1 (high risk 1) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยแพทย์หรือพยาบาล

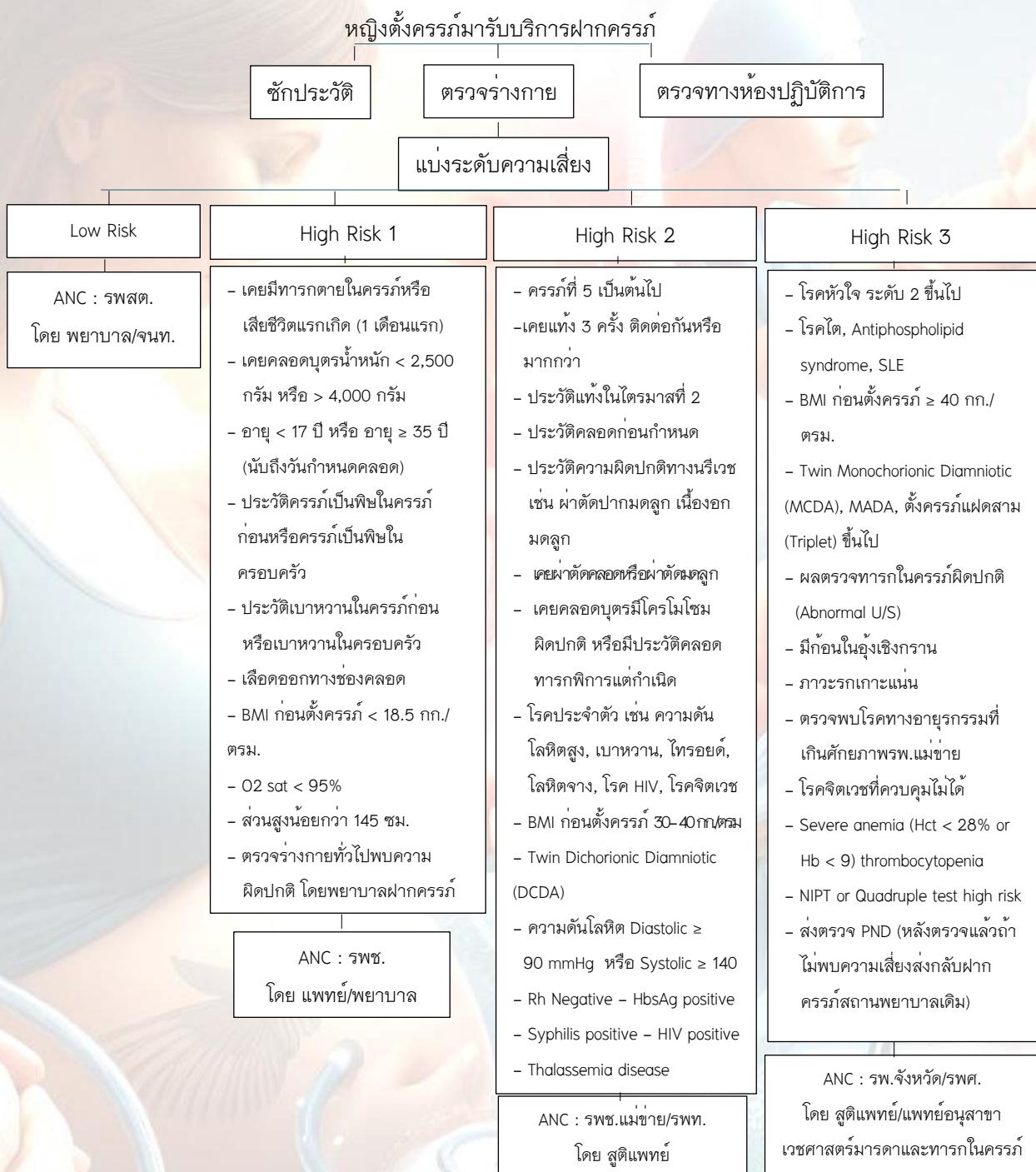
3. มีความเสี่ยงระดับ 2 (high risk 2) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยสูติแพทย์

4. มีความเสี่ยงระดับ 3 (high risk 3) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยสูติแพทย์หรือแพทย์อุปนุสานาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

ดังแผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการตัดกรองและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหลังตั้งครรภ์



แผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหลังตั้งครรภ์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2568)

สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และกิจกรรมการให้การดูแลแบบตามช่วงอายุครรภ์ตามแนวทางของการฝึกครรภ์คุณภาพ ดังนี้

**ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ จะได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง และกิจกรรมการให้การดูแล ดังนี้**

1. ซักประวัติ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ได้แก่ ประวัติอดีต ประวัติปัจจุบัน ประวัติโรคทางอายุรกรรม ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนบาดทะยัก ประวัติวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประเมินความเสี่ยงตั้งครรภ์ และประเมินสุขภาพจิต

2. ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ตรวจร่างกายละเอียดทุกรอบเพื่อ ประเมินความเสี่ยงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย ตรวจภายใน ตรวจพั้น การให้คำปรึกษาการ ตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และชาลัสซีเมีย

3. ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินอายุครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 8 สัปดาห์

4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ได้แก่ ตรวจเลือดเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของ เม็ดเลือดแดง ความเข้มข้นของเลือด หมูเลือด พาหะหรือโรคชาลัสซีเมีย โรคไวรัสตับอักเสบ บี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอชไอวี ซิฟิลิส เป็นต้น และตรวจปัสสาวะเพื่อ วินิจฉัยการตั้งครรภ์ (urine pregnancy test : UPT)

5. กิจกรรมการดูแลและคำแนะนำที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับเรื่องของการ ผิดปกติในไตรมาสที่ 1 และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีอาการปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด คลื่นไส้อาเจียน กินไม่ได้ น้ำหนักลด เป็นต้น

**ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ จะได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง และ กิจกรรมการให้การดูแล ดังนี้**

1. ซักประวัติ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝึกครรภ์ ได้แก่ ประวัติปัจจุบัน ประวัติโรคทางอายุรกรรม อาการผิดปกติ ความรู้สึกลูกดิ้น และประเมินสุขภาพจิต
2. ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ ตรวจครรภ์ประเมินความสูงของยอดมดลูก และพังเสียงหัวใจทารกในครรภ์

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์** : การพยาบาลมาตรฐาน และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ຕຽບຄວາມດຳວຍຄລືນເສີຍຄວາມຄືສູງເພື່ອປະເມີນຄວາມຜິດປົກຕີຂອງທາກໃນຄຣກ
  4. ຕຽບທາງຫົວປົກຕີການ ຕຽບປັສສາວເພື່ອປະເມີນໂປຣຕິນ (Albumin) ແລະ ນໍ້າຕາລ (Sugar) ໃນປັສສາວ ແລະ ຕຽບເລືອດເພື່ອຄັດກອງຄວາມເສີຍ ດັ່ງນີ້
    - 4.1 ທາກກາລຸມອາກາດາວານີ້ໃນໜ່ວຍອາຍຸຄຣກ 14 – 18 ສັປດາທ໌ ໂດຍການຕຽບ Quadruple test ໃນການທີ່ເປັນຄູ່ເສີຍຫາລັສ໌ສີເມີຍຕຽຈ Hb typing ກຣຢາແລະສາມີ
    - 4.2 ຄັດກອງເບາຫວານໃນໜ່າງຕິ່ງຄຣກ ໂດຍການຕຽບດ້ວຍວິທີ 50 gm Glucose Challenge Test (50 gm GCT)
  5. ກິຈກະນົມກາຮູ້ແລະຄໍາແນະນຳທີ່ໃຫ້ກັບໜ່າງຕິ່ງຄຣກ ເກີ່ວກັບເຮືອງການຮັບປະທານອາຫານສໍາຫຼັບໄຕຣມາສທີ່ 2 ແລະ ການຮັບປະທານຍາ Triferdine ແລະ ແຄລເຊີມເວີມສອນວິທີການນັບລູກດິນ ແລະ ເຂົ້າວ່າມກິຈກະນົມໂຮງເວີນພ່ອມໝາຍີ້ທີ່ 1
- ໄຕຣມາສທີ່ 3 ຂອງການຕິ່ງຄຣກ** ຈະໄດ້ຮັບການປະເມີນແລະທັດກອງຄວາມເສີຍ ແລະ ກິຈກະນົມກາຮູ້ແລະ ດັ່ງນີ້
1. ຊັກປະວັດ ເພື່ອຄັດກອງຄວາມເສີຍທີ່ມາຝາກຄຣກ ໄດ້ແກ່ ປະວັດ ປັຈຊຸບນັ້ນ ປະວັດໂຮກທາງອາຍຸຮົກຮ່ວມ ອາການຜິດປົກ ຄວາມຮູ້ສຶກລູກດິນ ແລະ ປະເມີນສຸຂພາພຈິດ
  2. ຕຽບຈາງກາຍແລະວິນິຈັຍເພີ່ມເຕີມ ໄດ້ແກ່ ຊັກນໍ້າໜັກ ຕຽບວັດລັບນູານາຟ ແລະ ຕຽບຄຣກປະເມີນຄວາມສູງຂອງຍອດລູກ ພັງເສີຍຫັກໃນຄຣກ ແລະ ຕຽບຈາງກາຍປະເມີນກາງຂາບວານ ແລະ ແກ້ໄຂອາຍຸຄຣກມາກວ່າ 39 ສັປດາທີ່ນີ້ໄປ ໄທຕຽບກາຍໃນເພີ່ມເຕີມ
  3. ຕຽບຄຣກດ້ວຍຄລືນເສີຍຄວາມຄືສູງເພື່ອປະເມີນເຈົ້າຕົບໂຕຂອງທາກໃນຄຣກ ແລະ ສ່ວນນຳ
  4. ຕຽບທາງຫົວປົກຕີການຄວັງທີ່ 2 ໄດ້ແກ່ ຕຽບເລືອດເພື່ອປະເມີນຄວາມສມບູບດົນ ຂອງເມັດເລືອດແດງ ຄວາມເຂັ້ມຂັ້ນຂອງເລືອດ ແລະ ໂຮດຕິຕອທາງເພີ້ມພັນທີ ໄດ້ແກ່ ໂຮດເຂົ້າວິວ ແລະ ຂີພິລິສ ຕຽບປັສສາວເພື່ອຕຽບໂປຣຕິນແລະ ນໍ້າຕາລ ໃນປັສສາວ ແລະ ແກ້ໄຂອາຍຸຄຣກມາກວ່າ 39 ສັປດາທີ່ນີ້ໄປ ໄທຕຽບປະເມີນສຸຂພາພທາກໃນຄຣກດ້ວຍການທຳ non stress test (NST)
  5. ກິຈກະນົມກາຮູ້ແລະຄໍາແນະນຳທີ່ໃຫ້ກັບໜ່າງຕິ່ງຄຣກ ເກີ່ວກັບເຮືອງການນັບລູກ ດິນ ການຮັບປະທານອາຫານເພື່ອເພີ່ມນໍ້າໜັກທາກໃນຄຣກໃນໄຕຣມາສທີ່ 3 ປະໂຍ່ນໜີຂອງນມແມ ແລະ ການເຕີຍມຕົວເສີຍລູກດ້ວຍນມແມ ອາການຜິດປົກທີ່ຕ້ອງມາໂຮງພຍາບາລ ເຊັ່ນ ເຈັບຄຣກ ຄລອດ ເລືອດອອກທາງຂອງຄລອດ ນໍ້າເດີນ ລູກດິນນ້ອຍ ເປັນຕົ້ນ ແລະ ເຂົ້າວ່າມກິຈກະນົມໂຮງເວີນພ່ອ ມໝາຍີ້ທີ່ 2 ໂດຍມີຮາຍລະເອີຍດັ່ງຕາರຸງທີ່ 3.5

### ตารางที่ 3.5 การฝากครรภ์คุณภาพ (กรมอนามัย, 2568)

อายุครรภ์	10	13	18	21	26	31	35	39
ชักประวัติ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ชักประวัติเพื่อ คัดกรอง ความเสี่ยง ตามลักษณะที่กสุขภาพ เมมและเด็ก           <ul style="list-style-type: none"> <li>• ประวัติอดีต</li> <li>• ประวัติปัจจุบัน</li> <li>• ประวัติโรคทาง อายุครรภ์</li> </ul> </li> <li>▶ LMP (วันแรกของ ประจำเดือนครั้ง สุดท้าย)</li> <li>▶ ประเมินความเสี่ยง หญิงตั้งครรภ์</li> <li>▶ ประเมินสุขภาพจิต</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ คัดกรอง ความเสี่ยง ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์           <ul style="list-style-type: none"> <li>• ประวัติปัจจุบัน</li> <li>• ประวัติโรคทาง อายุครรภ์</li> <li>• อาการผิดปกติ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ คัดกรองความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์           <ul style="list-style-type: none"> <li>• ประวัติปัจจุบัน</li> <li>• ประวัติโรคทาง อายุครรภ์</li> <li>• อาการผิดปกติ</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ความรู้สึกลูกดิ้น</li> <li>▶ ประเมินสุขภาพจิต</li> </ul>				
ตรวจ ร่างกาย และวินิจฉัย เพิ่มเติม	ตรวจอย่างละเอียด ทุกรอบBW, BP, PR, RR, Heart, Lung, Thyroid, วัดFundal height, O <sub>2</sub> Sat ตรวจภายใน ตรวจพัฒนา Prenatal counselling กลุ่มอาการ ความและชาลซีเมีย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BW, BP, PR, RR</li> <li>• Fundal height</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BW, BP, PR, RR</li> <li>• วัดFundal height เป็น cm</li> <li>• FHS</li> <li>• ดูleg edema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BW, BP, PR, RR</li> <li>• วัดFundal height เป็น cm</li> <li>• FHS</li> <li>• ดูleg edema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BW, PR, RR</li> <li>• วัดFundal height</li> <li>• FHS</li> <li>• ดูleg edema</li> <li>• PV</li> </ul>			
ตรวจทาง ห้องปฏิบัติ การ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U/S confirm GA เสือ อายุครรภ์ &gt; 8 สัปดาห์</li> <li>• Lab ANC 1 : CBC, DCIP, ABO, Rh, Anti-HIV, HBsAg, Treponemal test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quadruple test</li> <li>• Urine Alb/Sugar</li> <li>• ตรวจLab สามี (กรณีมี ความเสี่ยง) :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U/S screening</li> <li>• anomaly</li> <li>• Urine Alb / Sugar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 gm GCT</li> <li>• Urine Anti-HIV Alb / Sugar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lab ANC 2 : CBC</li> <li>• Urine Anti-HIV Alb / Sugar</li> <li>• Treponemal test</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine Alb / Sugar</li> <li>• U/S growth + Presentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine Alb / Sugar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NST</li> <li>• Urine Alb / Sugar</li> </ul>

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหาก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ອາຍຸຄຣວກ	10	13	18	21	26	31	35	39
ຕຽບຈາທາງ ໜ້ອງປົງປັບຕິ ກາງ (ຕ່ອ)	(TPHA reverse algorithm or VDRL/RPR traditional algorithm) • UA or Multiple urine dipstick UPT	Treponemal test CBC, DCIP, Hb typing ກරຽາ ແລະສາມືໃນກຣນີ ຄູ່ເສີຍ			• Multiple urine dipstick			
ກາງໃຫ້ ຄໍາແນະນຳ	• ອາການຜິດປົກຕິໃນ ໄຕຣມາລີທີ 1 • ອາການຜິດປົກຕິທີ່ຄວາ ມາພັບແພທຍໍ ເຊັ່ນ ມີອາການປັດທອງ ມີເລືອດອອກທາງ ຂອງຄລອດ ຄລື່ນໄສ້ ອາເຈີຍ ກິນໄມ້ໄດ້ ນ້ຳໜັກລັດ	• ອາການໃກນອາຫານ ໄຕຣມາລີທີ 2 • ອາການໃກນຢາ Triferdine • ໂຮງເຮັຍນພ້ອມແມ ຄຮັງທີ 1	• ອາການ ໃກນ ໄຕຣມາລີ ທີ 2 • ອາການ ໃກນ ຢາ ທີ 2 • ອາການ ໃກນ Triferdine • ເພີມ Calcium ກິນຄະລະ ມືອກັບ ເໜັກ	• ອາການ ໃກນ ກິນ ທີ 2 • ອາການ ໃກນ ກິນຢາ Triferdine • ເພີມ Calcium ກິນຄະ ລະມື້ອ ກັບເໜັກ • ເຮີມ ສອນວິຫີ ນັບລູກ ດິນ	• ນັບລູກ ດິນ • ອາການ ຜິດປົກຕິ ທີ່ຕ້ອງມາຮ. ເປົ້າໂຍ່ນ ທີ 3 • ອາການ ຜິດປົກຕິ ທີ່ຕ້ອງມາຮ. ເປົ້າໂຍ່ນ ທີ 2	• ນັບລູກດິນ • ອາການ ຜິດປົກຕິ ທີ່ຕ້ອງມາຮ. ເປົ້າໂຍ່ນ ທີ 3 • ໂຮງເຮັຍນ ພ້ອມຄຮັງ ທີ 2	• ນັບລູກ ດິນ • ອາການ ຜິດປົກຕິ ທີ່ຕ້ອງມາຮ. ເປົ້າໂຍ່ນ ທີ 3 • ໂຮງເຮັຍນ ພ້ອມຄຮັງ ທີ 2	• ນັບລູກ ດິນ • ອາການ ຜິດປົກຕິ ທີ່ຕ້ອງມາຮ. ເປົ້າໂຍ່ນ ທີ 3 • ໂຮງເຮັຍນ ພ້ອມຄຮັງ ທີ 2

## 2. ສຕານກາຮົນກາງເສີຍທາງສູດີກຣມທີ່ພັບບ່ອຍໃນຮະຍະຕັ້ງຄຣວກ

ກາງເສີຍຂອງໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກແລະທາຮກໃນຄຣວກເປັນສິ່ງທີ່ຄວາໃຫ້ການສຳຄັນເພື່ອ  
ເກີດຂຶ້ນແລ້ວຈະທຳໃຫ້ໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກແລະທາຮກໃນຄຣວກເກີດອັນຕຣາຍຖື່ງໝົວຕີ ດັ່ງນັ້ນພຍາບາລຄວຣ  
ທຣາບເກີຍກັບສຕານກາຮົນກາງເສີຍທີ່ພັບບ່ອຍຂອງໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກແລະທາຮກໃນຄຣວກເພື່ອໃຫ້ກາຮ  
ດູແລໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກທີ່ມີກາງເສີຍ ດັ່ງນີ້

**2.1 ກາງເສີຍນີ້ມາລາຍເກີນເກັນຫຼື ບັນພບວ່າ ໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກສ່ວນໃໝ່ມັກນີ້ກາງ  
ດັ່ນນີ້ມາລາຍເກີນເກັນຫຼື ຕັ້ງແຕກອົນຕັ້ງຄຣວກ ສ່ວນໃໝ່ມັກນີ້ກາງ  
ສົ່ງຜລໃໝ່ມີນ້ຳໜັກເພີ່ມຂຶ້ນເກີນເກັນຫຼື ຂະຕັ້ງຄຣວກ  
ຊື່ອາຈານຈາກໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣວກຕ້ອງການທີ່ຈະປໍາຮູ້ຕົນເພື່ອໃຫ້ທາຮກໃນຄຣວກມີສຸຂພາພແ້ງແຮງ  
ໂດຍໄໝທຣາບວ່າກາງເສີຍຂ່າວໜ້າໜັກເກີນເກັນຫຼື ຂະຕັ້ງຄຣວກ ທຳໃຫ້ເສີຍຕ່ອກກາຮົນ**

ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ตลอดจนส่งผลต่อทารก ดังนั้นการป้องกันและการควบคุมน้ำหนักในระยะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์  $\geq 23$  กก./ตรม. ถือว่ามีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ดังนี้

**ผลต่อหญิงตั้งครรภ์** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้ง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด อาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

**ผลต่อทารก** เพิ่มความเสี่ยงทารกตัวโต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิการแต่กำเนิด ทารกมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการคลอดและตายคลอดเพิ่มสูงขึ้น

#### การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

- ให้คำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์ในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ น้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ควรเพิ่มขึ้น 0.5–2 กิโลกรัม สำหรับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์อยู่ระหว่าง 7–11.5 กิโลกรัม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์เท่ากับ 0.28 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน ( $BMI > 30$  กก./ตรม.) ควรมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 5–9 กิโลกรัม โดยหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์แต่ละสัปดาห์ควรเพิ่มขึ้น 0.22 กิโลกรัม (Institute of Medicine (IOM), 2009)

- ให้คำแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลควรประเมินและวิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์เพื่อนำมาวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของหญิงตั้งครรภ์แต่ละบุคคล รวมถึงการคำนวนพลังงานที่หญิงตั้งครรภ์ต้องการในแต่ละวัน สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่น้ำหนักเกินเกณฑ์หรือมีภาวะอ้วน ควรได้รับพลังงาน 1,500–1,800 กิโลแคลอรี/วัน โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ ไขมันอิ่มตัวต่ำ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน เป็นต้น และนำให้รับประทานอาหารประเภทธัญพืช ถั่วต่างๆ

---

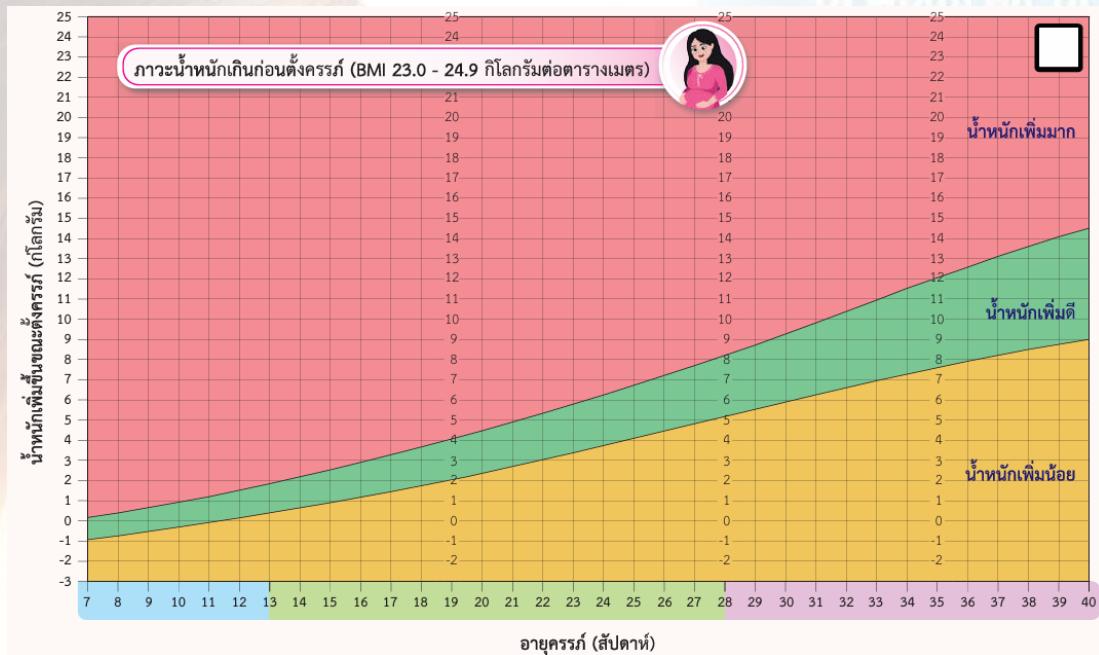
**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

ผักและผลไม้ที่มีการใช้สูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทกะทิ อาหารทอด และอาหารจานด่วน เป็นต้น (เบญจพร สุติญาณวิโรจน์, วรรณพร คำพิลา, ปวินตรา manaadit, สุกัญญา รักครรชี, ทิพวรรณ ทัพชัย, และรัชนี พจนา, 2566) ซึ่งคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์จะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มาจากการ์โนในแต่ละครั้ง หากผลการบันทึกข้อมูลลงในกราฟการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหากหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมาก ควรให้คำแนะนำในการโภชนาการ ดังนี้ 1) รับประทานอาหารให้หลากหลายและครบถ้วน 6 กลุ่ม ตาม章โภชนาการได้แก่ ข้าว-แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นม ไขมัน น้ำตาลและเกลือ และรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ 2) รับประทานข้าว ขนมปัง และธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโซลวิท เป็นต้น 3) รับประทานผลไม้รสหวานน้อย เช่น ชมพู่ แก้วมังกร แอปเปิล สาลี เป็นต้น และรับประทานผักทุกสีเป็นประจำ 4) รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน 5) ดื่มน้ำนมสดจืดไขมันต่ำหรือขาดมันเนย 2 แก้ว (แก้วละ 200 มิลลิลิตร) ทุกวัน 6) ใช้น้ำมันที่เหมาะสมกับวิธีการประกอบอาหาร เช่น ใช้น้ำมันรำข้าวในการทอดอาหาร ใช้น้ำมันรำข้าวเหลืองในการผัดอาหาร เป็นต้น 7) หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 8) การประกอบอาหารใช้วิธีการอบ การนึ่ง การย่าง และการต้มแทนการทอด หลีกเลี่ยงอาหารทอดในน้ำมันหรือเนย เพราะจะเพิ่มพลังงานและไขมันในมื้ออาหาร (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

3. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยเริ่มจากการออกกำลังกายเบาๆ ใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายไม่นาน และค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาขึ้นเท่าที่สามารถทำได้ จะช่วยลดการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้และไม่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2020) และไม่ควรออกกำลังกายในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศร้อน ก่อนออกกำลังกายควรมีการรองรับร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และหลังเสร็จสิ้นการออกกำลังกายควรคลายตัวเพื่อผ่อนคลายและลดอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ไม่ออกกำลังกายหักโหมหรือเหนื่อยเกินไป และควรหลีกเลี่ยงการนอนหงายเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทก กระโดด และเกร็งซ่องท้อง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักรถึงความสำคัญในการปฏิบัติกรรมให้เหมาะสมและสามารถควบคุมการเพิ่มน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ให้เป็นตามเกณฑ์เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

5. ติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยติดตามจากการภาพเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งได้แบ่งกราฟการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์จากต้นมีวัลการก่อนการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งกราฟออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะผอมก่อนการตั้งครรภ์ ( $BMI < 18.5$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติก่อนตั้งครรภ์ ( $BMI 18.5-22.9$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 3) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนตั้งครรภ์ ( $BMI 23.0-24.9$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) 4) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์ ( $BMI$ มากกว่าหรือเท่ากับ  $25.0$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร) โดยให้เลือกลงบันทึกกราฟที่ตรงกับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์และจะใช้กราฟนั้นในการติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักไปตลอดการตั้งครรภ์ โดยจุดกราฟค่าน้ำหนักตามอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกครั้ง หากจุดกราฟอยู่ในพื้นที่สีเหลืองแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มน้อย กราฟอยู่ในพื้นที่สีเขียวแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มตี และกราฟอยู่ในพื้นที่สีชมพูแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มมาก (ภาพที่ 3.1) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) และหากการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ พยาบาลควรค้นหาสาเหตุและปัจจัยเพิ่มเติมเพื่อปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป



รูปที่ 3.1 กราฟการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568

6. ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

## 2.2 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage or adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ ในหญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี (WHO, 2023) จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยจำแนกตามอายุของมาตรการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เมื่อพิจารณาจากสถิติ 3 ปี คือ 0.3, 0.3, และ 0.4 ตามลำดับ และอัตราการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุ 15–19 ปี เมื่อพิจารณาจากสถิติ 3 ปี คือ 0.3, 0.3, และ 0.4 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับ 0.3, 0.3, และ 0.4 ตามลำดับ และอัตราการตั้งครรภ์ในมารดาที่อายุ 15–19 ปี เมื่อพิจารณาจากสถิติ 3 ปี คือ 0.3, 0.3, และ 0.4 ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ

2566 เท่ากับ 24.4, 21.0, และ 20.9 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี เพิ่มสูงขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยหนิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าหนิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

**ผลต่อหนิงตั้งครรภ์** ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดภาวะศีรษะ胎ารามไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน (CPD) มีโอกาสเกิดระยะที่สองของการคลอดโดยวิถีและเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ในระยะหลังคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีแนวโน้มอัตราตายของมารดาเพิ่มสูงขึ้น

**ผลต่อทารก** ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากสถิติสาธารณสุขปีพ.ศ.2566 พบร้าทารกที่เกิดจากมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 21.14 จากทารกที่คลอดในมารดาอายุเดียวกัน แต่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 13.84 จากทารกที่คลอดในมารดาอายุเดียวกัน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566) นอกจากนี้ทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ อัตราตายปริกำเนิดสูงขึ้น และทารกบางรายอาจถูกثارรุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง

### การพยาบาลหนิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

- จัดสถานที่ในการฝากครรภ์และให้คำปรึกษาสำหรับหนิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนหรือแยกช่วงเวลาในการให้บริการฝากครรภ์ เนื่องจากหนิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์และความต้องการดูแลแตกต่างกับหนิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ ดังนั้น

ຮູບແບບໃນກາຮສ່ງເສີມສຸຂພາພແລກາຮດູແລ້ງຕັ້ງຄຣກໍລຸ່ມນີ້ຈຶ່ງມີຄວາມເຂົາເຈະຈົງ  
(ຂົນິ້ມສູງ ເມຊກມລ ແລະອາວິຣັດນໍ ວິເຊີຍປະກາ, 2561)

2. ໄທັກປັບປຸງມາແລະແນະນຳທາງເລືອກໃນກາຮຕັ້ງຄຣກໍໄທກັບໜູງຕັ້ງຄຣກໍວ່າຢູ່ນ ຊຶ່ງບາງຮາຍ  
ເລືອກຕັ້ງຄຣກໍຕ່ອງຈົນຄຣບກຳທັນດຄລອດ ບາງຮາຍຕັດສິນໃຈຢູ່ຕັ້ງຄຣກໍ ທັ້ງໝຶ່ນອໍານຸ້ກັບຄຸລຍພິນິຈ  
ຂອງແພທຍໍແລະຄວາມຍື່ນຍອມຂອງໜູງຕັ້ງຄຣກໍ ຕາມພຣະຣາຊບ້ານຸ້ຕີແກ້ໄຂເພີ່ມເຕີມປະມວລ  
ກົງຫາຍອາງູາ (ฉบັບທີ 28) ພ.ສ. 2564 ຊຶ່ງເປັນປະມວລກົງຫາຍອາງູາທີ່ເກີ່ວຂ້ອງກັບກາຮທຳ  
ແທງຕາມມາດຮາ 305 ຮະບຸໄວ້ວ່າດ້າເປັນກາຮກະທຳຂອງຜູ້ປະກອບວິຊາຊື່ພເວັບກຣມແລະຕາມ  
ຮັກເກີນທີ່ຂອງແພທຍສກາໃນກາຮຕັ້ງຕ່ອໄປນີ້ ຜູ້ກະທຳໄມ້ມີຄວາມຜິດ

(1) ຈຳເປັນຕົ້ນກະທຳທຳເນື່ອງຈາກຫາກໜູງຕັ້ງຄຣກໍຕ່ອໄປຈະເສື່ອງຕົກກາຮໄດ້ຮັບອັນດຽຍ  
ຕອສຸຂພາພທາງກາຍຫີ່ອຈົດໃຈຂອງໜູງນັ້ນ

(2) ຈຳເປັນຕົ້ນກະທຳທຳເນື່ອງຈາກມີຄວາມເສື່ອງອໍາຍ່າງມາກຫີ່ອມີເຫຼຸຜລທາງກາຮແພທຍໍ  
ອັນຄາຮເຊື່ອໄດ້ວ່າຫາກທາກຄລອດອອກມາຈະມີຄວາມຜິດປົກຕຶກີ່ງນາດຖຸພພລກາພຍ່າງຮ້າຍແຮງ

(3) ໜູງຍື່ນຍັນດ້ອັ່ງຜູ້ປະກອບວິຊາຊື່ພເວັບກຣມວ່າຕົນມີຄຣກໍເນື່ອງຈາກມີກາຮກະທຳ  
ຄວາມຜິດເກີ່ວກັບເປົ້າ

(4) ໜູງຈຶ່ງມີອາຍຸຄຣກໍໄມ້ເກີນສົບສອງລັບດາຫີ່ນຍັນທີ່ຈະຢູ່ຕັ້ງຄຣກໍ

(5) ໜູງຈຶ່ງມີອາຍຸຄຣກໍເກີນສົບສອງລັບດາຫີ່ນຍັນທີ່ຈະຢູ່ຕັ້ງຄຣກໍ ກາຍຫັ້ງກາຮຕັ້ງຄຣກໍແລະ  
ຮັບຄົນແລ້ວກະທຳທຳແນະນຳຂອງແພທຍສກາແລະໜ່ວຍງານທີ່ເກີ່ວຂ້ອງຕາມກົງຫາຍວ່າດ້ວຍ  
ກາຮປັບປຸງແລະແກ້ໄຂປັບປຸງກາຮຕັ້ງຄຣກໍໃນວ່າຢູ່ນ (ຮາຈກິຈຈານຸເບກໜາ, 2564)

3. ປະເມີນກາວເສື່ອງທາງດ້ານຮ່າງກາຍແລະຈົດໃຈຂອງໜູງຕັ້ງຄຣກໍວ່າຢູ່ນເປັນຮາຍນຸ່ຄລ  
ເນື່ອງຈາກກາຮເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕຂອງຮ່າງກາຍຂອງວ່າຢູ່ນຍັງໄມ້ສົມບູຮົນແລະອາຈານມີພັດທິກຣມໃນກາຮດູແລ  
ຕົນເອງໄມ້ເໜາະສມ ທຳໃໝ່ເສື່ອງຕົກກາຮເກີດກາວະແທຮກ້ອນຕົກຕົນເອງແລກາຮກ ບາງຮາຍອາຈານມີ  
ປັບປຸງດ້ານຈົດໃຈເນື່ອງຈາກໄມ້ຍອມຮັບກາຮຕັ້ງຄຣກໍທຳໃໝ່ໄມ້ສາມາດປັບປຸງທາກກາຮເປັນມາຮດາ  
ໄດ້ ດັ່ງນັ້ນພຍາບາລຄວ່າງກັນກາຮເກີດກາວະແທຮກ້ອນຈາກກາຮຕັ້ງຄຣກໍ ແລະໃໝ່ກາຮດູແລເພື່ອ

ลดความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งส่งเสริมการปรับบทบาทและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

4. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### 2.3 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ซึ่งข้อมูลจากการระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ 2560 ถึง 2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (neonatal mortality rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.4 เพิ่มเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักอยู่ละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนอายุครรภ์ 33 สัปดาห์ (early preterm labor) และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ถึง 36 สัปดาห์ (late preterm labor) ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คือ มดลูกหดรัดตัวอย่างสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกบางลงและ/หรือมีการเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นหรือมดลูกมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร โดยอาจร่วมกับมีนูกเลือดหรือถุงน้ำคร่าร้าวตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีดังนี้ (ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2567)

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

## ประวัติทางสุขภาพนรีเวช

- มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
- เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก
- เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง
- มดลูกผิดปกติ (uterine anomalies)

## ข้อมูลพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์

- อายุน้อยกว่า 17 ปี หรือ มากกว่า 35 ปี
- มีระดับการศึกษาต่ำหรือมีเศรษฐกิจต่ำ
- ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ล้วน เช่น น้อยกว่า 6 เดือน
- BMI < 19 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 50 กิโลกรัม
- ภาวะโภชนาการไม่ดี (poor nutritional status)
- ทำงานหนัก เช่น มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือยืนนานกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

## ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

- ตั้งครรภ์โดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพัฒนา (assisted reproductive technology)
- ครรภ์แฝด
- ทารกมีความผิดปกติ เช่น โครโนซอมผิดปกติ พิการแต่กำเนิด เจริญเติบโตชาในครรภ์ เลี้ยงชีวิต เป็นต้น
- มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์ เช่น ในไตรมาสแรกหรือไตรมาสที่สอง มีรากເກะต่ำหรือกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น
- น้ำคร่ำมากหรือน้อยผิดปกติ
- มีโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตรอยด์ หอบหืด เป็นต้น
- ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องในครรภ์นี้
- ปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะเครียดหรือซึมเศร้า เป็นต้น
- การใช้สารเสพติด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โคเคน เอโรบิน เป็นต้น
- การติดเชื้อ เช่น bacterial vaginosis, trichomoniasis, chlamydia, หนองใน ซิฟิลิส ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อไวรัส และการติดเชื้อของทารกในครรภ์ เป็นต้น

- ปากมดลูกล้มในช่วง 14–28 สัปดาห์
- Fetal fibronectin ให้ผลบวกในช่วง 22–34 สัปดาห์
- มีการหัดริดตัวของมดลูก

**แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ดังนี้**

1. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาลแผนกผู้ตั้งครรภ์ควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยอธิบายให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และให้สังเกตอาการและการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการติดต่อกับโรงพยาบาลกรณีมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก พยาบาลควรซักประวัติโดยมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพจิต การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การทำงานหนัก เป็นต้น ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด หรือส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางตามลักษณะของแต่ละปัญหา

### 3. ตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่อง

3.1 เมื่อซักประวัติคัดกรองความเสี่ยง พบร้าห์หญิงตั้งครรภ์มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดชนิดที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous preterm delivery) ให้ทำการตรวจวัดความยาวของปากมดลูกทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound cervical length; TVCL) เป็นระยะทุก 1–4 สัปดาห์ในช่วงอายุครรภ์ 16–24 สัปดาห์ หากพบ TVCL < 25 มิลลิเมตร แพทย์ควรพิจารณาให้ยา micronized progesterone 100–200 มิลลิกรัม เหน็บทางช่องคลอดก่อนนอนวันละครั้ง โดยเริ่มตั้งแต่วันที่วินิจฉัยได้จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งอาจพิจารณาเย็บผูกปากมดลูก (cervical cerclage) ร่วมกับให้ยาโปรเจสเตอรอนหรืออย่างใดอย่างหนึ่งได้ ทั้งนี้ให้อยู่ใน

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ດຸລຍພິນິຈຂອງແພທຢູ່ຜູ້ແລຮັກໝາ ນອກຈາກນີ້ຢັ້ງມີຄຳແນະນຳໃຫ້ເໜັບຢາ micronized progesterone ໄດ້ເລີຍໂດຍໄມ້ຄຳນຶ່ງຄື່ງຄວາມຍາວປາກມດລູກ ແຕ່ຢັ້ງຄົງມີກາຣຕຽຈວັດ TVCL ເປັນຮະຍະຖຸກ 1-4 ສັບດາຫີໃນໜຶ່ງອາຍຸຄຣກ 16-24 ສັບດາຫີທາກພບ TVCL < 25 ມິລສິເມຕຣ ໃຫ້ພິຈາຮາເຢັບຜູກປາກມດລູກ (cervical cerclage) ລວມດ້ວຍ

3.2 ໃນຮາຍທີ່ໄມ້ມີປະວັດຕະຫຼາດຄລອດກອນກຳහັນດ ແນະນຳໃຫ້ກຳກັດກອນໂດຍຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດທຸກຮາຍ ໂດຍທຳກາຣຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດເພີ່ມຄຣິງເດືອຍ ໃນໜຶ່ງອາຍຸຄຣກ 18 – 22<sup>+6</sup> ສັບດາຫີ ທາກພບ TVCL < 25 ມິລສິເມຕຣ ໃຫ້ຢາ micronized progesterone 100–200 ມິລສິກັມ ເໜັບທາງໜຶ່ງຄລອດວັນລະຄຣິງຕັ້ງແຕ່ວັນທີວິນິຈນັ້ນພບຈົ່ງຄຣກ 36 ສັບດາຫີ ກຣນີ TVCL < 10 ມິລສິເມຕຣ ອາຈພິຈາຮາເຢັບຜູກປາກມດລູກ (cervical cerclage) ໃນກຣນີທີ່ໄມ້ສາມາຮັດຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດໄດ້ ໃຫ້ພິຈາຮາຕຽຈທາງໜຶ່ງທອງ (transabdominal ultrasound cervical length; TACL) ໃນໜຶ່ງອາຍຸຄຣກ 18 – 22<sup>+6</sup> ສັບດາຫີ ພ້ອມກັນກັບກາຣຕຽຈຄູ່ຄວາມສມບູຽນຂອງທາກໃນຄຣກ ທາກພບ TACL < 35 ມິລສິເມຕຣ ຈຶ່ງທຳກາຣຕຽຈຢືນຢັນດ້ວຍກາວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດຕອໄປ

**ແນວທາງກາຣດູແລ້ວຢືນຕັ້ງຄຣກທີ່ມີກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກອນກຳහັນດ (ຮາຊວິທຍາລ້າຍສູຕິນິແພທຍ໌ແຫ່ງປະເທດໄທ, 2567) ດັ່ງນີ້**

1. ຮັບໄວ້ດູແລຮັກໝາໃນໂຮງພຍາບາລ
2. ຖບທວນປະວັດຕິຝາກຄຣກແລະຕຽຈຈາຍອ່າງລະເຟັດເພື່ອປະເມີນອາຍຸຄຣກນຳໜັກທາກໃນຄຣກ ຕລອດຈານທ່າແລະສ່ວນນຳຂອງທາກໃນຄຣກ
3. ປະເມີນແລະຕຽຈຕິດຕາມກາຮດວັດຕັ້ງຂອງມດລູກອ່າງໃກລ້ືດ
4. ປະເມີນແລະຕິດຕາມສຸຂພາພຂອງທາກໃນຄຣກດ້ວຍກາເພັ້ນຕາກເຕັ້ນຂອງໜ້າໃຈທາກແລະປະເມີນຄວາມສັມພັນກັບກາຮດວັດຕັ້ງຂອງມດລູກ
5. ດັ່ນໜ້າສາເຫຼຸຂອງກາຮເຈັບຄຣກຄລອດກອນກຳහັນດ
6. ອົບໃບຍ່ຂອ່ມູນເບື້ອງຕັ້ນແກ້ຢືນຕັ້ງຄຣກເກີຍກັບອາກາຣແລະອາກາຣແສດງຂອງກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກອນກຳහັນດ ກາຮຮັກໝາແລະກາຮປົງປັດຕິນຂະອໜ້າໂຮງພຍາບາລ

7. ประสานงานทีมแพทย์สาขาวิชาชีฟผู้ดูแลรักษาการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ ภูมิการแพทย์ พยาบาลห้องคลอดและพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด เพื่อรับทราบข้อมูล

## 2.4 ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction, FGR) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าค่าเปอร์เซนต์ทileที่ 10 ของอายุครรภ์นั้นๆ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการปัจจัยทางพันธุกรรม โรคประจัติของมารดา หรือปัจจัยร่วมอื่นๆ ซึ่งการวินิจฉัยทารกในครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดการตายหรือภาวะทุพพลภาพของทารกในครรภ์ ซึ่งการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ symmetrical fetal growth restriction หมายถึง อวัยวะทุกส่วนของทารกในครรภ์จะมีการเจริญเติบโตลดลงทั้งหมด เนื่องจากมีความผิดปกติของการเพิ่มจำนวนเซลล์ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ และ asymmetrical fetal growth restriction หมายถึง ทารกจะมีการเจริญเติบโตของตับและชั้นไขมันที่หนาท้องลดลง ทำให้ห้องมีขนาดเล็กกว่าขนาดของศีรษะเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดไปที่อวัยวะสำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ต่อมหมวกไต และรากมากกว่าส่วนอื่น ๆ (วิทยา ศิริญาพันธ์, สายฝน ชวาลไพบูลย์ และ วีรวิทย์ ปิยะมงคล, 2563)

สาเหตุของการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ดังนี้

### 1. สาเหตุจากทารกในครรภ์

1.1 ทารกมีความผิดปกติทางพันธุกรรม

1.2 ทารกที่มีความพิการหรือผิดปกติมากจะมีการเจริญเติบโตช้าร่วมด้วย

1.3 ทารกในครรภ์แฝดมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การใช้กรรwm กันหรือแยกกันของทารกมีส่วนสำคัญต่อน้ำหนักทารก ครรภ์แฝดจะมีการเจริญเติบโตช้าลงในตรมาสที่ 3 อาจมีสาเหตุมาจากการหรือสายสะตือไม่สามารถนำอาหารมาเลี้ยงทารกได้อย่างเหมาะสมเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น นอกจากนี้ครรภ์แฝดอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะ twin-twin transfusion ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากครรภ์แฝดที่ใช้กรรwm กันทำให้เลือดและสารอาหารไหลเวียนไม่สมดุลจากทารกคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งซึ่งอาจส่งผลให้น้ำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือเป็นครรภ์แฝดที่ทารกมีความพิการร่วมด้วย เป็นต้น

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## 2. ສາເຫຼຸດຈາກມາຮດາ

2.1 ມາຮດາມີໂຄປະຈຳຕົວທີ່ສ່ວນພົດຕ່ອງກາລໄລ້ເວີຍເລືອດ ເຊັ່ນ ໂຣຄວາມດັ່ນ ໂລືທີ່ສູງ ໂຣຄໄຕ ໂຣຄເບາຫວານ ເປັນດັ່ນ ທຳໃຫ້ກາລໄລ້ເວີຍເລືອດທີ່ບໍລິເວັນເນື້ອກົດປົກຕິ ສ່ວນ ໄຫທາກມີການເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕໜ້າໄດ້

2.2 ມາຮດາທີ່ມີກາວະຖຸພິການາການໃນຂະນະຕັ້ງຄຣກ໌ ຈະສ່ວນພົດຕ່ອນໜ້າໜັກຕົວຂອງທາຮກ ມາຮດາທີ່ນ້ຳໜັກຕົວນ້ອຍດັ່ງແຕ່ເວີມຕັ້ງຄຣກ໌ ອີ່ມີນ້ຳໜັກຕົວເພີ່ມຂຶ້ນນ້ອຍຂະນະຕັ້ງຄຣກ໌ ຈະສ່ວນພົດທຳໃຫ້ທາຮກແຮກເກີດມີນ້ຳໜັກຕົວນ້ອຍກວ່າ 2,500 ກຣມໄດ້

2.3 ມາຮດາທີ່ໃຊ້ສາຮເສພຕິດ ສູບບຸ້ຫີ່ ຕື່ມແອລກອ່ອ່ອລ ໂດຍເພັກກາສູບບຸ້ຫີ່ໃນໄຕຣມາສທີ່ 3 ຂອງກາລຕັ້ງຄຣກ໌ ອີ່ມີມາຮດາທີ່ຕົ້ນອ້ອງໃໝ່ໃນສິ່ງແວດລ້ອມທີ່ມີຜູ້ສູບບຸ້ຫີ່ ຈະສ່ວນພົດຕ່ອນໜ້າໜັກຕົວທາຮກດ້ວຍເໜັກກັນ

2.4 ກາລໃຊ້ຢາກໝາໂຣດ ເຊັ່ນ ຍາຕ້ານກາລແຂ່ງຕົວຂອງເລືອດ ຍາກັນຊັກ ຍາຕ້ານມະເຮົງ ແລະກາລໄດ້ຮັບຮັງສີໃນປະມານສູງເພື່ອໃຊ້ໃນກາລຮັກໝາບວິເວັນອຸ້ງເຊີງກຣານ ຈະສ່ວນພົດໃຫ້ກາລໄລ້ເວີຍເວີຍຂອງເລືອດທີ່ບໍລິເວັນເນື້ອກົດປົກຕິ ສ່ວນພົດໃຫ້ເກີດກາວະທາຮກເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕໜ້າໃນຄຣກ໌ໄດ້

3. ສາເຫຼຸດຈາກຮກແລະສາຍສະດືອ ຄວາມພົດປົກຕິຂອງຮກ ເຊັ່ນ ຮົກເກາະຕຳ ຮົກລອກຕົວກອນກຳນົດ ຮົກຕາຍ ຮົກເກາະແນ່ນ ອີ່ມີເນື້ອເຢື່ອກາເຈົ້າຢູ່ພົດປົກຕິ ຄວາມພົດປົກຕິຂອງສາຍສະດືອ ຜຶ່ງຄວາມພົດປົກຕິຂອງຮກແລະສະດືອເໜັນນີ້ສ່ວນພົດເລີ່ຍຕ່ອງກາລໄລ້ເວີຍເວີຍຂອງເລືອດໃນຮກ ສ່ວນພົດທຳໃຫ້ທາຮກເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕໜ້າໃນຄຣກ໌

**ກາປະເມີນຄວາມເລື່ຍຂອງກາວະທາຮກເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕໜ້າໃນຄຣກ໌ (Chew, Osuchukwu, Reed, & Verma, 2024) ມີດັ່ງນີ້**

1. ຕຽບຄຣກ໌ໂດຍກາລວັດຄວາມສູງຂອງມດລູກຂອງໜູ້ຕັ້ງຄຣກ໌ທີ່ເປັນວິທີກາລຕັດກຣອງທ້າວໄປສໍາຫັບທາຮກປົກຕິທີ່ມີຂາດຕົວເລັກ (small for gestational age, SGA) ແລະທາຮກເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕໜ້າໃນຄຣກ໌ (fetal growth restriction, FGR) ເນື້ອງຈາກຄວາມສູງຂອງມດລູກທີ່ວັດເປັນເຊັ່ນຕີເມຕຣກຈະຕຽນກັບອາຍຸຄຣກ໌ເປັນລັບປາທີ່

2. ຕຽບອັລຕ້າໜ້ານີ້ເພື່ອປະເມີນກາລເຈົ້າຢູ່ເຕີບໂຕຂອງທາຮກໃນຄຣກ໌ ແລະຄາດຄະເນ້ນໜ້າໜັກທາຮກໃນຄຣກ໌ (estimate fetal weight, EFW) ເພື່ອປະເມີນຄວາມເລື່ຍຂອງທາຮກໃນແຕ່ລະໜ້າວອຍຄຣກ໌

## แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เฉพาะเจาะจงกับโรคประจำตัว และแนะนำให้พบแพทย์ผากรครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่องเพื่อดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์และควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์
2. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ และตีมแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และหากผลการบันทึกข้อมูลลงในกราฟการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มน้อยคราวให้คำแนะนำด้านโภชนาการ ดังนี้ 1) รับประทานอาหารให้หลากหลายและครบถ้วน 6 กลุ่ม ตามคงโภชนาการและรับประทานอาหารให้ครบถ้วน 3 มื้อหลัก และ 2 มื้อว่าง 2) เมื่อเข้าสู่ตรีมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มพลังงานจากเดิมวันละ 300 กิโลแคลอรี 3) รับประทานข้าว แป้ง และธัญพืชที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้ามปัง โซลวีท เป็นต้น 4) รับประทานผลไม้รสหวานน้อย เช่น ชมพู แก้วมังกร แอปเปิล สาลี เป็นต้น และรับประทานผักทุกมื้อเป็นประจำ 5) รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ตับ เครื่องในสัตว์ เลือดหมูหรือเลือดไก่ เป็นต้น 6) ดื่มน้ำรสจีด 2 แก้ว/กล่อง (กว่าละ 200 มิลลิลิตร) ทุกวัน 7) ใช้น้ำมันที่เหมาะสมกับวิธีประกอบอาหาร เช่น อาหารทอดใช้น้ำมันรำข้าว อาหารผัดใช้น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น 8) รับประทานอาหารมื้อว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

## 3. กระบวนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนนำไปสู่การวางแผนการดูแลและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลหลังจากให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## 1. ກາຣປະເມີນກາຣສຸຂກາພ

ກາຣປະເມີນເປັນຂັ້ນຕອນທີ່ສຳຄັງໃນກາຣຄົນຫາບໍ່ມາແລະຄັດກາຣອງກາຣເລື່ອງຂອງໜູ້ງ  
ຕັ້ງຄຣກ໌ເພື່ອນຳມາວາງແຜນກາຣພຍາບາລ ໂດຍມີກາຣວຽບຈຸມຂໍ້ມູລດັ່ງນີ້

### 1.1 ກາຣຈັກປະວັດ ໄດ້ແກ່

- ປະວັດຕີຂໍ້ມູລສ່ວນບຸຄຄລຂອງໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ ເຊັ່ນ ອາຍຸ ອາຊື່ພ  
ສິ່ງແວດລ້ອມບຣິເວນທີ່ອໝູ້ອາຄີຍ ສັນພັນອົກາພໃນຄຣອບຄຣວ້າ ສູ້ານະທາງເຄຣະສູກິຈ ເປັນຕົ້ນ
- ປະວັດຕີກາຣເຈັບປ່າຍໃນອົດິດແລະປ່າຈຸບັນ
- ປະວັດຕີກາຣເຈັບປ່າຍຂອງບຸຄຄລໃນຄຣອບຄຣວ້າໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ທີ່ສັງພລຕອ  
ໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ ໂຮຍທີ່ສາມາດຄ່າຍທອດທາງພັນຊຸກຮອມ ເຊັ່ນ ໂຮຍເບາຫວານ ໂຮຍຫາລັດໜີເນີຍ ເປັນຕົ້ນ
- ປະວັດຕີກາຣຕັ້ງຄຣກ໌ແລະກາຣຄລອດ
- ພັດຕິກຣມສຸຂກາພ ເຊັ່ນ ກາຣັບປະກາທານອາຫາຣ ກາຣອອກກຳລັງກາຍ  
ກາຣພັກພອນ ກາຣໃໝ່ຍ້າຫວີອສາຣເສພຕິດ ເປັນຕົ້ນ

### 1.2 ກາຣຕຽຈຮາງກາຍທຸກຮະບບ ຂໍ້ງໜ້າໜັກ ວັດສ່ວນສູງແລະປະເມີນດັ່ງນີ້ມາລ ກາຍກ່ອນຕັ້ງຄຣກ໌

### 1.3 ກາຣຕຽຈທາງໜອງປົງປົກປົດກາຣ

### 1.4 ກາຣຕຽຈຄຣກ໌ ແລະປະເມີນສຸຂກາພທາກໃນຄຣກ໌

### 1.5 ກາຣປະເມີນສຸຂກາພຈົດຂອງໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌

ເນື່ອງວຽບຈຸມຂໍ້ມູລຈາກໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ແລ້ວ ນຳຂໍ້ມູລທີ່ໄດ້ມາວິເຄຣະໜໍກາຣເລື່ອງທີ່ອາຈ  
ເກີດຂຶ້ນກັບໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ແລະທາກໃນຄຣກ໌ເພື່ອນຳໄປສູ່ກາຣວິນິຈ້ຍກາຣພຍາບາລຕ້ອໄປ

## 2. ກາຣວິນິຈ້ຍກາຣພຍາບາລ

ກາຣວິນິຈ້ຍກາຣພຍາບາລໂດຍນຳຂໍ້ມູລຈາກກາຣຈັກປະວັດຕີ ກາຣຕຽຈຮາງກາຍ ກາຣຕຽຈ  
ທາງໜອງປົງປົກປົດກາຣ ກາຣຕຽຈຄຣກ໌ ແລະກາຣປະເມີນກາຣສຸຂກາພຈົດຂອງໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌  
ມາວິເຄຣະໜໍແລະກຳຫນດເປັນຂໍ້ວິນິຈ້ຍກາຣພຍາບາລຫວີ້ບໍ່ມາທາງກາຣພຍາບາລ ເພື່ອນຳໄປ  
ວາງແຜນກາຣພຍາບາລຕ້ອໄປ ຂໍ້ງກາຣເລື່ອງຂອງໜູ້ງຕັ້ງຄຣກ໌ແລະທາກໃນຄຣກ໌ແຕ່ລະຮາຍມີ  
ສາເໜີແຕກຕາງກັນອອກໄປບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງຈາກໂຮຍປະຈຳຕ້ວ ບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງ  
ຈາກບໍ່ມາທາງກັນອອກໄປບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງຈາກໂຮຍປະຈຳຕ້ວ ບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງ  
ຈາກບໍ່ມາທາງກັນອອກໄປບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງຈາກໂຮຍປະຈຳຕ້ວ ບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງ  
ສາເໜີແຕກຕາງກັນອອກໄປບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງຈາກໂຮຍປະຈຳຕ້ວ ບາງຮາຍອາຈມີກາຣເລື່ອງ  
ສາເສພຕິດ ເປັນຕົ້ນ

### 3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติรวมกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งการวางแผนการพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้

### 4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล คือ การนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้มาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจริงโดยมีเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ โดยสอดคล้องกับปัญหาหรือภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงสอดคล้องกับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้

### 5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวางแผนการพยาบาล เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพ รวมทั้งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลเป็นการประเมิน คัดกรอง คนหาปัญหา และวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขหากการพยาบาลที่ให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

### 4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์แรก อายุ 30 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ น้ำหนัก ก่อนตั้งครรภ์ 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 24.97

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ກກ./ຕຣມ. ຈາກກາຮົກປະກຳປະກິບປະຈຸບັນ ພູມືງຕັ້ງຄຣກົງປົງເສດຖາໂຄປະຈຳຕັກແລກກາຮົກພາຕັດ ປະວັດທີ ກາຮົກເຈັບປ່ວຍຂອງບຸດຄະລໃນຄຣອບຄຣວ ປິດຂອງຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງເປັນໂຄເບາຫວານ ພູມືງຕັ້ງຄຣກົງ ແລະບຸດຄະລໃນຄຣອບຄຣວປົງເສດຖາກາສູນບຸຫ່າ ດີມສູຮາ ອຣີຍໃໝ່ສາຮເສພຕິດ ພູມືງຕັ້ງຄຣກົງມີ ພຸດີກຣມຮັບປະກາຫວານອາຫາດທີ່ມີຮສຫວານ ແລະດີມນໍ້າອັດລມວັນລະ 2 ຂວດເປັນປະຈຳທຸກວັນ ຈາກ ກາຮົກສອບຄາມຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງເກີ່ຍກັບກາຮົກຮັບປະກາຫວານອາຫາດທີ່ເສື່ອງຕ່ອກກາຮົກເກີດໂຄເບາຫວານແລະ ກາຮົກຮັບປະກາຫວານອາຫາດທີ່ເໜາະສມໃນຂະໜະຕັ້ງຄຣກົງພບວາຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງໄໝທຽບຂໍ້ມູນ ພຸດີກຣມ ຕຽວຈ່າງກາຍປັດ ສັງຄູາຜົນເປົ້າປັດ ພຸດີກຣມປະເມີນຄວາມເຄີຍດັບປົວວ່າ ບາງຄັ້ງຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງ ຮູ້ສຶກຫຸ້ດໜີດແລະນອນໄໝໜັບ ໄມມີຄວາມຮູ້ສຶກທົ່ວແທ້ ຖຸກໆໃຈ ຈນໄໝ່ອຍາກມີເຊີວິດ

ຈາກຂໍ້ມູນຂອງຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງລົງບັນທຶກຂໍ້ມູນກາຮົກປະກາຫວານເສື່ອງ ດັ່ງນີ້

### ແບບປະເມີນຄວາມເສື່ອງຂອງຫຼູມຕັ້ງຄຣກົງ

ໜ້າຂອ	ມີ	ໄມ່ມີ
<b>ປະວັດອົດຕືກ</b>		
1. ເຄຍມີທາງດາຍໃນຄຣກົງທີ່ເສີຍເຊີວິດແຮກເກີດ ( 1 ເດືອນແຮກ )	✓	
2. ເຄຍຄລອດບຸຕຽນໜ້າຫັນກັນໜ້ອຍກວ່າ 2,500 ກຣັມ ທີ່ອໜ້າຫັນມາກກວ່າ 4,000 ກຣັມ	✓	
3. ມີປະວັດເບາຫວານຂະໜະຕັ້ງຄຣກົງໃນຄັ້ງກອນທີ່ປະວັດຢາຕືອນທີ່ສາຍຕຽງເປັນເບາຫວານ	✓	
4. ມີປະວັດຄຣກົງເປັນພິພໃນຄຣກົງກອນ ທີ່ອຄຣກົງເປັນພິພໃນຄຣອບຄຣວ	✓	
5. ຄຣກົງທີ່ 5 ເປັນຕົ້ນໄປ	✓	
6. ເຄຍແທ້ງ 3 ຄັ້ງຕິດຕ່ອກນໍາທີ່ມາກກວ່າ (ໃນໄຕຣມາສທີ່ 1) ທີ່ອ ເຄຍແທ້ງໃນໄຕຣມາສທີ່ 2	✓	
7. ປະວັດຄລອດກອນກຳໜັດ ອາຍຸຄຣກົງໜ້ອຍກວ່າ 37 ລັບດາທ	✓	
8. ປະວັດຄວາມຝຶດປັດທາງນີ້ເວັບ ເຊັ່ນ ພ່າຕັດປາກມດລູກ ເນື້ອງອກມດລູກ	✓	
9. ເຄຍພ່າຕັດຄລອດຫົວໜ້າພ່າຕັດມດລູກ	✓	
10. ເຄຍຄລອດບຸຕຽນມີໂຄຣໂມໂຄມົມືດປັດທີ່ທີ່ເຄຍຄລອດທາຮກພິກາຮແຕກໍາເນີດ ທີ່ອມີໂຄທາງພັນຊີກຣມໃນຄຣອບຄຣວ	✓	
<b>ປະວັດປັຈຈຸບັນ</b>		
11. ອາຍຸ < 17 ປີ (ນັບຄື່ງ EDC)	✓	
12. ອາຍຸ > 35 ປີ (ນັບຄື່ງ EDC)	✓	
13. ກອນຕັ້ງຄຣກົງ BMI < 18.5 ກກ./ຕຣ.ມ. ທີ່ອ 23-29.9 ກກ./ຕຣ.ມ.	✓	
14. ກອນຕັ້ງຄຣກົງ BMI 30-40 ກກ./ຕຣ.ມ.	✓	
15. ກອນຕັ້ງຄຣກົງ BMI > 40 ກກ./ຕຣ.ມ.	✓	

หัวข้อ	มี	ไม่มี
16. หมูเลือด Rh Negative		✓
17. ความดันโลหิตสูง BP มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg		✓
18. ครรภ์แฝด		✓
<b>ประวัติโรคทางอายุรกรรม</b>		
19. โลหิตจาง (Hb < 11 mg/dL หรือ Hct < 33%)		✓
20. โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง		✓
21. โรคไทรอยด์ (Hyper/Hypothyroid)		✓
22. โรคทางจิตเวช		✓
23. ตี่มสุรา ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่/คนเดลชีด		✓
24. โรคต้อ		✓
25. โรคหัวใจ		✓
26. โรค SLE, Antiphospholipid syndrome		✓
27. โรคอื่น ๆ .....		✓

#### แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ข้อ	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	แทบไม่มี	เป็น	บ่อยครั้ง		เป็น
				บางครั้ง	ประจำ	
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก	0	(1)	2	3	
2	มีสมาธิน้อยลง	0	1	2	3	
3	หงุดหงิด/ภาระน้ำหนัก/ว้าวุ่นใจ	0	(1)	2	3	
4	รู้สึกเบื่อ เชิง	0	1	2	3	
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	0	1	2	3	
รวมคะแนน		2	คะแนน			

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### ແບບຄັດກອງໝືມເສຣາ (2Q plus)

ຂໍອ	ຮາຍການ	ມີ	ໄມ້ມີ
1	ໃນ 2 ສັບດາທີ່ຜ່ານມາ ຮວມທີ່ງວັນນີ້ ທ່ານຮູ້ສຶກໄມ່ສປາຍໃຈ ເຊັ່ງ ຖຸກໜີໃຈ ເສຣາ ທົ່ວແທ້ ຊືມ ທົງອຍ		✓
2	ໃນ 2 ສັບດາທີ່ຜ່ານມາ ຮວມທີ່ງວັນນີ້ ທ່ານຮູ້ສຶກເປົ້ອ ໄມ່ອຍາກພຸດ ໄມ່ອຍາກ ທຳອະໄວ ມີວິເລີຍ ທຳອະໄວກໃໝ່ສຸກເພລິດເພລິນ ແມ່ນອົນດີມ		✓
+	ໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ຮວມທີ່ງວັນນີ້ ທ່ານ ມີຄວາມຮູ້ສຶກ ທຸກໜີໃຈ ຈະໄມ່ອຍາກມີຫິວິດອູ້ຫົວໜ້າໄມ່		✓

### ແບບປະເມີນການຕື່ມສຸຮາ

ຄໍາຖາມ	ເຕຍ	ໄມ້ເຕຍ
ໃນຮອບໜຶ່ງປີ່ງປີ່ນີ້ປີ່ງປີ່ນີ້ ປຸ່ມເຄຍດື່ມສຸຮາຫົວໜ້າໄມ່ (ສຸຮາ ໝາຍຄົງ ເຄື່ອງດື່ມທີ່ມີແລກອອຫວ່າລໍ ທຸກໜີນິດ ໄດ້ແກ່ ເບີ່ຢີ ແລ້ວ ສາໂທ ກະແໜ່ ວິສັກ໌ ສປາຍ ໄວ້ນ ເປັນຕົ້ນ)		✓

ຈາກການປະເມີນຄວາມເລື່ອງໃນກາರມາຝາກຄວາມຮູ້ສຶກ ແກ້ວຂອງໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ ໄມ່ມີ  
ກາວະເຄີຍດແລະກາວະໝືມເສຣາ ແຕ່ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ ແກ້ວຂອງໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ  
ຈາກຂໍ້ມູນລັດໜັງນີ້

- ດັ່ງນີ້ມາລາຍກອນຕື່ມສຸຮາທ່ານກັບ 24.97 ກກ./ຕຣມ.
- ປະວັດກາເຈັບປ່ວຍຂອງບຸດຄຸລໃນຄຽບຄວາມຮູ້ສຶກຕື່ມສຸຮາທີ່ສັງເລັກຕົວຫຼັງຕື່ມສຸຮາ  
ດີ່ອ ປິດາຂອງໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາເປັນໂຮຄເບາຫວານຊື່ງເປັນໂຮຄທີ່ສາມາດຄ່າຍທອດທາງພັນຊຸກຮົມໄດ້
- ພຸດີກຮົມສຸຂພາພຂອງໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ ພບວ່າ ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາຮັບປະທານອາຫານທີ່ມີ  
ຮັບປະທານ ແລະດີ່ມໍ່ນໍ້າອັດລມວັນລະ 2 ຂວາດເປັນປະຈຳທຸກວັນ
- ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາໄດ້ຮັບປະທານອາຫານທີ່ເກີດໄດ້ ແຕ່ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ  
ຮັບປະທານແລະການຮັບປະທານອາຫານທີ່ເກີດໄດ້ ແຕ່ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ

#### ຕ້ວອຍ່າງຂອງວິນິຈສັຍການພຍາບາລ

ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາ ຂັດຄວາມຮູ້ ຄວາມເຂົ້າໃຈ ເກີດໄວ້ກັບການຮັບປະທານອາຫານທີ່ມີຫິວິດ  
ໃນຂະນະຕື່ມສຸຮາ

#### ຂໍ້ມູນລັບສັນນຸ່ມ

- ໜູ້ທີ່ມີຫິວິດຕື່ມສຸຮາມີພຸດີກຮົມຮັບປະທານອາຫານທີ່ມີຫິວິດ  
ແລະດີ່ມໍ່ນໍ້າອັດລມວັນລະ 2 ຂວາດເປັນປະຈຳທຸກວັນ

- หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์

### วัตถุประสงค์

- หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในขณะตั้งครรภ์

### เกณฑ์การประเมินผล

- หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในขณะตั้งครรภ์สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 70

### การปฏิบัติการพยาบาล

1. อธิบายให้หญิงตั้งครรภ์ทราบเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสหวานและดื่มน้ำอัดลมวันละ 2 ขวดเป็นประจำทุกวัน รวมกับมีภาวะดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ซึ่งภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ เช่น ทารกแรกตัวโต ทารกมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการคลอด เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและตระหนักรถึงความสำคัญของการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อป้องการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับชนิดของอาหารที่หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทาน คือ อาหารที่มีน้ำตาลต่ำ ไขมันอิ่มตัวต่ำ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เป็นต้น และแนะนำให้รับประทานอาหารประเภทธัญพืช ซึ่งการรับประทานธัญพืช ข้าวกล้อง เป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายดับน้ำตาลในเลือดคงที่ทำให้ร่างกายได้พลังงานต่อเนื่องยาวนาน กระบวนการเปลี่ยนจากแป้งเป็นน้ำตาลช้ากว่าอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (รัชนีกร สันติธรรม, 2567) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน และการดื่มน้ำอัดลม

3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการกำหนดปริมาณอาหารในแต่ละวันโดยใช้หน่วยวัดครัวเรือน เช่น ช้อน ทัพพี ถ้วย เป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถกำหนดปริมาณอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันได้อย่างเหมาะสม

4. ໄທ້ມໍແນະນຳເກີຍກັບຕ້ວຍ່າງກາຮັບປະກາຫາກາຕາມອົງໂຄນາກາໃຫ້ໜູງ  
ຕັ້ງຄຣວົກທຣາບ ຊຶ່ງແບບແພນກາຮັບປະກາຫາກາໃນແຕ່ລະກຸມອາຫາດແຕກຕາງກັນຕາມ  
ພຸດີກຣມກາຮັບປະກາດື່ມນມ ແກ້ໄຂກົງຕັ້ງຄຣວົກໄຕຣາສແຮກດື່ມນມ 2 ແກ້ວຕ່ອວັນ ປຣິມານອາຫາດທີ່  
ແນະນຳໃຫ້ກິນໃນ 1 ວັນ ດັ່ງນີ້ ອາຫາດກຸມໜ້າ ແປ້ງ 7 ທັພີ້ ພັກ 3 ທັພີ້ ພລໄມ້ 4 ສ່ວນ (ພລໄມ້ 1  
ສ່ວນ ເທົກນ 1 ກຳບັນມື້ອວງບັນຈານຂາດ 6 ນິ້ວ) ເນື້ອລັດວ່າ 7 ທັພີ້ ໄໃໝ່ 1 ພອງ ແລະຄ້ວ່າເມືລືດແຮ່ງ  
ສຸກ 1 ທັພີ້ ສໍາຫຼັບໄຂມັນ ນໍ້າຕາລ ແລື້ອ ໃຊ້ແຕ່ນ້ອຍເທົ່າທີ່ຈຳເປັນ (ກຣມອນາມັຍ ກຣະທຽວ  
ສາຫະຄະສຸຂ, 2568)

5. ເປີດໂອກາສໃຫ້ໜູງຕັ້ງຄຣວົກແສດງຄວາມຕິດເຫັນແລະສັກຄາມຂໍອສົງສໍຢັ້ງເປີມເຕີມ

#### ກາຮັບປະກາດື່ມນມ

- ໜູງຕັ້ງຄຣວົກຕອບຄໍາຖາມຍື່ອນກລັບເກີຍກັບກາຮັບປະກາຫາດທີ່ເໝາະສມ  
ໃນຂະນະຕັ້ງຄຣວົກໄດ້ຢູ່ກາຕ້ອງທັງໝາດ

#### ບຫສຽບ (chapter summary)

ກາຮັບປະກາດື່ມນມ ທີ່ມີກາງເສື່ອງຍ່ອມສົງພລກະທບດອກາະສຸຂພາກຮ່າງກາຍແລະຈິຕໃຈຂອງ  
ໜູງຕັ້ງຄຣວົກຮົມຄື່ງສົງພລດອກາະສຸຂພາກຂອງທາຮກໃນຄຣວົກ ຊຶ່ງກາງເສື່ອງທີ່ເກີດຂຶ້ນຕັ້ງແຕ່  
ຮະຍະຕັ້ງຄຣວົກ ອາຈສົງພລດອນເນື່ອງໄປຈົນຄື່ງຮະຍະຄລອດແລະຮະຍະໜັງຄລອດ ດັ່ງນັ້ນບຫທບາຫນ້າທີ່  
ສຳຄັນຂອງພຍາບາລຄວປະເມີນຄວາມເສື່ອງທີ່ອາຈເກີດຂຶ້ນກັບໜູງຕັ້ງຄຣວົກແລະທາຮກໃນຄຣວົກໃຫ້  
ໄດ້ຕັ້ງແຕ່ຮະຍະຕັ້ງຄຣວົກ ເພື່ອປັ້ງກັນ ແກ້ໄຂບໍ່ມີຫາແລະໃຫ້ກາຮູດແລ້ວຍໜີ້ອ ເພື່ອໃຫ້ໜູງຕັ້ງຄຣວົກ  
ດຳເນີນກາຮັບປະກາດື່ມນມ ໄດ້ຈົນຄຣບກໍາຫນດຄລອດ ແລະໄມ້ມີກາງເສື່ອງຫວີ້ອກາະສຸກຫຼັກຊັ້ນເກີດຂຶ້ນກັບ  
ໜູງຕັ້ງຄຣວົກແລະທາຮກໃນຄຣວົກ

### เอกสารทางอิเล็กทรอนิกส์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับพ.ศ. 2566. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. คู่นี้ลือและสิงพิมพ์แก้วเจ้าจอม, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

กรมอนามัย. (2568). แนวทางการให้บริการฝากครรภ์และหลังคลอด.

<https://hp.anamai.moph.go.th/th/mchemag/download/?did=221996&id=129230&reload=>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

ชนิษฐา เมฆกมล และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 69–77.

เบญจพร สุติญาณวิโรจน์, วรรณพร คำพิลา, ปวินตรา manaadit, สุขัญญา รักศรี, ทิพวรรณ ทัพชัย, และ รัชนี พจนा. (2566). บทบาทพยาบาลกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 31(3), 114–125.

รัชนีกร สันติธรรม. (2567). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์: การส่งเสริมภาวะโภชนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพยาบาลสิรินธร์.

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำครรภ์ร้าว ก่อนกำหนด. ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

[https://www rtcog.or.th/files/1721716962\\_44081a80cc14759e3f7f.pdf](https://www rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf)

ราชกิจจานุเบกษา. (2564). พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา.

[https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/010/T\\_0001.PDF](https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/010/T_0001.PDF)

---

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- ວິທາຂໍ ປຶສູພັນທົງ, ສາຍັນ ທວາລີເພຸ້ມຍື ແລະ ວິචີතິທີ ປີມະມຄລ. (2563). ສາເຫຼຸແລະ ການປັບປຸງກັນກາວທາກເຈີຍເຕີບໂຕໜໍໃນຄຣກ. ເວັບນີ້ກົມືຣາຊ, 13(3), 210–215.
- ສຳນັກສັງເສົມສູຂາພາກ ກຣມອນນາມໝໍ. (2568). ແນວທາກການຄັດກອງແລະຈັດການຄວາມເລື່ອງທູ່ງຕົ້ງຄຣກ. ກຣມອນນາມໝໍ, ກະທຽວສາຫະລຸຂ. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/mchemag/download/?did=220889&id=126683&reload>
- ສຳນັກໂກ່ນາກາຮ ກຣມອນນາມໝໍ ກະທຽວສາຫະລຸຂ. (2568). ດຳແນະນຳດ້ານໂກ່ນາກາຮ ສຳຫັບທູ່ງຕົ້ງຄຣກ. <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/221099>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period.pdf>
- Chew, L. C., Osuchukwu, O. O., Reed, D. J., & Verma, R. P. (2024). Fetal growth restriction. *National Center for Biotechnology Information (NCBI)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562268/>
- Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. National Academy Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813/>
- World Health Organization. (2023). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม และการพยาบาลใน

ระยะคลอด

บทที่

4

## Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care During the Intrapartum Period

### บทนำ (introduction)

ความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกในครรภ์ คือ เป้าหมายที่สำคัญที่สุดในการพยาบาลระยะคลอด เนื่องจากในทุกระยะของการคลอดยอมมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้หลายประการ ดังนั้น การประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลผู้คลอดและทารกในระยะคลอด จำเป็นต้องมีการประเมินเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ และภาวะเสี่ยงสูง โดยใช้เครื่องมือและกรอบแนวคิดทฤษฎี เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการพยาบาลตามสถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบ

เนื้อหาในบทนี้ อธิบายถึงวิธีการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดา และทารกในระยะคลอด สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะคลอด กระบวนการพยาบาลมารดา ทารกที่มีภาวะเสี่ยงในระยะคลอด พร้อมทั้งกรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลมารดา และทารกในระยะคลอด และบทสรุป รายละเอียดดังนี้

### 1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม ในระยะคลอด

ระยะเวลาการคลอดปกตินับตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนกว่าทั้งคลอดทารก คือ ไม่เกิน 24 ชั่วโมง สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage) หมายถึง ระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ คือ ปากมดลูกเริ่มเบิดขยายจนปากมดลูกเบิดหมด ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage) หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเบิดหมด มารดาเริ่มเบ่งคลอดจนคลอดทารกออกมาก ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage) หมายถึง ระยะนับตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรักคลอด และระยะที่ 4 (fourth stage) หมายถึง เริ่มตั้งแต่รักคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด เครื่องมือหรือวิธีการตรวจดัดกรอง ประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดและทารกในระยะคลอด ควรเริ่ม

ตั้งแต่แรกรับไปจนกระทั่งระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพ (assessment process) ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจการหดรัดตัวของมดลูก การตรวจภายใน การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ เป็นต้น รวมกับการทบทวนข้อมูลจากประวัติการฝากครรภ์

ในปัจจุบันมีแนวทางการคัดกรอง ประเมินภาวะเสี่ยงในระยะคลอด และการใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่จะนำไปปริเคราะห์ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทันท่วงที ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ที่สอดคล้องกับมาตรการและแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของแมรดาไทย ต่อการเกิดมีซีพแสนคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เท่ากับ 16 ต่อการเกิดมีซีพแสนคน โดยในระยะคลอดมีนโยบายมุ่งเน้นการรักษาที่รวดเร็ว การตัดสินใจทันท่วงที และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เรียกว่า “One Province One Labor room” (อนามัยมาตรการและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย, 2567)

เครื่องมือคัดกรอง การประเมินภาวะเสี่ยงผู้คลอดและทารกในครรภ์ระยะคลอด และทารกแรกเกิดตั้งรายละเอียดต่อไปนี้

1. กราฟดูแลการคลอด (partograph) พัฒนาขึ้นโดยองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 1994) โดยได้ใช้กราฟนี้ประเมินความก้าวหน้าของการเปิดช่องทางของปากมดลูกและบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความก้าวหน้าของการคลอดทั้งที่ปกติและผิดปกติ เช่น การคลอดล่าช้า เพื่อช่วยในการตัดสินใจส่งต่อผู้คลอดได้รวดเร็วขึ้น หรือมีการช่วยเหลือโดยอย่างทันที ทันใด การใช้กราฟนี้ที่ WHO partograph นั้นมีความละเอียดค่อนข้างมาก ในปัจจุบันโรงพยาบาลบางแห่งได้ปรับการบันทึก partograph จากขององค์กรอนามัยโลกเพื่อให้สะดวกแก่การนำไปใช้ แต่ยังคงยึดตามหลักการขององค์กรอนามัยโลกในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

ตัวอย่างเส้นกราฟการคลอดผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ โดยคุณ partograph (WHO, 1994) (ดังรูปที่ 4.1)

1. สถานการณ์ที่มี Prolonged latent phase หรือเรียกว่า ระยะเฉื่อยของนานกว่าปกติ หมายถึง ระยะเวลาจากปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึง 3 เซนติเมตร (latent phase) นานเกิน 8 ชั่วโมง โดยที่มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 10 นาที

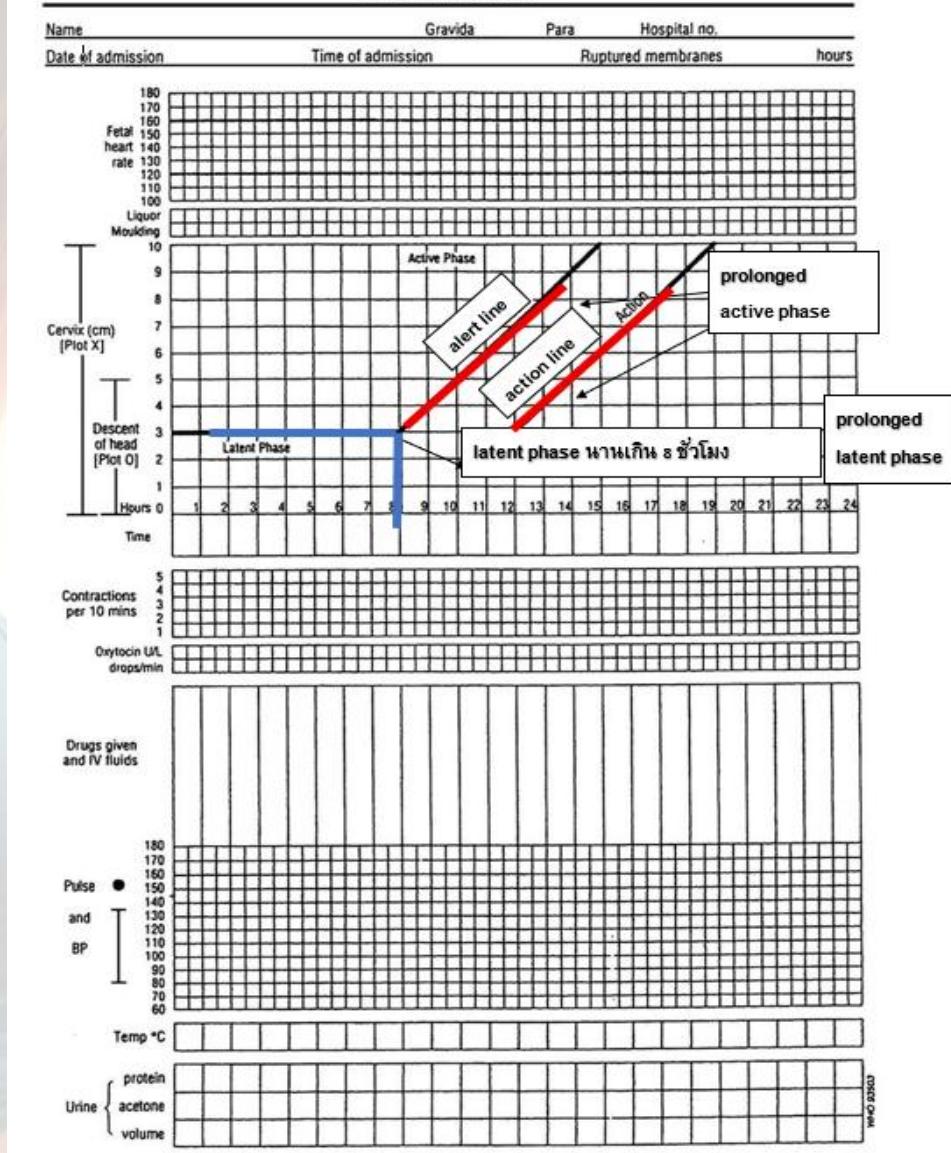
2. สถานการณ์ที่มี Prolonged active phase หรือเรียกว่า ระยะการคลอดที่ยาวนานในช่วงที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็ว เช่น

2.1 เสนกราฟอยู่ระหว่าง alert line และ action line หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วอาจจะยาวนานกว่าปกติ

2.2 เสนกราฟถึง action line หรือเลย action line หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วധานยาวนานกว่าปกติ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### PARTOGRAPH



ຮູບທີ 4.1 ກາຮົກຄູແລກກາຣຄລອດຂອງ WHO PARTOGRAPH

ທີມາ: ດັດແປລັງຈາກ The Partograph: The application of the WHO partograph in the management of labor ໂດຍ World Health Organization (1994).

<https://iris.who.int/handle/10665/58589>. ໂດຍໄດ້ຮັບອນນຸມາຕກຍາໄຫຼືສັນນູາອນນຸມາຕ

CC BY-NC-SA 3.0 IGO

2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและซองเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion; CPD) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดยสุธิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน หลังจากนั้นมีการนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ อย่างแพร่หลาย เช่น โรงพยาบาลลำปาง (วรรณเพ็ญ โภ伽วงศ์, 2561) และโรงพยาบาลสองพี่น้อง จังหวัดจันทบุรี เป็นต้น เกณฑ์การประเมิน มีดังนี้

ตารางที่ 4.1 การประเมินภาวะเสี่ยงของการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและซองเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion; CPD) โดยการให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะความเสี่ยง	เกณฑ์	คะแนน
อายุผู้คลอด	น้อยกว่า 25 ปี	0
	ระหว่าง 25–33 ปี	1.5
	มากกว่า 34 ปี	3
ส่วนสูง	น้อยกว่า 151 เซนติเมตร	3
	ระหว่าง 151–159 เซนติเมตร	2
	มากกว่า 160 เซนติเมตร	0
จำนวนครั้งของการคลอดบุตร	ไม่เคย	2.5
	1 ครั้งขึ้นไป	0
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์	น้อยกว่า 11.4	0
	ระหว่าง 11.4–22.4	1.5
	มากกว่าหรือเท่ากับ 22.5	2.5

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ลักษณะความเสี่ยง	เกณฑ์	คะแนน
ระดับความสูงยอดมดลูก	น้อยกว่า 34 เซนติเมตร	0
	34 เซนติเมตร	1
	มากกว่า 34 เซนติเมตร	3.5

ที่มา: ตัดแปลงจาก แนวทางการที่นำ yay การผ่าตัดคลอด (CPD score) โรงพยาบาลลำปาง

### การแปลผล

คะแนนรวมน้อยกว่า 5

หมายถึง ความเสี่ยงน้อย

คะแนนรวมระหว่าง 5–9.5

หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง

คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10

หมายถึง ความเสี่ยงมาก

จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและช่องเชิงกรานมารดาของการคลอดบุตรคนแรก พบร้า ระดับความสูงยอดมดลูกมากกว่า 34 เซนติเมตร และส่วนสูง น้อยกว่า 150 เซนติเมตร มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion เป็น 6.206 เท่า, 4.671 เท่า และ 1.463 เท่า ตามลำดับ (นนพพงษ์ ยศวิจิตร, 2563)

3. การใช้คำถามต่างๆ เพิ่มเติม เพื่อประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อการคลอด เช่น ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ ประวัติยาที่ใช้เป็นประจำ ตัวอย่างคำถามจากประสบการณ์ของผู้เขียน ได้แก่

1. ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกเชิงกราน ( ) มี ( ) ไม่มี

2. ท่านรับประทานยาละลายน้ำเลือด/ยาขับยุงการหดรัดตัวของมดลูก( ) มี( ) ไม่มี

3. ท่านมีประวัติการคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น คีม หรือเครื่องดูด

( ) มี ( ) ไม่มี

### สุญญากาศ

4. ท่านมีประวัติการเจ็บครรภ์จนกระหังคลอดที่ยาวนานมากกว่า 24 ชั่วโมง

( ) มี ( ) ไม่มี

### (ครรภ์หลัง)

5. ท่านมีความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยล้าหรือนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ  มี  ไม่มี

6. ท่านมีประสบการณ์การคลอดยากหรือต้องช่วยคลอดให้ล่ายาก  มี  ไม่มี

#### 4. การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์

ในระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงสิริวิทยาของมดลูกโดยการหดรัดตัวเพื่อให้เกิดการเบิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ ซึ่งการหดรัดตัวของมดลูกทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลง อีกทั้งทารกในครรภ์บางรายมีปัจจัยเสี่ยงจากการดา เช่น มาตรามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การให้เหลวอีดอไปสู่รกรดลง หรือมาตรាតี่มีภาวะโลหิตจาง ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงจึงส่งผลไปยังทารกในครรภ์ให้ได้รับปริมาณออกซิเจนลดลง เช่นเดียวกัน

การติดตามประเมินความเสี่ยงของทารกในระยะคลอด มี 2 วิธีที่นิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย ดังนี้ (ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

1. การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะๆ (intermittent auscultation) โดยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติจะอยู่ระหว่าง 110–160 ครั้ง/นาที หากต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ถือว่าผิดปกติ ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่า ควรได้รับการประเมินทุก 1 ชั่วโมง หรือในกรณีที่มีภาวะความเสี่ยงสูง ควรประเมินทุก 30 นาที สำหรับการประเมินในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่า ควรได้รับการประเมินทุก 15 นาที ส่วนผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการประเมินทุก 5 นาที การฟังแต่ละครั้งใช้เวลานาน ครั้งละ 1–2 นาที ในช่วงตั้งแต่เมดลูกเริ่มมีการหดรัดตัวต่อเนื่องไปจนกระทั่งเมดลูกคลายตัว

2. การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์แบบต่อเนื่อง (continuous electronic fetal monitoring: EFM) เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงทารกในครรภ์ที่เหมาะสมกับผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ควรได้รับการประเมินติดตามอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า หรือผู้คลอดที่ได้รับการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เป็นตน การตรวจติดตามด้วยเครื่องมือ EFM เครื่องจะพิมพ์กราฟการเต้นของหัวใจทารกออกมาให้อ่านได้เรียกว่า FHS tracing

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตราด และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การแปลผล FHS tracing ในปัจจุบันใช้การจำแนกออกเป็น 3 Category ดังนี้

Category I: แปลผลว่า ทารกในครรภ์ปกติ หมายความว่า ช่วงขณะนั้นทารกในครรภ์มีภาวะกรดด่างในเลือดปกติ

Category II: แปลผลว่า ไม่สามารถทำนายได้ว่าทารกในครรภ์มีภาวะกรดด่างในเลือด ที่ผิดปกติ (กล่าวคือยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะจำแนกเป็น Category I หรือ Category III ได้)

Category III: แปลผลว่า ทารกในครรภ์ขณะนั้นมีภาวะความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดเป็นกรด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ neonatal encephalopathy, cerebral palsy และ neonatal acidosis สูงขึ้น

องค์ประกอบของการแปลผล FHS tracing มีรายละเอียดดังนี้ (Cunningham, 2022)

Category I ต้องมีครบทุกองค์ประกอบดังนี้ (รูปที่ 4.2)

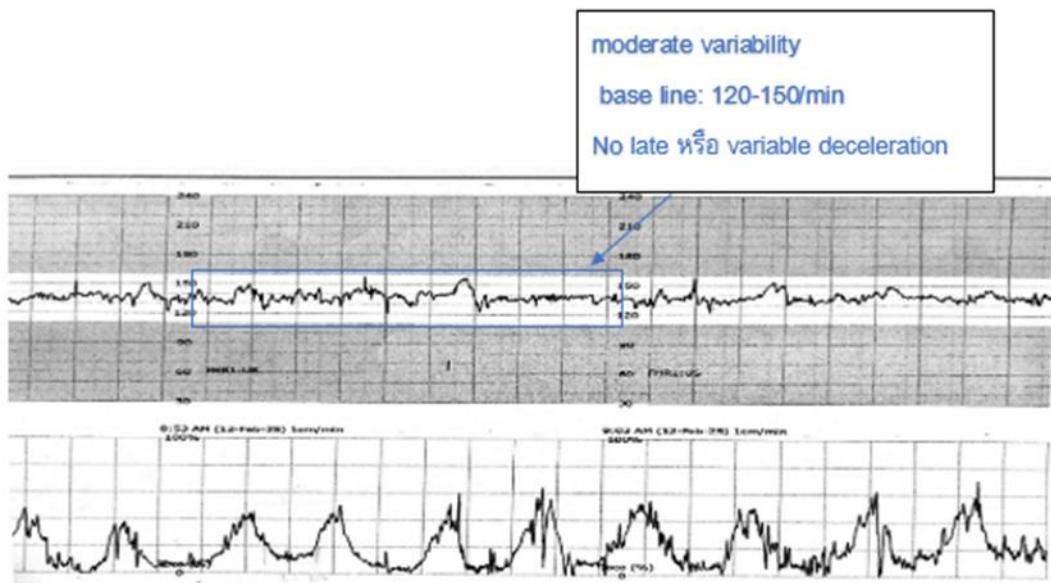
- Baseline rate (อัตราการเต้นของหัวใจทารก): 110–160 ครั้ง/นาที

- Baseline FHR variability: moderate (ความแปรปรวนขั้นลงของ FHR โดยประเมินจากการนับการเปลี่ยนแปลงขนาดขั้นลงในแนวเดียวระหว่างจุดสูงสุดและต่ำสุดของ FHR ด้วยตาเปล่า มีการขั้นลงของ FHR ตั้งแต่ 6–25 ครั้ง/นาที ซึ่งเป็นภาวะปกติ)

- ไม่มีกราฟลักษณะ late deceleration (การลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของ FHR และกลับคืนสู่ baseline อย่างช้าๆ สัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก) หรือ variable deceleration (การลงลงของ FHR ชนิดทันทีทันใดหรือฉับพลัน อาจสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก หรือไม่ก็ได้)

- กราฟลักษณะ Early deceleration (การลดลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปของ FHR และสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก โดยจุดต่ำสุดของ FHR ตรงกับจุดสูงสุดของการหดรัดตัวของมดลูก) อาจมีหรือไม่มีก็ได้

- Acceleration (การเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันของ FHR อย่างน้อย 15 ครั้ง/นาที จากระดับปกติของ FHR Baseline นานอย่างน้อย 15 วินาทีในทารกที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป กรณีอายุครรภ์ต่ำกว่า 32 สัปดาห์ จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันของ FHR อย่างน้อย 10 ครั้ง/นาที จากระดับปกติของ FHR Baseline นานอย่างน้อย 10 วินาที) อาจมีหรือไม่มีก็ได้



รูปที่ 4.2 แสดงตัวอย่างการแปลผล Category I: FHR normal baseline

ที่มา: ภาพถ่ายจากการปฏิบัติงานจริงห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

Category II เป็น FHR tracing ที่ไม่ด้อยกว่าใน Category I หรือ Category III ดังนี้

- Baseline rate
  - bradycardia (FHR น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที) ที่ไม่มี absent baseline variability (ไม่พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR)
  - tachycardia (FHR มากกว่า 160 ครั้ง/นาที)
- Baseline FHR variability
  - Minimal baseline variability (พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/นาที) (รูปที่ 4.3)
  - Absent baseline variability not accompanied by recurrent deceleration (พบว่าไม่พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR และไม่มีภาวะหัวใจเต้นช้าเกิดขึ้นซ้ำๆ)
  - Marked baseline variability (พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR มากกว่า 25 ครั้ง/นาทีขึ้นไป)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- Acceleration

- Absence of induced acceleration (ไม่พบการเพิ่มขึ้นของ FHR อาย่างน้อย 15 ครั้ง/นาที) หลังจากการกระตุ้น胎ารกในครรภ์ด้วยวิธี digital scalp หรือ vibroacoustic stimulation

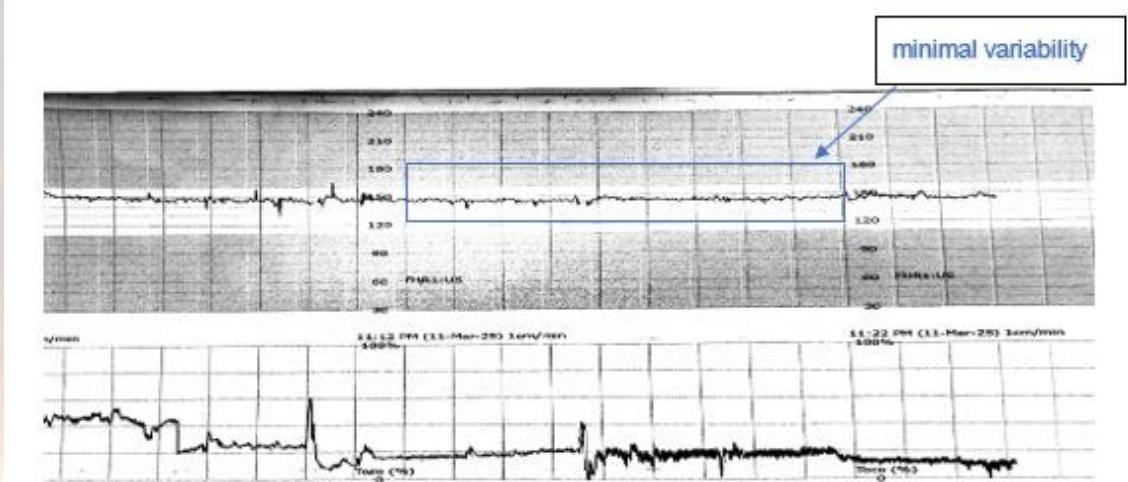
- Periodic or episodic decelerations (มีการลดลงของ FHR เป็นครั้งคราวหรือเป็นระยะๆ)

- Recurrent variable deceleration (การลงลงของ FHR ชนิดทันทีทันใดหรือฉับพลัน อาจสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูกหรือไม่ก็ได้ โดยเกิดขึ้นแบบช้าๆ มากกว่า 50% ของ มดลูกหดรัดตัว) ที่มี Minimal (พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR แต่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง/นาที) หรือ moderate baseline variability (มีการขึ้นลงของ FHR ตั้งแต่ 6-25 ครั้ง/นาที ซึ่งเป็นภาวะปกติ)

- Prolonged deceleration (FHR ลดลงอย่างน้อย 15 ครั้ง/นาที จาก baseline) นาน ตั้งแต่ 2 นาทีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 10 นาที

- Recurrent late deceleration (ลักษณะของ FHR tracing ที่มีลักษณะของ late deceleration มากกว่า 50% ของมดลูกหดรัดตัว) ที่มี Minimal หรือ moderate baseline variability

- Variable deceleration ที่มีลักษณะ slow return to baseline, overshoot หรือ shoulder (การเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ胎ารกในครรภ์เล็กน้อยที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังการเกิด deceleration phase)

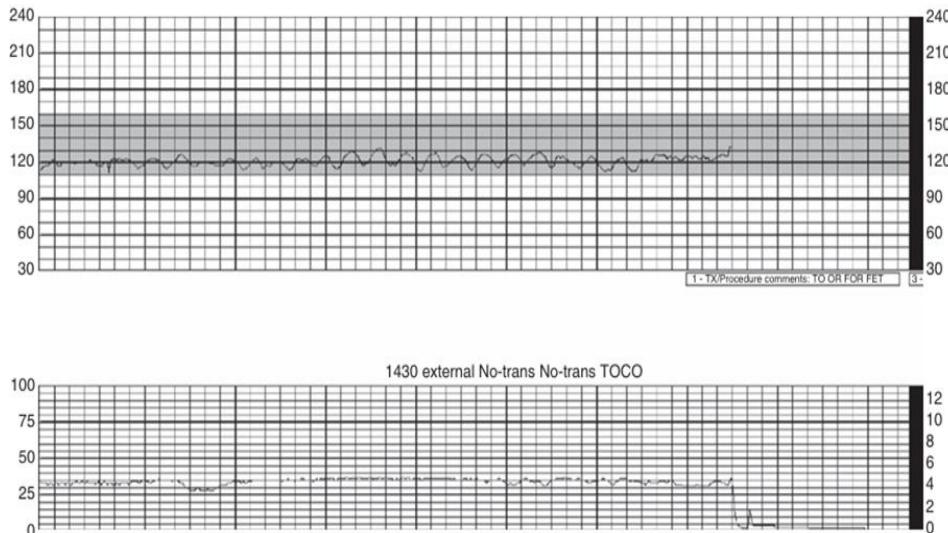


รูปที่ 4.3 แสดงตัวอย่างการแปลผล Category II: minimal variability

ที่มา: ภาพถ่ายจากการปฏิบัติงานจริงห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี Category III อาจประกอบไปด้วยลักษณะเดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

- Absent baseline FHS variability (พบว่าไม่พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR) รวมกับพบร่องรอยของการหดตัวอย่างมากกว่า 50% ของมดลูกหัวรัดตัว
  - Recurrent late deceleration (ลักษณะของ FHR tracing ที่มีลักษณะของ late deceleration มากกว่า 50% ของมดลูกหัวรัดตัว)
  - Recurrent variable deceleration (การลงลงของ FHR ชนิดทันทีทันใดหรือฉับพลัน อาจล้มพ้นรากับการหดตัวของมดลูกหรือไม่ก็ได้ โดยเกิดขึ้นแบบช้าๆ มากกว่า 50% ของมดลูกหัวรัดตัว)
  - Bradycardia (FHR น้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที)
- Sinusoidal pattern คือการเปลี่ยนแปลงของ FHR ที่มีลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้ (รูปที่ 4.4)
  - FHR baseline คงที่ และอยู่ระหว่าง 110 – 160 ครั้งต่อนาที
  - รูปแบบของ FHR เป็นแบบลูกคลื่น (sine wave) ขึ้นลงอย่างสม่ำเสมอจาก baseline
  - Baseline FHR variability อยู่ระหว่าง 5–15 ครั้งต่อนาที
  - Long-term variability หรือ ความถี่ของคลื่น อยู่ระหว่าง 2–5 รอบ (cycles) ต่อนาที
  - Short-term variability มีน้อยมากหรือราบเรียบ
  - ไม่มี acceleration

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน ทางการแพทย์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



ຮູບທີ 4.4

ຕ້ວອຍການແປລຜລ Category III: Sinusoidal pattern

ທີມາ:

ດັດແປລງຈາກ Oyelese, Chavez, ແລະ Vintzileos (2021). Assessment of fetal well-being: Fetal heart rate monitoring and the fetal biophysical profile.

DOI: \$10.1201/9781003222590-60\$. ໂດຍໄດ້ຮັບອນຸມາຕກາຍໃຫ້ສັນຍາ  
ອນຸມາຕ ຂະໜາດ CC BY-NC-ND 4.0.

### 5. ການປະເມີນສຸຂພາພທາກແຮກເກີດ

ການປະເມີນສຸຂພາພທາກແຮກເກີດແລກການຕອບສົນອັນດີຄວາມຕ້ອງການໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຄືນໜີ້ພື້ນຖານ  
ແຮກເກີດໂດຍໃໝ່ APGAR score ພັດນາຂຶ້ນຄັ້ງແຮກໂດຍແພທຍໍ່ຫຼົງເວຼົອຮົຈິເນີຍ ແອກກາຣີ ປີ ດ.ສ. 1952  
ເພື່ອໃໝ່ໃນການປະເມີນສຸຂພາພທາກແຮກເກີດອ່າງຮວດເຮົວ ທັນທີ ແລະ ສາມາດປະເມີນ  
ເປົ້າຢືນເທົ່ານີ້ໄດ້ (Simon, Shah, & Bragg, 2024) ນອກຈາກນີ້ ການປະເມີນ APGAR score  
ເພື່ອເປັນເຄື່ອງບົງຫຼື່ວ່າທາງສາມາດປັບສຸພວ່າງກາຍອຸ່ນໃນສິ່ງແວດລ້ອມໃໝ່ໄໝໄດ້ຮູ້ອ໌ມ  
ສາມາດປະເມີນໄດ້ຈາກອາການແສດງ 5 ອ່າງ ໄດ້ແກ່

A = Appearance = ສີຜິວ

P = Pulse = Heart rate = ຂັດຕາການເຫັນຂອງຫວັງໃຈ

G = Grimace = Reflex = ການຕອບສົນອັນດີສິ່ງກະຕຸນ

A = Activity = Muscle tone = ຄວາມຕຶງດ້ວຍອົກລຳມາເນື້ອ

R = Respiration = Respiratory effort = การหายใจ

อย่างไรก็ตาม การช่วยฟื้นคืนชีพหากแรกเกิดนั้นต้องทำการให้ความแน่นที่นาทีที่ 1 ดังนั้น APGAR score จึงไม่ใช่บอกราคาณ์จำเป็นในการให้ความช่วยเหลือว่าต้องช่วยอย่างไรหรือ เมื่อไร แต่ที่จะใช้ตัดสินว่าจะทำการช่วยเหลืออย่างไรและเมื่อไร คือการแสดงทั้ง 3 อย่าง (การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและลิ่วหรือระดับออกซิเจน) ส่วน APGAR score วิถีสอง อย่าง คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาตอบสนองของทารกจะเป็นตัวที่ช่วยบอกสถานภาพทางระบบประสาทของทารก ซึ่งหากแรกเกิดควรได้รับการประเมินที่ 1 และ 5 นาที หลังแรกเกิด คะแนนเต็มในแต่ละอาการ คือ 2 คะแนน และคะแนนรวม 5 ดาว คือ 10 คะแนน ถ้าหากประเมินพบว่าคะแนน APGAR score น้อยกว่า 7 พยาบาลควรต้องประเมินซ้ำทุกๆ 5 นาที จนถึงนาทีที่ 20 (Cunningham, 2022) สอดคล้องกับนิยามตัวชี้วัดของกรมอนามัยเกี่ยวกับทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน คือ ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีค่าคะแนน APGAR score ที่ 1 นาที เท่ากับ 7 หรือต่ำกว่า โดยลักษณะและการแสดงของทารกแรกคลอดที่ใช้ในการประเมิน APGAR score ประกอบด้วย 5 อาการแสดง ดังนี้

#### ตารางที่ 4.2 แสดง APGAR score

อาการแสดง	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
ลักษณะ (Appearance)	เชี่ยว/ชีด	เชี่ยวปลายมือ เท้า	แดงทั้งตัว
อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)	ไม่มี	< 100 ครั้งต่อนาที	> 100 ครั้งต่อนาที
การตอบสนองต่อสิ่งกระตุน (Reflex irritability)	ไม่มีการตอบสนอง	แบบหน้าอ่อง	ร้องเสียงดัง
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone)	อ่อนแรง ไม่ขยับ	งอแขน ขาเล็กน้อย	แข็งแน่นขาได้ดี
การหายใจ (Respiration)	ไม่มี	ร้องเสียงเบา หายใจตื้น หายใจไม่สม่ำเสมอ/ช้า	ดี/ร้องเสียงดัง

ที่มา: Cunningham, 2022

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน ทางการแพทย์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด  
คะแนน APGAR แบ่งออกเป็นได้ทั้งแบบ 2 และแบบ 3 ระดับ ดังนี้

**ตารางที่ 4.3** แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด แบบ 3 ระดับ

ความรุนแรง	คะแนน Apgar
Mild asphyxia	5–6 หรือ 7
Moderate asphyxia	3–4
Severe asphyxia	0–2

ที่มา: ชีรุ ทองสก, 2562

**ตารางที่ 4.4** แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด แบบ 2 ระดับ

ความรุนแรง	คะแนน Apgar
Mild to Moderate asphyxia	4–7
Severe asphyxia	0–3

ที่มา: WHO, 2010

การบันทึก APGAR score ควรบันทึกคะแนนแยกตามหัวข้ออยอย และหากหาราคาแรกคลอดได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลควรจดบันทึกและเขียนบรรยายลักษณะเหตุการณ์ ขอ มูลของทารกแรกเกิดและวิธีการช่วยเหลือรวมกับการให้คะแนน APGAR เนื่องจากอาการช่วยฟื้นคืนชีพอาจส่งผลให้คะแนน APGAR เปลี่ยนแปลงไป

## 2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่พบบ่อย ในระยะคลอด

ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของอนามัยแม่และเด็กซึ่งจะนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น หากผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการส่งต่อล่าช้า จากสถิติสถานการณ์การผ่าระวังการตายของมารดาและทารกในประเทศไทย พบร้า ปี พ.ศ. 2567 อัตราการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 18.85 เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่ลดลงจาก

ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเท่ากับ 21.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนหนึ่งเกิดขึ้น ในระยะคลอดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ในส่วนของอัตราการเกิด死胎 (stillbirth) พบ 4.6 ต่อพันการเกิดทั้งหมด ไม่เกินค่าเป้าหมาย (5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด) ลดลงจาก ปี พ.ศ. 2566 ที่พบ 4.7 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (อนามัยมาตรการและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย, 2567) นอกจากนี้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 24-36 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 11.6 (กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก, 2565) ซึ่งหารกที่เกิดก่อนกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงและใช้ระยะเวลานานต่อเนื่อง บุคลากรที่ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญ และอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษา มีความทันสมัย ส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ขึ้นไป ในส่วนของต่างประเทศจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) สาเหตุการตายของ มาตรดาที่พอบอยเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบมากในมาตรการที่มีภาวะมดลูกหลุดตัวผิดปกติหรือมีรากค้าง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระยะหลังคลอด
- การติดเชื้อระยะคลอดและหลังคลอด เกิดจากการแทรกซุนนำ้คร่ำก่อนกำหนดหรือ การคลอดที่ยืดเยื้อ ส่งผลต่อทั้งมาตรการและทารก
- ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ครอบคลุมครรภ์เป็นพิษและภาวะซักจาก ครรภ์เป็นพิษ โดยพบอาการเด่นชัดในระยะคลอด
- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอด เช่น โรคหัวใจ และภาวะคลอดยาก ในส่วนของภาวะเสี่ยงของทารกที่พอบอย (WHO, 2025) มีดังนี้

- การคลอดก่อนกำหนด
- ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์
- การติดเชื้อภายในหลังเกิด

จากข้อมูลดังกล่าวซึ่งให้เห็นว่าพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะ ด้านการผดุงครรภ์ ในการคัดกรองและจัดการกับความเสี่ยงของผู้คลอดแต่ละราย และมีการจัดการในการเฝ้าคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมตลอดไป

### 3. ກະບວນການພຍາບາລໃນຮະຍະຄລອດ

- ໃນທັງໝົດນີ້ຈະກ່າວເຖິງການເສື່ອງທາງສູດີກຣມທີ່ພບໄດ້ບ່ອຍໃນຮະຍະຄລອດ ໄດ້ແກ່
- ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ
  - ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະຄວາມດັນໂລທີສູງຂະະຕັ້ງຄຣກ
  - ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະຄລອດໄຫລຍາກ

ການໃໝ່ກະບວນການພຍາບາລເປັນເຄື່ອງມືອໃນການປົງປັດການພຍາບາລຮະຍະຄລອດ ປະກອບດ້ວຍ 5 ຂັ້ນຕອນ ໄດ້ແກ່ ການປະເມີນກາວະລຸຂພາຜູ້ຄລອດ ການວິນິຈັນການພຍາບາລ ກາງວາງແຜນການພຍາບາລ ການປົງປັດການພຍາບາລ ແລະການປະເມີນຜລ

#### 3.1 ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ

##### 3.1.1 ຄວາມໜາຍແລະການວິນິຈັນຍ

ການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ມາຍເຖິງ ການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນອາຍຸຄຣກວ່າ 37 ສັປດາທີ່ມີກາຮດຮັດຕັ້ງອັນດຸກອຍ່າງສຳເສົມອ ຮ່ວມກັບມີການບາງຕັ້ງລົງແລະຫຼືກາເປີດໝາຍຂອງປາກມດຸກ (The American college of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2016)

ເກີນທີ່ການວິນິຈັນການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໂດຍຄໍາຈຳກັດຄວາມຕາມຕໍາຮາຮາຊີທາຍາລັບສູດີຄາສຕຣີ-ນິເວີຊີທາຍາແໜ່ງສຫ້ອມເມັນກາ (ACOG, 2016) ດື່ອ ມີກາຮດຮັດຕັ້ງອັນດຸກອຍ່າງສຳເສົມອ ຮ່ວມກັບມີການເປົ້າມີແປງຂອງປາກມດຸກເປີດໝາຍເທົ່າກັນ 2 ເຊັນຕີເມຕຣ ທີ່ມີກາງກວາ

##### 3.1.2 ປັຈຢ່າງເສື່ອງທີ່ທໍາໃຫ້ເກີດການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ມີດັ່ງນີ້

3.1.2.1 ກາຣຕິດເຊື່ອ ມີກາຣຕິກາສນັບສຸນວ່າກາຣຕິດເຊື່ອມີຄວາມສັມພັນຮັກບໍາກາຣເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໂດຍພບວ່າຫຍືງຕັ້ງຄຣກທີ່ມີກາຣຕິດເຊື່ອໃນພୋຮມດຸກຈະມີກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດສູງເຖິງຮ້ອຍລະ 25–40 ສ່ວນໃໝ່ທີ່ພບດື່ອ ເຊື່ອແບຄທີ່ເຮີຍຊື່ຈະກະຕຸ້ນກາຮສ່າງສາຣ prostaglandin ເພີມເຂົ້າ ສັງຜລໃໝ່ມີດຸກຫດຮັດຕັ້ງ ແລະເກີດກາຣຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໄດ້ (Daskalakis, Psarris, Koutras, et al., 2023)

3.1.2.2 ລັກນະຂອງປາກມດຸກ ໜ້າງຕັ້ງຄຣກທີ່ມີປະວັດກາຮແໜ່ງບຸຕຽນ ໄດ້ຮມາສທີ່ 2 ມີປະວັດກາຮພາດັ່ງປາກມດຸກ ປາກມດຸກເປີດແລະບາງຕັ້ງກ່ອນກຳນົດ ເບຍຄລອດ

ก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน จะส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยทั่วไปตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหลายครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ส่วนทั่วไปตั้งครรภ์ที่ผ่านด้วยการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพราะเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นชนิด elastic และ collagen ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้กล้ามเนื้อปากมดลูกมีความแข็งแรง เมื่อได้รับการผ่าตัดจะทำให้ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของยังคงอยู่ จึงเสี่ยงต่อการเปิดของปากมดลูกและการคลอดก่อนกำหนด ทั่วไปตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 22–24 สัปดาห์ หากตรวจพบความยาวของปากมดลูกน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร โดยวัดจากปากมดลูกด้านใน (internal os) ไปยังปากมดลูกด้านนอก (external os) จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปากมดลูกสั้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (สุริวรรณ บัวเย้ม, เพียงบุหลัน ยานาน และ สุจิตตรา พงศ์ประสาชัย, 2562)

1) ความผิดปกติของมดลูก มดลูกที่มีการยืดขยายมากผิดปกติซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการแบกรับน้ำหนักมากๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขยายมากกว่าการตั้งครรภ์ปกติ เช่น ครรภ์แฝดด้านล่าง การตั้งครรภ์แฝด เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) ความผิดปกติของรกร ในรายที่มีภาวะรกເກະตຳและรถລອກຕັວ ก่อนกำหนด มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพราะมักเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอด อาจต้องทำการตั้งครรภ์สั้นสุดลงก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด เพื่อป้องกันผู้คลอดเกิดภาวะซื้อกจากการสูญเสียเลือด

3) ภาวะเครียด ทั่วไปตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพราะภาวะเครียดจะกระตุ้นเซลล์บริเวณเนื้อรกร decidual และเยื่อหุ้ม胎าระให้มีการสร้าง corticotrophin-releasing hormone (CRH) ซึ่ง CRH จะกระตุ้นให้มีการสร้าง prostaglandin ทำให้เกิดการหดรัดตัวของมดลูก จึงเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

4) การดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำงานหนักและชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง/สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.23 เท่า เช่นเดียวกับการยืนนานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้ร่างกายอ่อนล้า เสื่อมไปเสี่ยงมดลูกลดลง เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 1.22 นอกจากนี้ผลการศึกษาบ่งบว่า การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน มีความสัมพันธ์กับ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และثارิก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (จิรัชยา หนูสิงห์, สุพิศ ศิริอุรุณรัตน์, และตติรัตน์ เดชะศักดิ์ศรี, 2564)

การประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีวิธีการซักประวัติ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การตรวจวัดความยาวปากมดลูก การตรวจทางห้องปฏิบัติการค้นหาการติดเชื้อ และการตรวจทางช่องคลอดเพื่อดูการเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อได้รับการวินิจฉัยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่แน่นอนและถูกต้องแล้ว ผู้คลอดจะได้รับดูแลไว้ในโรงพยาบาล

### ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

#### 1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. อายุครรภ์ 35 สัปดาห์
2. มดลูกมีการหดรัดตัวนาน 30 วินาที ทุก 7–8 นาที ความรุนแรง +
3. มีตกขาวลีบขาวข้น คันช่องคลอด

#### วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่คลอดก่อนอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกใน 10 นาที
2. ปากมดลูกไม่เปิดขยายเพิ่ม ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน
3. คลอดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ตามแผนการรักษา เช่น ยาเย็บยังการหดรัดตัวของมดลูก ให้ยาคอร์ติโคลสเตียรอยด์ เพื่อกระตุ้นการสร้างสาร surfactant ของปอดทารก หรือให้ยาปฏิชีวนะเพื่อบังกันการติดเชื้อในทารกแรก

2. ดูแลให้ทักษะและทำกิจวัตรบูนเตียง เพื่อลดการกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัวมากขึ้น
3. งดการตรวจทางช่องคลอดโดยไม่จำเป็น

4. ลงตรวจและติดตามผลการทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการติดเชื้อ เช่น CBC, U/A, Cervical swab C/S G/S เพื่อค้นหาสาเหตุของการเจ็บครรภ์ก่อนเวลา

5. ดูแลมารดาให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง เช่น การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และการรับประทานอาหารที่มีโปรตีน และวิตามินซีสูง และการดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อย 8 แก้ว/วัน หรือ 3000 มิลลิลิตร/วัน ในกรณีที่ไม่ได้รับการดื่มน้ำ-อาหาร

6. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการพักผ่อน

7. ดูแลให้ขับถ่ายบํารุงสภาวะเป็นระยะ และทำความสะอาดอวัยวะลีบพันธุ์อย่างถูกวิธี เพื่อลดโอกาสติดเชื้อในทางเดินบํารุงสภาวะและช่องคลอด

8. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและติดตาม ทุก 1 ชั่วโมง

9. ประเมินการเหน็บของหัวใจทารกในครรภ์และติดตาม ทุก 1 ชั่วโมง

10. ถ้าไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ ต้องเตรียมความพร้อมสำหรับช่วยเหลือทารกคลอดก่อนกำหนด โดยรายงานกุมารแพทย์ เตรียมอุปกรณ์และทีมในการช่วยพื่นคืนชีพ

### การประเมินผล

ผู้คลอดสามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ไม่มีการหดรัดตัวของมดลูกใน 10 นาที ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน

2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยา Bricanyl ที่ใช้ยับยั้งการคลอด **ข้อมูลสนับสนุน**

1. ได้รับยา Bricanyl ยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก

2. อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน

3. มีการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 8 นาที นาน 30 วินาที ความรุนแรง +

### วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่ได้รับอันตรายจากยา Bricanyl

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้คลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่เกินจากแผนการรักษาของแพทย์ที่กำหนด (ความดันโลหิตไม่ต่างกว่า 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 60–100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที)
2. ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบังคับการหดรัดตัวของมดลูก เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ปวดศีรษะ น้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้นคริว ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น
3. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110–160 ครั้งต่อนาที
4. การแปลผล EFM Category I

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ขอรับยาให้ทราบถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ปวดศีรษะ เป็นต้นคริว หากมีอาการให้แจ้งพยาบาลทราบ
2. ควบคุมปริมาณยาตามแผนการรักษาผ่านเครื่อง Infusion pump
3. ประเมินและติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง โดยพึงเสียงการเต้นของหัวใจทารก และประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง
4. ประเมินชีพจร ไม่ควรเกิน 140 ครั้งต่อนาที หรือตามแผนการรักษาที่กำหนด หากมากกว่า 140 ครั้ง/นาที ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับลดยาจนกระทึบชีพจรลดลง
5. สอบถามอาการ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว
6. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ plasma นิว และ electrolyte ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
7. ประเมินภาวะ pulmonary edema โดยการพึงเสียงปอด และสังเกตอาการหายใจลำบาก
8. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

## การประเมินผล

ผู้คลอดมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 120/80 มม.ปอรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบังคับการหดรัดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 130–146 ครั้งต่อนาที การแปลผล EFM Category I

3. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยา  $MgSO_4$  ที่ใช้บังคับการคลอด ขอเสนอแนะ

1. ได้รับยา  $MgSO_4$  บังคับการหดรัดตัวของมดลูก
2. อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 2 วัน
3. มีการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 7 นาที นาน 20–30 วินาที ความรุนแรง +

## วัตถุประสงค์

1. ผู้คลอดไม่ได้รับอันตรายจากยา  $MgSO_4$

## เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้คลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่เกินจากแผนการรักษาของแพทย์ที่กำหนด (ความดันโลหิตไม่ต่างกว่า 90/60 มม.ปอรอท ชีพจร 60–100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16–24 ครั้งต่อนาที)
2. ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบังคับการหดรัดตัวของมดลูก เช่น หัวใจเต้นช้า ร้อนน้ำぶวบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น
3. DTR เทากับ +2
4. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110–160 ครั้งต่อนาที
5. การแปลผล EFM Category I

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น หัวใจเต้นช้า ร้อนน้ำぶวบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น
2. ควบคุมปริมาณของยาตามแผนการรักษาผ่านเครื่อง infusion pump

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมาตรฐาน แต่หากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ຈັດທຳແບບບັນທຶກຊື່ພຈຣ ອັຕຮາກຮາຍໃຈ ແລະ ຄວາມດັນໂລຫິຕ ຖຸກ 1 ຂໍ້າມົງ  
ອັຕຮາກຮາຍໃຈ ຄວາມາກກວ່າ 12 ຄົ້ງຕອນາທີ ເພຣະໜາກມື້ຂາດໃນກະແສເລື່ອດສູງເກີນຈະມີຜລ  
ໄປກົດຄູນຢ່າຍໃຈຂອງຜູ້ລອດ

4. ເຕັມ 10% calcium gluconate 10 ml ສິ່ງເປັນ antidote ຂອງ  $MgSO_4$  ກຣນີທີ່  
ມີກາງກົດກາຮາຍໃຈຫຼືຫົວໃຈຫຼຸດເຕັ້ນ ໂດຍນີ້ດ້າງ ເຂົ້າທາງຫລອດເລື່ອດຳກຳ

5. ຕິດຕາມປົງມານປັບປຸງສະກະໃນແຕ່ລະໜ້າມົງ ຄວາມອອກມາກກວ່າ 30 ມລ./ໜມ. ຢ້ອ  
120 ມລ. ໃນ 4 ຂໍ້າມົງ ເພື່ອປະເມີນກາຮັກຕິ່ງຂອງຍາໃນຮ່າງກາຍ ເນື່ອຈາກຍາຈະຜູກຂັບອອກທາງ  
ປັບປຸງທີ່ເຫັນ

6. ຕິດຕາມຮະດັບແມກນີ້ເຊີຍມີແລືອດ ດ້ວຍສູງຖື່ງ 8–10 mEq/L ອາຈທຳໃຫ້ປົງກິຈີຍາ  
ກາຮັກຕິ່ງຂອງເຄື່ອນໄຫວ້າມີການປັບປຸງລຳກຳນີ້ (deep tendon reflex [DTR]) ຮາຍໄປ ແລະ ຈະກຳດ  
ກາຮາຍໃຈດ້ວຍສູງຖື່ງ 12 mEq/L

7. ປະເມີນ DTR ຖຸກ 1 ຂໍ້າມົງ ດ້ວຍກິດເຫັນ +2

8. ປະເມີນກາຮັກຕິ່ງຕ້າງຂອງມດລູກແລະເສີຍກາຮັກຕິ່ງຂອງຫົວໃຈກາຮາຍ ½ – 1 ຂໍ້າມົງ

9. ສັງເກດທາກແຮກເກີດອ່າງໃກລ້ືດ ເພຣະແມກນີ້ເຊີຍມັນຕັດເປັດສາມາຮັກພ່ານ  
ຮັກໄດ້ ສັງເກດໃຫ້ມີກາງກົດຄູນຢ່າຍໃຈຂອງທາກແຮກເກີດ

10. ຮາຍງານແພທຍໍາເມື່ອພບອາກາຮັກຕິ່ງຕ້າງ

11. ຕິດຕາມເຝັ້ງວັນກວະຕາເລື່ອດໍາລັງຄລອດເນື່ອງ  $MgSO_4$  ມີຜລໃກ້ລຳກຳນີ້  
ມດລູກຄລາຍຕ້ວ ຈຶ່ງມີໂກາສຕກເລື່ອດໍາລັງຄລອດ ຕ້ອງດູແລໃຫ້ມດລູກຫດຮັກຕິ່ງຕ້າງ ກະເພະປັບປຸງວ່າ  
ດູແລໃຫ້ຢ່າ Syntocinon ຕາມແຜນກາຮັກພ່ານ ແລະ ຕິດຕາມກາຮັກຕິ່ງຕ້າງຂອງມດລູກຫດໍາລັງຄລອດ  
ອ່າຍ່າໃກລ້ືດ

### ກາຮັກຕິ່ງຕ້າງ

ຜູ້ລອດມີສັງງານຊື່ພອຍ້ໃນເກນທີ່ປັດ ຄວາມດັນໂລຫິຕ 110/70 ມມ.ປຣອທ ຊື່ພຈຣ  
80–90 ຄົ້ງ/ນາທີ ອຸນຫວູມໃນຮ່າງກາຍ 37 ອົງຄາເໜລເຊີຍລ ອັຕຮາກຮາຍໃຈ 16–20 ຄົ້ງຕອນາທີ  
DTR ເຫັນ +2 ໃນມີອາກະຊົງເຕີຍງານກາຮັກຕິ່ງຕ້າງ ເຊິ່ງກາຮັກຕິ່ງຕ້າງ ອັຕຮາກຮາຍໃຈ  
ຫົວໃຈກາຮາຍ 136–142 ຄົ້ງຕອນາທີ ກາຮັກຕິ່ງຕ້າງ ພັດຍຸດ EFM Category I

4. ผู้คลอดเลี้ยงต่อการได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยา Adalat ที่ใช้ยับยั่งการคลอด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับยา Adalat ยับยั่งการหดรัดตัวของมดลูก
2. อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 2 วัน
3. มีการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 7 นาที นาน 20–30 วินาที ความรุนแรง +

### วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่ได้รับอันตรายจากยา Adalat

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้คลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่เกินจากแผนการรักษาของแพทย์ที่กำหนด (ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มม.ปี Roth ชีพจร 60–100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5–37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16–24 ครั้ง/ต่อนาที)
2. ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างยับยั่งการหดรัดตัวของมดลูก เช่น หัวใจเต้นเร็ว ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น
3. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110–160 ครั้ง/ต่อนาที
4. การแปลผล EFM Category I

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ทราบถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น หากมีอาการให้แจ้งพยาบาล
2. ประเมินสัญญาณชีพ ก่อนให้ยา หากพบ ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มม.ปี Roth ชีพจรมากกว่า 100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์
3. ระยะแรกที่ผู้คลอดได้รับยาให้ติดตามวัดความดันโลหิต อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นหากสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ให้ติดตามประเมินทุก 4 ชั่วโมง
4. รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และการคัดกรองในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## การประเมินผล

ผู้คลอดมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 120/80 มม.ปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาัยบัญช์การหดรัดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจ ทารก 130–146 ครั้งต่อนาที การแปลผล EFM Category I

### สรุป

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนดดังนี้ ไม่สามารถบอกราคาเหตุใด้แน่นอน แต่ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ซึ่งสามารถที่จะป้องกันและลดความเสี่ยงได้ พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ติดตามอาการการติดเชื้อในร่างกายจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ในส่วนของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยการดูแลให้ได้รับยาัยบัญช์การหดรัดตัวของมดลูก ยากระตุนความสมบูรณ์ของปอดทารก และยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา ติดตามประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ดูแลให้พักผ่อนลดการทำกิจกรรมหนัก และการให้ความรู้เพื่อป้องกันการเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนดซ้ำ ในกรณีที่ไม่สามารถยับยั้งการคลอดได้ ควรเตรียมความพร้อมในการช่วยพิเศษ และการดูแลด้านจิตใจของผู้คลอดเพื่อลดความวิตกกังวลกับภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น

### 3.2 การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ในระหว่างการตั้งครรภ์ภาวะความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้หากมีภาวะรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะภาวะ severe preeclampsia และเมื่อควบคุมภาวะดังกล่าวไม่ได้ ผู้คลอดจะเกิดภาวะ eclampsia ซึ่งเมื่อเกิดภาวะ eclampsia แล้วจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่รุนแรง เช่น มีเลือดออกในสมอง หมดสติ เสียชีวิต หรือหากไม่เสียชีวิตก็มักทุพลภาพ นอกจากร้ายกาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า HELLP syndrome (H = hemolysis, EL= elevated liver enzymes, LP= low platelet) เนื่องจากอาการของ preeclampsia ไม่ชัดเจน เช่น ความดันโลหิตสูง และการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ

### พยาธิสรีวิทยาของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ปัจจุบันเชื่อว่าการเกิดภาวะ severe preeclampsia เกิดจาก ความผิดปกติของการฟังตัวของร่างกาย และปัจจัยลงเริ่มต่างๆ เช่น ยืนหรือพัฒนารูปแบบ ปัญหาด้านภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ส่งผลให้ Pseudovasculogenesis เกิดขึ้นได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้ Trophoblast เจริญเข้าไปในหลอดเลือดและ decidua ได้ไม่ดีและทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่เพียงพอและรากเกิดการขาดเลือด ส่งผลให้ร่างกายหลัง sFit-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1) และ soluble endoglin เพิ่มมากขึ้นแต่สาร VEGF (vascular endothelial growth factor) และ PIGF (placental growth factor) และสารอื่นๆ ที่ช่วยการทำงานของเซลล์ endothelium ลดลง และยังส่งผลให้ Endothelial dysfunction หรือ microangiopathy ในท่อร่างกายเกิดการจับกุมของเกล็ดเลือด และการทำหน้าที่ของสาร Thromboxane จะมีบทบาทมากกว่าสาร Prostacyclin ซึ่งจะทำให้เส้นเลือดหดตัวและเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

**ประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์** สามารถจำแนกออกเป็น 6 ประเภท ดังนี้ (ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) 1. **Preeclampsia** หมายถึง ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม. ปรอท โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เกิดขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งในกรณีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ และมีโปรตีนในปัสสาวะ หรือกรณีที่ไม่มี โปรตีนในปัสสาวะ แต่พบความดันโลหิตสูงในผู้คลอดที่มีความดันปกติก่อน รวมกับการตรวจพบเป็นครั้งแรกของกรณีได้กรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) มีภาวะ Thrombocytopenia ตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 100,000 ต่อฉูก้าศกมิลลิเมตร
  - 2) มีภาวะ Renal insufficiency ตรวจพบค่า serum creatinine ในเลือดมากกว่า 1.1 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของ serum creatinine เดิมโดยที่ไม่ได้มีโรคไตอื่น
  - 3) มีการเพิ่มขึ้นของค่า liver transaminase เป็น 2 เท่าของค่าปกติ
  - 4) น้ำดังในปอด (pulmonary edema)
  - 5) ปวดศีรษะ ตาพร้อมัว อาการเจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่ หรือชาด้านขวา เนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดรวมกับมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับหรือในตับ
2. **Gestational hypertension** หมายถึง ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม. ปรอท เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในกรณีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมาตรฐาน และทางการในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

โดยที่ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตกลับสูงค่าปกติภายใน 12 สัปดาห์หลังคลอดซึ่งการวินิจฉัยจะทำได้หลังคลอดแล้วเท่านั้น

**3. HELLP syndrome หมายถึง H – Hemolysis: เม็ดเลือดแตก แต่กับแบบ microangiopathic ปริมาณ Lactic dehydrogenase เพิ่มขึ้นมากกว่า 600 IU/L เป็น enzyme ที่พบเมื่อมีการทำลายเนื้อเยื่อหรือมีการบาดเจ็บ EL – Elevated Liver enzymes: ระดับเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้น โดยพบปริมาณ AST (ปกติ 7–35 U/L) และ ALT (ปกติ 8–33 U/L) เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าของค่าปกติ LP – Low Platelets: เกล็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่า 100,000 ต่อ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)**

**4. Eclampsia หมายถึง การซักในหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่มีภาวะ severe preeclampsia with feature โดยการซักกันน้ำไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น**

**5. Chronic hypertension หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือความดันโลหิตสูงที่ให้การวินิจฉัยหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์และยังคงสูงอยู่หลังคลอดเกิน 12 สัปดาห์**

**6. Chronic hypertension with superimposed preeclampsia หมายถึง ผู้คลอดที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตได้ดีมากก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ แล้วมีความดันโลหิตสูงขึ้นหรือต้องเพิ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต และมีโปรตีนในปัสสาวะ ที่เกิดขึ้นใหม่ หรือมีการเพิ่มขึ้นของโปรตีนในปัสสาวะหรือมีลักษณะของ severe feature**

การประเมินความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในระยะคลอด ควรประเมินว่ามี severe features หรือไม่ ให้พิจารณาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- ความดันโลหิต systolic สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท วัดในขณะนอนพักห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง (นอกจากมีการให้ยาลดความดันมาก่อน)

- เกล็ดเลือดต่ำกว่า  $100,000 \text{ cell/mm}^3$  (thrombocytopenia)

- ระดับเอนไซม์ตับสูงอย่างน้อย 2 เท่าของปกติ มีอาการปวดจุดแน่นโต๊ลิ้นปีที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยากระโกรคอื่น

4. พบมีการทำงานที่ผิดปกติของไตที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยพบ creatinine มากกว่า 1.1 mg/dL, หรือเพิ่มเป็น 2 เท่า โดยที่ไม่มีโรคトイมาก่อน

5. pulmonary edema

6. รอยโรคใหม่ของสมอง มีอาการปวดศีรษะซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือ ตามัว (visual disturbances)

ภาวะ Eclampsia เป็นภาวะซักที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เมื่อผู้คลอดมีอาการซัก พยาบาลควรประเมินและให้การพยาบาลตามระยะการซัก ดังนี้

1. ระยะเตือนหรือระยะนำ (premonitory stage)

สิ่งแรกคือป้องกันการเกิดอาการบาดเจ็บจากการซัก และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ซึ่งผู้คลอดควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับการสูดสำลักและภาวะขาดออกซิเจน โดยในระยะนี้ หากผู้คลอดเกิดการสูดสำลักจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม และเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้

ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมไม้กัดลิ้นเพื่อใช้ในการป้องกันการกัดลิ้น และควรจัดท่านอน ตะแคงเพื่อช่วยลดการไหลย้อนของเศษอาหารในกระเพาะอาหารที่อาจเกิดการสำลักหรือเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ และยกร้าวก้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง นอกจากนี้หากพบว่าผู้คลอดมีการตอบสนองลดลงจำเป็นต้องเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพต่อไป

2. ระยะเกร็งและระซักหรือกระตุก (tonic stage, and clonic stage)

ในระยะเกร็งผู้คลอดจะซักนานประมาณ 15–30 วินาที และระซักหรือกระตุกจะใช้เวลาประมาณ 60–90 วินาที ผู้คลอดอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดและมีภาวะเสื่อมเป็นกรดได้ แพทย์ควรพิจารณาให้ออกซิเจน mask with bag 8–10 ลิตร/นาที เนื่องจากผู้คลอดที่มีภาวะน้ำลายมานៀอื้อที่ช่วยในการหายใจจะลดตัว ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจน ได้ง่าย

3. ระยะ昏迷สติ (stage of coma)

หลังจากที่อาการซักหยุด ผู้คลอดจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดและภาวะเป็นกรด ในเลือด (acidosis) ซึ่งจะพบมากในผู้คลอดที่มีอาการซักช้าและเกิดโรคปอดบวมจากการสำลักได้ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการเตรียมผู้คลอดให้พร้อม สำหรับการรักษาด้วยการตั้งครรภ์ ด้วยวิธีใดก็ตามทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด

นอกจากนี้ภาวะ Eclampsia ที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อการกำเนิดครรภ์ ทำให้เลื่องต่อการเกิดการเจริญเติบโตชาในครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินภาวะสุขภาพหากในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินและติดตามขัตตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้คลอดเดิมภาวะชัก และสถาปนาว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกมีความผิดปกติ เช่น ลักษณะ variability แสดง absent หรือ bradycardia ซึ่งแสดงถึงทารกในครรภ์กำลังเกิดภาวะตับขัน พยาบาลควรต้องช่วยเหลือและให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์ดังนี้

1. จัดท่าให้ผู้คลอดคนนอนตะแคง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของปริมาณออกซิเจนไปที่รักและทารกในครรภ์
2. หากผู้คลอดได้รับยาออกซิโตซินอยู่ควรหยุดให้
3. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที
3. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูก
4. เมื่อให้การพยาบาลแล้วพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกไม่สามารถกลับสูงปกติ

#### ควรรายงานแพทย์

5. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อช่วยทารกในการฟื้นคืนชีพและประสานงานกับการแพทย์
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนผู้คลอดโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้คลอดโรคนี้ไวยากรณ์สิ่งกระตุ้น

ภาวะ HELLP syndrome นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและซุกเซินที่ทำให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยงและการแสดงของผู้คลอดโดยอย่างรวดเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยหรือเกิดผลกระทบที่น้อยที่สุด

#### การพยาบาลระยะคลอดในผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP syndrome

1. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาเนื่องจากผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP syndrome อาจจะมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตจากการตกเลือดได้

2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ในระยะแรก พร้อมสังเกตระดับความรู้สึกตัว และเฝ้าระวังการเกิดมีเลือดออกตามจุดต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตกเลือดหลังคลอด และการเกิดภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ( disseminated intravascular coagulation; DIC)

3. ดูแลให้ได้รับยา  $MgSO_4$  และยาลดความดันโลหิตสูง ตามแผนการรักษา

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำในอัตราที่เหมาะสม เนื่องจากการได้รับสารน้ำในปริมาณมาก เกิดไปอาจทำให้เกิดอาการปอดบวมน้ำได้ ในขณะเดียวกันหากได้รับน้อยเกินไปก็อาจนำไปสู่ การขาดน้ำในร่างกายได้เช่นกัน

5. เมื่อผู้คลอดได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้แล้ว พยาบาลควรจะต้องดูแลผู้คลอด ในด้านของความสุขสบาย

6. ดูแลด้านจิตใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

7. หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลที่อาจส่งผลให้ตับเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น หรือทำให้เกิดความดันในช่องท้องเนื่องจากจะส่งผลให้เส้นเลือดบริเวณ subcapsular ซึ่งอยู่บริเวณใต้ตับอาจแตกได้ อันจะทำให้เกิดเลือดออกภายในและเกิด hypovolemic shock ตามมา

8. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการเลือดออกมากขึ้น ได้แก่ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อซึ่งหากจำเป็นต้องฉีด ควรใช้แรงกดบริเวณที่ฉีดยาเพื่อช่วยลดการแตกของเม็ดเลือดแดงหรือเลือดไหลไม่หยุด และเมื่อพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้นควรดึงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อโดยให้เปลี่ยนเป็นฉีดยาเข้าเส้นเลือดแทน

9. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ พลัดตกเตียง ยกที่กันเตียงขึ้น

10. ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และอาการเจ็บยอดอก

### วิธีการให้ยาแก้นั่คก

เริ่มต้นด้วย Loading dose ซึ่งเป็นการรักษาในช่วงแรก โดยแพทย์จะให้ยาครั้งแรกในขนาดยาที่มากกว่าขนาดคงระดับ (maintenance dose) เพื่อทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้น หลังจากนั้นจึงจะให้ในขนาดคงระดับ เพื่อให้ระดับยาอยู่ในช่วงที่ได้ผลต่อเนื่อง

ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยา  $MgSO_4$  มีดังนี้

**ขณะที่ได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือด Loading dose:** ตัวอย่าง เช่น 10 %  $MgSO_4$  5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้าๆ ใน 15–20 นาที

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และثارิกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1. ในข้อมูลแก่ผู้คลอดที่ได้รับการรักษาด้วยยา  $MgSO_4$  อาจมีอาการร้อนน้ำบวบเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด
2. ดูแลความไม่สุขสบายน้ำหน้า เช็คบริเวณใบหน้าและลำตัวให้ผู้คลอดโดยพยาบาลควรใช้พัชุบัน้ำเช็คบริเวณใบหน้าและลำตัวให้ผู้คลอด
3. ประเมินความดันโลหิตทุก 5-15 นาที โดยค่า diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มม. ปรอท
4. ประเมินและติดตามการเด่นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง
5. Retained Foley's catheter เพื่อถูกรักษาขับปัสสาวะ เนื่องจากยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะ

**ขณะที่ได้ Maintenance dose:** ตัวอย่างเช่น 50 %  $MgSO_4$  20 กรัม (คือ การนำยา 50 %  $MgSO_4$  ขนาด 2 มิลลิลิตร มาจำนวน 20 ampoules) ผสมกับสารน้ำ 5% DW 1000 ml IV drip 75 cc/hour (1.5 g/hour)

1. ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง โดยค่า diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มม. ปรอท
2. ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง โดยไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที
3. ประเมิน Deep tendon reflex (DTRs) โดยไม่ต่ำกว่า 1+
4. ประเมินปัสสาวะ โดยต้องออกไม่น้อยกว่า 30 มล. ใน 1 ชั่วโมง หรือ 120 มล. ใน 4 ชั่วโมง
5. สงเสือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามระดับ  $MgSO_4$  ในกระแสเลือดตามแผนการรักษา ซึ่งค่าปกติควรอยู่ระหว่าง 4-7 mEq/L หรือ 5-9 mg/dl
6. ดูแลความไม่สุขสบายน้ำหน้าและลำตัวให้ผู้คลอดที่ได้รับยา
7. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ เมื่อพบว่าผู้คลอดมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่ง ควรรายงานแพทย์ทันที
8. เตรียม 10 % Calcium gluconate ขนาด 10 ml ในกรณี  $Mg^{++}$  ในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยฉีดช้าๆ เข้าทางหลอดเลือดดำ
9. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง
10. หากพบอาการต่อไปนี้จะต้องรายงานแพทย์

- Deep tendon reflex (DTRs) หายไป
  - อัตราการหายใจมากกว่า 14 ครั้ง/นาที
  - ปัสสาวะออกน้อยกว่า 25 มล./ชม. หรือ 100 มล./4 ชม.
- ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากระดับยาในกระแสเลือดสูงผิดปกติ

### ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยาลดความดันโลหิต

การใช้ยาลดความดันโลหิตในการรักษาผู้คลอดที่มีภาวะ preeclampsia with severe feature, eclampsia และ HELLP syndrome นับว่ามีความสำคัญ โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้ยาลดความดันโลหิตเพื่อลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยาลดความดันโลหิตอาจมีอาการข้างเคียงหรือส่งผลกระทบต่อผู้คลอดรวมทั้งทารกในครรภ์ได้ พยาบาลจึงควรให้การดูแลผู้คลอดที่ได้รับยาลดความดันโลหิต อย่างใกล้ชิดและใช้หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) มาพิจารณารวมด้วย เช่น ในประเทศไทย ความสมเหตุสมผลของการใช้ยากับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา

### กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพ หลังจากการได้รับยาครั้งแรก ควรประเมินความดันโลหิตทุก 5 นาที จนครบ 15 นาที จากนั้นบันทึกทุก 60 นาที
2. สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไส้อเจียน เป็นต้น
3. ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายพักผ่อนบนเตียง หากเมื่อย ให้ลับข้างได้บ้าง จัดสิ่งแวดล้อมให้สบายนอน ลดสิ่งกระตุ้น
4. On EFM continuous ผ่านสังเกตการเกิดภาวะ late deceleration หรือ ภาวะหัวใจเต้นช้า

### ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

1. ผู้คลอดเสียงต่อภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงในระยะคลอด

#### ข้อมูลสนับสนุน

ความดันโลหิต 162/110 มม.ปรอท

#### วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะชัก

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และการก่อตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท
2. ไม่มีอาการชา
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
4. Deep tendon reflex (DTRs) ไม่เกิน 2+ และไม่ต่ำกว่า 1+

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ตามแผนการรักษา ควบคุมปริมาณหยดผ่านเครื่อง infusion pump และติดตามภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือดโดยประเมินอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากยา เฟ้าระวังในสิ่งต่อไปนี้ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกผล
  - อัตราการหายใจ (ไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที)
  - ปริมาณปัสสาวะ (ไม่น้อยกว่า 25–30 cc/hr)
  - ประเมิน DTRs ถ้า absent รายงานแพทย์
2. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยา
  3. เตรียมการช่วยเหลือเมื่อผู้คลอดมีอาการชา ขณะซักผู้คลอดจะหยุดหายใจประมาณไม่เกิน 1 นาที ตะแคงตัวผู้คลอด เพื่อป้องกันการล้มลัง เตรียมรถให้ยานฉุกเฉิน
  4. เตรียมยา 10 % Calcium gluconate ขนาด 10 ml ซึ่งเป็น antidote สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้าย นานมากกว่า 3 นาที ตามแผนการรักษา ในกรณีที่มีภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือด
  5. จัดให้ผู้คลอดนอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกรได้ดีขึ้น
  6. ติดตามประเมินและบันทึกอาการนำชา ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปีหรือใต้ชายโครงขวา และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
  7. ติดตามตรวจปฏิกิริยาตอบสนองระดับลึกของเย็นที่ยืดกล้ามเนื้อ (DTRs) และบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า DTRs 3+,4+ ให้รายงานแพทย์ทันที

8. ติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า ค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มม.ปอรอท ให้รายงานแพทย์ทันที

9. ส่งเสริมให้ผู้คลอดได้มีการพักผ่อนให้มากที่สุด โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ เงียบสงบ แสงสว่างน้อย ลดลิ่งรับกวนและลิงกระตุนต่าง ๆ จัดกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสม ลดการรับกวนบอยครึ่งโดยไม่จำเป็น

10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจ CBC, UA, Cr, Uric acid, LDH, AST, UPCI และระดับ Magnesium ในเลือด เพื่อทราบภาวะความรุนแรงของ โรคในการนำมาปรับแผนการพยาบาล

11. เตรียมออกซิเจนสำหรับผู้คลอดได้ให้พร้อม เพราะอาจต้องใช้เพื่อให้ทารกในครรภ์ ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ

12. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะ ทุก 1 ชั่วโมง

13. บันทึกปริมาณสารน้ำและอิเลคโทรไลท์ที่ได้รับกับที่ขับออกเพื่อประเมิน ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะปอดบวมน้ำ

14. ดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากผู้คลอดจะมีความเครียดจากสาเหตุหลาย ประการ เช่น ภาวะของโรค กระบวนการดูแลรักษา ความกลัวและความกังวลอันตรายที่จะ เกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ พยาบาลจึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ ความช่วยเหลือ ลดความไม่สุขสบาย สร้างความอุ่นใจให้กับผู้คลอด และเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว

### ประเมินผล

ผู้คลอดไม่มีภาวะชัก ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการชัก ความดันโลหิต 150/100 มม.ปอรอท Deep tendon reflex (DTRs) 2+

### สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ประกอบด้วยกลุ่มอาการของโรคที่มี ความรุนแรงหลายระดับ ระดับความรุนแรงของโรคอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อการตั้งครรภ์ยัง ดำเนินต่อไป ซึ่งนับว่าเป็นภาวะที่เสี่ยงอันตรายทั้งต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ และผล จากการเกิดโรคนี้จะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้คลอดและครอบครัว

พยาบาลผู้ดูแลครรภ์มีความรู้ความชำนาญในการประเมินอาการโดยอย่างรวดเร็วที่จะสามารถป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรงได้ รวมถึงได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ พยาบาลจึงนับว่ามีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้คลอดและทารกในครรภ์เพื่อให้พัฒนาภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

#### 4.3.3 การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะคลอดให้ล่ำยาก

การคลอดให้ล่ำยากเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ในการคลอดทางช่องคลอดพบอุบัติการณ์ที่ร้อยละ 0.6–1.4 (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563ก) และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดอัตราตายที่จะเกิดขึ้นกับผู้คลอด และทารกแรกเกิด และป้องกันการเกิดขอร้องเรียน ป้องกันการฟ้องขอร้องตามกฎหมาย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นและความสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลสามารถทำคลอดปกติ และเป็นผู้ช่วยเหลือการคลอดผิดปกติ อาจจะพบกับเหตุการณ์การคลอดให้ล่ำยากเกิดขึ้น การฝึกฝนทักษะการช่วยคลอดให้ล่ำยาก การประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยงเพื่อคาดการณ์ว่าผู้คลอดรายได้มีโอกาสเกิดการคลอดให้ล่ำยากได้ จะทำให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะการคลอดให้ล่ำยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด

การคลอดให้ล่ำยาก หมายถึง การที่ให้ล่ำทารกไม่คลอดภายใน 60 วินาที ภายหลังคีริยะของทารก ออกจากช่องคลอดมาแล้ว (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2016)

การคลอดให้ล่ำยาก คือ การดึงคีริยะทารกอย่างนุ่มนวล และไม่สามารถทำการคลอดให้ล่ำทันของทารกได้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563ก)

โดยสรุป การคลอดให้ล่ำยาก เป็นภาวะที่ใช้เวลาในการคลอดให้ล่นานกว่าปกติ หรืออาจต้องใช้หัตถการ อื่นเพื่อช่วยทำการคลอดให้ล่ำเพิ่มขึ้น

#### การประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดให้ล่ำยาก ในระยะคลอด

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอด ดังนั้นการที่พยาบาลมีความรู้ และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของ

การคลอดให้ล่ำยกได้ อย่างถูกต้อง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ หรือ ส่งต่อผู้คลอดในกรณีที่ไม่มีสูติแพทย์ และประเมินว่าหากตัวโต ควรส่งต่อ给ก่อนคลอดไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพในการดูแลต่อได้อย่างเหมาะสม และทันท่วงที

### ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดให้ล่ำยก ได้แก่

1. มีประวัติการคลอดให้ล่ำยก และการเก็บรักษาในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ จากรายงานการเกิดภาวะ คลอดให้ล่ำยก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 1.1–16.7

2. มีความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 (prolonged first stage of labor) ซึ่งมักจะพบในกรณีที่หากในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ และจากประสบการณ์ของผู้เขียน ยังพบว่าหากในครรภ์ที่มี ขนาดตัวใหญ่ เมื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด จาก partograph จะพบว่าการเปิดช่องทางของปากมดลูกล้าช้า กราฟอยู่ระหว่างเส้น alert line กับ action line หรืออยู่หลังเส้น action line ในกรณีที่การหดรัดตัวของมดลูกปกติ

3. มีความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 2 (prolonged second stage of labor) เป็นสัญญาณเตือนที่ต้องนึกถึงว่าอาจมีความผิดปกติของสัดส่วนระหว่างศีรษะ ทารกับช่องทางคลอด ถ้าหาก ผิดสัดส่วนไม่มากนัก อาจจะคลอดทางช่องคลอดได้แต่อาจจะ มีการคลอดติดโผล่

4. มีการซักนำการคลอด เช่น การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (oxytocin) เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีการคลอดที่ยาวนาน ซึ่งมักจะพบในกรณีที่หากในครรภ์ มีขนาดตัวใหญ่

5. มีการใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น มีการช่วยคลอดด้วยคีม หรือ เครื่องดูดสูญญากาศ ในขณะที่ส่วนนำทารกอยู่ระดับ 0 ถึง +2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดการคลอดติดโผล่ ได้ถึงร้อยละ 4.6 เมื่อ เทียบกับร้อยละ 0.16 ของทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (ธัชารีย์ พันธุ์ชาลี และวิทยา ตีรุณาพันธ์, 2562)

6. การคลอดเร็วเกินไปทำให้เกิดการคลอดติดโผล่ได้ เนื่องจากให้ล่ำยกในครรภ์ยัง อยู่ในท่า anteroposterior ที่ระดับ pelvic brim ไม่เกิดการหมุนของให้ล่ำยกให้อยู่ในแนวเนี้ยง การทำคลอดให้ล่ำจึงไม่สามารถทำได้

7. ผู้คลอดมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกในครรภ์อาจจะมีภาวะ macrosomia น้ำหนักทารกมากกว่า 3,500 กรัม

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และการเก็บรักษาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

8. ผู้คลอดมีภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมกับมีระดับยอดมดลูกที่สูงมากกว่า 34 เซนติเมตร

9. ผู้คลอดตี่มีเชิงรานแคบแบบ Platypelloid เชิงรานมีลักษณะเป็นวารี เส้นผ่านศูนย์กลางแนวขวางจะยาวกว่าแนวหน้าหลัง

10. ผู้คลอดตี่มีอายุครรภ์เกินกำหนด เนื่องจากหากในครรภ์อาจจะต้องเข้าเรืออยา จันมีขานด ตัวให้ญี่ปุ่น เป็นผลให้เกิดการคลอดติดโผล่ได้

### ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลและการคลอดให้ล่ายากในระยะคลอด การประเมินสภาพ (assessment)

1. การพยาบาลแรกรับในห้องรับใหม่ ต้องมีการประเมินผู้คลอด ด้วยการตรวจครรภ์ เพื่อคาดคะเนน้ำหนัก ทารกในครรภ์ หากพบว่ามากกว่า 3,500 กรัม ควรจะมีการเฝ้าระวัง ตรวจประเมินลักษณะของเชิงรานจากการตรวจภายใน หากพบความเสี่ยงต้องมีการรายงาน สูติแพทย์เพื่อปรึกษา และแจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงความเสี่ยงของตนเอง

2. ในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดด้วย Partograph เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 ล่าช้า หรือ迂延 รวมกับการที่ทารก ในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ หากพบว่าผิดปกติ ควรจะต้องมี การรายงานสูติแพทย์เพื่อปรึกษา และติดตามเฝ้าระวัง ต่อไป

### การวินิจฉัยทางการพยาบาล (diagnosis)

ในการทำคลอด เมื่อประเมินได้ว่ามีโอกาสเกิดการคลอดให้ล่ายากหรือติดโผล่ ภายหลังการคลอดศีรษะ ของทารก อาจจะพบสัญญาณเตือน ได้แก่

1. ศีรษะหมุนหรือถอยกลับไปอัดติดกับผีเสื้อบริเวณหัวหน่าว ที่เรียกว่า ศีรษะติดคล้ายเต่า (turtle sign)

2. มักจะไม่เกิด restitution ตามกลไกการคลอดปกติ เนื่องด้วยเกิดแรงเสียดทานมาก จนทำให้ศีรษะทารกหมุนยกหรือไม่เกิดการหมุน

3. ภายในหลังการโน้มศีรษะเพื่อทำคลอดให้ล่ายาก การทำคลอดให้ล่ายาก

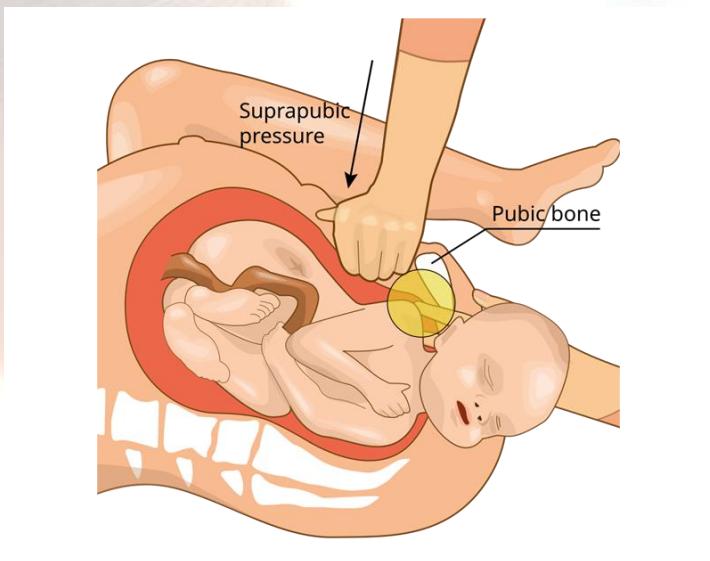
หากพยาบาลประเมินได้ว่าเกิดการคลอดให้ล่างกหรือติดให้ล่างเกิดขึ้น ควรจะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพื่อช่วยคลอดติดให้ล่าง และตามกฎหมายวิชาชีพอนุญาตให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถดึงโน้มทำคลอดให้ล่าง แต่หากไม่สามารถทำคลอดให้ล่างได้ให้ตามสูติแพทย์หรือพยาบาลที่มีความชำนาญมากกว่ามาช่วยทำคลอด สมดคล่องกับข้อบังคับสภากาชาดไทย พ.ศ. 2564 ข้อ 22 การช่วยเหลือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำคลอด ในรายที่มีการคลอดผิดปกติ เช่น การคลอดติดให้ล่างน้ำ หรือการใช้เครื่องมือช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศด้วยคีม หรือการช่วยทำผ่าตัด คลอด การช่วยทำหัตถการทางสุติกรรมที่มีความปลอดภัยต่อผู้คลอดนั้นหมายถึงว่า การคลอดติดให้ล่างน้ำ เป็นภาวะผิดปกติที่ต้องรายงานสูติแพทย์เพื่อทำคลอด

#### การวางแผนการพยาบาล (planning) และปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์ต้องทำคลอดให้ล่างก ต้องตั้งสติและมีครรภายามใช้แรงดึงโน้มให้ล่างน้ำมากเกินไป หรือออกแรงดึงมากหลายครั้ง ห้ามดันบริเวณยอดมดลูก เพราะจะทำให้ให้หลงมาติดแน่นมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อทารก สิ่งสำคัญคือ พยาบาลควรปฏิบัติตามแนวทางการช่วยคลอดติดให้ล่าง (ราชวิทยาลัยสูติฯรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563ก)

1. ตามคนมาช่วยเหลือ call for help หรือรายงานแพทย์โดยทันที
2. สวนปัสสาวะ
3. ตัด episiotomy ให้กว้างขึ้น
4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกในจมูกและปากจนหมด
5. วิธีการช่วยคลอดให้ล่างก ดังนี้
  - 5.1 การทำ McRoberts maneuver หรือร่วมกับทำ Suprapubic pressure พร้อมกันตั้งแต่เริ่มต้น
  - 5.1.1 การทำ Suprapubic pressure โดยมีวิธีกดได้ 2 วิธี คือแบบ 1. Mazzanti maneuver ให้ผู้ช่วยกดบริเวณหนีอหัวเหน่าลงตรงๆ ทำให้ให้ล่างที่ติดอยู่บลลงไป พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงลาง หรือ แบบ 2. Rubin I maneuver ให้ผู้ช่วยยืนทางฝั่งที่เป็นหลังของทารก พยายามผลักให้ให้ล่างทารกเฉียงและงุ่มไปทางหน้าทารก เพื่อให้ให้ล่างเกิด adduction พร้อมกับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกลงลาง (รูปที่ 4.5)

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน และการก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



**รูปที่ 4.5** แสดงการทำ Suprapubic pressure

**ที่มา:** ตัดแปลงจาก File:Shoulder dystocia hariadhi.svg, โดย Hariadhi, 2025, Wikimedia Commons ([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Shoulder\\_dystocia\\_hariadhi.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Shoulder_dystocia_hariadhi.svg)). Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International (CC BY-SA 4.0).

5.1.2 การทำ McRoberts maneuver วิธีการ คือ ให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขาผู้คลอดออกจากขาหย้ง ทั้ง 2 ข้างแล้วขอละเพกขึ้นมาจันต้นขาอยู่ชิดหน้าท้อง และยืนจับไว้ หรือให้ผู้คลอดจับบริเวณต้นขาด้านในของตนเองไว้ หลังจากนั้นผู้ทำคลอดดึงตีรีมะثارกลงล่างเพื่อให้คลอด หรือวิธีการนี้มักจะทำร่วมกับ Suprapubic pressure (รูปที่ 4.6)



รูปที่ 4.6

ที่มา: แสดงการทำ McRoberts maneuver รวมกับ Suprapubic pressure จาก File:McRoberts maneuver.svg โดย Geraldbaeck, 2562. Commons Wikimedia ([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:McRoberts\\_maneuver.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:McRoberts_maneuver.svg)). CCO 1.0 Universal Public Domain Dedication.

6. หากยังไม่สามารถช่วยได้ พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาทำการช่วยเหลือตามความถนัดของแพทย์ โดยวิธี ต่อไป เช่น Woods corkscrew, Delivery of posterior arm, All-fours or Gaskin maneuver, Posterior axilla sling traction, Zavanelli maneuver หรือ Deliberate fracture of clavicle or cleidotomy (กรณีทารกเสียชีวิตแล้ว)

#### การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

การดูแลหลังคลอดการดูแลหลังคลอดภายนอกหลังการช่วยคลอดให้เหลือมาก คือ

- การประเมินสภาพมารดา และทารก ดังนี้ มารดา เลี้ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกแตก การบาดเจ็บที่ซ่องทางคลอด และติดเชื้อทารก เสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บที่เส้นประสาท เช่น บริเวณไหล (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง กระดูก clavicle หรือกระดูกแขนหัก หากทารกมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นควรจะมีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง รวมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมาร่วม

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลพดุงครรภ์ควรจะขอรับผิดชอบอาการบัดดี้บัน แนวทางการรักษาของแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารก รวมทั้งเปิดโอกาสให้มารดา และครอบครัวได้ซักถามข้อมูลต่างๆ

3. ระหว่างการช่วยคลอดให้เหล่ายากร ควรบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แล้วนำมารายงานสำหรับการบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลให้ตรงตามความเป็นจริง

#### ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1. ทารกเสียชีวิตต่อภาวะพร่องออกซิเจนเมื่อแรกเกิด

#### ข้อมูลสนับสนุน

ใช้เวลาช่วยคลอดให้เหลือและล้าตัว นาน 2 นาที

#### รัตตุประสงค์

ป้องกันภาวะทารกขาดออกซิเจนแรกคลอดและให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. APGAR score มากกว่าหรือเท่า 7 คะแนนขึ้นไป ในนาทีที่ 1

2. APGAR score เท่ากับ 10 คะแนน ในนาทีที่ 5, 10

3. ค่าความชื้มตัวออกซิเจน ( $SpO_2$ ) ทารกแรกเกิดในนาทีที่ 5 มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยให้หน้ากากออกซิเจน 10 ลิตร/นาที ระหว่างช่วยคลอด

2. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยพื้นดินชีพทารกและรายงานกุมารแพทย์

3. จดบันทึกระยะเวลาที่คีริยะคลอดจนถึงคลอดให้หลังตัดหัวนาน 5 นาทีขึ้นไป ทารกมีโอกาสเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

4. ประเมินคะแนน APGAR score และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่มีคืนชีพทารกแรกเกิด

#### Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

5. ดูแลให้ได้รับยา สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และออกซิเจนตามแผนการรักษา

6. ประเมินสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิมตัวออกซิเจน ( $SpO_2$ ) ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ตำแหน่งที่ควรเลือก คือ มือขวาหรือข้อมือขวา นาฬิقوล็อกมากที่สุด และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทุก 15 นาที

### ประเมินผล

ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ตั้งแต่ตัวดี ร้องเสียงดัง สีผิวไม่เขียวคล้ำ APGAR score นาทีที่ 1 เท่ากับ 8 นาทีที่ 5,10 เท่ากับ 10 และค่าความอิมตัวออกซิเจน นาทีที่ 10 เท่ากับ 96 % สัญญาณชีพปกติ

### สรุป

ภาวะการคลอดให้ล่ำไก ไม่สามารถทำนายหรือป้องกันได้ เนื่องจากยังไม่มีวิธีใดที่สามารถทำนายได้อย่างแม่นยำว่าทารกรายใดจะเกิดภาวะนี้ขึ้น การดูแลประเมินความก้าวหน้าของ การคลอด การตัดครอง ความเสี่ยงในระยะคลอด จึงมีความสำคัญและนาจะสามารถคาดคะเนปัญหาจากการคลอดยากได้ และการคลอดติดให้ล่ำเป็นภาวะฉุกเฉินที่พยาบาล พดุงครรภ์ควรตระหนักรถึงความสำคัญ เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที ดังนั้นพยาบาลพดุงครรภ์จึงควรใช้กระบวนการพยาบาลและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอยู่ ภายใต้ กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด

## 4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม และการพยาบาล ในระยะคลอด

### 4.4.1 กรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะ Pre-eclampsia with severe feature

ผู้รับบริการ เพศหญิง อายุ 24 ปี

เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ พนักงานบริษัท

การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3

การวินิจฉัยแรกรับ Pregnancy 38 wk. with labor pain with Pre-eclampsia with obesity

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Pregnancy with labor pain with Pre-eclampsia without severe feature with obesity

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และการรักษาในระยะคลอด ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Gravidity 2 Parity 1 GA 38 wks. by u/s PARA 1-0-0-1 Last 3 ປີ

### ກາຮຽບຮ່ວມຂອມູລ

#### 1. ປະວັດກາເຈັບປ່ວຍ

1.1 ອາການສຳຄັງທີ່ມາໂຮງພຍາບາລ : ອາຍຸຄຣວິ 38 ລັບດາທີ 4 ຂ້າໂມງກ່ອນມາໂຮງພຍາບາລ  
ເຈັບຄຣວິຖື່ ຖຸກ 5-8 ນາທີ

1.2 ປະວັດກາເຈັບປ່ວຍປັຈຈຸບັນ:

ກ່ອນມາໂຮງພຍາບາລ 10 ຂ້າໂມງ ເຮີ່ມີອາການເຈັບໜ່ວງເໜີ້ອທົ່ອນ້ອຍ ນອນພັກອາການຕີ້້ນ  
ກ່ອນມາໂຮງພຍາບາລ 4 ຂ້າໂມງ ມີອາການເຈັບຄຣວິຖື່ ທຸກ 5 -8 ນາທີ ໄມໝຶ່ນໜ້າເດີນ ໄມໝຶ່ນຝຸກເລື່ອດ  
ສູກຕິ້ນຕີ ໄມໄດ້ເຂົ້າວັບກາຮັກຂາທີ່ໃໝ່ກ່ອນມາເຖິງຫົ້ວຄລອດ ເວລາ 22.00 ນ.

1.3 ປະວັດກາເຈັບປ່ວຍຂອງຜູ້ຄລອດ

ເບາຫວານ	ປົງປົງ	ຄວາມດັນລິຫິຕສູງ	ປົງປົງ ຫ້ວໃຈ
---------	--------	-----------------	--------------

ປົງປົງ

ຫັນຮອຍດີ	ປົງປົງ	ໂຮຄລິຫິຕຈາງ	ປົງປົງ ໂຮຄຫາລ໌ສີເມີຍ
----------	--------	-------------	----------------------

ປົງປົງ

ວັນໂຮກປອດ	ປົງປົງ	ກາມໂຮກ (ຊີພິລິສ ຮັນອິນ ເຊື້ອງຮາ ພຍາຫີ່ລາ)
-----------	--------	---

ປົງປົງ

ໄຕ	ປົງປົງ	ໂຮຄແພ້(ອາຫານ ຍາ ຜຸ່ນ ເລຸ) ປົງປົງ ໂຮຄອື່ນໆ
----	--------	---

ປົງປົງ

ກາຮັກຜັດ	ປົງປົງ
----------	--------

ປະວັດແພໍຍາ	ປົງປົງ	ປະວັດແພ້ອາຫານ	ປົງປົງ
------------	--------	---------------	--------

1.4 ປະວັດກາເຈັບປ່ວຍຂອງບຸຄຄລໃນຄຣອບຄວ້າ

ໂຮຄ້າກ	ປົງປົງ	ເບາຫວານ	ປົງປົງ	ໂຮຄຈິຕ	ປົງປົງ
--------	--------	---------	--------	--------	--------

ວັນໂຮກ	ປົງປົງ	ໂຮຄເລື່ອດ	ປົງປົງ	ພິກາຕະແກ່ນິດ	ປົງປົງ
--------	--------	-----------	--------	--------------	--------

ບັງງານອົນ	ປົງປົງ	ມີມາຮາດເປັນໂຮຄຄວາມດັນລິຫິຕສູງຮັກຂາໂດຍກາ
-----------	--------	---

ຮັບປະທານຍາ

ผลวิเคราะห์ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์พบว่า ผู้คลอดที่มีญาติสายตรงมีภาวะความดันโลหิตสูง มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าผู้คลอดที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคดังกล่าว (Walle & Azagew, 2019)

### 1.5 ประวัติทางสุขภาพที่สำคัญ

G1 ปี 2565 Term คลอดวิธี Normal labor เพศหญิง น้ำหนัก 2,970 กรัม

### 1.6 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ภาวะ Preeclampsia without severe feature เมื่ออายุครรภ์ 35<sup>+6</sup> สัปดาห์ (ความดันโลหิตวัดครั้งแรก 150/92 มม.ปตอท วัดซ้ำครั้งที่二ครั้งสอง ห่าง 4 ชั่วโมง ได้ความดันโลหิต 149/99 มม.ปตอท) มีโปรตีนในปัสสาวะ +1 และได้รับยา Methyldopa 250 mg 1x2 po pc จนกระทั้งเจ็บครรภ์มาคลอด

### 1.7 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะตั้งครรภ์

ผล VDRL ครั้งที่ 1: Non-reaction ครั้งที่ 2: Non-reaction

ผล Anti-HIV ครั้งที่ 1: Negative ครั้งที่ 2: Negative

Hct ครั้งที่ 1: 41.8% ครั้งที่ 2: 37%

ผล HbsAg: Negative Blood Grouping: B Rh+

ผลการตรวจนัดกรองโรคชาล์สซีเมีย

ภารณา OF: positive DCIP: negative

สามี OF: negative DCIP: negative

ผลการวิเคราะห์: หญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะชาล์สซีเมีย

## 2. ผลการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจภายใน การประเมินภาวะสุขภาพหากในครรภ์ และสัญญาณชี้匹แรกรับ

การตรวจร่างกายผู้คลอด

General appearance: Thai female age 24 years, look tired.

Skin: Pitting edema 1+, No pallor, No abnormal pigmentation, No surgical scars, normal-looking hair and nails.

Head: Normal

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในครรภ์ : การพยาบาลมาตรฐาน และทางการแพทย์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Face: Normal- looking

Eye: Normal vision, normal eye movement, no squint, Pupils round and equal, R=L responding. Normally to light and accommodation, no cataract no glaucoma no hemorrhage, conjunctiva not pale.

Ears: Normal hearing.

Nose: Symmetrical, no visible blockage, inflammation.

Mouth and Throat: No dental caries, no gingivitis, Tonsils not enlarged.

Neck: No thyroid enlargement.

Lymph nodes: No lymphadenopathy.

Breasts: Areolar grade 3 nipple grade3

Thorax and lungs: Normal breathing, no crepitation, no rhonchi.

Abdomen: HF ¾ > O, FHS 140/min, LOA

Musculoskeletal: Muscle power grade 5, Deep tendon reflex 2+

Neurological: Alert.

Mental status: Normal

Weight: 103 kg. Height: 170 cm. BMI: 35.64

**ຕຽວຈາກຢາຍໃນ:** Cervix dilated 2 cm. Eff. 50 % MI Station -1

**ກາຮດຮັດຕັວຂອງມດລູກ:** Interval 5'50" Duration 45" Severity ++

**Continuous Electronic Fetal Monitoring (EFM):** category I

**Vital signs:** T=37.3 °C PR=100 /min, RR= 20 /min, BP =154/103 มม. ປຣອທ

ຜລກາຣປະເມີນອາການນຳກ່ອນຊັກ: ໃນມື້ອາການປວດຄືຮະ ຕາພ່າມວ ຈຸກແມ່ນລິນປີ້ຫົວໜ້າໃຫ້ໝາຍໂຄຮງຂວາ

3. ຜລກາຮຈາກທາງໜອງປົງປັບຕິການ (ຂະນະທີ່ພັກກັນຕັວອຸ໘ນໃນໂຮງພຍາບາລ)

### 3.1 CBC

ຮາຍກາຮ	ຄໍາທີ່ໄດ້	ໜ້າວຍ	ຄໍາປັກຕິ
WBC	11.3	10 <sup>3</sup> /uL	4.0-10.0
RBC	5.4	10 <sup>3</sup> /uL	3.5-5.5

## Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

204 | บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม ในระยะคลอด

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
HGB	12.9	g/dL	11.0–16.0
HCT	39.8	%	37.0–54.0
MCV	73.9	fL	80.0–100.0
MCH	24.0	pg	27.0–34.0
MCHC	32.5	g/dL	31.5–36.0
RDW	14.4	%	11.0–16.0
PLT	251	$10^3/\mu\text{L}$	140–400
MPV	10.4	fL	6.5–12.0
NRBC	–	/100WBC	<=0
NE%	69.2	%	50.0–70.0
NE#	7.8	$10^3/\mu\text{L}$	2.0–7.0
LY%	22.6	%	20.0–40.0
LY#	2.6	$10^3/\mu\text{L}$	0.8–4.0
MO%	7.4	%	3.0–12.0
MO#	0.8	$10^3/\mu\text{L}$	0.1–1.2
EO%	0.6	%	1.0–5.0
EO#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.0–0.5
BA%	0.2	%	0.0–1.0
BA#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00–0.10

ผลการวิเคราะห์: ค่า MCV ต่ำ แสดงถึงเม็ดเลือดแดงมีขนาดเล็ก สัมพันธ์กับการที่ผู้คลอดมีผลตรวจเป็นพาหะชาลัสซีเมีย

#### aPTT

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
INR	0.96		–
PT Sample	10.4	sec	10.1–11.9
PTT Sample	29.1	sec	27.8–38.4
Ratio	0.94		–

ผลการวิเคราะห์: ปกติ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมาตรฐาน ทางการแพทย์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## URINE EXAM (UA)

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
Glucose	Negative		Negative
Protien	trace		Negative
Biliubin	Negative		Negative
Urobillinogen	Negative		Negative
pH	7.5		4.6–8.0
Blood	Trace		Negative
Ketone	Negative		Negative
Nitrite	Negative		Negative
Leukocytes	Negative		Negative
Appearnace	Clear		Clear
Sp.Gr.	1.010		1.003–1.030
Color	Light yellow		Light yellow
RBC	0–1	/HPF	0–2
WBC	1–3	/HPF	0–5
SQ—Epi	1–3	/HPF	<5
Bacteria	-		-
Mucous	-		-

ผลการวิเคราะห์: โดยรวมผลการตรวจอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ

Urine Protein 44 mg/dl

Urine Creatinine 152.9 mg/dl

ผลการคำนวณอัตราส่วน ค่า UPCL เท่ากับ 0.28 mg/dl ไม่เกินค่าที่กำหนด 0.3 กรัม mg/dl

Liver Function Test, BUN, Creatinine และอื่นๆ

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
BUN	7	mg/dL	6–20
Creatinine	0.51	mg/dL	0.51–0.95
eGFR	135.5	(stage 1)	-

206 | บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาล ในระยะคลอด

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
Albumin	137	mmol/L	136–145
Potassium	3.51	mmol/L	3.50–5.10
Chloride	102.5	mmol/L	98.0–107.0
CO <sub>2</sub>	22.5	mmol/L	22.0–29.0
iron Gap	14.3	mmol/L	-
Total Protein	6.7	g/dL	6.6–8.7
Albumin	3.9	g/dL	3.5–5.2
Total Bilirubin	0.29	mg/dL	0.00–1.20
Direct Bilirubin	0.15	mg/dL	<=0.30
Indirect Bilirubin	0.14	mg/dL	<0.90
Phosphatase	87	U/L	35–104
ALT (SGPT)	10	U/L	0–35
AST (SGOT)	19	U/L	0–35

ผลการวิเคราะห์: ปกติ

#### 4. ตารางและกราฟบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด

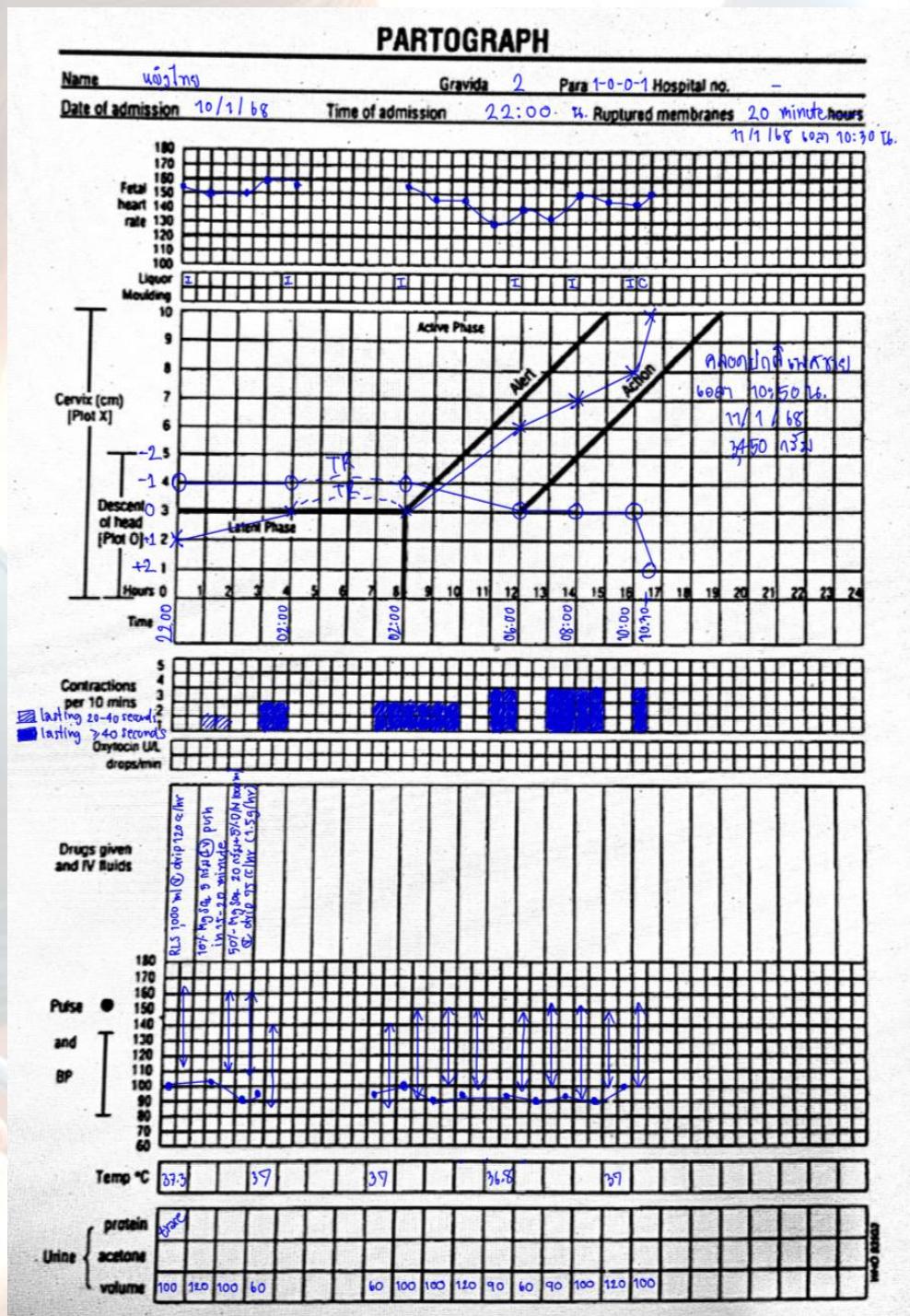
ว/ด/ป เวลา	BP	position	FHS	cx. dilated (cm)	Eff. %	membrane	station	interval	duration	severity
10/1/68 22.00	154/103	OL	156	2	50	MI	-1	5'50"	45"	++
23.00	162/115	OL	148							
11/1/68 00.30	160/110	OL	150					6'20"	35"	++
01.00		OL	160							
01.10	155/108	OL	160							
02.00		OL	158	3	50	MI	-1	5'30"	50"	++
02.00	130/87	OL	148							
03.00	150/87	OL	146					4'30"	50"	++

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และการให้ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ວ/ດ/ປ ເວລາ	BP	position	FHS	cx. dilated (cm)	Eff. %	membrane	station	interval	duration	severity
04.00	151/100	OL	147					4'50"	45"	++
05.00	151/90	OL	130							
6.00	143/98	OL	140	6	75	MI	0	3'	50"	++
7.00	151/100	OL	132							
8.00	151/90	OL	150	7	80	MI	0	3'40"	50"	++
8.50		OL	138							
9.00	148/101	OL	145					3'	50"	++
9.30	152/100	OL	145					3'	45"	++
10.00		OL	142	8	80	MI	0			
10.30	152/102	OL	150	Fully Dilated	100	SMR	+2	3'	60"	++
10.36	162/98	OL	140							

### Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period



การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทางวิถี  
 ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## 5. แผนการรักษา

Order for one day	Order for Continuous
<p>10 มกราคม 2568 (22.25น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admit LR</li> <li>- CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LDH, Uric, LFT</li> <li>- UA</li> <li>- สงเคราะห์ UPCI</li> <li>- Urine protein</li> <li>- PT, PTT, INR</li> <li>- RLS 1000ml V rate 120ml/hr.</li> <li>- GIM PRC 2 U</li> <li>- Monitor EFM</li> <li>- Observe progression of labor (23.15น.)</li> <li>- 10 % MgSO<sub>4</sub> 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ใน 15–20 นาที</li> <li>- 50 % MgSO<sub>4</sub> 20 กรัม ผสมกับสารน้ำ 5% DW 1000 ml IV drip 75 cc/hour (1.5 g/hour)</li> <li>- Retained Foley catheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NPO</li> <li>- Record V/S, ทุก 1 ชม.</li> <li>- Record I/O</li> <li>- Observe sign of pre- Eclampsia ได้แก่ ปวดศีรษะ, ตาบวม, จุดแห้งเล็กน้อย</li> <li>- Keep DTR 1+,2+</li> <li>- keep BP&lt;160/100 มม. ปอร์ท</li> </ul>

### ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการซัก
2. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
3. ผู้คลอดมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
4. ผู้คลอดมีระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วที่ยานานกว่าปกติ

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้คลอดเลี้ยงต่อการชัก

#### ข้อมูลสนับสนุนปัญหา

O: ค่าความดันโลหิตครั้งแรก = 154/103 มม. proto วัดช้าครั้งที่ 2 = 162/115 มม. proto  
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

จากการมีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากหลอดเลือดหดเกร็ง (vasospasm) ดังนั้น ผู้คลอดจะมีอาการปวดศีรษะ ตาพร้อมัว เห็นภาพซ้อน หรืออาจมองไม่เห็น Reflex เร็วเกินไป มีอาการกระตุกสั่นของกล้ามเนื้อ ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลง และมักพบว่ามีอาการชักเสมอ เมื่อกีดพยาธิสภาพที่สมอง (ศรีเกียรติ อันันต์สวัสดิ์, 2562)

#### รัตภุประسنค์

##### ผู้คลอดไม่ชัก

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตต่ำกว่า 160/110 มม. proto
2. ไม่มีอาการชักและไม่มีอาการของ severe feature
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
4. Deep tendon reflex (DTRs) ไม่เกิน 2+ ไม่ต่ำกว่า 1+

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา MgSO<sub>4</sub> ตามแผนการรักษา ควบคุมปริมาณหยดผ่านเครื่อง infusion pump และติดตามภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือดโดยประเมินอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากยา เฝ้าระวังในสิ่งต่อไปนี้ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกผล

- อัตราการหายใจ (ไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที)
- ปริมาณปัสสาวะ (ไม่น้อยกว่า 25–30 cc/hr)
- ประเมิน DTR ถ้า absent รายงานแพทย์

2. สงเสริมให้ผู้คลอดได้มีการพักผ่อนให้มากที่สุด โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสงบ แสงสว่างน้อย ลดสิ่งรบกวนและสิ่งกระตุ้นต่างๆ จัดกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสม ลดการรับกวนบอยครั้ง โดยไม่จำเป็น

3. จัดให้ผู้คลอดนอนท่าตะเคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกรได้ดีขึ้น

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน ทางวิถี  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

4. ให้ข้อมูลเพื่อคลายความกังวล เนื่องจากผู้คลอดจะมีความเครียดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ภาวะของโรค กระบวนการรัดและรักษา ความกลัวและความกังวลอันตรายที่จะเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ พยาบาลจึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ความช่วยเหลือลดความไม่สุขลับbay สร้างความอบอุ่นใจให้กับผู้คลอด และเพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

5. ดูแลให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ อาหาร สารน้ำ

6. ติดตามประเมินอาการต่างๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูว่าอาการดีขึ้น เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ได้แก่

6.1 อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปีหรือใต้ชายโครงขวา และระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

6.2 ผลตรวจปฏิกริยาตอบสนองระดับลีกของเอนทีย์คลัมเน็อก (DTRs) และบันทึกทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า DTRs 3+, 4+ ให้รายงานแพทย์ทันที

6.3 วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า ค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มม.ปรอท ให้รายงานแพทย์ทันที

6.4 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจ CBC, UA, Cr, Uric acid, LDH, AST, UPCI และระดับ Magnesium ในเลือด เพื่อทราบภาวะความรุนแรงของโรคในการน้ำมาปรับแผนการพยาบาล

7. เตรียมการช่วยเหลือเมื่อผู้คลอดมีอาการชัก ขณะชักผู้คลอดจะหยุดหายใจประมาณไม่เกิน 1 นาที ตะแคงตัวผู้คลอด เพื่อป้องกันการสำลัก เตรียมรถโดยสารฉุกเฉิน

8. เตรียมยา 10 % Calcium gluconate ขนาด 10 ml ซึ่งเป็น antidote สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ นานมากกว่า 3 นาที ตามแผนการรักษา ในการนี้ที่มีภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือด

9. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะ ทุก 1 ชั่วโมง

### การประเมินผล

ผู้คลอดควรรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะชัก ความดันโลหิต Systolic อุ่นในช่วง 130–162 มม.ปรอท Diastolic อุ่นในช่วง 87–108 มม.ปรอท DTRs 2+

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพ้องออกซิเจนจากการ  
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

### ข้อมูลสนับสนุนปัญหา

O: ผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยเป็น Preeclampsia

### การวินิจฉัยสาเหตุของปัญหา

ภาวะ Preeclampsia ส่งผลต่อการทำให้ความต้านทานสูง การไหลเวียนเลือดลดลง  
รakeleiom มีเนื้อตาย ทารกโตช้า มีความผิดปกติของ Doppler velocity ได้บ่อย มีรอยโรค  
จากการที่เซลล์เยื่อบุเส้นเลือดถูกทำลายสารในพลาสม่าแทรกเข้าสู่ผนังเส้นเลือด มีการเพิ่ม  
ปริมาณของเซลล์กำมะเนื้อ ผนังเส้นเลือดมีผนังหนา (สุพัตรา ศิริโชคิยะกุล และ ชีระ ทองลง, 2564)  
ซึ่งทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิด fetal distress

### รัตตประสงค์

ป้องกันภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนและเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดไป  
เสี่ยงรักได้อย่างเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหวปกติอย่างน้อย 10–12 ครั้งใน 12 ชั่วโมง
2. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ 110–160 ครั้ง ต่อนาที สม่ำเสมอ
3. ผลการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ category I

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
2. จัดท่าให้ผู้คลอดสามารถแข็งช้ำเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงมดลูกและ  
รกรมาดีขึ้น
3. แนะนำให้ผู้คลอดลัง geleot และสนับการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ หากพบว่าทารกในครรภ์  
ดีน้อยลง ต้องรีบแจ้งพยาบาล
4. On Electronic Fetal Monitoring Continuous เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์  
และบันทึกผลเสี่ยงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## การประเมินผล

1. การเต้นของหัวใจ胎兒 ภายในช่วง 130 – 160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
2. ทารกติดบ่ออยู่ครั้ง ติด 2-3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง และมากกว่า 10 ครั้ง/วัน
3. on EFM category I

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3** ผู้คลอดมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

### ข้อมูลสนับสนุนปัญหา

- S: ผู้คลอดบอกว่า สืบกังวลว่าตนเองและลูกในท้อง จะเป็นอันตรายจากการที่ตนเอง มีความดันโลหิตสูง  
O: มีสีหน้ากังวล

### การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุที่ทำให้มาตราเลี้ยงชีวิตได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ซึ่งการเลี้ยงชีวิตเกิดจากการซักหรือหลอดเลือดในสมองแตก นอกจากนี้ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รถลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติเลือดออกในสมอง ตับและไตaway ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนใน胎兒 เช่น การตายคลอดการบาดเจ็บและ เสียชีวิตแรกคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น สองผลทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวล และเครียดตามมาได้

### วัตถุประสงค์

ลดความกลัวและความวิตกกังวล

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงความสบายนิ่มมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ และบรรยายกาศให้ผ่อนคลายเพื่อให้ผู้คลอดรับฟังโดยย่างเข้าใจ ในขณะที่ให้ข้อมูลการลังเลต่อการผิดปกติของตนเองและ胎兒ในครรภ์

2. อธิบายการป้องกันและวิธีการลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตามสภาพปัจุหานี้ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้คลอด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและทำให้เป็นมิตร
3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดและระบายความรู้สึกนึงกิด ความกลัว ซึ่งการพูดเป็นการระบายความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดผ่อนคลายมากขึ้น
4. ประเมินและติดตามสังเกตการแสดงออกถึงความเครียด กังวลของผู้คลอดผ่านทางสีหน้า และร่างกาย เช่น ร้องไห้ มือสั่น สีหน้าแวงตาเครา
5. บอกเหตุผลในการปฏิบัติกรรมเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและเต็มใจปฏิบัติ

### การประเมินผล

ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลง และอยู่ในภาวะความกังวลที่สามารถเผชิญได้ตามปกติ ไม่มีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ร้องไห้ มือสั่น หรือแวงตาเครา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้คลอดมีระยะปากมดลูกเบิดขยายเร็วที่ยานานกว่าปกติ**

**ข้อมูลสนับสนุนปัจุหาน**

O: ผลการประเมินภาวะหน้าของการคลอด ระยะ active phase กราฟอยู่ระหว่างเส้น alert line กับ action line

### การวิเคราะห์สาเหตุของปัจุหาน

ผู้คลอดครรภ์หลังเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะ active phase จะกระแท้ปากมดลูกเบิดหมด ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 6-8 ชั่วโมง หรือปากมดลูกเบิดขยาย เฉลี่ยประมาณ 1.5 ชม. ต่อชั่วโมง (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2562) และหากเส้นกราฟอยู่ระหว่าง alert line และ action line หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเบิดขยายเร็วจากยานานกว่าปกติ วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะการคลอดധayanan ในระยะที่ 1 ของการคลอด

### เกณฑ์การประเมินผล

กราฟความก้าวหน้าของการคลอด ไม่ต่ำกว่าเส้น action line

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมาตรฐาน ทำให้ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์
2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ทุก 2 ชั่วโมง ตามมาตราฐานในระยะ active phase
3. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง
4. ประเมินคัน柘าเหตุที่อาจทำให้เกิดระยำที่ 1 ของการคลอดล่าช้า
5. จัดให้ผู้คลอดคนอ่อนท่าตะแคงช่วย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น และไขัวเตียงสูง ทำมุ่ม 15–30 องศา เพื่อช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด
6. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำทางหลอดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ร่างกายไม่ออกเพลียหรือหมดแรงจากการเจ็บครรภ์คลอดในระยะที่ 1 ล่าช้า

## การประเมินผล

ผู้คลอดปากมดลูกเปิดหมด เวลา 10.30 น. กราฟความก้าวหน้าของการคลอด ไม่ต่ำกว่าเส้น action line

### สรุปการวิเคราะห์กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 24 ปี G2P1 PARA 1-0-0-1 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ให้ประวัติ เวลา 18.30 น. มีอาการเจ็บครรภ์ที่ไม่มีมูกเลือด ไม่มีน้ำเดิน ทรงกดดันดี จึงมาโรงพยาบาล แรกรับวัดสัญญาณชีพ พบรความดันโลหิต เท่ากับ 154/103 มม.ปรอท ไม่มีอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ ผลตรวจโปรตีนในปัสสาวะ ไม่พบ ประวัติการฝากครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบเมื่ออายุครรภ์ 35 สัปดาห์ 6 วัน ได้รับการรักษาด้วยยา Methyldopa 250 mg 1x2 po pc มีประวัติครอบครัว มาตราเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับอ้วน จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้

การดูแลรักษาประเมินภาวะเสี่ยงที่ได้รับในระยะคลอด ได้แก่ การสังเคราะห์ของปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะ preeclampsia with severe feature ได้แก่ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LDH, Uric, LFT, UA, UPCI การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ การตรวจระบบประสาทอัตโนมัติ (DTRs) การประเมินระดับความรู้สึกตัว การได้รับยาป้องกันการชัก สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ

การประเมินกราฟเฝ้าคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ในส่วนของ胎ารกในครรภ์ ได้รับ การประเมินภาวะสุขภาพแบบต่อเนื่อง (continuous electronic fetal monitoring: EFM)

ตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาลที่พบ คือ

1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดชัก

2. 胎ารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรักไม่เพียงพอ

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

3. ผู้คลอดมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

4. ผู้คลอดมีระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วที่ยานานกว่าปกติ

### บทสรุป (chapter summary)

ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ และมีการดำเนินของโรคต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด หรือภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด เป็นปัญหาสำคัญที่ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบ ต่อสุขภาพของ胎ารกในครรภ์ รวมถึงครอบครัว พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญใน การดูแลในระยะคลอดทั้งผู้คลอดและ胎ารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับ ผู้คลอดและ胎ารกในครรภ์ได้รับการประเมิน และการพยาบาลที่ทันท่วงทีในเวลาที่เหมาะสม ยังจะนำมาซึ่งความปลอดภัย ลดสาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในมารดา และ 胎ารกในครรภ์ในระยะคลอด

ดังนั้น การที่พยาบาลมีความรู้ในการประเมินภาวะเสี่ยงและมีทักษะปฏิบัติ การพยาบาลในภาวะเสี่ยงที่พบโดยในระยะคลอด เช่น ภาระการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการช่วยคลอดให้ล้ำกาก เป็นต้น จะช่วยให้ การปฏิบัติการพยาบาลมารดาและ胎ารกในครรภ์ในระยะคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และ胎ารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## เอกสารอ้างอิง

งานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลส่องพื่นทอง. (ม.ป.ป.) คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผู้คลอด และทารกแรกเกิดของงานการพยาบาลผู้คลอดโรงพยาบาลส่องพื่นทอง.

[https://songpeenong.moph.go.th/ita67/2567MOIT2\\_14.pdf](https://songpeenong.moph.go.th/ita67/2567MOIT2_14.pdf)

จิรชญา หนูลิงห์, สุพิศ คิริอรุณรัตน์, และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2564). ความล้มพันธุ์ระหว่างปัจจัยการดำเนินชีวิตกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 14(1), 226–240.

ฐิรวรรณ บัวแม่ยม, เพียงบุหลัน ยานาน และสุจิตตรา พงศ์ประลับชัย. (2562). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 25(3), 243–254.

ธีชชาเรีย พันธุ์ชาลี และวิทยา ถิรรัพน์. (2562). การคลอดให้ล่ายา. ใน วิทยา ถิรรัพน์, ตระกูลเลิศบรรณพงษ์, และ กนกวรรณ วัฒนนิรันดร์ (บ.ก.), ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม: *Obstetric Crisis* (พิมพ์ครั้งที่ 3, ฉบับแก้ไขปรับปรุง, 64–70). พ.อ.สีฟวิ่ง จำกัด.

ธีระ ทองลง. (2562). *Birth Asphyxia*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/birth-asphyxia/>

นนทพงษ์ ยศวิจิตร. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD). วารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม, 5 (4), 124–127.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563ก). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการคลอดให้ล่ายา RTCOG Clinical Practice Guideline Shoulder Dystocia. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

<https://www rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-023.pdf>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563ข). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. <https://www rtcog.or.th/photo/cpg/OB-63-021.pdf>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ *RTCOG Clinical Practice Guideline Antepartum Fetal Surveillance*. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. <https://www.rtco.org.th/photo/cpg/OB-64-026.pdf>

รายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. (2565). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565.

[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce9\\_9f0f4b8d](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce9_9f0f4b8d)

วรรณเพ็ญ โภชาวงศ์. (2561). คุ้มครองความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะซ้องเชิงกรานไม่ได้สัมภានกับขนาดศีรษะทารก. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 5(1), 43–58.

ครีเกียรติ อันนันต์สวัสดิ์. (2562). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

สุพัตรา คิริโชคิยะกุล และ ชีระ ทองสง. (2564). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน ชีระ ทองสง (บ.ก.). สูติศาสตร์ (เรียบเรียงครั้งที่ 6). (น.325–344). บริษัทลักษณ์รุ่ง จำกัด.

อนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย. (2567). วิเคราะห์สถานการณ์ตายมารดาของประเทศไทยปีงบประมาณ 2567. [https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568\\_IDC3-2\\_01-1.pdf](https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf)

Cunningham, F. G. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

Geraldbaeck. (2019). File:McRoberts maneuver.svg.[Image]

[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:McRoberts\\_maneuver.svg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:McRoberts_maneuver.svg)

George D., Alexandros P., Antonios K., Zacharias F., Ioannis P., Antonia V., Christina K., Thomas N., Ekaterini D., Marianna T., Panos A., Kalliopi I., Pappa., & Angeliki P. (2023). Maternal Infection and Preterm Birth: From Molecular Basis to Clinical Implications. *Children*, 10, 907, 1–17.

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Hariadhi. (2025). *Shoulder dystocia hariadhi.svg* [Image].

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Shoulder\\_dystocia\\_hariadhi.svg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Shoulder_dystocia_hariadhi.svg)

Oyelese, Y., Chavez, M., & Vintzileos, A. M. (2021). *Assessment of fetal well-being: Fetal heart rate monitoring and the fetal biophysical profile.*  
[file:///C:/Users/chayadaN/Downloads/Assessment\\_of\\_fetal\\_well-being\\_Fetal\\_heart\\_rate\\_mo.pdf](file:///C:/Users/chayadaN/Downloads/Assessment_of_fetal_well-being_Fetal_heart_rate_mo.pdf)

Simon, L.V., Shah M., & Bragg B. N. (2024). *APGAR Score*. Stat Pearls Publishing LLC.

The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice bulletin no. 173: Fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), e195–e209.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001712>

Walle, T. A., & Azagew, A. W. (2019). Hypertensive disorder of pregnancy prevalence and associated factors among pregnant women attending ante natal care at Gondar town health institutions, Northwest Ethiopia 2017. *Pregnancy Hypertension*, 16(1), 79–84.

World Health Organization. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems (10<sup>th</sup> revision, Vol.2)*. chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/[https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf)

World Health Organization. (1994). *The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labor, report of a WHO multicenter study, 1990–1991*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/58589>

World Health Organization. (2025). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.

# การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมและการพยาบาล ในระยะหลังคลอด

บทที่  
5

## Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care During the Postpartum Period

### บทนำ (introduction)

การพยาบาลระยะหลังคลอดเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งส่งเสริมความปลอดภัยและความสุขสบายของมารดาและทารกหลังการคลอด การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมอย่างครอบคลุมช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรก ไม่ว่าจะเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตัน ความผิดปกติด้านอวัยวะ ปัญหาการให้นมบุตร หรือความยากลำบากในการปรับตัวสูบทบทามารดา การระบุปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา การพยาบาลระยะหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดา แต่ยังสนับสนุนความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งเสริมความผูกพันระหว่างแม่และทารก และช่วยให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในระยะยาว ทั้งสำหรับมารดาและทารกแรกเกิด

เนื้อหาในบทนี้ อธิบายถึงวิธีการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะหลังคลอด สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด กระบวนการพยาบาลตามมารดา ทารกที่มีภาวะเสี่ยงในระยะหลังคลอด พร้อมทั้งกรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดแบบสรุป รายละเอียดดังนี้

**ระยะหลังคลอด (puerperium)** หมายถึง ระยะหลังจากที่ทารก รัก และเยื่อหุ้มทารกคลอดเสร็จเรียบร้อย อยู่ประมาณ 6-8 วัน ที่เกี่ยวกับการลีบพันธุ์ (Reproductive organs) จะมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพเดิม เมื่อนี้ไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์

## การแบ่งระยะหลังคลอด ได้แก่ การแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามความเสี่ยงที่ต้องให้การดูแล ดังนี้

1. ระยะแรก (immediate puerperium) เป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มาตรการดูแลรับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการตกลงคลอด ซึ่งเป็นระยะวิกฤต ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อมารดามากที่สุด

2. ระยะหลัง (late puerperium) เป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมงถึง 6 สัปดาห์ หลังคลอด ระยะนี้วัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มกลับคืนสู่ปกติ มาตรการเฝ้าระวังและการปรับตัวได้ดีขึ้น และมีการปรับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับครอบครัวใหม่

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะหลังคลอดเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรพยายามสามารถเฝ้าระวัง คัดกรอง และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากระยะหลังคลอดเป็นช่วงที่มารดาสามารถเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุรักษาและอารมณ์อย่างมาก จึงจำเป็นต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมความปลอดภัย และสนับสนุนการฟื้นตัวของมารดาอย่างรอบด้าน

### 1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะหลังคลอด

#### การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมและการพยาบาลมาตรการในระยะหลังคลอด

มาตรการหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเป็นไปตามปกติ แต่มาตรการบางรายอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดเป็นกระบวนการพยาบาลขั้นตอนแรกใน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลนำໄไปสู่การวินิจฉัยปัญหา ทางการพยาบาลที่ถูกต้อง นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลได้อย่าง เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล แบบองค์รวมโดยครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหารด้วยความต้องการของมารดา ให้ด้วยความเข้มแข็ง แรง กระตือรือร้น และมีความรู้ และทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง การให้คำแนะนำ และให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง พื้นทัวสุขภาวะ ปกติได้รวดเร็วในระยะหลังคลอด พยาบาลผู้ทำการที่ประเมินภาวะสุขภาพควรบอก

รัตถุประสูตรของการประเมินและแจ้งผลการประเมินทุกด้านให้ทราบเพื่อให้มารดา มีความมั่นใจ สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้านถ้าพบความผิดปกติจะได้มารับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที

การประเมินภาวะสุขภาพหลังคลอด เป็นการรวมข้อมูลแบบองค์รวมอย่างครบถ้วนจากการซักประวัติที่เกี่ยวข้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและต่อเนื่องมาถึงระยะหลังคลอด ทำการไม่สุขสบายนและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การประเมินภาวะสุขภาพครรภ์ ครบถ้วนแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiological assessment) ด้านจิตใจ (psychological assessment) ด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural assessment) และ ด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment) ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า และการตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ

### การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก 13 B

การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก 13 B เป็นรูปแบบการประเมินที่มีหลักการประเมินที่จดจำได้ง่าย ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ได้อย่างเป็นองค์รวม ได้มีการนำหลักการนี้มาพัฒนาเป็นนวัตกรรมศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิการ์ พรงาม, กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, และวรัญญา ชลธารกมปนาท, 2564) ดังนั้นการใช้หลัก 13 B จึงเป็นแนวทางสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**1. Background:** การประเมินประวัติของมารดาหลังคลอด โดยการรวมข้อมูล สภาพภูมิหลังของมารดา ได้แก่ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการผ่าตัด ประวัติโรคของบุคคลในครอบครัว การแพ้ยา แพ้อาหาร การดำเนินชีวิต ประวัติ ข้อมูลการตั้งครรภ์และคลอดที่ผ่านมา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสนับสนุนในการประเมินความเสี่ยงของมารดาหลังคลอด

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

**2. Body condition:** การประเมินสภาวะร่างกายทั่วไปของมารดาหลังคลอด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด สีหน้า ท่าทาง อาการอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช่วยเหลือดูแลตนเอง ภาวะซีด อาการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนภายในหลังคลอด

ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาอาจมีอาการอ่อนเพลีย เห็นื่อยล้าจากการคลอด พยาบาลต้องประเมินภาระที่ต้องการของมารดา ควรพูดปลอบยิน ดูแลให้การพยาบาลโดยเข้าใจถึงพื้นฐานความต้องการของมารดาและทราบในระยะหลังคลอดแต่ละราย ระยะนี้มารดาจะได้รับหารกมาตรฐานแล้ว เอาจิตกังวลเกี่ยวกับบุตร ทำให้นอนไม่หลับ พยาบาลควรพูดให้มารดาเห็นประโยชน์ของการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยกันสิ่งที่กังวลใจ พยาบาลควรดูแลความสุขสบาย การรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป รวมถึงการดูแลเฉพาะที่และให้การช่วยเหลือเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพราะในเวลาปกติคืนมารดาต้องดูแลทารก และต้องกระตุนให้การดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลขณะมารดาพักผ่อนถ้าไม่จำเป็น และช่วยดูแลทารกในระหว่างที่มารดาอนหลับ

**3. Body temperature and Blood pressure:** การประเมินอุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตของมารดาหลังคลอด

อุณหภูมิร่างกาย มารดาหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก อาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงแต่ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส เรียกว่า reactionary fever เป็นการมีไข้เนื่องจากสภาวะร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากการสูญเสียน้ำ เสื่อด เหื่องและพลังงานจากการคลอด ถ้ามีไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส ควรรายงานแพทย์และต้องมีการประเมินอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนค่าคงที่เป็นปกติ

ภายใน 24 ชั่วโมงไปแล้ว ถ้าพบมารดาหลังคลอดมีไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส อาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้น หลังคลอดวันที่ 3-4 เมื่อน้ำนมเริ่มให้ อาจมีอุณหภูมิสูงได้จากเต้านมคัดตึงเรียกว่า milk fever แต่อุณหภูมิจะสูงไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต มารดาหลังคลอดต้องมีการประเมินความดันโลหิตของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง จนค่าคงที่เป็นปกติ เช่น กัน ถ้าต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท รวมกับอาการแสดงอื่น

เช่น ซีพจรเบาเริ่ว หน้าซีด ใจลับ หรืออุก มื้อและเท่าย็น เป็นภาวะบ่งบอกว่ามารดาหลังคลอดอาจกำลังเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดต้องให้การช่วยเหลือทันที และถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปอร์อท อาจแสดงถึงความดันโลหิตสูงที่เกิดมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ จึงควรประเมินความดันโลหิตของมารดาหลังคลอดทุกคน

นอกจากนี้ควรประเมินและบันทึกสัญญาณซีพ ได้แก่ ซีพจร และการหายใจของมารดาทุก 4 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

#### **4. Breast and Lactation: การประเมินเต้านม หัวนม การหลั่งน้ำนม**

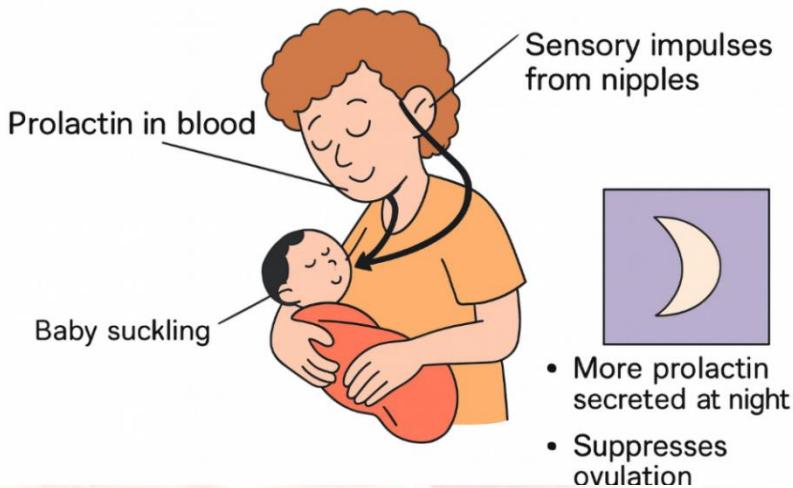
การสร้างน้ำนม (lactogenesis) ภายหลังคลอดชื่อร์โมน estrogen และ progesterone จากรากจะหมดไป ทำให้ต่อม pituitary ส่วนหน้าหลังชื่อร์โมน prolactin ซึ่งมีผลต่อการทำงานของต่อมน้ำนมทำให้มีน้ำนมประมาณวันที่ 3 หรือวันที่ 4 หลังคลอดในครรภ์แรกและประมาณวันที่ 2 หลังคลอด ในครรภ์หลัง มารดาจะรู้สึกัดตึงเต้านม การที่เต้านมคัดตึงในช่วงแรกเกิดจากการคั่งของหลอดโลหิตและท่อน้ำเหลือง ไม่ได้เกิดจากการหลั่งน้ำนมเก็บไว้คราวละมาก ๆ ควรกระตุ้นให้การกดดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีและดูดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง การดูดนมของทารกเป็นการกระตุ้นปลายประสาทที่บริเวณหัวนมไปตามไขสันหลังสู่สมองส่วนกลางและกระตุ้น hypothalamus ให้มีการหลั่ง prolactin จาก pituitary ส่วนหน้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำนม

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

## Prolactin

- Secreted during and after feed to produce next feed



รูปที่ 5.1

กลไกการสร้างน้ำนม (lactogenesis)

ที่มา:

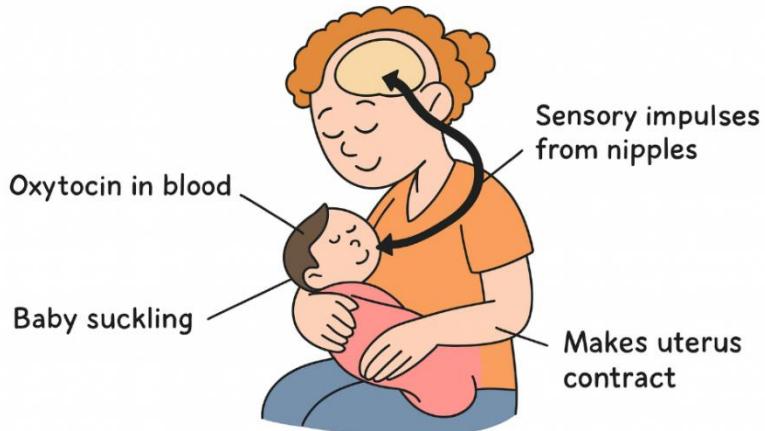
ตัดแปลงจาก Dadhich, 2016 โดยใช้ Open AI, 2025

การขับน้ำนม (let-down reflex) เกิดจากการที่ห้ารคดูดนมแม่ ทำให้ต่อม pituitary ส่วนหลังปล่อยฮอร์โมน oxytocin ออกมานำไปยังประสาทของเต้านมส่วนใหญ่อยู่ที่ผิวนัง จะໄດ ต่อแรงกด อุณหภูมิ ความเจ็บปวด และการดูดของทารก ไปประสาทน้ำนมเข้าของประสาท เหล่านี้จะผ่านไขสันหลังไปยัง hypothalamus ให้หลัง oxytocin เป็นการตอบสนองต่อสัญญาณ แล้วปล่อยเข้าไปในกระเพาะเลือด ต่อจากนั้น oxytocin จะเข้าไปในเนื้อเยื่อของเต้านม ทำให้ เนื้อเยื่อรอบ ๆ ลานนม (areolar) หดตัวกระตุนน้ำนมจาก areola และท่อเล็ก ๆ ไปยังท่อใหญ่ ซึ่งมีรูเปิดที่หัวนม น้ำนมจะออกจากท่อใหญ่นี้ได้ด้วยการกดและการดูด สิ่งสำคัญที่จะรักษา ระดับการผลิตของน้ำนมคือต้องมีการกระตุน reflex การขับน้ำนมมารดาบางรายอาจมีน้ำนม มาก่อนเวลาให้นมบุตร โดยจะรู้สึกแบบ ๆ ที่เต้านม สั้งเกตเห็นมีน้ำนมหยด หรือบางคนจะมี น้ำนมมาเวลาได้ยินเสียงบุตรร้อง หรือระหว่างที่ให้น้ำนมข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งอาจมีน้ำนม หยดออกมานำไปยังกระเพาะเลือด แต่ reflex การขับน้ำนมอาจถูกยกยับยังไงก็ได้ ด้วยจากความวิตกกังวล ออกเพลีย ใจบุ่ม ความขัดแย้งทางอารมณ์ หรือความเครียดอื่น ๆ ทำให้การผลิตน้ำนมลดลงได้ ชั่วคราว การให้น้ำนมตันเองจริง ๆ มีทัศนคติที่ดี ภาวะโภชนาการดี พักผ่อนอย่างเพียงพอ มีภาวะด้าน

จิตใจและร่างกายดี องค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้การผลิตและหลังน้ำนมเป็นไปด้วยดี

## Oxytocin reflex

- Works before or during feed to make milk flow



**รูปที่ 5.2** กลไกการหลั่งน้ำนม (Let-down reflex)

**ที่มา:** ตัดแปลงจาก Dadhich, 2016 โดยใช้ Open AI, 2025

ภายในหลังคลอดระยะเวลา 2–3 วันแรกที่มารดาพื้นอยู่ในโรงพยาบาล ควรประเมินสภาพของเต้านมและหัวนมของมารดาเป็นระยะ ๆ ทุกวัน และแนะนำการดูแลเต้านมและหัวนมช่วยเหลือวิธีการให้นมทารก (breast feeding) ที่ถูกวิธี จนกว่ามารดาจะปฏิบัติได้หรือมั่นใจเพื่อป้องกันปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การตรวจสภาพเต้านมและหัวนมมารดาภายในหลังคลอดในแต่ละวัน ควรให้การดูแลตั้งแต่เริ่องความสะอาดเต้านมและหัวนมทั้งก่อนและหลังให้นม ประเมินสภาพของเต้านมว่าตึงหรือคัด หัวนมมีลักษณะปกติหรือแบบดูว่าหัวนมแตกหักไม่สมควรให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างไร หากเจิงจะดูดนมมารดาได้

การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้ LATCH score เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินประสิทธิภาพในการดูดนมของทารกในช่วงแรกหลังคลอด "LATCH" มาจากคำย่อ 5 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูดนมของทารกและการสนับสนุนของมารดา โดยถูกพัฒนาขึ้นในช่วงปี 1990s โดย Dr. Jone E. Riordan และคณะ เพื่อใช้ในโรงพยาบาลใน

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การประเมินและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Jensen, Wallace & Kelsay,1994) โดยการสังเกตและการซักถามการดาหลังคลอด ประเมินจาก 5 ประเด็น ดังนี้

L (Latch)	หมายถึง	ทารกอมหัวน้ำได้ลึก
A (Audible)	หมายถึง	ได้ยินเสียงกลืนน้ำนมของทารก
T (Type of nipple)	หมายถึง	ชนิดของหัวนม Mara Da (ยืนอุกมาปกติหรือไม่)
C (Comfort)	หมายถึง	ระดับความสบายของหัวนม Mara Da ขณะให้ทารก
		ดูดนม
H (Hold)	หมายถึง	ความต้องการการช่วยเหลือในการอุ้มทารก
		ดูดนมจากเต้า

#### หลักการให้คะแนนแต่ละประเด็น

การปฏิบัติถูกต้อง	2 คะแนน
การปฏิบัติได้บ้าง	1 คะแนน
การปฏิบัติไม่ถูกต้อง	0 คะแนน
การประเมินผล คะแนนเต็ม	10 คะแนน
การปฏิบัติได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน
การปฏิบัติได้ปานกลาง	6-7 คะแนน
การปฏิบัติได้ไม่ดี	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน

พยายามลดการประเมินประลิขที่ภาพในการให้ทารกดูดนมของ Mara Da กรณีที่พบปัญหาในด้านใด ควรแก้ไขปัญหาในด้านนั้นๆ Mara Da หลังคลอดที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการให้นมบุตร พยายามลดการประเมินความพร้อมของ Mara Da ในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอด และทำความเข้าใจกับ Mara Da ในระยะแรกหลังคลอดเกี่ยวกับธรรมชาติของทารกแรกเกิด ยังต้องการปริมาณน้ำนมไม่มากนัก สัมพันธ์กับการที่ Mara Da มีปริมาณน้ำนมน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับสรีริพยาของทารกแรกเกิด ซึ่งมีพัฒนาการที่สะสมไว้อย่างเพียงพออยู่แล้ว (ศิรินุช ชมโถ และศิรารัตน์ สวัสดิวาร, 2555) ในระยะที่ Mara Da เริ่มน้ำนมและทารกยังไม่ทิ้ง จะนอนหลับโดยครั้งละนาน ๆ จำเป็นต้องปลุกทารกให้ตื่นเพื่อฝึกหัดให้ทารกดูดนม Mara Da และควรกระตุนให้ทารกดูดนม Mara Da อยู่ทุก 2-3 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยคราวละ 8-10 มล./วัน ถ้าทารกดูดนมได้ถูกวิธีและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดกระบวนการสร้างและหลังน้ำนมทุกครั้ง ที่ทารกดูดนม Mara Da และปริมาณจะเพิ่มขึ้นตามลำดับในระยะต่อมา

ระยะแรกของการผึ่กให้หารกดูดนมมารดา พยาบาลควรแนะนำให้มารดาดูดเตาบุมและหัวนมเบา ๆ ก่อนที่จะกระตุนให้หารกดูดนมมารดาประมาณ 20 นาที เพื่อช่วยกระตุนระบบให้เลวเรียนบริเวณเต้านมให้ดีขึ้น ทำความสะอาดให้กับมารดาในเรื่องวิธีการและเวลาที่ให้หารกดูดนมมารดา ดูแลให้หารกดูดนมมารดาทั้ง 2 ข้าง ในระยะเวลา 1-3 วันแรกให้หารกดูดนมข้างละ 10-20 นาทีก่อน และถ้าจะเริ่มมือตืบไปให้หารกดูดข้างที่ดูดเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อให้หารกดูดนมในข้างที่มีนมค้างอยู่ และหัวนมปรับตัวป้องกันหัวนมแตกจากการที่หารกดูดนมข้างใดข้างหนึ่งนานเกินไป ในการนี้มารดาจะปริมาณน้ำนมเพียงพอควรแนะนำมารดาให้หารกดูดจนเกลี้ยงเตาในแต่ละข้าง หารกดูดออกเท่าใดร่างกายจะปรับปริมาณการสร้างน้ำนมทดแทนให้เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ถ้ารู้สึกดัดให้บีบออกพอด้วยลักษณะเดียวกันให้รู้สึกสบายขึ้น

เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงานและยังต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ควรมีการเตรียมตัวก่อนเริ่มทำงาน ต้องฝึกบีบนม และให้ดูแลให้หมามารดาแก่หารกในช่วงกลางวันก่อนไปทำงานเป็นสปดาห์ และเพิ่มจำนวนมือแท่นการดูดจากเต้านม และในช่วงเวลาพักมารดาควรบีบนมหรือปั๊มนมออกตามเวลา หรือเมื่อรู้สึกดัดตึงเต้านมเก็บไว้ในตู้เย็นหรือกระเบื้องความเย็น นำกลับไปแช็ตตูเย็นไว้ให้ลูกดูดในวันรุ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุนให้ร่างกายยังคงสร้างน้ำนมต่อไป เมื่อมารดากลับบ้านควรให้ลูกดูดจากเต้า

### 5. Belly and Uterus: การประเมินหน้าท้องและมดลูก

ภายในหลังคลอด 12 ชั่วโมงแรก มดลูกจะลดขนาดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลเนื่องจาก การหดรัดตัวของมดลูกแบบเป็นตากข่าย (figure of eight) จะช่วยให้มีการลดระดับลงเรื่อย ๆ ประมาณวันละ 1 เซนติเมตร หรือ 0.5-1 นิ้ว/วัน ประมาณวันที่ 10-12 หลังคลอด มดลูกอยู่ระดับหัวเหน่าและจะคลำไปพับทางหน้าท้อง เรียกว่ามดลูกมีการเข้าอู่ (involution) หรือมีการกลับคืนขนาดปกติของมดลูก การที่มดลูกมีการกลับคืนสู่สภาพเดิมนี้เป็นผลมาจากการคืนตัวของเส้นใยของกล้ามเนื้อ (autolysis of muscle fiber) และการขาดเลือดของมดลูก (ischemia of uterus)

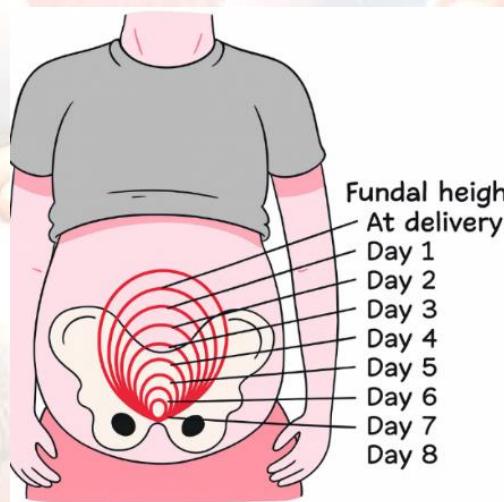
ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (contraction) เป็นระยะ ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดีจะคลำบมดลูกนุ่มและลอยตัวสูงขึ้นเหนือสะโพก เมื่อพบมดลูกนุ่มควรคลึงมดลูก ไอลิมเลือดหรือก้อนเลือด (blood clot) ที่ติดค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก ดูแลหรือทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกนิ่มแสดงว่ามีการหดรัดตัวไม่ดี

**การประเมินภูมิภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และหารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

อาจต้องวางแผนเพื่อช่วยให้แม่ลูกแข็งตัว เพราะถ้ามีแม่ลูกไม่แข็งตัวอาจทำให้เกิดการตกเลือดได้ (postpartum hemorrhage)

ภายในหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว ควรประเมินการลดระดับลงของเมดลูกทางหน้าท้อง (Involution) พยาบาลควรขอรับให้การดาหารบกพร่องกับการลดระดับของเมดลูก และให้การดาบทดลองคลำเมดลูกของตนเอง เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของเมดลูกได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าตรวจพบว่าเมดลูกไม่กลับคืนสู่สภาพเดิม คือ ระดับของเมดลูกไม่ลดลงกวันละ 0.5 ถึง 1 นิ้วฟุต และมีระดับคงที่อยู่นาน 2-3 วัน เรียกว่า เมดลูกไม่เข้าอยู่ (subinvolution of the uterus) ควรหาสาเหตุและมาพบแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป

การตรวจเมดลูกและการดาษภายในหลังคลอด ในระยะที่มารดาอยู่โรงพยาบาลควรมี การตรวจทุกวัน และทุกครั้งที่ทำการตรวจนคราททำความเข้าใจกับการดาดวยว่าเมดลูกมี การลดระดับลงทุกวัน และเมื่อใดที่มารดาคราคล้ำไม่พบเมดลูกทางหน้าท้อง ควรให้การดาบทดลองคลำเมดลูกของตนเองเพื่อให้การดาษจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงเมดลูกตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และแนะนำให้มารดาหาโอกาสอนค่าว่า เอกหమอนรองทรงหน้าท้องวันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที เพื่อช่วยให้เมดลูกมีการเคลื่อนตัวกลับไปอยู่ที่เดิมและช่วยให้น้ำนมผลิตได้ดีขึ้น

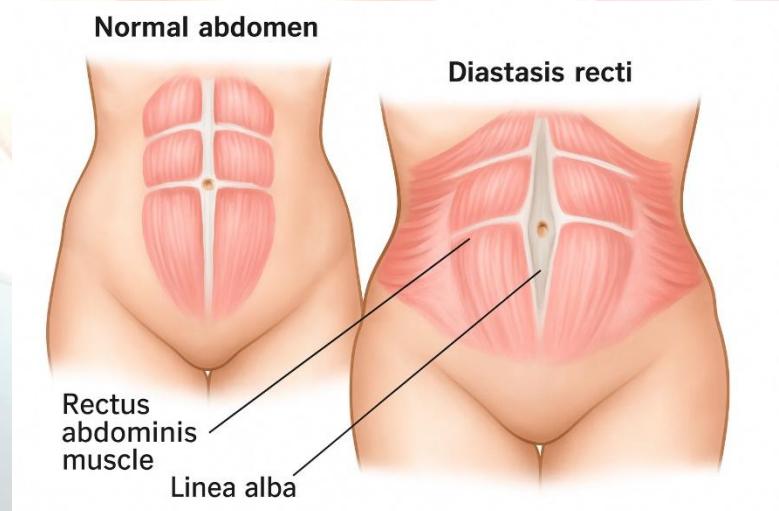


รูปที่ 5.3 การลดระดับของเมดลูก

ที่มา: ตัดแปลงจาก Mukesh, 2025 โดยใช้ Open AI, 2025

ผิวนังบวมเนื้าท้องของมารดาหลังคลอดอาจจะแตกเป็นริ้วสีชมพู สีแดง หรือม่วงช่วงที่หน้าท้องขยายเร็ว เรียกว่า striae gravidarum จะทางลงเป็นลักษณะและสีเงินภายใน 1 เดือนแต่เมื่อยไป เม็ดสีสะสมบริเวณนั้นจะทางลงแต่เมื่อยไป เกิดจากหลังคลอดฮอร์โมน estrogen กับ progesterone ลดลง

มารดาหลังคลอดบางรายอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (diastasis recti) เป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความอ่อนแองของกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้กล้ามเนื้อ rectus abdominis แยกออกเป็น 2 ส่วน เรียก diastasis recti 峽肉鬆腹筋病 ตามไปด้วยการเดินจะเกิดกล้ามเนื้อหน้าท้องยืดขยายมาก เรียกว่า pendulous abdomen ทำให้ปวดหลังได้



รูปที่ 5.4

Diastasis recti

ที่มา:

ดัดแปลงจาก Cleveland Clinic, 2025 โดยใช้ Open AI, 2025

พยาบาลควรแนะนำมารดาที่มีภาวะกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (diastasis recti) ให้ทำกายนบริหารโดยนอนหงายราบ ชันเข้าขึ้นประมาณ 45 องศา วางมือโดยไขว้ขอ มือทั้งสองข้างอยู่บริเวณส่วนกลางของหน้าท้อง สุดลมหายใจเข้าพร้อมยกศีรษะขึ้นช้าๆ จนคางจุดอกใช้มือพยุงกล้ามเนื้อ rectus เข้าหากัน ผ่อนลมหายใจออก วางศีรษะอย่างน้อย 12 ครั้ง/วัน จนรู้อย่างเล็กลงเท่ากับ 1-2 นิ้วมือ (fingertip)

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

## 6. Bladder: การประเมินกระเพาะปัสสาวะ

ในระยะหลังคลอด พยาบาลต้องประเมินภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็ม และดูแลช่วยเหลือให้การดาถ่ายปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพราะภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ จึงควรกระตุนและช่วยเหลือให้การดาถ่ายปัสสาวะ ถ้าหากการช่วยเหลือแล้วมารดาอย่างไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ควรรายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะ และติดตามผลการขับถ่ายปัสสาวะครั้งต่อไป

มารดาหลังคลอดบางรายอาจถ่ายปัสสาวะลำบากใน 1-2 วันแรก ด้วยสาเหตุหลักประการ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะยืด (over distention) มาจากภาระที่คีริยะทารกกดดันขนาดคลอด หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง หรือเกิดจาก การเจ็บแผล ไม่กล้าขับถ่าย ไม่เคยชินกับการถ่ายบันเดียง ทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก หรือถ่ายไม่หมด ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะคั่ง (retention of urine) พยาบาลต้องช่วยเหลือโดยวิธีกระตุนความรู้สึกให้อยากถ่ายปัสสาวะก่อนเบื้องต้น ถ้าถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้หลังคลอด จึงสวนปัสสาวะให้ แล้วติดตามการขับถ่ายครั้งต่อไป ถ้ากระเพาะปัสสาวะโป่งหรือมีปัสสาวะคั่ง จะทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี โดยเฉพาะในรายที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ ควรตรวจปัสสาวะและน้ำดีมด้วย ปัสสาวะดังดังทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

หลังคลอดสัปดาห์แรกปัสสาวะจะออกมาก 2,000–3,000 มิลลิลิตร/วัน หรือมีภาวะ diuresis เพื่อลดปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นช่วงตั้งครรภ์ให้กลับสู่ภาวะปกติ กระเพาะปัสสาวะจะยืดขยายใหญ่ได้มากกว่าปกติ การถ่ายปัสสาวะจะกลับสู่ภาวะปกติภายในสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด

## 7. Bleeding and Lochia: การประเมินเลือดที่ออกและน้ำคาวปลา

ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกภายในหลังคลอดพยาบาลต้องประเมินภาวะเลือดออกทางช่องคลอด (bleeding per vagina) ซึ่งมี 2 สาเหตุหลัก คือ เลือดออกจากโพรงมดลูกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี (atony bleeding) หรือเลือดที่ออกจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด (tear bleeding) ควรประเมินทุก 1–2 ชั่วโมง ในช่วงแรกให้สังเกตจากผ้าอนามัย โดยปกติเลือดที่ออกจะไม่เกิน 1 ผืนต่อ 1 ชั่วโมง หรือประมาณ 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ถ้าพบว่าเลือดออกซุ่มผ้าอนามัย 1 ผืนภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง พยาบาลต้องตรวจดูลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออก เพื่อหาสาเหตุและทำการดูแลช่วยเหลือตามสาเหตุ โดย

การคลึงมดลูกให้แข็งและดันมดลูกกลาก้อนเลือดออก ถ้ามดลูกหดตัวแข็งดีแล้วแล้วยังมีเลือดออกแสดงว่าเลือดออกจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำในการดำเนินการสังเกตเลือดที่ออก ถ้าเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ รวมกับมีอาการและการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม รู้สึกว่าเลือดออกมากซึ่ง ให้รีบรายงานแพทย์ เพราะอาจมีการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลและได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลต้องประเมินสภาพน้ำคาวปลาของมารดาหลังคลอดทุกวัน โดยสังเกตักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของน้ำคาวปลาว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามลักษณะปกติหรือไม่ ปกติน้ำคาวปลาจะมีสีแดงอยู่ 2–3 วัน หากน้ำคาวปلامีสีแดงนานกว่าปกติ (persistent red lochia) ต้องหาสาเหตุจากพบร่วมกับไข้หรือเยื่อหุ้มรกรค้างอยู่ในโพรงมดลูก เป็นอาการที่เตือนว่ามีโอกาสทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงขึ้นได้ หรือตรวจพบน้ำคาวปلامีกลิ่นเหม็น (foul lochia) อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อหลังคลอด (puerperal sepsis) หรือตรวจพบว่าภายในหลังคลอด 5–6 วัน กลับมีเลือดออกมาก อาการผิดปกติเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

พยาบาลควรขอข้อมูลให้มารดาทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลา เพื่อให้มารดาเข้าใจและสามารถประเมินน้ำคาวปลาของตนเองในแต่ละระยะได้ และให้มารดาให้ความสำคัญ เพราะน้ำคาวปลาจะบ่งบอกถึงการหายของแผลในโพรงมดลูก ต้องประเมินสภาพน้ำคาวปลาหลังคลอดทุกวัน โดยสังเกตักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของน้ำคาวปลา

#### ตารางที่ 5.1 การเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลาลักษณะของน้ำคาวปลาหลังคลอดแต่ละระยะภายหลังคลอด

ระยะเวลา หลังคลอด	ชนิดของ น้ำคาวปลา	สี	ส่วนประกอบ
24 ชั่วโมงแรก	bleeding per vagina	แดงสด	น้ำเลือด เยื่อบุมดลูก ไข่ ขนอ่อน ชี้เทา
1–3 วัน	Lochia rubra	แดงเข้ม	น้ำเลือด เยื่อบุมดลูก ไข่ ขนอ่อน ชี้เทา
4–9 วัน	lochia serosa	ชมพู– น้ำตาล	เม็ดเลือดขาว เยื่อบุมดลูก เมือก เม็ดเลือดแดง แบคทีเรีย

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ระยะเวลา หลังคลอด	ชนิดของ น้ำคาวปลา	สี	ส่วนประกอบ
10-14 วัน	lochia alba	ขาว	เม็ดเลือดขาว เยื่อบุมดลูก เมือก แบคทีเรีย

### 8. Bottom ฝีเย็บ อวัยวะสีบพันธุ์ ทวารหนัก

ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดควรประเมินอาการปวด บวม และการติดของแผลฝีเย็บ ในภาวะปกติแผลฝีเย็บอาจมีการบวมเล็กน้อยจากยาชา หรือการให้ยาโดยทางเดินทาง ถ้าแผลฝีเย็บมีเลือดไหลซึมออกมากเรื่อยๆ หรือแผลมีลักษณะขี้เหลือง มีก้อนเลือดคั่งอยู่ภายใน (hematoma) และมีขนาดโตขึ้น สามารถมีอาการปวดมาก อาจแสดงว่าเย็บแผลไม่สิ้กถึงกันแผล ควรรายงานแพทย์ หากได้รับการเย็บซ้อมแซมฝีเย็บ ทำให้เกิดแผลร่วมกับการมีน้ำคาวปลา จึงทำให้บริเวณแผลฝีเย็บมีความบวมขึ้น มีกลิ่นอับ และแบคทีเรียเจริญได้รวดเร็ว แผลอาจบวม มีเลือดออก แผลแยก หรือติดเชื้อได้ถ้าดูแลแผลฝีเย็บไม่ดี พยาบาลควรประเมินและแนะนำให้มาดูอาการด้วยตนเองทุกครั้งที่มีการขับถ่าย แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีน้ำคาวปลาซุ่มผ้าอนามัย และใช้ผ้าอนามัยให้ถูกวิธี ในรายที่แผลฝีเย็บบวมหรือเกิดการอักเสบ ควรเพิ่มการชำระและอบแผลให้อายุน้อย เช่น เย็น นัดตัดใหม่หรือประเมินการหายของแผลฝีเย็บเมื่อครบ 7 วันหลังคลอด ระหว่างพักฟื้นที่บ้านถ้าพบความผิดปกติของแผลหรือเจ็บมาก ควรมารับการตรวจรักษาจากสถานบริการสุขภาพก่อนวันนัดตรวจสุขภาพหลังคลอด โดยแผลฝีเย็บจะหายภายใน 2-3 สัปดาห์หลังคลอดและหายอย่างสมบูรณ์ใช้เวลา 4-6 เดือนหลังคลอด

การประเมินการหายของแผลฝีเย็บนิยมใช้ REEDA scale ซึ่งเป็นแบบประเมินการบาดเจ็บและการหายของแผลฝีเย็บ ถูกพัฒนาโดย Davidson เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินการหายของแผลฝีเย็บหลังคลอด โดยใช้ชื่อย่อ REEDA มาจากตัวอักษร 5 ตัว ซึ่งแทนการประเมินด้านต่างๆ จากปัจจัย 5 ประการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผล (Davidson, 1974) แต่ละข้อจะประเมิน 4 ระดับคะแนน ได้แก่ 0, 1, 2, 3 แสดงตามตารางที่ 5.2 การประเมินการหายของแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA scale

R: Redness

ประเมินภาวะเลือดคั่งที่แผลฝีเย็บ

E: Edema

ประเมินอาการบวมบริเวณแผลฝีเย็บ

E: Ecchymosis ประเมินอาการพกซ้ำของแผลผีเสื้บ

D: Discharge ประเมินของเหลวที่ออกจากการแผลผีเสื้บ

A: Approximation ประเมินการติดกันของแผลผีเสื้บ

#### การแปลผลจากคะแนนรวม REEDA scale

คะแนนรวม	0 คะแนน	การแปลผล	แผลหายดี/ปกติ
คะแนนรวม	1–5 คะแนน	การแปลผล	แผลมีความผิดปกติเล็กน้อย
คะแนนรวม	6–10 คะแนน	การแปลผล	แผลมีความผิดปกติปานกลาง/ เฝ้าระวังการติดเชื้อ
คะแนนรวม	10–15 คะแนน	การแปลผล	แผลมีโอกาสไม่หาย/เลี้ยงต่อ <sup>ก</sup> การติดเชื้อสูง

#### ตารางที่ 5.2 การประเมินการหายของแผลผีเสื้บโดยใช้ REEDA scale

องค์ประกอบ	รายการประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
R – Redness (รอยแดง)	รอยแดง รอบแผลผีเสื้บ	ไม่มี รอยแดง	มีรอยแดง กว้างน้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.25 เซนติเมตร	มีรอยแดง กว้างประมาณ 0.25–0.5 เซนติเมตร	มีรอยแดง กว้างมากกว่า 0.5 เซนติเมตร
E – Edema (บวม)	การบวม ของเนื้อเยื่อ <sup>ก</sup> ที่แผลผีเสื้บ	ไม่มีอาการ บวม	มีอาการ บวมเล็กน้อย	มีอาการ บวมปานกลาง	มีอาการ บวมมาก
E – Ecchymosis (รอยจำลีออด)	รอยเลือดออก ใต้ผิวหนังบริเวณ แผลผีเสื้บ	ไม่มีรอย เลือดออก ใต้ผิวหนัง	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวหนัง น้อยกว่า 1 เซนติเมตร	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวหนังขนาด 1–2 เซนติเมตร	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวหนัง <sup>ก</sup> มากกว่า 2 เซนติเมตร
D – Discharge (สิ่งคัดหลัง)	น้ำเหลือง/เลือด/ หนอง	ไม่มี	เล็กน้อย สีใส	ปานกลาง สีเหลืองหรือ มีเลือดปน	อุดมมาก มีกลิ่นเหม็น

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก  
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

องค์ประกอบ	รายการประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
A – approximation (การติดกันของแพลง)	การติดกันของแพลงผีเสื้บ	ขอบแพลง ชิดดี	มีรอยแยก เล็กน้อย	แยกปานกลาง	แยกมาก เห็นช่องว่าง ชัดเจน

### 9. Bowel movement: การประเมินการทำงานของลำไส้

อาการท้องผูกและท้องอืด พบได้บ่อยในช่วง 2–3 วันแรกหลังคลอด จากผลของการ progesterone hormone ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รวมกับการถ่ายอุจจาระก่อนคลอด เจ็บแพลงผีเสื้บและหลังคลอดไม่ได้เคลื่อนไหว การขับถ่ายอุจจาระจะเป็นปกติรายใน 7–14 วัน หลังคลอด ควรแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว เช่น ลุกนั่งหรือเดิน ออกกำลังกาย รับประทานผักผลไม้ ตี่มน้ำ 8–10 แก้วต่อวัน

### 10. Blues: การประเมินทางด้านจิตสังคมของมารดาหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด (emotional changes in puerperal period) มารดาหลังคลอดไม่เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพื่อกลับคืนสู่สภาพเหมือนก่อนตั้งครรภ์เท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย การปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ใหม่นี้ ทำให้มารดาหลังคลอดบางรายมีความไม่สมดุลของสภาพอารมณ์เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในช่วง 10 วันหลังคลอด อาจทำให้มีภาวะเคร้าหหลังคลอด (postpartum blues) พบได้ประมาณร้อยละ 50–70 ของมารดาหลังคลอด ภาวะเคร้าหหลังคลอดเชื่อว่า เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนที่ลดลงหลังคลอด ความไม่สุขสบายหรือความเห็นใจอย่างซึ้ง และความวิตกกังวล ซึ่งอาการเหล่านี้จะคงอยู่ไม่นานเกิน 2 สัปดาห์ และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองและทารก เมื่อร่างกายได้รับการพักฟื้นอย่างเต็มที่ ภาวะเคร้าหหลังคลอดจะหายไปโดยไม่ต้องรักษา แต่ในมารดาหลังคลอดบางรายอาจมีอาการที่รุนแรงมากจนถึง ขั้นกลایยเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) และโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักรถึง เพื่อให้ความช่วยเหลือมารดาหลังคลอดและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

**การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในระยะหลังคลอด** แบ่งตามพัฒนาระบบปรับตัวของมารดา มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพึงพา (taking in phase) ระยะระหว่างการพึงพาและไม่พึงพา (taking-hold phase) และระยะพึ่งตนเอง (letting-go phase) ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ (ประชุมวิชาดิ ยามานันตฤล, 2567: ผู้ช่วย พก. หนูมาก, 2567)

1. **ระยะพึงพา (taking-in phase)** ระยะนี้อาจใช้เวลา 1-2 วันแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาถูกทิ้งทิ้งที่ตนเองและต้องการพึงพาอยู่ สนใจแต่ความต้องการด้านสุขภาพและความสุขสบายของตนเองมากกว่าที่จะนึกถึงหารักไม่กระตือรือร้นในการเรียนรู้ อ่อนเพลียจากการคลอด ไม่ต้องการปฏิบัติภาระต่าง ๆ ด้วยตนเอง ยอมรับการช่วยเหลือที่สนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ทำตามคำแนะนำ แต่ไม่ค่อยกล้าลงมือทำเอง ลังเลที่จะตัดสินใจ ด้านร่างกาย มารดาต้องการอาหารและการพักผ่อน ถ้ามีการพักผ่อนไม่เต็มที่ อาจทำให้มารดาไม่สามารถหุ่นหึงดิ อ่อนเพลีย และรบกวนขบวนการกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ด้านอารมณ์ มารดาจะผอมพสานขบวนการในระยะหลังคลอดและการคลอดเข้ามาในประสบการณ์ชีวิต คุณ hairy ละเอียดและเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยคาดหวังหรือประสบการณ์การคลอดครั้งก่อน หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่น พยายากลดต้องเข้าใจและพยายามตอบสนองความต้องการของมารดา เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมของการเป็นมารดา (mothering task) ที่ซับซ้อนได้อย่างปกติ มารدامักจะไม่ใช้ผู้เริ่มที่อยากรักสัมผัสกับหารัก ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่ามารดาไม่สนใจหารัก แต่อาจ เพราะเป็นระยะที่ต้องการพึงพาอยู่อยู่ระยะนี้พยาบาลอาจสังเกตการสัมผัส มารดาอาจสัมผัสหารักด้วยปลายนิ้ว ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในขบวนการสำรวจ มารดาจะประเมินความต้องการและสร้างความคุ้นเคยกับหารัก สังเกตฐานะ หน้าตา ลักษณะทั่ว ๆ ไปของหารัก เปรียบเทียบกับลักษณะของหารอกับบุตรคล ที่คุ้นเคยหรือมีความเพ้อฝัน เช่น หารอก้มหน้าตามเหมือนบิดา หรือเหมือนตนเอง สนใจปฏิบัติงานของหารักและรับรู้ถึงความต้องการของหารัก

### บทบาทของพยาบาลในระยะพึงพา มีดังนี้

1. ช่วยเหลือ ประคับประคอง และตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอด ด้านร่างกายในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจ ในระยะหลังคลอด มารดาอ่อนเพลีย ต้องการความช่วยเหลือดูแลเรื่องความสะอาด

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลมารดา และหารอกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

ร่างกาย และต้องการการถอนหลับพักผ่อน ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ นำทารกไปเลี้ยงแทน ถ้าหากกรองกวน เพื่อให้マーดาได้รับการพักผ่อนถอนหลับอย่างเพียงพอ การถอนหลับ พักผ่อนไม่เต็มที่อาจทำให้マーดาหดหด อ่อนเพลีย และรบกวนขบวนการกลับคืนสุขภาพปกติ

2. ให้การพยายามด้วยท่าที่ที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกเป็นอย่างดี ด้วยความจริงใจ เพื่อให้マーดาหลังคลอดมีความรู้สึกว่ามีผู้สนับสนุนใจเอาใจใส่ตนเอง เกิดความอบอุ่นใจ

3. เปิดโอกาสให้マーดาหลังคลอดได้เล่าประสบการณ์การคลอดของตน ระบายน ความรู้สึกที่คับข้องใจต่าง ๆ และรับฟังด้วยความเต็มใจ จะช่วยให้マーดาหลังคลอดสบายใจขึ้น เพื่อช่วยให้マーดาสามารถผ่านเข้าสู่ระยะปรับตัวต่อไปได้ดี

4. พยาบาลควรขอขิบายให้สามีและญาติเข้าใจถึงความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลง ด้านอารมณ์ของマーดาหลังคลอด และสนับสนุนให้マーดาหลังคลอดได้พูดคุยกับสามี ญาติ รวมทั้งマーดาหลังคลอดรายอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ใน การคลอด

5. สังเกตอาการผิดปกติด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้น ให้ความสนใจทั้งคำพูดและพฤติกรรม ที่แสดงออก เพื่อประเมินสภาพจิตใจ และให้การพยายามช่วยเหลือแต่เนื่น ๆ ก่อนที่อาการ ทางจิตจะรุนแรงมากขึ้น

2. ระยะระหว่างการพึ่งพาและไม่พึ่งพา (taking-hold phase) ระยะนี้ใช้เวลา ประมาณ 3-10 วันหลังคลอด มารดา มีการปรับตัวกับชีวิตใหม่ได้ดีขึ้น พักผ่อนเพียงพอ และ ฟื้นจากการสูญเสียพลังงานในระยะคลอด สนใจตนเองน้อยลงและสนใจหารกมากขึ้น พึ่งพา ตนเองได้มากขึ้น เริ่มสนใจเกี่ยวกับการดูแลทารก การอุ้ม การให้นม การทำให้ทารกเรอ รวมถึงปริมาณและคุณภาพของน้ำนม ถ้าマーดาสามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ดีจะมี ความรับผิดชอบในการดูแลทารกมากขึ้น ภาระของการเป็นมารดาในระยะแรกมีความสำคัญ อย่างยิ่งที่ทำได้สำเร็จ มารดาจะกระตือรือร้นในการฟังคำแนะนำ มีความยินดี และพ่อนคลาย แต่ถ้าล้มเหลวจะทำให้マーดาผิดหวัง พยาบาลควรช่วยเหลือมารดาให้ทำหน้าที่ในขอบเขตที่ เหมาะสม และนำมารดาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและทารก ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล มารดา ต้องการกำลังใจ การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง และตนเองสามารถเป็น มารดาที่ดีได้

บทบาทของพยาบาลในระยะระหว่างการพั่งพาและไม่พึ่งพา มีดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความตั้งใจ สนใจให้คำแนะนำ สอน สาธิต และให้กำลังใจแก่มาตราด้วยความมือปฏิบัติจรรยาบรรณ ด้วยตนเอง ฝึกอบรมทางการดูแลตัวเองและการดูแลทารกให้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติจรรยาบรรณต่าง ๆ ด้วยตนเอง ฝึกอบรมทางการดูแลทารก โดยเฉพาะมาตรการดูแลวัยรุ่น ตลอดจนการสอนและสาธิตให้สามีและญาติทราบเกี่ยวกับการช่วยเหลือมาตรการดูแลหลังคลอด และการดูแลทารก เพื่อให้มารดาดูแลหลังคลอดมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น นอกจากนี้ การแนะนำ แหล่งความรู้ต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา และเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งให้มารดาดูแลหลังคลอดและสมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนหรือเพิ่มเติมความรู้ ก่อให้เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลทารกมากขึ้น

2. สนับสนุนให้สามีพูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้มารดาดูแลหลังคลอดเกิดความมั่นใจ และเกิดความกระตือรือร้นที่จะปรับบทบาทของตนเองเข้าสู่การเป็นมารดาของทารก และเป็นภาระของสามีได้ด้วยดี

3. แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวได้วางแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่อาจเกิดตามมา

3. ระยะพึ่งตนเอง (letting-go phase) เมื่อมารดาปฎิบัติภารกิจต่าง ๆ ในการเป็นมารดาได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นแล้ว เป็นระยะที่เข้าสู่ระยะพึ่งตนเอง มักเป็นระยะที่มารดากลับบ้านแล้ว อาจใช้เวลาในการอยู่แตกต่างกัน บางรายอาจเป็นวัน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ระยะนี้มารดาจะสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในการเป็นมารดาได้เพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง มีความเป็นตัวของมากขึ้น สามารถจัดการกับการดำเนินชีวิตได้ดี ปรับตัวตอบบทบาทการเป็นมารดาและภารยาได้ มีการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับสามี เช่น ก่อนการตั้งครรภ์ อย่างไร้ความมารดาต้องมีการปรับตัว 2 ประการหลัก คือ

1) ต้องยอมรับความจริงว่าทารกได้แยกจากมาตรการเดลฯ และทารกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง ทารกเป็นบุคคลอีกบุคคลหนึ่งที่แยกจากตัวเอง ทารกมีบุคลิกลักษณะเฉพาะตน มีการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น การหลับ การตื่น การร้องไห้ เป็นต้น มารดาบางรายอาจรู้สึกเคร็ง เสียใจที่ต้อง疏远เสียทารกที่เคยเป็นส่วนหนึ่งในร่างกายตนเองเมื่อทารกคลอดออกมาก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2) ต้องยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป จากบทบาทอิสระก่อนตั้งครรภ์ มารับบทบาทในการเป็นมารดา ต้องปรับตัวต่อการซึ่งยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องการการพึ่งพา มารดา นอกจากนี้ มารดา�ังต้องรักษาบทบาทเดิมในการทำหน้าที่เป็นมารดาของบุตรคนก่อน ๆ ด้วย

บทบาทของพยาบาลในระยะพึ่งตนเอง มีดังนี้

1. พยาบาลต้องแนะนำมารดาหลังคลอด สามี และสมาชิกในครอบครัวให้สามารถปรับตัวและวางแผนการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการกิจของครอบครัวรวมกันได้อย่างเหมาะสม

2. ช่วยประสานความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้มีความผูกพันกันยิ่งขึ้น โดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยทำความเข้าใจกัน เช่น สามีอาจช่วยภารยาดูแลทารกในบางโอกาส ภารยาต้องแบ่งเวลาให้สามี ทารกแรกเกิด และบุตรคนก่อนได้อย่างทั่วถึง ให้บุตรคนก่อนได้ช่วยดูแลน้องใหม่ โดยผู้เป็นบิดาและมารดาต้องสนับสนุนให้กำลังใจบุตรคนก่อน และแสดงความรัก ความเอาใจใส่บุตรคนก่อน ๆ ด้วย

**อาการมณฑริชาหลังคลอด (postpartum blues/ baby blues)** มารดาบางรายอาจเกิดอาการมณฑริชาหลังคลอดได้ มักพบร้อยละ 50–70 ของมารดาหลังคลอดทั้งหมด ส่วนมากมักเกิดอาการในช่วง 2–3 วันหลังคลอด ระยะเวลาที่เป็นอย่างกว่า 2 สัปดาห์ อาจมีอาการซึมเศร้า อาการมณฑริชา กระวนกระวาย กังวล สับสน ไม่มีสมาธิ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากคือ

1) ฮอร์โมนในระยะหลังคลอด จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ ที่ลดลงอย่างรวดเร็วใน 3–5 วันแรกหลังคลอด รวมกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น มีน้ำคาวปลาไหล การเจ็บตึงแพลฟีเย็บ ปวดมดลูก และปวดคัดตึงเต้านม มีเหงื่ออออกมาก บลัสสาวะบ่อย ท่องผูก

2) ความเครียด รวมถึงมารดาต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทั้งบุคคลและสถานที่โดยเฉพาะในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพ ต้องแยกจากทารก หรือผิดหวังเกี่ยวกับการคลอด เช่น เพศ วิธีคลอด หรือรูปร่างหน้าตาของทารก เป็นต้น

3) พักผ่อนไม่พอ เนื่องจาก การคลอดและการเลี้ยงดูบุตร

4) รูสีกสูญเสียความเป็นส่วนหนึ่งของทารกในร่างกายของตนเองภายหลังคลอดบุตร เพราะเคยมีทารกอยู่ในครรภ์ รูสีกสิ่งการเคลื่อนไหวหรือการดีนของทารกในครรภ์ เมื่อคลอดแล้ว ผู้เป็นมารดาอาจรู้สึกสูญเสียและรู้สึกถึงความว่างเปล่า

อาการณ์เคร้าหลังคลอดจะหายได้เองตามธรรมชาติ มักเกิดภายใน 6 สัปดาห์แรก หลังคลอด แต่อาจกลับมาเป็นอีกในช่วงปีแรก ซึ่งถ้ากลับเป็นอีก แสดงว่ามารดาหลังคลอด ยังคงบ่นอยู่ในการปรับตัวในการแสดงบทบาทมารดาให้เข้ากับชีวิตครอบครัว รวมทั้ง การดูแลทารกได้ไม่ดีพอ ถ้าเกิดความรู้สึกเคร้าต่อเนื่องนานเกิน 2 สัปดาห์ จะนำไปสู่ ความรู้สึกซึมเศร้า ไม่สนใจตัวเอง รู้สึกผิด ลืมหวัง และรู้สึกไม่สามารถเลี้ยงดูทารกได้ เรียกว่า ภาวะนี้ว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) พยาบาลควรให้ความเอาใจใส่ และสังเกตดังต่อไปนี้ เพื่อให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแล ทารกต่อไป ถ้ามารดาหลังคลอดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีอาการรุนแรงขึ้น โดยมีอาการ จิตหลอน สำคัญตันผิด ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง อาการณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เป็นสัญญาณเตือนว่ามารดาหลังคลอดอาจเข้าสู่ภาวะโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) ซึ่งมักเกิดภาวะชนนี้ขึ้นอย่างมากคิดเป็นร้อยละ 0.1-0.2 ของมารดาหลังคลอด ระยะเวลาที่เริ่มเข้าสู่ภาวะโรคจิตหลังคลอด มักเป็น ภายใน 2-4 สัปดาห์หลังคลอด (เพื่องลด ทองประเสริฐ, 2564)

ในการประเมินด้านจิตสังคมมารดาหลังคลอด กรมอนามัยได้บรรจุแบบบันทึก สุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (Mother and Child Health Handbook) เพื่อส่งเสริมการคัดกรองเชิงรุกและการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของมารดา หลังคลอด ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังคลอด (EPDS) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในระบบบริการสุขภาพสำหรับบุคลากร สาธารณสุขในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการนำตัวตายในมารดาหลังคลอด อย่างเป็นระบบ เพื่อส่งต่อแนวทางดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และพัฒนาคุณภาพบริการ สุขภาพแม่และเด็ก

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ในระยะหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ (EPDS)

คำแนะนำในการตอบคำถาม

- เมื่อจะตอบกรณีที่ให้กับนิบูรณ์หรือไม่นิบูรณ์ อย่าทราบว่าคุณรู้สึกอย่างไร โปรดให้คำตอบที่เกี่ยวกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช้การรู้สึกในวันนี้
- การตอบแบบสอบถาม : กรุณาตอบถูกตามที่พิจารณ์ แม้ความรู้สึกบางอย่างจะดีกว่าในกรณีที่นี่มากที่ในการอ่านภาษาไทยให้เจ้าหน้าที่อ่านให้ฟังได้ ควรเลือกและทำท่าเรื่องหมาย X ในช่องคะแนนของแต่ละความรู้สึกโดยเลือกในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยคะแนนจะอยู่บนหัวตาราง

ข้อ	ความรู้สึก	คะแนน			
		0	1	2	3
1	ฉันสามารถหัวเราะและมองล้อเล่นๆ ๆ กันได้ดีขึ้น หลังคลอดจากเดิม	มากที่สุด	มากที่เป็น	อย่างเดียว	ไม่มีเลย
2	ฉันรู้สึกอ่อนล้าที่เกินไปสำหรับภารกิจที่มีความซุกซ้อน	มากที่สุด	มากที่เป็น	อย่างเดียว	ไม่มีเลย
3	ฉันต้องการน้ำดื่มมากที่สุด	ไม่มีเลย	ไม่ต้องน้ำ	บางเวลา	เกือบทุกครั้ง
4	ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่แน่หนทางที่ต้องหาของ	ไม่มีเลย	บ่อยครั้ง	บ่อย	มีอยู่บ้าง
5	ฉันรู้สึกหัวใจหอบหืดขณะหายใจไม่แรงพออย่างมาก	ไม่มีเลย	บ่อยบ้าง	บางเวลา	รู้สึกหอบหืดฯ
6	ล้าสุดๆ ที่ต้องดูแลลูกน้อย	มากที่สุด	มากที่เป็น	บางเวลา	ไม่ต้องดูแล
7	ฉันรู้สึกไม่ดีความสุขเจ็บปวดที่ไม่เข้าใจ	ไม่เคยเลย	บ่อยบ้าง	บางเวลา	เกือบทุกครั้ง
8	ฉันรู้สึกหัวใจหอบหืดขณะหายใจ	ไม่เคยเลย	บ่อยบ้าง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
9	ฉันรู้สึกไม่ดีความสุขเจ็บปวดที่ต้องดูแลลูกน้อย	ไม่เคยเลย	บ่อยบ้าง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
10*	ฉันรู้สึกดีที่ลูกน้อย	ไม่เคยเลย	บ่อยบ้าง	บางเวลา	ต้องดูแลบ่อย
รวมคะแนน					

## การแปลผลและคำแนะนำ

11 คะแนนขึ้นไป หมายถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อคุณจะได้รับการส่งเสริมเพื่อรักษาตัว

\* เอกสารชี้ 10\* หมายถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินความเสี่ยงต่อตัวอย่างเพิ่มเติม ควรขอรับคำปรึกษา หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 จากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อคุณจะได้รับการส่งเสริมเพื่อรักษาตัวไป

## บันทึกสุขภาพจิตมารดา หลังคลอด 4-6 สัปดาห์

ประทีน การประเมิน	ครั้งที่/วันที่	
	ครั้งที่ 1 วันที่ .....	ครั้งที่ 2 วันที่ .....
ความเครียด (ST-5)	<input type="checkbox"/> 0-4 คะแนน	<input type="checkbox"/> 0-4 คะแนน
	<input type="checkbox"/> 5-7 คะแนน	<input type="checkbox"/> 5-7 คะแนน
	<input type="checkbox"/> 8 คะแนนขึ้นไป	<input type="checkbox"/> 8 คะแนนขึ้นไป
สุข	<input type="checkbox"/> ไม่ดี	<input type="checkbox"/> ไม่ดี
	<input type="checkbox"/> ดี	<input type="checkbox"/> ดี
ภาวะซึมเศร้า หลังคลอด (EPDS)	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 11 คะแนน	<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 11 คะแนน
	<input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน	<input type="checkbox"/> มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน
	<input type="checkbox"/> เดพะชี้ 10*	<input type="checkbox"/> เดพะชี้ 10*
คะแนนจากการท่องเที่ยง 1 คะแนน		คะแนนจากการท่องเที่ยง 1 คะแนน
การดูแล ช่วยเหลือ		

รูปที่ 5.5 เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568

สามีของมารดาหลังคลอดอาจมีอาการเครียดหลังคลอด ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น รู้สึกไม่มั่นคงในการเปลี่ยนผ่านบทบาทมาเป็นบิดา และมีความยากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับภรรยาในระยะหลังคลอด รวมทั้งการตอบสนองของสามี ยังขึ้นอยู่กับบุคคลิกภาพ ความพร้อมที่จะเป็นบิดา และความสัมพันธ์กับภรรยา ซึ่งทำให้ตระหนักรถึงความรับผิดชอบต่อภรรยาและทารก ดังนั้นการให้สามีได้เข้าเยี่ยมภรรยาและทารกโดยเร็ว และการเปิดโอกาสให้สามีได้ใกล้ชิดภรรยาและทารก ทำให้สามารถแสดงความรักความผูกพันต่อกันได้เร็วขึ้น เป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมให้ภรรยาปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ดีขึ้น

## 11. Bonding and Attachment: การประเมินความผูกพันและสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกและครอบครัว

การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัวในระยะหลังคลอด พยาบาลควรจัดให้มารดาดูแลทารกอยู่ร่วมห้องเดียวกันในโรงพยาบาลตลอดเวลา หลังคลอด (rooming in) โดยวางแผนการให้ข้างเตียงของมารดา เพื่อให้มารดาและทารกได้ใช้เวลาทำความรู้จัก สร้างความผูกพัน และฝึกการให้นมบุตรได้อย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลช่วยเหลือในระยะ taking-in phase ให้กำลังใจ คำปรึกษา แนะนำ การดูแลบุตรในระยะ taking-hold phase ส่งเสริมให้บิดา มารดา ทารกได้อยู่ร่วมกันและ เปิดโอกาสให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น ส่งเสริมให้บุตรคนโตอยู่ร่วมกับบิดา มารดา และน้องใหม่ได้สัมผัส อุ้ม แสดงความรู้สึกต้อนรับใหม่ กล่าวชมเชยต่อพฤติกรรม ทางบวก ส่งเสริมให้ปูเสื่อ ตากายได้เข้าเยี่ยมทารก สนับสนุนบทบาทในการดูแลและให้คำแนะนำ ความเชื่อและวัฒนธรรมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารก

การประเมินพฤติกรรมที่แสดงการขาดสัมพันธภาพในระยะหลังคลอด (lack of attachment) ได้แก่ ไม่สนใจบุตร สีหน้าเมินเฉย หรือหันหน้าหนี ไม่ตอบสนองต่อบุตร เช่น ไม่สัมผัส ไม่ยิ้ม ไม่อุ้ม กอดทารก พูดถึงบุตรในทางลบ แสดงท่าทางหรือคำพูดที่ไม่พึงพอใจขณะดูแลบุตร ขาดความสนใจซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรและการเลี้ยงดูบุตร พยาบาลควรประเมินและวางแผนการดูแลโดยการส่งเสริมสัมพันธภาพมารดา ทารกและครอบครัว

## 12. Baby: การประเมินลักษณะทั่วไปของทารก

การประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดควรเริ่มจากการประเมินลักษณะชีพ การตรวจร่างกายทารกเบื้องต้นตามระบบตั้งแต่คิริยะจรดเท้า การประเมินน้ำหนัก ความยาว ลำตัวเส้นรอบคิริยะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การประเมินความผิดปกติที่อาจพบได้ในทารก และการดูดนมมารดา (รายละเอียดในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมของทารกแรกเกิด ในระยะหลังคลอด)

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

13. Belief: การประเมินความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัว

ความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัว โดยมากจะเป็นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดพยายามbalanceความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัวโดยการสอบถามและสังเกต ถ้าพบว่าความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัวมีความเหมาะสมสมควรส่งเสริมการปฏิบัติตามความเชื่อนั้นได้ แต่ถ้าไม่เหมาะสมและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก พยายามควรให้ข้อมูล อธิบายเหตุผล ผลกระทบ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวร่วมกันระหว่างมารดาและครอบครัว

ความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟหลังคลอด

การอยู่ไฟหลังคลอดมีประโยชน์ในการปรับร่างกายมารดาหลังคลอดให้เกิดความสมดุล ที่สุด ลดอาการปวดชา ตะคริว บรรเทาอาการปวดเมื่อยบริเวณหลัง น่อง หน้าขา ที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ช่วยขับน้ำนม ของเสียออกจากร่างกาย ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวเร็วขึ้น หน้าท้องยุบตัว มดลูกแห้งและเข้าอุ้ดตัน ทำให้การให้ผลเรียนของระบบโลหิตดีขึ้น ช่วยให้ผิวพรรณสดใส เปลงปลั้ง กระชับผิว ลดไขมันส่วนเกิน โดยเฉพาะหน้าท้องที่หย่อนยาน กระตุ้นให้น้ำนมให้ไหลดีขึ้น ลดอาการระคายเคือง ป้องกันกลุ่มอาการแทรกซ้อนเมื่อเข้าสู่วัยทอง เช่น อาการร้อนหนาววูบวาบ อารมณ์แปรปรวนไม่คงที่

มาตราหลังคลอดสามารถอยู่ไฟได้แต่ต้องประเมินว่าแพลฟี่เย็บและแพลในพองมดลูก  
หายดีแล้ว มาตราอาจมาตรวจหลังคลอดตามนัดก่อนเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย  
ตนเอง มาตราหลังคลอดปกติสามารถอยู่ไฟได้ในช่วงหลังคลอด 7 วัน ถึง 3 เดือน อยู่ไฟทุกวัน  
ติดต่อ กันไม่เกิน 1 เดือน มาตราหลังผ่าตัดคลอดสามารถอยู่ไฟได้ในช่วงหลังคลอด 1 เดือน  
เป็นต้นไป ซึ่งเป็นระยะที่แพลผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหายแล้ว อยู่ไฟทุกวันติดต่อ กันไม่เกิน  
1 เดือน พยาบาลควรแนะนำให้มารดาประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ถ้าพบว่ามีปัญหา  
สุขภาพควรดูแลเรื่องการอยู่ไฟหลังคลอด เช่น หลังคลอดมีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส  
เป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคลมชัก โรคไต หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ  
และการที่มีอาการตกเลือดหลังคลอด

### ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารบำรุงน้ำนม

น้ำนมแม่ประกอบด้วยสารอาหาร ยอโรไมน์ และภูมิคุ้มกันที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก การมีน้ำนมเพียงพอจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก อาหารบำรุงน้ำนมจะช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม และเพิ่มฟูร่างกายมารดาหลังคลอด ทำให้สามารถให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะเป็นวิธีการสำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง

อาหารเพิ่มน้ำนม ได้แก่ สมุนไพรที่มีสรรพคุณ เช่น ใบกระเพรา กุยช่าย กานพลู ขิง ใบแมงลัก พริกไทย ตัวอย่างอาหาร เช่น แกงเลียงใส่ใบกระเพราใบแมงลัก ผัดกระเพรา กุยช่ายผัดกับเนื้อสัตว์ ผัดไทย นำมต้มกับดอกกานพลู ยำชิง ยำปลาทูใส่ขิง ไก่ผัดขิง มันต้มน้ำขิง ถั่วเขียวต้มน้ำขิง ไข่หวานน้ำขิง โจ๊กใส่ขิง ใบแมงลักษรับประทานสดกับข้าวมีนี

ผักผลไม้ที่อุดมไปด้วยไขมัน โปรตีน แคลเซียม เหล็ก พอสฟอรัส ได้แก่ หัวปลี มะละกอ พักทอง มะรุม คำลีง เมล็ดขันนุน พุทรา ตัวอย่างอาหาร เช่น แกงเลียงหัวปลี ยำหัวปลี หัวปลีลวกจิ่มน้ำพริก หอดมันหัวปลี หัวปลีชุบแป้งทอด มะละกอสุก แกงสมะละกอ พักทองผัดไข่ แกงเลียงใส่พักทอง พักทองนึ่ง แกงบวดพักทอง ไข่ตุ๋นใส่พักทอง แกงสมะเปิหรือ ดอกมะรุม แกงเลียงคำลีง แกงกะทิลูกคำลีง เม็ดขันนุนต้ม น้ำพุทรา

อาหารแสงลงต่อน้ำนม ได้แก่ อาหารรสเย็น เช่น น้ำมะพร้าว พัก แฟง แตงโม พีชผัก ที่มีกลิ่นฉุน เช่น ชะอม สะตอ กระถิน เนื้อสัตว์ที่ควรจัด เช่น ปลาดุก ปลาไหล ปลากระเบน ปลาฉลาม ทำให้น้ำนมมีกลิ่นฉุน กลิ่นคาว

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องดูแล สังเกต และประเมิน มารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการดูแลหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เพื่อให้กลับคืนสู่สภาพปกติ เหมือนก่อนตั้งครรภ์ แม้ว่ามารดาส่วนใหญ่จะสามารถคลอดทางช่องคลอดได้หรือบางราย สิ่งสุดการคลอดโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด หรือได้รับการทำตัดคลอด แต่ในระยะหลังคลอดยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกันได้ สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลและผู้ดูแลควรให้ความสนใจประเมินหาสาเหตุและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนให้การดูแล

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและอาการทางคลอด :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ช่วยเหลือ แก้ไขได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมาตรการหลังคลอดได้

### การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมของ胎兒แรกเกิดในระยะหลังคลอด

การประเมินภาวะเสี่ยงของ胎兒แรกเกิดในระยะหลังคลอด เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง พยาบาลต้องสามารถตรวจและวินิจฉัยสภาพร่างกาย胎兒แรกเกิดที่ปกติ และผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อพบความผิดปกติ จะต้องสามารถรีบแก้ไขช่วยเหลือ รายงานแพทย์ได้ทันท่วงที เพื่อให้การพั้นภาระวิกฤตต่าง ๆ ทั้งนี้การตรวจร่างกายของ胎兒แรกเกิดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าควรตรวจโดยละเอียด โดยมีการประเมินและการดูแล胎兒แรกเกิด ดังนี้

#### การตรวจสอบประวัติ

พยาบาลควรทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์ การฝากครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะสุขภาพของมารดาและ胎兒ในครรภ์ และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นตน และประวัติการคลอด เช่น ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด การได้รับยา劑 ระงับปวด และวิธีการช่วยคลอด เป็นต้น

#### การตรวจสอบสัญญาณชีพ (vital sign)

**อุณหภูมิ (temperature)** โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง  $36.5\text{--}37.5^{\circ}\text{C}$  ในการประเมินครั้งแรกจะวัดทางทวารหนัก เพื่อประเมินความผิดปกติของทางทวารหนัก คือ ภาวะที่ไม่มีรูทางทวารหนัก (imperforate anus)

**ชีพจร (pulse)** ใช้วิธีพักรเต้นของหัวใจ (apical pulse) อัตราการเต้นของหัวใจ胎兒 อยู่ระหว่าง 110–160 ต่อนาที แต่อาจได้ยินเสียง Murmurs ใน胎兒แรกเกิดปกติได้

**การหายใจ (respiratory)**胎兒แรกเกิดจะหายใจไม่สม่ำเสมอ บางครั้งหายใจถี่ เร็ว และหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ได้นานไม่เกิน 10 วินาที ใน 2–3 วันแรก โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหรืออัตราการเต้นของหัวใจ (periodic breathing) มักใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมช่วยหายใจ โดยมีอัตราการหายใจประมาณ 40–60 ครั้งต่อนาที พยาบาลควรสังเกตอาการหายใจลำบาก เช่น tachypnea retraction grunting apnea และควรรีบรายงานแพทย์

**ความดันโลหิต (blood pressure)** ความดันโลหิตจะไม่ได้ดัดหกรายในทารกแรกเกิดปกติ ค่าความดันโลหิตจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวทารก โดยปกติค่า systolic ประมาณ 65–95 มิลลิเมตรปอร์ท ค่า diastolic ประมาณ 30–60 มิลลิเมตรปอร์ท เนื่องจากความดันโลหิต 80/40 มิลลิเมตรปอร์ท (วีโอล เลิศธรรมเทวี และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2559)

### การประเมินร่างกายทารกแรกเกิด มีดังนี้

**ศีรษะ:** ประเมินดูรูปร่าง ความสมมาตร รอยแผล ผื่น รอยช้ำต่าง ๆ หากทารกผิดคลอดจะมีศีรษะกลม ส่วนทารกที่คลอดผ่านทางช่องคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีระยะที่ 2 ของการคลอดด้วยวานาน อาจเกิด molding คือ การเปลี่ยนแปลงของกระดูกหน้าผาก (frontal bone) และกระดูกห้ายทอย (occipital bone) เคลื่อนเข้าไปใต้กระดูกข้างขม่อม (parietal bone) และ parietal bone ข้างหนึ่งจะเกยอยู่บนอีกข้างหนึ่ง ทำให้รูปร่างของศีรษะมีขนาดเล็กลงเพื่อให้สามารถเข้าสูงของเชิงกรานได้ ซึ่งจะกลับคืนสภาพปกติได้ใน 2–5 วัน สำหรับความผิดปกติที่อาจตรวจพบ คือ ศีรษะเล็กกว่าปกติ (microcephaly) หรือไม่มีสมอง (anencephaly) หรือศีรษะโตกว่าปกติ (hydrocephalus) ภาวะข้อมอนหน้าปิดเร็วกว่าปกติ (craniostenosis) และทารกมีความกว้างของกระดูกศีรษะ ดังนี้

occipitofrontal (OF) คือ ความยาวของเส้นรอบศีรษะจากส่วนหนูนสุดของ occipital bone ไปยังส่วนหนูนสุดของ frontal bone ปกติ 32–36 เซนติเมตร จะยกเวาระบบกประจำณ 2 เซนติเมตร

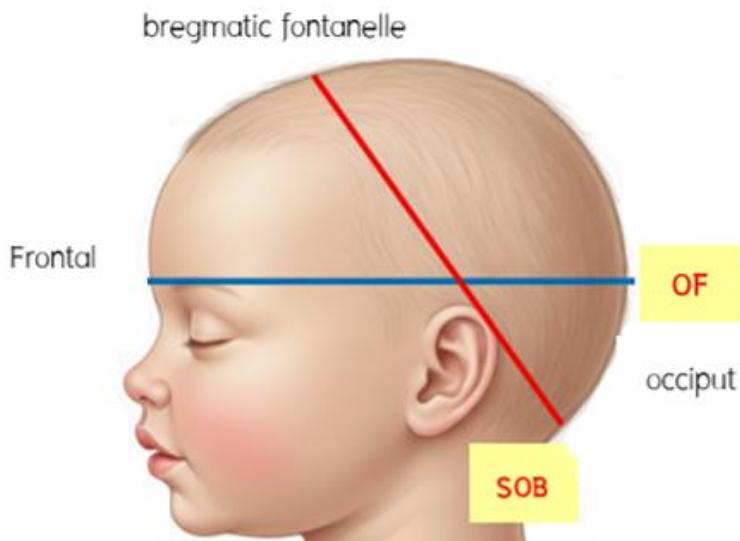
suboccipitobregmatic (SOB) คือ ความยาวจากปุ่มกระดูกห้ายทอยถึงบริเวณข้อมอนหน้าปักติยะว 30–32 เซนติเมตร

anterior fontanelle (ขม่อมหน้า) ช่องว่างระหว่างกระดูกมีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยม ข้างเหลามตัด กว้าง 2–3 เซนติเมตร ยาว 3–4 เซนติเมตร ขม่อมหน้าจะปิดเมื่อทารกอายุประมาณ 18 เดือน

posterior fontanelle (ขม่อมหลัง) ช่องว่างระหว่างกระดูกมีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมกว้าง 1–2 เซนติเมตร ขม่อมหลังจะปิดเมื่อทารกอายุประมาณ 1 ½ เดือน

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลในระยะหลังคลอด :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ ระยะตั้งครรภ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

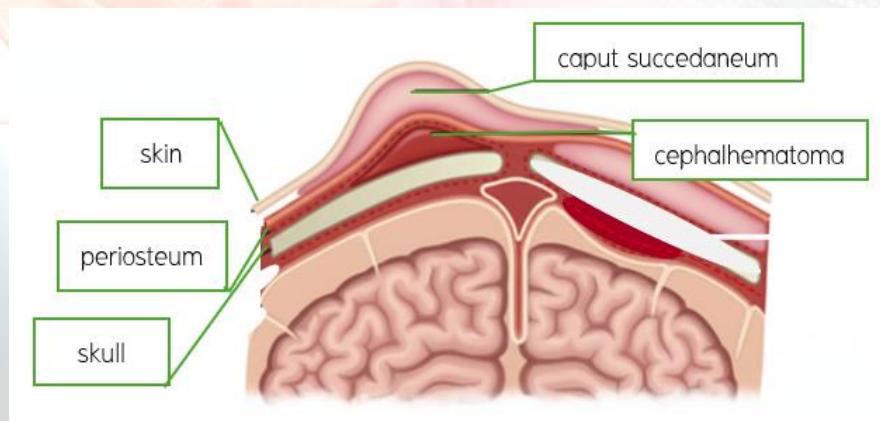


รูปที่ 5.6 แสดงตำแหน่ง OF และ SOB  
ที่มา: Google LLC, 2025

อาจพบการบวมของศีรษะจากการใช้เครื่องดูดสูญญากาศ (vacuum extraction : V/E) เรียกว่า vacuum mark เป็นรอยบวมรูปวงกลมมีขอบชัด มักพบรอยถลอกที่หนังศีรษะ หรือมีเลือดออกอยู่ภายในด้วย หรือพบ ภาวะ caput succedaneum เป็นก้อนบวมในบริเวณหนังศีรษะเหนือชั้นเยื่อหุ้มกระเพาะศีรษะ (periosteum) ส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดล่าง การคลอดด้วยส่วนนำมากดปากมดลูกเป็นเวลานาน และการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสูญญากาศ การบวมนี้สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด เมื่อใช้นิ้กดจะเป็นรอยบุบภายหลังปล่อยนิ้วออก ขอบเขตไม่ชัดเจนอาจข้าม suture line ของกระดูกกระเพาะศีรษะ ส่วนมากจะยุบหายเองภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือ 2–3 วัน พยาบาลควรสังเกตลักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ของก้อนบวม และการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของทารก หากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟ (phototherapy) เพื่อรักษาภาวะตัวเหลือง รวมทั้งอธิบายให้ทราบด้วยและครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น

ภาวะ cephalhematoma หรือ cephalohematoma เป็นการบวมใต้ชั้น periosteum อาจเกิดจากการเลือดลើของกระเพาะศีรษะของทารกกับเชิงกรานของมารดา ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดใต้ชั้น periosteum และมีเลือดซึมออกมากช้า ๆ ก้อนเลือดนี้บางรายอาจตรวจพบภายในหลังคลอดแล้วหลายชั่วโมง เป็นก้อนขอบเขตชัดเจน ไม่ข้าม suture line เมื่อใช้นิ้กดจะไม่

เป็นรอยบุ๋ม ภายในลักษณะนี้ว่า เลือดที่ออกจากคาย ๆ ถูกดูดซึมอย่างช้า ๆ โดยทั่วไปจะหายไปเองภายในเวลาเป็นสัก 1-3 วัน แต่ถ้ามีเลือดออกมากอาจทำให้หัวรากเกิดภาวะชีดหรือตัวเหลืองได้ **cephalhematoma** พบได้จากการคลอดโดยใช้หัวตัดการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น การใช้คีมหรือเครื่องดูดสูญญากาศในการช่วยคลอดจะพบได้บ่อย พยาบาลควรสังเกตลักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ เนื่องจากน้ำนม ภาวะเลือดออกในสมอง อาการชีด ตรวจเลือดประเมินค่า hematocrit และ micro bilirubin หากมีภาวะชีดมาก อาจต้องให้เลือด และหากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟเพื่อรักษาภาวะตัวเหลืองตามแผนกรรักษา ตลอดจนดูแลให้หัวรากนอนตะแคงตรงข้ามกับก้อนบวม เพื่อบ้องกันการกดทับที่จะกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น รวมทั้งขอใบป่วยให้มารดาและครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ใช้ยาทา ยานวด ประคบรหีบเจาะเอาเลือดที่ก้อนบวมออก (บุริยา พัฒนจินดาภูล, 2560)



ภาพที่ 5.7 caput succedaneum และ cephalhematoma

ที่มา: Google LLC, 2025

**ใบหน้า :** ใบหน้าของหัวรากปกติจะมีรูปร่างสมมาตรกัน ควรประเมินดูรูปร่าง ความสมมาตร รอยแพลง ผื่น รอยขี้ต่าง ๆ ถ้าหัวรากได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมจะพบรอยกดบวมแดง หรือรอยถลอกบนใบหน้า ศีรษะ หรือคอได้ อาจพบการบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า เกิดจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ถูกกด อาจเกิดร่วมกับการคลอดที่ใช้คีม โดยจะเห็นร่องรอยของคีมบนใบหน้าหัวราก การบาดเจ็บนี้มักเป็นการบาดเจ็บของ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และหัวราก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เส้นประสาท mandibular branch ทำให้ห้ากรากเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใบหน้าด้านเดียวกับที่มีการบาดเจ็บได้ลดลงหรือไม่ขยับ เมื่อห้ากรากองให้ หน้าจะเบี้ยวไปทางด้านปกติ ใบหน้า 2 ข้าง จะไม่เท่ากัน ไม่มีรอยย่นที่หน้าผาก ร่องระหว่างปากและจมูก (nasolabial fold) หายไป หนังตาด้านที่บาดเจ็บปิดไม่สนิท หรือลีมตาอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถใช้กล้ามเนื้อใบหน้าส่วนล่างได้ ปากด้านที่เป็นจะถูกดึงรั้งลงมาทำให้มุนริมฝีปากล่างตก โดยทั่วไปมักหายได้เองภายใน 2–3 วัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์ พยาบาลควรดูแลโดยการล้างตาหากให้สะอาดในรายที่เปลือกตาปิดไม่สนิท และปิด eye pad ที่ขาเชือกแล้ววันละ 2 ครั้ง ดูแลให้ห้ากรับนมอย่างเพียงพอ อาจช่วยปีบลานนมารดาเพื่อห้ากรจะได้ไม่ต้องออกแรงดูดมาก หรือสอนหัวนมเข้าทางมุนปากด้านที่ปกติ สังเกตอาการดูดกลืนและระวังการสำลัก ควรขอชิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และให้การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดในรายที่เส้นประสาทขาดต้องได้รับการศัลยกรรมซ่อมประสาท (บุรพยา พัฒนจินดาภุล, 2560)

**รูปที่ 5.8** การบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า (facial nerve paralysis)  
ที่มา: Google LLC, 2025

ตา : ห้ากรมักหลับตาตลอดเวลา กรณีที่ห้ากรขาดออกซิเจนมาก ๆ ตาจะเปิดกว้าง จ่องลอย ๆ ประเมินโดยบังแสงสว่างให้เหลือน้อยลง ห้ากรจะค่อย ๆ ลีมตา หรือจับห้ากรให้นั่งจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (reflex) ให้ห้ากรลีมตา บางรายอาจพบเลือดออกใต้เยื่อบุตา (subconjunctival hemorrhage) โดยเฉพาะห้ากรที่คลอดยาก เลือดจะถูกดูดซึมหายไปเอง 2–3 สัปดาห์ ห้ากรที่ขาดออกซิเจนมากหรือสมองที่ถูกกระแทบจะตรวจพบม่านตาทั้ง

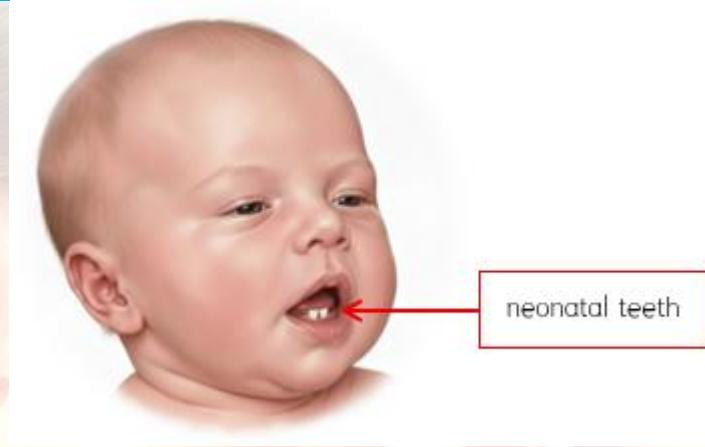
สองข้างไม่เท่ากัน และตรวจพบแก้วตาหรือกระจกตาขุ่น眊 (cataract) ในกรณีที่มารดาเป็นหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ (rubella)

**หู :** ปกติขอบบนของใบหูทารกจะอยู่ระดับเดียวกับหางตา ถ้าใบหูเกะต่าแสดงความผิดปกติของโครงโน้มซึม ควรประเมินความยืดหยุ่นโดยการจับใบหูพับลงแล้วปล่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีการคลายตัวกลับสู่สภาพเดิมชามาก และควรตรวจการได้ยินของทารกโดยทำเสียงดัง ๆ ใกล้ศีรษะทารก จะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการพวากอด (moro reflex) กรณีตรวจพบความผิดปกติควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากคุณภาพแพทย์ต่อไป

**ปาก :** ควรประเมินปฏิกิริยาการดูด (sucking reflex) และปฏิกิริยาการหา (rooting reflex) หากไม่มีปฏิกิริยาดังกล่าวอาจเป็นเพราะทารกคลอดก่อนกำหนด ขณะทารกร้องให้มุ่นปากทารกไม่ตกลงด้วยภาวะอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้า (facial nerve palsy) และอาจพบตุ่มขวางในปาก (epstein pearl) เป็นจุดขาวเล็ก ๆ ขนาดเท่าหัวเข็มหมุดจะพบอยู่บริเวณหنجอก หรือแนวนางเดือน ชาวบ้านเรียกว่า “หละ” จะหายไปได้เองเมื่อทารกอายุประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทารกที่เกิดปากแหว่ง (cleft lip) สาเหตุมาจากการพันธุกรรมและลิงแวดล้อม เช่น บิดา มารดา มีอายุมาก มารดาขาดอาหาร มารดาได้รับยาบางชนิด หรือสัมผัสรังสีขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ความพิการนี้เกิดจากความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ สัปดาห์ที่ 5-8 เป็นผลให้ maxillary process ซึ่งเจริญเป็นริมฝีปากบนของทารกไม่เชื่อมติดกัน เป็นรอยแหว่งขึ้น อาจเกิดข้างเดียว หรือสองข้างได้ ทารกบางรายอาจพบภาวะเดือนไหว (cleft palate) เป็นความผิดปกติที่เกิดจาก palatine processes ไม่เชื่อมติดกันในสัปดาห์ที่ 9-12 ของตัวอ่อนในครรภ์ อาจเกิดเฉพาะบริเวณเดือนหรือรวมไปถึงเดือนแข็ง ลงผลให้ทารกจะมีปัญหาในการดูดนมทำให้ลำลักได้ ต้องรักษาทางศัลยกรรมต่อไป

ทารกที่มีฟันขึ้นตั้งแต่ อุ้ย ในครรภ์ (neonatal teeth) มากเป็นพันหน้าด้านล่าง (mandibular central incisor) อาจเป็นพันน้ำนม (primary tooth) ที่ขึ้นก่อนวัย การคลำพบว่ามีความแข็งแรงเช่นเดียวกับพันน้ำนม ถ้าเป็นพันชุดเกิน (supernumerary teeth) การคลำจะพบว่าพันนิ่ม เพราะไม่ใช้ส่วนประกอบของพัน พันจะโขยกและหลุดง่ายเนื่องจากไม่มีรากพัน จึงควรถอนออกเพื่อป้องกันพันหลุดและสูดลำลักเข้าปอด

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



รูปที่ 5.9 neonatal teeth

ที่มา: Google LLC, 2025

โดยปกติหากจะมี frenulum หรือ frenum ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ยึดเกาะระหว่างฟันปากกับติ่ลิน หาก frenulum มีความผิดปกติ เช่น สั้นไปและยึดติดแน่น frenulum หนาไป หรือยึดใกล้ปลายลิ้นมากไปทำให้เห็นปลายลิ้นเป็นรูปตัววี (v shape) หรือรูปหัวใจ ทางจะไม่สามารถแลบลิ้นพ่นขอบเหงือกล่างได้ หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวลิ้นไปด้านข้างได้ เรียกว่าภาวะนี้ว่า tongue tie หรือ ankyloglossia ทำให้ทางคัดน้ำลายได้ไม่ดี แม้ท้าอุ้มจะถูกต้อง ทางจะดูดคอมหัวนมแล้วหลุด ทำให้คุดได้แต่ลม เวลาดูดนมน้ำลายแล้วได้ยินเสียงคล้ายกระเดาลิ้นจากปากหาราก ส่วนนมารดาจะมีแพลที่หัวนม เต้านมคัด ทางปฐบดีจะมีการประเมินภาวะลิ้นติดในหารากโดยใช้ เครื่องมือ Siriraj tongue-tie score (STT) (โรงพยาบาลศิริราช, ม.ป.ป) โดยประเมินตามเกณฑ์ของผังผืดติ่ลิน ลักษณะหัวนมนมดาวาอย่างหลังทางคัดน้ำลายแล้ว และความรู้สึกของนมารดาว่าขณะทางคัดน้ำนม ปลายลิ้นของหารากอยู่ที่ระดับใด หากหารากที่มีภาวะลิ้นติดและมีคะแนน STT น้อยกว่า 7 คะแนน ควรได้รับการรักษาผ่าตัดพังผืดติ่ลิน โดยการขลิบ frenulum เรียกว่า frenulotomy จะเสียเลือดเพียง 2-3 หยด ภายหลังทำการสามารถดูดนมได้ดีขึ้น ความเจ็บปวดที่หัวนมนมจะลดลงทันที หรือหายไปหลังการผ่าตัด (ชลดา จันทร์ข่าว, 2562) ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาระบบคัดกรองภาวะลิ้นติดในหารากแรกเกิดและติดตามดูแลให้ได้รับการแก้ไข frenulum พบร่วมลดการเจ็บปวด เต้านม หัวนมในนมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลงได้ และหารากยังสามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้น ทำให้

มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และไม่ต้องใช้นมผสมในการเลี้ยงทารก (สิริพรน จำปาเงิน, 2559)

### SIRIRAJ TONGUE-TIE SCORE (STT SCORE)

Tongue	Frenulum	 mild 3	 moderate 2	 severe 1
Nipple	Function	 protraction 3	 retraction 2	 Inversion 1
	sensation	Tongue at areola 4	Tongue at nipple — 2	No Latch on — 0

รูปที่ 5.10 Siriraj tongue-tie score (STT)

ที่มา: โรงพยาบาลศิริราช, ม.ป.บ

คือ : โดยปกติทารกจะมีลำคอสั้น ไม่มีแน่นที่คอ (webbed neck) หากมีจะตรวจพบ แผ่นผิวหนังยื่นออกไปจากด้านข้างและเป็นพังผืดติดไปที่เหล็ก มีรอยย่นที่คอมากกว่าปกติ มักพบในกลุ่มดาวน์และ Turner syndrome ทารกบางรายมีภาวะคอเอียง (torticollis) จะคลำ Sternocleidomastoid ทั้ง 2 ข้าง เพื่อประเมินโรคคอเอียงแต่กำเนิด ที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อคอ ด้านใดด้านหนึ่งหดสั้น อาจเกิดจากเนื้อเยื่อบริเวณคอถูกกดชนิดคลอด หรือทารกอยู่ท่าที่ไม่เหมาะสมในครรภ์ทำให้ไขกล้ามเนื้อข้างคอเลียหาย กล้ายเป็นพังผืด กล้ามเนื้อหดสั้นลง ถ้ามีการฉีกขาดจะเกิดภาวะคอเอียงจะทำให้ทารกเคลื่อนไหวลำคอไม่ได้ ควรติดตามให้ได้รับการทำกายภาพ หรือหากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หากมีภาวะกระดูกใหญ่ลาร์หัก (clavicle fracture) จะมีอาการบวมบริเวณที่หัก คล้ำได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ไม่เรียบ ทารกจะร้องเมื่อคลำบริเวณนั้น การเคลื่อนไหวของแขนด้านที่บาดเจ็บนั้นลดลง หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ เมื่อตรวจ Moro reflex โดยเฉพาะทารกที่คลอดด้วยก า ทารกที่มีขนาดตัวโต ส่วนใหญ่หายเอง ค่อนข้างเร็ว มักเกิดก้อนกระดูกใหม่ภายใน 1 สัปดาห์ ให้แขนและไหล่ด้านที่กระดูกใหญ่ลาร์หักนิ่งไม่เคลื่อนไหว โดยกัดแขนเลือดติดกับตัวเสื่อ ประมาณ 10-14 วัน (บุญญา พัฒนจินดาภูล, 2560)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

**ทรงอก :** ทรงอกทั้ง 2 ข้างของทารกแรกเกิดปกติจะมีขนาดเท่ากัน ความยาวรอบอกประมาณ 30–33 เซนติเมตร ขณะที่ทารกหายใจทรงอกทั้ง 2 ข้าง จะเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับท้อง พังปอดได้ยินเสียงหายใจเท่ากัน ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หน้าอกและชายโครงไม่บุบ หากบางรายอาจพบน้ำลักษณะคล้ายน้ำนม (witch's milk) หลอดอกจากเต้านมเกิดจากทารกได้รับฮอร์โมน estrogen ในระดับสูงขณะอยู่ในครรภ์มาตราและจะหายไปเอง 2–3 สัปดาห์ หากตรวจพบภาวะอกบุบ (pectus excavatum) หรืออกนูน (pectus carinatum) หรือมีหัวนมมากกว่าปกติ (supernumerary nipples) ลักษณะติดต่อ คลำได้โดยเนื้อเยื่อนม 0.5–1 เซนติเมตร ซึ่งนิยมของทารกคลอดครรภ์กำหนดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป และลักษณะนูนจากพื้นผิว



รูปที่ 5.11      witch's milk

ที่มา:            Google LLC, 2025

**หนักห่อง :** ทารกแรกเกิดปกติท้องจะกลม นุ่ม ป่องเล็กน้อย มีสายสะเดือกไข้แคมเทา โดยมี umbilical arteries 2 เส้น และ umbilical vein 1 เส้น สายสะเดือกจะแห้งและหลุดภายใน 1–2 สัปดาห์ เมื่อคลำห่องจะพบตับต่ำกว่าใต้ชายโครงขวาได้ไม่เกิน 1–3 เซนติเมตร คลำพบม้ามใต้ชายโครงซ้ายได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร และคลำพบตัวท้อง 2 ข้าง ได้เหนือสะเดือกไม่เกิน 1–2 เซนติเมตร เมื่อพัง bowel sound ได้ยินทุก 10–30 วินาที ถ้าไม่ได้ยินหรือได้ยินน้อยอาจเกิดภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction)

**ผิวหนัง :** ในกรณีแรกครรภ์กำหนดปกติผิวนมเป็นลักษณะของน้ำนม มีไข้ (vermix caseosa) และมีขนอ่อน (lanugo hair) บริเวณหลัง เช่น ขา หน้าอก เล็กน้อย จะพบใน 2-3 วันแรก ไข้เหล่านี้สร้างจากต่อมน้ำนมของทารก ปกติจะค่อยๆ ดูดซึมกลับเข้าผิวหนังเอง ส่วนขนอ่อนจะร่วงเมื่อทารกอายุประมาณ 1 สัปดาห์ และมีภาวะอื่นๆ ที่สามารถตรวจพบได้ ดังนี้

**มิเลีย (milia หรือ epidermal inclusion cyst)** เป็นตุ่มขาวๆ บริเวณปลายจมูก คาง แก้ม หน้าผาก เกิดจากการอุดตันของต่อมไขมัน หายได้เองใน 2 สัปดาห์

**ผิวหนังลอก (desquamation of skin)** มักพบในทารกคลอดเกินกำหนด หรือทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ผิวหนังเที่ยว ย่นลอก หรือพบรูปในทารกที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

**ปานแดง (hemangioma)** เกิดจากการออกของเส้นเลือดฟอยด์ผิวหนังผิดปกติ ทำให้ผิวหนังแดง หนา อาจพบชนิดเรียบ บาง สีชมพู (stork's bites) ที่บริเวณเปลือกตา หน้าผาก ท้ายทอย หายได้เองโดยใช้เวลานานกว่า 1 ปี ปานแดงที่มีขนาดใหญ่ สีแดง (strawberry marks) ร้อยละ 70 สามารถหายได้เองเมื่ออายุ 7 ปี โดยไม่ทิ้งร่องรอย

**ปานเชียว (mongolian spot)** เป็นผิวหนังที่มีรอยด่างสีน้ำเงินปนเทา พบรูปโดยบริเวณก้นหลัง สามารถหายได้เองใน 1-2 ปี หรือประมาณ 4 ปี

**จุดเลือดออก (petechiae)** ส่วนใหญ่พบในทารกที่ได้รับการบาดเจ็บจาก การคลอด การคลอดช้า คลอดยาก ทำให้เลือดฟอยแตก สามารถหายได้เองใน 24-48 ชั่วโมง นอกจากรอยสีสาเหตุจากเกล็ดเลือด (platelet) ตำแหน่ง

**จ้ำเขียว (ecchymosis)** ส่วนใหญ่พบในทารกที่ได้รับการบาดเจ็บจากการคลอด เช่น การคลอดยาก การใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ผลลัพธ์คือ อาจทำให้ระดับบิลิรูบินในกระแสเลือดสูงได้

**ตุ่มพองจากการอุดตันของต่อมเหงื่อ (miliaria)** เป็นตุ่มพองเล็กๆ ผิวหนังรอบๆ ไม่แดง พบรูปบริเวณหน้าผาก ข้อพับใต้ผิวหนังใต้ผ้าอ้อม สามารถหายได้เองถ้าได้รับการจัดสภาพแวดล้อมไม่ให้ร้อนเกินไปและดูแลผิวหนังบริเวณนั้นไม่ให้อับชื้น

**Erythema toxicum** ผื่นแดงตزرุกลางมีตุ่มนูนสีขาวอมเหลืองคล้ายรอยยุบกัด อาจเกิดเนื่องจากผิวหนังระคายเคืองจากผ้าปูที่นอนหรือผ้าอ้อม มักเกิดขึ้นใน 1-3 วัน และจะหายไปเอง

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

อาการทางผิวนังของภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (sub temperature) ได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเขียว (acrocyanosis) มีลักษณะมือและเท้าเขียวแต่ลำตัวแดง เกิดจากหากสูญเสียความร้อนให้กับสิ่งแวดล้อมที่เย็นกว่าทำให้เลือดไหลเวียนไปที่มือและเท้าช้ำลง พบได้บ่อยใน 24–48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผิวนังลาย หรือเป็นจ้ำขาวซึ่ดสับกับสีคล้ำ (marble skin หรือ cutis marmorata) เกิดจากกลไกการควบคุมหลอดเลือดฟ้อยของทารกแรกเกิดยังทำงานไม่เต็มที่ เมื่ออุณหภูมิสิ่งแวดล้อมเย็นลง ทำให้หลอดเลือดบางส่วนขยาย บางส่วนหดตัว ทำให้ตรวจพบผิวนังลักษณะนี้ขึ้น

การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิด คือ  $32\text{--}34^{\circ}\text{C}$  ทารกแรกเกิดสูญเสียความร้อนได้มากกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากลักษณะพื้นที่ผิวภายในเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้หัวและลำตัวมีการก่อตัวไขมันมากกว่าท้อง กระเพาะ และขา ทำให้สูญเสียความร้อนไปยังสิ่งแวดล้อมได้มากกว่า การสูญเสียความร้อน มี 4 ทาง คือ

- 1) การนำ (conduction) เป็นการถ่ายเทความร้อนของร่างกายให้กับวัตถุที่เย็นกว่ามาสัมผัสที่ผิวทารก เช่น การให้ทารกนอนบนที่นอนหรือเครื่องซั่งที่เย็น เครื่องมือเครื่องใช้ที่เย็นที่มาสัมผัสทารก ใช้พ้าที่เปลี่ยนห่อทารก เป็นต้น ดังนั้นจึงควรนำทารกนอนในที่อบอุ่น เช่น ไว้ติ Radian warmer ผ้าที่ห่อตัวทารกควรเป็นผ้าที่อุ่น และหลังล้างมือควรเช็ดมือให้แห้งก่อนมาสัมผัสทารก เป็นต้น

- 2) การพา (convection) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการร่างกายสู่สิ่งแวดล้อม หรืออากาศที่อยู่รอบ ๆ ตัว โดยอาศัยลมพัดผ่านตัวทารกพัดพาอากาศความร้อนไป เช่น กระแสลมจากเครื่องปรับอากาศ ทารกนอนใน牀หันต่างห้องหรือประตูที่มีลมพัดผ่าน เป็นต้น ดังนั้นจึงควรนำทารกไว้ติ Radian warmer ปิดหน้าต่าง ไม่นำทารกอยู่ในที่ถูกกระแสลมจากเครื่องปรับอากาศ

- 3) การระเหย (evaporation) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการร่างกายโดยการเปลี่ยนน้ำให้เป็นไอ เกิดขึ้นเมื่อร่างกายทารกเปียก เช่น ร่างกายทารกเปียกขณะอาบน้ำ เป็นต้น ดังนั้นจึงควร keep warm ทารก ใช้พ้าเช็ดศรีษะและลำตัวทารกให้แห้งทันทีหลังอาบน้ำ

- 4) การแผรังสี (radiation) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการร่างกายไปให้กับสิ่งแวดล้อม ที่มีอุณหภูมิต่ำกว่าโดยที่ไม่ได้สัมผัสนับทารกโดยตรง เช่น ทารกนอนใน牀หันต่างห้องที่เย็น ทารกนอนใน牀หันต่างห้องห้องน้ำในอุณหภูมิห้องที่เย็น เป็นต้น

ดังนั้นจึงควร Keep warm ทารก นำทารกนอนใต้ Radian warmer และควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้อยู่ในช่วง  $32\text{--}35^{\circ}\text{C}$  (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และวีไล เลิศธรรมเทวี, 2561)

ตัวเหลือง (jaundice) ทารกครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองถือว่าเป็นภาวะปกติ (physiological jaundice) ซึ่งเกิดจาก การแตกสลายของเม็ดเลือดแดงของทารกรวมกับการทำงานที่มีจำกัดของตับในการเปลี่ยนบิลิรูบินในเลือด ทารกจะปรากฏตัวเหลืองภายใน 24 หรือ 48 ชั่วโมง และหายเหลืองภายใน 7 วัน ค่าบิลิรูบินในเลือดสูงไม่เกิน 12.9 มก./ดล. โดยทารกที่ได้รับนมารดา มีโอกาสตัวเหลืองได้ 2 ลักษณะ คือ

Breast feeding jaundice พบรใน 2-4 วันหลังคลอด สาเหตุเกิดจาก การได้รับนมารดาไม่พอ อาจเป็นเพราะท่าอุ้มดูดนมไม่ถูกต้อง การจำกัดจำนวนครั้งของ การดูดนมรวมกับการได้รับน้ำเปล่าหรือน้ำกลูโคส การซั่งน้ำหนักทารกพบร้า ในวันที่ 3 และ 4 น้ำหนักของทารกจะยังไม่เท่ากับน้ำหนักแรกเกิด และภายใน 2 สัปดาห์หลังเกิด น้ำหนักตัวจะยังไม่เท่ากับน้ำหนักแรกเกิด การป้องกันในระยะ 2-3 วันหลังคลอด ซึ่งน้ำนมแม่ เริ่มสร้างและยังมีอยู่ ต้องแนะนำการดูดนมอย่างถูกวิธี ให้ดูดนมวันละ 8-12 มื้อ ทั้ง 2 ข้าง ๆ ละ 10-15 นาที งดน้ำเปล่าหรือน้ำกลูโคส

Brest milk jaundice เริ่มปรากฏปลายสัปดาห์แรก ตั้งแต่วันที่ 4-7 วัน หลังคลอด เป็นต้นไป บิลิรูบินสูงสุดได้ถึง  $10\text{--}30 \text{ mg/dl}$  ในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังคลอด เมื่อให้ นมmarดาต่อไปจะค่อย ๆ ลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุ 3-12 สัปดาห์ การให้ลูกอาบแอด หรือดูดนมไม่ช่วยป้องกันหรือรักษาภาวะนี้

แขนขา : ทารกครบกำหนดปกติ แขนและขาจะอยู่ในท่าอ (flexion) จะพบปฏิกิริยา การจับมือ (palmar grasping reflex) ควรประเมินดูลักษณะของนิ้วว่ามีครบหรือผิดปกติหรือไม่ เช่น นิ้วเกิน (polydactyly) นิ้วเท้าติดกัน (syndactyly) เป็นต้น ในทารกที่ตัวโตหรือมีการคลอด ให้หลายก ทำให้เป็นอัมพาตของเส้นประสาทชั้นกลาง แขนขาจะขยับไม่ได้ เกิดการบาดเจ็บ ของ brachial plexus พบรได้ค่อนข้างบ่อย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การที่ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด มากและการคลอดท่ากัน รวมถึงการคลอดยากบวิเ genen แขนและขา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Erb หรือ Duchenne paralysis เกิดจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนบนระดับ C5 C6 และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับ C7 รวมด้วย ทำให้มี paralysis ของกล้ามเนื้อ deltoid infraspinatus และ flexor muscles ของแขนข้างที่มีการบาดเจ็บ ทารกจะอยู่ในท่าแขนเหยียดตรง หมุนเข้าด้านใน (adduction) หัวไหล่หมุนเข้าด้านใน (internal rotation) ข้อศอกเหยียดออก Moro reflex เสียไป ข้อมือและคร่ำมือ การทำงานของนิ้วมือปกติ มี Palmar gasping reflex ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในรายที่คลอดปกติ เนื่องจาก การช่วยคลอดต้องมีการโน้มศีรษะเพื่อช่วยคลอดให้หลบ

Klumpke paralysis เกิดจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนล่างระดับ C8 และ T1 ทำให้ข้อมือของทารกข้างที่มีการบาดเจ็บไม่มีแรง ข้อมือตก ขยับมือไม่ได้ นิ้วคลายกำไม่ได้ แต่มี Moro reflex ให้หลบและแขนส่วนบนเหยียดกางเป็นปกติ



รูปที่ 5.12 Erb paralysis

ที่มา: ตัดแปลงจาก ประนอม บุพศิริ, 2554 โดย Google LLC, 2025

total brachial plexus paralysis เสน่ห์ประสาท brachial plexus เชื่อมกับเส้นประสาทจากกระดูกคอ ควบคุมการทำงานของแขน การรับรู้ และควบคุมการทำงานของไหล่ แขน และมือ หากมีการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ประกอบไปเป็น brachial plexus ทั้งหมดจะทำให้ทั้งมือและแขนของทารกมีอาการอ่อนแรง

พยายามครวจด้วยการกอนท่านอนหงาย จับแขนกางออกให้ข้อศอกตั้งฉากกับลำตัว ปลายแขนนานกับลำตัวทางด้านศีรษะ ใช้ผ้าสอดไปใต้ลำตัวทารกและเห็นบุคลาด้าน

หนึ่งไว้ใต้เบาะของทารก ปลายอีกด้านหนึ่งวางพดบนปลายแขนข้างที่วางขานกับศีรษะ เห็นบชายพ้าไว้ที่เบาะ เพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการหดรัง ไม่ต้องเข้าเฝือก และคุ้มแพที่ strap ไว้ให้เหมาะสม แห้งสะอาด ไม่หลวมหรือตึงมากเกินไป ปลดชายผ้าออกทุกครั้งก่อนที่จะพลิกตะแคงตัวทารกหรือทำความสะอาด ระวังไม่ให้แขนข้างที่ได้รับอันตราย ต้องห้อยตกลง หรือถูกเหนี่ยวรั้งทำให้เกิดการกระแทบกระเทือนเพิ่มขึ้น โดยใช้มือประคองบริเวณคอและไหล่ทารกไว้ ส่วนการรักษาโดยวิธีผ่าตัดนั้นจะเริ่มพิจารณาภายหลังที่เด็กอายุเกิน 5 ปี ถ้าจำเป็น สำหรับการอุ้มทารกขณะให้นมแม่ ให้มาดาวพยุงด้านหลังให้ล่าทารกโดยให้แขนที่บาดเจ็บอยู่ด้านหน้าและใช้แขนของมารดาพยุงไว้ ระวังไม่ให้แขนที่ได้รับบาดเจ็บตกหรือห้อยไปอยู่ด้านหลัง อธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะที่เกิดขึ้น หากอาการไม่มีขึ้นภายใน 1-3 สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อลดทำการพับบัด (บุรยา พัฒนจินดาภุญ, 2560)

ภาวะเท้าบุก (club foot หรือ talipes) เป็นเท้าที่มีลักษณะบิดผิดรูป ซึ่งอาจเป็นเท้าบุกที่เกิดจากท่าที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะในรายที่มีน้ำคร่ำน้อย เมื่อตรวจจะพบว่าสามารถบิดกลับให้มีลักษณะเหมือนปกติได้ กระดูกเท้าขึ้นบน และกระดูกลงล่างได้เต็มที่ ไม่มีความสามารถผิดรูปของกระดูก มักหายได้เองภายใน 2-3 เดือน หากตรวจเท้าแล้วไม่สามารถบิดกลับให้มีลักษณะเหมือนเดิมได้ตามปกติ แสดงว่ามี pathological clubfoot แบบเป็นเท้าบุกชนิดที่บิดเข้าด้านใน สันเท้ายกขึ้น (talipes equinovarus) และเท้าบุกชนิดเท้าบิดออกด้านนอก สันเท้าลง (talipes calcaneovalgus) ต้องทำการรักษาด้วยการใส่เฝือก หรือสอนมารดาให้กระตุ้นเท้าให้บิดกลับ ในบางรายอาจต้องผ่าตัด (ชลดา จันทร์ขาว, 2562)



รูปที่ 5.13

เท้าบุก

ที่มา:

ตัดแปลงจาก ไทยรัฐ ออนไลน์, 2555 โดย Google LLC, 2025

**หลัง :** ทารกปกติแนวกระดูกสันหลังจะเรียบตรง ควรสังเกตว่ามีก้อนเกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อตรวจหาสาเหตุของพังกระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida) โดยเห็นรอยบุบบริเวณก้นบelly และมีขึ้นเป็นกระดูกคลุม (spina bifida occulta) หรือมีความบกพร่องของไขสันหลังทำให้เยื่อบุหุ้มไขสันหลังโป่งออกมา (meningocele) หากมีไขสันหลังออกมากด้วย จะเห็นเป็นก้อนบริเวณหลังอาจมีหรือไม่มีผิวหนังหุ้ม หากพบควรปิดด้วย gauze sterile ชุบ NSS

**ทวารหนัก :** ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ คือ ไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) หรือรูเบิดของทวารหนักอยู่ในช่องคลอดในเพศหญิง (rectal fistula)

**อวัยวะเพศ :** ทารกเพศหญิงบางรายอาจตรวจพบเลือดออกจากช่องคลอด (pseudo- menstruation) เกิดจากการลดระดับฮอร์โมน estrogen และ progesterone ที่ได้รับจากการดาลงทันที และจะหายภายใน 2 สัปดาห์ บางรายมีติ่งเนื้ออยู่นอกมาจากช่องคลอด (hymen tag) สามารถหายเองภายใน 2-3 สัปดาห์ ส่วนทารกเพศชายบางรายอาจพบหนังหุ้มองคชาตติดแน่น (physiologic phimosis) แต่ถ้าหากถ่ายปัสสาวะได้ปกติไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดแก้ไข และบางรายอาจมีภาวะลูกอัณฑะไม่ลงถุงอัณฑะแต่กำเนิด (undescended testes หรือ cryptorchidism) อาจพบข้างเดียวหรือสองข้าง ในทารกครบกำหนด และอาจพบได้ในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะคลำโดยลูกอัณฑะอยู่บริเวณขาหนีบ หรือบริเวณส่วนบนของถุงอัณฑะ ทั้งนี้ทารกที่มีลูกอัณฑะไม่ลงถุงอัณฑะแต่กำเนิดร้อยละ 70 ลูกอัณฑะจะสามารถเคลื่อนลงมาในถุงอัณฑะได้ภายใน 3 เดือน ถึง 1 ปี หลังจากนั้นหากยังไม่เคลื่อนลงมาอีก แพทย์จะผ่าตัด (orchiopexy) เมื่ออายุประมาณ 1-2 ปี หากพ้น 2 ปีไปแล้ว ลูกอัณฑะที่ยังไม่ลงถุงอัณฑะจะเริ่มมีการลดจำนวนของ spermatogonia และมี degeneration ของ seminiferous tubule ทำให้มีโอกาสฟีบุตรยากได้ในอนาคต และยังพบว่าเด็กที่มีลูกอัณฑะไม่ลงถุงอัณฑะแต่กำเนิดจะมีโอกาสของการเกิดมะเร็งสูงกว่าเด็กที่ลูกอัณฑะลงถุงอัณฑะแต่กำเนิด (ชลดา จันทร์ขาว, 2562)

### การประเมินระบบประสาทในทารกแรกเกิด

การประเมินระบบประสาทในทารกแรกเกิด สังเกตได้จากการความตื่นตัว การทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาโตตตอบ โดยปกติทารกจะต้องตื่น ไม่ซึม อยู่ในท่าข้อ สะโพกและการออกหรืออาจงอเล็กน้อย หัวเข่างอ ข้อศอกงอ gammie เมื่อให้ทารกนอนในท่าคว่ำ

โดยให้ทรงอกร่างบันมือ ทารกจะพยายามยกศีรษะขึ้น หรือถ้าให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย และค่อยๆ ดึงทารกให้อยู่ในท่านั่ง จะสังเกตเห็นว่าทารกจะพยายามพยุงศีรษะ โดยศีรษะอาจ ตกไปด้านหลังเล็กน้อย การประเมินระบบประสาทของทารกที่สำคัญ (รุ่งดาวรรณ ช้อยจอนหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560) มีดังนี้

1. rooting reflex ทดสอบโดยการใช้มือหรือของนิ่มๆ เช่นที่ข้างแก้มทารกเบาๆ ทารกจะหันมาทางแก้มข้างที่ถูกกระตุ้นและอ้าปากรับสิ่งที่กระตุ้น ตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด และจะหายไปเมื่อทารกอายุได้ประมาณ 4-6 เดือน ในทารกที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะพบว่ามี reflex นี้อยู่ตลอดเวลา โดยไม่ได้กระตุ้น

2. palmar grasping reflex ทดสอบโดยเอานิ้วสอดเข้าไปในนิ้วมือทารก ทารกจะ กำนั้นเมื่อที่สอดเข้ามาไว้ชั่วขณะแล้วปล่อยออก พบรได้ตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุประมาณ 4 เดือน

3. moro or Startle reflex ให้ทารกนอนหงาย ใช้มือประคองศีรษะให้สูงกว่าที่นอน ประมาณ 1 นิ้ว แล้วปล่อยลง การตอบสนองของทารก คือ ทารกจะพวลาแล้วเหยียดแขนขาทั้งสอง ข้างในลักษณะอืบเช้าหากันเล็กน้อย การตอบสนองนี้อาจเกิดร่วมกับการร้องไห้ พบรได้ตั้งแต่ แรกเกิดและค่อยๆ หายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 3-4 เดือน ถ้าไม่พบปฏิกิริยานี้ท่อนกลับอาจ มีสาเหตุจากลมองได้รับอันตราย เช่นประสาทแขนเป็นอัมพาต หรือกระดูกให้ปลาหัก

4. tonic neck reflex การทดสอบกระทำโดยให้ทารกนอนหงาย จับศีรษะให้หันหน้า ไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนและขาข้างที่ศีรษะหันไปจะเหยียดออก ส่วนด้านตรงข้ามจะงอเข้า ในทารกแรกเกิดปกติ มักพบเกิดขึ้นเองเมื่อทารกนอนอยู่ โดยปกติจะตรวจพบเมื่อทารกอายุ ประมาณ 2-5 เดือน ถ้าพบในทารกอายุ 6 เดือนขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ แสดงว่าระบบประสาท ส่วนกลางของทารกอาจได้รับอันตราย

5. stepping reflex or dancing reflex ทดสอบโดยอยู่ท่ามกลางให้ยืนในท่าศีรษะเอียง ไปข้างหน้าเล็กน้อย ทารกจะทำท่าเดินทีละก้าว จะหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 6 สัปดาห์

6. placing reflex ทดสอบโดยอยู่ท่ามกลางให้ยืนในท่ามือให้หลังเท้าแตะขอบโต๊ะ ทารกจะยกเท้าขึ้นวางบนโต๊ะได้ พบรได้ตั้งแต่แรกเกิดและจะหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 6 สัปดาห์ ถ้าไม่พบปฏิกิริยานี้แสดงว่ามีการอ่อนกำลังของแขนขา

7. babinski's sign ทดสอบโดยใช้รัตตุป้ายมันขีดลงบนฝ่าเท้าของทารก จากสันเท้าขึ้นมาถึงบริเวณโกลหัวแม่เท้าในลักษณะรูปตัวเจ (J) จะพบว่ามีเท้าของทารกจะงอออกนิ้วหัวแม่เท้าจะกระดกขึ้น ในขณะที่นิ้วอื่น ๆ จะงางออก พบรดังแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 1 ปี

8. crawling reflex ทดสอบโดยจับทารกให้นอนคว่ำ แขนและขาของทารกจะมีการเคลื่อนไหวเหมือนจะคลาน จะหายไปเมื่ออายุ 6 สัปดาห์

9. extrusion reflex เมื่อลิ้นของทารกถูกกดด้วยไม้กัดลิ้น ทารกจะพยายามยื่นลิ้นออกมามาเพื่อป้องกันไม่ให้กลืนสิ่งนั้น ๆ ลงไปในคอ จะหายไปเมื่อทารกอายุ 4 เดือน การให้อาหารเสริมประเภทกึ่งเหลวแก่ทารกก่อนอายุ 4 เดือน ทารกมักกลืนไม่เป็น ทั้งนี้เนื่องจากมี reflex นี้นั่นเอง

10. blinking reflex or Corneal reflex ทารกจะกระพริบตาเมื่อมีแสงจ้าหรือเมื่อมีรัตตุม่ากระแทกตา พบรดังแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

11. pupillary reflex รูม่านตาของทารกจะหดตัวเมื่อถูกแสงสว่าง พบรดังแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต ในทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน (anoxia) หรือสมองได้รับอันตราย อาจไม่พบร reflex นี้

12. sneezing reflex ทารกจะมีอาการจามเมื่อมีสิ่งอุดตันหรือสิ่งระคายเคืองในจมูก พบรดังแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

13. coughing reflex เมื่อมีสิ่งระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ทารกไอ พบรดังแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

14. gag reflex เมื่อใส่ส่ายยางหรือลูกสูบยางเข้าไปสัมผัสดอยด้านหลัง ทารกจะทำท่าขย้อน พบรดังแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

พยาบาลต้องประเมินสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าทันที รวมทั้งประเมินระบบประสาทของทารก เพื่อสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ เป้าหมายสำคัญของการดูแลทารกแรกเกิด คือ การป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการประเมินสภาพอย่างถูกต้อง และวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการ เพื่อนำมาวางแผนทางช่วยเหลือแก้ไขโดยไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันและลดภาระแทรกซ้อนที่อาจคุกคามชีวิตของทารก รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทารกและครอบครัว

## 2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด

### สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบบ่อยของมารดาในระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอดเป็นเวลาที่ มารดามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลายประการ เนื่องจากร่างกายอยู่ในภาวะปรับตัวกลับสู่ภาวะปกติในทุกระบบของร่างกาย และสภาวะด้านจิตใจ ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งอาจเกิดจาก มดลูกไม่หดรัดตัว การบาดเจ็บของช่องทางคลอด หรือการค้างของเศษรกร ทำให้มารดา เสียเลือดจำนวนมากภายในเวลารวดเร็ว กรมอนามัย (2567) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การตาย ของมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่า สาเหตุการตายมารดาที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือด โดยสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบมากที่สุด อันดับแรกคือ การตกเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวและภาวะรकເກະຕໍ່າจากการผ่าตัด คลอดซ้ำ ตั้งนั้นการลดการตายมารดาจึงต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจาก การตกเลือดหลังคลอด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินเพื่อป้องกันอันตรายที่จะ เกิดขึ้น

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) คือ ภาวะที่เลือดออกมาก ผิดปกติจนทำให้มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ชีด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น เหงื่ออออก กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็วตื้น เป็นลม หมดสติ และหรือมีอาการแสดงของภาวะ Hypovolemia ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา เร็ว ปัสสาวะออกน้อย oxygen saturation น้อยกว่า 95% ตัวเย็น มือเท้าเย็น

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ได้定义ภาวะตกเลือด หลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือ มีสัญญาณของภาวะซึ่อก hemodynamic instability แม้วัดปริมาณเลือดไม่ได้ หรือ มากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ถือว่าเป็น ภาวะตกเลือดหลังคลอดหากมีอาการแสดง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้定义ภาวะตกเลือด หลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอด หรือการมีสัญญาณทางสรีรวิทยาผิดปกติถือเป็นภาวะตกเลือด หลังคลอด เม็ดปริมาณเลือดต่ำกว่าที่กำหนด

---

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

RCOG (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists) แบ่งระดับการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้ Minor Postpartum Hemorrhage หมายถึง การตกเลือดหลังคลอดที่มีปริมาณเลือดออก 500–1000 มิลลิลิตร และถือเป็น Major Postpartum Hemorrhage หมายถึง การตกเลือดหลังคลอดที่มีเลือดออกมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร และให้การรักษาทันทีตามอาการแสดง (clinical signs) ไม่รอวัดปริมาณเลือดสะสมให้ครบตามเกณฑ์

ปี ค.ศ.2025 องค์กรอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างทันท่วงที ได้แก่ ปริมาณเลือดที่สูญเสียซึ่งประเมินได้ตั้งแต่ 300 มิลลิลิตรขึ้นไป รวมกับพบสัญญาณความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ ชีพจร มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที shock index มากกว่า 1 ความดันโลหิตซีสโตลิกน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปอร์ท หรือความดันโลหิตได้แอสโตรลิกน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปอร์ท หรือ ปริมาณเลือดที่สูญเสีย ซึ่งประเมินได้ชัดเจน ตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2025)

ด้วยเหตุนี้การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาในระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพึงตระหนักร แล่นความรู้มารยาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัย พยาบาลหลังคลอดต้องประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อจากระยะคลอด โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด ปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจาก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เศรษฐค้างช่องทางคลอดฉีกขาด เสือดไม่แข็งตัว เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงควรให้การรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อให้มารดาเกิดความปลอดภัย

#### **สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่พบบ่อยของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด**

1. การบาดเจ็บจากการคลอด (birth injury) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดทารกที่อยู่ในท่าผิดปกติ หรือต้องใช้เครื่องมือสูติศาสตร์ทัตการในการช่วยนำคลอด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อย ได้แก่

1.1 ผิวนังเกิดความบอบช้ำ เช่น ผิวนังเขียวช้ำ, หนังศีรษะแตก, caput succedaneum, cephalhematoma, subgaleal hematoma และ internal Hematoma เป็นตน

1.2 กระดูกหัก เช่น กระดูกไฟเบลาร์หัก กระดูกตันแข็งหัก กะโหลกศีรษะร้าว เป็นต้น

1.3 การบาดเจ็บของระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บต่อไขสันหลังและเส้นประสาท การบาดเจ็บของกลุ่มประสาท brachial เป็นต้น

2. ทารกมีน้ำหนักผิดปกติ หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมากเกินที่ควรจะเป็น ในอายุครรภ์นั้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่เจริญเติบโตปกติ ทั้งนี้ทารกที่มีน้ำหนักผิดปกติ แบ่งได้ดังนี้

SGA (small for gestational age) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 10 percentile ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ

LGA (large for gestational age) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 percentile ของน้ำหนักปกติที่อายุครรภ์นั้น ๆ

IUGR (intrauterine growth restriction) หมายถึง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โดยสาเหตุอาจเกิดได้จากหัวใจจากการขาด ทารก modulation หรือจากสายสะตื้อ

### 3. ทารกแรกเกิดจากการดัดสารเสพติด

3.1 บุหรี่ มีผลกระทบทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์ และเพิ่มอัตราการตายในทารก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม เช่น เชาวน์ปัญญาบกพร่อง มี สมรรถนะ พฤติกรรมก้าวร้าว และมีปัญหาการเข้าสังคม เป็นต้น

3.2 แอลกอฮอล์ มีผลกระทบทำให้ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่มารดาดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปฏิสนธิหรือในช่วง 3 เดือนแรก โดยปัญหาสุขภาพของทารกซึ่งอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่มารดาดื่ม ถ้าดื่มในปริมาณมากจะส่งผลให้ทารกเกิดโรคกลุ่มอาการแอลกอฮอล์ (fetal alcohol syndrome [FAS]) ซึ่งพบทารกมีลักษณะทางร่างกายที่ผิดปกติ คือ ช่วงตาสั้น ร่องริมฝีปากเรียบ ริมฝีปากบนnya และบาง หนังคลุ่มหัวตามาก จมูกแบน และปลายจมูกเชิดขึ้น พัฒนาการทางสติปัญญาไม่คุ้มค่ากับพร่อง มีปัญหาด้านความจำ

3.3 แอมเฟตามีน มีผลกระทบทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิด มีภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองตาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ประสาท มีผลต่อสมรรถภาพและความจำของเด็ก

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด**

4. ภาวะสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome [MAS]) คือ การสำลักเอาขี้เทาที่อยู่ในน้ำครรภ์เข้าปอดของทารกแรกเกิด จำแนกความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

4.1 รุนแรงน้อย ทารกจะหายใจเร็วขึ้น ทำให้ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ค่าความเป็นกรดเป็นด่างของเลือดเข้าสู่ภาวะปกติ อาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

4.2 รุนแรงปานกลาง ทารกจะมีอาการของการกดการหายใจ คือ หายใจเร็ว ซึ่งซีโครงยุบลงขณะหายใจ เขียวคล้ำ อาการจะด้อย ๆ ทวีความรุนแรง และมีความรุนแรงสูงสุด ภายใน 24 ชั่วโมง และ มักหายได้ภายใน 4-7 วัน ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน

4.3 รุนแรงมาก ทารกจะมีการหายใจลำเหลวทันทีเมื่อแรกเกิดหรือ 2-3 ชั่วโมง แรก มีอาการของการกดการหายใจชัดเจน และพังเสียงปอดได้ rhonchi และ crackle อาจมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง และไม่ดีขึ้นเมื่อให้ออกซิเจน เนื่องจากภาวะของแรงดันเลือด ในปอดที่สูงมาก

5. ภาวะอุณหภูมิกายต่ำ อาการที่พบ คือ ผิวชืด ตัวลาย ตัวเย็น มือเท้าชืดเขียว ซีม หายใจช้าหรือหายใจช้า รับน้ำไม่ได้ สำรอก ท้องอืด

6. ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด การประเมิน APGAR score ในนาทีที่ 1 ถ้าต่ำกว่า 7 คะแนน หมายถึง เกิดภาวะ mild birth asphyxia ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไข ตามปัญหานั้น ๆ ซึ่งหลังคลอดต้องมีการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง (วีโอล เลิศธรรมเทวี และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2559)

### 3. กระบวนการพยาบาลในระยะหลังคลอด

#### กระบวนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะหลังคลอด

ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพมารดา หลังคลอด (Assessment) วินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วางแผนการพยาบาล (Planning) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และประเมินผล (Evaluation) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถบูรณาจยเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ให้การพยาบาลอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมตามปัญหาเฉพาะราย นอกเหนือนี้และช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดี ทั้งต่อมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวัง สังเกต อาการ การประเมินภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการดำเนินโรค

ไปสู่ภาวะรุนแรง ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดา และส่งเสริมความปลอดภัยในระยะหลังคลอด

การประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจำแนกตามหลัก 4T's โดยแก่ สาเหตุจากมดลูกหรือตัวไม่ดี (Tone) เศษรกรค้าง (Tissue) ของทางคลอดฉีกขาด (Trauma) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) (คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ.2568-2570, 2568) การเข้าใจสาเหตุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการดูแลและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. กรณีที่ประเมินแล้วพบว่ามารดาตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหรือตัวไม่ดี ควรดูแลคลึงมดลูกให้แข็งตัวดี ให้กดย้อมดมดลูกเพื่อไถก้อนเลือดที่อาจค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมด ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุนการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งจะเจาะเลือดและจ่องเลือดเตรียมไว้ตามแผนการรักษา ถ้าเลือดยังไม่หยุดไหล แพทย์มักทำ bimanual uterine compression โดยจัดให้มารดาคนอนหงายชันเข้า หรือพาดเทาบนขาหงาย (lithotomy) กำมือข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้อง โดยให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง อาจต้องทำเป็นเวลานานกว่ามดลูกจะแข็งตัว และถ้ามดลูกไม่หดรัดตัวหรือไม่สามารถยับยั่งภาวะตกเลือดได้ ต้องเตรียมมารดาเพื่อทำการผ่าตัดมดลูกตามแผนการรักษาโดยด่วน

2. กรณีประเมินแล้วพบว่าตกเลือดจากการฉีกขาดของทางคลอดและมดลูก ควรตรวจสภาพของช่องทางคลอดและปากมดลูก เพื่อหารอยฉีกขาดและเย็บรอยฉีกขาดที่พบ จนเลือดหยุด หลังเย็บเสร็จต้องตรวจสอบถามการมีเลือดคั่งในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวนัง ถ้าพบต้องเย็บใหม่ และถ้าพบว่าการบวมและชวยให้มารดาหลังคลอดครุ่นสีกาบายน้ำ แต่ถ้าพบว่าการบวมเลือด มีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องผ่าตัด โดยต้องเตรียมมารดาเพื่อรับการผ่าตัดบริเวณที่มีการคั่งของเลือดเพื่อระบายน้ำเลือดออก แล้วผูกหลอดเลือดเย็บปิด หรือบางรายอาจใส่ท่อระบายน้ำ ถ้าพบว่ามีการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกรานปริมาณมาก จำเป็นต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่วนรายที่มีการฉีกขาดของมดลูก ต้องเตรียมมารดาเพื่อรับการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือเย็บมดลูกที่

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ฉีกขาด ถ้าฉีกขาดมาก ไม่สามารถยับยั้งภาวะตกเลือดได้ แพทย์มีความจำเป็น ต้องตัดมดลูก ควรเตรียมมาตรการให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัด

3. กรณีที่ตรวจหลังคลอดพบว่า cotyledons หรือ membranes ไม่ครบ แสดงว่า มาตรดาวาจะมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากเศษรากค้าง หรือมีเยื่อหุ้ม胎รกค้างอยู่ในโพรงมดลูก พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อขุดมดลูก และดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยกเว้นการหดรัดตัวของ มดลูก และยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา ภายหลังขุดมดลูกควรมี การประเมินสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก เลือดที่ออก ดูแลบรรเทาความเจ็บปวด และ ติดตามภาวะแทรกซ้อนภายหลังขุดมดลูก เช่น ภาวะชีด ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง การอักเสบของเยื่อบุโพรงมดลูก รวมทั้งไข้ข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจแก่มาตรการด้วย

4. กรณีพบวามารดาตกเลือดหลังคลอดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ต้องเตรียมยาและเลือดให้ พร้อมใช้ เช่น heparin, antibiotic agent, fibrinogen, fresh whole blood ดูแลให้ได้รับเลือดและยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจเลือดเพื่อให้ สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที รวมกับการประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและแพลงฟีเย็บ โดยการคลึงมดลูกให้หดตัวประเมินแพลงฟีเย็บ ปากมดลูก ช่องคลอด ประเมินอาการเลือดออก ซึ่งโดยการตรวจก้อนเลือด หรือ hematoma ที่แพลงฟีเย็บ บันทึกปริมาณเลือดออกทุก 15–30 นาที ติดตามสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเลือดและการติดเชื้อ

มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป จะมีความเสี่ยงที่จะเกิด การตกเลือดหลังคลอดซ้ำ ควรแนะนำการฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อประเมินภาวะชีด จัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ หรือลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ กรณีที่ พยาบาลประเมินแล้ว พบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะตกเลือดหลังคลอด ควรให้คลอดใน สถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (คณะกรรมการ มาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2568–2570, 2568)

บทบาทพยาบาลในการลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญของพยาบาล ต้องประเมินมาตรการที่มีภาวะเสี่ยงในระยะหลังคลอดหรือมีปัญหาสุขภาพ พยาบาลต้อง สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาให้ได้ด้วยตระยะแรกหลังคลอด ถ้าพบปัญหาสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

### กระบวนการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะหลังคลอด

หลังจากที่ทารกแรกเกิดสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายในอุကกระภ์มาได้แล้ว และมีสัญญาณชีพเป็นปกติ การดูแลทารกแรกเกิดในระยะต่อมาจะเป็นการประเมิน สังเกต อาการผิดปกติต่าง ๆ ในแต่ละวัน รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว ลงเริ่มให้มารดาและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการประเมินและดูแลทารกได้ถูกต้องและปลอดภัย ดังนี้

#### 1. การประเมินการหายใจทารกแรกเกิด

พยาบาลควรประเมินและดูแลทางเดินหายใจทารกแรกเกิดให้โล่ง โดยจัดให้ทารกอยู่ในท่านอนตะแคง เพื่อให้ทารกหายใจสะดวก สิ่งคัดหลังสามารถหลอดอกมาได้ง่าย ถ้าทางเดินหายใจมีสิ่งอุดตัน เช่น น้ำคร่า มูกเลือด หรืออื่น ๆ จะทำให้ทารกหายใจลำบาก ล้าลัก และเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ต้องใช้ลูกยางแดงโดยดูดเอาสิ่งอุดตันนั้นออก (กรรชนิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และวีโอลี เลิศธรรมเทวี, 2561)

#### 2. การประเมินอุณหภูมิกายทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดมีการสูญเสียความร้อนได้มาก เพราะมีพื้นที่ผิวกาย (body surface area) กว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและมีไขมันใต้ผิวน้อย ทำให้ไม่มีฉนวนกันความร้อนออกจากร่างกาย ทารกจะมีการผลิตความร้อนภายในร่างกายโดยการเผาผลาญไขมันสีน้ำตาล (brown fat) ที่มีอยู่ภายในร่างกาย ซึ่งเป็นไขมันที่มีเฉพาะในทารกแรกเกิด พบรากบวมรอบคอระหว่างกระดูกสะบัก รอบตื๊อ และต่อมหมวกไต ร่างกายจะรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติได้ ถ้ามีความสมดุลระหว่างอัตราการผลิตความร้อน (heat production) หากอัตราการสูญเสียความร้อนมากกว่าอัตราการผลิตความร้อน อุณหภูมิร่างกายจะลดลง จะมีผลทำให้การใช้น้ำตาลและออกซิเจนสูงขึ้น ทารกจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะร่างกายเป็นกรด และอาจทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดลดลง การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่เกิดขึ้นนี้อาจทำให้เกิดขันตรายถึงแก่ชีวิตของทารกได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องทันท่วงที ดังนั้นพยาบาลจะจัดการประเมินและดูแลอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดให้ปกติ เช่น ดูแลให้ทารกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น ผ้าที่ห่อตัวทารกควรแห้ง เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่ทารกขับถ่าย ช่วยลดการอาบน้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อวัน และสนับสนุนการให้ทารกได้ดูดนมมารดา เพราะ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะหลังคลอด :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

นอกจากทารกจะได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์แล้ว ยังได้สัมผัศความอุบัติจากมาตรการด้วย (รุ่งดาวรุณ ชัยชาหอ และปริยาวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2560)

### 3. การประเมินเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีความต้านทานต่อโรคต่างๆ พยาบาลจึงควรประเมินและดูแล ป้องกันทารกไม่ให้เกิดการติดเชื้อ เริ่มจากการล้างมือทุกครั้งก่อนทำการพยาบาลทารก และให้การพยาบาลทุกครั้งโดยใช้หลักการปลอดเชื้อในการดูแลทารก ดังนี้

#### 3.1 การประเมินและดูแลผิวนังทารกแรกเกิด

ผิวนังของทารกแรกเกิดมีลักษณะบอบบาง เกิดการระคายเคืองได้ง่าย หากมีการถลอกหรือฉีกขาดอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายด้วยเช่นกัน และหากทารกอยู่ในสภาพอากาศที่ค่อนข้างร้อน หรือทารกสวมเสื้อผ้าที่หนาเกินไปอาจจะเกิดเม็ดฟันซึ้ง ลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ มักซึ้งบริเวณ หน้า คอ และผิวนังส่วนที่เสื้อผ้าอับ วิธีช่วยเหลือทำให้เม็ดหาย คือ ให้ทารกสวมเสื้อผ้าบาง ๆ เช่น ผ้าฝ้าย และควบคุมอุณหภูมิของห้องไม่ให้ร้อนเกินไป

การอาบน้ำทารกแรกเกิดครั้งแรกควรทำหลังคลอดเมื่อทารกมีอุณหภูมิร่างกายคงที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อล้างคราบเลือด น้ำครรภ์ และเชื้อโรคต่าง ๆ ที่ผิวนังของทารก เช่น hepatitis B virus, human immunodeficiency virus (HIV) ซึ่งอาจจะเข้าสู่ร่างกายและกระсталเลือดได้หากเกิดบาดแผล และยังเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น และการอาบน้ำครั้งต่อไปทำได้วันละ 1 ครั้ง สำหรับอุณหภูมิของน้ำและลิ่งแวดล้อมในห้องที่จะอาบน้ำควรอุ่น ไม่มีลมพัดผ่าน เพื่อลดการสูญเสียความร้อน อุณหภูมิของน้ำประมาณ 36.6–37.2 °C ภายหลังการอาบน้ำ ต้องเช็ดตากทารกด้วยสำลีชุบน้ำมูกที่เย็นแล้ว โดยเช็ดจากหัวตาไปทางต่ำ และเช็ดสะตื้อทารกด้วย 70% alcohol มีข้อควรระวังในการอาบน้ำทารกแรกเกิดไม่อาบน้ำภายในห้องจากที่ทารกได้รับนม เพื่อป้องกันการอาเจียนและการสำลัก ควรอาบน้ำก่อนการให้นม (ชลดา จันทร์ขาว, 2562)

การดูแลความสะอาดทารกภายในหลังการขับถ่ายของทารก ถ้าเช็ดทำความสะอาดได้ไม่ตืพอ และหากปล่อยให้มีการหมักหมมอันซึ้ง อาจมีการติดเชื้อรำตามมาได้ ภายหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ จึงควรดูแลโดยการเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล เป้ามือโดยในทารกเพศหญิงควรเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดิน

ปัสสาวะ หรือลักษณะน้ำสีขาวและเช็ดให้แห้ง สังเกตการระคายเคืองบริเวณผิวนัง เช่น ผิวนังแดง มีผื่น การป้องกันการเกิดผื่นบริเวณก้นและอวัยวะเพศ โดยเปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อหลังการขับถ่าย เปิดเผยผิวนังบริเวณก้นให้สัมผัสถูกอาการบ้างในระหว่างวัน (ชลดา จันทร์ข่าว, 2562)

การดูแลสายสะตือทารกแรกเกิด โดยรายหลังคลอดสะตือทารกจะแห้ง เที่ยวเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลจนถึงดำในวันที่ 2–3 หลังคลอด และหลุดออกภายใน 10–14 วัน ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต้องสังเกตการมีเลือดออกจากสายสะตือ ซึ่งอาจเกิดจากการผูกสายสะตือไม่แน่น และภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดไปแล้ว ต้องสังเกตอาการติดเชื้อบริเวณสะตือ และดูแล ดังนี้ ดูแลให้สายสะตือแห้งและเช็ดทำความสะอาดสายสะตือทุกวันด้วย 70% alcohol จนกว่าสายสะตือจะหลุด หลังจากสายสะตือหลุดควรดูแลบริเวณที่สายสะตือหลุดให้แห้งและสะอาดต่อไป จนกว่าบริเวณนั้นจะหาย ควรใส่ผ้าอ้อมไม่ให้ปิดทับสายสะตือ เพื่อช่วยให้สายสะตือแห้ง และไม่ถูกอุจจาระ ปัสสาวะ ไม่คราทารครีม โลชั่น หรือน้ำมันบริเวณสายสะตือ เมื่อออกจากห้องน้ำ ให้สายสะตือแห้ง เช้า อาจติดเชื้อตามมาได้ และไม่ควรใช้เบ็งทابบริเวณสะตือ เพราะอาจเกิดการหมักหมม ติดเชื้อได้ สังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อที่สะตือได้แก่ การบวมแดง มีสิ่งคัดหลัง หรือมีกลิ่นเหม็นบริเวณข้อสะตือ ให้คำแนะนำการดูแลในการดูแลทำความสะอาด และสังเกตอาการติดเชื้อบริเวณสายสะตืออย่างต่อเนื่อง (ชลดา จันทร์ข่าว, 2562, รุ่งดาวรรณ ชัยจตุหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560)

การส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารก คือ น้ำนมมารดา ซึ่งในระยะแรกจะเป็นน้ำนมเหลือง (colostrum) ทารกสามารถดูดนมมารดาได้ทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และหากครัวเรือนรับนมมารดาอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน หลังจาก 6 เดือนครัวเรือนรับนมมารดาควบคู่ไปกับอาหารตามวัยถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น การประเมินและส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้รับนมมารดา โดยวิธีการดังนี้

- ช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมโดยใช้หลักดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้าโดยกระตุนให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายใน 30 นาทีหลังคลอด หลังจากนั้นดูดนมทุก 2–3 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 8–12 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ให้มารดาอุ่นให้กระชับและให้ทารกดูดจนถึงลานนม ดูดทั้งสองข้างตามความต้องการ ประมาณข้างละ 10–15 นาที และสลับเต้าที่ทารกดูดครั้งแรกในวันต่อไป ถ้าน้ำนมมากดีแล้วควรให้ทารกดูดนมมารดาให้เกลี้ยงเต้าเป็นข้าง ๆ ไป

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- ให้คำแนะนำนำารดาในเรื่องการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของทารกเมื่อพิว (feeding cue) แทนที่จะปล่อยให้ทารกร้องไห้ก่อน ได้แก่ ทารกເອມือใส่ปาก ทำหาดูด มี rooting reflex โดยทารกจะหันหน้าไปด้านที่ถูกเขี้ยบบริเวณด้านซ้ายของปาก ทารกอ้าปาก และพยายามจะดูด

- แนะนำนำารดาคาดการณ์น้ำนม ลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อ การหลั่งน้ำนม

- แนะนำให้การดาดีมน้ำให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในระยะให้นม ทารกไม่ว่าจะเป็นเนื้อปลา หรืออาหารทะเล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานวิตามินบำรุงเลือดที่ได้รับจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดาดีรับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอในการสร้างน้ำนม สำหรับการดาดีต้องการดีมนเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สามารถดีมนได้วันละไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งจะไม่มีผล ต่อทารก และหากจำเป็นต้องดีมนเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลังจากดีมนแล้วควรเว้นช่วงก่อนให้นมทารกอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แต่หากดีมนมากกว่า 2 แก้วต่อวัน อาจมีผลต่อทารกทำให้หง่วงซึม อ่อนแรง และมีน้ำหนักผิดปกติได้ (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019)

- แนะนำการสังเกตอาการของทารกที่แสดงว่าได้รับนมเพียงพอ ได้แก่ นอนหลับภายในหลังได้รับนมอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนจำนวน 6-8 ครั้ง/วัน ซึ่งแสดงว่าได้รับน้ำเพียงพอ อุจจาระอย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน ในสัปดาห์แรกน้ำหนักตัวของทารกลดลงไม่เกินร้อยละ 7-10 ของน้ำหนักตัวแรกเกิด หลังจากนั้นควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20-30 กรัม/วัน (ชลดา จันทร์ขา, 2562, รุ่งत्रररन् च्योजनहो औपरियावरण विभूल्यवंश, 2560)

## 5. การประเมินและการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับของทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดมักนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ อาจถึง 16-20 ชั่วโมง/วัน ในกรณีนอนหลับแต่ละครั้งนานประมาณ 2-4 ชั่วโมง สลับกับการตื่น 1-2 ชั่วโมง โดยสัมพันธ์กับการพิวและอิ่ม ยังไม่สัมพันธ์กับเวลากลางวันกลางคืน ทารกยังไม่สามารถนอนหลับได้ยาวนานติดตอกันโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน เนื่องจากความจุในกระเพาะอาหารน้อย ทำให้ทารกพิว ทารกเริ่มพัฒนาการตื่นและการนอนหลับให้สัมพันธ์กับเวลากลางวันกลางคืนได้ 1-3 เดือน การนอนหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานานเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ออร์มอนแห่งการเจริญเติบโตหลังออกจากอย่างเต็มที่

ควรแนะนำให้บิดามารดาส่งเสริมการนอนหลับในทารกแรกเกิด โดยจัดทารกนอนในท่าที่เหมาะสม ได้แก่ ท่านอนหงาย และนอนตะแคง เนื่องจากกล้ามเนื้อคอแข็งไม่แข็งแรง การนอนหงายหรือนอนตะแคงจะช่วยให้ทารกสามารถหันซ้าย ขวา มองเห็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ง่ายขึ้น หากจะให้ทารกนอนคว่ำ ควรทำขณะทารกตื่นแล้วมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ทารกลดการเกิดศีรษะแบนและดือของการกำลังกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขน หัวไหล่ ให้เกิดความแข็งแรง (ชลดา จันทร์ข้าว, 2562, รุ่งดาวรรณ ช้อยจอมหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560)

## 6. การประเมินและการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

ควรส่งเสริมให้มารดา มาตรดำเนินการให้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก และสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลทารก ได้เหมาะสม โดยเริ่มจาก

6.1 ส่งเสริมให้มารดาได้โอบกอด สัมผัส ลูบไล้ สำรวจร่างกายทารก และส่งเสริมให้ทารกดูดนนมมารดา การให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในอนาคต และมีผลส่งเสริมให้มีความสำเร็จในการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่นานขึ้น

6.2 กระตุนให้มารดาสื่อสารกับทารก เช่น พูดคุยให้มารดาและครอบครัวพึงเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ของทารก เพื่อให้มารดาและครอบครัวเห็นความน่ารักของทารก

6.3 กระตุนให้มารดาพูดคุยกับทารก เช่น ในระหว่างการอาบน้ำ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมความรักโครงการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

6.4 แนะนำวิธีการดูแลทารกให้แก่บิดา มารดา เช่น การอุ่น การห่อตัวทารก การให้นมแม่ เปิดโอกาสให้บิดา มารดา ได้ดูแลทารกด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยในการนีที่ท้าให้ถูกต้อง หรือให้การช่วยเหลือในการนีที่ยังทำได้ไม่ถูกต้อง (ชลดา จันทร์ข้าว, 2562, รุ่งดาวรรณ ช้อยจอมหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560)

#### 4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมและการพยาบาลในระยะหลังคลอด

กรณีตัวอย่างต่อไปนี้นำเสนองานประเมินมารดาและทารกหลังคลอดโดยใช้แนวคิด 13 B ในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมของการรับร่วมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลในเชิงปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถประยุกต์ใช้หลักการเหล่านี้ในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติ

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G<sub>3</sub>P<sub>1</sub> ประวัติ PARA 1-0-1-1 Last 8 ปี ครรภ์แรก คลอดปกติ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม ครรภ์ที่ 2 แห้งเงยเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน ไม่ได้รับการชุดมดลูก ครรภ์ที่ 3 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เพศชาย น้ำหนัก 3,900 กรัม ใช้เวลาในระยะที่สองของการคลอด 1 ชั่วโมง แรกเกิดทารก ร้องและหายใจทันที active ดี skin mild blue ดูด amniotic fluid ได้ 12 ชีซี APGAR score 1 นาที 9 คะแนน 5 นาที 10 คะแนน รากคลอดปกติ ใช้เวลา 20 นาที เสียเลือดจากการคลอด 200 มิลลิลิตร ครรบ 2 ชั่วโมง หลังคลอด ขยายน้ำนมารดาและทารกมาตีกสูติกรรมหลังคลอด

มารดาหลังคลอด 12 ชั่วโมง มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อน ปวดแผล ฝีเย็บและรูสีก็เจ็บหน่วงบริเวณเชิงกราน ยังไม่ลูกจากเตียง มดลูกนิ่มอยู่เหนือสะดิ้นเล็กน้อย หลังคลอดถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง ปริมาณน้อย คลำพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงเล็กน้อย แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma มีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าอนามัย 2 ผืนชุม Lochia rubra สีแดงสด ไม่พบลิ่มเลือดขนาดใหญ่ ไม่มีกลิ่นเหม็น ห้องไม่มีอีด ยังไม่ถ่ายอุจจาระหลังคลอด แต่กังวลว่าการเบ่งอุจจาระจะทำให้แผลฝีเย็บบวม ไม่มีอาการริดสีดวงทวารหนัก ประเมินสัญญาณชีพได้ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปอรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

หลังคลอดทารกดูดนมมารดาได้ น้ำนมเริ่มไหล หัวนม ลานนม Grade 3 ทารกหลังคลอดมีรอยบวมบนศีรษะซึ้งช้ำขนาด 3x3 เซนติเมตร กดไม่มีรอยบุ๋ม ทารก Active ดี Skin pink ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ตา หู จมูก ไม่มี discharge สายสะตือไม่มีเลือดซึม testes ลง scrotum ทั้ง 2 ข้าง ถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง ยังไม่ถ่ายอุจจาระ

ครอบครัวมาเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด มารดาของสามีแนะนำให้รับประทานอาหารร้อน ดีมน้ำร้อนเท่านั้น ห้ามดีมน้ำเย็น แนะนำให้ดีมน้ำขิงเพื่อเพิ่มน้ำนม และเตรียมให้มารดาหลังคลอดอยู่ไฟเมื่อกลับไปบ้าน

จากการณ์ศึกษา สามารถประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกหลังคลอดโดยใช้ หลัก 13 B และวางแผนการพยาบาล ดังนี้

#### 1. Background: ประเมินประวัติของมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G<sub>3</sub>P<sub>1</sub> ประวัติ PARA 1-0-1-1 Last 8 ปี ครรภ์แรก คลอดปกติ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม ครรภ์ที่ 2 แท้เงยเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน ไม่ได้รับการชุดมดลูก ครรภ์ที่ 3 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,900 กรัม ใช้เวลาในระยะที่สองของการคลอด 1 ชั่วโมง

#### 2. Body condition: การประเมินสภาวะร่างกายทั่วไปของมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอด 12 ชั่วโมง มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดแผลผีเสื้บและรู้สึกเจ็บหน่วงบริเวณเชิงกราน ยังไม่ลุกจากเตียง

#### 3. Body temperature and Blood pressure: การประเมินอุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตของมารดาหลังคลอด

อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปอร์ท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

#### 4. Breast and Lactation: การประเมินเต้านม หัวนม การหลั่งน้ำนม

หัวนมมีลักษณะปกติ ไม่บุบ ไม่แน่น ลามนมยืดหยุ่นดี น้ำนมเริ่มไหล หลังคลอดทารกเริ่มดูดนมมาได้ เต้านมคัดเล็กน้อย ไม่มีอาการแดงร้อนบวมเจ็บเฉพาะที่ มารดาบ่นเจ็บขณะเริ่มให้ลูกดูด 1-2 นาทีแรก ลังเกตท่ออุ่มและ latch พบร้าทารกอมไม่ลึก

#### 5. Belly and Uterus: การประเมินหน้าท้องและมดลูก

ยอดมดลูกอยู่ระดับลงดือ คลำได้ กอนกลมแข็ง หดรัดตัวดี ไม่มีอาการกดเจ็บผิดปกติ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กล้ามเนื้อผนังหน้าท้องหย่อนตามปกติหลังคลอด

#### 6. Bladder: การประเมินกระเพาะปัสสาวะ

มารดาปัสสาวะเองได้ มีอาการแสบเล็กน้อย หลังคลอด 12 ชั่วโมง ถ่ายปัสสาวะ

1 ครั้ง ปริมาณน้อย คลำพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงเล็กน้อย

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

### 7. Bleeding and Lochia: ประเมินเลือดที่ออกและน้ำขาวปลา

เสียเลือดจากการคลอด 200 มิลลิลิตร หลังคลอด 12 ชั่วโมง มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นผ้าอนามัย 2 ผืนชุ่ม ประมาณ 100 มิลลิลิตร Lochia rubra สีแดงสด ไม่พบลิมเลือดขนาดใหญ่ ไม่มีกลิ่นเหม็น

### 8. Bottom ผิเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ ทาร hn ก

แผลผิเย็บระดับ Second-degree บวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดตึงแผลเมื่อเปลี่ยนท่า ประเมินแผลผิเย็บโดยใช้ REEDA: Redness ไม่มีรอยแดง Edema บวมเล็กน้อย Ecchymosis ไม่มี Discharge ไม่มี Approximation ชิดดี ไม่มี hematoma

### 9. Bowel movement: การประเมินการทำงานของลำไส้

ท้องไม่อืด ยังไม่ถ่ายอุจจาระหลังคลอด แต่กังวลว่าการเบ่งอุจจาระจะทำให้แผลผิเย็บปริ ไม่มีอาการริดสีดวงทวาร hn ก

### 10. Blues: การประเมินทางด้านจิตสังคมของมาตรากหลังคลอด

รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อน

### 11. Bonding and Attachment: การประเมินความผูกพันและสัมพันธภาพระหว่างมาตรากและครอบครัว

มีการกระตุนการสร้างสัมพันธภาพหลังคลอดโดยให้ทารกดูดนมมารดา สามารถดูดได้ ครอบครัวมาเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด

### 12. Baby: การประเมินลักษณะทั่วไปของทารก

ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,900 กรัม แรกเกิดทารกร้องและหายใจทันที active ตี skin mild blue APGAR score 1 นาที 9 คะแนน 5 นาที 10 คะแนน หลังคลอด 24 ชั่วโมง มีรอยบวมบนคีรีษะซึ้งขนาด  $3 \times 3$  เซนติเมตร กดไม่มีรอยบุบ ทารก Active ตี Active ตี Skin pink ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ตา หู จมูก ไม่มี discharge สายสะตื้อ ไม่มีเลือดซึม testes ลง scrotum ทั้ง 2 ข้าง ถ่ายปัสสาวะ 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ทารกดูดนมมารดาได้ T 36.9 องศาเซลเซียส HR 130 ครั้ง/นาที R 40 ครั้ง/นาที

### 13. Belief: การประเมินความเชื่อของมาตรากหลังคลอดและครอบครัว

ครอบครัวแน่นำให้รับประทานอาหารร้อนเท่านั้น ห้ามดื่มน้ำเย็น แนะนำให้ดื่มน้ำขิงเพื่อเพิ่มน้ำนม และเชื่อว่าหลังคลอดต้องอยู่ไฟ

## ตัวอย่างปัญหาและแผนการพยาบาลการดาหลังคลอด

มารดาเลี้ยงต่อการตกลีอุดหลังคลอดเนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G<sub>3</sub>P<sub>1</sub> ประวัติ PARA 1-0-1-1 Last 8 ปี ครรภ์ปัจจุบันคลอดทารก น้ำหนัก 3,900 กรัม หลังคลอด 12 ชั่วโมง อ่อนเพลีย มดลูกนิ่มอยู่เหนือระดับอั้งไม้ถ่ายปัสสาวะ แพลงผิวเย็บบวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma มีเลือดออกทางซ่องคลอดซึมผ้าอนามัย 2 ผืน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรป্রอทชีพจร 90 ครั้ง/นาที

### วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

มารดาไม่ตกลีอุดหลังคลอด

### เกณฑ์การประเมินผล

มดลูกหดรัดตัวดี Bleeding per vagina น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แพลงผิวเย็บไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma ชีพจรน้อยกว่า 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16–20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 mmHg มารดาหลังคลอดไม่มีอาการเรียบง่าย หน้ามีด หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว อ่อนเพลีย ตัวเย็น

### กิจกรรมการพยาบาล

- ดูแลให้มดลูกหดรัดตัวดี โดยคลึงมดลูกเบาๆ ที่บริเวณยอดมดลูกและแนะนำให้มารดาคลึงมดลูกเมื่อมดลูกคลายตัว
- กระตุนให้มารดาถ่ายปัสสาวะ ไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เพื่อลดการกดเบี้ยดของกระเพาะปัสสาวะที่มีผลต่อการหดรัดตัวของมดลูก
- ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากการซ่องคลอดทุกชั่วโมง ไม่เกิน 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง โดยสังเกตจากผ้าอนามัยไม่เกิน 1 แผ่นชั่วโมง
- วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที 4 ครั้ง หลังจากนั้นถ้ามีสัญญาณชีพดี วัดทุก 1 ชั่วโมง และต่อไปวัดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพของมารดาทุก 4 ชั่วโมง ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจและอุณหภูมิ

**การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม :** การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. แนะนำการดูแลหลังเกตออกากรตอนแรก หากมีเลือดออกทางช่องคลอดซึมพ้าอนามัย 1 ผืนภายใน 1 ชั่วโมง รวมกับมืออาการเกรียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่ออออก ตัวเย็น หรือมีอาการผิดปกติใด ๆ ให้แจ้งพยาบาลทันที
6. ส่งเสริมให้มารดาให้นมบุตรหลังคลอดทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นฮอร์โมน ออแกนิซิตอซิน ทำให้มดลูกหดรัดตัวดี

### ตัวอย่างปัญหาและแผนการพยาบาลหากหลังคลอด

หากมีภาวะ cephalhematoma เนื่องจากใช้เวลาในระยะที่สองของการคลอดอย่างนาน

#### ข้อมูลสนับสนุน

มารดาครรภ์ที่ 3 ใช้ระยะเวลาที่สองของการคลอด 1 ชั่วโมง หากน้ำหนัก 3,900 กรัม ภายในหลังคลอด พบรอยบวมบนศีรษะหากทางซีกขนาด  $3 \times 3$  เซนติเมตร กดไม่มีรอยบุบ

#### วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะ cephalhematoma

#### เกณฑ์การประเมินผล

หากไม่เกิดภาวะซีด ระดับ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะตัวเหลือง ระดับ micro bilirubin อยู่ในเกณฑ์ปกติ รอยบวมที่ศีรษะไม่โตขึ้นจากเดิม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เกี่ยวกับก้อนบวม ภาวะเลือดออกในสมอง อาการซีด ตรวจเลือดประเมินค่า hematocrit และ micro bilirubin
2. ประเมินหากมีภาวะผิดปกติต้องรีบแจ้งให้แพทย์ทราบ เช่น ภาวะซีดมากอาจต้องให้เลือด และหากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟเพื่อรักษาภาวะตัวเหลืองตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้การนอนตะแคงตรงข้ามกับก้อนบวม เพื่อบริ่งกันการกดทับที่จะกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น

4. อธิบายให้ทราบด้วยครอปครัวเข้าใจในลิ้งที่เกิดขึ้น และไม่ใช้ภาษา ยานวด ประคบ หรือเจาะเอาเลือดที่ก้อนบวมออก แจ้งให้ทราบว่า ก้อนบวนนี้จะหายไปเองภายในเวลาเป็นสัปดาห์ หรืออาจนาน 1-3 เดือน

### บทสรุป (chapter summary)

การประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอดทันที ถือเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลหลังคลอด การประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง และตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อวางแผนทางแก้ไข สถาปบันในระยะเริ่มแรกจะสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที่ทั้งมารดาและทารก ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ ความเอาใจใส่ การสังเกต และการวิเคราะห์ภาวะต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงภายในระยะหลังคลอดในระยะเริ่มแรกของพยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งการตัดสินใจแก้ไขภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกหลังคลอดโดยยังเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลพึงตระหนักรถึงการประเมินสภาพทารกแรกเกิดอย่างละเอียด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมล้มพัฒนาพัฒนาและให้คำแนะนำแก่มารดาและครอบครัวในการดูแลทารกหลังคลอดให้ปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2567). วิเคราะห์สถานการณ์การตายมาตรดาของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. chrome-extension://efaidnbmnnibopcajpcglclefindmkqj/https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F\_IDC32/OPDC2568\_IDC3-2\_01-1.pdf
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์akk เจ้าของ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กรรมการ พระราม, กฤษณ์ สุวรรณรัตน์ และวรวรัญญา ชลารักษ์ปนาท. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพมาตราหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า* จันทบุรี, 32(1), 135–149.
- กรรมการ วิจิตรสุคนธ์ และวีโอลี เลิศธรรมเทวี. (2561). การพยาบาลทารกแรกเกิด ในศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, พองคำ ติลากสกุลชัย, วีโอลี เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรี้ยงเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พယัดมเรือง (บ.ก.). ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น. 311–464). สมมิตรพรินติ้งแอนด์พับชิซซิ่ง.
- คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2568–2570. (2568). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การบ้องกั้นและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด *RTCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage*. <https://www rtcog.or.th/content/readfile/70>
- ชลดา จันทร์ขาว. (2562). การพยาบาลทารกแรกเกิด. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ไทยรัฐ ออนไลน์. (2555). ทารกเทาๆ ก. <https://www.thairath.co.th/lifestyle/woman/285811>
- บุญญา พัฒนจินดาภุล. (2560). การบาดเจ็บจากการคลอด. ใน ประภัทร วนิชพงษ์พันธุ์, กุศลรัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บ.ก.). ตำราสูติศาสตร์. (น. 349–354). พี.เอ. สีพิง.
- ประนอม บุพติริ. (2554). การคลอดติดโถ. *ศรีนคินทร์เวชสาร*, 26(1), 64–70.
- ปราษณาวดี ยมานันตกุล. (2567). การพยาบาลมาตราหลังคลอด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ (บ.ก.). การพยาบาลสูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 17). (น. 171–201). ธนาเพลส.

ผู้ว่าด้วย หนูมาก. (2567). การปรับตัวด้านจิตใจ สังคม และบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด. ใน ศศิธร พุมดวง และเบญญาภา ชิติมาพงษ์. (บ.ก.). การพยาบาลมารดา ทารกและการพัฒนาครรภ์ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น.503-510). สยาม พรินติ้ง.

เพื่อลดความเสี่ยง. (2564). ระยะหลังคลอด. ใน ชีระ ทองลง (บ.ก.). สุนทรีย์ (เรียบเรียงครั้งที่ 6). (น.193-210). บริษัทลักษณ์มีรุ่ง จำกัด.

รุ่งดาวรรณ ช้อยจอยหอ และปริยาวรรณ วิบูลย์วงศ์. (2560). ทารกแรกเกิด: การประเมินภาวะสุขภาพการลังเลริมและการบ้องกันปัญหาสุขภาพ. นานาพรส.

โรงพยาบาลศิริราช. (ม.ป.บ.). คู่มือการให้คำแนะนำ STT. [https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N\\_OBS/admin/news\\_files/87\\_65\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OBS/admin/news_files/87_65_1.pdf)

วีโอล เลิศธรรมเทวี และสมลิริ รุ่งอมรรัตน์. (2559). การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง. ใน วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, สมลิริ รุ่งอมรรัตน์ และสุดาธาร์ตัน พยัคฆ์เรือง (บ.ก.). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง. (น.1-34). พรี-วัน.

ศิรินุช ชมโภ และศิรากรณ สวัสดิวร. (2555). ตัวการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไร.

สิริพรรณ จำปาเงิน. (2559). การพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาขาวิชานสุข, 25(2), 237-245.

Cleveland Clinic. (2025). *Diastasis Recti*. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22346-diastasis-recti>

Dadhich, J. P. (2016). *Breastfeeding*. [https://www.researchgate.net/figure/Prolactin-reflex-Reproduced-with-permission-from-World-Health-Organization-WHO-Infant\\_fig2\\_319710737](https://www.researchgate.net/figure/Prolactin-reflex-Reproduced-with-permission-from-World-Health-Organization-WHO-Infant_fig2_319710737)

Davidson, N. (1974). REEDA: Evaluating postpartum healing. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 3(2), 35-44. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4376045/>

Google LLC. (2025). *Gemini* (Flash 2.5 version) [Large Language Model]. <https://gemini.google.com>

- Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23(1), 27–32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8176525/>
- Mukesh. (2025). *Normal Puerperium*. <https://nursingawareness.com/message.php?id=123>
- OpenAI. (2025). *Image generated by ChatGPT [AI-generated image]*. <https://chat.openai.com/>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Breastfeeding your baby*. <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq029.pdf?dmc=1&ts=20191120T0745232732>
- World Health Organization. (2025). *Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum hemorrhage*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/88bf11a5-93b6-4d6b-bdaa-856b46c8ed3c/content>

## ดัชนีค้นคำ Index

### A

- abruptio placenta ..... 17
- acquired immunodeficiency syndrome 23
- Adalat ..... 182
- adolescent pregnancy ..... 2
- advanced maternal age ..... 2
- AIDS ..... 23
- anemia ..... 23, 48
- antenatal care ..... 15, 19, 40, 63, 127
- antepartum hemorrhage ..... 5
- anterior fontanelle ..... 246
- APGAR score 6, 171, 172, 173, 199, 200, 265, 273, 275
- Approximation ..... 234, 275
- assessment 20, 24, 25, 33, 36, 40, 44, 47, 75, 87, 88, 116, 122, 126, 161, 195, 222
- assisted reproductive technology ..... 97, 145
- asymmetrical fetal growth restriction ..... 148
- Audible ..... 227
- autolysis of muscle fiber ..... 228

### B

- babinski's sign ..... 261
- baby ..... 239, 281
- baby blues ..... 239
- Background ..... 222, 274
- Belief ..... 243, 275
- Belly and Uterus ..... 228, 274
- birth weight ..... 6, 42, 70, 71
- Bladder ..... 231, 274
- Bleeding and Lochia ..... 231, 275
- Bleeding per vagina ..... 276
- blinking reflex ..... 261
- blood clot ..... 228
- blood pressure ..... 246
- blues ..... 235, 239
- Body condition ..... 223, 274
- body mass index ..... 28, 29, 92
- Body temperature ..... 223, 274
- Bonding and Attachment ..... 242, 275
- Bottom ..... 233, 275
- Bowel movement ..... 235, 275
- brachial plexus* ..... 198, 256, 257
- Breast and Lactation ..... 224, 274

breast female cancer.....	12
Bricanyl .....	178
brown fat.....	268

C

caesarean section .....	71
caput succedaneum.....	247, 248, 263
case study.....	32, 35, 116, 118
Category I	167, 168, 179, 180, 181, 182,
	183
Category II.....	167, 168, 170
Category III.....	167, 168, 170, 171
cause of death .....	11
causes of mortality.....	7
cephalhematoma....	247, 248, 263, 277
cephalopelvic disproportion.....	71, 164
Cephalopelvic disproportion .....	165, 217
cervical cancer .....	12
cervical cerclage .....	146, 147
cesarean section .....	71
childbirth.....	13
chronic diseases.....	4, 71
Chronic hypertension.....	185
clavicle flexure .....	252
cleft lip.....	250
cleft palate.....	250

clinical practice guidelines.....	14
club foot .....	258
Comfort .....	227
complications .....	14, 24, 33, 44
congenital anomalies....	4, 42, 70, 71,
	122
continuity .....	21, 24
continuous electronic fetal monitoring	.....
	166, 216
continuum process.....	19
contraction .....	228
coughing reflex.....	261
CPD .....	71, 142, 164, 165, 217
crawling reflex.....	261
critical period.....	5
crude birth rates.....	8
c-section.....	71
cure .....	14

D

data collection.....	25
desquamation of skin .....	254
diagnosis.20, 24, 33, 87, 89, 100, 122,	
	127, 195, 281
diastasis recti .....	230
Discharge .....	234, 275

- down syndrome 45, 49, 50, 90, 119, 121  
 dynamism ..... 21

**E**

- early preterm labor ..... 144  
 ecchymosis ..... 254  
 Ecchymosis ..... 234, 275  
 Eclampsia ..... 185, 186, 187, 209  
 EDC ..... 22, 129, 153  
 edema ..... 13, 179, 184, 186, 202  
 Edema ..... 233, 234, 275  
 edward syndrome ..... 58, 121  
 environmental and social factors ..... 17  
 epstein pearl ..... 250  
 Erythema toxicum ..... 254  
 estimate fetal weight ..... 149  
 evaluation ..... 20, 24, 25, 32, 34, 87, 118,  
     122, 198  
 evidence-based practice ..... 6, 14, 21  
 expected date of confinement ..... 22  
 extrusion reflex ..... 261

**F**

- facial nerve ..... 248, 249, 250  
 family centered care ..... 21

- family planning ..... 4  
 fertility ..... 18, 127  
 fetal development ..... 5  
 fetal distress ..... 5, 33, 212  
 fetal growth restriction ..... 17, 148, 149  
 fetal position ..... 15  
 figure of eight ..... 228  
 folic acid ..... 30, 35, 42, 72  
 foul lochia ..... 232

**G**

- G6PD ..... 52, 87, 90, 119  
 gag reflex ..... 261  
 genetic counselling ..... 4  
 genetic screening ..... 6  
 gestational diabetes mellitus ..... 1, 5, 42,  
     61, 90, 122  
 gestational hypertension ..... 4, 71, 93  
 Gestational hypertension ..... 184  
 goal setting ..... 32

**H**

- health consequences ..... 14  
 health promotion ..... 14, 41, 42  
 health system framework ..... 21

HELLP syndrome ..... 183, 185, 187, 190  
hemangioma ..... 254  
hematoma ..... 233, 263, 267, 275  
hepatitis B virus ..... 24, 63, 269  
high risk ..... 25, 39, 45, 46, 132  
high-risk pregnancy ..... 5, 16  
HIV. 24, 46, 47, 63, 74, 77, 78, 88, 92,  
116, 202, 269

hold ..... 236, 237, 242

holistic assessment ..... 21  
holistic care ..... 17, 24, 74

HPV ..... 67, 69, 115

human Immunodeficiency virus ..... 24

human papilloma virus ..... 67

hymen tag ..... 259

hyperthyroid ..... 23

hypothyroid ..... 23

## I

immediate puerperium ..... 221  
immunization ..... 4  
implementation. 20, 24, 32, 34, 87, 89,  
118, 122, 196

individualized care plan. 19, 42, 71, 73,  
86

individualized nursing care plan ..... 14

Infant mortality ..... 7  
infection ..... 3, 23  
infertility ..... 18, 40, 60, 81, 125, 127  
Intermittent auscultation ..... 166  
intimate partner violence ..... 15  
intrapartum ..... 1, 3, 5, 15, 24  
involution ..... 6, 228  
involution of uterus ..... 6  
ischemia of uterus ..... 228

## J

jaundice ..... 256

## K

key concepts ..... 21

## L

lack of attachment ..... 242  
lactation ..... 6  
lactogenesis ..... 224, 225  
lanugo hair ..... 254  
LATCH ..... 226, 281  
late preterm labor ..... 144  
late puerperum ..... 221  
let-down reflex ..... 225

- letting-go phase ..... 236, 238
- leukemia ..... 12
- live births ..... 7
- liver cancer ..... 11
- lochia alba ..... 233
- Lochia rubra ..... 232, 275
- lochia serosa ..... 232
- low risk ..... 25, 45, 46, 132
- lung cancer ..... 11

## M

- macrosomia ..... 71, 194, 219
- maternal 1, 2, 3, 6, 7, 14, 17, 18, 33, 39, 40, 47, 70, 73, 116
- maternal factors ..... 17
- maternal morbidity ..... 1
- maternal mortality ..... 1, 2, 3, 7
- maternal role ..... 6
- McRoberts maneuver ..... 196, 197, 198
- MgSO<sub>4</sub> 180, 181, 188, 189, 191, 209, 210
- midwife ..... 5
- milia ..... 254
- miliaria ..... 254
- milk fever ..... 223
- mode of death ..... 11
- molding ..... 246

- mongolian spot ..... 254
- moro reflex ..... 250
- mortality ..... 2, 7, 8, 40, 70, 144, 219
- multidisciplinary ..... 6, 31, 34, 47, 86, 92

## N

- neonatal morbidity ..... 1
- neonatal mortality rate ..... 2, 144
- neonatal sepsis ..... 1
- neonatal teeth ..... 250, 251
- neural tube defects ..... 30
- newborn ..... 1, 3, 6, 14, 17, 18, 39, 40
- newborn health assessment ..... 6
- NIFTY Test ..... 121
- non stress test ..... 135
- Non-Invasive Fetal Trisomy ..... 121
- Non-Invasive Prenatal Testing ..... 121
- nursing diagnosis ..... 32, 117
- nutrition status ..... 4

## O

- obstetric emergency ..... 15
- obstetric history ..... 22, 71, 87
- obstetric nursing ..... 5

obstetric risk assessment	14, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 32, 41, 43
obstetric risk condition	16
obstetric risk conditions	1, 3, 76
obstructed labor	5
occipitofrontal	246

P

palmar grasping reflex	256, 260
partograph	161, 194
patau syndrome	58, 121
pendulous abdomen	230
persistent red lochia	232
petechiae	254
physiologic phimosis	259
placing reflex	260
planning	20, 24, 25, 33, 40, 71, 72, 87, 89, 117, 122, 125, 196
posterior fontanelle	246
postpartum	1, 3, 6, 15, 19, 24, 159, 229, 235, 239, 240, 280, 281
postpartum depression	6, 235, 240
postpartum hemorrhage	1, 3, 6, 229, 281
Postpartum Hemorrhage	262, 263, 279
postpartum infection	6

postpartum mother	14
postpartum period	6, 13, 15, 159
postpartum psychosis	235
preconception	1, 3, 4, 15, 19, 24, 26, 35, 37, 41, 42, 43, 48, 70, 72, 74, 86, 87, 90, 92, 125
preeclampsia	1, 3, 5, 33, 42, 61, 71, 90, 116, 122, 183, 184, 185, 190, 215
Preeclampsia	184, 202, 212
pregestational diabetes	4, 62
pregnancy	1, 2, 3, 4, 5, 13, 17, 22, 24, 33, 39, 40, 44, 48, 71, 108, 125, 127, 134, 141, 159, 219
pregnant woman	14
pre-premature rupture of membrane	17
preterm	1, 5, 42, 48, 70, 71, 116, 144, 146
preterm birth	1, 5, 42, 48, 70, 71, 116
prevention	14
Prevention	20, 21, 41, 61, 86, 125, 279
primary prevention	20
prioritization of care	19
proactive nursing interventions	20
proactive process	19
process	20, 24, 25, 32, 33, 42, 43, 86, 116, 122, 161, 250

- progress of labor ..... 15, 26
- prolonged labor ..... 5
- proteinuria ..... 13
- pseudo- menstruation ..... 259
- puerperium ..... 220
- pupillary reflex ..... 261

**Q**

- quad test ..... 121
- quadruple test ..... 121

**R**

- reactionary fever ..... 223
- recurrent abortion ..... 74
- Redness ..... 233, 234, 275
- REEDA scale ..... 233, 234
- Rh negative ..... 22
- Rh positive ..... 23
- risk assessment .. 2, 16, 26, 40, 43, 44, 48, 74, 87
- risk classification ..... 25
- risk factors ..... 16, 25, 41, 43, 44, 70
- rooming in ..... 242
- rooting reflex ..... 250, 260, 271

**S**

- secondary prevention ..... 20
- severe features ..... 185
- sexual behaviours ..... 4
- sexually transmitted diseases ..... 24
- shoulder dystocia ..... 71
- Siriraj tongue-tie score ..... 251, 252
- small for gestational age ..... 149, 264
- sneezing reflex ..... 261
- spontaneous preterm delivery ..... 146
- Startle reflex ..... 260
- stepping reflex ..... 260
- stillbirth ..... 71, 174
- stillbirth rate ..... 2
- striae gravidarum ..... 230
- sub temperature ..... 255
- subconjunctival hemorrhage ..... 249
- subinvolution of the uterus ..... 229
- suboccipitobregmatic ..... 246
- substance use ..... 4
- superimposed preeclampsia ..... 185
- Suprapubic pressure ..... 196, 197, 198
- symmetrical fetal growth restriction ..... 148
- systemic lupus erythematosus ..... 23, 44

T

- taking-in phase ..... 236, 242
- teenage pregnancy ..... 2
- tertiary prevention ..... 20
- thalassemia ..... 23, 45, 49, 63, 119
- Thrombin ..... 266
- thromboembolic disorders ..... 6
- thyroid toxicity ..... 23
- Tissue ..... 266
- Tone ..... 266
- tongue tie ..... 251
- tonic neck reflex ..... 260
- torticollis ..... 252
- transabdominal ultrasound cervical length ..... 147
- transvaginal ultrasound cervical length ..... 146
- Trauma ..... 266
- triple marker test ..... 121
- triple test ..... 121
- Trisomy ..... 49, 121

U

- umbilical ..... 253
- undescended testes ..... 259
- urine pregnancy test ..... 134
- uterine contraction ..... 15
- uterine rupture ..... 5

V

- vernix caseosa ..... 254
- vulnerable women ..... 21

W

- Webbed neck ..... 57
- witch's milk ..... 253
- woman in labor ..... 14
- woman of reproductive age ..... 18
- women of reproductive age ..... 4, 14, 41

## ประวัติผู้เขียน



อาจารย์ ดร.ชญาดา เนตร์กระจง

- ❖ Ph.D. (Nursing), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556
- ❖ พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546
- ❖ ป.พย. (พยาบาลศาสตร์), วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2538



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นุชรา เมฆกมล

- ❖ พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) มหาวิทยาลัยบูรพา, 2544
- ❖ ป.พย. (พยาบาลศาสตร์), วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2539



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อารีรัตน์ วิเชียรประภา

- ❖ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550
- ❖ พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2545



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จรัญญา ดีจะโปะ

- ❖ พย.ม. (การพดุงครรภ์), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559
- ❖ พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2550



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บรรณิกา พราง

- ❖ พย.ม. (การพดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยบูรพา, 2562
- ❖ พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2555

“การประเมิน” สำคัญ กว่าที่คิด ส่องชีวิต ในเมือง อาจถึงตาย เสี่ยงทุกฝ่าย ทุกทาง ตารางหน้าย แต่เพราะรัก วิชาชีพ จึงอยู่เคียง

วิชาชีพ พยาบาล งานสืบขาว พัฒนางาน พยาบาล ให้รุ่งเรือง ภาวะเสี่ยง ในสูติ มีหลากหลาย กั้งมารดา การก วัยเจริญพันธุ์

อภิสิทธิ์ หล่ายครา พากลืนกลืน ขอเพียงได้ บริการ ได้ดูแล ทุกค าวย่าง เต็มตื้น ด้วยความพร้อม ฝึกประเมิน รวดเร็ว แม่นยำไว

พยาบาล ด้านหน้า การดูแล กั้งประเมิน วิเคราะห์ และกัดกลืน เป้าหากเพียร เรียนรู้ การพยาบาล มอบของขวัญ เปี่ยมล้น เพื่อชนไทย

ประเมินผิด พลาดผิด นั่งใจหาย ค าแก้ได้ ปลอดภัย ให้ร้อยเรียง ค าเลียงได้ ใครใคร ก็อยากเลียง พร้อมเรียบเรียง เพื่อเพียง เพียรประท่อง

หลายเรื่องราว ค าวเข้า อย่างต่อเนื่อง เมื่อพันเพ็ง เลื่อนเรื่อง ให้ครบครัน ทุกช่วงวัย พบร า ใช้รังสรรค รุนแรงกัน มากขึ้น หากไม่แคร์

ด้วยภาพผัน ตีบตัน พลันท้อแท้ หน้าที่แท้ ไม่มีแม้ ด้วยเต็มใจ หนักก ยอม นอบน้อม ไม่เฉลิ คอยห่วงใจ มีให้ พร้อมหยัดยืน

ใกล้ชิดแท้ ไม่แพ้ สาขาอื่น แบบนำร าน หยิบยื่น ให้ด้วยใจ เพื่อเชี่ยวชาญ ชำนาญ ช่วยงานไข ดูแลให้ ผลงานไทย “สุขนิรันดร์”

ประพันธ์โดย  
ดร.ชญาดา เทตร์กระจ าง  
วิทยาลัยพยาบาลพระป าเกล้า จังหวัดบุรี  
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก