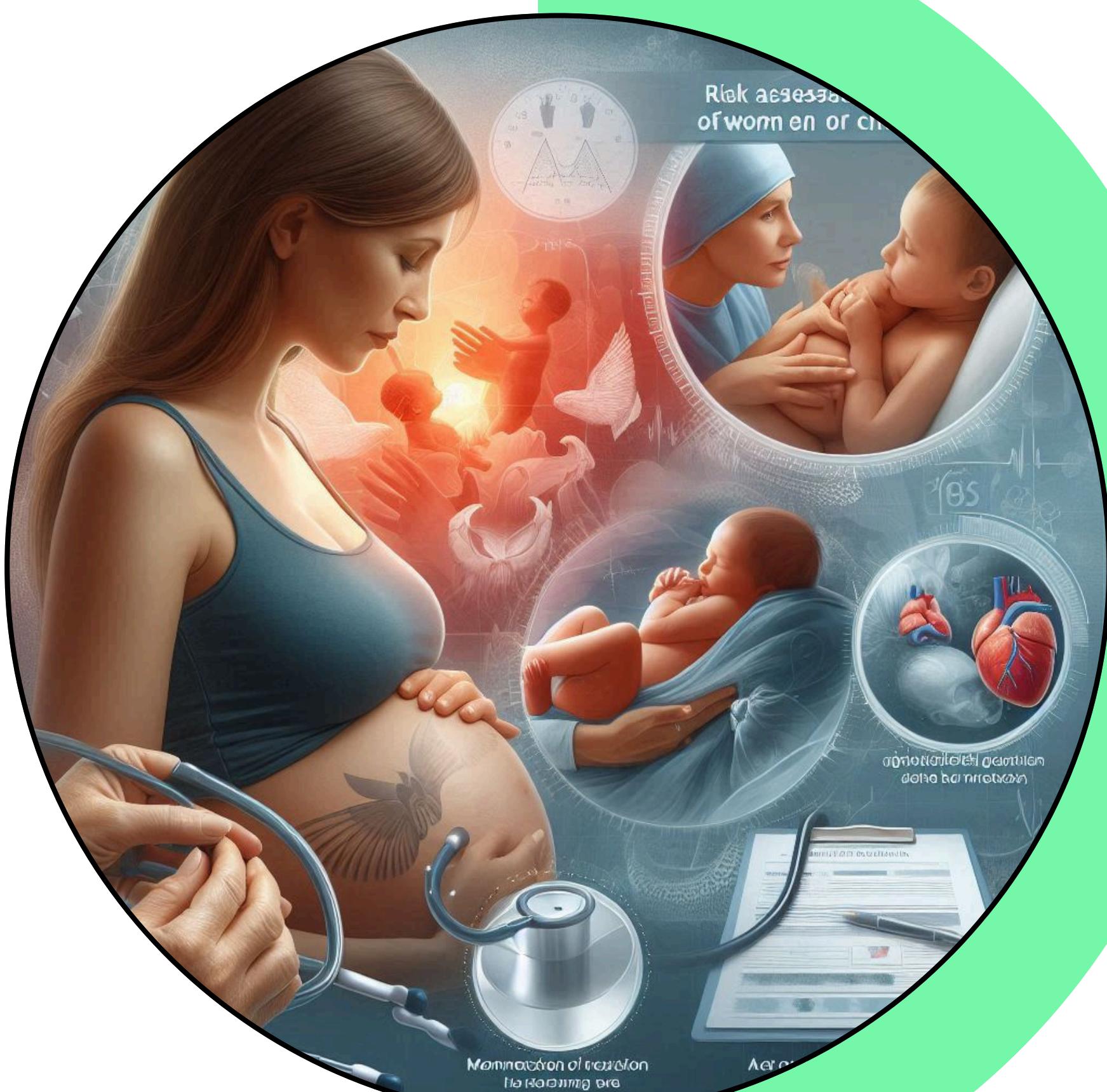




การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และการก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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



ชญาดา เนตรกระจ้าง
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 วิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดบุรี คณภาพพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ปีที่พิมพ์	2568
พิมพ์ครั้งที่	1
จำนวนเล่ม	-
จำนวนหน้า	287
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.—จังหวัดบุรี : [ม.บ.พ.], 2568.
287 หน้า.

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

618.20231

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

คำนำ

สำหรับวิชาการพยาบาล ถือเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาทางการพยาบาล เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ทั้งด้านทฤษฎีและการปฏิบัติ ต่อนักศึกษาพยาบาลที่จำเป็นต้องมีความรู้ที่แม่นยำจึงจะสามารถให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ 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 วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ในหลักสูตรปริญญาตรี เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ทางด้านทฤษฎีที่ถูกต้องและใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้ป่วยในการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชนได้

จากความก้าวหน้าทางด้านการเชื่อมโยง สองต่อข้อมูลของเครือข่ายการดูแลสุขภาพใน
ยุคศตวรรษที่ 21 พบริษัท หงส์วัยเจริญพันธุ์ ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หงส์วัยตั้งครรภ์ มารดา และ^๔
ทารก มีโอกาสเกิดภาวะผิดปกติต่าง ๆ ทางสุขภาพรวม (เป็นกลุ่มของการและโรคต่าง ๆ ทาง^๕
สุขภาพศาสตร์) ทั้งที่ถ่ายทอดและไม่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ-^๖
อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จึงจำเป็นที่บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องพัฒนาความรู้และ^๗
ทักษะด้านการพยาบาลในการประเมินและแก้ปัญหาสุขภาพของหงส์วัยเจริญพันธุ์ ในระยะ^๘
ก่อนตั้งครรภ์ หงส์วัยตั้งครรภ์ มารดา และทารก ที่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพได้^๙
เพื่อลดอุบัติการณ์การเสี่ยงชีวิต ตามเกณฑ์ (ตัวชี้วัด) มาตรฐานการสาธารณสุขของการดูแล^{๑๐}
สุขภาพมารดาทารก ๓ ตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราตายของมารดา อัตราเกิดโรคชีพของทารก และ^{๑๑}
อัตราตายของทารกแรกเกิด

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะก่อนตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก พบร่วมกับความรู้ในศาสตร์เฉพาะทางที่จะเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับพยาบาล และจากการค้นคว้าในแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ พบร่วมกับการวิชาการพยาบาลใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินภาวะเลี้ยงเพื่อให้การพยาบาล ยังมีจำนวนอยู่และไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้เขียนจึงตระหนักถึงความสำคัญในการเขียนเนื้อหาเรื่อง การประเมินภาวะเลี้ยงทาง

สูติกรรม : การพยาบาลมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อเน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินว่า เป็นด้านแรกของการพยาบาล ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและความสำเร็จของการดูแลรักษาภาระของอาการ และโรคต่าง ๆ ทางสูติกรรมได้

สาระสำคัญของคำราлемนี้มี 5 บทโดยในบทที่ 1 จะกล่าวถึง ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม ที่พบในมารดาและทารก ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่วนในบทที่ 2 จะกล่าวถึง การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมและการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ บทที่ 3 เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ บทที่ 4 เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลในระยะคลอด และบทที่ 5 เป็นการประเมินภาวะเสี่ยง และการพยาบาลในระยะหลังคลอด ซึ่งทุกบทจะกล่าวถึงการประเมินภาวะเสี่ยง สถานการณ์ ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในช่วงเวลาต่างๆ กระบวนการพยาบาล และกรณีตัวอย่าง พร้อมทั้งบทสรุป

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคำราлемนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล พยาบาล วิชาชีพ พยาบาลผดุงครรภ์ และผู้สนใจในการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการและใช้อ้างอิงในการประเมินภาวะเสี่ยงและให้การพยาบาลมารดา และทารกได้อย่างมั่นใจ

อาจารย์ ดร.ชญาดา เนตร์กรະจง

บรรณาธิการ



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	บทที่ ๑ ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบในมารดา และทารก
 ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด	
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 – 125

และการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์

บทนำ.....	41
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	43
ในระยะก่อนตั้งครรภ์	
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมที่พบบ่อย	75
ในระยะก่อนตั้งครรภ์	
3. กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์.....	86
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	114
และการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์	
บทสรุป.....	120
เอกสารอ้างอิง.....	122

บทที่ 3 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม

126 – 157

และการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

บทนำ.....	126
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมในระยะตั้งครรภ์....	126
ไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 3	
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	135
ที่พบบ่อยในระยะตั้งครรภ์	
3. กระบวนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์.....	148
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม.....	150
และการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์	
บทสรุป.....	155
เอกสารอ้างอิง.....	156

บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม

158 – 217

**และการพยาบาลในระยะคลอด**

บทนำ.....	158
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะคลอด.....	158
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	172
ที่พบบ่อยในระยะคลอด	
3. กระบวนการพยาบาล ในระยะคลอด.....	173
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	198
และการพยาบาลในระยะคลอด	
บทสรุป.....	214
เอกสารอ้างอิง.....	215

บทที่ 5 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม

218 – 279

**และการพยาบาลในระยะหลังคลอด**

บทนำ.....	218
1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมในระยะหลังคลอด..	219
2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	260
ที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด	
3 กระบวนการพยาบาลในระยะหลังคลอด.....	263
4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	271
และการพยาบาลในระยะหลังคลอด	
บทสรุป.....	276
เอกสารอ้างอิง.....	277

ดัชนีค้นคำ (Index).....	280
ประวัติผู้เขียน.....	287

หัวข้อ	หน้า
รูปที่	
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 ไฟบริซิส (cystic fibrosis: CF).....	51
2.4 ตาบอดสี (color blindness).....	52
2.5 โรคพร่องเอนไซม์ G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase)	53
2.6 กลุ่มอาการ เฟรใจล์เอ็กซ์ ชินดิروم (fragile x syndrome: fragile x หรือ FXS)	54
2.7 กลุ่มอาการโคลน์เฟลเตอร์ ชินดิروم (klinefelter syndrome)	55
2.8 กลุ่มอาการทริปเปิล เอ็กซ์ ชินดิروم (triple-x syndrome).....	55
2.9 กลุ่มอาการจาค็อบส์ชินดิروم (jacob syndrome).....	56
2.10 กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ ชินดิروم (turner syndrome).....	57
2.11 กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ดชินดิروم (edward syndrome).....	57
2.12 กลุ่มอาการพาทัวร์ชินดิروم (patau syndrome).....	58

รูปที่	หน้า
2.13 โรคสวีเออร์ (swyer syndrome).....	59
2.14 EDCs (endocrine disrupting chemical).....	94
3.1 กราฟการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์.....	139
4.1 กราฟดูแลการคลอดของ WHO PARTOGRAPH.....	161
4.2 ภาพแสดงตัวอย่างการเปลผล Category I: FHS normal baseline	166
4.3 ภาพแสดงตัวอย่างการเปลผล Category II: minimal Variability	168
4.4 ตัวอย่างการเปลผล Category III: Sinusoidal pattern.....	169
4.5 แสดงการทำ Suprapubic pressure.....	195
4.6 แสดงการทำ McRoberts maneuver.....	196
5.1 กลไกการสร้างน้ำนม (lactogenesis).....	223
5.2 กลไกการหลั่งน้ำนม (Let-down reflex).....	224
5.3 การลดระดับของมดลูก.....	227
5.4 Diastasis recti.....	228
5.5 เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอด.....	239
5.6 แสดงตำแหน่ง OF และ SOB	245
5.7 caput succedaneum และ cephalhematoma.....	246
5.8 การบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า (facial nerve paralysis)..	247
5.9 neonatal teeth.....	249
5.10 Siriraj tongue-tie score (STT).....	250
5.11 witch's milk.....	251
5.12 Klumpke paralysis และ Erb paralysis.....	255
5.13 ด้านหน้าและด้านหลังของเท้าบุก.....	256

ตารางที่

หน้า

1.1	จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย มารดาตาย.....	9
	และดัชนีชีพ พ.ศ. 2551 – 2565	
1.2	ขั้นตอนของกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม.....	24
	(Process of Obstetric Risk Assessment)	
1.3	ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) และการแปลความหมาย	29
3.1	แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์.....	127
3.2	แบบประเมินความเครียด (ST-5).....	128
3.3	แบบคัดกรองซึมเศร้า (2Q plus).....	129
3.4	แบบประเมินการตีมสุรา.....	130
3.5	การฝากครรภ์คุณภาพ.....	134
4.1	การประเมินภาวะเสี่ยงของการผิดสัดส่วนของคีรยะทารกและ ช่องเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion; CPD)	162
4.2	แสดง Apgar Score.....	170
4.3	แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด ^{แบบ 3 ระดับ}	171
4.4	แสดงระดับความรุนแรงของภาวะการขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด ^{แบบ 2 ระดับ}	171
5.1	การเปลี่ยนแปลงของน้ำ胞ลา.....	230
5.2	การประเมินการหายของแพลฟีเย็บโดยใช้ REEDA scale.....	232

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

- 3.1 แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงทั้งครรภ์131

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) ได้ ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ (preconception) ตั้งครรภ์ (pregnancy) ระยะคลอด (intrapartum) และระยะหลังคลอด (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) จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่สะท้อนถึงความสามารถในการคัดกรอง การวินิจฉัย และจัดการภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น (World Health Organization, 2023; Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2023)

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอด และภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารก โดยปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากมีการประเมินอย่างเป็นระบบตั้งแต่เริ่มแรก ตัวอย่างเช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) การคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) และภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) ปัจจัยเหล่านี้มักมีจุดเริ่มตนตั้งแต่วัยก่อนตั้งครรภ์หรือช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ซึ่งยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะที่เหมาะสม

2 | บทที่ 1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบในมารดา และทารก

ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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

บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) เพื่อค้นหาความเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ (pregnancy) และทารกในครรภ์ (fetus) ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหลือ แก้ไขปัญหา หรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเริ่มจาก การดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ และในกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ทั้งในกลุ่มที่มีอายุน้อย (teenage pregnancy) และ อายุมาก (advance maternal age or elderly primigravidarum) ซึ่งการตั้งครรภ์ในกลุ่มอายุ ดังกล่าวจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพมาก เป็นต้น

ดังนั้น การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพถือเป็นงานสำคัญด้านแรก ในการให้บริการสุขภาพสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดา และทารก เพราะเป็น การค้นหา (discovery) คัดกรอง (screening) ภาวะเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการดูแล แก้ไขปัญหา สุขภาพ และส่งต่อการรักษาได้อย่างทันท่วงที่ จะช่วยลดอุบัติการณ์เสี่ยงชีวิตของมารดาและทารก คือ ลดอัตราตายของมารดา (maternal mortality rate) ลดอัตราเกิดโรงชีพของทารกในครรภ์ (fetal lifelessness rate) และลดอัตราตายของทารกแรกคลอด (neonatal mortality rate) ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดมาตรฐานการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมารดาและทารกได้

เนื้อหาในบทนี้ ขอ匕ายถึงสถานการณ์สุขภาพ (health situation) ของมารดาทารก 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 (World Health Organization: WHO, 2023) การส่งเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพในช่วงระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception) ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy) ระยะคลอด (intrapartum) และระยะหลังคลอด (postpartum) เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่มีผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารก รวมถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ (pregnancy outcomes) ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราการตายของมารดา (maternal mortality ratio: MMR) ลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 43 ต่อการเกิดมีซีพแسنรายในปี พ.ศ. 2553 เหลือประมาณ 28 ต่อการเกิดมีซีพแสนรายในปี พ.ศ. 2566 (กรมอนามัย, 2566) เมื่อจะสะท้อนถึงความก้าวหน้าในการจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก (maternal and child Health services) แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม (obstetric risk conditions) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของมารดา เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia / eclampsia) การติดเชื้อหลังคลอด (puerperal infection) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว (pre-existing medical disorders) และภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (complications from delivery) และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) (WHO, 2020) เป็นต้น

จากข้อมูลสถิติชี้พการเกิด และการตาย โดยกระทรวงสาธารณสุขและการป้องกันการตระหนมหากไทย ได้ทำการตอกย้ำในการใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของประเทศไทย สรุปตามประเด็นสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ในระยะต่าง ๆ ดังนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566; WHO, 2024)

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 risk behaviours) รวมทั้งการให้คำปรึกษาเรื่องพันธุกรรม (genetic counselling) การฉีดวัคซีน (immunization) และการวางแผนครอบครัว (family planning) เป็นต้น

งานวิจัยในระดับสากล เช่น ของ Dean และคณะ (2020) และ WHO (2023) 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 โดยในปี พ.ศ.2563 พบสถิติ การเสียชีวิตเกือบทุก 2 นาที จำนวนเกือบถึง 800 รายต่อวัน จากการตั้งครรภ์และการคลอด ที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งร้อยละ 95 พบในประเทศไทยมีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2024) นอกจากนี้ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มพิทักษ์สิทธิสตรีรายงานข้อมูลว่า ผู้หญิงสูงทำรายจาก การถูกสาดเนื้กรดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากความตึงห่วง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อต้องมารับบทบาท การเป็นมารดาอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภาวะโลหิตจาง โรคหรือ

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

ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด การแท้งหรือทำแท้ง การหยอดทิ้ง胎兒 เป็นต้น องค์การอนามัยโลก จึงสนับสนุนและเน้นย้ำถึงวิธีการคุมกำเนิดที่ทันสมัย และการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ (WHO, 2023; 2024)

1.2 ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy period)

ในระยะตั้งครรภ์ มารดาจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและพัฒนาการของ胎兒ในครรภ์ (fetal development) การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะนี้จึงเป็นกระบวนการสำคัญของการพยาบาลสูติศาสตร์ (obstetric nursing) โดยเน้นการค้นหาความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus), ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia), การแท้ง (abortion) และการคลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เป็นต้น

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

1.3 ระยะคลอด (intrapartum period)

ระยะคลอดเป็นช่วงเวลาวิกฤต (critical period) ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงที่สุด ทั้งต้องมารดาและ胎兒 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะนี้จึงต้องใช้ทักษะเฉพาะทางของพยาบาลผดุงครรภ์ (midwife) เพื่อเฝ้าระวังและให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดระหว่างคลอด (antepartum hemorrhage) การคลอดยาก (prolonged labor or obstructed labor) ภาวะ胎兒ขาดออกซิเจน (fetal distress) และภาวะมดลูกแตก (uterine rupture) ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยกำลังพัฒนา (WHO, 2023; American College of Obstetricians and Gynecologists : (ACOG), 2024)

การเตรียมระบบบริการในห้องคลอดที่มีทีมแพทย์跨專業 (multidisciplinary Team) และมีแนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice: EBP) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lowdermilk et al., 2023)

1.4 ระยะหลังคลอด (postpartum period)

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

ในขณะเดียวกัน การประเมินสุขภาพทารกแรกเกิด (newborn health assessment) ก็มีความสำคัญไม่น้อย โดยเฉพาะการประเมินคะแนนเอ็ป加ร์ (APGAR score) น้ำหนักแรกเกิด (birth weight) และการคัดกรองโรคพันธุกรรม (newborn screening) เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะยาวของทารก

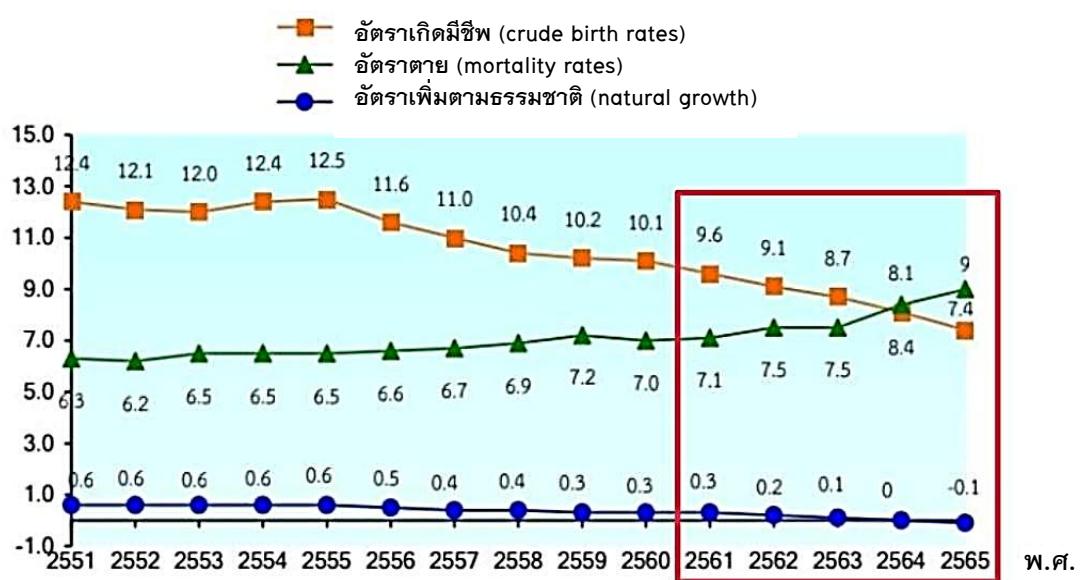
ข้อมูลจากการอนามัยโลกใน พ.ศ.2565 พบรัฐิติการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด จำนวน 2.3 ล้านคน โดยร้อยละ 47 เป็นทารกแรกเกิด (28 วันแรกของชีวิต) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตในช่วงเดือนแรกเกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บจากการคลอด การติดเชื้อในทารกแรกเกิด และความผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเกิดทันทีหลังคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญจะสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 16 และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้อย่างน้อยร้อยละ 24 เป็นต้น (องค์การทูนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ; ยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2566; องค์การอนามัยโลก, 2567) จากสถานการณ์สุขภาพของมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด มีการควบรวมสหิติของประเทศไทยไว้ในช่วงปี พ.ศ. 2551–2565 โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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 ประจำปี 2564 (กองข้อมูลทางสุขภาพไทย ประจำปี 2564)

จากการสำรวจของกองข้อมูลทางสุขภาพไทย ประจำปี พ.ศ. 2551-2565 พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยมีจำนวนและอัตราการเกิดมีชีพลดลง จำนวนและอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 1.1) จำนวนและอัตราการตายในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 เพิ่มขึ้น จึงมีการพัฒนาแนวทางและมาตรการแก้ไข ลั่นระฆัง พ.ศ. 2564-2565 จำนวนและอัตราการตายเริ่มลดลง 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 ส่วนจำนวนและอัตราการตายมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน 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 เนื่องจากจำนวนและอัตราการตายและทารกตายนั้นเป็นหนึ่งในดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงปัญหาทางสาธารณสุข และยังเป็นปัจจัยที่อนุมัติความคืบหน้าและเศรษฐกิจอย่างดี



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

อัตราเพิ่มเติมธรรมชาติ (natural growth) ต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย

ที่มา: ดัดแปลงจาก สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
และกองบัญชาการสตรีและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (The Bureau of

Registration Administration, Department of Provincial Administration, Ministry of Interior; Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ตารางที่ 1.1 จำนวนและอัตราเกิดมีชีพ การตายนาย หารกตาย มาตรฐานตาย และดัชนีชีพ

พ.ศ. 2551 – 2565

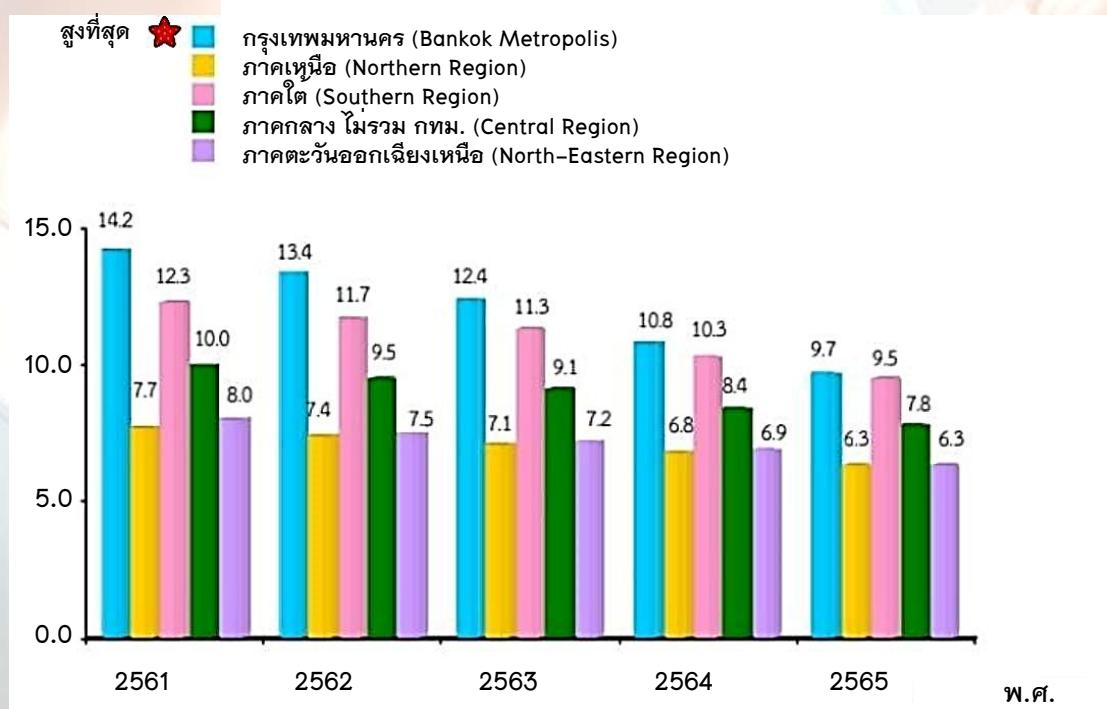
ปี	จำนวน				อัตรา				ดัชนีชีพ ⁴
	เกิดมีชีพ	ตาย	หารกตาย	มาตรฐานตาย ¹	เกิดมีชีพ ²	ตาย ²	หารกตาย ³	มาตรฐานตาย ³	
2551(2008)	784,256	397,327	5,721	89	12.4	6.3	7.3	11.3	197
2552(2009)	765,047	393,916	5,416	83	12.1	6.2	7.1	10.8	194
2553(2010)	761,689	411,331	5,357	78	12	6.5	7	10.2	185
2554(2011)	782,198	414,670	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. มาตรตาย คือ การตายเนื่องจากการคลอดและภาวะแทรกในกรณีครรภ์และระยะอยู่ไฟ (ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด)

2. อัตราเกิดมีชีพและตายต่อประชากร 1,000 คน
3. อัตราหารกตาย ต่อเกิดมีชีพ 1,000 คน และมาตรตาย ต่อเกิดมีชีพ 100,000 คน
4. ดัชนีชีพ หรือ อัตราส่วนเกิดตาย เป็นจำนวนเกิดมีชีพต่อตาย 100 คน

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

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

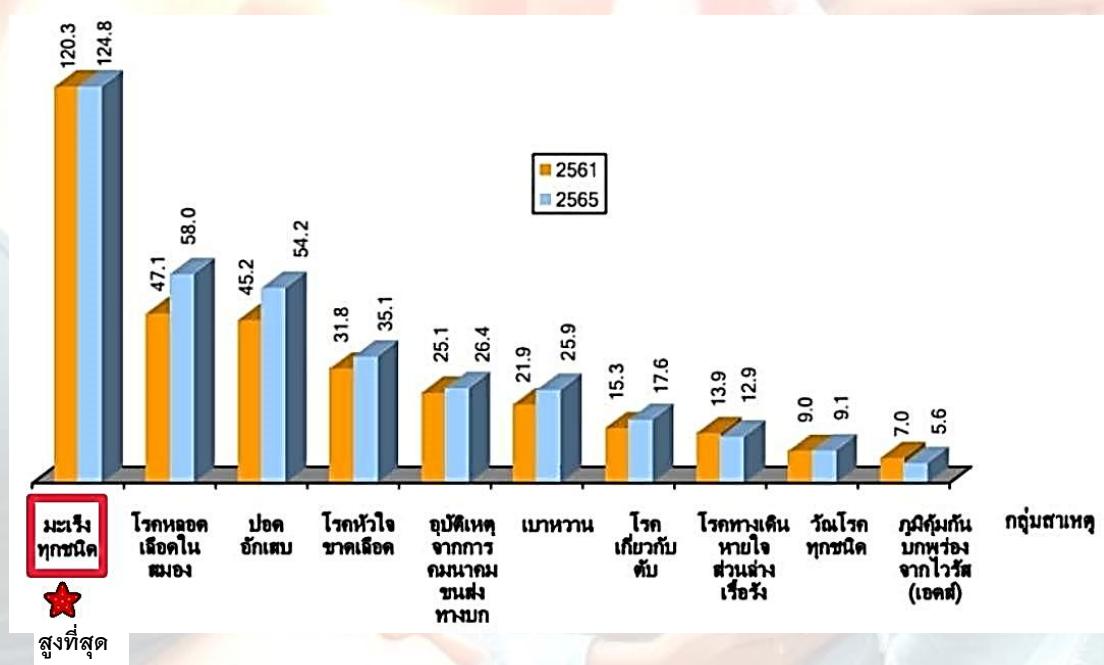
ที่มา: ดัดแปลงจาก กองบุคลาศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health

สถิติสาเหตุการตาย วิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนรายภูมิของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย กองบุคลาศาสตร์และแผนงาน ทำการให้รหัสสาเหตุการตายเป็นรายบุคคลตามบัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 พบว่า สาเหตุการตายยังมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำแนกเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 22.5 เมื่อเทียบกับการตายทั้งหมด และในการตายที่ทราบสาเหตุก็ยังมีบางรายการ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ 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 และอุบัติเหตุจากการคุณภาพน้ำแข็งทางบก (รูปที่ 1.3)



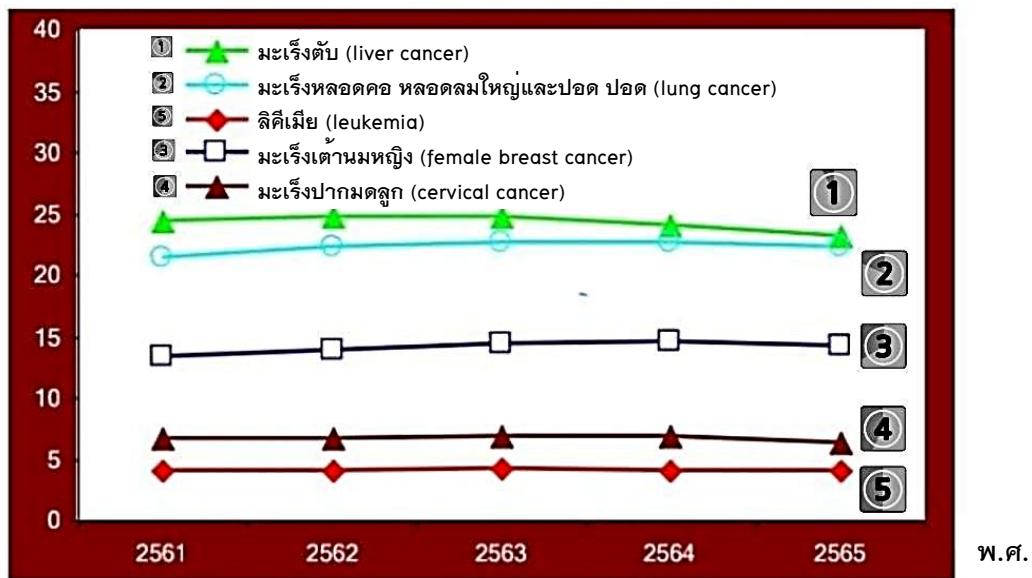
รูปที่ 1.3 อัตราตาย จำแนกตามกลุ่มสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2561 และ 2565

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

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)

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

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

การประเมินภาระเสี่ยงทางสุขกรรม : 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) และความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ (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) และการดูแลมารดาที่เกี่ยวกับเด็ก และถุงน้ำคร่าและปัญหาที่เกิดเมื่อคลอด (จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 0.4) ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายภาคในปี พ.ศ. 2559 ภาคที่มีจำนวนและอัตรา mortalaty สูงสุดจากสาเหตุการตายเนื่องจากการคลอดโดยตรงคือ ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) (จำนวน 35 ราย คิดเป็นอัตรา 26.5) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จำนวน 27 ราย คิดเป็นอัตรา 19.6) ภาคใต้ (จำนวน 17 ราย คิดเป็นอัตรา 18.9) ภาคเหนือ (จำนวน 11 ราย คิดเป็นอัตรา 15.1) และกรุงเทพมหานคร (จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตรา 13.4) ตามลำดับ

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า หყิวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด ในการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้ด้านการประเมินภาวะเสี่ยง การวิเคราะห์ปัญหา สุขภาพของหყิวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ที่มีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพต่ำ อย่างครอบคลุม และถูกต้อง ซึ่งมีนิยามคัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่มีการให้ความหมายไว้หลากหลาย 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) เพื่อระบุปัจจัยหรือเงื่อนไขที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (adverse outcomes) ทั้งต่อมารดาและทารก (WHO, 2023; ACOG, 2024)

วัตถุประสงค์หลักของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม คือ เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรสามารถสูงสามารถ

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

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 ขอบเขตของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม (scope of obstetric risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมมีขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ระยะหลัก ดังนี้

1) ระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception period)

เป็นการประเมินความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ พฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยสังคม เช่น โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ การใช้ยาหรือสารเสพติด ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน และความพร้อมของครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า (preconception counselling)

2) ระยะตั้งครรภ์ (pregnancy period)

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของครรภ์ ตั้งแต่เริ่มฝาครรภ์ (antenatal care) จนถึงก่อนคลอด โดยมุ่งเน้นการค้นหาความเสี่ยงทางกายภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง การติดเชื้อ รวมถึงปัจจัยทางจิตใจและสังคม เช่น ความเครียด การถูกกระทำความรุนแรง (intimate partner violence) และสุนนานทางเศรษฐกิจ

3) ระยะคลอด (intrapartum period)

เป็นการประเมินภาวะเสี่ยงระหว่างการคลอด เช่น ความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labor) ตำแหน่งของทารก (fetal position) การหดรัดตัวของมดลูก (uterine contraction) และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้สามารถวางแผนการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ลดการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (obstetric emergency)

4) ระยะหลังคลอด (postpartum period)

เป็นการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดทั้งด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ การให้นมบุตร และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด รวมถึงการประเมินสุขภาพของทารกในระยะเริ่มต้น เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสังสั�ธรรม การปรับตัวของมารดาในบทบาทใหม่

2.2 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง (related terminologies)

เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องในบริบทของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม คำนี้
ขอนำเสนอความหมายของคำสำคัญที่ใช้บ่อย ดังนี้

1) **ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (obstetric risk condition)** หมายถึง ภาวะหรือ
ปัจจัยที่อาจเพิ่มความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการคลอด หรือทารกในระหว่าง^๑
ตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอด ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยทางชีวภาพ ทางการแพทย์ หรือปัจจัย
ทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น อายุมารดาอย่างกว่า 35 ปี หรือมากกว่า 18 ปี หรือมากกว่า การตั้งครรภ์เฝด
ภาวะโลหิตจาง ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะทุพโภชนาการ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด ประวัติ
การแท้งซ้ำ การตกเลือด และการติดเชื้อ เป็นต้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแล การเฝ้าระวัง^๒
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^๓
ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น มารดาที่เป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง^๔
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, 2023)

4) **ปัจจัยเสี่ยง (risk factors)** หมายถึง ตัวแปรหรือเงื่อนไขที่เพิ่มความเป็นไปได้
ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุติกรรม ทั้งในมารดาและทารก ซึ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็น
พื้นฐานสำคัญของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์และการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตามแนวทาง^๕
ขององค์กรอนามัยโลกและแนวปฏิบัติสากล (WHO, 2023; ACOG, 2024) แบ่งออกเป็น^๖
3 กลุ่มหลัก ได้แก่

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

– **ปัจจัยด้านบุคคลของมารดา (maternal factors)** เช่น อายุของมารดาที่น้อยกว่า 20 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของทารก (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 (ACOG, 2024) ปัจจัยอื่น เช่น รกเกาะต่ำ (placenta previa) การแตกของถุงน้ำครรภ์ก่อนกำหนด (pre-premature rupture of membrane) และการติดเชื้อในครรภ์ ยังถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องติดตามและประเมินอย่างใกล้ชิด เป็นต้น

– **ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม (environmental and social factors)** เช่น ความยากจน การมีรายได้ต่ำ ระดับการศึกษา การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ และความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งล้วนได้รับการระบุว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการเสียชีวิตของมารดาและทารก (WHO, 2023; 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 ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการปรับตัวของครอบครัวด้วยกระบวนการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับอย่างเป็นระบบ การพยาบาลมุ่งเน้นให้มารดาและทารกได้รับการ

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

6) ภาวะเจริญพันธุ์ (fertility) หมายถึง ความสามารถทางชีววิทยาของบุคคลหรือคุ้มครองในการลีบพันธุ์และให้กำเนิดบุตรมีเชิง โดยอาศัยการทำงานที่สมบูรณ์ของระบบลีบพันธุ์ กระบวนการควบคุมของฮอร์โมน การมีเซลล์ลีบพันธุ์ที่มีคุณภาพ และกลไกการปฏิสนธิที่นำไปสู่การตั้งครรภ์และการคลอดทารกอย่างสมบูรณ์ ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับประชากรยังสะท้อนรูปแบบความสามารถในการมีบุตรของสังคม และเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสุขภาพการเจริญพันธุ์โดยรวม ทั้งนี้ นิยามของภาวะเจริญพันธุ์ในเชิงระบบสาธารณสุข มักเชื่อมโยงกับภาวะมีบุตรยาก (infertility) ซึ่งองค์การอนามัยโลกอธิบายว่า เป็นความล้มเหลวในการตั้งครรภ์ หลังมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่คุ้มกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ในคู่สามีภรรยาทั่วไป ทำให้มีติของภาวะมีบุตรยากถูกใช้เป็นตัวสะท้อนระดับภาวะเจริญพันธุ์ในประชากร (WHO, 2023) 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) มาตรฐาน (maternal) หมายถึง ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ง่ายในช่วงของการมีบุตร ได้แก่ ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สถานการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชากรในกลุ่มนี้ มักพบปัญหาที่สัมพันธ์กับช่วงอายุ

9) ทารก (newborn) หมายถึง มนุษย์ที่เกิดมา นับอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเมื่อวัน อายุ 28 วัน ซึ่งมักพบความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญหลายประการที่เจ้าหน้าที่ด้าน

สุขภาพต้องให้ความสนใจ เช่น โรคทางพัณฑุกรรม ความพิการแต่กำเนิด การติดเชื้อในช่วงเดือนแรกของชีวิต เป็นต้น

จากนิยามคัพท์ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จะพบว่า มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน เพื่อการสื่อสารเข้าใจเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเพื่อนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพ จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงแนวคิดที่สำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม ดังต่อไปนี้

3. แนวคิดของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม (concepts of obstetric risk assessment)

แนวคิดในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมเป็นรากฐานสำคัญของการพยาบาล มาตรฐานและทารก โดยมุ่งให้พยาบาลสามารถระบุ วิเคราะห์ และจัดการปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบสุขภาพของแม่และทารกได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับรายการ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) 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) และการพัฒนาสุขภาพหลังคลอด (postpartum recovery) โดยพยาบาลเป็นบุคลากรหลัก ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดการป้องกัน (preventive) ความปลอดภัย (safety) การดูแลเอาใจใส่ (caring) และการสนับสนุนส่งเสริม (supportive) มาตรฐานการเป็นแนวคิดหลักในการประเมินเพื่อการดูแลที่เหมาะสม โดยหลักสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม เน้นการส่งเสริมและผลักดันให้พยาบาลได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องระบบการดูแลสุขภาพของมาตรฐานและทารก โดยเริ่มต้นที่สาเหตุจากกลุ่มคน ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการมีครอบครัว และบุตร ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือไม่พึงประสงค์ให้เป็นการตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล

ເກົໄຈໃສ່ ແລະ ໄທກາຮນັບສຸນສ່ງເສຣີມ ເພື່ອໃຫ້ທັງມາຮດາ ແລະ ທາຮກ ດັ່ງນັ້ນ ພຍາບາລ ຄວາທາບຄິ່ງປັຈຈີ່ທີ່ທຳໃຫ້ເກີດภาวะเสี่ຍງທາງສຸຂົກຮມ ຂຶ່ງສາມາດຮປະເມີນໄດ້ຈາກຫລາຍປັຈຈີ່ ໂດຍມີກົດແນວຄິດໃນກາຮປະເມີນ ດັ່ງນີ້

3.1 ກຽບແນວຄິດທາງທຖ່ງວິທີເກີ່ວຂອງ (theoretical frameworks related to obstetric risk assessment)

ກາຮປະເມີນກາຮเส່ຍງທາງສຸຂົກຮມມີກາຮອ່າງອີງທຖ່ງວິທີແລກກຽບແນວຄິດຈາກຫລາຍສາລຕົຮ ໄດ້ແກ່

3.1.1 ກຽບແນວຄິດກາຮພຍາບາລ (nursing process framework) ກະບວນກາຮພຍາບາລ (nursing process) ເປັນຫວັງໃຈສຳຄັນຂອງກາຮປະເມີນເສື່ອງ ໂດຍປະກອບດ້ວຍ 5 ຊັ້ນຕອນ ປື້ນ ກາຮປະເມີນ (assessment) ກາຮວິນິຈັຍທາງກາຮພຍາບາລ (nursing diagnosis) ກາຮວັງແຜນກາຮພຍາບາລ (planning) ກາຮປົງປັບຕິກາຮພຍາບາລ (implementation) ແລະ ກາຮປະເມີນພລ (evaluation) ຂຶ່ງສອດຄລອງກັບແນວທາງຂອງ Gordon (2017) ແລະ Lowdermilk et al. (2023) ທີ່ເນັ້ນໃຫ້ພຍາບາລໃຊ້ຂອ່ມູນຈາກທັງດ້ານເຊີງກາພ (biological) ຈິຕໂຈ (psychological) ສັງຄມ (Social) ແລະ ສິ່ງແວດລ້ອມ (environmental factors) ເພື່ອສ່ວ່າງກາພຮວມຂອງຄວາມເສື່ອງອໍາງຮອບດ້ານ

3.1.2 ກຽບແນວຄິດກາຮປັບປຸງກັນໂຮຄຂອງ Leavell and Clark (Leavell & Clark's Levels of Prevention, 1965) ແນວຄິດນີ້ແນ່ນກາຮປະເມີນແລະ ຈັດກາຮຄວາມເສື່ອງໃນສາມຮະດັບ ກຽບແນວຄິດນີ້ເປັນພື້ນຖານໃຫ້ພຍາບາລສຸຂົກຮມສາມາດອອກແບບກິຈກາຮພຍາບາລເຊີງຮຸກ (proactive nursing interventions) ເພື່ອປັບປຸງກັນຄວາມເສື່ອງຕັ້ງແຕ່ຕົ້ນເຫັນ ໄດ້ແກ່

1) ກາຮປັບປຸງກັນຂັ້ນຕົ້ນ (primary prevention): ມຸ່ງລົດປັຈຈີ່ເສື່ອງກອນເກີດໂຮຄ ເຊັ່ນ ກາຮໃຫ້ຄວາມຮຸກອນຕັ້ງຄරວີ ກາຮນີ້ດວກເຫື່ອ ແລະ ກາຮປັບພຸດຕິກາຮສຸຂົກກາພ ເປັນຕົ້ນ

2) ກາຮປັບປຸງກັນຂັ້ນທີ່ສອງ (secondary prevention): ກາຮຕຽບຈັດກາຮອງແລະ ຄົນໜາ ໂຮຄຕັ້ງແຕ່ຮະຍະເຮີມຕົ້ນ ເຊັ່ນ ກາຮຕຽບຈັດກາຮ ກາຮຕັດກາຮອງເບາຫວານຫີ່ອຄວາມດັ່ນໂລທີຕສູງ ຂະະຕັ້ງຄරວີ ເປັນຕົ້ນ

3) ກາຮປັບປຸງກັນຂັ້ນທີ່ສາມ (tertiary prevention): ກາຮພື້ນຟຸສມວຣດກາພແລະ ລົດ ກາຮແທຮກໜຸນ ເຊັ່ນ ກາຮຕິດຕາມຫຼົງຫລັງຄລອດທີ່ມີກາຮຕັກເລືອດ ຫີ່ອເຊີ່ມເຄົ້າຫລັງຄລອດ

ກາຮປະເມີນກາຮເສື່ອງທາງສຸຂົກຮມ : ກາຮພຍາບາລມາຮດາ ແລະ ທາຮກ ໃນຮະຍະກອນຕັ້ງຄරວີ ຮະຍະຕັ້ງຄරວີ ຮະຍະຄລອດ ແລະ ຮະຍະຫລັງຄລອດ

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, 2023) เสนอให้การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุส蒂กรรมเขื่อมโยงกับระบบสุขภาพในระดับประเทศ 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): พยาบาลควรส่งเสริม การมีส่วนร่วมของคู่สมรสและครอบครัว เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสุขภาพของมารดา

3.2.5 เน้นการป้องกันมากกว่าการแก้ไข (Prevention-Oriented): การประเมินครรภ์ไปที่การป้องกันภาวะเสี่ยงก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้น

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มีการใช้ The Classifying Form WHO ใน การประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ด้านร่างกาย 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 เพราะเปาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งก่อนหรือ ประวัติญาติสายตรงเป็นเปาหวาน

1.4 เคยว่าร้าบการรักษาพยาบาล เพราะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือ ครรภ์เป็นพิษ

1.5 ครรภ์ที่ 5 เป็นต้นไป

1.6 เคยแท้งของ 3 ครั้งหรือมากกว่าติดต่อกัน (ในไตรมาสที่ 1) หรือ ไตรมาสที่ 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 หมู่โลหิตอาร์ເອ່ະລບ (Rh negative) คือ หมู่โลหิตที่ไม่มีแอนติเจน D (No antigen-D) อยู่ที่ผิวของเม็ดโลหิตแดง (แอนติเจนคือสารก่อภัยมีต้านทาน ส่วนแอนติบอดี คือ สารภัยมีต้านทาน) ในคนไทยพบว่า Rh negative มีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น กรณีที่หญิงตั้งครรภ์แรก

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

มีหมูโลหิต Rh negative และสามีมีหมูโลหิต Rh positive หากในครรภ์มีโอกาสที่หมูโลหิตเป็น Rh positive เมื่อยังไม่ตั้งครรภ์ได้ แล้วจะมีการสร้างภูมิต่อต้านเม็ดโลหิตของทารกซึ่งหากคนแรกจะปลดออกได้แต่ถ้าตั้งครรภ์ตัวเอง กรณีที่หากในครรภ์มีหมูโลหิต Rh negative เมื่อยังไม่ตั้งครรภ์ จะไม่มีภูมิให้กับเม็ดโลหิตของบุตรคนแรกไปทำลายเม็ดโลหิตแดงของบุตรคนที่สองและคนต่อ ๆ ไปได้ถ้ามีหมูโลหิต Rh positive จะทำให้บุตรเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง และรายที่รุนแรง หากอาจเลี้ยงชีวิตในครรภ์ได้ ดังนั้น ก่อนที่จะตั้งครรภ์ มาตรการที่มีหมูโลหิต Rh negative ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อเตรียมการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์ได้

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) และประเมินการตีมสูร 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) ภาระแพ้ภูมิtanlong (systemic lupus erythematosus; SLE) โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia) โรคลมشك (epilepsy) โรควัณโรค (tuberculosis) การติดเชื้อ (infection) โรคเออดส์ (acquired immunodeficiency syndrome; AIDS) หรือภาระป่วยขั้นสุดท้ายของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

(human Immunodeficiency virus; HIV) โรคความโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) และโรคติดต่อทางไวรัสตับอักเสบบี (hepatitis B virus) เป็นต้น ถ้าพบข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับการส่งต่อ เพื่อได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากแพทย์เฉพาะทาง

4. กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พับ 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 วางแผน ใช้เทคโนโลยีดิจิตาลเป็นร้อยละ และประเมินผลร่วมกัน ตลอดจนมีช่องทางในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนโดยอย่างง่าย เพื่อผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562) โดยมีขั้นตอน WHO (2016); ACOG (2025) ดังนี้

4.1 ขั้นตอนของการกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (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)	พยาบาลรวบรวมข้อมูลจากhistory taking, การตรวจร่างกาย (physical examination), ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory results) และการสังเกตพฤติกรรม (observation)	อายุมารดา ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ โรคประจำตัว การใช้ยา การใช้สารเเพติด สภาพจิตใจ และความล้มเหลวในครอบครัว
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 และนัดตรวจนิติเดือน
5. การติดตามและประเมินผล (follow-up and evaluation)	ประเมินผลลัพธ์ของการดูแล โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก และปรับแผนการพยาบาลตามผลที่ได้รับ	การลดระดับความเสี่ยง อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง การปรับตัวของมารดาดีขึ้น และสุขภาพทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ

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

4.2 การประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงในแต่ละระยะ (application of risk assessment in each period)

แนวทางการประยุกต์ใช้กระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป้าหมายการดูแลสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มารดา และทารก ในระยะต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และส่วนที่ 2 การป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ 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) เพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพดีไป

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

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ทางสูติกรรม ให้มาตราสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม สามารถเบ่งคลอดได้อย่างถูกวิธี การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การมีมูกเลือด การเจ็บครรภ์ การแทรกของถุงน้ำครรภ์ การดินของทารกในครรภ์ และการมีไข้ เป็นต้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดามั่นใจในความปลอดภัยและคลายความวิตกกังวล ซึ่งจะเป็นผลให้การคลอดดำเนินไปได้อย่างปกติ

4) ระยะหลังคลอด เป้าหมายของการดูแลในระยะนี้ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมารดาและทารกหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดได้บ่อยต้องเฝ้าระวัง ในช่วงหลังคลอดของมารดา ได้แก่ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี มีแผลฉีกขาดจากการคลอดที่ไม่ได้รับการเย็บซ้อมเชมอย่างครบถ้วน มีการติดเชื้อ มีภาวะตกเลือดระหว่างการคลอด หรือหลังคลอด มีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือสูงกว่าปกติ สำหรับทารกแรกเกิดต้องเฝ้าระวังเรื่องการหายใจ การดูดนมแม่ และการขับถ่าย โดยเน้นการติดตามภาวะตกเลือด การติดเชื้อ การให้นมบุตร การปรับตัวของมารดา และการฟื้นตัวของสุขภาพ โดยต้องมีการเยี่ยมหลังคลอด และให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดให้สังเกตอาการผิดปกติของตนเองและถูกภายในช่วง 12–24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เช่น การตกเลือด อาการซีมไม่ดูดนมไม่ขับถ่าย และการมีไข้ เป็นต้น และให้บริการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ซึ่งตามนิยามของการพัฒนาคุณภาพชีวิตหญิงหลังคลอดควรได้รับการดูแลจากแพทย์หรือพยาบาล การได้รับคำแนะนำและคำปรึกษา การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดให้ถูกต้อง เหมาะสม จนกระทั่งกลับบ้าน ซึ่งโดยทั่วไปการคลอดปกติจะใช้เวลาประมาณ 72 ชั่วโมง (3 วัน) หรือมากกว่านั้น ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมด้วย รวมถึงได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังคลอดตามนัด และมีการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด ซึ่งเป็นการบริการเชิงรุกที่สำคัญ เพราะได้เห็นบริบทสภาพแวดล้อมที่เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาวะเสี่ยงด้วย

4.2.2 การป้องกันภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม

การดูแลตนเองก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะเสี่ยง มีความสำคัญอย่างมากต่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์ การใส่ใจในสุขภาพจะช่วยให้สามารถตั้งครรภ์ได้อย่างมีความสุขและทำให้ทารกมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง อย่างไรก็ตาม วิธีการดูแลตัวเองอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับภาวะที่เป็น ดังนั้นควรปรึกษา

แพทย์และพยาบาลถึงวิธีการที่เหมาะสม โดยมีคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ คุ้ลามีภาระควรปรึกษาภัยในช่วงของการวางแผนเพื่อมีบุตรร่วมกันถึงเรื่องที่วิตกกังวลอยู่ เช่น การมีบุตรจะส่งผลกระทบอย่างไรกับความสัมพันธ์ ฐานะการเงิน และอาชีพการทำงานของทั้งคู่ โรคที่อาจถ่ายทอดทางพันธุกรรม หรือการรับมือกับความกดดันทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ โดยการตรวจสุขภาพทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย กรณีมีปัญหาสุขภาพ ให้รักษาหรือควบคุมโรคก่อนที่จะวางแผนตั้งครรภ์ต่อไป

2) การดูสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และดูแลรักษาสุขภาพ

3) การประเมินน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ 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 (m²) ค่า BMI ที่ได้ตัวอย่างเช่น ความสูง 158 ซม. น้ำหนัก 45 กก. สามารถคำนวณได้เป็น

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

$$\text{BMI} = 18.03 \text{ หรือ } 18.0$$

แปลความหมายได้ว่า ผอมเกินไป น้ำหนักน้อยกว่าปกติ อาจเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอหรือได้รับพลังงานไม่เพียงพอ เป็นต้น โดยค่า BMI อื่น ๆ สามารถถูกแปลความหมายได้ 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 เพราะน้ำหนักที่น้อยเกินไปอาจส่งผลให้การตกลงใจช่วงกัดได้ เนื่องจากไขมันในร่างกายมีน้อยเกินไป

ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวปานกลาง ควบคุมน้ำหนักให้คงที่ เพราะส่งผลดีต่อสุขภาพทั้งมารดา และทารกในครรภ์

ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวมากหรือน้ำหนักเกิน จะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากกว่าปกติ ควรลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ โดยการทำแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อการลดน้ำหนักอย่างทักทิ่มส่งผลกระทบต่อการตกลงใจ เช่นกัน ทั้งยังทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายด้วย

4) การผ่อนคลาย พักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากภาวะเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การตั้งครรภ์ยากขึ้น อาจเกิดภาวะมีบุตรยากได้ ควรปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความเครียด หรือเข้ารับบริการการให้คำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล

5) การออกกำลังกาย เช่น การว่ายน้ำ การเดิน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพส่วนใหญ่เห็นว่ามีความปลอดภัยสูงตระब��าที่ไม่หักโหมเกินไป ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ปลอดภัยที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

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

7) การแจ้งประวัติส่วนตัว ประวัติโรคที่เป็น ให้แพทย์ทราบอย่างละเอียด เพื่อวางแผนการดูแลรักษา และมาพบแพทย์เป็นระยะตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ควรควบคุมอาหารและออกกำลังกาย โดยปรึกษาแพทย์ถึงการออกกำลังกายที่ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ และเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจนิติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (ชญาดา เนตรรักษ์ฯ, 2562)

- กรณีมีความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนตั้งครรภ์ และทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ต้องวัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ และซังน้ำหนัง เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

8) แจ้งขออนุญาตการรับประทานยา รวมถึงวิตามิน อาหารเสริม โดยเฉพาะอาหารเสริมประเภทสมุนไพร

9) การได้รับวัคซีนที่จำเป็นครบถ้วนและถูกต้อง

10) หลีกเลี่ยงการเดินทางหรือการทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ได้

11) หลีกเลี่ยงการสัมผัสรับสารพิษ สารเคมี หรือพาหะนำโรค รวมถึงอุบัติเหตุและอุบัติภัย เป็นต้น

12) พบแพทย์เพื่อตรวจหาความผิดปกติและทำการรักษา อาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดศีรษะบ่อย จุกเสียดแน่นท้อง ขนาดท้องเล็กหรือใหญ่กว่าปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น

13) ได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ (multidisciplinary) ได้แก่ สูติแพทย์ ภูมารแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์หรือพยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักลังคอมลงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการตั้งครรภ์และภาวะครรภ์เลี่ยงสูง และที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือของหญิงตั้งครรภ์ 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)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

พยาบาลรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้งจากประวัติการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการ

- **ข้อมูลส่วนบุคคล:** หญิงอายุ 19 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 30 สัปดาห์
- **อาการสำคัญ:** ความดันโลหิตสูง มีโปรตีนในปัสสาวะ 1+ และ ชาบวม
- **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. เม้าร์ดความดันโลหิตและอาการบวมทุกครั้งที่มาฝากครรภ์
2. ให้คำแนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม และติดตามน้ำหนักตัวทุกวัน

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณอันตรายของภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า ปวดลิ้นปี่
4. ประเมินสุขภาพทารกโดยการฟังเสียงหัวใจทารก (fetal heart sound) และติดตามการเต้นของทารก
5. ให้การสนับสนุนทางจิตใจ โดยให้มารดาและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

พยาบาลดำเนินกิจกรรมตามแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary Team) ได้แก่

- ประสานสูติแพทย์ในการปรับแผนการรักษาและพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต (antihypertensive drugs)
- ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับโปรตีนในปัสสาวะและเอนไซม์ตับ
- ลงเสริมการพักผ่อน และให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ
- จัดกิจกรรมสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การฝึกหายใจเพื่อลดความเครียด

5. การประเมินผล (evaluation)

หลังการดูแลเป็นเวลา 2 สัปดาห์

- ความดันโลหิตลดลงเหลือ 130/85 mmHg
- ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น
- มาตรการย่างงานว่ารู้สึกสบายใจมากขึ้น เข้าใจวิธีดูแลตนเองและสังเกตสัญญาณอันตรายได้
- ทารกมีการเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ เสียงหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปผลการพยาบาล:

หญิงตั้งครรภ์รายนี้ได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลเชิงรุก (proactive nursing approach) ซึ่งช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ลดภาวะวิตกกังวล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก

การอภิปราย (discussion)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

กรณีศึกษานี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตรวจพับและจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิเศษ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก (WHO, 2023; ACOG, 2024)

นอกจากนี้ การบูรณาการด้านจิตสังคม (psychosocial integration) เช่น การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิผลของการพยาบาล เนื่องจากช่วยให้มารดา มีความร่วมมือและปรับตัวได้ดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ 2 (case study II)

หญิงไทย อายุ 25 ปี สมรสกับชายไทย อายุ 27 ปี มาขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะแรก

แนวคิดตอบ:

ระยะก่อนตั้งครรภ์ เป้าหมายของการดูแลผู้หญิงในระยะนี้ คือ การให้ความรู้ และตระหนักรถึงความสำคัญในการวางแผนครอบครัว การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันโรคติดต่อหรือโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เน้นการส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมที่จะเป็นมารดา ทั้งนี้ เพราะผู้หญิงที่มีสุขภาพดียอมรับผลดีต่อสุขภาพของผู้หญิงในระยะตั้งครรภ์รวมถึงทารกในครรภ์ และมีโอกาสคลอดปกติด้วย โดยใช้หลักการของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (preconception care) หรือการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ ต่อไป โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและร่างกายก่อนตั้งครรภ์

- การผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและความกลัว
- การนอนหลับให้เพียงพอ วันละ 7-8 ชั่วโมง
- รับประทานกรดโฟลิก (folic acid) ล่วงหน้า 2-3 เดือน ก่อนการตั้งครรภ์
- งดสูบบุหรี่ งดดื่มแอลกอฮอล์ และงดใช้สารเสพติดทุกชนิด
- การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์
- ออกกำลังกายเพื่อสุ่มสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

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

บทสรุป (chapter summary)

บทที่ 1 ได้สรุปองค์ความรู้สำคัญของภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดและทางการครอบคลุมตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาวะเสี่ยงอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลที่มีคุณภาพและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เนื้อหาในบทนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมจำเป็นต้องใช้แนวคิดแบบองค์รวม (holistic and multidimensional assessment) ซึ่งคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงหลักหลายประเภท ตั้งแต่ปัจจัยชีวภาพ เช่น โรคเรื้อรัง เบ้าหวาน ความดันโลหิตสูง ปัจจัยพัฒนาระบบบุตร ภาระทางสังคม ไปจนถึงปัจจัยสังคม ได้แก่ รายได้ การศึกษา ความรุนแรงในครอบครัว และปัจจัยด้านระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับความเข้าถึงบริการทางครรภ์และคุณภาพบริการ (WHO, 2023; กรมอนามัย, 2566)

การประเมินภาระเสี่ยงทางสุขภาพรุ่ม : การพยาบาลมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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

บทนี้ยังได้สรุปถึงความท้าทายเชิงระบบ เช่น การเพิ่มขั้นของโรคไม่ติดต่อในหมู่วัยเจริญพันธุ์ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตั้งครรภ์อายุมาก และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การวางแผนระบบบริการที่เชื่อมต่อระหว่างระดับปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตertiophy จึงเป็นกิจกรรมสำคัญในการลดช่องว่างด้านคุณภาพการบริการ (Dean et al., 2020)

ท้ายที่สุด บทสรุปชี้ให้เห็นว่า การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการค้นหาปัญหา แต่เป็นกระบวนการคาดการณ์ ป้องกัน และลดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของมาตราและทารก ซึ่งเป็นพื้นฐานของการพยาบาลมาตราและทารกในทุกระยะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการวางแผนการดูแลในบทต่อไปของตัวรา ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดของการดูแลเฉพาะระยะตามลำดับอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับแนวปฏิบัติเชิงประจำปีในปัจจุบัน

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

เอกสารอ้างอิง

กองบูรณาการสุขภาพและแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข

2565cPublic Health Statistics A.D.2022. ISSN 0857-3093.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). Know Your Numbers & Know Your Risks

รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. กมลพิพิช วิจิตรสุนทรกุล และคณะ (กองบรรณาธิการ).

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. ISBN (E-book) : 978-616-11-4473-9.

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1064820201022081932.pdf>

กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย. สำนักส่งเสริม

สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. ศูนย์สื่อและ

สิ่งพิมพ์แก้ไขเจ้าของ, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

ชญาดา เนตร์กระจาง. (2562). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของ

หญิงตั้งครรภ์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า,

36(2), 168–177.

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (บรรณาธิการ). (2566). การพยาบาลสุสานิคสตร์: ปฏิบัติการพยาบาล

ผดุงครรภ์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐี; วรangคณา ชัชเวช; สุรีย์พร กาญเจริญ และเบญญาภา ชิติมาพงษ์.

(2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1) Midwifery and

Maternal Newborn Nursing 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบสถิติทางการ

ทะเบียน. <https://www.bora.dopa.go.th/home/>

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบบริการข้อมูล

สถิติชีพประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข. <https://vitalstat.moph.go.th/>

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. (2566). รายงานการสำรวจ

สถานการณ์เด็กและผู้หญิงในประเทศไทย 12 จังหวัด พ.ศ.2565. องค์กรยูนิเซฟ

ประเทศไทย, กรุงเทพ. <https://www.unicef.org/thailand/th/เอกสารเผยแพร่>

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021a). 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.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). *Guidelines for Perinatal Care* (9th 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. (2023). *Family planning/contraception methods* (5 September 2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

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

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

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

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

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

World Health Organization. (2024). *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) เป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพมารดาและทารก เนื่องจากเป็นช่วงที่หญิงวัยเจริญพันธุ์สามารถเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ สังคมและสภาพแวดล้อม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (disease prevention) และการเตรียมความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (women of reproductive age) ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ซึ่งองค์กรอนามัยโลก (WHO) รวมถึงสถาบันวิชาชีพด้านสุติศาสตร์และการพยาบาล เช่น Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ล้วนยืนยันว่า การดูแลสุขภาพระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ต่อสุขภาพของมารดาและทารกในทุก Tromas ของการตั้งครรภ์ (WHO, 2016; CDC, 2024; ACOG, 2024) เนื่องจากเป็นระยะที่สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง (modifiable risk factors) และวางแผนสุขภาพสำหรับการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้

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

การใช้สารเเพดติด การอนอนหลับไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (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 วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตามหลักการของกระบวนการพยาบาล (nursing process) ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) โดยอย่างมีประสิทธิภาพ มีการให้คำปรึกษา (counseling) การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior modification) การให้ข้อมูลด้านโภชนาการ การแนะนำให้ได้รับกรดโฟลิก (folic acid supplementation) การควบคุมน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรม ตลอดจนการจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตรออยด์ รวมถึงการลงตัวผู้ป่วยความเสี่ยงสูง (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 สุขภาพของมารดาและทารกในปัจจุบันเป็นผลลัพธ์ของประสบการณ์ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่สะสมตลอดช่วงชีวิต การดูแลสุขภาพก่อนตั้งครรภ์จึงเป็นโอกาสสำคัญในการลด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคามในระยะก่อนตั้งครรภ์ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (health inequities) และเพิ่มโอกาสของผลลัพธ์ที่ดีในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ตลอดจนช่วยลดภาวะโรคที่บ่งกันได้ในระยะยาว ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขโดยรวม

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

1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception risk assessment)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception obstetric risk assessment) เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถระบุปัจจัยเสี่ยง ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐาน ของการพยาบาลระยะก่อนตั้งครรภ์ตามมาตรฐานของ WHO, ACOG, CDC และตำราการพยาบาลสุส蒂ศาสตร์สากล ความสำคัญของการประเมินครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการคัดกรอง (screening) การระบุความเสี่ยง (risk identification) การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification) และการวางแผนจัดการความเสี่ยง (risk management) อย่างเป็นระบบ ช่วยให้สามารถดูแลปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่ก่อนเกิดการปฏิสนธิ การประเมินอย่างเป็นระบบช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก และส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (WHO, 2023; Dean et al., 2020)

1.1 ความหมายของการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ (definition)

การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง กระบวนการตรวจวินิจฉัย วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ที่อาจมีผล

ต่อสุขภาพมารดา ทารก และครอบครัวในอนาคต โดยอาศัยข้อมูลทั้งเชิงชีวภาพ จิตใจ พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม Lowdermilk และคณะ (2023) อธิบายว่า การประเมินภาวะเสี่ยงควรทำโดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based assessment) และควรดำเนินการในทุกช่วงเวลาของตั้งครรภ์ เนื่องจากหลายครั้งของการตั้งครรภ์เกิดขึ้นโดยไม่ได้วางแผน ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะเสี่ยง (objectives of risk assessment)

- 1) เพื่อระบุและจำแนกลูกมีสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์สูง (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) หรือโรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง (systemic lupus erythematosus: SLE) และกลุ่มอาการต้านฟอสฟอลิปิด (antiphospholipid syndrome: APS) ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ ภาวะรकເກະຕຳ หรือการแท้งบุตรได้ (Lowdermilk et al., 2023)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพช่วงตั้งครรภ์ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม (behavioral risks) ได้แก่ การดื่มสุราหรือดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่หรือคนไกล์ซิดสูบบุหรี่ การอนหลับไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่ครบหมู่ หรือการไม่ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม พฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยง เช่น ลวนลามสัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยาก การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น fetal alcohol spectrum disorder (FASD) ได้

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม (psychosocial risks) ได้แก่ ความเครียดสูง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช ความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมในการตั้งครรภ์ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อพัฒนาระบบสุขภาพและการปรับตัวของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ (Pillitteri, 2021) นอกจากนี้ WHO (2022) ยังย้ำว่าปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่สำคัญพย ฯ กับปัจจัยทางชีวภาพ

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

1.3.5 ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมและครอบครัว (genetic and familial risks) ได้แก่ การมีประวัติครอบครัวเป็นโรคทางพันธุกรรม เช่น ชาลัสซีเมีย (thalassemia) ดาวน์ซินโดรม (down syndrome) โรคซิสติกไฟบริซิส (cystic fibrosis: CF) โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (spinal muscular atrophy: SMA) และกลุ่มโรคพันธุกรรมเมتابолิก (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 เป็นกระบวนการวิเคราะห์เชิงระบบที่นำผลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลรวมกัน

เพื่อกำหนดรับความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์หรือเริ่มตั้งครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงต่าซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานทั่วไป และการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางหรือสูงซึ่งต้องมีการติดตามที่เข้มงวดมากขึ้นหรือการส่งต่อไปยังบริการเฉพาะทาง การดำเนินการจัดระดับความเสี่ยงที่เป็นระบบช่วยให้ทรัพยากรทางการแพทย์ถูกนำไปใช้ตรงจุด ลดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และสร้างความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างระดับบริการต่าง ๆ (WHO, 2020; ACOG, 2019; CDC, 2023)

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

เกณฑ์การจัดระดับความเสี่ยง ในเชิงปฏิบัติ ที่สามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของสถานบริการได้

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

ระดับความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างซึ่งยังควบคุมได้ เช่น BMI สูงเล็กน้อย (overweight) ค่าระดับน้ำตาลตกในช่วง prediabetes มีประวัติคลอดก่อน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ： การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

กำหนดครั้งเดียวแต่ไม่มีภาวะติดต่อหรือภาวะเรื้อรังร่วม ตลอดจนมีปัจจัยทางสังคมบางประการ เช่น การเข้าถึงบริการจำกัดในชุมชน แผนการดูแลสำหรับกลุ่มนี้จะเข้มข้นขึ้นโดยมีการติดตามบ่อยกว่า การให้คำปรึกษาในเชิงปฏิบัติ และเมื่อจำเป็นมีการส่งต่อไปพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินเพิ่มก่อนการตั้งครรภ์ (CDC, 2023; WHO, 2020)

ระดับความเสี่ยงสูง คือหญิงที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อนหรือปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความซุกของภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เบาหวานชนิดที่ต้องควบคุมด้วยอินซูลินและมี HbA1c สูง ความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด ภาวะไตวาย ภาวะภาวะไตรอยด์รุนแรง เนื่องจากพัฒนาการล่าช้า กรรมพันธุ์ ประจำตัว เช่น HIV ที่ไม่ได้รับ ART เป็นต้น ผู้ในกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อหรือประสานการดูแลกับทีมสหสาขา (maternal-fetal medicine, cardiology, endocrinology, genetics) และมีการวางแผนการตั้งครรภ์ในคลินิกความเสี่ยงสูงก่อนตั้งครรภ์ (ACOG, 2019; AJOG, 2025; WHO, 2020)

แนวทางการดูแลและความรู้ในการติดตาม (ตามระดับความเสี่ยง) สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ การดูแลมักเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทั่วไปโดยมีการนัดติดตามเป็นระยะตามแนวทาง ANC ปกติ และการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกัน ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง ควรมีการนัดติดตามบ่อยขึ้น เช่น ทุก 4–6 สัปดาห์ก่อนตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลการปรับพฤติกรรมและการควบคุมโรคเรื้อรัง หากพบว่ามีมีดังนี้เสี่ยงไม่ลดลงให้พิจารณาส่งต่อ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงควรเข้ารับการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary assessment) และวางแผนการตั้งครรภ์อย่างละเอียดรวมถึงการติดตามใกล้ชิดก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดย ACOG และเอกสารแนะนำปฏิบัติหลายสำนักแนะนำให้บุคคลในกลุ่มความเสี่ยงสูงเข้าพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางล่วงหน้าก่อนพยาบาลตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงและวางแผนการจัดการอย่างรอบคอบ (ACOG; WHO) ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อทันที (Referral triggers) เช่น การควบคุมความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลไม่ได้แม้ปรับการรักษา การพบรอยหัวใจที่มีความรุนแรงหรืออาการภาวะหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อเนื้ยับพลันที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยภาวะทางพัฒนากรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อทารก และภาวะทางระบบประสาทในมารดาที่ต้องการการประเมินเฉพาะทาง ข้อปฏิบัติเหล่านี้ถูกยกขึ้นในแนวทางสากลเพื่อให้การส่งต่อเป็นไปอย่างทันท่วงทีและมีความปลอดภัย (WHO, 2020; ACOG, 2019)

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

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 ประวัติเหล่านี้จะทำให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาและวางแผนการมีบุตรให้ได้ รายละเอียดดังนี้

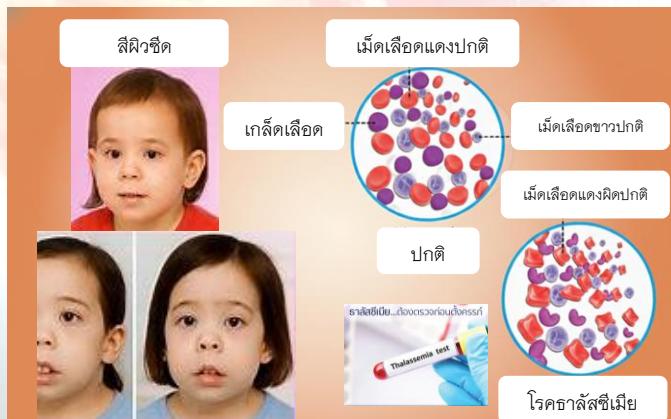
1) ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เช่น โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ความดันโลหิตสูง (hypertension) โลหิตจาง (anemia) และไหร่อยด์ผิดปกติ (Thyroid disorders) เป็นต้น

2) ประวัติสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยภาวะเสี่ยงชนิดต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถดูแลรักษาหรือผ่าตัดแก้ไขได้ก่อนการตั้งครรภ์ 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 ทั้งที่เกิดจากความผิดปกติบินออกोโนไซม์ที่เกินหรือขาดหายหรือรูปร่างผิดปกติ และเกิดจากความผิดปกติของโครโนมเพค โรคทางพันธุกรรมที่สำคัญ ได้แก่ โรคชาลล์ซีเมีย กลุ่มอาการดาวน์ โรคซิสติกไฟบริชิส โรคลูดีเมีย และโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโนมในครอบครัว ซึ่งในการประเมินเพื่อให้การดูแลก่อนการตั้งครรภ์ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์มากกว่าการประเมินเมื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์นั่นตั้งครรภ์แล้วหรือมาฝากครรภ์ครั้งแรก 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 การปลูกถ่ายเซลล์ตนกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation) หรือที่เรียกว่าการปลูกถ่ายไขกระดูก อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยจำนวนน้อยเท่านั้นเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความเสี่ยงสูงและค่าใช้จ่ายสูง ต้องหาผู้บริจาคที่เข้ากันได้ เช่น พี่น้อง หรืออาสาสมัคร ส่วนใหญ่พิจารณาใช้ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคชาลัสซีเมียนิดรุนแรงและมีผู้บริจาคที่เหมาะสม (รูปที่ 2.1)



รูปที่ 2.1 โรคชาลัสซีเมีย (thalassemia)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.2) กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome) เกิดจากความผิดปกติของ โครโมโซม คู่ที่ 21 เกินมาทั้งโครโมโซมหรือบางส่วน ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ การมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง โดยเกิดจากการแบ่งตัวของโครโมโซมผิดปกติ (nondisjunction) เรียกว่า Trisomy 21 ซึ่งพบอ้อยละ 95 ของโรคดาวน์ชนิดром ทั้งหมด ส่งผลกระทบต่อความบกพร่องของระดับสติปัญญา มีพัฒนาการล่าช้า ร่างกายและใบหน้ามีลักษณะเฉพาะ คือ กะโหลกศีรษะแบน หางตาเฉียงขึ้น ดวงตาเรียว ใบหน้าแบน ใบหูขนาดเล็กและพับ ริมฝีปากเบิด ลิ้นใหญ่คับปาก คอสั้น และมีความผิดปกติของระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกาย (รูปที่ 2.2)



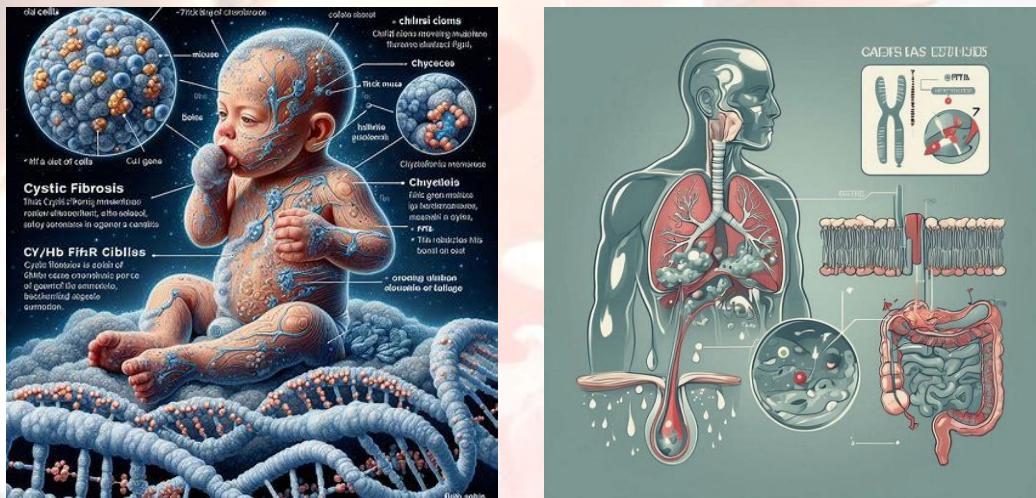
รูปที่ 2.2 กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome)

ที่มา: ตัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.3) โรคซิสติก ไฟโบริชิส (cystic fibrosis: CF) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมบนโครโมโซม คู่ที่ 7 ของยีน cystic fibrosis transmembrane regulator (CFTR) โดยยีนชนิดนี้จะทำหน้าที่สร้างโปรตีนที่ควบคุมการเคลื่อนตัวของเกลือและน้ำที่เข้าและออกจากเซลล์ร่างกาย หากยีนทำงานผิดปกติ ร่างกายจะไม่สามารถควบคุมปริมาณ chloride ที่ผ่านเข้าออกเซลล์ได้ ก่อให้เกิดเมือกข้นเหนียวผิดปกติ และเหื่อที่มีรัสเด้มมากกว่าปกติ จนก่อให้เกิดการอุดตันในหลอดอวัยวะ ส่งผลให้อวัยวะทำงานผิดปกติ ระบบเซลล์เยื่อบุที่ผลิตสารคัดหลั่ง ได้แก่ น้ำมูก เหื่อ น้ำย่อย และเยื่อเมือกหนาตัวเกิดการเหนียวและข้น ทำให้เกิดการอุดตันของสารคัดหลั่งในอวัยวะต่าง ๆ อวัยวะที่ได้รับผลกระทบ พับบอยด์แก่ ระบบทางเดินหายใจ (ปอด) ระบบทางเดินอาหาร (กระเพาะอาหาร) ตับ ตับอ่อน และลำไส้ ที่สำคัญคือระบบทางเดินหายใจ จะพบว่าโรค CF ก่อให้เกิดมูกข้นเหนียวในทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการคัดแน่นจมูก ไซน์สอักเสบ เสียงหวีดในปอด หายใจลำบาก อาการหอบหืด อาการไอเรื้อรัง เสมหะเหนียวข้น และพบการติดเชื้อในปอดซ้ำ ๆ อาการของระบบทางเดินหายใจรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ ระบบยอดอาหาร อาจจะมีการลดซึมสารอาหารไม่สมบูรณ์ และลำไส้อุดตันในทารกแรกเกิด อวัยวะที่สำคัญคือ ตับ (liver) ตับอ่อน (pancreas) โดยเอนไซม์ (enzyme) ย่อยไขมันจากตับอ่อนลดลงมาก เด็กจะอวนผิดปกติเมื่อรับประทานอาหารได้ตามปกติ เรียกว่า pancreatic insufficiency ซึ่งพบได้บ่อย ทำให้เกิดปัญหาการดูดซึมไขมันจากลำไส้บกพร่อง เด็กจึงขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ (A) ดี (D) คี (E) เค (K) ทำให้อุจจาระของเด็กมันเยิ้ม ท้องอืดจากปริมาณกาซในท้อง ลักษณะท้องโป่งขึ้น มีอาการปวดท้อง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกรรม : การพยาบาลมาตรา และหาราในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

หรืออุดกแน่นห้อง โรค CF ยังมีผลต่อต่อมเหงื่อที่ผิวน้ำหนัง ทำให้เกิดลักษณะเฉพาะคือผิวน้ำหนังเค็ม และในวันที่อากาศร้อน เหงื่อจะออกมาก เกิดการสูญเสียเกลือแร่ออกร่างกายเหงื่อมากผิดปกติ (รูปที่ 2.3)

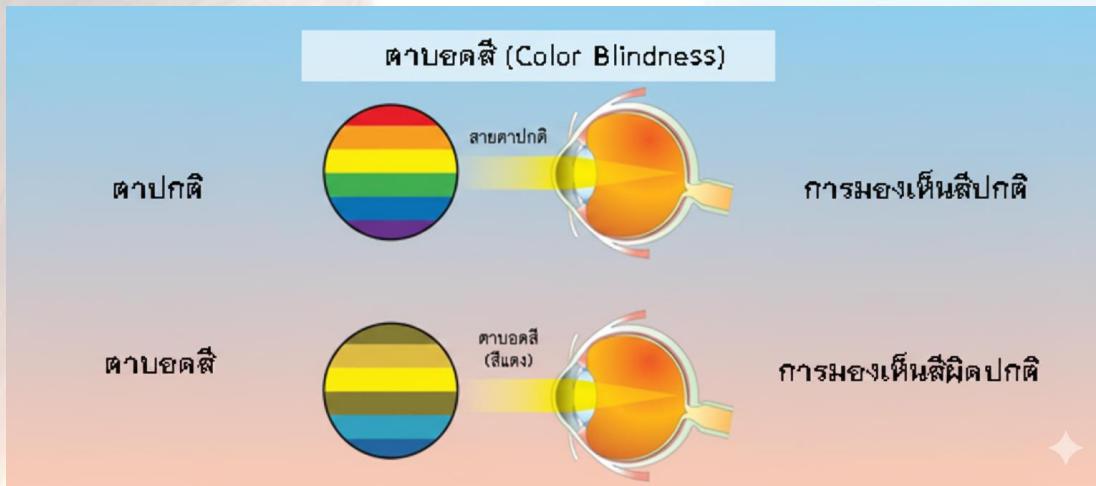


รูปที่ 2.3 โรคซิสติก ไฟบริซิส (cystic fibrosis: CF)

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เนตรรักษ์จ้าง โดยใช้ Bing Image Creator, 2025

3.4) โรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมในครอบครัว (chromosomal abnormalities) นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการทำงานของร่างกาย เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างหรือจำนวนของโครโมโซม ซึ่งเป็นสาเหตุพันธุกรรม ได้แก่

3.4.1) ตาบอดสี (color blindness) เกิดจากความผิดปกติของเม็ดสีและเซลล์รับแสงสีเขียวหรือแดง โดยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างสีเขียวกับสีแดง หรือสีน้ำเงินกับสีเหลืองได้ ถูกควบคุมด้วยยีนบนโครโมโซม X และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ X-linked recessive จากมารดา ทำให้เพศชายถ้ามีโครโมโซม X ที่ทำให้เกิดตาบอดสี ก็จะแสดงอาการของตาบอดสีอย่างมา โน่นะที่เพศหญิงถ้ามีโครโมโซม X นี้ผิดปกติหนึ่งหน่วย ก็ยังสามารถมองเห็นได้ปกติ โดยลักษณะของการตาบอดสี โดยเกิดขึ้นกับดวงตาทั้งสองข้าง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (รูปที่ 2.5)



รูปที่ 2.4 ตาบอดสี (color blindness)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.4.2) โรคพร่องเอนไซม์ G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency) เป็นโรคที่เกิดจากการขาดเอนไซม์ G6PD ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันการแตกของเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะมีอาการชี้เดเมื่อได้รับสารบางอย่าง เช่น ยาบางชนิด (ยาปฏิชีวนะในกลุ่มซัลฟ้า (ไนโตรฟูรันโทไฮน (nitrofurantoin) แดปโซน (dapsone) ซัลฟ้า (sulfa) และไพริน (aspirin) ยารักษา malaria เรียก ไพรามาควิน (primaquin) ควิโนโลน (quinolone) ยากันชัก ยารักษาโรคหัวใจบางชนิด) อาหารบางอย่าง (พืชตระกูลถั่วโดยเฉพาะถั่วปากอ้า บลูเบอร์รี่ ไวน์แดง) สารเคมีบางชนิด (สารเคมีในลูกเมมเบรน การบูร เมนทอล สารหมู่) การติดเชื้อต่าง ๆ (เชื้อไวรัส โรคปอดบวม ไข้ไฟฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบเอและบี ไข้เลือดออก ไข้หวัด) รวมทั้งการเป็นโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดกรด เมื่อจากเอนไซม์ G6PD มีหน้าที่สำคัญในการกระบวนการเมtabolism ของน้ำตาลกลูโคสเพื่อให้ได้สารกลูตาไธโอน ซึ่งมีหน้าที่ในการป้องกันเม็ดเลือดแดงจากการทำลายของสารอนุมูลอิสระ เป็นตน โรคนี้ถ่ายทอดผ่านโครโมโซม X เช่นเดียวกับโรคตาบอดสี โดยจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเนื่องจากมีความผิดปกติของพันธุกรรมแบบ X-linked recessive โดยยืนของ G6PD อยู่ในโครโมโซม X และเมื่อผู้ชายมีโครโมโซม X เพียงโครโมโซมเดียว จึงมีความเสี่ยงที่จะแสดงผลการมียืน G6PD ที่กลยุบพันธุ์มากกว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD อาจมีอาการตัวเหลืองรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ/หรือระดับบิริลูบิน (bilirubin) สูงกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ จะมีภาวะชี้เด เหลือง จาก

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การที่เม็ดเลือดแดงแตกกออย่างเฉียบพลัน ซึ่มลง อุณหภูมิกายสูงขึ้น ในการกจพภภาวะตัวเหลืองที่มีจำนวนกว่าปกติ อาจทำให้สมองได้รับความเสียหายถ้าไม่ได้รับการรักษา และพบปัลสสาวะเหลืองเข้มหรือลีดามี่อนสีน้ำชาหรือโคล์ ในรายที่ปัลสสาวะน้อยอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเฉียบพลันได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้การควบคุมสมดุลของสารเกลือแร่ต่างๆ ในร่างกายเสียไปด้วย โดยเฉพาะการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งมีความรุนแรงมากและมีอันตรายถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (รูปที่ 2.5)

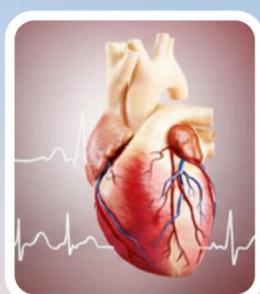
โรคพรองเอนไซม์ G6PD



ຕັ້ງເທິສີອັງ



ປ່ອນສະຫຼຸບ



หัวใจเต้นเร็ว

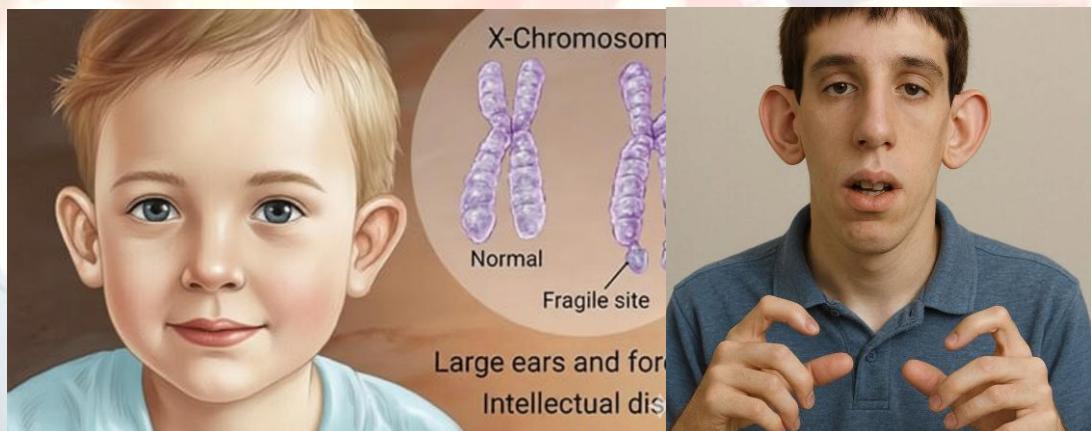
ມໍາມໂຕ

รูปที่ 2.5 โรคพร่องเอนไซม์ G6PD (glucose-6-phosphate dehydrogenase)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.4.3) กลุ่มอาการ เฟรเจล์-เอกซ์ ชินดروم (fragile X syndrome: fragile X หรือ FXS) โครโมโซมเอกซ์เพราะ เกิดจากความผิดปกติของยีนบนโครโมโซม X เป็นภาวะทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุทางกรรมพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดของอหิสติก โรคสมาร์ทสั้น และความบกพร่องทางสติปัญญา โรคนี้เกิดขึ้นได้กับทุกเชื้อชาติและวรรณะ และลงผลต่อผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โรคนี้เรียกอีกอย่างว่า โรค martin-bell syndrome โดยมีใบหน้ายาว หนูใหญ่ เพดานปากโคงสูง ข้อต่อ มีความยืดหยุ่นสูง (โดยเฉพาะนิ้วมือ) กล้ามเนื้ออ่อนแรง และอัณฑะขยายใหญ่ในรัยแรกรุน ลงผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ร้ายแรง ได้แก่ ไส้เลื่อน ข้อบกพร่องทางสายตา การติดเชื้อในหูช้ำ ๆ การพูดและการออกเสียงการเปลี่ยนระดับเสียง น้ำเสียง และความดัง เด็กผู้ชายบางคนอาจพูดติดต่อ อาจพูดช้ากว่าเพื่อนมาก และบางคนอาจไม่สามารถพูดได้เลย IQ อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่สามารถคิด ใช้เหตุผล และเรียนรู้ได้เนื่องจากความสามารถทาง

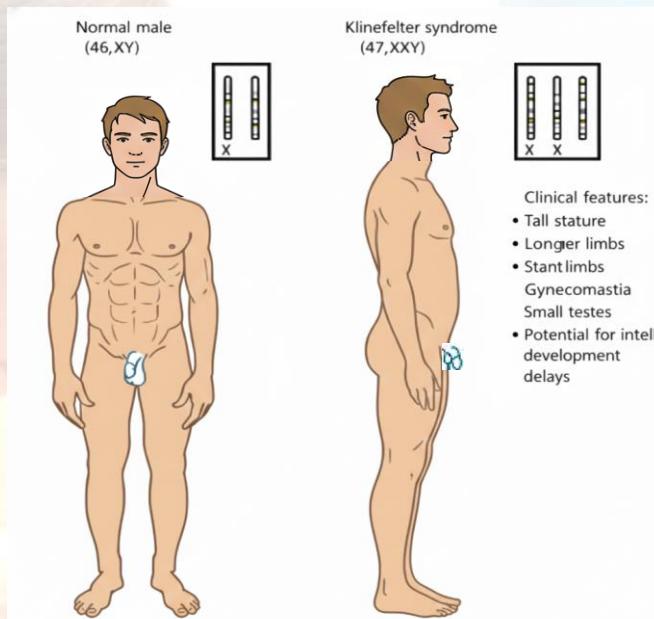
สติปัญญาที่จำกัด นอกรากนี้ยังมีอาการซัก และอาการเสี่ยงหัวใจที่ผิดปกติซึ่งสามารถได้ยินโดยใช้ฟัง (stethoscope) ตรวจ เนื่องมาจากการเมื่อยล้า หรือความไม่ดีของร่างกาย ในวัยเด็ก ผู้หญิงบางคนอาจมีอาการเมื่อยล้าและเดินลำบากเนื่องจากขาดการทรงตัว ผู้หญิงบางคนอาจเกิดภาวะรังไข่ล้มเหลว ก่อนวัย (premature ovarian failure: POF) ซึ่งรังไข่จะหยุดทำงานก่อนอายุ 40 ปี ซึ่งหมายความว่า การตั้งครรภ์อาจเป็นเรื่องยาก การหมดประจำเดือนก่อนวัยอันควร ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ผิวแห้ง และ โรคกระดูกพรุน เนื่องจาก การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนที่สร้างจากรังไข่ (รูปที่ 2.6)



รูปที่ 2.6 กลุ่มอาการเฟรใจล์เอ็กซ์ ชินโดรม (fragile x syndrome: fragile x หรือ FXS)

ที่มา: สร้างโดย ชญาดา เมตรรัตน์ โดยใช้ Bing Image Creator, 2025

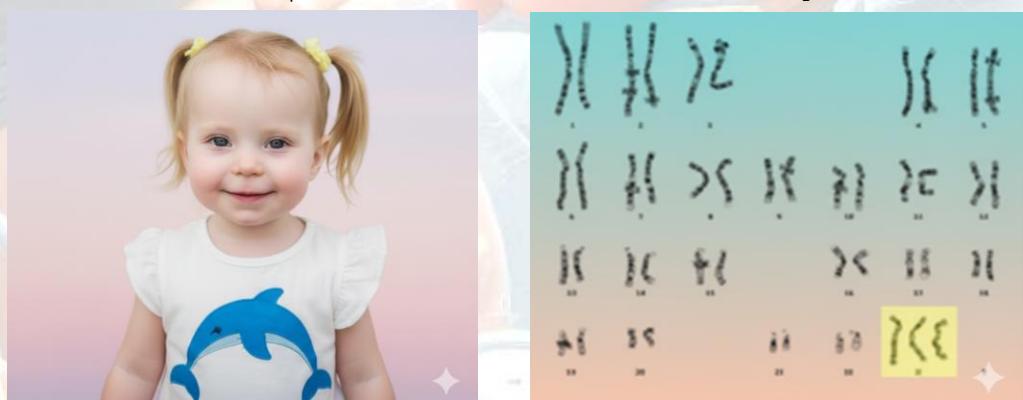
3.4.4) กลุ่มอาการโคลน์เฟลเตอร์ ชินโดรม (klinefelter syndrome) โดยทารกเพศชาย มีโครโนโซมเพศ X "เกิน" มา 1 แท่ง ทำให้มีลักษณะโครโนโซมเพศแบบ 47, XXY มีการเจริญเติบโตทางร่างกายผิดปกติ เช่น แขนขาขยายกว้างมาก หน้าอกใหญ่ อวัยวะเพศชายมีขนาดเล็ก อาจมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อเข้าสู่วัยเรียน โดยการมักไม่ค่อยแสดงในวัยเด็ก แต่จะมีอาการชัดเจนมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (รูปที่ 2.7)



รูปที่ 2.7 กลุ่มอาการโคลน์เฟลเตอร์ ชินโดรม (Klinefelter syndrome)

ที่มา: ตัดแปลงโดย Google LLC, 2025

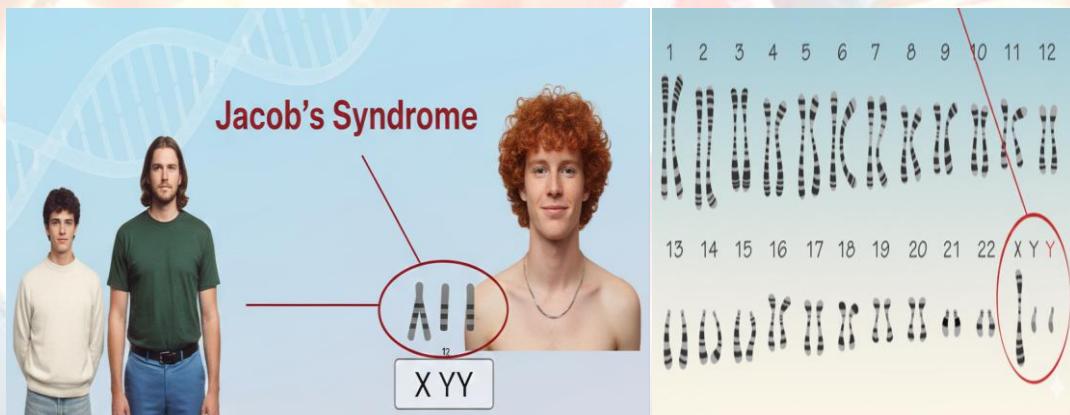
3.4.5) กลุ่มอาการทริปเบิล เอ็กซ์ ชินโดรม (triple-X syndrome) เรียกอีกอย่างว่า trisomy X หรือ 47, XXX โดยมีโครโมโซม X เพิ่มขึ้นมาจำนวน 1 แท่ง (XXX) ทั้งนี้ผู้หญิงที่เป็นโรคนี้จะมีส่วนสูงมากกว่าค่าเฉลี่ยโดยทั่วไป อาจมีตากว้าง มีบุตรยาก มีอเล็ก ศีรษะเล็ก และมีความเสี่ยงสูงที่มีความพิการทางสติปัญญาและการพัฒนาทักษะการพูดที่ล่าช้า รวมถึงมีโอกาสพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความผิดปกติด้านอารมณ์ด้วย (รูปที่ 2.8)



รูปที่ 2.8 กลุ่มอาการทริปเบิล เอ็กซ์ ชินโดรม (triple-X syndrome)

ที่มา: ตัดแปลงโดย Google LLC, 2025

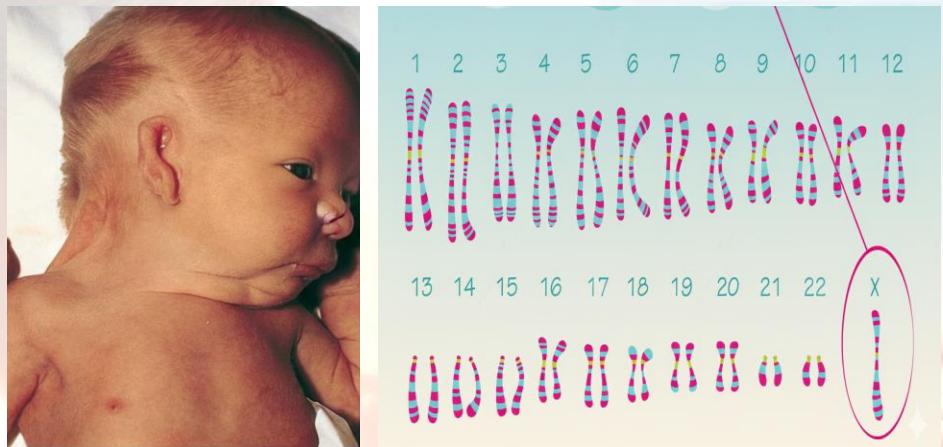
3.4.6) กลุ่มอาการจาค็อบส์ซินโดรม (Jacob syndrome) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมที่มีผลต่อเพศชาย โดยเพศชายที่พบความผิดปกติตั้งแต่ 1 例 จนถึง 47 例 โดยมีโครโมโซม Y เพิ่มขึ้นมา 1 例 (47, XYY) อัตราการพบนั้นอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 1,000 ของการเกิด ซึ่งความผิดปกติทางกายภาพที่พบมากที่สุดคือความสูงที่เพิ่มขึ้น โดยจะสังเกตุเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่ออายุประมาณ 5 หรือ 6 ปี เด็กชายที่มีอาการโรค XYY มักจะมีลักษณะทางร่างกายที่แตกต่างจากเด็กชายทั่วไป เช่น พัฒนาการทางด้านภาษา เป็นตน (รูปที่ 2.9)



รูปที่ 2.9 กลุ่มอาการจาค็อบส์ซินโดรม (Jacob syndrome)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

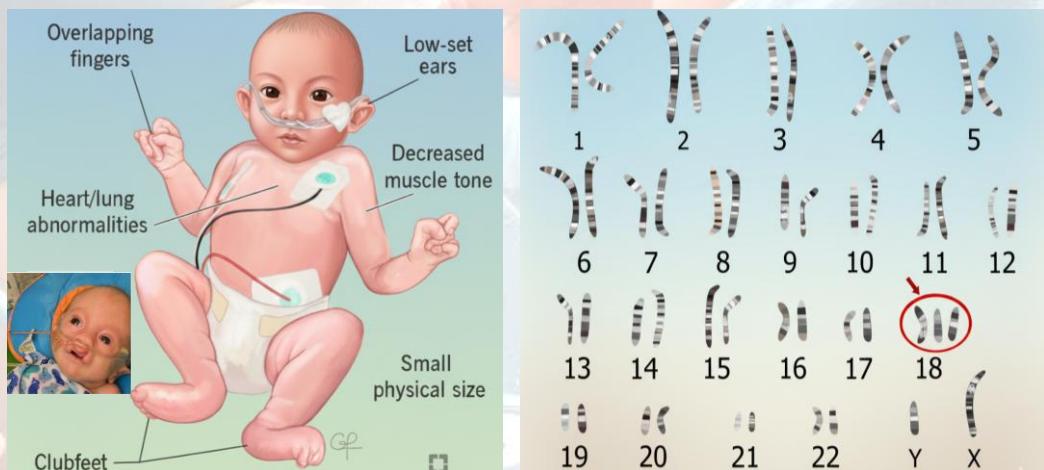
3.4.7) กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ ซินโดรม (Turner syndrome) เกิดจากโครโมโซมเพศหญิง หรือโครโมโซม X "ขาดหาย" ไป 1 例 ทำให้หญิงมีโครโมโซม XO หรือโครโมโซม X อีก 1 例 ไม่สมบูรณ์ หากที่มีภาวะนี้จะมีรูปร่างเตี้ย คอกว้างผิด ปลายแขนกว้าง ออกอย่างชัดเจน เพดานปากสูงกว่าปกติ ใบมีดและหูอยู่ต่ำกว่าปกติ หนังตาตก ขากรรไกรเล็ก และหด หน้าอกกว้างและหัวนมทั้งสองข้างห่างกันมากกว่าปกติ มีความผิดปกติของหัวใจหรือไต มีรังไข่ที่ไม่เจริญ ไม่มีประจำเดือน และอาจเกิดภาวะมีบุตรยากได้ (รูปที่ 2.10)



รูปที่ 2.10 กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ ชินโดรม (turner syndrome)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

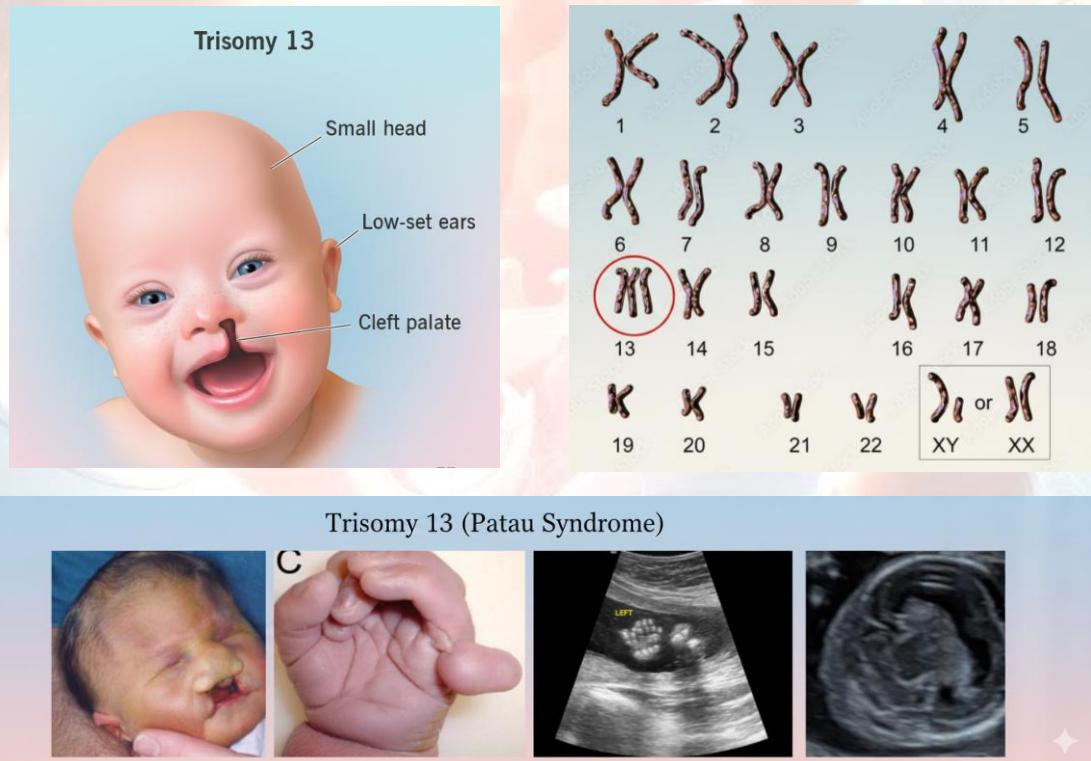
3.4.8) กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ดซินโดรม (edward syndrome) เกิดจากโครโมโซมร่างกายคู่ที่ 18 "เกิน" มา 1 แท่ง (trisomy 18) การมีภาวะความผิดปกตินี้ส่งผลกระทบสุขภาพของทารกอย่างรุนแรง โดยทำให้อวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติหลายระบบ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ทั้งระบบประสาท หัวใจ และอวัยวะภายใน รวมถึงมีความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโขาว เจริญเติบโตช้า มีปัญหาด้านสติปัญญา น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มักเสียชีวิตก่อนคลอดหรือหลังคลอดไม่นาน (รูปที่ 2.11)



รูปที่ 2.11 กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ดซินโดรม (edward syndrome)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.4.9) กลุ่มอาการพาทัวร์ชินโดรม (patau syndrome) เกิดจากโครโมโซม ร่างกายคู่ที่ 13 "เกิน" มา 1 แท่ง (trisomy 13) ทำรากจะมีความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปากแห้งเพดานโหว่ ศีรษะเล็ก หูหนวก ศีรษะเล็ก สมองพิการ พัฒนาการช้า ม่านตาไม่ปิดให้หายใจหรืออาเจะรวมกันเป็นตาเดียว เป็นหนึ่งกลุ่มที่มีอาการร้ายแรง ทารกในกลุ่มอาการนี้ ส่วนใหญ่มักเลี้ยงชีวิตตั้งแต่ช่วงแรกหลังจากคลอดได้ไม่นาน (รูปที่ 2.12)

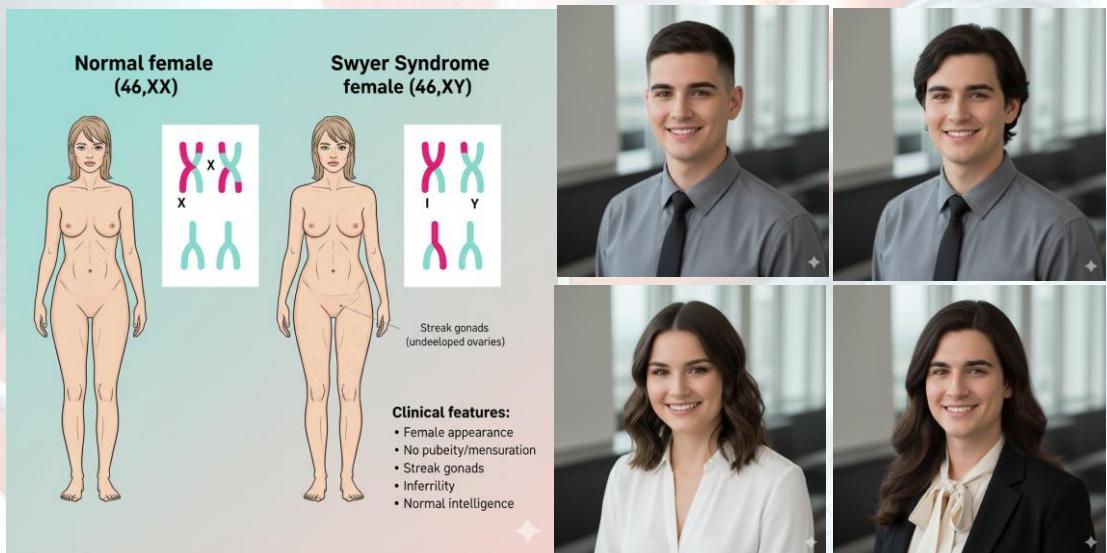


รูปที่ 2.12 กลุ่มอาการพาทัวร์ชินโดรม (patau syndrome)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google LLC, 2025

3.5.10) โรคสวายเออร์ (swyer syndrome หรือ 46, XY pure gonadal dysgenesis) พบได้น้อย (rare genetic condition) เกิดจากการสร้างโครโมโซมเพศชาย (XY) ที่ไม่สามารถพัฒนาอวัยวะลีบพันธุ์ได้ จากความผิดปกติในการพัฒนาของต่อมเพศโดยสมบูรณ์ ทั้งที่จำนวนโครโมโซม Y เป็นปกติโดยการตรวจทางพันธุกรรม (karyotype) มีอุบัติการณ์ 1:80,000 ของการคลอดมีเชื้อพันธุ์ แต่มีลักษณะทางกายภาพเป็นเพศหญิง (phenotype) บุคคลที่มีความผิดปกตินี้มักจะได้รับการเลี้ยงดูให้เป็นผู้หญิง เนื่องจากลักษณะปกติของ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



รูปที่ 2.13 โรคสวีเวอර์ (swyer syndrome)

ที่มา: ตัดแปลงโดย Google Gemini, 2025

3.4.11) ภาวะมีบุตรยาก (infertility) คือ ภาวะทางร่างกายของคุณสมรสที่แต่งงานกันแล้วยังไม่มีบุตร โดยประเมินจากระยะเวลา 1 ปีถึง 1 ปี 6 เดือน มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วยังไม่ตั้งครรภ์ ให้สันนิษฐานเป็นอย่างน่าว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องมีปัญหา คือ ฝ่ายหญิงมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ส่วนฝ่ายชายเป็นปัญหาเรื่องเชื้อオスุจิผิดปกติ หรือการถูกกระแทกกระเทือนอย่างรุนแรงบริเวณอัณฑะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากปัญหาของฝ่ายหญิง เช่น ไข่ไม่ตก มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกมดลูก ทำให้มันเล็กมาแก้หมั้น มดลูกผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งโรคที่แก้ได้ยากที่สุด คือ โรคที่เกิดจากพังผืดหรือเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ทำให้การผ่านตัวของตัวอ่อนไม่แข็งแรง หลุดลอกออกออกมาเป็นประจำเดือน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (primary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน และการมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (secondary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาก่อน แต่ภายหลังไม่มีการตั้งครรภ์อีก โดยไม่ได้คุณกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเกินกว่า 1 ปี ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาในการเสี่ยงบุตรด้วยนมารดาหรือนับรายหลังสิ้นสุดการเสี่ยงบุตรด้วยนมารดา

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

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

1) การตรวจร่างกาย (physical examination)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1.1) การประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิ ซึ่งมีความสำคัญในการประเมินโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด หญิงที่มีระดับความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) และมีโอกาสที่ทารกในครรภ์จะเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าโดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

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

1.3) การตรวจต่อมไทรอยด์ มีความสำคัญ โดยเฉพาะในสตรีที่มีอาการบ่งชี้ว่ามีภาวะไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของสมองทารก

1.4) การตรวจระบบหัวใจ ปอด เท้านม ซองห้อง การตรวจระบบลิปิดพันธุ์ การตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูก ช่วยคัดกรองโรคที่อาจรบกวนการตั้งครรภ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ซีสต์รังไข่ หรือความผิดปกติทางภายในร่างกายวิภาคของอวัยวะลิปิดพันธุ์ เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น หญิงอายุ 30 ปีที่มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 (BMI 35 kg/m²) และมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังอาจมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (pregestational diabetes) และขณะตั้งครรภ์ และภาวะครรภ์เป็นพิษ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดในกรณีนี้ช่วยให้สามารถเสนอแผนการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และควบคุมความดันโลหิตก่อนเริ่มตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory examination)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ใช้ยืนยันภาวะเสี่ยงที่อาจไม่แสดงอาการชัดเจน การตรวจภูมิคุ้มกันและการเป็นพำนัชทำให้สามารถดูแลก่อนการตั้งครรภ์ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบในครรภ์ โดยเฉพาะโรคที่อาจส่งผลกระทบเรื่องต่อการตั้งครรภ์ เช่น การติดเชื้อ การพร่องภูมิคุ้มกัน หรือโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีดังนี้

2.1) ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) ความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin: Hb) เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง เป็นการตรวจที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะภาวะโลหิตจางก่อนตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยและการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังรวมถึงการตรวจหมู่เลือด (blood group) ด้วย เพื่อการเตรียมฉีดเลือด给自己ในยามฉุกเฉิน

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

2.3) การตรวจหาภูมิคุ้มกันโรคหัดเยอรมัน (Rubella IgG) เป็นวิธีหนึ่งของการตรวจที่แนะนำ เนื่องจากภูมิคุ้มกันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ 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) ในหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นมาตรฐานสากลของการดูแลเนื่องจากการตรวจพบและจัดการการติดเชื้อเหล่านี้ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ หรือระยะแรกของการตั้งครรภ์สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ทารก (mother-to-child transmission: MTCT / PMTCT) ลดความเจ็บปวดในทารก และปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของครอบครัวได้อย่างชัดเจน (WHO, 2019; CDC, 2023) หลักการทั่วไปคือการให้การตรวจเป็นส่วนหนึ่งของการเฝ้าครรภ์ (antenatal care) ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือในช่วง trimester ที่ 3 หากผลเป็นบวกควรมีการตรวจซ้ำตามบริบทของความซุกและแนวทางของพื้นที่ (WHO, 2019; CDC, 2023) การคัดกรองจะต้องเชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการรักษาและการติดตามผลอย่างรวดเร็ว การให้คำปรึกษาอย่างมีคุณภาพ และการทำงานร่วมกับระบบบริการสหสาขาวิชาชีพเพื่อการส่งต่อ (referral and linkage to care) ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ PMTCT ที่มีประสิทธิผล (WHO consolidated HIV testing; CDC guidance)

2.5) การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์และคุ้มครอง ยังเป็นขั้นตอนสำคัญในประเทศไทยที่มีความซุกของโรคนี้สูง เช่น หากพบว่าหญิงมีพาหะธาลัสซีเมียชนิด Hb E หรือ α-thalassemia ควรตรวจคุ้มครองเพิ่มเติมเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะทารกบวมหน้าจาก Hb Bart's hydrops fetalis ซึ่งเป็นภาวะรุนแรงทำให้ทารกเสียชีวิตได้

2.6) การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ (TSH, Free T4) มีความสำคัญต่อการพัฒนาเซลล์สมองของทารก โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกที่ทารกยังไม่สามารถสร้างฮอร์โมนไทรอยด์เองได้

2.7) การตรวจปัสสาวะ (urinalysis) สามารถช่วยคัดกรองการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซึ่งเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด

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

3) การดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

การดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งมีวัคซีนที่หลงวัยเจริญพันธุ์ควรฉีดและวัคซีนที่ห้ามฉีด ดังต่อไปนี้

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

3.2) วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (hepatitis B vaccine) ควรฉีดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 3 เข็ม (0, 1, 6) เพราะสามารถแพร่กระจายเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจทำให้เกิดโรคตับอักเสบเฉียบพลัน และอาจเกิดตับวายได้ หรือบางคนอาจกลายเป็นพาหะของโรค แนะนำให้ตรวจเลือดก่อนเพื่อที่จะดูว่ามีภูมิคุ้มกันอยู่แล้ว หรือมีเชื้อไวรัสในร่างกายแฝงตัว จึงควรรักษาให้หายขาดเสียก่อน แล้วจึงค่อยฉีดวัคซีนภายหลัง เพื่อประสิทธิภาพการป้องกันที่ดียิ่งขึ้น

3.3) วัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (vaccine against diphtheria, tetanus: dT) หรือวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ((vaccine against diphtheria, tetanus, pertussis:TdaP, Tdap) หรือ วัคซีนป้องกันไอกรนชนิดเตี้ยๆ (acellular Pertussis: aP) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์และคลอดด้วย เนื่องจากโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน

เป็นโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายได้ด้วย โดยเฉพาะโภกรน ที่หากมีโอกาสติดเชื้อจากการดูแลหรือคนในครอบครัวได้ จึงแนะนำให้พูดถึงว่าแพนตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนรวมป้องกันคอตีบ บาดทะยัก โภกรน (Tdap, TdP) หรือ วัคซีนป้องกันโรคโภกรนชนิดเดี่ยว (dT) ก่อนตั้งครรภ์หรือขณะตั้งครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสมคือ 27 สัปดาห์ หรือในช่วงท้ายไตรมาสที่ 2 ถึงไตรมาสที่ 3 โดยฉีดจำนวน 1 เช็ม หากเคยได้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก (tetanus vaccine) ครบถ้วน พิจารณาฉีดวัคซีนบาดทะยักชนิดเดี่ยวเพิ่มเป็นราย ๆ ไป

3.4) วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine) โรคไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนสายพันธุ์ทุกปี และก่อให้เกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในหญิงตั้งครรภ์ อาจทำให้ปอดบวมหรืออักเสบ มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 1 เช็ม ใน การตั้งครรภ์แต่ละครั้ง และแนะนำที่ อายุครรภ์ตั้งแต่ 14 สัปดาห์ เป็นต้นไป

3.5) วัคซีนป้องกันโรคชิกกี้ไซส์ (chickenpox vaccine or varicella) โรคชิกกี้ไซส์ เป็นยีกโรคหนึ่งที่อันตรายโดยเฉลี่ยในระหว่างตั้งครรภ์ การติดเชื้อในไตรมาสที่หนึ่ง และช่วงต้นไตรมาสที่สองมักสร้างความกังวลอย่างมาก เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์และรบกวนการพัฒนาของอวัยวะที่กำลังก่อรูป ผลให้เกิดภาวะ Congenital Varicella Syndrome (CVS) ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงและพบได้มากที่สุดหากการติดเชื้อเกิดขึ้น ในช่วงอายุครรภ์ 8–20 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วง organogenesis และการสร้างระบบประสาทของทารก ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความผิดรูปของแขนและขา รอยแผลเป็นตามผิวนัง ความผิดปกติของจอประสาทตา ศีรษะเล็ก และความล้าช้าทางพัฒนาการทางระบบประสาท ภาวะตั้งกล่าวเมะพับไม่บอย (ร้อยละ 0.4–2) แต่มีความรุนแรงสูงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ระยะยาวของทารก นอกจากนี้การติดเชื้อในระยะนี้อาจเพิ่มความเสี่ยงของการแท้งหรือ การเสียชีวิตของทารกในครรภ์

การติดเชื้อในช่วงปลายไตรมาสที่สองจนถึงไตรมาสที่สามทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิด CVS ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการพัฒนาอวัยวะสำคัญของทารกส่วนใหญ่เสร็จสมบูรณ์แล้ว แต่ยังอาจทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) ภาวะน้ำครรภ์น้อย ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบประสาทของทารก เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติจากผลกระทบของการติดเชื้อและภาวะอักเสบของมารดา นอกจากนี้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การติดเชื้อไวรัสสุกอีสหลังจากตั้งครรภ์ได้ 20 สัปดาห์ ทารกอาจติดโรคถูกระดับ ซึ่งเกิดจากไวรัสชนิดเดียวกับที่ทำให้เกิดโรคสุกอีสหลัง 1 ถึง 2 ปีแรกของชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ในไตรมาสที่สามนี้ความเสี่ยงต่อการเกิด varicella pneumonia ในมารดาอาจรุนแรงกว่าช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ภาวะนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ มือตราชากการเสี่ยงชีวิตสูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การติดเชื้อในช่วงใกล้คลอดเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด เพราะหากมารดามีผื่นของโรคสุกอีสหลัง 5 วันก่อนคลอดจนถึง 2 วันหลังคลอด ทารกจะไม่ได้รับภูมิคุ้มกันผ่านทางรกทันเวลา ทำให้มีโอกาสเกิด neonatal varicella ซึ่งเป็นภาวะที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทารกอาจมีการติดเชื้อที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปยังตับ ปอด และระบบประสาท ความเสี่ยงตั้งกล่าวลดลงได้หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาด้วย varicella-zoster immune globulin (VZIG) และการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในสถานพยาบาล

โดยสรุป การติดเชื้อไวรัสสุกอีสหลังระหว่างตั้งครรภ์มีผลกระทบแตกต่างกันตามไตรมาส ทั้งต่อมารดาและทารก การประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัยที่แม่นยำ และการให้การรักษาที่รวดเร็วเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนวทางจาก CDC, ACOG และ WHO รวมทั้งแนวทางของประเทศไทย ต่างเน้นย้ำให้มีการตรวจภูมิคุ้มกันก่อนตั้งครรภ์ 2 เดือน โดยจะฉีดวัคซีนนี้ให้หญิงที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันจำนวน 2 เข็ม และฉีดห่างกัน 1 เดือน และให้การดูแลรักษาแบบเชิงรุกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในช่วงเวลาต่างๆ ของการตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์

3.6) วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) จากการระบาดของโรคซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีการแพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี 2019 โรคนี้ก่อให้เกิดอาการของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในผู้ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนหรือไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นที่เหมาะสม จะมีอาการรุนแรงกว่า โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และเพิ่มความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด และนำให้เกิดวัคซีนป้องกัน COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย โดยสามารถฉีดได้ทุกอายุครรภ์ หรือเริ่มนัดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์เป็นต้นไป วัคซีนที่แนะนำให้ฉีดคือ mRNA vaccines ได้แก่ Pfizer –BioNTech และ Moderna ตามที่ CDC และผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการตั้งครรภ์กล่าวว่า ก่อนตั้งครรภ์ควรได้รับวัคซีน COVID-19 และยังไม่มีหลักฐานใด ๆ ที่บ่งชี้ว่าวัคซีน COVID-19 ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยากในผู้หญิงหรือผู้ชายที่ได้รับวัคซีน นอกจากนี้ ยังไม่จำเป็นต้องเว้นระยะการตั้งครรภ์หลังจากได้รับวัคซีนด้วย แต่ในปัจจุบัน ระดับความรุนแรงของโรคลดลง นพ.ยง ภูรารรณ จึงมีคำแนะนำว่า อาจไม่จำเป็นต้องฉีด แต่ให้ประเมินด้วยวัง ป้องกันตนเอง เพราะราคาแพงไม่คุ้มทุน

3.7) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกเป็นกลุ่มโรคมะเร็งที่พบมาก เป็นอันดับ 2 ในผู้หญิงไทย รองจากอันดับ 1 คือ มะเร็งเต้านม ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก คือ เชื้อชิวามน แพพพิโลมา ไวรัส (human papilloma virus: HPV) เป็นเชื้อที่พบได้ทั่วไป ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย เชื้อ HPV นี้มีมากกว่า 100 สายพันธุ์ที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยเป็นอันตราย เช่น สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดหูดที่เมือและเท้า แต่ HPV บางสายพันธุ์ทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศและนำไปสู่มะเร็งปากมดลูก เชลล์ผิดปกติของปากมดลูก และหูดที่อวัยวะเพศซึ่งมีอยู่หลายสายพันธุ์ แต่พบว่า สายพันธุ์ที่ 16 และ 18 เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในคนไทยมากที่สุด วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เรียกว่า HPV vaccine ประเทศไทยมีการใช้วัคซีนชนิดนี้กันอยู่ 2 ชนิด ซึ่งเป็นชนิดเดียวกับทั่วโลก โดยแก่ Gardasil ประกอบด้วย วัคซีน 4 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดหูดแห้งบนໄก อีกชนิดคือ Cervarix ประกอบด้วย วัคซีน 2 สายพันธุ์ ได้แก่ 16 และ 18 ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก แนะนำให้มีฉีดเข้ากล้ามเนื้อจำนวนหั้งหมด 3 เช็ม ถ้าเป็นชนิด Gardasil ฉีดทุก 0,2 และ 6 เดือน ส่วน Cervarix ฉีดที่ 0, 1 และ 6 เดือน เมื่อจากเชื้อ HPV ติดได้จากเพศสัมพันธ์ จึงควรฉีดตั้งแต่ก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จึงจะได้ประโยชน์สูงสุด วัคซีนนี้สามารถป้องกันเชื้อได้นานเกือบ 10 ปี แต่เนื่องจากวัคซีนนี้เพิ่งคิดค้นได้ประมาณ 10 ปี จึงยังไม่มีข้อมูลยืนยันว่าหลังจากนี้จะต้องมีการฉีดกระตุ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนชนิดนี้ สามารถป้องกันได้เพียง 2 สายพันธุ์ที่พบบ่อยเท่านั้น ซึ่งคาดว่าครอบคลุม การเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70–90 เท่านั้น ยังมีโอกาสที่สายพันธุ์อื่นจะมาสัมผัส จนก่อให้เกิดโรคได้ จึงต้องป้องกันโดยการตรวจภายใน รวมกับการตรวจเชื้อมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอทุก 1 – 2 ปี สิ่งที่สำคัญคือ การตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งหากตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มต้นจะได้รับรักษาให้หายก่อน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

จะกล้ายเป็นมะเร็งปากมดลูกซึ่งรักษาได้ยากกว่า ซึ่งห้ามฉีดในขณะตั้งครรภ์ รายละเอียดจะกล่าวต่อไป

3.8) วัคซีนที่ห้ามฉีดระหว่างตั้งครรภ์ เป็นวัคซีนเชื้อเป็น ได้แก่

3.8.1) วัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella) วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีสิจัดเป็นวัคซีนที่ปลอดภัย มีปฏิกิริยาเพียงเล็กน้อยประมาณร้อยละ 5 – 35 โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีภูมิคุ้มกันจะมีอาการบวมแดงร้อนใจเล็กน้อยในตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน ประมาณร้อยละ 3 – 5 จะมีผื่นขึ้นเฉพาะที่ และอีกร้อยละ 3 – 5 จะมีผื่นแบบอีสุกอีสิขึ้นทั่วตัวโดยผื่นเหล่านี้จะมีเพียง 2 – 5 ตำแหน่งและอาจเป็นลักษณะของผื่นที่เรียกว่า maculopapular มากกว่าเป็นตุ่มน้ำใส โดยผื่นมากเกิดขึ้นภายในเวลา 5 – 26 วันหลังจากฉีดวัคซีน วัคซีนสามารถให้ได้ตั้งแต่อายุ 1 ปีขึ้นไป การตรวจคัดกรองก่อนการพิจารณาให้วัคซีน ในเด็กอาศัยประวัติป่วยเป็นอีสุกอีสิที่ได้จากบิดา มาตรา ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจเลือดหาภูมิคุ้มกันก่อนฉีดวัคซีน ถ้าเคยเป็นโรคแล้วไม่ต้องฉีดวัคซีน ส่วนในผู้ใหญ่แม้ให้ประวัติไม่เคยเป็นอีสุกอีส ผลการตรวจเลือดพบว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วร้อยละ 40.59 อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันแล้วหากฉีดวัคซีนไม่มีผลเสียใด ๆ นอกจากสิ่งเปลี่ยน เนื่องจากเป็นวัคซีนเพื่อเลือก ไม่ได้อยู่ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับประเทศไทย วัคซีนยังมีราคาแพง อาจให้เสริมสำหรับผู้ที่ต้องการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคสำหรับกลุ่มเสี่ยง บุคคลที่มีโอกาสไปสัมผัสรือแร่ เช่น ให้คนรอบข้างได้สูง เช่น ผู้ที่อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง บุคลากรทางการแพทย์ ครูหรือผู้ที่เลี้ยงเด็กจำนวนมาก รวมทั้งหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ เป็นต้น

3.8.2) วัคซีนงูสวัด (zoster) ปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ

3.8.2.1) วัคซีนป้องกันงูสวัด ชนิดใหม่ ชับยูนิตวัคซีน (ไม่ใช้เชื้อเป็น) recombinant subunit zoster vaccine (RZV) วัคซีนชนิดนี้ไม่มีไวรัสvariเซลล์ลา-ซอสเตอร์ที่มีชีวิตแต่จะใช้โปรตีนเฉพาะของไวรัสที่เรียกว่าโกลโคโปรตีโน้ตเอน มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคงูสวัด ร้อยละ 97 และประสิทธิภาพในการป้องกันการปวดเส้นประสาท (PHN) ร้อยละ 91.2 ในผู้ใหญ่ อายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่อติดตามยาวนานถึง 10 ปี พบว่า มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคงูสวัด ร้อยละ 89 แนะนำฉีดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคงูสวัดมากกว่าปกติ เช่น ผู้ที่ระบบภูมิคุ้มกันมีปัญหา ผู้ที่ใชยาสเตียรอยด์ และผู้ที่รับการรักษาด้วย

รังสีวิทยาหรือเคมีบำบัด เพราะกลุ่มคนเหล่านี้จะมีภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอกว่าคนปกติ ทำให้เสี่ยงมากกว่าคนทั่วไป ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน 2 เข็ม ห่างกัน 1-2 เดือน เนื่องจากวัคซีนป้องกันงูสวัด ชนิดใหม่ ไม่มีไวรัสที่มีชีวิต จึงปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหรืออ่อนแย

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

3.8.3) วัคซีโนเชพีวี (HPV) หรือที่เรียกวันว่า วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ วัคซีนที่ฉีดเพื่อป้องกันการติดเชือไวรัสเอชพีวี ที่เป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูก ปัจจุบันมี 3 ชนิด ได้แก่ ชนิด 2 สายพันธุ์, ชนิด 4 สายพันธุ์ และชนิด 9 สายพันธุ์ ในผู้หญิงยังป้องกันมะเร็งของอวัยวะอื่นได้อีก ได้แก่ มะเร็งปากช่องคลอด ผนังช่องคลอด ทวารหนัก ช่องปากและคอหอย ในผู้ชายวัคซีนสามารถป้องกัน มะเร็งองคชาติ ทวารหนัก ช่องปากและคอหอย นอกจากนี้วัคซีนชนิด 4 สายพันธุ์ และชนิด 9 สายพันธุ์ ยังสามารถป้องกันโรคหูดหงอน ไก่ของอวัยวะเพศและทวารหนักของทั้งผู้หญิงและผู้ชายได้อีกด้วย สามารถฉีดได้ตั้งแต่อายุ 9 ปีขึ้นไป ควรฉีดก่อนถึงวัยที่มีเพศสัมพันธ์ หรือก่อนติดเชือไวรัสเอชพีวีซึ่งจะได้ประโยชน์ในการป้องกันสูงที่สุด การฉีดวัคซีโนเชพีวีขึ้นกับอายุที่เริ่มน้ำนมวัคซีน 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 กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ฉีดวัคซีโนเชพีวี ในเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยฉีด 2 เข็มห่างกัน 6-12 เดือน หากเป็นวัคซีน 2 สายพันธุ์ ฉีด 3 เข็ม ที่ 0, 1 และ 6 เดือน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3.8.4) วัคซีน คางทูม หัด หัดเยอรมัน (measles, mumps, rubella) โรคหัด อาจทำให้หลูปิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับวัคซีน MMR เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด หรือทำให้胎児มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าเกณฑ์ โรคหัดเยอรมัน อาจทำให้แท้งบุตร ตายคลอด คลอดก่อนกำหนด และ/หรือเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ สูญเสียการได้ยินและกรรมของเห็น ความบกพร่องทางสติปัญญา และความเสียหายของตับหรือม้าม กลุ่มอาการโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (CRS) ได้ การบังคับโรครหัดและหัดเยอรมันที่ดีที่สุดคือวัคซีน MMR (หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน) ควรฉีดก่อนตั้งครรภ์ ผู้หลูปิงส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน MMR ตั้งแต่ยังเป็นเด็ก แต่ควรยืนยันกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ อาจต้องตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ เพื่อดูว่าคุณมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้หรือไม่ ควรฉีดวัคซีนบังคับกันโรคหัด คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย 1 เดือนก่อนตั้งครรภ์

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

- 1) อายุของมารดา (maternal age) ผู้หลูปิงที่มีอายุน้อย (< 20 ปี) หรืออายุมาก (≥ 35 ปี) มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น preterm birth, low birth weight, congenital anomalies, hypertensive disorders

2) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (pre-pregnancy BMI) ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (overweight/obesity) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (pregestational) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) ทารกตัวโต (macrosomia) การคลอดติดไหล่ (shoulder dystocia) ภาวะผิดสัดส่วนของช่องเชิงกรานมารดาและตัวทารก (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, หรือเคยคลอดหลาຍครั้ง (high parity) จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาในครรภ์ปัจจุบัน (recurrence risk)

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

5) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง (health behaviors) รวมถึงการสูบบุหรี่ ตีมแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด โภชนาการไม่เพียงพอ การออกกำลังกายน้อย พักผ่อนไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพมารดา และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อทารก เช่น low birth weight, preterm birth, congenital anomalies

6) ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (social & environmental determinants) เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความรุนแรงในครอบครัว มลพิษ สิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เป็นต้น ซึ่งอาจลดโอกาสในการวางแผนครอบครัวและเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างสมำเสมอ

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

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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 และโรคไทรอยด์ เป็นต้น 3) การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมและโรคที่ถ่ายทอดทางครอบครัว 4) การส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การลดความเครียด การคัดกรองภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 5) การให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยต่อทารก เช่น การใช้ยา การสัมผัสสารเคมี การเสริมโพลิก (folic acid) 400–800 mcg/day และการนัดวัคซีนก่อนตั้งครรภ์ เป็นต้น

2) การจัดแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care planning) เป็นกระบวนการการออกแบบแผนการดูแลแบบมีส่วนร่วม (shared decision-making) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยรับผิดชอบ รวมทั้งกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของข้อมูลทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ บริบทครอบครัว และทรัพยากรที่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งในระดับส่วนตัวและระดับบุคคล มีการวางแผนติดตามผล การวางแผนเรื่องการรับยา การรับวัคซีน การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม การปรับพฤติกรรมรายบุคคล เช่น ภาระโภชนาการ การออกกำลังกาย การคุมกำเนิด และการจัดการโรคเรื้อรัง เป็นต้น และการส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง เช่น สูติแพทย์ต่อมไร้ท่อ 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) ช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถประเมินการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคประจำตัว และ

ระดับความพร้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ต่อการเริ่มตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การติดตามผลที่มีคุณภาพช่วยให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน 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 ค่าการยักเสบ หรือระดับวิตามิน

1.3) การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเสริมไฟลกอย่างสม่ำเสมอ และโภชนาการที่เหมาะสม

1.4) การประเมินการตอบสนองต่อการให้คำปรึกษา เช่น ภาวะเครียด พฤติกรรมการนอน การจัดการอาหาร มีผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น การปรับแผนการดูแลตามข้อมูล ที่ได้รับในแต่ละครั้ง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้รับบริการรายนั้น ๆ

1.5) การนัดหมายติดตามผล จะขึ้นกับระดับความเสี่ยง หากอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น มีโรคเรื้อรังหรือภาวะเมتابอลิกพิเศษ จำเป็นต้องติดตามทุก 4–6 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มเสี่ยงต่ำอาจติดตามทุก 2–3 เดือน ก่อนเริ่มวางแผนตั้งครรภ์ (ชุดฯ แนะนำ เนตรรักษางาน, 2562) โดยมีการจัดระดับความเสี่ยงตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นให้ว้าวุ่น การจัดระดับความเสี่ยง (risk stratification)

2) การส่งต่อ (Referral) เป็นส่วนต่อเนื่องของการติดตามผล โดยมุ่งหมายให้ หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับการดูแลจากสูติแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเมื่อพบภาวะเสี่ยงสูงที่ต้องการการประเมินเพิ่มเติมหรือการรักษาที่เหนือขอบเขตการพยาบาลทั่วไป เช่น สูติแพทย์เฉพาะทางด้านการตั้งครรภ์ ความเสี่ยงสูง (maternal-fetal medicine) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

(endocrinologist) อายุรแพทย์โรคหัวใจ แพทย์พันธุศาสตร์ นักโภชนาการคลินิก และนักจิตวิทยาคลินิก เป็นต้น ตัวอย่างภาวะที่จำเป็นต้องส่งต่อ ได้แก่ โรคประจำตัวที่ควบคุมได้ยาก เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c ≥ 6.5% (ชญาดา เนตร์กระจง, 2562) โรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้หลังการปรับพฤติกรรม ภาวะไตรอยด์ทำงานผิดปกติระดับปานกลางถึงรุนแรง โรคหัวใจ หรือโรคไตเรื้อรัง ภาวะเมบูตรายาหรือประวัติการแท้งซ้ำ (recurrent abortion) ความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว โรคติดเชื้อที่ต้องได้รับการจัดการพิเศษ เช่น HIV, hepatitis B, syphilis เป็นต้น การส่งต่อจะอยู่บนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติสากล เช่น WHO, CDC, ACOG โดยควรมีเอกสารประกอบการส่งต่อ (referral note) ที่ชัดเจน มีรายละเอียดผลตรวจ ประวัติทางการแพทย์ และแผนการดูแลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เป็นต้น

1.6 บทบาทของพยาบาลในการประเมินภาวะเสี่ยง (nursing roles in risk assessment) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ในทุกระดับการบริการสุขภาพ (primary–tertiary care) (ชญาดา เนตร์กระจง, 2562) ประกอบด้วย

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินภาวะเสี่ยง (risk assessment) ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกตามแนวคิดของการดูแลเชิงป้องกัน (preventive care) และการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) การประเมินภาวะเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ตลอดจนช่วยเพิ่มโอกาสในการมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีขึ้น (positive birth outcomes) ในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) การรักษาระดับทุติยภูมิ (secondary care) และการดูแลเฉพาะทางระดับ tertiyภูมิ (tertiary care) (ชญาดา เนตร์กระจง, 2562) บทบาทของพยาบาลมีความครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1.6.1 การให้ข้อมูลและสร้างแรงจูงใจแก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ในการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์: พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ (preconception health check-up) ความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อทารก เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคทางพันธุกรรม ภาวะโภชนาการบกพร่อง รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา นอกจากนี้ พยาบาลยังช่วยสร้างแรงจูงใจผ่านการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (motivational interviewing) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่มี

ประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทนี้ช่วยให้หญิงรักษาสุขภาพ “ตระหนักรู้” และ “ตัดสินใจ” เข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ด้วยตนเอง (ชญาดา เนตร์ ประจำ, 2562)

1.6.2 การรับรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ: พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการซักประวัติ รวบรวมข้อมูล และประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน WHO และ CDC ครอบคลุมทั้ง ประวัติสุขภาพทั่วไป (general health history) ประวัติสูติคิสต์และนรีเวช (obstetric-gynecologic history) ปัจจัยพฤติกรรมและสังคม (behavioral and social factors) การประเมินภาวะโภชนาการ (nutritional assessment) การตรวจร่างกายและการจัดทำแผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลต้องสามารถตีความข้อมูล (interpretation) และเชื่อมโยงเป็น “risk profile” เนพะบุคคลได้อย่างแม่นยำ เพื่อรองรับการจัดระดับความเสี่ยงและวางแผนการพยาบาลต่อไป (ชญาดา เนตร์ ประจำ, 2562)

1.6.3 การให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ: พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counsellor) และผู้ประสานงาน (coordinator) เพื่อวางแผนการดูแล ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ อายุรแพทย์ นักโภชนาการ นักสุขศึกษา และนักจิตวิทยา ประเด็นการให้คำปรึกษา ได้แก่ การเสริมโภชนาการ (nutritional counselling) การลดพฤติกรรมเสี่ยง การควบคุมโรคเรื้อรัง ให้เข้าสู่ระดับปลดภัยก่อนตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัวและเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ (optimal interpregnancy interval) การให้คำปรึกษาด้านพันธุกรรมเบื้องต้นในรายที่มีประวัติครอบครัว บทบาทนี้ช่วยสร้างความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ รวมถึงเสริมคุณภาพการดูแลแบบ individualized care (ชญาดา เนตร์ ประจำ, 2562)

1.6.4 การเฝ้าระวังและติดตามความก้าวหน้าของการจัดการความเสี่ยง: พยาบาล ทำหน้าที่กำกับและติดตาม (monitoring and follow-up) ความก้าวหน้าของการปรับพฤติกรรม สุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ภาวะซีด ความสมมูรรณ์ของวัคซีน การเลิกบุหรี่ และการปรับปรุงโภชนาการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการนัดหมาย การตรวจซ้ำ การติดตามผลเลือด การส่งต่อเมื่อจำเป็น และการปรับแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลที่มีคุณภาพช่วยลดความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการจัดการก่อนการตั้งครรภ์ (ชญาดา เนตร์ ประจำ, 2562)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1.6.5 การบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐาน เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการ: การบันทึกข้อมูลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลเชิงวิชาชีพ พยาบาลต้องบันทึกข้อมูลการประเมิน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การให้คำปรึกษา แผนการดูแล และการติดตามผลในรูปแบบที่เป็นระบบ มีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูลดังกล่าว�ังสนับสนุนการวิจัย (research) การพัฒนาคุณภาพบริการ (quality improvement) การจัดทำนโยบายสุขภาพในระดับสถานบริการและระดับประเทศ บทบาทนี้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบบริการก่อนตั้งครรภ์ในประเทศไทยอย่างยั่งยืน (ชญาดา เนตรรักษ์จ้าง, 2562)

จากการบูรณาการประเมินภาวะเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ ดังกล่าวข้างต้น จะพบว่ามีความเกี่ยวข้องกัน เพื่อการดูแลที่เหมาะสมอย่างมีคุณภาพ และจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงสถานการณ์สุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ มากدا และทรงก เพื่อให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังต่อไปนี้

2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบบ่อยในระยะก่อนตั้งครรภ์

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ (preconception obstetric risk conditions) เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนภาพรวมของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพมาตราและทำราก ก่อนเข้าสู่การตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด องค์กรอนามัยโลก (WHO, 2016; 2022) และงานวิจัยระดับนานาชาติรายงานว่า ความเสี่ยงจำนวนมากสามารถป้องกันได้หากมีการประเมินและจัดการตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ บทนี้จึงอธิบายสถานการณ์ปัจจุบันของความเสี่ยงที่พบบ่อยในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลกและระดับประเทศไทย

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในระยะก่อนตั้งครรภ์ จากข้อมูลสถิติชี้พการเกิด และการตาย โดยกระทรวงสาธารณสุขและการป้องครองกระทรวงมหาดไทย ได้ทำความตกลงในการใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของประชาชนในประเทศไทย สรุปตามประเด็น ภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังนี้ต่อไปนี้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566; WHO, 2025)

ภาวะสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์

องค์การอนามัยโลกเน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้หญิงทั่วโลก โดยมีการบริจาคมนับสนับสนุนช่วยเหลือในโครงการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่

ชนบท และสนับสนุนการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาตัวยาที่ใช้รักษาโรค เนื่องจากเห็นว่าผู้หญิงในชนบทมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างชุมชนและสังคมที่เข้มแข็ง แต่ยังมีผู้หญิงจำนวนมากที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการด้วยโรคติดต่อในเขตอุตุน (ประเทศไทย) ด้วยพัฒนาและกำลังพัฒนา) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ แต่ไม่ได้รับการดูแลทั้งความรู้และยาทำให้ศักยภาพของผู้หญิงในการเคลื่อนไหวเพื่อชุมชนและสังคมลดลง (WHO, 2016) นอกจากนี้ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มพิทักษ์สิทธิ์ผู้หญิงพบว่า ผู้หญิงที่ถูกทำร้ายจากการถูกสาดน้ำกรด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุจากความหึงหวง (WHO, 2016) ดังนั้นจะเห็นได้ว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เมื่อต้องมารับบทบาทของการเป็นมารดาอาจทำให้เกิดภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด การแท้งหรือทำแท้ง การทดสอบทั้งทางก าล า และการคลอดตกอนกำหนด เป็นตน สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 2) ภาวะมีบุตรยาก มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การติดเชื้อและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทย วัฒนธรรมทางสังคม รวมถึงความเชื่อและค่านิยมทางเพศที่ผิด ๆ นำมาสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้

การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

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

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งได้หลักหลาย เช่น การแบ่งตามชนิดของเชื้อที่เป็นตนเหตุของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ๆ ได้แก่ เชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส เชื้อรา พยาธิ หรือการแบ่งตามอาการของผู้ป่วย เช่น การมีแผลที่อวัยวะเพศ การมีตกขาวที่มีลักษณะผิดปกติ และการมีไข้ร่วมกับการปวดท้องน้อย เป็นตน ทั้งนี้แล้วแต่ประโยชน์ที่จะนำไปใช้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและพยาบาลมาตรา และหารากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย การติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคสามารถติดต่อโดยทางอื่นได้ เช่น โรคภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) ซึ่งนอกจากจะติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถติดต่อได้โดยผ่านทางเลือด ได้แก่ กาฬมูก ไซยาสเตติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือด โดยใช้เข็มและหลอดฉีดยาร่วมกัน และยังสามารถติดเชื้อจากการถ่ายไปยังทารกในครรภ์ได้อีกด้วย สำหรับการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่มีเพศสัมพันธ์ การใช้ของร่วมกับผู้ป่วย จะไม่ทำให้ติดเชื้อ HIV ได้

สำหรับอาการและการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจมีอาการตกขาวลักษณะผิดปกติ มีแผลที่อวัยวะเพศ บลสภาวะชัด หรือมีความผิดปกติในระบบอื่นของร่างกายได้ ทั้งนี้แล้วแต่ชนิดของเชื้อและระยะของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์แต่เนื่อง ๆ เพื่อที่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง และควรดูการมีเพศสัมพันธ์ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด และมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในปัจจุบัน การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหลากหลายวิธี โดยมีหลักการที่จะกำจัดเชื้อทั้งหมดในร่างกาย ลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและส่งต่อเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ สำหรับยาที่ใช้ในการรักษามีหลายชนิด เช่น ยาต้านทานยาฉีด ยาเหน็บช่องคลอด ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาแก้ต่างกัน แล้วแต่ชนิดและระยะของโรค การรักษาด้วยยาขนาดเท่าได้ เป็นเวลานานเท่าได้ จึงควรอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ การซื้อยาตัวประทานเองอาจทำให้ไม่หายขาดจากโรค หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นหรือยาที่ได้รับ อย่างไรก็ตาม ยังมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อ HIV ซึ่งการรักษามุ่งที่จะประคับประคองผู้ป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อซ้ำเติม และการป้องกันการส่งเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ

การป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวแก่บุคคลทั่วไป และสำหรับบุคคลทั่วไปก็ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มีเชื้อสาหรือภาระของตน ในกรณีที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ก็ต้องใช้เครื่องป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย และถ้ามีอาการผิดปกติหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้มีการวางแผนว่าจะให้เกิดขึ้น เกิดจากการไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด การถูกข่มขืนจนตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ก่อนการสมรส ตลอดจนความไม่พร้อมในด้านเศรษฐกิจ และการไม่รับผิดชอบของบิดาของเด็กในครรภ์ เป็นต้น ผลการวิจัยหลาย ๆ ชิ้น ระบุว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 14–17 ปี อยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติ การรักนวลดูแลเป็นเรื่องลักษณะ บางรายไม่ต้องรู้จักกันลึกซึ้ง เพียงแค่มีความพึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์กันได้โดยไม่ต้องพูดถึงการแต่งงานหรือการมีครอบครัว ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์คือ การเป็นมารดาวัยรุ่นที่ขาดความพร้อม ไม่สามารถพึงตนเองได้ ต้องลาออกจากโรงเรียน ทำให้เสียโอกาสทางการศึกษา ครอบครัวผิดหวังและอับอาย อีกทั้งยังเกิดปัญหาสุขภาพจิตของตัววัยรุ่นเอง คือ ความเครียด ความรังวัด บางรายหนาทางของการดูแลตัว พยายามทำแท้ง เป็นต้น (WHO, 2016)

ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมซึ่งไม่ได้เกิดจากบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น แต่สังคม สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหา เช่น ความขาดความอ่อนน้อม ความเข้าใจซึ่งกันและกัน กฎระเบียบเข้มงวด เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดทัศนคติ ค่านิยม การสร้างบุคลิกภาพ รูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ การได้รับข่าวสารในเรื่องเพศแบบผิด ๆ จากเพื่อน สื่อการเผยแพร่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หรือการไม่ได้รับการศึกษาอย่างถูกต้องในเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด ทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้อย่างไร จะป้องกันอย่างไร ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร ทั้งนี้ การใช้สารเสพติดก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้วัยรุ่นกระทำการความผิด ขาดสติ ทำอะไรโดยไม่รู้ตัวหรือไม่ตั้งใจ และการใช้เวลาว่างของวัยรุ่นก็มีส่วนทำให้หมกมุนกับเรื่องเพศมากเกินไป ถ้าหากทางออกที่ไม่เหมาะสมก็จะนำไปสู่การกระทำที่ทำให้เลื่อมเสีย รวมถึงค่านิยมทางศาสนาเริ่มลดลง มองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของผู้สูงอายุหรืออย่างไม่ถึงเวลาที่ตนเองจะต้องเข้าวัดศึกษาธรรมะ จึงทำให้ขาดที่พึ่งทางใจ ไว้เป้าหมายในชีวิต (WHO, 2016)

ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบาย วางแผน จัดตั้งศูนย์บริการให้คำแนะนำแบบปรึกษา ให้การศึกษาในเรื่องเพศศึกษาและการป้องกันอย่างถูกต้อง ตลอดจนแนวทางการสร้างความอุปถัมภ์ภายในครอบครัว ซึ่งสถาบันศาสนาต้องเข้ามา มีบทบาทในการอบรมสั่งสอนเรื่องศีลธรรมและการพัฒนาจิตใจให้แก่วัยรุ่นให้มากขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้วัยรุ่นมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อยามที่ขาด เป็นต้น (WHO, 2016)

องค์การอนามัยโลกให้ขอูล่าว ในทุกปี ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสาเหตุ นำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยของผู้หญิงอย่างน้อยจำนวน 20 ล้านคน ซึ่งกว่า 100,000 คน ต้องเสียชีวิตลงในที่สุด เพราะเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้หญิงอีกจำนวนนับล้าน ต้องประสบปัญหารือรังทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย โดยเฉพาะ ในประเทศไทย ผลการสำรวจหลายครั้งระบุว่า ในจำนวนผู้หญิงที่สมรสแล้วและตั้งครรภ์ เป็น การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ถึง 1 ใน 3 ของจำนวนทั้งหมด ซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าพิจารณาว่ามีเป็นการสำรวจเฉพาะผู้ที่สมรสแล้วเท่านั้น ยังไม่รวมผู้หญิง อีกจำนวนมากที่ตั้งครรภ์โดยที่ไม่ได้สมรส ซึ่งมีผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นจำนวนมากที่ตัดสินใจยุติ การตั้งครรภ์ของตนเอง การคุ้มกำเนิดแบบชุกเนินสามารถช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งส่งผลให้การทำแท้งมีจำนวนลดลงด้วย และนั่นหมายถึง ชีวิตของผู้หญิงจำนวนมئอน้อยที่ไม่ ต้องสูญเสียไปเพื่อการทำแท้งที่ไม่ถูกหลักการแพทย์ และชีวิตของเด็กจำนวนมากที่ไม่ต้อง เกิดมาในครอบครัวไม่พร้อมจะเลี้ยงดู (WHO, 2016)

2.2 ภาวะมีบุตรยาก

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

- 1) สำหรับผู้ที่มีอายุทั่วไป การไม่สามารถตั้งครรภ์หลังจากการมีเพศสัมพันธ์โดย ไม่คุ้มกำเนิดเป็นเวลา 12 เดือน
- 2) ผู้ที่มีอายุมากหรือมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญพิจารณาให้การวินิจฉัยและประเมินเร็วขึ้น คือ หลัง 6 เดือน

แนวคิดใหม่นี้ยังยอมรับว่าภาวะมีบุตรยากเป็น “ภาวะทางการแพทย์” ที่ต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่เหมาะสม โดยไม่จำกัดเพียงคู่สมรสแบบชายหญิงเท่านั้น เช่น กรณีบุคคลเดียว คู่รักเพศเดียวกัน ทั้งนี้ข้อกำหนดด้านระยะเวลาในการวินิจฉัยอาจปรับได้ตามอายุ และบริบทของผู้รับบริการตามคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพและแนวทางระดับประเทศ (ASRM, 2023)

ภาวะมีบุตรยาก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ผ่ายหญิงไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน

2. ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (Secondary Infertility) เป็นภาวะมีบุตรยากที่ผ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาก่อน แต่ภายหลังไม่มีการตั้งครรภ์อีก โดยไม่ได้คุณกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเกินกว่า 1 ปี ทั้งนี้ไม่นับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมาตราหัวอนบภายในหลังสิ้นสุดการเสี่ยงบุตรด้วยนมมาตรา

อุบัติการณ์ จากข้อมูลภาวะมีบุตรยากทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 5-30 ของคู่สมรสทั้งนี้แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยเฉลี่ยพบว่าคู่สมรส 10 คู่ จะมี 1 คู่ ที่มีปัญหาการมีบุตรยากเกิดขึ้น สำหรับในประเทศไทย พบคุ้สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ร้อยละ 11 โดยจำนวนคู่สมรสตั้งก่อลา เป็นคุ้สมรสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึงร้อยละ 13.1 กรุงเทพมหานคร มีปัญหาการมีบุตรยากน้อยที่สุด คือ พบเพียงร้อยละ 8 (WHO, 2016)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากของคุ้สมรส เกิดได้ทั้งจากผ่ายชายและผ่ายหญิง แต่ส่วนใหญ่พบได้ในผ่ายหญิง โดยผ่ายหญิงพบได้ร้อยละ 40-60 ส่วนผ่ายชายพบร้อยละ 20-40 (WHO, 2016; Carson SA, Kallen AN, 2021)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากผ่ายหญิง พบปัญหาการตกไข่เป็นสาเหตุสำคัญโดยกลุ่มโรคถุงน้ำรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome: PCOS) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยซึ่งทำให้เกิดการตกไข่ผิดปกติหรือไม่ตกไข่เลย ส่วนท่อนำไข่อุดตันหรือพังผืดที่เกิดจากการติดเชื้อในช่องท้องหรือการผ่าตัดก่อนหน้าเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดการขัดขวางการพับนอกร่างกายของไข่และสเปร์ม อย่างชัดเจน เช่น เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) เมื่อมีหลายระดับความรุนแรง แต่ในระดับที่ทำให้พังผืดหรือรบกวนสภาพแวดล้อมภายในอุ้งเชิงกราน จะลดโอกาสการผงตัวของตัวอ่อนและเพิ่มโอกาสภาวะมีบุตรยากซับซ้อนซึ่งเป็นหนึ่งในโรคที่รักษายากและ

มักต้องการการรักษาหลายรูปแบบร่วมกัน ส่วนเนื้องอกมดลูก (leiomyoma) โดยเฉพาะชนิดที่ยื่นเข้ามาในโพรงมดลูกหรือมีขนาดใหญ่ ก็สามารถรบกวนการฝังตัวของตัวอ่อนได้ เช่นกัน (National Institute for Health and Care Excellence: NICE, 2017) รายละเอียดดังนี้

1. สภาพทางกายที่ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์อย่าง

1.1 โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคขอบหัวใจ เลือด โรคมะเร็ง

1.2 ความผิดปกติที่เกี่ยวกับอวัยวะลีบพันธุ์ เช่น ความผิดปกติของซองคลอด ปากมดลูก มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ การผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะลีบพันธุ์ การทำแท้ง และการรักษาในโรงพยาบาลศринครินทร์ ความผิดปกติที่ท่อนำไข่ในผู้หญิงที่มีบุตรยากที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศринครินทร์ ความผิดปกติที่ท่อนำไข่ที่ตรวจพบมากที่สุด คือ ท่อนำไข่ส่วนต้นอุดตัน รองลงมาคือ ท่อนำไข่มีพยาธิสภาพหล่ายตำแหน่ง นอกจากนี้ ยังพบเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก และถุงน้ำรังไข่

1.3 ความผิดปกติที่เกิดจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เช่น การติดเชื้อที่อวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน เนื้องอก รวมทั้งการผ่าตัดเกี่ยวกับอวัยวะในช่องท้อง

1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของต่อมไร้ท่อ เช่น ความผิดปกติของต่อมซัลโตรอยด์หรือต่อมหมากไต อาจทำให้การทำงานของไฮโปฟลาแมสและต่อมพิทูยิตารี ผิดปกติไป

2. สภาพทางจิต ได้แก่ ความเครียด ความกังวล ซึ่งส่งผลให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือรังไข่มีการทำงานที่ผิดปกติ ส่งผลให้มีการตกไข่

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชาย พบร้อยกว่าฝ่ายหญิง ฝ่ายชาย สาเหตุหลักคือ ความผิดปกติของน้ำเชื้อ (semen abnormalities) ซึ่งประเมินได้โดยการตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้อ (semen analysis) เพื่อคุณภาพ รูปร่าง และการเคลื่อนที่ของสเปร์ม สาเหตุของความผิดปกติของสเปร์มมีตั้งแต่ปัจจัยทางพันธุกรรม ภาวะฮอร์โมนผิดปกติ การติดเชื้อระบบลีบพันธุ์ชาย มีความเสี่ยงจากการบาดเจ็บหรือการผ่าตัด รวมถึงภาวะ varicocele ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบบ่อยและสามารถแก้ไขด้วยการผ่าตัดในบางกรณี นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ การใช้ยาและสารเคมี สารสเตroid และการสัมผัสสารพิษในสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อคุณภาพสเปร์ม (American Academy of Family Physicians: AAFP, 2023) มีดังนี้

1. สภาพร่างกายที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง และบางกรณีมีผลต่อการสร้างอสุจิลดน้อยลง ได้แก่ โรคติดเชื้อ (คางทูม กามโรค) ที่ทำให้การสร้างตัวอสุจิหรือการผ่านออกของน้ำอสุจิลดลง การมีคุณภาพเพศหล่ายคน การได้รับสารเคมีหรือโลหะบางชนิด ได้แก่ ตะกั่ว ปรอท การได้รับอุบัติเหตุ และการติดสารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ความผิดปกติของอวัยวะลักษณะพัฒนา เช่น เซลล์ในการสร้างอสุจิไม่เจริญ (Testicular germinal aplasia) ลูกอัณฑะไม่ลงในถุงอัณฑะ (Undescended testis) ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อเป็นสาเหตุของปัญหาในการสร้างอสุจิเช่นกัน

2. สภาพจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งส่งผลให้มีการสร้างอสุจิลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (Impotence) ทำให้มีอารมณ์ทางเพศลดน้อยลงหรือไม่มีเลย บางครั้งมีการหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (Premature ejaculation) จึงทำให้โอกาสการตั้งครรภ์ลดน้อยลง

นอกจากสาเหตุที่เกิดขึ้นเฉพาะจากฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายแล้ว พบร่วมกันสาเหตุร่วมทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ดังนี้

1. อายุของสามีและภรรยา โดยพบว่าภรรยาที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี อัตราการตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 20–25 แต่หากอายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี อยู่ที่ร้อยละ 13.5 และอัตราการตั้งครรภ์จะลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 1.7 เมื่อภรรยามีอายุ 40 ปีขึ้นไป ฝ่ายสามีก็พบว่าอายุมีผลต่อการมีบุตรยาก โดยเมื่ออายุมากขึ้น ระดับฮอร์โมนเทลโกลสเตอโรนลดลง ปริมาณน้ำอสุจิ อัตราการเคลื่อนไหว รวมทั้งรูปร่างเชือกอสุจิที่ปกติจะลดต่ำลง (WHO, 2016)

2. อัตราการมีเพศสัมพันธ์ มีผลโดยตรงต่อการตั้งครรภ์ โดยคุณสมรรถที่มีเพศสัมพันธ์ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้ช่วงที่มีเพศสัมพันธ์ อยู่ในช่วงเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ดี ถ้าข้อกำหนดนี้จะทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง (WHO, 2016)

3. ขาดความรู้เรื่องเพศ การไม่ทราบช่วงเวลาการตกไข่ซึ่งเป็นระยะที่มีโอกาสสูงในการตั้งครรภ์ตามมีการร่วมเพศ หรือบางรายมีการส่วนล่างซ่องคลอดหลังการร่วมเพศเสร็จใหม่ ๆ ทำให้อสุจิถูกพัดพาออกไป ซึ่งทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดน้อยลง (WHO, 2016)

จากสาเหตุต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าปัญหาภาวะมีบุตรยากเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากฝ่ายหญิง ฝ่ายชาย หรือสาเหตุร่วมที่พบได้ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายอย่างไรก็ตาม พบร่วมสาเหตุส่วนใหญ่จะเป็นจากฝ่ายหญิง โดยประเมินจากระยะเวลา 1 ปี หรือ 6 เดือน มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ แล้วยังไม่ตั้งครรภ์ ให้ลัตนิษฐานเป็นต้น

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องมีปัญหา คือ ผู้หญิงที่มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ส่วนผู้ชายเป็นปัญหารื่นเชื้อสุจิพิດปกติ หรือการถูกกระแทกกระเทือนอย่างรุนแรงบริเวณอัณฑะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาของผู้หญิง เช่น ไข้ไม่ตก มีพังผืดในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุพรมมดลูกเจริญพิດที่เป็นเนื้องอกมดลูก ทำให้มันแล้วมาแก้หมัน มดลูกพิດปกติแต่กำเนิด ซึ่งโรคที่แก้ได้ยากที่สุด คือ โรคที่เกิดจากพังผืดหรือเยื่อบุพรมมดลูกเจริญพิດที่ ทำให้การฟังตัวของตัวอ่อนไม่แข็งแรง หลุดลอกออกมานเป็นประจำเดือน

ผลกระทบของภาวะมีบุตรยากในคุณสมรรถ สงผลกระทบโดยหลักยังประการ

ผลกระทบต่อคุณสมรรถภาพมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตสมรส เนื่องจากคุณสมรสไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวังของตนเอง ครอบครัว และสังคม คุณสมรสที่ไม่มีบุตรมักได้รับการซักถามจากญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงในสังคมอยู่เสมอในเรื่องการมีบุตร ซึ่งมีดังนี้

1. ทำให้เกิดความเครียด รู้สึกว่ามีความสามารถไม่มากพอที่จะมีบุตรได้ ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบในการสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีและภรรยา รวมทั้งจะเกิดความคับข้องใจในความสามารถในการมีบุตรของตนเอง รู้สึกกลัวในการทำหน้าที่ในการเป็นบิดามารดา

2. ฝ่ายชายมักรู้สึกว่าตนของเป็นชายที่ไม่สมบูรณ์ จึงไม่สามารถมีบุตรได้ บางคนรู้สึกอายและไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบว่าไม่สามารถมีบุตรได้ โดยมักใช้มโยงการมีบุตรยากกับระดับสมรรถภาพทางเพศเข้าด้วยกัน คิดว่าตนของหย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงทำให้ไม่มีบุตร

3. ฝ่ายหนึ่งจะรับรู้การมีบุตรยากสูงผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวมากกว่าฝ่ายชาย รู้สึกว่าตนเองทำหน้าที่ภาระไม่ครบถ้วน บางครั้งรู้สึกอิจฉาครอบครัวที่มีบุตรซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและล้มพันธภาพในคุ้มครอง และยังส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัว ซึ่งเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากของตนเอง

4. กลัวต่อสถานการณ์ที่ยังไม่ได้เกิดขึ้น เช่น กลัวที่จะไม่มีบุตรลีบสกุล กลัวไม่มีบุตรหลานในการดูแลยามแก่ชรา วิตกกังวลว่าไม่มีโอกาสในการเป็นมารดา ทั้งในด้านความล้มเหลวของคุณสมรรถนะและการยอมรับของบุคคลอื่น รวมถึงความไม่แน่นอนทางการเงิน

5. ค่านิยมของสังคมนั้นให้ความสำคัญที่เมื่อคุณสมรรถมีการแต่งงานแล้ว จะต้องมีบุตรลืมทอดวงศ์ตระกูล หากคุณสมรรถไม่สามารถมีบุตรได้ ยอมไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้คุณสมรรถสร้างภาระตัดขาดจากสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มกับคุณสมรรถที่มีบุตรได้ อาจทำให้เกิด

ความรู้สึกเมื่อคติกับเด็กหรือครอบครัวที่มีเด็ก มีความต้องการที่จะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน หรือญาติพี่น้อง ไม่มั่นใจในการแสดงตัวในสังคม

ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับญาติและฝ่ายเนื่องจากมักจะมีความคาดหวังจากญาติว่าจะต้องมีบุตรเพื่อดำรงวงศ์ตระกูล ในครอบครัวที่ไม่มีบุตร มักจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติ โดยเฉพาะพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งถ้ามีปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดที่มีความรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสามีและภรรยาได้ เนื่องจากสังคมไทยให้ความสำคัญกับบุพการี ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างหรือการมีสามีและภรรยาใหม่เพื่อให้สามารถมีบุตรได้ รวมถึงผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับมรดก เพราะมีหลายครอบครัวที่ต้องการมีบุตรเพื่อดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สินมรดกของครอบครัว การไม่มีบุตรจึงทำให้มีความรู้สึกขาดความมั่นคงและปลอดภัย

การประเมินผู้มีภาวะมีบุตรยาก ควรเริ่มด้วยประวัติทางการแพทย์ที่ละเอียดและ การซักประวัติทางสุขภาพศาสตร์-นรีเวช รวมถึงการสอบถามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ความชอบทางเพศ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการคำนวณโอกาสตั้งครรภ์ การประเมินเบื้องต้นของฝ่ายหญิงควรรวมการตรวจรอบเดือนและการประเมินการตกไข่ ในขณะที่ฝ่ายชายควรทำการตรวจน้ำเชื้อเป็นการทดสอบพื้นฐาน การตรวจเพิ่มเติมอาจรวมถึงการตรวจน้ำดับซอร์โมน การตรวจอัลตราซาวด์ทรวงมหาลูก รังไข่ การตรวจห้องน้ำไข่ด้วย HSG (hysterosalpingography) หรือการผ่าตัดตรวจโดยตรง (laparoscopy/hysteroscopy) เมื่อมีข้อบ่งชี้ตามแนวทางที่ยอมรับทั่วไป (NICE, 2017) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

แนวทางการจัดการ ขึ้นกับสาเหตุและปัจจัยเฉพาะบุคคล โดยการจัดการระดับพื้นฐาน มักเน้นการปรับปัจจัยเลี้ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การปรับน้ำหนัก การควบคุมโรคเรื้อรัง การเลิกบุหรี่ และการจัดการรับประทานสังคม-จิตใจ เมื่อสาเหตุเป็นการตกไข่ผิดปกติ อาจใช้การกระตุนการตกไข่ด้วยฮอร์โมนหรือยากระตุนรังไข่ หากเป็นปัญหาห้องน้ำไข่ที่อุดตัน การผ่าตัดซ้อมแซมหรือการทำ IVF อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม หากเป็นสาเหตุฝ่ายชาย เช่นความผิดปกติของสเปร์ม การรักษาที่เหมาะสมอาจรวมการปรับพฤติกรรม การผ่าตัดแก้ไข varicocele หรือการใช้เทคนิคช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น IUI หรือ IVF, ICSI ซึ่งอยู่กับความรุนแรง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรา และทางาน ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ของภาวะและการพิจารณาทางคลินิกโดยทีมผู้เชี่ยวชาญ (Carson SA, Kallen AN, 2021) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

ในการนี้เฉพาะบางอย่าง เช่น ผู้ที่เคยทำหมันแล้ว “การแก้หมัน” (tubal reversal) อาจช่วยให้กลับมามีโอกาสตั้งครรภ์ได้ แต่ความสำเร็จขึ้นกับชนิดของการทำหมันและสภาพท่อน้ำไข่ ในหลายกรณีการทำ IVF เป็นทางเลือกที่มีความสำเร็จมากกว่าและอาจแนะนำเป็นทางเลือกแรกในผู้ที่มีประวัติการทำหมันหรือพังผืดรุนแรง ในขณะที่เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) โดยเฉพาะในระยะที่มีพังผืดและรบกวนการผงตัว ถือเป็นภาวะที่รักษายาก และมักต้องการการประเมินแบบสหสาขาวิชาชีพและการรักษาร่วมหลายมาตรการเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ (NICE, 2017) รายละเอียดจะกล่าวต่อไปในส่วนที่ 3 กระบวนการพยาบาล

สุดท้าย ประเด็นด้านจิตสังคมมีความสำคัญสูงในการดูแลภาวะมีบุตรยาก ผู้รับบริการมักเผชิญความเครียด ความอับอาย และแรงกดดันทางสังคมที่อาจส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจรักษาและพฤติกรรมสุขภาพ การให้การสนับสนุนทางจิตวิทยา การให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน และการจัดการแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care) จะช่วยลดภาระทางจิตใจ เพิ่มการยึดติดกับการรักษา และปรับปรุงผลลัพธ์ในภาพรวม ทั้งนี้องค์ประกอบการป้องกัน การให้ความรู้สู่ผู้หญิง และการเข้าถึงบริการคุณภาพ เป็นส่วนสำคัญของนโยบายสาธารณสุข เพื่อรับมือภาวะมีบุตรยากในระดับประชากรต่อไป (WHO, 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) และสำนักงานอนามัยโลก (Lowdermilk และ Pillitteri) ชี้แจงเน้นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลในการคัดกรอง (screening) ให้คำปรึกษา (counseling) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavior modification) และวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) ดังนั้น กระบวนการพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์ (preconception care) หมายถึง การค้นหา (identify) และการปรับเปลี่ยน (modify) ด้านชีวภาพ (biomedical) ด้านพฤติกรรม (behavioral) และด้านสังคม (social) ของผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ออกมาดีที่สุด คือ “ลูกเกิดрод แม่ปลอดภัย”

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

1. การประเมิน (assessment)

การประเมิน เป็นขั้นตอนแรกและถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลก่อนตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ทั้งข้อมูลที่วัดได้ (objective data) และข้อมูลที่ผู้รับบริการบอกเล่า (subjective data) การประเมินในระยะนี้ครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงประวัติสุติกรรม (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 ครอบคลุมประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไต ไทรอยด์ ประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น แท้งซ้ำซาก คลอดก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ ประวัติยาที่ใช้เป็นประจำและยาที่อาจก่อให้เกิดความพิการต่อทารก (teratogenic drugs) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลัง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และหาราคา ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

กาย ประวัติครอบครัวและพันธุกรรม เช่น โรคชาลัสซีเมีย G6PD กลุ่มอาการดาวน์ และประวัติการได้รับวัคซีน เช่น Rubella, Hepatitis B เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย (physical examination)

การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย ชั้งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวน BMI วัดความดันโลหิต ตรวจประเมินสภาวะโภชนาการ ตรวจเต้านม ต่อมไทรอยด์ ช่องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory examination)

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

1.4 การประเมินด้านจิตสังคม (psychosocial assessment)

การประเมินด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว การสนับสนุนจากคู่สมรส ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความพร้อมของครอบครัว

1.5 การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม (environmental assessment)

การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การล้มผัสสารพิษ สารเคมี โลหะหนัก multiplicating อากาศ หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย

ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ หมายถึง การค้นหาความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อมาตราและหากเมื่อตั้งครรภ์ การให้ความรู้แก่มาตราเกี่ยวกับความเสี่ยงเหล่านี้ และให้การดูแลอย่างเหมาะสมมาก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์เด็ดขาด เพื่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนในเรื่องสุขภาพ ทั้งเรื่องโภชนาการ การได้รับยา และการป้องกันการล้มผัสกับสารพิษต่าง ๆ แต่เนื่องจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เด็กขึ้นโดยไม่ได้เตรียมความพร้อม และบางรายก็ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ จึงมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา

อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้การดูแลก่อนตั้งครรภ์แก่ผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) ตรวจร่างกายก่อนสมรส 2) ให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิด 3) ตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) ให้คำปรึกษาหลังจากการพบว่าไม่ตั้งครรภ์ และ 5) ให้คำปรึกษาห่วงวัยเจริญ

พัฒนาที่มาตรวจนิสัยภาพประจำปี โดยการใช้แบบประเมินความเสี่ยงเชิงโครงสร้าง เช่น WHO MCP Card, Preconception Risk Screening Tool หรือ “One Key Question” ที่สอบถามว่า “คุณต้องการตั้งครรภ์ภายใน 1 ปีข้างหน้าหรือไม่” เป็นวิธีเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพในการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์ได้

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis)

หลังรวบรวมข้อมูล พยาบาลต้องวิเคราะห์และตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐาน NANDA International เช่น เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรคประจำตัว เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางเนื่องจากโภชนาการไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อหารกเจริญเติบโตชาในครรภ์เนื่องจากการสูบบุหรี่ เสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การวินิจฉัยที่ถูกต้องช่วยวางแผนการพยาบาลเป็นไปอย่างตรงประเด็น และมีประสิทธิภาพ

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

การวางแผนควรมีความเฉพาะบุคคล (individualized plan) และสอดคล้องกับระดับความเสี่ยง เช่น แผนโภชนาการเพื่อปรับน้ำหนักตัว แผนควบคุมโรคเบาหวานหรือความดันโลหิต แผนเลิกบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ แผนการเสริมโพลิิก (400–800 mcg/day) แผนตรวจคัดกรองทางพันธุกรรม การจัดการด้านสุขภาพจิตและความรุนแรงในครอบครัว แนวทางนี้สอดคล้องกับคำแนะนำของ ACOG (2024) และ WHO (2016)

4. การปฏิบัติการพยาบาล (nursing implementation)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ ส่งเสริมการใช้กรดโพลิิกก่อนตั้งครรภ์ การติดตามสัญญาณชีพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประสานงานกับทีมแพทย์ เช่น สุติแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และส่งต่อกรณีความเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจ ไตเรื้อรัง และโรคแพ้ภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นการตรวจส่องว่า ปัจจัยเสี่ยงลดลงหรือไม่ เป้าหมายการพยาบาลบรรลุผลหรือไม่ ผู้รับบริการสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้มากน้อยเพียงใด โรคประจำตัวได้รับการควบคุมในระดับปลอดภัยหรือไม่ ต้องมีการปรับแผนการพยาบาลหรือส่งต่อเพิ่มเติมหรือไม่ เป็นกระบวนการการต่อเนื่องที่ควรประเมินซ้ำก่อนเริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้มั่นใจว่ามาตราได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสมที่สุด

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

1. การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ ที่พบบ่อย ได้แก่

1.1 **อายุ (age)** มาตราที่มีอายุมากมีความเสี่ยง เช่น ภาวะมีบุตรยาก หรือภาวะที่หากมีจำนวนโครโมโซมมากกว่าหรือน้อยกว่า 46 แท่ง (fetal aneuploidy) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) เป็นต้น

1.2 **ประวัติการตั้งครรภ์ (reproductive history)** คนหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต เช่น ประวัติการแท้ง ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ประวัติการคลอด胎รกร้าหันหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ หรือภาวะ胎ารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth restriction: IUGR) และประวัติภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นต้น

1.3 **ประวัติการคลอดบุตรที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด (congenital anomaly)** ประเมินความเสี่ยงว่ามีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ถัดมาหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้สามารถประเมินและหาวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงได้

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

1.5 **การใช้สารเสพติด (substance abuse)** ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของมาตราและหาราก แม้จะยังไม่ตั้งครรภ์ก็ตาม โดยการใช้สารเสพติด

สามารถส่งผลต่อการเจริญพันธุ์ ภาวะสุขภาพก่อนปฏิสนธิ (preconception health) และเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตัวอย่างที่พบบ่อยต่อไปนี้

1.5.1 การใช้แอลกอฮอล์ (alcohol use)

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือดื่มสุราแบบชolut ตลอด หรือดื่มครั้งละมาก ๆ (binge drinking) มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน เนื่องจากแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการตัดสินใจ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย หากตั้งครรภ์โดยไม่รู้ตัวในขณะที่ยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ ทำรากในครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อภาวะ fetal alcohol spectrum disorders (FASDs) ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองและพฤติกรรมของเด็กในระยะยาว ยกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือแพทย์คงรุณแรงได้ (CDC, 2022)

1.5.2 การสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า (Tobacco and vaping)

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สูบบุหรี่ก่อนตั้งครรภ์มีแนวโน้มมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ มีความผิดปกติของรอบประจำเดือน และมีความเสี่ยงสูงต่อการแท้ง ในไตรมาสแรก ถ้าตั้งครรภ์ในขณะที่ยังสูบบุหรี่หรือไม่หยุดได้ทันเวลา จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และภาวะรถอกตัวก่อนกำหนดได้ (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 ทำให้เกิดภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์ ความผิดปกติของระบบประสาท และภาวะถอนหายใจทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) (March of Dimes, 2023)

1.5.4 การใช้ยานอนหลับและยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์เสพติด

หญิงวัยเจริญพันธุ์บางรายที่ใช้ผิ้น (opioid) โดยไม่ได้รับการควบคุมจากแพทย์ อาจมีภาวะติดยาทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ยากและมีโอกาสตั้งครรภ์ในขณะที่ใช้ยาเหล่านี้อยู่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงอย่างมาก เพราะ opioid ส่งผลต่อ

พัฒนาการทางสมองของทารก เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการแต่กำเนิด (birth defects) และอาการถอนยาเมื่อแรกเกิด (neonatal opioid withdrawal syndrome: NOWS) (ACOG, 2021)

ผลกระทบเชิงสุขภาพและสังคม การใช้สารเสพติดในหญิงก่อนตั้งครรภ์ ยังเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การเปลี่ยนคุณอนบ้อยซึ่งเพิ่มโอกาสการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) รวมถึง HIV ที่อาจถ่ายทอดสู่ทารกในครรภ์ และยังเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ตั้งครรภ์ โดยใช้แนวทาง preconception care ได้แก่ การซักประวัติการใช้สารเสพติด การให้คำแนะนำแบบไม่ตัดสิน (non-judgmental) และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบำบัดยาเสพติดหากพบปัญหา เพื่อให้หญิงที่วางแผนตั้งครรภ์อยู่ในภาวะที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

1.6 ปัญหาทางจิตสังคม (psychosocial issues) ผู้ที่มีภาวะเครียด ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาสุขภาพจิต หากเดยรักษาอยู่ไม่ควรขาดยาและควรปรึกษาแพทย์เพื่อค่อย ๆ หยุดยา รวมกับใช้วิธีการทำจิตบำบัด (psychotherapy) เนื่องจากอาจมีผลเสียด้านอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ความล้มเหลวในการฝึกครรภ์ตามนัด ภาวะขาดสารอาหารเนื่องจากไม่รับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป การใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ แต่ถ้ามีอาการเล็กน้อย ควรรักษาอาการให้สงบและคงที่ก่อน แล้วจึงประเมินความพร้อมของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม ในการจัดการปัญหาทางจิตสังคมควรเป็นความร่วมมือโดยทีม跨discipline (multidisciplinary care) และควรมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง (monitoring) โดยเฉพาะเมื่อมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยร่วมหลายอย่าง

1.7 การดื่มกาแฟอีน (caffeine) ในสังคมยุคปัจจุบัน คนทั่วไปนิยมดื่มกาแฟกันมาก ซึ่งมีการศึกษาเชิงลัง gele (observational studies) พบว่า咖啡因ลัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ดี เช่น เพิ่มโอกาสแท้ง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์ หรือกำลังตั้งครรภ์ควรลดปริมาณเครื่องดื่มที่มีกาแฟอีนลง เพื่อลดโอกาสในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์

1.8 ดัชนีมวลกาย (BMI) หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะอ้วนจะสัมพันธ์กับการมีบุตรยาก เพิ่มความเสี่ยงที่ทารกจะมีความพิการแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ครรภ์เป็นพิษ ทารกตัวโต เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการคลอดยาก

เป็นต้น ดังนั้นก่อนที่จะตั้งครรภ์ควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในค่าปกติของ BMI (body mass index) เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

1.9 สิ่งแวดล้อม (environmental exposure) การเชื่อมกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษในระหว่างการตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 1 มีผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อน และส่งผลกระทบตลอดชีวิตของทารก ดังนั้น หน่วยงานทางการแพทย์จึงมีบทบาทที่เรียกว่า Risk Communication คือ การพูดคุยกับความเสี่ยงและการลดโอกาสที่จะสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ทั้งในบ้าน ชุมชน และที่ทำงาน เพื่อป้องกันผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ได้แก่

1.9.1 ปรอท (mercury) ส่วนใหญ่ถูกปล่อยจากโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่แหล่งน้ำและถูกจุลทรรศน์อย่างลายกล้ายเป็น methyl mercury สะสมอยู่ในปลา ปรอทเป็นพิษต่อระบบประสาท (neurotoxin) จากเหตุการณ์ที่เกิดมีนาคม ประเทศไทยปั่น ในปี 1950 ซึ่งมีการรั่วไหลของสารปรอท ส่งผลให้เด็กที่เกิดมีภาวะ cerebral palsy, mental retardation ตาบอด และความผิดปกติทางระบบประสาಥื่น ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น ญี่ปุ่นตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานปลาที่มีสารปรอทเจือปน โดยเฉพาะปลาที่เนื้อสีเข้ม เช่น ปลาแซลมอน หรือปลาแซลมอนตัวโต แต่เนื่องจากปลาเป็นแหล่งของสารอาหารที่มีประโยชน์ เป็นแหล่งโปรตีนชนิดที่กรดไขมันต่ำ และมีโอเมก้า 3 (omega 3) ซึ่งมีประโยชน์ในการเพิ่มอายุครรภ์และน้ำหนักตัวทารก The US Environmental Protection Agency (EPA) ร่วมกับ U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2019; 2021) แนะนำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์รับประทานปลา 1 – 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมากจากแหล่งปลาที่ เชื่อถือได้ และหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องสำอางที่ผลิตจากสารปรอท (เครื่องสำอางที่ไม่ผ่านอย.)

1.9.2 ตะกั่ว (Lead) เป็นสารที่มีพิษต่อระบบประสาท จากการศึกษาพบว่า มารดาที่มีสารตะกั่วในเลือดมากกว่า $10 \mu\text{g}/\text{dl}$ สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension: GHT) การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย มารดาที่มีสารตะกั่วในเลือดมากกว่า $30 \mu\text{g}/\text{dl}$ มีความสัมพันธ์กับการที่ทารกมีลักษณะผิดรูปแท่กำเนิด แห้ง และภาวะรกรเกะต่ำ และญี่ปุ่นตั้งครรภ์ยังมีความเสี่ยงต่อการสลายตัวของกระดูกซึ่งถูกแทนที่ด้วยสารตะกั่ว การหลีกเลี่ยงการสัมผัสสารตะกั่ว เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสีสันจัดจ้าน เป็นต้น

1.9.3 ยาฆ่าแมลง (Pesticide) สารเคมีในกลุ่ม pesticides รวมถึงยาฆ่าหญ้า (herbicide) ยาฆ่าแมลง (insecticide) ยาฆ่าหนู (rodenticide) สารเคมีเหล่านี้ปั้นเป็นอนุภูมิในอาหาร ในบ้านเรือน ในน้ำดื่มน้ำใช้ โดยอาจสัมผัสจากการรับประทานอาหาร การซึมผ่านผิวหนัง ซึ่งอาจ slavery ภายในเวลาเป็นชั่วโมง เช่น organophosphate หรืออาจคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเป็นเวลาหลายปี เช่น organochlorine ซึ่งจากการศึกษาแบบ Cohort Study เกี่ยวกับความเข้มข้นของสารเคมีในปัสสาวะของมารดาในขณะตั้งครรภ์ พบร่วมกับความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาต่ำ และความล่าช้าของพัฒนาการของทารก (Low IQ & developmental delay) นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวของทารก (Leukemia) ภาวะทารกเจริญเติบโตชาไนครรภ์ (IUGR)

1.9.4 อีดีซี (Endocrine disrupting chemical: EDCs) คือ สารเคมีที่มีผลต่อระบบ Hormone ในร่างกาย และทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพในอนาคต เช่น ไดอีทิลสติลเบสทรอล (diethylstilbestrol) เป็นเอสโตรเจนสังเคราะห์ที่ใช้ป้องกันการแท้งในช่วงปี ค.ศ. 1940–1970 ซึ่งมีผลเสียต่อคนรุ่นถัดมา เช่น ปัญหาเรื่องการมีบุตรยากของลูก การเกิดเป็นมะเร็งในช่องคลอด (vaginal adenocarcinoma) ภาวะรูปเปิดท่อปัสสาวะต่ำกว่าปกติในเพศชาย (hypospadias) และภาวะท้องแดง (cryptorchidism) ดีอี การทำท่อน้ำดีให้อ่อนลงมาในถุงอัณฑะตามปกติตั้งแต่แรกเกิด สามารถเกิดข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ ซึ่งเป็นผลจากการขาดฮอร์โมนเพศชาย (testosterone) ในรุ่นหลาน ซึ่งในขณะนี้ห้ามใช้แล้ว แต่ยังมีสารเคมีประเภทเดียวกันนี้ที่ถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวันอยู่ เช่น ไบฟีนิล A (bisphenol A) กระป๋องสแตนเลสบรรจุอาหาร ใบเสร็จรับเงิน (phthalates) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของพลาสติกที่ใช้บรรจุอาหาร และ polybrominated diethyl ether (PBDEs) ใช้เคลือบกันความร้อน เชือกผ้า และเฟอร์นิเจอร์ เช่น เตียงนอน มีการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่าสารเคมีเหล่านี้มีผลต่อรุ่นลูกของสัตว์ที่สัมผัสถับสาร EDCs ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ของทั้งเพศชายและหญิง พัฒนาการของระบบประสาทผิดปกติ แม้หลักฐานในมนุษย์ยังมีค่อนข้างน้อย แต่ก็ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้สูกในกล่องพลาสติก ควรรับประทานอาหารสด อาหารปลอดสารพิษ (รูปที่ 2.14)



รูปที่ 2.14 EDCs (endocrine disrupting chemical)

ที่มา: ดัดแปลงโดย Google, 2025

การให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ จึงเป็นโอกาสที่ดีในการให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสมดุลระหว่างความกลัวที่มากเกินไปกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสัมผัสสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ

1.10 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

จากสถานการณ์ที่ก่อภาระมาแล้ว สาเหตุของภาวะมีบุตรยากแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เกือบร้อยละ 90 ของผู้ที่มีบุตรยากทั้งหมด มาจากปัจจัยทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ซึ่งถ้าค้นพบปัจจัยเสี่ยงนี้ในคู่สมรส ก็สามารถรักษาให้ประสบความสำเร็จได้ทางเลือกของการรักษา มีทั้งการผ่าตัด การใช้ยา และการใช้เทคนิคช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization and embryo transfer: IVF) และ การทำอิจซี (intracytoplasmic sperm injection: ICSI) เพื่อกรรตุนให้ไข่ต่อกماกขึ้น การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ และ การฉีดน้ำเชื้อเข้าในโพรงมดลูก (intrauterine insemination : IUI) เป็นต้น ในการรักษาภาวะมีบุตรยากนั้น จำเป็นต้องมีการตรวจวินิจฉัยและอาจต้องทำการรักษาหลายครั้ง ซึ่งการรักษานั้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของคู่สมรส

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การรักษาภาวะมีบุตรยากในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง ดังนี้

1. การรักษาโดยวิธีการเบื้องต้น (primary methods) คือ การให้มีเพศสัมพันธ์ในวันที่ไข่ตก การแก้ไขตามสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าไม่มีไข่ตกก็ให้ยากระตุนการตกไข่ ท่อนำไข่มีการอุดตันก็ทำการผ่าตัดต่อท่อน้ำไข่ใหม่ การต่อท่ออสุจิของฝ่ายชายหลังการทำหัมัน เป็นต้น

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

2.1 การกระตุนรังไข่และการผสมเทียม หรือการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (intrauterine insemination: IUI) โดยนำเชื้ออสุจิที่เตรียมไว้ฉีดผ่านท่อขนาดเล็กที่สอดเข้าไปในโพรงมดลูก IUI เป็นการฉีดอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูกโดยตรงใกล้กับเวลาไข่ตก เป็นการทำในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับตัวอสุจิ เช่น จำนวนน้อย หรือเคลื่อนที่น้อย หรือการเข้ากันไม่ได้ระหว่างตัวอสุจิกับมูกที่ปากมดลูก สามารถช่วยผู้ชายที่มีปัญหาในการหลั่ง เช่น การหลั่งเร็ว IUI ช่วยเพิ่มจำนวนการตั้งครรภ์เนื่องจากตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูกโดยตรง (โดยไม่ผ่านช่องคลอด) ทำให้ได้ปริมาณที่มากขึ้นที่จะไปผสมกับไข่ที่ท่อน้ำไข่

IUI สามารถใช้การบริจาคอสุจิโดยด้วย แนะนำให้ดูเว็บการรวมเพศ 2-3 วัน ก่อนทำ IUI ในผู้ป่วยหญิงบางรายที่มีอาการไข้ติดปกติอาจใช้ยาช่วยด้วย ผู้ชายจะต้องมาเก็บน้ำเชื้อ 1-2 ชั่วโมง ก่อนทำ IUI จะต้องเตรียมน้ำเชื้อ ที่เรียกว่า การล้างตัวอสุจิด้วยน้ำเลี้ยงตัวอสุจิ (เป็นน้ำยาที่ไม่ทำปฏิกิริยา กับเยื่อบุโพรงมดลูก และจะช่วยเพิ่มคุณภาพของตัวอสุจิด้วย) หลังจากล้างแล้ว แพทย์จะใช้สายเล็ก ๆ ใส่เข้าไปในโพรงมดลูก และฉีดน้ำเชื้อเข้าไปในโพรงมดลูก ซึ่งจะไม่รู้สึกเจ็บมาก หลังการทำ IUI ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภาระต่อไปได้

การใช้ยากระตุนการตกไข่สามารถทำให้มีไข่ตกและอาจตกได้มากกว่า 1 พอง ใน 1 รอบ ยาสามารถควบคุมเวลาไข่ตก กำหนดเวลาการมีเพศสัมพันธ์หรือการทำ IUI และ IVF ได้แต่การใช้ยา มีความเสี่ยง อาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝด และอาจทำให้เกิดถุงน้ำรังไข่ รวมทั้ง

อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะรังไข่สูกกระตุ้นมากเกินไป 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) เป็นยาฉีดที่ช่วยเพิ่มจำนวนน้ำนม จากปกติจะเติมเพียง 1 โดส ให้ต่อหลายใบ และยังช่วยให้ตอเต็มที่ด้วย อาการข้างเคียง ได้แก่ แน่นท้อง หงุดหงิดง่าย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ อาการต่าง ๆ จะหายไปหลังจากเก็บไข่แล้ว

- ยา กลูโคฟาจ (glucophage) หรือ เมตฟอร์มิน (metformin) เป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่ต้องการลดระดับอินซูลินในกระแสเลือดให้ต่ำ ส่วนใหญ่ใช้กับโรคถุงน้ำรังไข่ (Polycystic Ovary Syndrome: PCOS) เป็นความผิดปกติของผู้หญิง โดยมีถุงน้ำเล็ก ๆ กระจายอยู่ในรังไข่ อาจเรียกว่า ซีสต์ในรังไข่ โรคนี้พบได้ค่อนข้างบ่อย ประมาณหนึ่งในสิบของผู้หญิง วัยเจริญพันธุ์จนถึงอายุ 45 ปี) ทำให้อาการตื้น 2-3 เดือน หลังจากรับประทาน Metformin ทำให้หยุดอาการผอมร่าง ลดภาวะขันขึ้นที่หน้าและตามร่างกาย ช่วยให้ความตันโลหิตปกติประจำเดือนมาตามปกติ น้ำหนักลด และเมบูตร็อด

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

- ยา โคลมิฟีนซิเตรต (clomiphene citrate) โคลมิด (clomid) หรือ เชโรฟีน (Serophene) รับประทาน 5 วัน เริ่มวันแรก ๆ ของรอบเดือน ใช้สำหรับผู้ที่มีปัญหาไข่ไม่ตกมากกว่า 6 เดือน 80 ของผู้มีบุตรยากจะมีใช้ต่อกหลังจากใช้ยา ยานี้อาจช่วยให้การทำ IUI ประสบความสำเร็จมากขึ้น

การกระตุ้นไข่ บางครั้งอาจใช้ โภนาโดยโทรปิน (gonadotropins) หรือบางครั้งใช้ร่วมกันระหว่าง โคลมิฟีน (clomiphene) กับ โภนาโดยโทรปิน (gonadotropins) เพื่อให้ได้ไข่หล่ายไป ผู้ที่ได้รับการกระตุ้นไข่ต้องได้รับการเจาะเลือดและทำอัลตราซาวนด์ (ultrasound: U/S) ติดตาม เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้กระตุ้นไข่มากเกินไป และเป็นการช่วยกำหนดการใช้ยา

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และทาง ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เพื่อให้ไข่เจริญเติบโตที่ลະน้อย การรักษา เช่นนี้ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์แพดในน้อยลง เมื่อจบกระบวนการกระตุนไข่ แพทย์จะสั่งให้ออร์มอนเอชซีจี (human chorionic gonadotropins: HCG) ซึ่งจะทำให้ไข่ตกภายใน 24–36 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาหนึ่ง หรือทำ IUI อัตราการประสบความสำเร็จของการกระตุนไข่เท่ากับร้อยละ 10–20 ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ชายที่ปฏิบัติ

2.2 การทำกีฟท์ (gamete intrafallopian tube transfer: GIFT) วิธีนี้เริ่มจาก การได้รับยากระตุนรังไข่ให้ไข่เจริญหล่ายไป เมื่อ follicle โตเต็มที่แล้ว จะเก็บไข่โดยใช้หัวตรวจอัลตราซาวด์ทางช่องคลอด นำเข้าไปยังรังไข่ ดูดนำไข่ใน follicle ออก และนำไข่อกมาผ่านทางช่องคลอด (transvaginal ultrasound-guided oocyte retrieval) ซึ่งเป็นมาตรฐานในการเก็บไข่สมัยใหม่ (ASRM, 2020; Zegers-Hochschild et al., 2017) จากนั้นจึงนำไข่กับเชื้อสุกจิจัดเข้าท่อนำไข่ ผ่านการผ่าตัดสองกล้อง ให้ไข่รับเชื้อสุกจิจัดกับบริเวณท่อนำไข่ ถ้าเชื้อสมบูรณ์ดีจะเกิดการปฏิสนธิ จากนั้นตัวอ่อนจะเจริญค่อยๆ เคลื่อนมาผังตัวที่โพรงมดลูก การทำ GIFT ถือเป็นการรักษาภาวะมีบุตรยากเนื่องจากต้องมีการผ่าตัด อัตราความสำเร็จจากการทำ GIFT เท่ากับร้อยละ 25

2.3 การทำซิบ (zygote intra-fallopian transfer: ZIFT) เป็นการใส่ไข่ที่มีการปฏิสนธิเรียบร้อยแล้วเข้าไปยังท่อนำไข่ วิธีการคล้ายกับการทำ GIFT แต่จะทำการปฏิสนธิภายนอกร่างกายจนเจริญเป็นตัวอ่อนระยะ 1 เซลล์ ที่เรียกว่า Zygote และจึงทำการผ่าตัดสองกล้องเพื่อใส่ตัวอ่อนที่เป็น Zygote เข้าไปในท่อนำไข่ เช่นกัน วิธีนี้เหมาะสมสำหรับคุ้มครองที่ผู้ชายที่ไม่สามารถดูแลตัวเองน้อย 1 ข้าง อัตราความสำเร็จจากการทำ ZIFT เท่ากับร้อยละ 30

2.4 การทำเด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization and embryo transfer: IVF) วิธีนี้จะนำไข่และเชื้อสุกจิมาทำการปฏิสนธิภายนอกร่างกายจนกระทั่งเกิดเป็นตัวอ่อน จากนั้นจะนำตัวอ่อนที่มีคุณภาพที่ดีสู่ลับเข้าสู่โพรงมดลูกเพื่อให้เกิดการผังตัว อัตราความสำเร็จจากการทำ IVF เท่ากับร้อยละ 50–60

2.5 การทำอีคซี (intracytoplasmic sperm injection: ICSI) วิธีนี้จะใช้เทคนิคการทำหัตถการด้วยกล้องจุลทรรศน์นิยติดเครื่องมือพิเศษเพื่อใช้ดูดอสุจิตัวเดียวเข้าไปในไข่มากเล็กๆ ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็น และใช้เข็มนั้นเจาะเข้าไปในไข่ใบเดียว และฉีดอสุจิเข้าไปในไข่ เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิ และเลี้ยงตัวอ่อนที่ได้จนถึงระยะที่พร้อม จึงนำตัวอ่อนใส่เข้าไปใน

เพ่องมดลูก การรักษาทั้ง GIFT, ZIFT, IVF และ ICSI จะต้องมีการฉีดยาฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นการตกไข่ ที่ผ่านมาบ้านนี้ ในการรักษาพบว่ามีผู้หญิงส่วนหนึ่งที่มีอาการแพ้ยาฮอร์โมน เพราะมีการตอบสนองต่อยาฮอร์โมนที่ฉีดมากเกินไปจนส่งผลกระทบตามมา

2.6 การทำไข่รีฟิวม (in-vitro maturation: IVM) คือ การเก็บไข่ที่ยังโตไม่เต็มที่ จากรังไข่ด้วยวิธีการดูดออกมาเลี้ยงในห้องทดลองจนโตเต็มที่ ก่อนที่จะนำมาผสานกับเชื้อสุ่ม จนมีการปฏิสนธิที่สมบูรณ์แล้ว จึงย้ายกลับเข้าโพรงมดลูกจนgradeทั้งเกิดการตั้งครรภ์ วิธีนี้เป็น การพัฒนาหรือการรักษาเพื่อช่วยผู้หญิงที่มีบุตรยาก วิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกลุ่มของการถุง น้ำในรังไข่หลายใบ (polycystic ovary syndrome: POC หรือ PCOD) ซึ่งอาการ คือ การมีถุงน้ำ รอบ ๆ รังไข่จำนวนมาก จนทำให้ไข่ไม่สมบูรณ์ อีกกรณีคือ ผู้ที่รักษาด้วยการกระตุนด้วย ฮอร์โมน แล้วตัวอ่อนที่ได้มีคุณภาพไม่ดี หรือมีการตอบสนองครึ่ง ๆ กลาง ๆ จากการใช้ ฮอร์โมน นอกจากนี้ยังใช้ช่วยผู้ที่เป็นมะเร็งแต่ต้องการมีบุตร ก็สามารถนำไปใช้กับการรักษา ได้ และสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานช้า ก็สามารถใช้เทคโนโลยีเก็บรักษาไข่ เพื่อความ สมบูรณ์ของไข่ตั้งแต่ยังสาวได้ ข้อดีของการทำ IVM คือ เป็นวิธีที่ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด อีกทั้งยังมีความปลอดภัยสูง ดังนั้น ถ้าทำ IVM ในครั้งแรกไม่ประสบความสำเร็จ ก็สามารถทำ IVM ในครั้งต่อไปได้ในเวลาอันสั้น ข้อจำกัดในการรักษาโดยเทคนิค IVM นั้น อยู่ที่หญิงวัยเจริญ พันธุ์ควรจะมีอายุไม่เกิน 35-36 ปี เพราะยิ่งอายุมากเท่าไร คุณภาพของไข่จะลดลง รวมถึง ในช่วงเวลาของการรักษา ในรังไข่ทั้ง 2 ข้าง ของหญิงวัยเจริญพันธุ์จะต้องผลิตไข่ได้ไม่น้อยกว่า 7 ใบ อีกทั้งโพรงมดลูกต้องปกติ ไม่มีปัญหาใด ๆ ด้วย

2.7 การทำพีจีดี (pre-implantation genetic diagnosis: PGD) คือ การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมก่อนการย้ายตัวอ่อน โดยนำเซลล์ตัวอ่อนมาเจาะเปลือกอุอุกเล็กน้อยแล้วดึงเซลล์ที่อยู่ภายใน 1-2 เซลล์ ออกมารตรวจ เพื่อตรวจสอยบหน่วยพันธุกรรมที่จำเป็น รวมทั้งโครโมโซมเพศด้วย วิธีนี้นักจากจะใช้วินิจฉัยความผิดปกติของโรคทางพันธุกรรมแล้ว ยังทำให้ทราบเพศของตัวอ่อนได้อีกด้วย

2.8 เลเซอร์เจาะเปลือกตัวอ่อน (laser assisted-hatching) เป็นเทคโนโลยีที่ใช้ในกระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพราะถึงแม้ว่าจะมีการทำกิฟฟ์ เด็กหลอดแก้ว หรืออิกซ์แอลแล้ว ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งที่ได้ไข่จำนวนที่มากพอ ได้ตัวอ่อนที่มีคุณภาพ และมีการเคลื่อนย้ายตัวอ่อนในช่วงวันเวลาที่เหมาะสมแล้ว แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ในปัจจุบัน

การประเมินภาระเสี่ยงทางสุขภาพรุ่ม : การพยายามลดภาระ และการให้ระดับก่อนตั้งครรภ์ ระดับตั้งครรภ์ ระดับคลอด และระดับหลังคลอด

เชื่อว่าจะเป็นปัญหาเรื่องความพร้อมของตัวมดลูกหรือความสมบูรณ์ของตัวอ่อน หรือบางกรณีอาจเกิดจากการที่ตัวอ่อนไม่สามารถพักรักษาจากเปลือกของไข่ได้ เพราะมีเปลือกที่หนาหรือเนียนมาก จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ประสบความล้มเหลว เทคโนโลยีล่าสุด คือ การใช้เลเซอร์เจาะเปลือกตัวอ่อน มาช่วยในการเจาะเปลือกไข่ โดยใช้เทคนิคของแสงเลเซอร์ ซึ่งจะมีความแม่นยำและปลอดภัย สามารถกำหนดขนาดของการเจาะและความลึกได้ ช่วยให้เปลือกของไข่บางลง ตัวอ่อนจะฟักตัวออกจากเปลือกได้ง่ายขึ้น วิธีนี้จะช่วยลดความเสี่ยงที่ตัวอ่อนอาจได้รับความบอบช้ำจากการใช้สารเคมี หรือใช้เข็มขนาดเล็กสะกิดแบบวิธีดั้งเดิม

2.9 การผ่าตัดและใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผู้มีบุตรยากส่วนใหญ่มักยังไม่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์หลังจากการรักษาครั้งแรก เช่น การรับประทานยาให้โข็ตาก IUI ขั้นตอนต่อไปคือ ใช้การผ่าตัด การส่องกล้อง และการใช้เทคนิคให้ห้องปฏิบัติการช่วยในการปฏิสนธิ ได้แก่ in vitro fertilization (IVF) ที่มีปฏิบัติการเฉพาะทางได้พัฒนาให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น โดยการรักษานี้จะวางแผนสำหรับผู้มีบุตรยากเฉพาะแต่ละคน และจะประสบความสำเร็จมากขึ้น ถ้ามีความร่วมมือที่ดีระหว่างทีมนักวิทยาศาสตร์และผู้มีบุตรยาก และช่วงเวลาที่เหมาะสม ผู้ที่มีบุตรยากบางรายไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาหรือการทำ IUI การผ่าตัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษา

การผ่าตัดในผู้หญิง

การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องผ่านทางช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก เรียกว่า ไฮสเทอโรสโคป (hysteroscopy) ถ้ามีสิ่งผิดปกติสามารถเอาออกได้

การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่องเข้าไปในอุ้งเชิงกรานผ่านทางหน้าท้อง เรียกว่า ลาพารอสโคป (laparoscopy) อาจนำสิ่งผิดปกติออกได้ เช่น ถุงน้ำที่รั่วไข่

การผ่าตัดต่อท่อน้ำไข่เพื่อแก้หมัน เรียกว่า ทิวบ์บล็อก รีเกชัน (tubal ligation reversal) ปัจจุบัน ใช้การผ่าตัด

ไฮโดรซอลพินช์ รีมูฟวอล (salpingectomy removal) การทำให้ท่อน้ำไข่ที่ตันกลับมาใช้ได้เหมือนเดิม สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการทำ IVF ได้

โควารียน ดริลลิ่ง (ovarian drilling) ทำระหว่างการผ่าตัดส่องกล้อง เป็นการใช้เลเซอร์หรือเข็มไฟฟ้าเจ็บร้อนไว้ 4–10 ครั้ง การทำเช่นนี้ทำให้ระดับฮอร์โมนเพศชายในผู้หญิงลดลง เป็นผลดีกับผู้ที่เป็นโรค PCOS จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่มีบุตรยากได้รับ

ประโยชน์จากการรักษาอีนี้ ผู้มีบุตรยากจำนวนมากล้มเหลวจากการรักษาด้วยยา Clomiphene หรือ Metformin แต่หลังจากการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าต่อสนองต่อยอดีขึ้น ผลข้างเคียงอาจเกิดภาวะรังไข่หยุดทำงานได้ ถ้าไม่ชำนาญ

การผ่าตัดในผู้ชาย

เหลติคูล่า ไบอปซี (Testicular biopsy) เป็นการผ่าตัดนำเอาชิ้นเนื้อของอัณฑะไปตรวจเพื่อวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

เหลติคูล่า สเปริม แอลส์เพเรชั่น (testicular sperm aspiration: TESA) เป็นการใช้เข็มเจาะเนื้ออัณฑะไปตรวจเพื่อหาตัวอสุจิ เพื่อนำไปใช้ทำ IVF หรือ ICSI

เพอร์คิวตาเนียส สเปริม แอลส์เพเรชั่น (percutaneous sperm aspiration: PESA) เป็นการใช้เข็มเจาะเข้าไปในท่อนำตัวอสุจิ แล้วดูดน้ำอสุจิออกมานำมาเพื่อหาตัวอสุจิ

วาเซกโตมี รีเวอร์ซอล (vasectomy reversal) เป็นการแก้หมันชาย เพื่อให้มีการหลั่งน้ำอสุจิได้ตามปกติ

ผลกระทบของการรักษาภาวะมีบุตรยาก

ผลกระทบด้านร่างกาย โดยเฉพาะฝ่ายหญิง เพราะมีการตรวจรักษาที่มีความยุ่งยากต่อร่างกายมากกว่าฝ่ายชาย เช่น การใช้อาร์มอนในการรักษาภาวะมีบุตรยากมัก ก่อให้เกิดอาการมณฑ์แปรปรวน ภาวะซีมเศร้า อ่อนล้า นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ และคลื่นไส้ อาเจียน การมีเลือดออกจากการเจาะดูดไข่พันทางซองคลอด ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบ การเกิดความเจ็บปวดและไม่สุขสบายจากการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธี IVF วิธี ICSI วิธี GIFT และวิธี ZIFT

ผลกระทบด้านจิตใจ คู่สมรสที่รับทราบว่าตนเองมีปัญหาในการมีบุตรยากจะมีความพยายามมีบุตรด้วยตนเองก่อน ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จจึงจะปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในภายหลัง ในระหว่างที่อยู่ในขั้นตอนของการวินิจฉัยและรักษาอีกนั้น คู่สมรสมักจะเกิดความหวังขึ้นว่าจะประสบความสำเร็จ แต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จ ก็จะทำให้คู่สมรสสรุสึกห้อแท้ หมดหวัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จากการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ครั้งเดียวและหลายครั้งพบว่า คู่สมรสที่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หลายครั้ง มีระดับภาวะ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทางการในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ซึ่มศร้าสูงกว่าคู่สมรสที่ทำครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผลกระทบด้านจิตใจ มีดังนี้

1) ความวิตกกังวล จากการศึกษาผลกรอบทางจิตใจของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ครั้งเดียวและหลายครั้งพบว่า คู่สมรสที่รับการรักษาด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในครั้งแรกซึ่งไม่มีประสบการณ์มาก่อนนั้น มีระดับสภาวะวิตกกังวล (state-anxiety) สูงกว่าในกลุ่มคู่สมรสที่มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์หลายครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) ความเครียด โดยความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยากนั้นเป็นผลลัพธ์เนื่องมาจากการวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกสูญเสีย จากการที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน รวมทั้งผลการรักษาที่ล้มเหลวในครั้งก่อน ๆ จากการศึกษาย้อนหลังในคู่สมรสจำนวน 86 คู่ ที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการทำ IVF พบร่วมือจากการของภาวะซึมเศร้า โดยฝ่ายหญิงพบร้อยละ 66 และฝ่ายชายพบร้อยละ 40 และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนในขณะรักษา จะทำให้คู่สมรมส้มความเครียดเพิ่มสูงขึ้น

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

ผลกระทบต่อครอบครัว

1) คู่สมรสที่ไม่มีบุตรพยายามแสวงหาทางในการรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงในการรักษาภาวะนี้ ทั้งระบบการประกันสุขภาพหรือการเบิกค่าวัสดุพยาบาลของราชการและรัฐวิสาหกิจในประเทศไทย ยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ ผลงานให้คู่สมรสที่ต้องการมีบุตรต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เองทั้งหมด ซึ่งพบว่ามีหลายคู่ที่ไม่สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากนี้ได้ต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ

2) คู่สมรสที่ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ART) มีโอกาสสูงที่จะตั้งครรภ์แต่ ซึ่งอาจมากกว่า前述 ผลลัพธ์และสาเหตุของครอปครัว คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย ซึ่งจะกระทบต่อการเลี้ยงดูและค่าใช้จ่ายของครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก

พยาบาลมีบทบาทร่วมกับแพทย์ในการรักษาภาวะมีบุตรยากของคู่สมรส เพื่อให้คู่สมรสสามารถเชื่อมั่นกับความเครียด ความไม่สุขสบาย หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภาวะมีบุตรยากได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลในการให้ความรู้แก่คู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ประกอบด้วย การปฏิบัติตนและรับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ทั้งวิธีเบื้องต้น และวิธีซับซ้อน (การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์) เพื่อให้คู่สมรสปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ความรู้ที่ใหม่ดังนี้

1.1 ความรู้เพื่อการแก้ไขภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น โดยแนะนำช่วงเวลาที่มีโอกาสตั้งครรภ์สูงสุด เวลาที่เหมาะสมที่ค่าวณิชเพลสัมพันธ์เริ่มตั้งแต่ 5 วันก่อนที่จะมีการตกไข่ไปจนกระทั่งวันที่มีการตกไข่ ทั้งนี้ คู่สมรสต้องทราบช่วงเวลาที่มีการตกไข่ ซึ่งการหาช่วงเวลาการตกไข่สามารถหาได้หลายวิธี เช่น การคำนวณหวาร์ดากาโน่ตากาจรอปประจำเดือน โดยสามารถคำนวณได้จากความยาวรอบประจำเดือน คือ ไข่จะตกประมาณ 14 วันก่อนรอบเดือนครั้งถัดไป ดังนั้นผู้หญิงที่มีรอบเดือนสม่ำเสมอสามารถคำนวณวันไข่ตกได้ด้วยการนำ “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 เนื่องจากอสุจิอยู่ในร่างกายได้เฉลี่ย 2–5 วัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ในเมืองปักกิ่งลูกช่วงไข่ตก และไข่มีชีวิตอยู่ประมาณ 12–24 ชั่วโมง (ACOG, 2023; WHO, 2020) การวัดอุณหภูมิร่างกายในตอนเช้าเมื่อตื่นนอนทันที ซึ่งพบว่าก่อนมีการตกไข่ ร่างกายจะมีอุณหภูมิร่างกาย 97.0–98.0 องศาfareneไฮด์ และในช่วงที่มีการตกไข่ อุณหภูมิร่างกายจะมีการเพิ่มขึ้น 0.4–0.8 องศาfareneไฮด์ จากนั้นอุณหภูมิร่างกายจะลดลง การเปลี่ยนแปลงของมูกที่ปากมดลูกโดยพบว่ามูกที่ปากมดลูกที่มีลักษณะใส มีความยืดหยุ่นสูง สีน้ำเงินเมือก จะช่วยในการ

เคลื่อนที่ของอสุจิ ทำให้มีโอกาสในการปฏิสนธิกับไข่ได้สูง ซึ่งมักลักษณะนี้จะพบในช่วงตั้งแต่ 5-6 วันก่อนที่จะมีการตกไข่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนต่างๆของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ โดยเซลล์ไข่จะเก็บโดยแพทย์ผู้ที่มีความชำนาญ แต่การเก็บเชื้ออสุจิส่วนใหญ่จะมาจากการเก็บของจากฝ่ายชาย ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องให้คำแนะนำขั้นตอนในการเก็บน้ำเชื้อที่ถูกต้อง เพื่อให้ได้อสุจิที่มีคุณภาพ โดยวิธีการเก็บน้ำเชื้อตามคำแนะนำขององค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุไว้ว่า ก่อนทำการเก็บน้ำเชื้อオスุจิจะต้องงดการหลังน้ำเชื้อย่างน้อย 2-3 วัน โดยจะต้องทำการเก็บน้ำเชื้อด้วยตนเองในภาชนะปากกว้าง ทั้งนี้จะต้องไม่ใช้การเก็บน้ำเชื้อที่ได้จากการหลังภายนอกหรือการเก็บน้ำเชื้อจากถุงยางอนามัย ภายหลังเก็บน้ำเชื้อแล้วจะต้องรีบนำส่งห้องปฏิบัติการโดยเร็ว ซึ่งระยะเวลาในการนำส่งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง ซึ่งน้ำเชื้อที่ได้จะต้องเก็บภายในอุณหภูมิห้อง โดยไม่ควรมีอุณหภูมิต่ำกว่า 15 องศาเซลล์เซียล และไม่ควรเกิน 38 องศาเซลล์เซียล ทั้งนี้จะต้องมีการลงบันทึกชื่อ เวลา และวันที่เก็บให้ชัดเจน

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์อื่น ๆ เช่น GIFT, IVF, ICSI รวมถึงความไม่สุขสบายน้ำทางเพศต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

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

2.1 ให้คำปรึกษาเชิงการให้กำลังใจ (Support counseling) การรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและซับซ้อน รวมทั้งคู่สมรสนั้นมีความตึงเครียดทางจิตใจอยู่ก่อนแล้ว ทำให้ผู้ที่มาปรับบริการการรักษาภาวะมีบุตรยากมีความกังวลและความเครียดมากยิ่งขึ้น อีกทั้งโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นค่อนข้างต่ำ พยาบาลจึงควรให้กำลังใจแก่คู่สมรส รวมทั้งส่งเสริมให้คู่สมรสประคับประครองใจซึ่งกันและกัน จากการศึกษาพบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากซึ่งไม่มีการพูดคุยประคับประคองใจกัน จะทำให้ผู้หญิงมีความกังวลสูง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น นอกจากพยาบาลจะมีหน้าที่ในการให้กำลังใจแล้ว การส่งเสริมให้คู่สมรมีการสื่อสารที่ดีกัน เช่น การให้คู่สมรสพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จะ

เป็นสิ่งที่ช่วยลดความกังวลของคู่สมรสลงได้ ทั้งนี้เพื่อให้คู่สมรสผ่อนเต็ลลิขั้นตอนไปโดยย่าง ราบรื่น และเตรียมพร้อมหากต้องเผชิญกับความผิดหวัง

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

การให้คำปรึกษาอาจให้ในลักษณะรายเดียวหรือรายคู่ ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของคู่สมรส ดังนี้

1. การให้คำปรึกษารายเดียว เมมานำสำหรับคู่สมรสที่ไม่กล้าแสดงออกในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งอยู่ด้วย ทำให้ไม่ทราบปัญหาที่แท้จริง การให้คำปรึกษารูปแบบนี้จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาจัดการกับอารมณ์ของตน กล้าที่จะบอกปัญหา และระบายความรู้สึกของตนได้ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียด

2. การให้คำปรึกษารายคู่ เป็นการเน้นความสัมพันธ์และการสื่อสารของคู่สมรส ให้ทั้งคู่มีโอกาสแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แต่ต้องหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงสาเหตุของการมีบุตรยาก เพื่อมิให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตอกัน สงส戒ให้แต่ละฝ่ายรับฟังซึ่งกันและกัน ซึ่งการรับฟังกัน พูดคุยกัน จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของคู่สมรสได้

จะเห็นได้ว่า การรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นเป็นความหวังของคู่สมรส แต่ก็ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพของคู่สมรส และถ้าการรักษาภาวะมีบุตรยากไม่ประสบความสำเร็จก็อาจนำมาสู่การหย่าร้าง หรืออาจนำไปสู่การทำแท้งอีน ๆ เช่น ยอมรับในภาวะที่ไม่มีบุตร การขอบุตรบุญธรรม หรือการให้ผู้อื่นตั้งครรภ์แทน ก็อาจช่วยให้ชีวิตคู่มีความสมบูรณ์มากขึ้น

การตั้งครรภ์แทน (Surrogacy)

ภาวะมีบุตรยากสามารถรักษาได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ แต่ในบางกรณีพบว่าวิธีดังกล่าวรักษาภาวะมีบุตรยากไม่ได้ เนื่องจากฝ่ายหญิงไม่มีไข่ในภาวะที่จะตั้งครรภ์เองได้ เช่น ไม่มีมดลูก รังไข่ หรือเป็นโรคร้ายแรง ขณะนี้จึงมีวิธยาการใหม่ขึ้นมาเพื่อ

ตอบสนองกลุ่มคู่สมรสที่ต้องการมีบุตร แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ โดยการให้ผู้อื่นรับตั้งครรภ์แทน ซึ่งเรื่องนี้นับเป็นปัญหาสังคมไทยที่ปรากฏให้เห็นอยู่ในขณะนี้

การตั้งครรภ์แทน (surrogacy) หมายถึง การที่ผู้หญิงคนหนึ่งสมควรได้รับตั้งครรภ์แทนหรือรับอุम实质性แทนให้กับบุคคลอื่น โดยให้พันธะสัญญาไว้ว่าหากที่คลอดออกมายจะต้องเป็นบุตรของผู้ที่ขอให้ตั้งครรภ์แทน แบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

1. ผู้หญิงที่ประสงค์จะมีบุตรแต่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ (Intended mother) จะเป็นผู้ให้ไข่และสามีของหญิงผู้นั้น (intended mother) จะให้เชื้ออสุจิ หรือใช้ไข่หรืออสุจิจากการบริจาค (donor) มาทำการปฏิสนธินอกร่างกาย หรือ IVF (in vitro fertilization) ทำให้เกิดตัวอ่อน แล้วย้ายไปยังมดลูกของผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน ดังนั้น ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะไม่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับตัวอ่อน (Gestational surrogacy)

2. การที่ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนใช้ไข่ของตนเองเพื่อผสมกับอสุจิของผู้อื่น จากชายผู้ประสงค์จะมีบุตร (Intended father) หรือเชื้ออสุจิจากการบริจาค (donor) ดังนั้น ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องรับตัวอ่อน (Traditional surrogacy) โดยหน้าที่ของผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะจำกัดเพียงแค่ช่วงตั้งครรภ์และคลอดบุตรเท่านั้น

การตั้งครรภ์แทนมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้คู่สมรสที่มีบุตรยากได้มีบุตรสมความปรารถนาที่ไม่ใช่การว่าจ้าง เพราะผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนอาจเป็นญาติพี่น้อง โดยผู้ขอให้ตั้งครรภ์แทนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ตลอดจนกระทั่งคลอดให้แก่ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน เรียกว่า การตั้งครรภ์แทนเพื่อมนุษยธรรม (altruistic surrogacy) ส่วนผู้ที่ต้องการมีบุตรโดยจ้างผู้หญิงที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องมารับตั้งครรภ์แทน โดยผู้ว่าจ้างอาจจ่ายเงินผ่านบริษัทคนกลางที่เข้ามาจัดบริการให้ทั้งหมด ตั้งแต่การจัดหาผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน จัดหาไข่ จัดหาอสุจิ หาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนให้การดูแลผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจนกระทั่งคลอด และช่วยดำเนินการเกี่ยวกับการรับบุตรบุญธรรม โดยผู้ที่ต้องการมีบุตรจะจ่ายค่าบริการตามที่ตกลงไว้ เรียกว่า การตั้งครรภ์แทนเพื่อค่าจ้าง (Commercial surrogacy) ซึ่งเป็นลักษณะการตั้งครรภ์แทนที่มีค่าใช้จ่าย และอาจนำไปสู่ปัญหาการค้ามนุษย์

ข้อบ่งชี้ในการตั้งครรภ์แทนทางการแพทย์

ประกาศแพทยสภากำหนดข้อบ่งชี้ในการตั้งครรภ์แทนทางการแพทย์ ดังนี้

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

2. ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์แต่มีโรคทางอายุรกรรมที่รุนแรง โดยปกติการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้หญิงในขณะตั้งครรภ์สามารถกระตุ้นโรคเดิมให้เป็นมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดอันตรายมากขึ้นกับมารดาและทารก เช่น ในผู้หญิงที่เคยได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาที่ผ่านรกได้ ทำให้เกิดผลเสียกับทารก ส่วนในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจน การตั้งครรภ์อาจกระตุ้นโรคได้

3. ผู้หญิงที่ต้องการตั้งครรภ์แต่มีปัญหาทางสูติกรรม เช่น ผู้หญิงที่มีการแห้งชา祚 หรือผู้หญิงที่ทำการร้ายตัวอ่อนแล้วล้มเหลว (failed IVF) โดยผู้หญิงในกลุ่มนี้ควรหาสาเหตุของการแห้งชา祚 หรือ failed IVF ก่อน ถ้าสาเหตุเกิดจากโครงร่างไม่ซ่อมผิดปกติ ให้พิจารณาเรื่องการใช้ไข่บริจาคและ/หรืออสุจิบริจาคก่อนถึงจะพิจารณาใช้การตั้งครรภ์แทน นอกจากนี้ ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แล้วมีผลลัพธ์ที่ไม่ดี (poor pregnancy outcome) อาจเป็นข้อบ่งชี้ให้ใช้การตั้งครรภ์แทนได้ เช่น ผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์แล้วมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเกือบเสียชีวิต เป็นต้น

ปัจจัยที่ใช้พิจารณาตัดเลือกผู้หญิงที่จะตั้งครรภ์แทน มีดังนี้

1. ประวัติทางสูติกรรมและอายุรกรรม โดยผู้หญิงที่เคยคลอดบุตรได้สำเร็จจะเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ในการตั้งครรภ์ เช่น ในผู้หญิงที่เคยคลอดบุตรก่อนกำหนดมีโอกาสคลอดบุตรก่อนกำหนดในครรภ์ต่อไปสูงขึ้น แม้ว่าโดยส่วนใหญ่ ผู้หญิงเหล่านี้จะคลอดบุตรครบกำหนดในครรภ์ดีมาก ดังนั้น การเลือกผู้หญิงที่จะมาตั้งครรภ์แทน จะต้องเคยคลอดบุตรปกติอย่างน้อย 1 ครั้ง และไม่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม ยกเว้นโรคไตรอยด์ทำงานน้อยที่ได้รับการรักษาอย่างดีแล้ว

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. อายุ ผู้หญิงที่คัดเลือกมาตั้งครรภ์แทนควรมีอายุระหว่าง 20-34 ปี ถ้าผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนมีอายุมากอาจมีผลเกี่ยวกับมดลูกที่ทำให้มีหมายสมต่อการตั้งครรภ์ เช่น การมีเนื้องอกมดลูก การมีแพลงเป็นที่เอื่องบุ้งมดลูกจากการทำหัตถการก่อนหน้านี้ อาจมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตั้งครรภ์อยกว่าอายุของไข่ การใช้ผู้หญิงตั้งครรภ์แทนที่มีเชื้อชาติแตกต่างกับผู้หญิงที่ต้องการมีบุตร จะใช้ข้อพิจารณาทางกฎหมาย สังคม และวัฒนธรรม

3. ความรู้สึกของผู้หญิงตั้งครรภ์แทน ในด้านความรู้สึกมีความสำคัญ เพราะผู้หญิงตั้งครรภ์แทนต้องเตรียมความรู้สึกที่จะให้บุตรเมื่อคลอดแก่ผู้ให้ตั้งครรภ์แทน ซึ่งความรู้สึกเกี่ยวกับการคลอดและการส่งบุตรให้ผู้อื่นไม่สามารถคาดเดาได้ โดยมีปัจจัยหลาย ๆ ด้านเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก วิธีการแก้ไขคือ การดูประวัติอย่างละเอียดของผู้หญิงตั้งครรภ์แทนในด้านศาสนา ศีลธรรม และจริยธรรม ซึ่งช่วยให้การส่งบุตรที่เกิดขึ้นราบรื่น แนวทางของสมาคมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แนะนำให้ตรวจคัดกรองด้านจิตใจแก่ผู้หญิงที่จะรับตั้งครรภ์แทน

สำหรับแพทย์ที่จะทำการปฏิสนธินอกมดลูกหรือใช้เทคโนโลยีในการช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์แทนโดยนั้น จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

ประเด็นปัญหาสำคัญในการตั้งครรภ์แทน

ในการตั้งครรภ์แทนนั้นยังคงมีประเด็นปัญหาที่สำคัญซึ่งปรากฏในสังคมไทย ดังนี้

1. ปัญหาจริยธรรม โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้หญิงตั้งครรภ์แทนใช้ไข่ของตนเองเพื่อผสมกับเชื้อสุ่มจากชายผู้ประสงค์จะมีบุตร ดังนั้น ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนจะมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวอ่อน ซึ่งนับได้ว่าผู้ที่รับตั้งครรภ์แทนเป็นมารดาที่แท้จริง ทำให้บุตรที่เกิดมาอาจเกิดความสับสนว่าใครเป็นมารดาที่แท้จริงของตนเอง ซึ่งวัฒนธรรมไทยจะให้ความสำคัญกับความผูกพันและหน้าที่ที่บุตรพึงปฏิบัติต่อมารดา แม้ว่าจะเลือกให้เป็นมารดาที่แท้จริงก็ย่อมส่งผลกระทบกับปัญหาทางจิตใจได้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับตัวอ่อนโดยตัวอ่อนที่เหลือจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้น เมื่อคู่สมรสไม่ต้องการที่จะใช้ก็จะมีการทำลายตัวอ่อน ซึ่งตามหลักทางพุทธศาสนา การทำลายตัวอ่อนนับว่าเป็นการทำลายศีริธรรมนุษย์

2. ปัญหาเกี่ยวกับลักษณะ โดยภัยหลังคลอดครรภ์มีลักษณะที่ชัดเจนเกี่ยวกับหลังคลอด ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะต้องให้นมบุตรหรือไม่ ด้านค่าดูแลเชยทางการเงิน ค่าดูแลเชยที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนเป็นเท่าไร ค่าใช้จ่ายที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวังไว้ จะได้รับเงินชดเชยจากผู้ให้ตั้งครรภ์แทนทั้งหมดหรือไม่

3. ขาดกฎหมายเฉพาะสำหรับควบคุมการตั้งครรภ์แทน ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน จะทำอย่างไรหากผู้ให้ตั้งครรภ์แทนเลี้ยงชีวิต ควรจะเป็นบิดามารดาที่ถูกต้องตามกฎหมายของทารกที่จะเกิดมา ดังนั้น ควรมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนก่อนจะมีการใช้จริง

4. ปัญหาผู้ที่ให้ตั้งครรภ์แทนทดสอบทิ้งบุตรเมื่อพบว่าบุตรมีความพิการเกิดขึ้น ทำให้ทารกที่เกิดมาตกเป็นภาระของผู้หญิงตั้งครรภ์แทน หรือเป็นภาระของสังคมที่ต้องดูแลทารก ดังกล่าว

5. ปัญหาการดำเนินการตั้งครรภ์ในรูปแบบของธุรกิจ ซึ่งเมื่อระบบธุรกิจดังกล่าวมากขึ้นจะเป็นภัยต่อสังคม และนำไปสู่ปัญหาการค้ามนุษย์ทั้งต่อผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนและเด็กที่เกิดมา

6. ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ให้ผู้หญิงยื่นตั้งครรภ์แทนและบุตรที่นำไปเสี่ยง ซึ่งอาจมีปัญหาความรักโครงการพัฒนาเด็กขึ้น

กฎหมายการตั้งครรภ์แทน

กฎหมายการตั้งครรภ์แทน พบร่วมกันที่ประเทศที่ยินยอมให้รับตั้งครรภ์แทนและไม่ยินยอมให้รับตั้งครรภ์แทน โดยประเทศที่มีกฎหมายห้ามตั้งครรภ์แทนในทุกรูปนี้ ประกอบด้วย สวีเดน ฝรั่งเศส แคนาดา (แคนาควีเบค) สหรัฐอเมริกา (อธิเช่น นิวฟอร์ด นอร์ฟอล์ก โกลเดน ญี่ปุ่น สเปน ชาติอิสราเอล เป็นต้น) เมื่อมีหลายประเทศที่มีกฎหมายห้ามไม่ให้มีการตั้งครรภ์แทน จึงมีผู้ที่มีบุตรยากในประเทศต่าง ๆ เข้ามาใช้บริการตั้งครรภ์แทนในไทยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาอย่างไม่มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทน จึงปฏิบัติตามประกาศของแพทยสภา ฉบับที่ 21/2545 ซึ่งมีกำหนดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. กรณีที่คู่สมรสต้องการมีบุตร โดยให้ผู้หญิงอื่นซึ่งมิใช่ภรรยาตั้งครรภ์แทน ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะให้บริการได้เฉพาะกรณีใช้ตัวอ่อนที่มาจากเซลล์สืบพันธุ์ของคู่สมรสเท่านั้น

2. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการรับจำตั้งครรภ์

3. ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติโดยสายเลือดของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง การให้บริการนอกเหนือไปจากนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยก่อนทุกครั้ง เช่น การจะใช้เซลล์สืบพันธุ์บริจาก หรือไม่มีญาติที่จะตั้งครรภ์แทน เป็นต้น

ต่อมา ประเทศไทยมีกฎหมายเฉพาะที่ควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการตั้งครรภ์แทน คือ พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 (ต่อไปนี้เรียกว่า “พ.ร.บ. 2558”) ซึ่งตราขึ้นหลังปัญหาเชิงพาณิชย์และการค้ามนุษย์ที่เกี่ยวกับการอุ้มบุญในอดีต เป้าหมายหลักของกฎหมายฉบับนี้คือ การคุ้มครองสิทธิของเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ ความมั่นคงทางสถานะบุคคล และการป้องกันการแสวงหาประโยชน์เชิงพาณิชย์จากการตั้งครรภ์แทน (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่ สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

กรอบเชิงกฎหมายหลักและแนวคิดพื้นฐาน

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

สาระสำคัญในข้อกำหนดสำคัญของพ.ร.บ. 2558

1. ผู้มีสิทธิขอใช้การตั้งครรภ์แทน (intended parents)

กฎหมายกำหนดคุณสมบัติของคู่ที่สามารถขอใช้การตั้งครรภ์แทนโว้วย่างชัดเจน เช่น ต้องเป็นคู่สมรสที่จดทะเบียน (มีเงื่อนไขเกี่ยวกับสัญชาติและระดับความสามารถสมรสในกรณีมีฝ่ายเป็นชาวต่างชาติ) และต้องมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าคู่ดังกล่าวไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ตามปกติ (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

2. คุณสมบัติของหญิงตั้งครรภ์แทน (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

พ.ร.บ. กำหนดเงื่อนไขจำกัดผู้ที่จะเป็น surrogate เช่น ต้องเป็นคนไทย มีอายุและสถานะทางชีวการเหมาะสม ต้องเคยมีบุตรแล้ว และโดยหลักกฎหมายเดิมจะยอมให้ surrogate เป็นญาติกับ intended parents ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด (ข้อยกเว้นพิเศษต้องได้รับการพิจารณา) (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

3. การห้ามอุ้มบุญเชิงพาณิชย์และการควบคุมการใช้ไข่ เซื้อสุ่ม ตัวอ่อน

พ.ร.บ. 2558 ห้ามการอุ้มบุญเพื่อการค้า (commercial surrogacy) และจำกัดการโฆษณา/นายหน้าเกี่ยวกับการอุ้มบุญ รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การใช้และการเก็บรักษา gametes หรือ embryos เพื่อป้องกันการค้าและการค้ามนุษย์ (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

4. สถานะบิดามารดาตามกฎหมาย (legal parentage)

หากการตั้งครรภ์แทนเป็นไปตามข้อกำหนดของพ.ร.บ. 2558 และพ.ร.บ. กำหนดการตามประกาศคณะกรรมการ ผู้รองขอให้มีบุตร (intended parents) จะได้รับการรับรองเป็นบิดา-มารดาซึ่งตอบด้วยกฎหมายของเด็ก ผู้คลอด (surrogate) จะไม่ได้เป็นมารดาซึ่งตอบด้วยกฎหมายของเด็กในสถานการณ์ที่เป็นไปตามกฎหมายดังกล่าว นี้คือการเปลี่ยนแปลงหลักจากหลักกฎหมายเดิมที่ยึดว่า “ผู้ให้กำเนิด = มารดา” (Stasi A, 2017)

5. บทลงโทษ

การฝ่าฝืนบทบัญญัติที่ห้าม เช่น การจัดอุ่มบุญเชิงพาณิชย์ หรือการค้าฯ ขึ้น เชื่อว่าสูงตัวอยู่ใน มีบทลงโทษทางอาญาและทางแพ่งตามกฎหมายที่กำหนดไว้ในมาตรากลุ่มงาน (กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภा ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2558)

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

สถานการณ์เชิงปฏิบัติและกรณีที่ต้องระวัง: หากการดำเนินการไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของพ.ร.บ. เช่น อุ่มบุญเชิงพาณิชย์หรือขาดการอนุญาตตามกฎหมาย ผลทางกฎหมายอาจย้อนกลับไปสู่หลักทั่วไปของประมวลกฎหมายแพ่ง ซึ่งยึดว่า “ผู้คลอดเป็นมารดา ชอบด้วยกฎหมาย” ทำให้ intended parents อาจไม่ได้รับการรับรองสถานะบิดามารดาทางกฎหมายและอาจต้องดำเนินการทางศาลหรือการรับบุตรบุญธรรมเพื่อแก้สถานะทางกฎหมายของเด็ก ผู้ปฏิบัติและคุณสมรสจึงต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและเงื่อนไขทางกฎหมายอย่างเคร่งครัด (Stasi A, 2017)

การพัฒนาและการพิจารณาแก้ไขกฎหมายระหว่างปี 2023–2025: มีการถกเถียงและร่างแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนหล่ายร่าง โดยมีแนวคิดสำคัญที่ถูกหารือได้แก่ การขยายขอบเขตการเข้าถึง surrogacy ให้ครอบคลุมกลุ่มใหม่ เช่น คุณสมรสเพศเดียวกัน หรือคุ้คร่าทางชาติภายนอก ที่เข้มงวด และการปรับปรุงระบบการกำกับดูแลเพื่อเพิ่มความโปร่งใสและป้องกันเชิงพาณิชย์ หน่วยงานสาธารณสุข เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือสำนักงานโยบาย มีบทบาทผลักดันร่างแก้ไขและการเผยแพร่องร่าง หรือแผนงาน รวมทั้ง สื่อมวลชน เช่น Reuters, Bangkok Post, Nation ได้รายงานความก้าวหน้าและการหารือ แต่ในวันที่ 3 ธันวาคม 2025 ยังไม่ปรากฏว่ามีการประกาศแก้ไข พ.ร.บ. 2558 ให้มีผลบังคับเป็นกฎหมายใหม่ในราชกิจจานุเบกษา กล่าวคือ พ.ร.บ. 2558 ยังคงเป็นกฎหมายหลัก ขณะที่ร่าง

แก้ไขข้อกฎหมายในกระบวนการพิจารณา/ร่าง/ประกาศต่อสาธารณะและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Reuters, 2024)

ผลกระทบจากการสมรสเท่าเทียม (Same-sex marriage law) และบริบทระหว่างประเทศ: การประกาศหรือการบังคับใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียม (ในช่วงปี 2024–2025) มีผลกระทบทางนโยบายและการถกเถียงต่อการเข้าถึงบริการ ART และ surrogacy เนื่องจากหากกฎหมาย surrogacy ถูกแก้ไขให้สอดคล้องกับหลักการสมรสเท่าเทียม อาจเปิดโอกาสให้คู่สมรสเพศเดียวกันเข้าถึงการตั้งครรภ์แทนชาย ให้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดอย่างไร ก็ได้ จนกว่าจะมีการแก้ไขพ.ร.บ. 2558 อย่างเป็นทางการ ลิทธิการเข้าถึงยังคงถูกจำกัดตามบทบัญญัติเดิม (Reuters, 2024)

ดังนั้น พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2558 ยังคงเป็นกรอบกฎหมายหลักที่ควบคุมการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทย ณ วันที่ 3 ธันวาคม 2025 โดยกำหนดเงื่อนไขการดำเนินการอย่างเข้มงวด ให้ intended parents ได้รับสถานะบิดามารดาของด้วยกฎหมาย เมื่อการดำเนินการเป็นไปตามบทบัญญัติและห้ามอุบัตุเชิงพาณิชย์ ในช่วงปี 2023–2025 มีการพิจารณาและร่างแก้ไขเพื่อย้ายการเข้าถึง เช่น คุ้ต่างชาติ คู่สมรสเพศเดียวกันชาย ให้เงื่อนไข แต่ ณ เวลานี้ยังไม่มีการแก้ไขประกาศใช้เป็นกฎหมายใหม่ ผู้ปฏิบัติงานต้องอ้างอิงพ.ร.บ. 2558 เป็นหลักและติดตามประกาศราชกิจจานุเบกษาอย่างใกล้ชิด

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและทางเลือกในการจัดการความเสี่ยง

การให้ความรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ และให้หญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การสร้างความเข้าใจที่สมดุลทั้งข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์และวิถีชีวิตของหญิงวัยเจริญพันธุ์และครอบครัว โดยใช้ภาษาที่เหมาะสม และมีความเคารพทางวัฒนธรรม ซึ่งการให้ความรู้ประกอบด้วยสาระสำคัญดังนี้

- ภาวะสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน หรือโรคไทรอยด์ ซึ่งมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์
- การใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีผลต่อตัวอ่อน รวมถึงการปรับเปลี่ยนนิสัย เช่น เลิกบุหรี่ลดการดื่มแอลกอฮอล์ และเสริมโพรไก แอซิด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจกรองและการประเมินทางพันธุกรรม (Prenatal Genetic Counseling) เช่น เจาะน้ำครรภ์ ตรวจคัดกรองพันธุกรรมแบบไม่รุกราน

4) ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การติดตามสัญญาณอันตราย เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง เหนื่อยง่าย หรือเลือดออกทางช่องคลอด

5) ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงในบริบทการตั้งครรภ์ คือโอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อแม่ราดาหรือทารกได้ ซึ่งอาจมาจากการลักษณะทางการแพทย์ สังคม สิ่งแวดล้อม หรือสุขภาพก่อนคลอด เช่น โรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งทำให้มีโอกาสได้รับภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงขึ้น ปัจจัยทางสังคม เช่น อายุมาก ความเครียด สถานะทางเศรษฐกิจที่จำกัด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอและเพิ่มความเสี่ยง

3. การจัดการความเสี่ยงและการดูแล

การจัดการความเสี่ยงในระยะก่อนตั้งครรภ์ มีแนวทางการจัดการความเสี่ยงในลักษณะ “เชิงรุก” และ “สร้างการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งวัยเจริญพันธุ์และครอบครัว” ดังนี้

การจัดการความเสี่ยงและการดูแล ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ดังนี้

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

การดูแลเพื่อให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์อุตสาหะที่สุด คือ การจัดการความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

- 1) ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและการตายของทารกแรกเกิด
- 2) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของมารดา เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) และการตกเลือด เป็นต้น

3) ลดอัตราการผ่าตัดคลอดที่ไม่จำเป็น

4) เพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในระยะยาว เช่น พัฒนาการที่เหมาะสม เป็นตน

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

4 กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพก่อนตั้งครรภ์

เพื่อให้ผู้เรียนมองเห็นกระบวนการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพก่อนตั้งครรภ์และ การพยาบาลในระยะก่อนตั้งครรภ์อย่างเป็นรูปธรรม 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: ออกร่างกายน้อย นอนหลับไม่สม่ำเสมอ ตี่มกาแฟ 2 แก้ว/วัน
- ประวัติครอบครัว: มารดาเมียเปาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- การได้รับวัคซีน: ไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน Rubella

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

FBS = 107 mg/dL (ค่าກํากลาง prediabetes)

Hb = 11 g/dL (เริ่มมีภาวะโลหิตจางเล็กน้อย)

Rubella IgG = non-immune

HIV/HBV/Syphilis = negative

- สภาพจิตสังคม: มีความเครียดจากการลุย แต่มีคุ้มครองสนับสนุนดี

การวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล

1. การประเมิน (assessment) จากข้อมูลพบภาวะเสี่ยงหลายประการ ได้แก่

- อายุ 32 ปี อยู่ในกลุ่ม increased maternal risk ตามเกณฑ์ ACOG
- BMI = 30.5 kg/m² เสี่ยงต่อ GDM, preeclampsia, preterm birth
- ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อ preeclampsia, placental insufficiency
- ประวัติคลอดก่อนกำหนดครั้งก่อน
- การใช้ยา Enalapril ซึ่งไม่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ (ACE inhibitors = teratogenic)
- ภูมิคุ้มกัน Rubella ไม่เพียงพอ
- มีความเครียดสูง
- ภาวะโลหิตจางเล็กน้อย
- Glucose intolerance เสี่ยงต่อ GDM

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

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis – NANDA-I)

1. เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากความอ้วนและความดันโลหิตสูง
2. เสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากประวัติคลอดก่อนกำหนด
3. ความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนการตั้งครรภ์
4. เสี่ยงต่อการได้รับอันตราย จากการใช้ยา Enalapril
5. เสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง จากค่า Hb ไม่ถูกต้อง

6. ความเครียดสูง จากภาระงาน

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

แผนการดูแลและบุคลากร

- ควบคุมความดันโลหิตแทน enalapril ด้วยยาที่เหมาะสม เช่น methyldopa หรือ labetalol ตามเกณฑ์ ACOG
- ควบคุมภาวะน้ำหนักเกินตั้งเป้าลด BMI ลงอย่างน้อย 5–7%
- ปรับพฤติกรรม: ออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์
- ส่งเสริมโภชนาการเพื่อเพิ่ม Hb $\geq 12 \text{ g/dL}$
- เสริมโพลิก 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
- ส่งเสริมการเสริมชาตุเหล็ก
- นัดตรวจติดตามความดัน โลหิต 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 mmHg ด้วย Labetalol

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- Hb เพิ่มขึ้นเป็น 12.4 g/dL
- ได้รับวัคซีน MMR และยืนยันภูมิคุ้มกัน
- พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- ระดับความเครียดลดลง
- ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามแบบประเมิน สรุปว่า ผู้รับบริการพร้อมต่อการตั้งครรภ์ในระดับที่ปลอดภัยขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งแรก

กรณีศึกษาที่ 2 (case study II)

ผู้รับบริการเป็นหญิงไทย อายุ 18 ปี สมรสกับชายไทย อายุ 20 ปี มาขอคำปรึกษาก่อน การตั้งครรภ์ สงสัยว่าตนจะตั้งครรภ์ จะมีแนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและให้ การพยาบาลอย่างไรบ้าง

แนวคิดตอบ:

กรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ลงสัญญาจะตั้งครรภ์ ควรแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อ ตรวจวินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรซักประวัติเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และใช้แบบประเมินความเสี่ยง ตัวอย่างดังตาราง

หมวดการประเมิน	รายการที่ควรสอบถามหรือตรวจ	ความสำคัญ
สุขภาพทั่วไป	น้ำหนัก BMI ความดันโลหิต โรคประจำตัว (DM, HT, SLE)	ส่งผลต่อโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
สุขภาพดิจิต	ประวัติเคยมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การนอนหลับ	ส่งผลต่อการดูแลตนเองและการตั้งครรภ์
พฤติกรรมเสี่ยง	สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ยาเสพติด	เพิ่มความเสี่ยงต่อการแท้ง ทำร้ายน้ำหนักก่อนอย และความพิการแต่กำเนิด
โภชนาการ	ประวัติโภชนาการ การรับประทานอาหารเสริม	เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์

หมวดการประเมิน	รายการที่ควรสอบถามหรือตรวจ	ความสำคัญ
สุขภาพทางเพศ/ อนามัยเจริญพันธุ์	ประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การมีและขาดประจำเดือน	ส่งผลกระทบความพร้อมของ ร่างกายต่อการตั้งครรภ์
พันธุกรรม/ประวัติ ครอบครัว	โรคทางพันธุกรรม thalassemia, G6PD, down syndrome	พิจารณาถึงต่อ การตรวจคัด กรองพิเศษ การรักษา
สิ่งแวดล้อม/ เศรษฐกิจ/สังคม	รายได้ ความสัมพันธ์กับคุณครู ความรุนแรงในครอบครัว	ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อ คุณภาพชีวิตมาตรา ทำราก และครอบครัว

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

- 1) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณ BMI เพื่อบอกภาวะโภชนาการได้ระดับหนึ่ง
- 2) วัดความดันโลหิต
- 3) ตรวจร่างกาย ดูตึงแต่ห้าเดิน ว่าผิดปกติไหม ดูอาการชีด บวม แล้วตรวจ
ครรภ์ ดูยอดมดลูก เพื่อประมาณขนาด胎รากและความล้มเหลวที่มีอยู่ครรภ์
- 4) ตรวจปัสสาวะ เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ดูระดับน้ำตาลและโปรตีน หากตรวจ
พบโปรตีนในปัสสาวะ ร่วมกับมีความดันโลหิตสูง เป็นการบ่งบอกถึงภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วน
การตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะเป็นสัญญาณของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแพทย์จะทำการ
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ ต่อไป
- 5) การตรวจอื่น ๆ ตามความเห็นของแพทย์
- 6) การตรวจประเมินสุขภาพ胎รากในครรภ์ หญิงเจริญพันธุ์ที่มีภาวะเสี่ยง
จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยควรพบแพทย์บ่อยครั้งกว่ากรณีที่ไม่มีภาวะเสี่ยง ซึ่ง
อาจได้รับการตรวจหาความผิดปกติ เพื่อนำมาวางแผนการดูแลรักษา โดยตัวอย่างของวิธีการ
ตรวจประเมินสุขภาพ胎รากในครรภ์ ตัวอย่างดังนี้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรา และทำราก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- การตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ เป็นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ความผิดปกติของทารกและราก รวมทั้งสามารถบอกรุปร่าง ลักษณะ และสุริวิทยาของมดลูก ทารกในครรภ์ ราก สายน้ำดีอี และน้ำคร่าได้ โดยมีอันตรายต่อมารดา และทารกในครรภ์

- การตรวจคัดกรองทารกกลุ่มอาการดาวน์ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น

ก. ตรวจครั้งเดียวในไตรมาสที่ 1 (combined test) ทำได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 11–13 สัปดาห์ โดยการตรวจอัลตราซาวนด์วัดความหนาของต้นคอทารก รวมกับการตรวจเลือด ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองได้ 87% โดยมีผลบวก률 5%

ข. ตรวจ 2 ครั้ง ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 (integrated test) ตรวจคัดกรองได้สูงถึง 96% โดยมีผลบวก률 5% วิธีนี้จะตรวจอัลตราซาวนด์วัดความหนาของต้นคอทารก รวมกับการตรวจเลือด(triple test or triple marker test) ครั้งแรกตอนอายุครรภ์ 11–13 สัปดาห์ และจะมาตรวจครั้งต่อไปตอนอายุครรภ์ 15–20 สัปดาห์ ซึ่งจะทราบผลหลังจากตรวจครั้งที่ 2

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

ง. นิพต์ 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) เอดเวิร์ดซินดروم (edward syndrome) หรือพาทัวร์ซินดروم (patau syndrome)

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

ฉ. การเจาะน้ำคร่ำ ตรวจในช่วงอายุครรภ์ 15–19 สัปดาห์ การตรวจน้ำคร่ำสามารถนำเซลล์ของ胎児มาเพื่อใช้ตรวจวิเคราะห์โรคต่าง ๆ ได้ เช่น โคโรโนซิมผิดปกติ ชาลัสซีเมีย หรือโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ

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

บทสรุป (chapter summary)

บทนี้ได้อธิบายแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของช่วงเวลา ก่อนการเริ่มต้นตั้งครรภ์ ว่าเป็นโอกาสทองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการโรคประจำตัว การเตรียมความพร้อมด้านโภชนาการ และการซึ่งนำแนวทางสำหรับการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ การประเมินภาวะเสี่ยงในระยะนี้ช่วยให้พยาบาลสามารถบุปจดจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อแม่และทารก เมื่อตั้งครรภ์ได้ เช่น ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคประจำตัว ภาวะน้ำหนักตัวผิดปกติ การขาดสารอาหาร การได้รับสารอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

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

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

และ ACOG (2024) จึงเน้นให้มีการประเมินภาวะเสี่ยงและการให้คำปรึกษา ก่อนการตั้งครรภ์ เป็นมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ

ท้ายที่สุด บทนี้สรุปว่า การดูแลมารดาและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ เป็นรากฐานของ การพัฒนาระบบสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน การประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุม และการ พยาบาลที่สอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของมารดาและทารก สร้างเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ และส่งเสริมความ ปลอดภัยในทุกช่วงอายุครรภ์ ซึ่งจะกล่าวในบทที่ 3 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม และ การพยาบาล ในระยะตั้งครรภ์ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2566). รายงานสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย.

กลุ่มงานพัฒนากฎหมาย สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขานุการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขานุการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. (2558). พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘. chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://www.senate.go.th/assets/ports/93/fileups/257/files/rk/47_62/2558/170.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถิติสาธารณสุข 2565.

ชญาดา เนตรกรจะจง. (2562). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์. วารสารคุณย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปักเกล้า, 36(2), 168–177.

ชญาดา เนตรกรจะจง. (2568). ภาพประกอบกลุ่มอาการเฟรใจล์เอ็กซ์ ชินโดรม (fragile x syndrome: fragile x หรือ FXS). [ภาพสร้างโดยปัญญาประดิษฐ์]. สร้างโดย Bing Image Creator.

ชญาดา เนตรกรจะจง. (2568). ภาพประกอบอาการโรค Cystic Fibrosis. [ภาพสร้างโดย ปัญญาประดิษฐ์]. สร้างโดย Bing Image Creator.

ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ (บรรณาธิการ). (2566). การพยาบาลสุติศาสตร์: ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พรทิพย์ ไมตรีจิร, ยุทธนา สุทธิธนากร และ ณกัญญา จูทิน. (2023). การรับรู้ภาวะเสี่ยงของ การตั้งครรภ์ พฤติกรรมสุขภาพ และความต้องการบริการสุขภาพ แบบองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก โรงพยาบาลชนบท อำเภอหนองค้อม จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา, 3(2), 1–15. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/article/view/261214>

สุนันทา ยังวนิชเศรษฐี, วรangคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษาเจริญ และเบญญาภา ชิติมาพงษ์. (2562). การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1) Midwifery and Maternal Newborn Nursing 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบสถิติทางการทะเบียน. <https://www.bora.dopa.go.th/home/>

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2567). ระบบบริการข้อมูลสถิติชีพประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข. <https://vitalstat.moph.go.th/>

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย. (2566). รายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและผู้หญิงในประเทศไทย 12 จังหวัด พ.ศ.2565. องค์กรยูนิเซฟประเทศไทย, กรุงเทพ. <https://www.unicef.org/thailand/th/เอกสารเผยแพร่>

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).*

Google LLC. (2025). *Gemini* (Flash 2.5 version) [Large Language Model]. Accessed November 30, 2025. <https://gemini.google.com>

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

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

[https://www.nice.org.uk/guidance/cg156.](https://www.nice.org.uk/guidance/cg156)

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.

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.

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/item/9789240032095>]

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

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

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

World Health Organization. (2025). *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 ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมพร้อมในการป้องกันอันตรายและดูแลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์

เนื้อหาในบทนี้อธิบายถึง การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง พร้อมทั้งตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และบทสรุป

1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะตั้งครรภ์

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

ตารางที่ 3.1 แบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์

หัวข้อ	มี	ไม่มี
ประวัติอัมมีต		
1. เคยมีอาการดายในครรภารหรือเลือดซึ่วิตแรกเกิด (1 เดือนแรก)		
2. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม		
3. มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครั้งก่อนหรือประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
4. มีประวัติครรภ์เป็นพิษในครรภ์ก่อน หรือครรภ์เป็นพิษในครอบครัว		
5. ครรภ์ที่ 5 เป็นตนไป		
6. เคยแท้ง 3 ครั้งติดต่อกันหรือมากกว่า (ในไตรมาสที่ 1) หรือ เคยแท้งในไตรมาสที่ 2		
7. ประวัติคลอดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์		
8. ประวัติความผิดปกติทางนรีเวช เช่น ผ่าตัดปากมดลูก เนื้องอกมดลูก		
9. เคยผ่าตัดคลอดหรือผ่าตัดมดลูก		
10. เคยคลอดบุตรมีครรโนซิซมผิดปกติหรือเคยคลอดทารกพิการแต่กำเนิด หรือมีโรคทางพัฒนาระบบทั้งหมดในครอบครัว		
ประวัติปัจจุบัน		
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		
ประวัติโรคทางอายุรกรรม		
19. โลหิตจาง (Hb < 11 mg/dL หรือ Hct < 33%)		
20. โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง		
21. โรคไทรอยด์ (Hyper/Hypothyroid)		
22. โรคทางจิตเวช		
23. ตี่มสุรา ใช้สารสเตปติด สูบบุหรี่/คนใจกล้าชิด		
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	มีสมาธิชั่นอยลง	0	1	2	3
3	หงุดหงิด/กราวนกราวย/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 มีอาการเกิดซึ่งกันและกันทุกวัน
 เป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดซึ่งกันทุกวัน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การแปลผลและคำแนะนำ

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหา กับตัวเอง ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

5-7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาด้านความเครียด ควรพ่อนคลายความเครียด ด้วยการพูดคุย หรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิดเพื่อระบายความเครียดหรือคลี่คลายที่มาของปัญหา และอาจใช้การหายใจเข้าออก สลิคๆ ซ้ำๆ หลายครั้ง หรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวล

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

ตารางที่ 3.3 แบบคัดกรองซึมเศร้า (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 ทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลิน เหมือนเดิม		
+	ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่าน มีความรู้สึก ทุกข์ใจ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือไม่		

การแปลผลและคำแนะนำ

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทุกข้อ แสดงว่า เป็นปกติ ไม่ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำในการสังเกตอาการของโรคซึมเศร้า

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 เบียร์ เหล้า สาโท กะชี่ วิสกี้ สปาด ไวน์ เป็นต้น)		

การแปลผลและคำแนะนำ

หากตอบว่า “เคย” ควรได้รับการประเมิน ปัญหาการตีมสุรา และรับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เพิ่มเติม เนื่องจากการตีมสุรามีผลต่อสุขภาพของมารดาและการเลี้ยงลูก

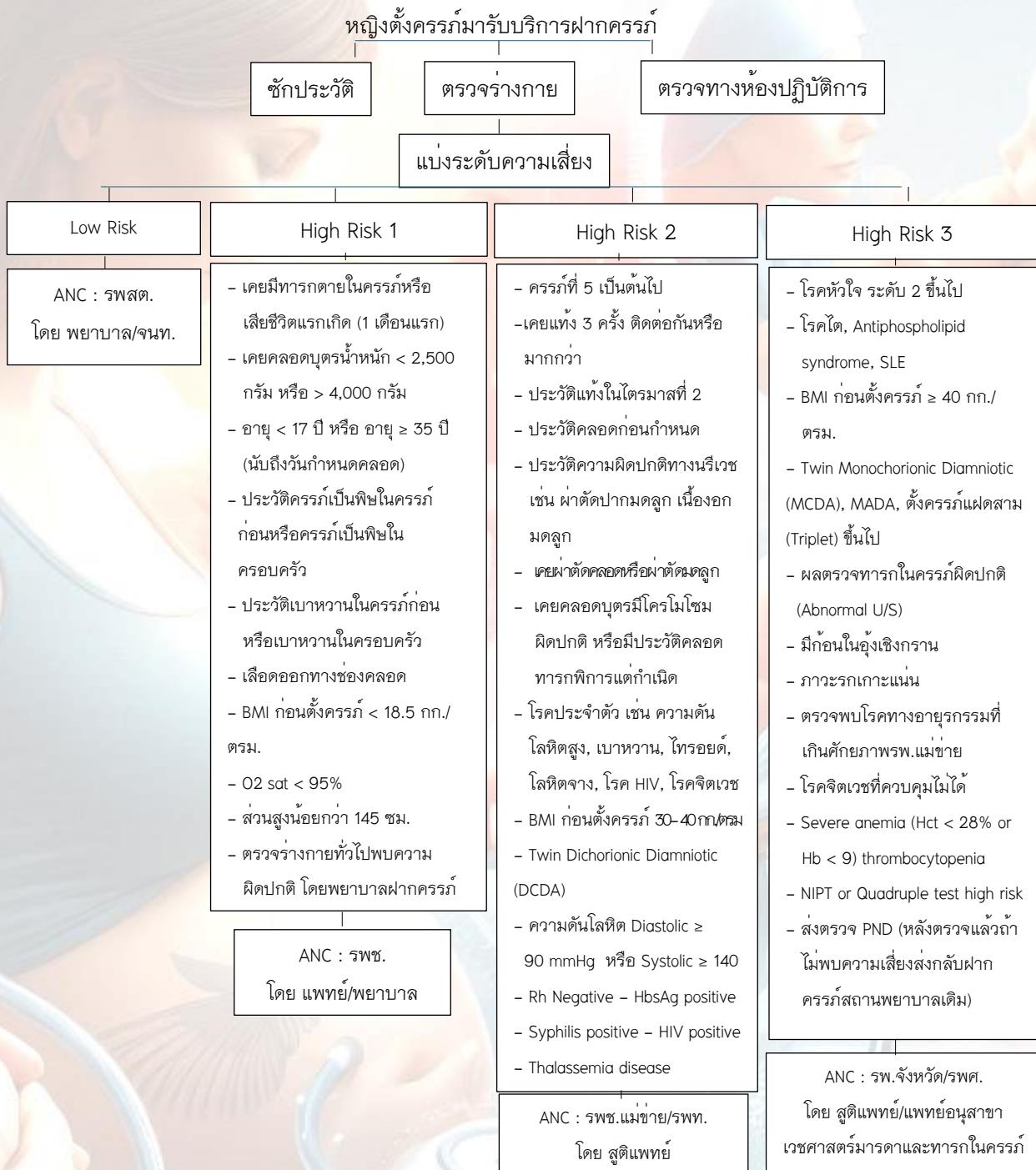
เมื่อประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบประเมินความเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วนำมาพิจารณาสถานที่ฝากครรภ์ โดยแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยง ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย, 2568)

- ไม่มีความเสี่ยง (low risk) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่
- มีความเสี่ยงระดับ 1 (high risk 1) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยแพทย์หรือพยาบาล
- มีความเสี่ยงระดับ 2 (high risk 2) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลทั่วไป โดยสุติแพทย์
- มีความเสี่ยงระดับ 3 (high risk 3) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยสุติแพทย์หรือแพทย์อุปนุสัขาระบบทรัมารดาและทารกในครรภ์

ดังแผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการตัดกรองและจัดการความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหลังตั้งครรภ์



แผนภูมิที่ 3.1 แนวทางการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงหลังตั้งครรภ์ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2568)

สำหรับการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ทางกในครรภ์และกิจกรรมการให้การดูแลแบ่งตามช่วงอายุครรภ์ตามแนวทางของการฝากครรภ์คุณภาพ ดังนี้

ไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ จะได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง และกิจกรรมการให้การดูแล ดังนี้

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

2. ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ตรวจร่างกายละเอียดทุกระบบที่ประเมินความเสี่ยงตามระบบต่างๆ ของร่างกาย ตรวจภายใน ตรวจพั้น การให้คำปรึกษาการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์และชาลลัสซีเมีย

3. ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินอายุครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 8 สัปดาห์

4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 1 ได้แก่ ตรวจเลือดเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง ความเข้มข้นของเลือด หมู่เลือด พาหะหรือโรคชาลลัสซีเมีย โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอชไอวี ซิฟิลิส เป็นต้น และตรวจปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์ (urine pregnancy test : UPT)

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

ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ จะได้รับการประเมินและคัดกรองความเสี่ยง และกิจกรรมการให้การดูแล ดังนี้

1. ซักประวัติ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ได้แก่ ประวัติปัจจุบัน ประวัติโรคทางอายุรกรรม อาการผิดปกติ ความรู้สึกลูกดิ้น และประเมินสุขภาพจิต

2. ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ และตรวจครรภ์ประเมินความสูงของยอดคลูก และพังเสียงหัวใจทารกในครรภ์

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ： การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์
 4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินโปรตีน (Albumin) และน้ำตาล (Sugar) ในปัสสาวะ และตรวจเลือดเพื่อคัดกรองความเสี่ยง ดังนี้
 - 4.1 ทำการกลุ่มจากการดาวน์ในช่วงอายุครรภ์ 14 – 18 สัปดาห์ โดยการตรวจ Quadruple test ในกรณีที่เป็นคุ้ลี่เสี่ยงชาลสซีเมียตรวจ Hb typing ภรรยาและสามี
 - 4.2 คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ โดยการตรวจด้วยวิธี 50 gm Glucose Challenge Test (50 gm GCT)
 5. กิจกรรมการดูแลและคำแนะนำที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับไตรมาสที่ 2 และการรับประทานยา Triferdine และแคลเซียม เริ่มสอนวิธีการนับลูกดิ้น และเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครึ่งที่ 1
- ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์** จะได้รับการประเมินและตัดกรองความเสี่ยง และกิจกรรมการให้การดูแล ดังนี้
1. ซักประวัติ เพื่อคัดกรองความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ได้แก่ ประวัติปัจจุบัน ประวัติโรคทางอายุรกรรม อาการผิดปกติ ความรู้สึกลูกดิ้น และประเมินสุขภาพจิต
 2. ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ และตรวจครรภ์ประเมินความสูงของยอดลูก พังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และตรวจร่างกายประเมินภาวะข้าบรวม และหากอายุครรภ์มากกว่า 39 สัปดาห์ขึ้นไป ให้ตรวจภายในเพิ่มเติม
 3. ตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อประเมินเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และส่วนนำ
 4. ตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งที่ 2 ได้แก่ ตรวจเลือดเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง ความเข้มข้นของเลือด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอชไอวี และซิฟิลิส ตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ และหากอายุครรภ์มากกว่า 39 สัปดาห์ขึ้นไป ให้ตรวจประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยการทำ non stress test (NST)
 5. กิจกรรมการดูแลและคำแนะนำที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับเรื่องการนับลูกดิ้น การรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มน้ำหนักทารกในครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ประโยชน์ของนมแม่ และการเตรียมตัวเสี่ยงลูกด้วยนมแม่ อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น เจ็บครรภ์ คลอด เลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน ลูกดิ้นน้อย เป็นตน และเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ครึ่งที่ 2 โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 การฝึกครรภคุณภาพ (กรมอนามัย, 2568)

หัวขอ/ อายุครรภ์ (สัปดาห์)	10	13	18	20	21	26	31	35	37	39	> 39 ชั้นไป
ซักประวัติ	► ซักประวัติเพื่อคัดกรองความเสี่ยงตามสมมุตัยานบึก สุขภาพแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> • ประวัติอดีต • ประวัติปัจจุบัน • ประวัติโรคทางอายุรกรรม ► LMP (วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย) ► ประเมินความเสี่ยงโดยตั้งครรภ์ ► ประเมิน สุขภาพจิต 	► คัดกรองความเสี่ยงทุกครั้งที่มาฝึกครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> • ประวัติปัจจุบัน • ประวัติโรคทางอายุรกรรม • อาการผิดปกติ <ul style="list-style-type: none"> ► ความรู้สึกลูกดิ่น ► ประเมินสุขภาพจิต 									
ตรวจร่างกายและวินิจฉัยเพิ่มเติม	ตรวจอย่างละเอียดทุกรอบ BP, PR, RR, Fundal height, O ₂ Sat, ตรวจภายใน, ตรวจพั้น, Prenatal counselling กลุ่มอาการดาวน์ และชาลัสซีเมีย	• BW, BP, PR, RR <ul style="list-style-type: none"> • Fundal height 	• BW, BP, PR, RR <ul style="list-style-type: none"> • วัด Fundal height เป็น cm • FHS 	• BW, BP, PR, RR <ul style="list-style-type: none"> • วัด Fundal height เป็น cm • FHS • ดู leg edema 	• BW, BP, PR, RR <ul style="list-style-type: none"> • วัด Fundal height เป็น cm • FHS • ดู leg edema • PV 						
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ	• U/S confirm GA เมื่ออายุครรภ์ > 8 สัปดาห์ <ul style="list-style-type: none"> • Lab ANC 1 : CBC, DCIP, ABO, Rh, Anti-HIV, HBsAg, Treponemal test 	• Quadruple test <ul style="list-style-type: none"> • Urine Alb/Sugar • ตรวจ Lab สามี (กรณีมีความเสี่ยง) : 	• U/S screening anomaly <ul style="list-style-type: none"> • Urine Alb/Sugar 	• 50 gm <ul style="list-style-type: none"> • Urine Alb/GCT : CBC, Anti-Alb/HIV, Treponemal test 	• Lab ANC 2 : CBC, Anti-Alb/HIV, Treponemal test	• Urine Alb/Sugar <ul style="list-style-type: none"> • U/S ดู การเจริญเติบโตและลักษณะร่อง 	• Urine Alb/Sugar <ul style="list-style-type: none"> • U/S ดู การเจริญเติบโตและลักษณะร่อง 	• NST <ul style="list-style-type: none"> • Urine Alb/Sugar 			

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ຫົວຂອ/ ອາຍຸຄຣວ (ສັບດາທ)	10	13	18	20	21	26	31	35	37	39	> 39 ຂຶ້ນໄປ
	(TPHA reverse algorithm or VDRL/RPR traditional algorithm) • UA or Multiple urine dipstick UPT	Treponemal test, CBC, DCIP, Hb typing ກරຽຢາແລະ ສາມືໃນກຣີນີ ຄູ່ເສີ່ງ					▪Multiple urine dipstick	ທາກ			
ກາຣິທ້ ຄໍາແນະນຳ	• ອາການຝຶດປົກຕິໃນ ໂດຮມາສທີ 1 • ອາການຝຶດປົກຕິທີ່ ດວຮມາພັບແພທຍໍ ເຊັ່ນ ມີອາການປວດ ທອງ ມີເລືອດອອກ ທາງໜອງຄລອດ ຄລື່ນໄສ້ເຈັຍນ ກິນໄໝໄດ້ ນ້ຳໜັກ ລດ	• ກາຈ ຮັບປະການ ອາການ ສໍາຫັນ ໄດ່ຮມາສທີ 2 • ກາຮ ປະການ ກິນໄໝໄດ້ ນ້ຳໜັກ ລດ	• ກາຈ ຮັບປະ ການ ທານ ສໍາຫັນ ໄດ່ຮມາສທີ 2 • ກາຮ ປະການ ກິນໄໝໄດ້ ນ້ຳໜັກ ລດ	• ກາຈ ຮັບປະການ ອາການສໍາຫັນ ໄດ່ຮມາສທີ 2 • ກາຮ ປະການ ກິນໄໝໄດ້ ນ້ຳໜັກ ລດ	• ນັບ ລູກດິນ ດິນ • ກາຮ ປະການ ກິນໄໝໄດ້ ນ້ຳໜັກ ລດ	• ນັບລູກ ດິນ • ອາການ ຝຶດປົກຕິທີ່ ຕ້ອງມາຮ. • ປະໂຍ່ນ ຂອງນມແມ	• ນັບລູກດິນ ດິນ • ອາການ ຝຶດປົກຕິທີ່ ຕ້ອງມາຮ. • ປະໂຍ່ນ ຂອງນມແມ	• ນັບລູກ ດິນ • ອາການ ຝຶດປົກຕິທີ່ ຕ້ອງມາຮ. • ປະໂຍ່ນ ຂອງນມແມ			

2. ສຖານກາຮັນກາວະເລີຍທາງສູດົກຮ່ວມທີ່ພັບບ່ອຍໃນຮະຍະຕັ້ງຄຣວກ

ກາວະເລີຍຂອງໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣວກແລະທາກໃນຄຣວກເປັນລິ້ງທີ່ຄວາມໃໝ່ຄຳຄົງພຣະເນື້ອ ເກີດຂຶ້ນແລ້ວຈະທຳໃໝ່ຢູ່ຕັ້ງຄຣວກແລະທາກໃນຄຣວກເກີດອັນຕຣາຍດຶງຊີວິຕ ດັ່ງນັ້ນພຍາບາລຄວຮ ທຣາບເກີຍກັບສຖານກາຮັນກາວະເລີຍທີ່ພັບບ່ອຍຂອງໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣວກແລະທາກໃນຄຣວກເພື່ອໃໝ່ການ ດູ້ແລ້ວຢູ່ຕັ້ງຄຣວກທີ່ມີກາວະເລີຍ ດັ່ງນີ້

2.1 ກາວະຕັ້ນນີ້ມວລກາຍເກີນເກີນທີ່ ປັຈຈຸບັນພບວ່າ ຢູ່ຢູ່ຕັ້ງຄຣວກສ່ວນໃໝ່ມັກມີກາວະຕັ້ນນີ້ມວລກາຍເກີນເກີນທີ່ຕັ້ງແຕກອັນຕັ້ງຄຣວກ ສ່ວນໃໝ່ມີນ້ຳໜັກເພີ່ມຂຶ້ນເກີນເກີນທີ່ຂະໜະຕັ້ງຄຣວກ ຜົ່ງອາຈານຈາກໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣວກຕ້ອງການທີ່ຈະປ່າງຸ່ງຕົນເອງເພື່ອໃໝ່ທາກໃນຄຣວກມີສຸຂາພແໜ່ງແຮງ ໂດຍໄໝທຣາບວ່າກາວະອ້ວນທີ່ອັນນ້ຳໜັກເກີນເກີນທີ່ຂະໜະຕັ້ງຄຣວກ ທຳໃໝ່ເລີຍຕ້ອກການເກີດ

ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ตลอดจนส่งผลต่อทารก ดังนั้นการป้องกันและการควบคุมน้ำหนักในระยะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ≥ 23 กก./ตรม. ถือว่ามีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ดังนี้

ผลต่อหญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานทั้งก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้ง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด อาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

ผลต่อทารก เพิ่มความเสี่ยงทารกตัวโต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพิการแต่กำเนิด ทารกมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการคลอดและตายคลอดเพิ่มสูงขึ้น

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์

1. 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)

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

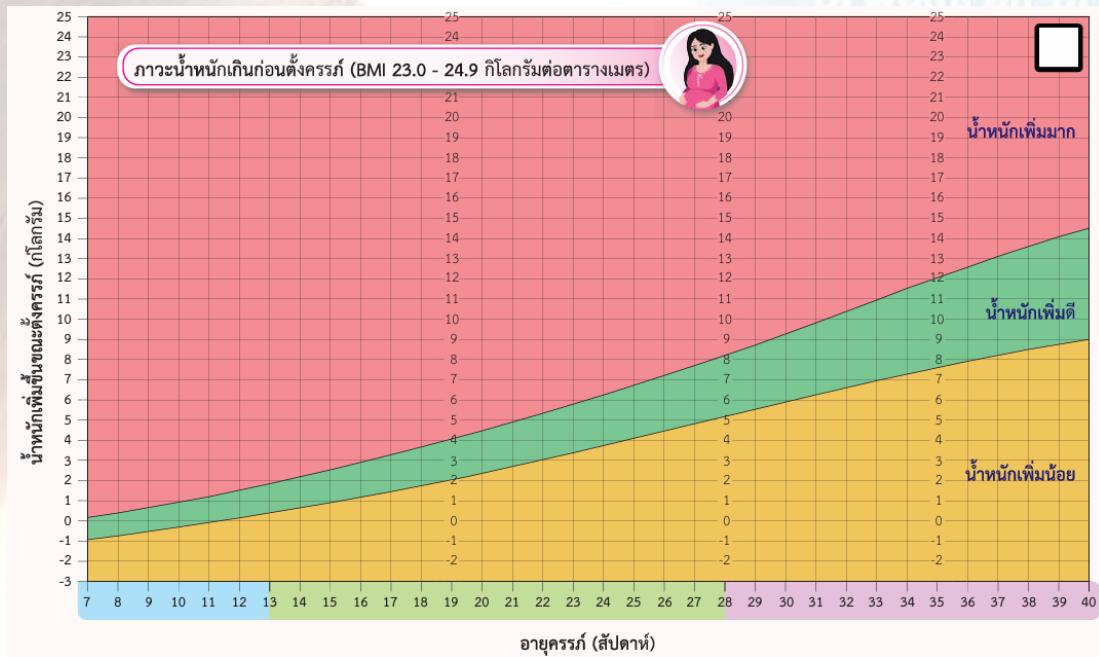
การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ： การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ผักและผลไม้ที่มีการใช้สูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทกะทิ อาหารทอด และอาหารจานด่วน เป็นต้น (เบญจพร สุนิตญาณวิโรจน์, วรรณพร คำพิลา, ปวินตรา manaadี, สุกัญญา รักครรชี, ทิพวรรณ ทัพชัย, และรัชนี พจนา, 2566) ซึ่งคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์จะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ที่มาจากการ์โนในแต่ละครั้ง หากผลการบันทึกข้อมูลลงในกราฟการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหากหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมาก ควรให้คำแนะนำในการโภชนาการ ดังนี้ 1) รับประทานอาหารให้หลากหลายและครบถ้วน 6 กลุ่ม ตาม章โภชนาการ ได้แก่ 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 ก่อนออกกำลังกายควรมีการห่อร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ และหลังเสร็จสิ้นการออกกำลังกายควรคลายตัวเพื่อผ่อนคลายและลดอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ไม่ออกกำลังกายหักหม้อหรือเหนื่อยเกินไป และควรหลีกเลี่ยงการนอนหงายเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทก กระโดด และเกร็งซ่องท้อง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักรถึงความสำคัญในการปฏิบัติกรรมให้เหมาะสมและสามารถควบคุมการเพิ่มน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ให้เป็นตามเกณฑ์เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้

5. ติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยติดตามจากการฟาร์มเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งได้แบ่งกราฟการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์จากดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ 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) โดยให้เลือกลงบันทึกกราฟที่ตรงกับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์และจะใช้กราฟนี้ในการติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักไปตลอดการตั้งครรภ์ โดยจุดกราฟค่าน้ำหนักตามอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกครั้ง หากจุดกราฟอยู่ในพื้นที่สีเหลืองแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มน้อย กราฟอยู่ในพื้นที่สีเขียวแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มดี และกราฟอยู่ในพื้นที่สีเข้มฟูแปลผลได้ว่าหญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเพิ่มมาก (ภาพที่ 3.1) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) และหากการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเบ้าหมายที่วางแผนไว้ 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 โดยพบว่าตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

ผลต่อหญิงตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูง ในระยะตั้งครรภ์ การติดเชื้อในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจเกิดภาวะศีรษะ胎ารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน (CPD) มีโอกาสเกิดระยะที่สองของการคลอดโดยวิถีและเสี่ยงต่อการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ในระยะหลังคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และมีแนวโน้มอัตราตายของมารดาเพิ่มสูงขึ้น

ผลต่อทารก ทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จากสถิติสาธารณสุขปี พ.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 และทารกบางรายอาจถูกثارุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

- จัดสถานที่ในการฝากครรภ์และให้คำปรึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนหรือแยกช่วงเวลาในการให้บริการฝากครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์และความต้องการดูแลแตกต่างกับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอื่นๆ ดังนั้น

รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ จึงมีความเฉพาะเจาะจง (ชนิษฐา เมฆกมล และอาศิรัตน์ วิเชียรประภา, 2561)

2. ให้คำปรึกษาและแนะนำทางเลือกในการตั้งครรภ์ให้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งบางรายเลือกตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดคลอด บางรายตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ทั้งขึ้นอยู่กับคุณภาพนิจของแพทย์และความยินยอมของหญิงตั้งครรภ์ ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งตามมาตรา 305 ระบุไว้ว่าถ้าเป็นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและตามหลักเกณฑ์ของแพทย์สภานากรณ์ดังต่อไปนี้ ผู้กระทำไม่มีความผิด

(1) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากหากหญิงตั้งครรภ์ต่อไปจะเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพทางกายหรือจิตใจของหญิงนั้น

(2) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างมากหรือมีเหตุผลทางการแพทย์อันควรเชื่อได้ว่าหากการคลอดออกมากจะมีความผิดปกติถึงขนาดทุพพลภาพอย่างร้ายแรง

(3) หญิงยืนยันต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่าตนมีครรภ์เนื่องจากมีการกระทำการความผิดเกี่ยวกับเพศ

(4) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์

(5) หญิงซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ แต่ไม่เกินยี่สิบสัปดาห์ยืนยันที่จะยุติการตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจและรับคำปรึกษาทางเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของแพทย์สภากลุ่มนี้ ที่เกี่ยวข้องตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ราชกิจจานุเบกษา, 2564)

3. ประเมินภาวะเสี่ยงทางด้านร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นรายบุคคล เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายของวัยรุ่นยังไม่สมบูรณ์และอาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารก บางรายอาจมีปัญหาด้านจิตใจเนื่องจากไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ทำให้ไม่สามารถปรับบทบาทการเป็นมารดาได้ ดังนั้นพยาบาลควรป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และให้การดูแลเพื่อ

ลดความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งส่งเสริมการปรับบทบาทและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

4. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตลอดจนวิธีการปฎิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เช่น การรับประทานอาหารและยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเป็นต้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อประเมินความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ รวมถึงการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ซึ่งข้อมูลจากการคลังข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข 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/หรือมีการเบิดขยายของปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นหรือมดลูกมีการหดรัดตัวสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเบิดขยายอย่างน้อย 2 เซนติเมตร โดยอาจร่วมกับมีน้ำเลือดหรือถุงน้ำดีร้าวตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีดังนี้ (ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2567)

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพการแพทย์ในระยะตั้งครรภ์ : 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)

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้

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

- ปากมดลูกล้มในช่วง 14-28 สัปดาห์
- Fetal fibronectin ให้ผลบวกในช่วง 22-34 สัปดาห์
- มีการหดรัดตัวของมดลูก

แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ดังนี้

1. ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้กับหญิงตั้งครรภ์ โดยพยาบาลแผนกผู้ตั้งครรภ์ควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยอธิบายให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด และให้สังเกตอาการและการแสดงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้คำแนะนำและช่องทางการติดต่อศูนย์พยาบาลกรณีมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก พยาบาลควรซักประวัติโดยมุ่งเน้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดกรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลที่สามารถจัดการแก้ไขได้ 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) ร่วมกับให้ยาโปรเจสเตอร์โอนหรืออย่างใดอย่างหนึ่งได้ ทั้งนี้ให้อยู่ใน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ດຸລຍພືນິຈຂອງແພທຢູ່ຜູ້ແລຮັກຂາ ນອກຈາກນີ້ຢັ້ງມີຄຳແນະນຳໃຫ້ເໜັບຢາ micronized progesterone ໄດ້ເລີຍໂດຍໄມ້ຄຳນຶ່ງຄື່ງຄວາມຍາວປາກມດລູກ ແຕ່ຢັ້ງຄົງມີກາຣຕຽຈວັດ TVCL ເປັນຮະຍະຖຸກ 1-4 ສັບດາຫີໃນໜຶ່ງອາຍຸຄຣວົກ 16-24 ສັບດາຫີທາກພບ TVCL < 25 ມິລລີມີເມຕຣ ໃຫ້ພິຈາຮານເຢັບຜູກປາກມດລູກ (cervical cerclage) ລວມດ້ວຍ

3.2 ໃນຮາຍທີ່ໄມ້ມີປະວັດຕະຫຼາດຄລອດກອນກຳහັນດ ແນະນຳໃຫ້ກຳກັດກອນໂດຍຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດທຸກຮາຍ ໂດຍທຳກາຣຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງ ທີ່ຈະສຳເນົາໃຫ້ພິຈາຮານເຢັບຜູກປາກມດລູກ (cervical cerclage) ໃນການທີ່ໄມ້ສາມາຮັດຕຽຈວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດໄດ້ ໃຫ້ພິຈາຮານຕຽຈທາງໜຶ່ງທອງ (transabdominal ultrasound cervical length; TACL) ໃນໜຶ່ງອາຍຸຄຣວົກ 18 - 22⁺⁶ ສັບດາຫີ ພ້ອມກັນກັບກາຣຕຽຈດູກຄວາມສມບູຽນຂອງທາຮໃນຄຣວົກ ທາກພບ TACL < 35 ມິລລີມີເມຕຣ ຈຶ່ງທຳກາຣຕຽຈຢືນຢັນດ້ວຍກາວັດຄວາມຍາວປາກມດລູກທາງໜຶ່ງຄລອດຕອໄປ

ແນວທາງກາຣດູແລ້ວຢືນຕັ້ງຄຣວົກທີ່ມີກາວະເຈັບຄຣວົກຄລອດກອນກຳහັນດ (ຮາຊວິທຍາລ້າຍສູຕິນິແພທຍ໌ແຫ່ງປະເທດໄທຍ, 2567) ດັ່ງນີ້

1. ຮັບໄວ້ດູແລຮັກຂາໃນໂຮງພຍາບາລ
2. ຖບທວນປະວັດຝາກຄຣວົກແລະຕຽຈຈາກຍອຍ່າງລະເອີຍດເພື່ອປະເມີນອາຍຸຄຣວົກນໍ້າຫັກທາຮໃນຄຣວົກ ຕລອດຈານທ່າແລະສ່ວນນໍາຂອງທາຮໃນຄຣວົກ
3. ປະເມີນແລະຕຽຈຕິດຕາມກາຮດວັດຕ້າຂອງມດລູກອ່າງໃກລ້ືດ
4. ປະເມີນແລະຕິດຕາມສຸຂພາພຂອງທາຮໃນຄຣວົກດ້ວຍກາເພັ້ນອັຕຣາກາເຕັ້ນຂອງໜ້າໃຈທາຮແລະປະເມີນຄວາມສັມພັນຮັກກັບກາຮດວັດຕ້າຂອງມດລູກ
5. ດັ່ນຫາສາເຫຼຸຂອງກາຮເຈັບຄຣວົກຄລອດກອນກຳහັນດ
6. ອົບໃບຍ່ຂອ່ມູນເປື້ອງຕົ້ນແກ້ຢືນຕັ້ງຄຣວົກເກີຍກັບອາກາຣແລະອາກາຣແສດງຂອງກາວະເຈັບຄຣວົກຄລອດກອນກຳහັນດ ກາຮວັກຂາແລະກາຮປົງປັດຕິນຂະອໜ້າໂຮງພຍາບາລ

7. ประสานงานทีมแพทย์สาขาวิชาชีฟผู้ดูแลรักษาการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ สูติแพทย์ ภูมิการแพทย์ พยาบาลห้องคลอดและพยาบาลหน่วยทารกแรกเกิด เพื่อรับทราบข้อมูล

2.4 ภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์

ภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ (fetal growth restriction, FGR) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าค่าเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 10 ของอายุครรภ์นั้นๆ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการปัจจัยทางพันธุกรรม โรคประจำตัวของมารดา หรือปัจจัยร่วมอื่นๆ ซึ่งการวินิจฉัยทารกในครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจริญเติบโตชาได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดการตายหรือภาวะทุพพลภาพของทารกในครรภ์ ซึ่งการเจริญเติบโตชาของทารกในครรภ์ 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 ถิฐาพันธ์, สายฝน ชวาลไพบูลย์ และ วีรวิทย์ ปิยะมงคล, 2563)

สาเหตุของการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ ดังนี้

1. สาเหตุจากทารกในครรภ์

1.1 ทารกมีความผิดปกติทางพันธุกรรม

1.2 ทารกที่มีความพิการหรือผิดปกติมากจะมีการเจริญเติบโตช้าร่วมด้วย

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. สาเหตุจากมารดา

2.1 มาตรการมีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อการให้ผลลัพธ์ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น ทำให้การให้ผลลัพธ์ที่ปรับเปลี่ยนเนื้อรักผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของตัว

2.2 มาตรการที่มีภาวะทุพโภชนาการในขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อน้ำหนักตัวของทารก มาตรการที่น้ำหนักตัวน้อยต้องดึงแต่เริ่มตั้งครรภ์หรือมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของตัวทารกแล้วเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมได้

2.3 มาตรการที่ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ตีมแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ หรือมาตรการที่ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีผู้สูบบุหรี่ จะส่งผลกระทบต่อน้ำหนักตัวทารกด้วยเช่นกัน

2.4 การใช้ยาการตั้งครรภ์ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากันซัก ยาต้านมะเร็ง และการได้รับรังสีในปริมาณสูงเพื่อใช้ในการรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน จะส่งผลให้การให้ผลลัพธ์ของเลือดที่ปรับเปลี่ยนเนื้อรักผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ได้

3. สาเหตุจากการและสายสะตือ ความผิดปกติของราก เช่น รากเกาะต่ำ รากลอกตัวก่อนกำหนด รากตาย รากแกะแแห่น หรือเนื้ออรากเจริญผิดปกติ ความผิดปกติของสายสะตือ เช่นความผิดปกติของรากและสายสะตือเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการให้ผลลัพธ์ของเลือดในราก ส่งผลทำให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

การประเมินความเสี่ยงของภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Chew, Osuchukwu, Reed, & Verma, 2024) มีดังนี้

1. ตรวจครรภ์โดยการวัดความสูงของมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นวิธีการคัดกรองทั่วไปสำหรับทารกปกติที่มีขนาดตัวเล็ก (small for gestational age, SGA) และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction, FGR) เนื่องจากความสูงของมดลูกที่วัดเป็นเชนติเมตรควรจะตรงกับอายุครรภ์เป็นลับล้ำ

2. ตรวจอัลตราซาวน์เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ (estimate fetal weight, EFW) เพื่อประเมินความเสี่ยงของทารกในแต่ละช่วงอายุครรภ์

แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เฉพาะเจาะจงกับโรคประจำตัว และแนะนำให้พบแพทย์ผากรครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่องเพื่อดูแลรักษาในขณะตั้งครรภ์และควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์

2. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์ ได้แก่ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ และตีมแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และหากผลการบันทึกข้อมูลลงในกราฟ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพอนามัยแม้แต่เด็กพบร้า หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มน้อยควรให้คำแนะนำด้านโภชนาการ ดังนี้ 1) รับประทานอาหารให้หลากหลายและครบถ้วน 6 กลุ่ม ตามคงโภชนาการและรับประทานอาหารให้ครบถ้วน 3 มื้อหลัก และ 2 มื้อว่าง 2) เมื่อเข้าสู่ตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มพลังงานจากเดิมวันละ 300 กิโลแคลอรี 3) รับประทานข้าว แป้ง และธัญพืชที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้ามปังโซลวีท เป็นต้น 4) รับประทานผลไม้รสหวานน้อย เช่น ชมพู แก้วมังกร แอปเปิล สาลี เป็นต้น และรับประทานผักทุกมือเป็นประจำ 5) รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ตับ เครื่องในสัตว์ เลือดหมูหรือเลือดไก่ เป็นต้น 6) ดื่มน้ำรถจีด 2 แก้ว/กล่อง (กว่าละ 200 มิลลิลิตร) ทุกวัน 7) ใช้น้ำมันที่เหมาะสมสมกับวิธีประกอบอาหาร เช่น อาหารทอดใช้น้ำมันรำข้าว อาหารผัดใช้น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น 8) รับประทานอาหารมื้อว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

3. กระบวนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญของพยาบาลในการประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนนำไปสู่การวางแผนการดูแลและให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลหลังจากให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาล : การพยาบาลมาตรฐาน และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการค้นหาปัญหาและคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยมีการรวมข้อมูลดังนี้

1.1 การซักประวัติ ได้แก่

- ประวัติข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ เช่น อายุ อาชีพ สิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ลักษณะภาพในครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น
 - ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน
 - ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ โรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคชาลัสซีเมีย เป็นต้น
 - ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด
 - พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาหรือสารเสพติด เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกายทุกระบบ ชั้นนำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์

1.3 การตรวจทางของปฏิบัติการ

1.4 การตรวจครรภ์ และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์

1.5 การประเมินสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์

เมื่อรวมรวมข้อมูลจากหนูทั้งครรภ์แล้ว นำข้อมูลที่ได้มามีเคราะห์ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับหนูทั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาลโดยนำข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจครรภ์ และการประเมินภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะเคราะห์และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลหรือปัญหาทางการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป ซึ่งภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์แต่ละรายมีสาเหตุแตกต่างกันออกไปบางรายอาจมีภาวะเสี่ยงจากโรคประจำตัว บางรายอาจมีภาวะเสี่ยงจากปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาและสารเสพติด เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการวางแผนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติรวมกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาจากภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งการวางแผนการพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้

4. การปฏิบัติการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล คือ การนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้มาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจริงโดยมีเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ โดยสอดคล้องกับปัญหาหรือภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงสอดคล้องกับแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวางแผนการพยาบาล เป็นการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพ รวมทั้งเป็นการตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

กระบวนการพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนของการวางแผนการพยาบาลเป็นการประเมิน คัดกรอง คนหาปัญหา และวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขหากการพยาบาลที่ให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและ การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด

ກກ./ຕຣມ. ຈາກການຊັກປະກົດພົບວ່າ ໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງປົງເປົ້າໂຄປະຈຳຕັກແລກການພໍາຕັດ ປະວັດທີ ການເຈັບປ່ວຍຂອງບຸດຄລໃນຄຣອບຄຣວ ປິດາຂອງຫຼູງຕັ້ງຄຣກົງເປັນໂຄບາຫວານ ໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງ ແລະບຸດຄລໃນຄຣອບຄຣວປົງເສົາການສູບບຸ່ຫ່ວີ ຕື່ມສຸຮາ ອີ່ວີ ໄຊ້ສາຮເສົາຕິດ ໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງມີ ພຸດີກຣມຮັບປະການອາຫາດທີ່ມີຮສຫວານ ແລະດີມໍ່ນໍ້າອັດລມວັນລະ 2 ຂວາດເປັນປະຈຳທຸກວັນ ຈາກ ກາຮສອບຄາມໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງເກີ່ຍກັບການຮັບປະການອາຫາດທີ່ເສື່ອງຕ່າງການເກີດໂຄບາຫວານແລະ ກາຮຮັບປະການອາຫາດທີ່ເໝາະສົມໃນຂະໜະຕັ້ງຄຣກົງພບວ່າຫຼູງຕັ້ງຄຣກົງໄມ່ທ່ານບ້ອມຸລ ພລກາຮ ຕຽວຈ່າງກາຍປັກຕິ ສັງຄູາຜົນເຊີ່ພປັກຕິ ພລກາຮປະເມີນຄວາມເຄີຍດພບວ່າ ບາງຄຣັງໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງ ຮູ່ສຶກຫຸ່ດໜີດແລະນອນໄໝ້ລັບ ໄມ້ມີຄວາມຮູ້ສຶກທົ່ວແທ້ ຖຸກໆໃຈ ຈນໄໝ້ອຍາກມີເຊີວິດ

ຈາກຂອ້ມູນຂອງໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງລົງບັນທຶກຂອ້ມູນກາຮປະເມີນຄວາມເສື່ອງ ດັ່ງນີ້

ແບບປະເມີນຄວາມເສື່ອງຂອງໜູ້ຢູ່ຕັ້ງຄຣກົງ

ໜ້າຂອ້	ມີ	ໄມ້ມີ
ປະວັດອົດຕື່ບີ		
1. ເຄຍມີທາງດາຍໃນຄຣກົງຫີ່ວີເສື່ອງເຊີວິດແຮກເກີດ (1 ເດືອນແຮກ)	✓	
2. ເຄຍຄລອດບຸຕຽນໜ້າຫັນກັນໜ້ອຍກວ່າ 2,500 ກຣັມ ຫີ່ວີ້ນ້າຫັນມາກກວ່າ 4,000 ກຣັມ	✓	
3. ມີປະວັດເບາຫວານຂະໜະຕັ້ງຄຣກົງໃນຄຣັງກອນຫີ່ວີປະວັດຢູ່ມາຕິສາຍຕຽບເປັນເບາຫວານ	✓	
4. ມີປະວັດຄຣກົງເປັນພິພໃນຄຣກົງກອນ ຫີ່ວີຄຣກົງເປັນພິພໃນຄຣອບຄຣວ	✓	
5. ຄຣກົງທີ່ 5 ເປັນຕົ້ນໄປ	✓	
6. ເຄຍແທ້ງ 3 ຄຣັງຕິດຕ່ອກນ້ອມຫີ່ວີມາກກວ່າ (ໃນໄຕຣມາສທີ່ 1) ຫີ່ວີ ເຄຍແທ້ງໃນໄຕຣມາສທີ່ 2	✓	
7. ປະວັດຄລອດກອນກຳໜັດ ອາຍຸຄຣກົງໜ້ອຍກວ່າ 37 ລັບດາທ	✓	
8. ປະວັດຄວາມຝຶດປັກຕິທາງນີ້ເວັບ ແນ້ວ່າ ພ່າຕັດປາກມດລູກ ເນື້ອງອກມດລູກ	✓	
9. ເຄຍພໍາຕັດຄລອດຫີ່ວີພໍາຕັດມດລູກ	✓	
10. ເຄຍຄລອດບຸຕຽນມີໂຄຣໂມໂຄມົມືດປັກຕິຫີ່ວີເຄຍຄລອດທາຮກພິກາຮແຕ່ກຳເນີດ ຫີ່ວີມີໂຄທາງ ພັນຊີກຣມໃນຄຣອບຄຣວ	✓	
ປະວັດປັຈຈຸບັນ		
11. ອາຍຸ < 17 ປີ (ນັບຖື່ງ EDC)	✓	
12. ອາຍຸ > 35 ປີ (ນັບຖື່ງ EDC)	✓	
13. ກອນຕັ້ງຄຣກົງ BMI < 18.5 ກກ./ຕຣ.ມ. ຫີ່ວີ 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		✓
ประวัติโรคทางอายุรกรรม		
19. โลหิตจาง (Hb < 11 mg/dL หรือ Hct < 33%)		✓
20. โรคเบาหวาน หรือ โรคความดันโลหิตสูง		✓
21. โรคไทรอยด์ (Hyper/Hypothyroid)		✓
22. โรคทางจิตเวช		✓
23. ตี่มสุรา ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่/คนกีฬาชีด		✓
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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

แบบคัดกรองซีมเคร้า (2Q plus)

ข้อ รายการ	มี	ไม่มี
1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เช็ง ทุกข์ใจ เคร้า ห้อแท้ ซึม หงอย	✓	
2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือ ทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลิน เหมือนเดิม	✓	
+ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่าน มีความรู้สึก ทุกข์ใจ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือไม่	✓	

แบบประเมินการดีมสูรา

คำถาม	เคย	ไม่เคย
ในรอบหนึ่งปีที่ผ่าน คุณเคยดีมสูราหรือไม่ (สูรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กาแฟ วิสกี้ ลปาย ไวน์ เป็นต้น)	✓	

จากการประเมินความเสี่ยงในการมาฝากครรภ์รังเรกของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ไม่มีภาวะเครียดและภาวะซีมเคร้า แต่หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลดังนี้

1. ตั้งน้ำอุ้มคลายก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 24.97 กก./ตรม.
2. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์คือ บิดาของหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้
3. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีรสม่วน และดื่มน้ำอัดลมวันละ 2 ขวดเป็นประจำทุกวัน
4. หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยายาม

หญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในขณะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสม่วน และดื่มน้ำอัดลมวันละ 2 ขวดเป็นประจำทุกวัน

- 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. ໄທໍຄໍແນະນຳເກີຍກັບຕົວຢ່າງການຮັບປະທານອາຫາຣາຕາມອົງໂກຈນາກາຣໃຫ້ໜູ້
ຕັ້ງຄຽງທ່ານ ຊຶ່ງແບບແຜນກາຣເລືອກຮັບປະທານອາຫາຣໃນແຕ່ລະກຸມອາຫາຣແຕກຕາງກັນຕາມ
ພຸດທິກຣມກາຣດື່ມນມ ອາກຫຼູງຕັ້ງຄຽງໄຕຣາສແຮກດື່ມນມ 2 ແກ້ວຕ່ອວັນ ປຣິມານອາຫາຣທີ່
ແນະນຳໃຫ້ກິນໃນ 1 ວັນ ດັ່ງນີ້ ອາຫາຣກຸມຂ້າວ ແປ້ງ 7 ທັພີ້ ພັກ 3 ທັພີ້ ພລໄມ້ 4 ສ່ວນ (ພລໄມ້ 1
ສ່ວນ ເທົກນ 1 ກຳບັນມື້ອວງບັນຈານຂາດ 6 ນີ້) ເນື້ອລັດ໌ 7 ທັພີ້ ໄຟ 1 ພອງ ແລະຄ້ວ່າເມືລືດແຮ່ງ
ສຸກ 1 ທັພີ້ ສໍາຫັບໄໝມັນ ນໍ້າຕາລ ແລື້ອ ໃຊ້ແຕ່ນ້ອຍເທົ່າທີ່ຈຳເປັນ (ກຣມອນາມັຍ ກຣະທຽວ
ສາຂາຮັນສຸຂ, 2568)

5. ເປີດໂອກາສໃຫ້ໜູ້ຕັ້ງຄຽງແສດງຄວາມຕິດເຫັນແລະສັກຄາມຂ້ອສົງສໍຍເພີ່ມເຕີມ

ກາຮປະເມີນຜລັບພອກກາຣພຍາບາລ

- ໜູ້ຕັ້ງຄຽງຕອບຄຳຄາມຍື່ອນກລັບເກີຍກັບການຮັບປະທານອາຫາຣທີ່ເໝາະສມ
ໃນຂະນະຕັ້ງຄຽງໄດ້ຖຸກຕ້ອງທັງໝາດ

ບຫສຽບ (chapter summary)

ກາຮຕັ້ງຄຽງທີ່ມີກາວະເລີ່ຍ່ອມສົງຜລກະທບດອກະສຸກພາກຮ່າງກາຍແລະຈິຕໃຈຂອງ
ໜູ້ຕັ້ງຄຽງຮ່າງສົງຜລດອກະສຸກພາກຂອງທາຮກໃນຄຽງ ຊຶ່ງກາວະເລີ່ຍ່ທີ່ເກີດຂຶ້ນຕັ້ງແຕ່
ຮະຍະຕັ້ງຄຽງ ອາຈສົງຜລດອນເນື່ອງໄປຈຸນຕຶ້ງຮະຍະຄລອດແລະຮະຍະໜັງຄລອດ ດັ່ງນັ້ນບຫບາທໜ້າທີ່
ສຳຄັນຂອງພຍາບາລຄວປະເມີນຄວາມເລີ່ຍ່ທີ່ອາຈເກີດຂຶ້ນກັບໜູ້ຕັ້ງຄຽງແລະທາຮກໃນຄຽງໃຫ້
ໄດ້ຕັ້ງແຕ່ຮະຍະຕັ້ງຄຽງ ເພື່ອປັ້ງກັນ ແກ້ໄຂປົ້ນຫາແລະໃຫ້ກາຮຽແລ້ວຍໜູ້ຕັ້ງ
ຕັ້ງຄຽງດຳເນີນກາຮຕັ້ງຄຽງໄດ້ຈຸນຄຽບກຳຫົນຄລອດ ແລະໄມ້ມີກາວະເລີ່ຍ່ຫວີ່ອກາວະແທຮກໜ້ອນ
ເກີດຂຶ້ນກັບໜູ້ຕັ້ງຄຽງຕັ້ງຄຽງແລະທາຮກໃນຄຽງ

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=>

กองบุคลาศาสตร์และแผนงาน 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). โรงพยาบาลนพรัตนราชสุดาฯ สันติราษฎร์ฯ.

ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเรื่องการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำครรภ์ร้าว ก่อนกำหนด. ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

https://www rtcog.or.th/files/1721716962_44081a80cc14759e3f7f.pdf

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

https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/010/T_0001.PDF

- ວິທາຂາ ປູ້ຈຸພັນຄົງ, ສາຍຝານ ທ່ານລົງ ແລະ ວິເຊີຍທີ່ ປີຢະມັກລ. (2563). ສາເຫຼືແລະ ການປັບປຸງກັນກາວທາກເຈົ້າເຕີບໂຕໜ້າໃນຄຣກ. ເວັບນີ້ກົມືຣາຊ, 13(3), 210–215.
- ສຳນັກສັງເສົມສຸຂາກາພ ກຽມອນນາມ້ຍ. (2568). ແນວທາກກາຮັດກອງແລະຈັດກາຮຄວາມເລື່ອງໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣກ. ກຽມອນນາມ້ຍ, ກະທຽວສາຫະລຸກສຸຂ. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/mchemag/download/?did=220889&id=126683&reload>
- ສຳນັກໂກ່ນາກາຮ ກຽມອນນາມ້ຍ ກະທຽວສາຫະລຸກສຸຂ. (2568). ດຳແນະນຳດ້ານໂກ່ນາກາຮ ສຳຫັບໜູ້ປົງຕັ້ງຄຣກ. <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 เนื่องจากในทุกระยะของการคลอดโดยมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้หลายประการ 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 หมายถึง ระยะที่เริ่มเจ็บครรภ์ คือ ปากมดลูกเริ่มเบิดขยายจนปากมดลูกเบิดหมด ระยะที่ 2 ของการคลอด หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเบิดหมด มารดาเริ่มเบ่งคลอดจนคลอดทารกออกมาก ระยะที่ 3 ของการคลอด หมายถึง ระยะนับตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกรคลอด และระยะที่ 4 หมายถึง เริ่มตั้งแต่รกรคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด เครื่องมือหรือวิธีการตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดและการคลอดในระยะคลอด ควรเริ่มตั้งแต่แรกรับไปจนกว่าทั้งระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินสภาพ (assessment process) ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจการหดรัดตัวของมดลูก การตรวจภายใน การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ เป็นต้น รวมถึงการบททวนข้อมูลจากประวัติการฝากครรภ์

ในปัจจุบันมีแนวทางการคัดกรอง ประเมินภาวะเสี่ยงในระยะคลอด และการใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่จะนำไปวิเคราะห์ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทันท่วงที ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ที่สอนคล้องกับมาตรฐาน และแนวทางการขับเคลื่อนตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อลดอัตราการตายของมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสตนคนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เท่ากับ 16 ต่อการเกิดมีชีพแสตนคน โดยในระยะคลอดมีนิยามอย่างหนึ่งการรักษาที่รวดเร็ว การตัดสินใจทันท่วงที และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เรียกว่า “One Province One Labor room” (อนามัยมารดาและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย, 2567)

เครื่องมือคัดกรอง การประเมินภาวะเสี่ยงผู้คลอดและทารกในครรภ์ระยะคลอด และทารกแรกเกิดด้วยละเอียดต่อไปนี้

1. กราฟดูแลการคลอด (partograph) พัฒนาขึ้นโดยองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization; WHO, 1994) โดยได้ใช้กราฟนี้ประเมินความก้าวหน้าของการเบิดช่องทางของปากมดลูกและบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มความก้าวหน้าของการคลอดทั้งที่ปกติและผิดปกติ เช่น การคลอดล่าช้า เพื่อช่วยในการตัดสินใจส่งต่อผู้คลอดโดยรวดเร็วขึ้น หรือมีการช่วยเหลือโดยอย่างทันที ทันใด การใช้กราฟนี้ WHO partograph นั้นมีความละเอียดค่อนข้างมาก ในปัจจุบันโรงพยาบาลบางแห่งได้ปรับการบันทึก partograph จากขององค์กรอนามัยโลกเพื่อให้สะดวกแก่การนำไปใช้ แต่ยังคงยึดตามหลักการขององค์กรอนามัยโลกในการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

ตัวอย่างเช่นกราฟการคลอดผิดปกติที่ต้องรายงานแพทย์ โดยดูจาก partograph (WHO, 1994) (ดังรูปที่ 4.1)

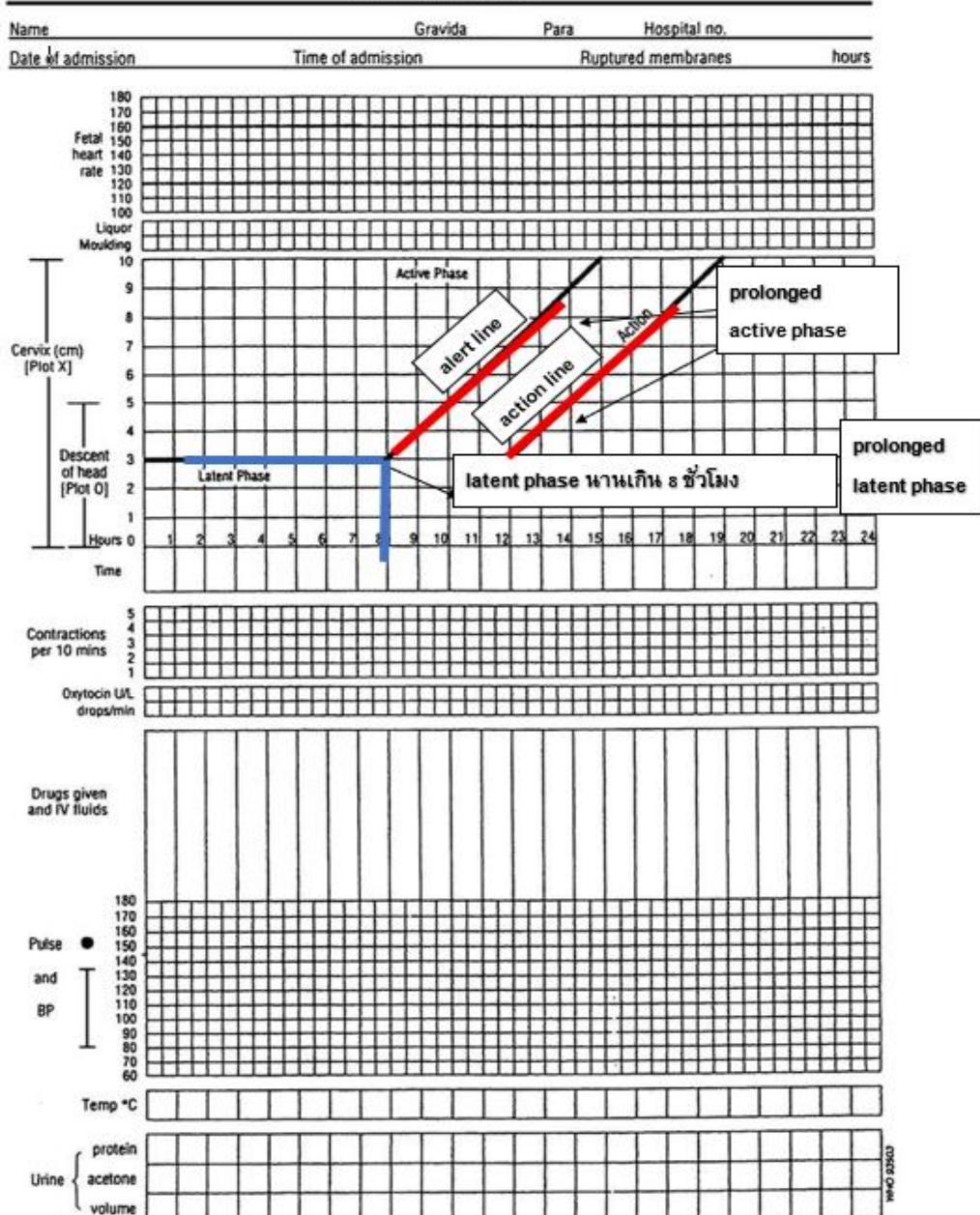
1. สถานการณ์ที่มี Prolonged latent phase หรือเรียกว่า ระยะเฉื่อยยาวนาน กว่าปกติ หมายถึง ระยะเวลาจากปากมดลูกเริ่มเปิดจนถึง 3 เซนติเมตร (latent phase) นานเกิน 8 ชั่วโมง โดยที่มดลูกมีการหดรัดตัวอย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 10 นาที

2. สถานการณ์ที่มี Prolonged active phase หรือเรียกว่า ระยะการคลอดที่ ยาวนานในช่วงที่ปากมดลูกเปิดขยายเร็ว เช่น

2.1 เสนกราฟอยู่ระหว่าง alert line และ action line หมายถึง ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วอาจจะยาวนานกว่าปกติ

2.2 เสนกราฟถึง action line หรือเลย action line หมายถึง ระยะเวลา การเจ็บครรภ์คลอดในระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วധานยาวนานกว่าปกติ

PARTOGRAPH



ຮູບທີ 4.1 ກາຮົກດູແລກກາຮຄລອດຂອງ WHO PARTOGRAPH

ທີມາ: “Preventing Prolonged Labor: a practical guide the partograph part I: principles and strategy by World Health Organization, 1994,

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

2. แบบประเมินภาวะเสี่ยงการผิดสัดส่วนของศีรษะทารกและซองเชิงกรานมารดา (cephalopelvic disproportion; CPD) พัฒนาขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดยสุธิต คุณประดิษฐ์ โรงพยาบาลลำพูน หลังจากนั้นมีการนำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ อย่างแพร่หลาย เช่น โรงพยาบาลลำปาง (วรรณเพ็ญ กอยาวัง, 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
ระดับความสูงยอดลูก	น้อยกว่า 34 เซนติเมตร	0

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ลักษณะความเสี่ยง	เกณฑ์	คะแนน
	34 เซนติเมตร	1
	มากกว่า 34 เซนติเมตร	3.5

ที่มา: ตัดแปลงจาก แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอด (CPD score) โรงพยาบาลลำปาง

การแปลผล

คะแนนรวมน้อยกว่า 5

หมายถึง ความเสี่ยงน้อย

คะแนนรวมระหว่าง 5–9.5

หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง

คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 10

หมายถึง ความเสี่ยงมาก

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

3. การใช้คำตามต่างๆ เพิ่มเติม เพื่อประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลกระทบต่อการคลอด เช่น ข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพ ประวัติยาที่ใช้เป็นประจำ ตัวอย่างคำตามจากประสบการณ์ของผู้เขียน ได้แก่

1. ท่านเคยประสบอุบัติเหตุหรือผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกเชิงกราน () มี () ไม่มี

2. ท่านรับประทานยาละลายลิมเลือด/ยาขับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก () มี () ไม่มี

3. ท่านมีประวัติการคลอดที่ต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น คีม หรือเครื่องดูด

สูญญากาศ () มี () ไม่มี

4. ท่านมีประวัติการเจ็บครรภ์จนกระหังคลอดที่ยาวนานมากกว่า 24 ชั่วโมง

(ครรภ์หลัง) () มี () ไม่มี

5. ท่านมีความเจ็บปวดจากการหดรัดตัวของมดลูกส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยล้าหรือนอน

หลับพักผ่อนไม่เพียงพอ () มี () ไม่มี

6. ท่านมีประสบการณ์การคลอดยากหรือต้องช่วยคลอดให้เหล็ก () มี () ไม่มี

4. การประเมินภาวะสุขภาพ胎兒ในครรภ์

ในระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของมดลูกโดยการหดรัดตัวเพื่อให้เกิดการเบิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนตัวของส่วนนำ ซึ่งการหดรัดตัวของมดลูกทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง ผลให้胎兒ในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลง อีกทั้ง胎兒ในครรภ์บางรายมีปัจจัยเสี่ยงจากการดา เช่น มาตรามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เปาหวานขณะตั้งครรภ์ การให้เลือดไปสู่รกรดลง หรือมาตราที่มีภาวะโลหิตจาง ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงจึงส่งผลไปยัง胎兒ในครรภ์ให้ได้รับปริมาณออกซิเจนลดลง เช่นเดียวกัน

การติดตามประเมินความเสี่ยงของ胎兒ในระยะคลอด มี 2 วิธีที่นิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย ดังนี้ (คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

1. การฟังเสียงหัวใจ胎兒ในครรภ์เป็นระยะๆ (intermittent auscultation) โดยอัตราการเต้นของหัวใจ胎兒ในครรภ์ปกติจะอยู่ระหว่าง 110–160 ครั้ง/นาที หากต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที ถือว่าผิดปกติ ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ ควรได้รับการประเมินทุก 1 ชั่วโมง หรือในกรณีที่มีภาวะความเสี่ยงสูง ควรประเมินทุก 30 นาที สำหรับการประเมินในระยะที่ 2 ของการคลอด ผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ ควรได้รับการประเมินทุก 15 นาที ส่วนผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการประเมินทุก 5 นาที การฟังแต่ละครั้งใช้เวลานาน ครั้งละ 1–2 นาที ในช่วงตั้งแต่เมดลูกเริ่มมีการหดรัดตัวต่อเนื่องไปจนกระทั่งเมดลูกคลายตัว

2. การฟังเสียงหัวใจ胎兒ในครรภ์แบบต่อเนื่อง (continuous electronic fetal monitoring: EFM) เป็นการประเมินภาวะเสี่ยง胎兒ในครรภ์ที่เหมาะสมกับผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่ควรได้รับการประเมินติดตามอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เปาหวานขณะตั้งครรภ์ มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด 胎兒ในครรภ์เจริญเติบโตช้า หรือผู้คลอดที่ได้รับการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เป็นตน การตรวจติดตามด้วยเครื่องมือ EFM เครื่องจะพิมพ์กราฟการเต้นของหัวใจ胎兒ออกมาราบให้อ่านได้เรียกว่า FHS tracing

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรา ๔ และ胎兒ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ກາຮແພລັດ FHS tracing ໃນບັນດາໃຫ້ກາຮຈຳແນກອອກເປັນ 3 Category ດັ່ງນີ້

Category I: ແພລພລວ່າ ທາຮກໃນຄຣກປັກຕີ ທໍານາຍໄດ້ວ່າໜັງຂະນັ້ນທາຮກໃນຄຣກມີກາຮກຮດຕາງໃນເລືອດປັກຕີ

Category II: ແພລພລວ່າ ໄມສາມາດທໍານາຍໄດ້ວ່າທາຮກໃນຄຣກມີກາຮກຮດຕາງໃນເລືອດທີ່ມີດປັກຕີ (ກລກວິດໝີ່ມີໜັກສູນເພີຍພອທີ່ຈະຈຳແນກເປັນ Category I ອີ່ໂດ ຂໍ Category III ໂດ້)

Category III: ແພລພລວ່າ ທາຮກໃນຄຣກຂະນັ້ນມີກາຮຄວາມເລື່ອງສູງຕໍ່ກາຮເລືອດເປັນກາຮ ມີຄວາມເລື່ອງຕໍ່ກາຮເກີດກາງ neonatal encephalopathy, cerebral palsy ແລະ neonatal acidosis ສູງຂຶ້ນ

ອັນຄປະກອບຂອງກາຮແພລັດ FHS tracing ມີຮາຍລະເຂີຍດັ່ງນີ້ (Cunningham, 2022)

Category I ຕ້ອງມີຄຣບທຸກອົງຄປະກອບຕໍ່ໄປນີ້ (ຮູບທີ່ 4.2)

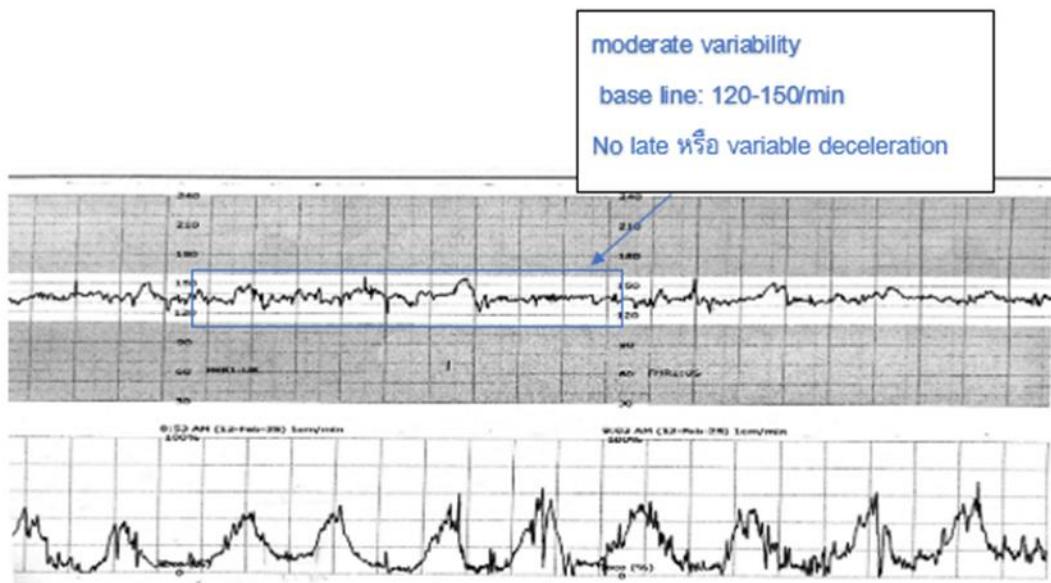
- Baseline rate (ອັດຕາກາຮເຕັ້ນຂອງໜ້າໃຈທາຮກ): 110–160 ຄຮ້າງຕໍ່ນາທີ

- Baseline FHR variability: moderate (ຄວາມແປປປຽນຂຶ້ນລົງຂອງ FHR ໂດຍປະເມີນຈາກການນັບກາຮເປົ້າຢັ້ງຢືນແປ່ງຂາດຂຶ້ນລົງໃນແນວດີງຮ່ວາງຈຸດສູງສຸດແລະຕຳສຸດຂອງ FHR ດ້ວຍຕາເປົ້າມີກາຮຂຶ້ນລົງຂອງ FHR ຕັ້ງແຕ່ 6–25 ຄຮ້າງ/ນາທີ ຜົ່ນເປົ້າກາຮປັກຕີ)

- ໃນມີກາຮຟັກຂະນະ late deceleration (ກາຮລົດລົງຍ່າງດ້ວຍເປັນຄ່ອຍໄປຂອງ FHR ແລະກລັບດື່ນສູ່ baseline ອ່າງໜ້າ ສັນພັນຮັກກາຮທັດຕົວຂອງມດລູກ) ອີ່ໂດ ຂໍ variable deceleration (ກາຮລົດລົງຂອງ FHR ຊື້ດັກທີ່ທັນໄດ້ຫີ່ອຈັບພັນ ອາຈສັນພັນຮັກກາຮທັດຕົວຂອງມດລູກຫີ່ອໄມ້ກີ່ໄດ້)

- ກາຮຟັກຂະນະ Early deceleration (ກາຮລົດລົງຍ່າງດ້ວຍເປັນຄ່ອຍໄປຂອງ FHR ແລະສັນພັນຮັກກາຮທັດຕົວຂອງມດລູກ ໂດຍຈຸດຕຳສຸດຂອງ FHR ຕຽບກັບຈຸດສູງສຸດຂອງກາຮທັດຕົວຂອງມດລູກ) ອາຈມີຫີ່ອໄມ້ກີ່ໄດ້

- Acceleration (ກາຮເພີ່ມຂຶ້ນຍ່າງຈັບພັນຂອງ FHR ອ່າງນ້ອຍ 15 ຄຮ້າງ/ນາທີ ຈາກຮະດັບປັກຕີຂອງ FHR Baseline ນານຍ່າງນ້ອຍ 15 ວິນາທີໃນທາຮກທີ່ມີອາຍຸຄຣກ 32 ສັປດາທີ່ຂຶ້ນໄປ ກຣນີອາຍຸຄຣກຕໍ່ກວ່າ 32 ສັປດາທີ່ ຈະມີກາຮເພີ່ມຂຶ້ນຍ່າງຈັບພັນຂອງ FHR ອ່າງນ້ອຍ 10 ຄຮ້າງ/ນາທີ ຈາກຮະດັບປັກຕີຂອງ FHR Baseline ນານຍ່າງນ້ອຍ 10 ວິນາທີ) ອາຈມີຫີ່ອໄມ້ກີ່ໄດ້



รูปที่ 4.2 แสดงตัวอย่างการแปลผล Category I: FHR normal baseline

ที่มา: ภาพถ่ายจากการปฏิบัติงานจริงห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

Category II เป็น FHR tracing ที่ไม่ด้อยใน 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 : การพยาบาลมาตรฐาน และการคิด ในการประเมินตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

- Acceleration

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

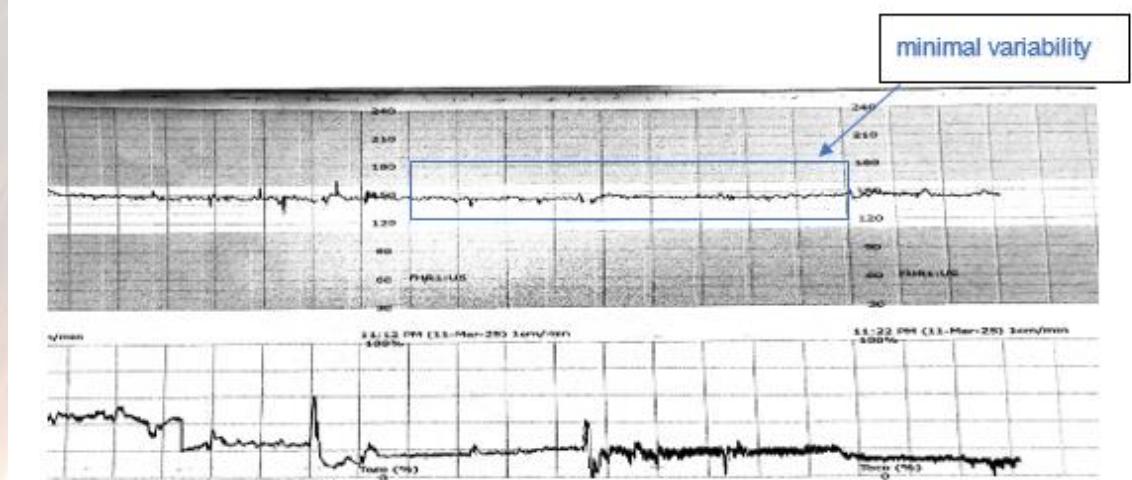
• Periodic or episodic decelerations (มีการลดลงของ FHR เป็นครั้งคราวหรือเป็นระยะๆ)

– 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 (การเต้นของหัวใจ胎ารกสูงกว่าปกติชั่วขณะ) หรือ shoulder (การเพิ่มขึ้นของ FHR อายางช้าๆ ก่อนจะกลับสู่ค่าปกติอย่างช้าๆ)

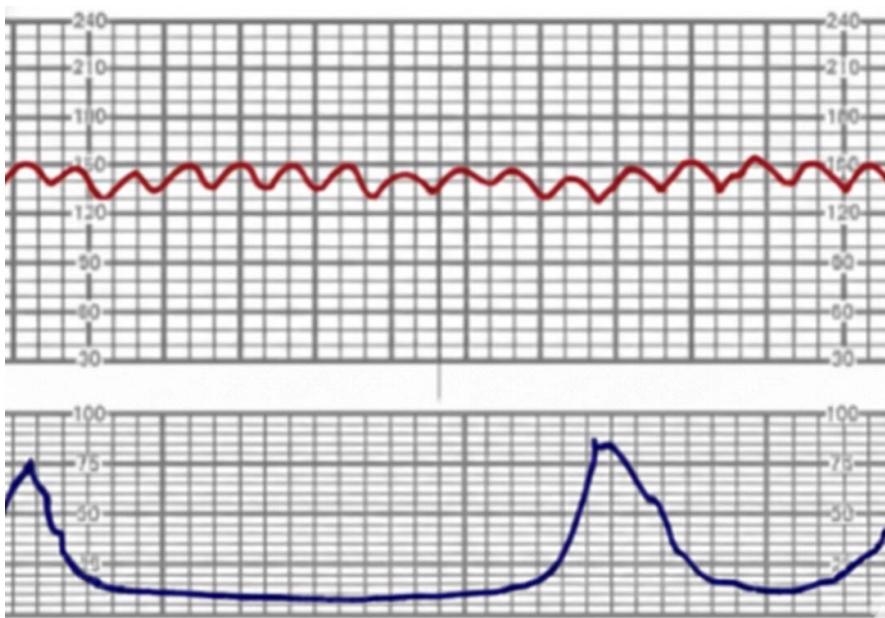


รูปที่ 4.3 แสดงตัวอย่างการแปลผล Category II: minimal variability

ที่มา: ภาพถ่ายจากการปฏิบัติงานจริงห้องคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี Category III อาจประกอบไปด้วยลักษณะเดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

- Absent baseline FHS variability (พบว่าไม่พบการแปรปรวนขึ้นลงของ FHR) รวมกับพbx ใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - Recurrent late deceleration (ลักษณะของ FHR tracing ที่มีลักษณะของ late deceleration มากกว่า 50% ของมดลูกหัวรัดตัว)
 - Recurrent variable deceleration (การลงลงของ FHR ชนิดทันทีทันใดหรือฉับพลัน อาจล้มพ้นรักับการหดรัดตัวของมดลูกหรือไม่ก็ได้ 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



รูปที่ 4.4 ตัวอย่างการแปลผล Category III: Sinusoidal pattern โดยมีการดัดแปลงจากรูปต้นฉบับ
ที่มา: Google LLC, 2025

5. การประเมินสุขภาพารกแรกเกิด

การประเมินสุขภาพารกแรกเกิดและการตอบสนองต่อความต้องการในการช่วยฟื้นคืนชีพ แรกเกิดโดยใช้ APGAR score พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยแพทย์หญิงเวอร์จิเนีย เอพการ์ ปี ค.ศ. 1952 เพื่อใช้ในการประเมินสุขภาพารกแรกเกิดอย่างรวดเร็ว ทันทีและสามารถประเมินเปรียบเทียบทำซ้ำได้ (Simon, Shah, & Bragg, 2024) นอกจากนี้ การประเมิน APGAR score เพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าารกสามารถปรับสภาพร่างกายอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้หรือไม่ สามารถประเมินได้จากการแสดง 5 อย่าง ได้แก่

A = Appearance = สีผิว

P = Pulse = Heart rate = อัตราการเต้นของหัวใจ

G = Grimace = Reflex = การตอบสนองต่อสิ่งกระตุน

A = Activity = Muscle tone = ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

R = Respiration = Respiratory effort = การหายใจ

อย่างไรก็ตาม การช่วยฟื้นคืนชีพหากแรกเกิดนั้นต้องทำการให้ความแน่ที่นาทีที่ 1 ดังนั้น APGAR score จึงไม่ใช่บอกราคาความจำเป็นในการให้ความช่วยเหลือว่าต้องช่วยอย่างไรหรือเมื่อไร แต่ที่จะใช้ตัดสินว่าจะทำการช่วยเหลืออย่างไรและเมื่อไร คือการแสดงทั้ง 3 อย่าง (การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและลิพิวหรือระดับออกซิเจน) ส่วน APGAR Score อีกสองอย่าง คือ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาตอบสนองของทารกจะเป็นตัวที่ช่วยบอกร้านภาพทางระบบประสาทของทารก ซึ่งหากแรกเกิดควรได้รับการประเมินที่ 1 และ 5 นาที หลังแรกเกิด คะแนนเต็มในแต่ละอาการ คือ 2 คะแนน และคะแนนรวม 5 ดาว คือ 10 คะแนน หากประเมินพบว่าคะแนน 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)	เขียว/ซีด	เขียวปลายมือ เท้า	แดงทั้งตัว
อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate)	ไม่มี	< 100 ครั้ง/นาที	> 100 ครั้ง/นาที
การตอบสนองต่อสิ่งกระตุน (Reflex irritability)	ไม่มีการตอบสนอง	แบบหนาๆ	ร่องเสียงดัง
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone)	อ่อนแรง ไม่แข็ง	งอแขน ขาเล็กน้อย	แข็งแข่นขาได้ดี
การหายใจ (Respiration)	ไม่มี	ร่องเสียงเบา หายใจตื้น หายใจไม่สม่ำเสมอ/ชา	ตื้น/ร่องเสียงดัง

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: บีระ 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 และหากหากแรกเกิดคลอดได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาลควรจดบันทึกและเขียนบรรยายลักษณะเหตุการณ์ ข้อมูลของหากแรกเกิดและวิธีการช่วยเหลือรวมกับการให้คะแนน APGAR เนื่องจากการช่วยฟื้นคืนชีพ อาจส่งผลให้คะแนน APGAR เปลี่ยนแปลงไป

2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมที่พบบ่อย ในระยะคลอด

ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งจะนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น หากผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการส่งต่อล่าช้า จากสถิติสถานการณ์การผ่าระวังการตายของมารดาและทารกในประเทศไทย พบร้า ปี พ.ศ. 2567 อัตราการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 18.85 เกินคาดเป็นอย่างที่กำหนดไว้ (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่ลดลง

จากปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเท่ากับ 21.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนหนึ่ง เกิดขึ้นในระยะคลอดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ในส่วนของอัตราการเกิดไร้ชีพ (stillbirth) พบ 4.6 ต่อพันการเกิดทั้งหมด ไม่เกินค่าเป้าหมาย (5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด) ลดลงจากปี พ.ศ. 2566 ที่พบ 4.7 ต่อพันการเกิดทั้งหมด (อนามัยมาตรการและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย, 2567) นอกจากนี้ข้อมูลจากการบันทึกหลังการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบร้า อัตราการคลอดก่อนกำหนด ตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 24-36 สัปดาห์ เท่ากับร้อยละ 11.6 (กลุ่มรายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก, 2565) ซึ่งทางการที่เกิดก่อนกำหนดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงและใช้ระยะเวลานานต่อเนื่อง บุคลากรที่ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญและอุปกรณ์เครื่องมือในการรักษา มีความทันสมัย ส่วนใหญ่จะอยู่ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ขึ้นไป ในส่วนของต่างประเทศจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2025) สาเหตุการตายของมาตราที่พอบอยเกิดจากภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด พบรากในมาตรการที่มีภาวะมดลูกหดรัดตัวผิดปกติหรือมีรุค้าง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระยะหลังคลอด
- การติดเชื้อระยะคลอดและหลังคลอด เกิดจากการแทรกซุนนำร่องรักษา ก่อนกำหนดที่ยืดเยื้อ ส่งผลต่อทั้งมาตรการและทารก
- ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ครอบคลุมครรภ์เป็นพิษและภาวะซักจากครรภ์เป็นพิษ โดยพบอาการเด่นชัดในระยะคลอด
- ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอด เช่น โรคหัวใจ และภาวะคลอดยาก ในส่วนของภาวะเสี่ยงของทารกที่พอบอย (WHO, 2025) มีดังนี้

- การคลอดก่อนกำหนด
- ทารกขาดออกซิเจนในครรภ์
- การติดเชื้อภายในหลังเกิด

จากข้อมูลดังกล่าว ให้เห็นว่าพยาบาลผดุงครรภ์จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะด้านการผดุงครรภ์ ในการดัดกรองและจัดการกับความเสี่ยงของผู้คลอดแต่ละราย และมีการจัดการในการเฝ้าคลอดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสมดุลไป

3. ກະບວນການພຍາບາລໃນຮະຍະຄລອດ

ໃນທັງໝົດມີຈົບງານທີ່ສິ່ງທາງສູດຕິກຣມທີ່ພບໄດ້ບ່ອຍໃນຮະຍະຄລອດ ໄດ້ແກ່

- ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາງເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ
- ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາງຄວາມດັນໂລທີສູງຂະະຕັ້ງຄຣກ
- ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາງຄລອດໄຫລຍາກ

ການໃຊ້ກະບວນການພຍາບາລເປັນເຄື່ອງມືອໃນການປົງປັດການພຍາບາລຮະຍະຄລອດ ປະກອບດ້ວຍ 5 ຂັ້ນຕອນ ໄດ້ແກ່ ການປະເມີນກາງສຸຂພາພູ້ຄລອດ ການວິນຈັນການພຍາບາລ ກາງວາງແຜນການພຍາບາລ ການປົງປັດການພຍາບາລ ແລະການປະເມີນຜລ

3.1 ການພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາງເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ

3.1.1 ຄວາມໜາຍແລະການວິນຈັນຍ

ການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໝາຍເຖິງ ການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນອາຍຸຄຣກວ່າ 37 ສັປດາທີ່ ມີກາຮ່າຮັດຕ້ວຂອງມດລູກອ່າງສຳເສົມອ ຮ່ວມກັບມີກາຮ່າບາງຕ້ວລົງແລະຫຼືກາເປີດໝາຍຂອງປາກມດລູກ (The American college of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2016)

ເກີນທີ່ການວິນຈັນຍການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໂດຍຄໍາຈຳກັດຄວາມຕາມຕໍ່າຮາຊວິທາລະສູດຕິຄາສຕິ – ນິວິເວີທາແໜ່ງສຫ້ອມເມັກ (ACOG, 2016) ດື່ອນ ມີກາຮ່າຮັດຕ້ວຂອງມດລູກອ່າງສຳເສົມອ ຮ່ວມກັບມີກາຮ່າປັບປຸງແປງຂອງປາກມດລູກເປີດໝາຍເທົ່າກັນ 2 ເຊັ່ນຕີເມຕຣ ທີ່ຢູ່ມາກກວ່າ

3.1.2 ປັຈຈີຍເລື່ອງທີ່ທໍາໃຫ້ເກີດການເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ມີດັ່ງນີ້

3.1.2.1 ກາຣຕິດເຊື່ອ ມີກາຣຕິກາສນັບສຸນວ່າກາຣຕິດເຊື່ອມີຄວາມສັມພັນຮັກບໍາກາຣເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໂດຍພບວ່າຫຍືງຕັ້ງຄຣກທີ່ມີກາຣຕິດເຊື່ອໃນພୋຮມດລູກຈະມີກາງເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳນົດສູງເຖິງ 25–40 ສ່ວນໃໝ່ທີ່ພບດື່ອ ເຊື່ອແບຄທີ່ເຮີຍຊື່ຈະກະຕຸ້ນກາຮ່າສາຮ ພ୍ରସାଗଲାଡିନ ເພີ່ມຂຶ້ນ ສັງພລໃໝ່ມດລູກຮັດຕ້ວ ແລະເກີດກາຣຄລອດກ່ອນກຳນົດ ໄດ້ (Daskalakis, Psarris, Koutras, et al., 2023)

3.1.2.2 ລັກນະຂອງປາກມດລູກ ໜ້າງຕັ້ງຄຣກທີ່ມີປະວັດກາຮ່າແໜ່ງບຸຕຽນ ໄດ້ຮມາສທີ່ 2 ມີປະວັດກາຮ່າຜາຕັດປາກມດລູກ ປາກມດລູກເປີດແລະບາງຕ້ວກ່ອນກຳນົດ ເບຍຄລອດ

ก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน จะส่งผลให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยทั่วไปตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหลายครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดปากมดลูกเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพราะเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกส่วนใหญ่เป็นชนิด elastic และ collagen ซึ่งเป็นส่วนที่ทำให้กล้ามเนื้อปากมดลูกมีความแข็งแรง เมื่อได้รับการผ่าตัดจะทำให้ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้าม เจ็บเสี่ยงต่อการเบิดของปากมดลูกและการคลอดก่อนกำหนด ใหญ่ตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 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 ครรภ์แฝดน้ำ การตั้งครรภ์แฝด เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2) ความผิดปกติของรกร ในรายที่มีภาวะรกເກະตຳและรถລອກຕົວ ก่อนกำหนด มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด เพราะมักเกิดภาวะเลือดออกทางช่องคลอด อาจต้องทำให้การตั้งครรภ์ลืมสูดลงก่อนอายุครรภ์ครบกำหนด เพื่อป้องกันผู้คลอดเกิดภาวะซื้อกจากการสูญเสียเลือด

3) ภาวะเครียด ใหญ่ตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพราะภาวะเครียดจะกระตุ้นเซลล์บริเวณเนื้อรกร decidual และเยื่อหุ้ม胎รกให้มีการสร้าง 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 นอกจากนี้ผลการศึกษา�ังพบว่า การอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงกลางวัน มีความสัมพันธ์กับ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ກາຮເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳຫັນດ (ຈິර້ຍາ ມະສິງ, ສຸພິຕ ຄິຣີອຣູໂຕຣັຕນ, ແລະ ຕິຣັຕນ ເທະະຄັກຕື່ອງ, 2564)

ກາຮປະເມີນຄວາມເສີ່ຍງເກີ່ຍກັບກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳຫັນດ ໂດຍມີວິທີກາຮັກປະວັດທີ ປັຈຈີຍເສີ່ຍງຕາງໆ ກາຮຕຽວຈັດຄວາມຍາວປາກມດູກ ກາຮຕຽວຈາທາງຂອງປົງປັບຕິກາຮຄົນທາກາຮຕິດເຊື່ອ ແລະ ກາຮຕຽວຈາທາງຂອງຄລອດເພື່ອດູກກາຮປົດຂໍາຍາຍຂອງປາກມດູກ ເນື້ອໄດ້ຮັບກາຮວິນຈົ່ງກາວະເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳຫັນດທີ່ແນ່ນອນແລະ ຖຸກຕົ້ນແລ້ວ ຜູ້ຄລອດຈະໄດ້ຮັບດູແລ້ວໃໝ່ໃນໂຮງພຍາບາລ

ຕົວອ່າຍ່າກາຮໃຊ້ກະບວນກາຮພຍາບາລຜູ້ຄລອດທີ່ມີກາຮເຈັບຄຣກຄລອດກ່ອນກຳຫັນດ

1. ຜູ້ຄລອດເສີ່ຍງຕ່ອກກາຮຄລອດກາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ

ຂອມຸລສັບສນຸນ

1. ອາຍຸຄຣກ 35 ສັປດາຫຼື
2. ມດູກມີກາຮທັດຕົວ ນານ 30 ວິນາທີ ທຸກ 7–8 ນາທີ ຄວາມຮຸນແຮງ +
3. ມີຕົກຂາວສື່ຂາວຂຶ້ນ ດັນຊອງຄລອດ

ວັດຖຸປະສົງ

1. ຜູ້ຄລອດໄມ້ຄລອດກ່ອນອາຍຸຄຣກ 35 ສັປດາຫຼື 2 ວັນ

ເກັນທັກກາຮປະເມີນຜລ

1. ໄມມີກາຮທັດຕົວຂອງມດູກໃນ 10 ນາທີ
2. ປາກມດູກໄມ້ປັດຂໍາຍາຍເພີ່ມ ໄມມີມູກເລືອດ ໄມມີນັ້ນເດີນ
3. ຄລອດເນື່ອອາຍຸຄຣກມາກກວ່າ 37 ສັປດາຫຼື

ກິຈກຣມກາຮພຍາບາລ

1. ດູແລໃໝ່າຕາມແຜນກາຮຮັກມາ ເຊັ່ນ ຍາຍັ້ນຢັ້ງກາຮທັດຕົວຂອງມດູກ ໃໝ່າ ດອກຕິໂຄລສເຕີຍຮອຍດ ເພື່ອກະຕຸນກາຮສ່າງສາຣ surfactant ຂອງປອດທາກ ຮີ່ອໃໝ່າປົງປັບຕິວະເພີ້ມ ເພື່ອປົ້ນກັນກາຮຕິດເຊື່ອໃນທາກແຮກ

2. ດູແລໃໝ່າຫັກແລະ ທຳກິຈວັດປະນເຕີຍ ເພື່ອລັດກາຮກະຕຸນໃໝ່ມດູກທັດຕົວມາກເຊື່ນ
3. ຈົດກາຮຕຽວຈາທາງຂອງຄລອດໂດຍໄມ້ຈຳເປັນ

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. ขอใบอนุญาตที่ทราบถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ปวดศีรษะ เป็นต้นคริว หากมีอาการให้แจ้งพยาบาลทราบ
2. ควบคุมปริมาณยาตามแผนการรักษาผ่านเครื่อง Infusion pump
3. ประเมินและติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง โดยพัฒนาการเด่นของหัวใจทารก และประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ทุก 1 ชั่วโมง
4. ประเมินชีพจร ไม่ควรเกิน 140 ครั้งต่อนาที หรือตามแผนการรักษาที่กำหนด หากมากกว่า 140 ครั้ง/นาที ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อหยุดยาหรือปรับลดยาจนกระทั้งชีพจรลดลง
5. สอบถามอาการ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว
6. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว และ electrolyte ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
7. ประเมินภาวะ pulmonary edema โดยการพัฒนาการและสังเกตอาการหายใจลำบาก
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

ข้อมูลสนับสนุน

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมาตรฐาน แต่หากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

3. ຈັດທາແບບບັນທຶກຊື່ພຈຣ ອັຕຮາກຮາຍໃຈ ແລະຄວາມດັນໂລຫີຕ ຖຸກ 1 ຂໍ້ມົງ
ອັຕຮາກຮາຍໃຈ ຄວາມາກກວ່າ 12 ຄົ້ງຕອນາທີ ເພຣະໜາກມື້ນາດໃນກະແສເລື່ອດສູງເກີນຈະມີຜລ
ໄປກົດຄູນຢ່າຍໃຈຂອງຜູ້ຄລອດ

4. ເຕັມ 10% calcium gluconate 10 ml ຈຶ່ງເປັນ antidote ຂອງ $MgSO_4$ ກຣນີທີ່
ມີກາງດັກກາຮາຍໃຈຫຼືຫຼົງໃຈຫຼຸດເຕັ້ນ ໂດຍນີ້ດ້າງ ເຂົ້າທາງຫລອດເລື່ອດຳກຳ

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

6. ຕິດຕາມຮະດັບແມກນີ້ເຊີຍມີແລືອດ ດ້ວຍສູງຖື່ງ 8–10 mEq/L ອາຈກທຳໃຫ້ປົງກິຈີຍາ
ກາຮັກຕິ່ງຂອງຮະດັບລືກຂອງເຄື່ອນທີ່ຍື້ດກລ້າມເນື້ອ (deep tendon reflex [DTR]) ຮາຍໄປ ແລະຈະກຳດ
ກາຮາຍໃຈດ້ວຍສູງຖື່ງ 12 mEq/L

7. ປະເມີນ DTR ຖຸກ 1 ຂໍ້ມົງ ດ້ວຍກິຈີຍາ +2

8. ປະເມີນກາຮັກຕິ່ງຕ້ອງມັດລູກແລະເສີຍກາຮັກຕິ່ງຂອງຫຼົງໃຈກາຮາຍກຸກ ½ – 1 ຂໍ້ມົງ

9. ສັງເກດທາກແຮກເກີດອ່າງໄກລ້ື້ດ ເພຣະແມກນີ້ເຊີຍມັດເພີ້ມສັງເກດສາມາຮັກຜ່ານ
ຮັກໄດ້ ສັງເກດໃຫ້ມີກາຮັກຄູນຢ່າຍໃຈຂອງທາກແຮກເກີດ

10. ຮາຍງານແພທຍໍາເມື່ອພບອາກາຮັກຕິ່ງ

11. ຕິດຕາມເຝັ້ງກວະຕາເລື່ອດ້ານຫລັງຄລອດເນື່ອງ $MgSO_4$ ມີຜລໃກ້ລ້າມເນື້ອ
ມັດລູກຄລາຍຕ້ວ ຈຶ່ງມີໂກາສຕກເລື່ອດ້ານຫລັງຄລອດ ຕ້ອງດູແລໃຫ້ມັດລູກຫົດຕ້ວດຕ້ວດ ກະເພະປັບປຸງວ່າ
ດູແລໃຫ້ຢາ Syntocinon ຕາມແຜນກາຮັກຂາ ແລະຕິດຕາມກາຮັກຕິ່ງຕ້ອງມັດລູກຫລັງຄລອດອ່າງ
ໄກລ້ື້ດ

ກາຮັກຕິ່ງ

ຜູ້ຄລອດມີສ່ຽງງານຊື່ພອຍ້ໃນເກນທີ່ປັກຕິ ຄວາມດັນໂລຫີຕ 110/70 ມມ.ປຣອທ ຊື່ພຈຣ
80–90 ຄົ້ງ/ນາທີ ອຸນຫວູມໃຈກາຍ 37 ອົງຄາເໜລເຊີຍລ ອັຕຮາກຮາຍໃຈ 16–20 ຄົ້ງຕອນາທີ
DTR ເທົກນ +2 ໃນມີອາກະຊົງເຕີຍງານກາຮັກຕິ່ງຕ້ອງມັດລູກ ອັຕຮາກຮາຍເຕັ້ນຂອງ
ຫຼົງໃຈກາຮາຍ 136–142 ຄົ້ງຕອນາທີ ກາຮັກແປລຜລ 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.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)
2. ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาอย่างยับยั่งการหดรัดตัวของมดลูก เช่น หัวใจเต้นเร็ว ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เป็นต้น
3. อัตราการเต้นของหัวใจทารก 110-160 ครั้ง/นาที
4. การแปลผล EFM Category I

กิจกรรมการพยาบาล

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและพยาบาล : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การประเมินผล

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

สรุป

การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนดโดยไม่สามารถบอกราเดตได้แน่นอน แต่ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ซึ่งสามารถที่จะป้องกันและลดความเสี่ยงได้ พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ติดตามอาการติดเชื้อในร่างกายจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ในส่วนของการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรคคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วยการดูแลให้ได้รับยาขับยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก 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 ความผิดปกติของการฟังตัวของรกร และปัจจัยลงเสริมต่างๆ เช่น ยืนหรือพัฒนารูปแบบ ปัญหาด้านภูมิคุ้มกัน เป็นต้น ส่งผลให้ Pseudovasculogenesis เกิดขึ้นได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้ Trophoblast เจริญเข้าไปในหลอดเลือดและ decidua ได้ไม่ดีและทำให้เลือดไปเลี้ยงรกรได้ไม่เพียงพอและรากเกิดการขาดเลือด 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 (คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

1. **Preeclampsia** หมายถึง ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม. proto โดยวัด 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เกิดขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งในกรณีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ และมีโปรตีนในปัสสาวะ หรือกรณีที่ไม่มี โปรตีนในปัสสาวะ แต่พบความดันโลหิตสูงในผู้คลอดที่มีความดันปกติมาก่อน รวมกับการตรวจพบเป็นครั้งแรกของกรณีได้กรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

- 1) มีภาวะ Thrombocytopenia ตรวจพบเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 100,000 ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร
- 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) น้ำคั่งในปอด (pulmonary edema)
- 5) ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการเจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่ หรือชายโครงด้านขวาเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดรวมกับมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มตับหรือในตับ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. Gestational hypertension หมายถึง ความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม. ปี Roth เมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ขึ้นไป ในกรณีที่เคยมีความดันโลหิตปกติ โดยที่ไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตกลับสูงค่าปกติรายใน 12 สัปดาห์หลังคลอด เชิงการวินิจฉัยจะทำได้หลังคลอดแล้วเท่านั้น

3. HELLP syndrome หมายถึง H – Hemolysis: เม็ดเลือดแดงแตกแบบ 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 โดยการซักนั้นไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

5. Chronic hypertension หมายถึง ความดันโลหิตสูงที่ตรวจพบก่อนการตั้งครรภ์ หรือให้การวินิจฉัยก่อนอายุครรภ์ 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 มิลลิเมตรปี Roth หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปี Roth รัดในขณะนอนพักห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง (นอกจากมีการให้ยาลดความดันมาก่อน)

- เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 cell/mm³ (thrombocytopenia)

3. ระดับเอนไซม์ตับสูงอย่างน้อย 2 เท่าของปกติ มีอาการปวดจูกแน่นໃต้ลิ้นปีที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยารักษาโรคอื่น

4. พบมีการทำงานที่ผิดปกติของไตที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยพบ creatinine มากกว่า 1.1 mg/dL, หรือเพิ่มเป็น 2 เท่า โดยที่ไม่มีโรคใดมาก่อน

5. pulmonary edema

6. รอยโรคใหม่ของสมอง มีอาการปวดศีรษะซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือ ตามัว (visual disturbances)

ภาวะ Eclampsia เป็นภาวะซักที่เกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เมื่อผู้คลอดมีอาการชัก พยาบาลควรประเมินและให้การพยาบาลตามระเบียบการชัก ดังนี้

1. ระยะเตือนหรือระยะนำ (premonitory stage)

สิ่งแรกคือป้องกันการเกิดอาการบาดเจ็บจากการชัก และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ซึ่งผู้คลอดควรได้รับการประเมินเกี่ยวกับการสูดสำลักและภาวะขาดออกซิเจน โดยในระยะนี้ หากผู้คลอดเกิดการสูดสำลักจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม และเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นได้

ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมไม้กัดลิ้นเพื่อใช้ในการป้องกันการกัดลิ้น และควรจัดท่านอน ตะแคงเพื่อช่วยลดการไหลย้อนของเศษอาหารในกระเพาะอาหารที่อาจเกิดการสำลักหรือเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ และยกร้าวกันเตียงขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง นอกจากนี้หากพบว่าผู้คลอดมีการตอบสนองลดลงจำเป็นต้องเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพต่อไป

2. ระยะเกร็งและระยะชักหรือกระตุก (tonic stage, and clonic stage)

ในระยะเกร็งผู้คลอดจะชักนานประมาณ 15–30 วินาที และระยะชักหรือกระตุกจะใช้เวลาประมาณ 60–90 วินาที ผู้คลอดอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดและภาวะเสื่อมเป็นกรดได้ แพทย์ควรพิจารณาให้ออกซิเจน mask with bag 8–10 ลิตร/นาที เนื่องจากผู้คลอดที่มีภาวะน้ำลายมานៅอีกช่วงในการหายใจจะหดตัว ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ง่าย

3. ระยะหมดสติ (stage of coma)

หลังจากที่ทำการชักหยุด ผู้คลอดจะเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดและภาวะเป็นกรดในเลือด (acidosis) ซึ่งจะพบมากในผู้คลอดที่มีอาการชักซ้ำและจะเกิดโรคปอดบวม

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

จากการสำลักได้ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีการเตรียมผู้คลอดให้พร้อม สำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีใดก็ตามทั้งการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด

นอกจากนี้ภาวะ Eclampsia ที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อทารกในครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดทารกเจริญเติบโตชาในครรภ์และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินและติดตามขัตตราการเห็นของหัวใจทารกในครรภ์เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะการขาดออกซิเจน โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้คลอดเกิดภาวะชัก และสภาพว่าอัตราการเห็นของหัวใจทารกมีความผิดปกติ เช่น ลักษณะ variability แสดง absent หรือ bradycardia ซึ่งแสดงถึงทารกในครรภ์กำลังเกิดภาวะดับขั้น พยาบาลควรต้องช่วยเหลือและให้การพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของทารกในครรภ์ดังนี้

1. จัดท่าให้ผู้คลอดคนนอนตะแคง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของปริมาณออกซิเจนไปที่รกรและทารกในครรภ์
2. หากผู้คลอดได้รับยาออกฤทธิ์ตัวชันอยู่ควรหยุดให้
3. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูก
4. เมื่อให้การพยาบาลแล้วพบว่าอัตราการเห็นของหัวใจทารกไม่สามารถกลับสูงปกติ

ควรรายงานแพทย์

5. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อช่วยทารกในการฟื้นคืนชีพและประสานงานกับการแพทย์

6. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่รบกวนผู้คลอดโดยไม่จำเป็น เนื่องจากผู้คลอดโรคนี้ไวต่อสิ่งกระตุน

ภาวะ HELLP syndrome นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและฉุกเฉินที่ทำให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินความเสี่ยงและการแสดงของผู้คลอดได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยหรือเกิดผลกระทบที่น้อยที่สุด

การพยาบาลระยะคลอดในผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP syndrome

1. ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาเนื่องจากผู้คลอดที่มีภาวะ HELLP syndrome อาจจะมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ซึ่งอาจทำให้เลือดขึ้นจากการตกเลือดได้

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

3. ดูแลให้ได้รับยา MgSO₄ และยาลดความดันโลหิตสูง ตามแผนการรักษา

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำในอัตราที่เหมาะสม เนื่องจากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากเกิดไปอาจทำให้เกิดอาการปอดบวมน้ำได้ ในขณะเดียวกันหากได้รับน้อยเกินไปอาจนำไปสู่การขาดน้ำในร่างกายได้เช่นกัน

5. เมื่อผู้คลอดได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้แล้ว พยาบาลควรจะต้องดูแลผู้คลอดในด้านของความสุขสบาย

6. ดูแลด้านจิตใจเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

7. หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลที่อาจส่งผลให้ตับเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น หรือทำให้เกิดความดันในช่องท้องเนื่องจากจะส่งผลให้เลี้นเลือดบริเวณ subcapsular ซึ่งอยู่บริเวณใต้ตับอาจแตกได้อันจะทำให้เกิดเลือดออกภายในและเกิด hypovolemic shock ตามมา

8. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการเลือดออกมากขึ้น ได้แก่ การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อซึ่งหากจำเป็นต้องฉีด ควรใช้แรงกดบริเวณที่ฉีดยาเพื่อช่วยลดการแตกของเม็ดเลือดแดงหรือเลือดไหลไม่หยุด และเมื่อพบว่ามีการรุนแรงขึ้นควรลดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อโดยให้เปลี่ยนเป็นฉีดยาเข้าเส้นเลือดแทน

9. การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ พลัดตกเตียง ยกที่นอนเตียงขึ้น

10. ประเมินอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และอาการเจ็บยอดอก

วิธีการให้ยาแก้น้ำ

เริ่มต้นด้วย Loading dose ซึ่งเป็นการรักษาในช่วงแรก โดยแพทย์จะให้ยาครั้งแรกในขนาดยาที่มากกว่าขนาดคงระดับ (maintenance dose) เพื่อทำให้ระดับยาในเลือดสูงขึ้นหลังจากนั้นจึงจะให้ในขนาดคงระดับ เพื่อให้ระดับยาอยู่ในช่วงที่ได้ผลต่อเนื่อง

ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยา MgSO₄ มีดังนี้

ขณะที่ได้รับยาฉีดเข้าหลอดเลือด Loading dose: ตัวอย่างเช่น 10 % MgSO₄ 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ใน 15–20 นาที

- ให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดที่ได้รับการรักษาด้วยยา MgSO₄ ว่าอาจจะมีอาการร้อนวูบวาบ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด
- ดูแลความไม่สุขสบายจากขาเดียงของยา MgSO₄ เช่น อาการร้อนวูบวาบ โดยพยาบาลควรใช้พ้าชูบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าและลำตัวให้ผู้คลอด
- ประเมินความดันโลหิตทุก 5–15 นาที โดยค่า diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มม.ปรอท
- ประเมินและติดตามการเต้นของหัวใจหากในครรภ์อย่างต่อเนื่อง
- Retained Foley's catheter เพื่อตูกการขับปัสสาวะ เนื่องจากยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะ

ขณะที่ได้ Maintenance dose: ตัวอย่างเช่น 50 % MgSO₄ 20 กรัม (คือ การนำยา 50 % MgSO₄ ขนาด 2 มิลลิลิตร มาจำนวน 20 ampoules) ผสมกับสารน้ำ 5% DW 1000 ml IV drip 75 cc/hour (1.5 g/hour)

- ประเมินความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง โดยค่า diastolic ไม่ควรต่ำกว่า 90 มม. ปรอท
- ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง โดยไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที
- ประเมิน Deep tendon reflex (DTRs) โดยไม่ต่ำกว่า 1+
- ประเมินปัสสาวะ โดยต้องออกไม่น้อยกว่า 30 มล. ใน 1 ชั่วโมง หรือ 120 มล. ใน 4 ชั่วโมง
- ส่งเสือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามระดับ MgSO₄ ในกระแสเลือดตามแผนการรักษา ซึ่งค่าปกติควรอยู่ระหว่าง 4–7 mEq/L หรือ 5–9 mg/dl
- ดูแลความไม่สุขสบายจากการได้รับยา เช่น อาการร้อนวูบวาบ โดยการใช้พ้าชูบน้ำเช็ดบริเวณใบหน้าและลำตัวให้ผู้คลอดที่ได้รับยา
- ประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับกำลังของกล้ามเนื้อ เมื่อพบว่าผู้คลอด มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งควรรายงานแพทย์ทันที

8. เตรียม 10 % Calcium gluconate ขนาด 10 ml ในกรณี Mg^{++} ในเลือดสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยฉีดช้าๆ เข้าทางหลอดเลือดดำ
9. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง
10. หากพบอาการต่อไปนี้จะต้องรายงานแพทย์
 - Deep tendon reflex (DTRs) หายไป
 - อัตราการหายใจช้ากว่า 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 และช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงรักได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยาลดความดันโลหิตอาจมีอาการข้างเคียงหรือส่งผลกระทบต่อผู้คลอดรวมทั้งทารกในครรภ์ได้ พยาบาลจึงควรให้การดูแลผู้คลอดที่ได้รับยาลดความดันโลหิต อย่างใกล้ชิดและใช้หลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) มาพิจารณาร่วมด้วย 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. ดูแลให้ผู้คลอดนอนต่อนตะแคงชายพักผ่อนบนเตียง หากเมื่อย ให้ลับข้างได้บาง จัดสิ่งแวดล้อมให้สบายนอน ลดลิ่งกระตุน
4. On EFM continuous เฝ้าสังเกตการเกิดภาวะ late deceleration หรือ ภาวะหัวใจเต้นช้า

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และการให้ยาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

- ผู้คลอดเลี้ยงต่อภาวะซักเนื้องจากมีความดันโลหิตสูงในระยะคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

ความดันโลหิต 162/110 มม.ปอรอท

วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะซัก

เกณฑ์การประเมินผล

- ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปอรอท
- ไม่มีอาการซัก
- ระดับความรู้สึกตัวปกติ
- Deep tendon reflex (DTRs) ไม่เกิน 2+ และไม่ต่ำกว่า 1+

กิจกรรมการพยาบาล

- ดูแลให้ได้รับยา MgSO₄ ตามแผนการรักษา ควบคุมปริมาณหยดผ่านเครื่อง infusion pump และติดตามภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือดโดยประเมินอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากยา เฟ้าระวังในสิ่งตอบไปนี้ทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกผล

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

- ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยา

- เตรียมการช่วยเหลือเมื่อผู้คลอดมีอาการซัก ขณะซักผู้คลอดจะหยุดหายใจ ประมาณไม่เกิน 1 นาที ตะแคงตัวผู้คลอด เพื่อบ้องกันการสำลัก เตรียมรถให้ยาฉุกเฉิน

- เตรียมยา 10 % Calcium gluconate ขนาด 10 ml ซึ่งเป็น antidote สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำซ้าย นานมากกว่า 3 นาที ตามแผนการรักษา ในกรณีที่มีภาวะแมgnีเซียมเกินในกระแสเลือด

- จัดให้ผู้คลอดคนอนท่าตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

6. ติดตามประเมินและบันทึกอาการนำซัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปีหรือใต้ชัยโคงขวา และระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที
7. ติดตามตรวจปฏิกริยาตอบสนองระดับลีกของเงินที่ยืดกล้ามเนื้อ (DTRs) และบันทึก ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า DTRs 3+, 4+ ให้รายงานแพทย์ทันที
8. ติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง หากพบว่า ค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/110 มม.ปต. ให้รายงานแพทย์ทันที
9. ส่งเสริมให้ผู้คลอดได้มีการพักผ่อนให้มากที่สุด โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ เงียบสงบ แสงสว่างน้อย ลดสิ่งรบกวนและสิ่งกระตุนต่าง ๆ จัดกิจกรรมพยาบาลให้เหมาะสม ลดการรับภาระบอยครั้งโดยไม่จำเป็น
10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการตรวจ CBC, UA, Cr, Uric acid, LDH, AST, UPCI และระดับ Magnesium ในเลือด เพื่อทราบภาวะความรุนแรงของ โรคในการนำมาปรับแผนการพยาบาล
11. เตรียมออกซิเจนสำหรับผู้คลอดไว้ให้พร้อม เพราะอาจต้องใช้เพื่อให้ทารกในครรภ์ ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
12. ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก และสุขภาพของทารกในครรภ์เป็นระยะ ทุก 1 ชั่วโมง
13. บันทึกปริมาณสารน้ำและอิเลคโทรไลท์ที่ได้รับกับที่ขับออกเพื่อประเมิน ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย และเฝ้าระวังภาวะปอดบวมน้ำ
14. ดูแลด้านจิตใจ เนื่องจากผู้คลอดจะมีความเครียดจากสาเหตุหลาย ประการ เช่น ภาวะของโรค กระบวนการดูแลรักษา ความกลัวและความกังวลอันตรายที่จะ เกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ พยาบาลจึงต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและให้ ความช่วยเหลือ ลดความไม่สุขสบาย สร้างความอบอุ่นให้กับผู้คลอด และเพื่อลดความวิตกกังวล และความกลัว

ประเมินผล

ผู้คลอดไม่มีภาวะซัก ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการชา ความดันโลหิต 150/100 มม.ปต. Deep tendon reflex (DTRs) 2+

ສຽບ

ກາວະຄວາມດັນໄລທີຕູ້ສູງຂອນະຕັ້ງຄຣກໍປະກອບດ້ວຍກຸ່ມອາກາຮອງໂຣຄທີມີຄວາມຮຸນແຮງຫລາຍຮະຕັບ ຮະຕັບຄວາມຮຸນແຮງຂອງໂຣຄອາຈເປັ້ນແປງໄດ້ ເນື້ອກາຮັດຕັ້ງຄຣກໍຢັ້ງດຳເນີນຕ່ອໄປ ສິ່ງນັບວ່າເປັນກາວະທີເສີ່ຍງອັນຕຽຍທັງຕ່ອງຝູ້ຄລອດແລະທາກໃນຄຣກໍ ແລະພລຈາກກາຮັດໂຣຄນີຈະສັງພລກຮະທບທັງທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ຈິຕ ໃຈ ຂອງຝູ້ຄລອດແລະຄຣອບຄວ້ວພຍາບາລຝູ້ແລກວຽມມີຄວາມຮູ້ຄວາມໜ້ານ້າງໃນກາຮັດຕັ້ງຄຣກໍໄດ້ ໂດຍຍ່າງຮວດເວົງກົດຈະສາມາຮັດປັ້ງກັນກາຮັດອາກາຮັດທີ່ຮຸນແຮງໄດ້ ຮວມถື້ນໄດ້ຮັບກາຮັດໃນເວລາທີ່ເໝາະສມຈະໜ້າຍລົດອັຕຣາກາຮັດເສີ່ຍ້ວື່ວິຕຂອງຝູ້ຄລອດແລະທາກໃນຄຣກໍໄດ້ ພຍາບາລຈຶ່ງນັບວ່າມີບທາຫສຳຄັນໃນກາຮັດໃຫ້ກາຮັດແລ້ວຝູ້ຄລອດແລະທາກໃນຄຣກໍເພື່ອໃຫ້ພනກາວະວິກຖຸດໄດ້ຍ່າງປລອດກັຍ

4.3.3 ກາຮັດພຍາບາລຝູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະຄລອດໄຫ່ຍາກ

ກາຮັດຄລອດໄຫ່ຍາກເປັນກາວະຊຸກເຈີນທີ່ມີໂອກາສເກີດຂຶ້ນໄດ້ໃນກາຮັດທາງໜອງຄລອດພບອຸປະຕິກາຮັດທີ່ຮ້ອຍລະ 0.6–1.4 (ຄະນະອຸປະຕິກາຮັດມາຕຽບວິຊາຊື່ພ, 2563) ແລະມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບໜ້າຍເໜື້ອຍ່າງເຮັງດ່ວນຈາກທີ່ມ ບຸກລາກຮາກທາງກາຮັດແພທຍ່ ເພື່ອລົດອັນຕຽຍທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນກັບຝູ້ຄລອດ ແລະທາກແຮກເກີດ ແລະປ້ອງກັນກາຮັດຂ້ອງຮ່ອງເຮີຍນ ປ້ອງກັນກາຮັດພື້ນຮ່ອງຕາມກົງໝາຍ ດັ່ງນັ້ນຈຶ່ງມີຄວາມຈຳເປັນແລະຄວາມສຳຄັນທີ່ພຍາບາລຝູ້ສາມາຮັດທຳຄລອດປົກຕິ ແລະເປັນຝູ້ໜ້າຍເໜື້ອກາຮັດຄລອດຜົດປົກຕິ ອາຈະພບກັບເຫດຸກາຮັດກາຮັດຄລອດໄຫ່ຍາກເກີດຂຶ້ນ ກາຮັດພື້ນທັກະກາຮັດໜ້າຍຄລອດໄຫ່ຍາກ ກາຮັດປະເມີນດັດກາຮັດກາວະເລື່ອງເພື່ອຄາດກາຮັດວ່າຝູ້ຄລອດດ້ານໄດ້ມີໂອກາສເກີດກາຮັດຄລອດໄຫ່ຍາກໄດ້ ຈະທຳໃຫ້ພຍາບາລຝູ້ແນວທາງກາຮັດປົງປົກຕິໃນກາຮັດແລ້ວຝູ້ຄລອດທີ່ມີກາວະກາຮັດຄລອດໄຫ່ຍາກໄດ້ຍ່າງມີປະສິທິວິພາພ ຝູ້ຮັບບັນດາກາຮັດປົງປົກຕິໃຫ້ຝູ້ຄລອດແລະທາກແຮກເກີດ

ກາຮັດຄລອດໄຫ່ຍາກ ໄມຍາຍື່ງ ກາຮັດທີ່ໄຫ່ທາກໄມ້ຄລອດກາຍໃນ 60 ວິນາທີ ກາຍໜັງຕີວິຈະຂອງທາກ ອອກຈາກຂອງຄລອດມາແລ້ວ (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2016)

การคลอดให้ล่ำยก คือ การดึงศีรษะ胎ารกอย่างนุ่มนวล แล้วไม่สามารถทำการคลอดให้ล่ำยกของ胎ารกได้ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

โดยสรุป การคลอดให้ล่ำยก เป็นภาวะที่ใช้เวลาในการคลอดให้ล่นนานกว่าปกติ หรืออาจจะต้องใช้หัตถการ อื่นเพื่อช่วยทำการคลอดให้ล่ำยกเพิ่มขึ้น

การประเมินและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการคลอดให้ล่ำยก ในระยะคลอด

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในดูแลผู้คลอดในทุกระยะของการคลอด ดังนั้นการที่พยาบาลมีความรู้ และประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของ การคลอดให้ล่ำยกได้ อย่างถูกต้อง เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดก็จะสามารถให้การช่วยเหลือ หรือ ส่งต่อผู้คลอดในกรณีที่ไม่มีสูติแพทย์ และประเมินว่า胎ารกตัวใด ควรส่งตอก่อนคลอดไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพในการดูแลต่อได้อย่างเหมาะสม และทันท่วงที

ปัจจัยเสี่ยงของการคลอดให้ล่ำยก ได้แก่

1. มีประวัติการคลอดให้ล่ำยก และ胎ารกในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ จากรายงานการเกิดภาวะ คลอดให้ล่ำยก ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ร้อยละ 1.1–16.7

2. มีความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 (prolonged first stage of labor) ซึ่งมักจะพบในกรณีที่胎ารกในครรภ์มีขนาดตัวใหญ่ และจากประสบการณ์ของผู้เขียน ยังพบว่า胎ารกในครรภ์ที่มีขนาดตัวใหญ่ เมื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด จาก partograph จะพบว่าการเบิดขยายของปากมดลูกล้าช้า กราฟอยู่ระหว่างเส้น alert line กับ action line หรืออยู่หลังเส้น action line ในกรณีที่การหดรัดตัวของมดลูกปกติ

3. มีความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 2 (prolonged second stage of labor) เป็นสัญญาณเตือนที่ต้องนึกถึงว่าอาจมีความผิดปกติของสัดส่วนระหว่างศีรษะ胎ารก กับช่องทางคลอด ถ้าหาก ผิดสัดส่วนไม่มากนัก อาจจะคลอดทางช่องคลอดได้แต่อาจจะ มีการคลอดติดให้

4. มีการฉักร้ำนมการคลอด เช่น การให้ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก (oxytocin) เนื่องจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี มีการคลอดที่ยาวนาน ซึ่งมักจะพบในกรณีที่胎ารกในครรภ์ มีขนาดตัวใหญ่

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และ胎ารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. มีการใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น มีการช่วยคลอดด้วยคิม หรือเครื่องดูดสูญญากาศ ในขณะที่ส่วนนำทารกอยู่ระดับ 0 ถึง +2 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดการคลอดติดไฟล์ได้ถึงร้อยละ 4.6 เมื่อเทียบกับร้อยละ 0.16 ของทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (ธัชจารีย์ พันธุ์ชาลี และวิทยา ฤทธิพันธ์, 2562)

6. การคลอดเร็วเกินไปทำให้เกิดการคลอดติดให้ลodicule เนื่องจากให้ลثارกในครรภ์ยังอยู่ในท่า anteroposterior ที่ระดับ pelvic brim ไม่เกิดการหมุนของให้ลثارกให้อยู่ในแนวเฉียง การทำคลอดให้ลodicule ไม่สามารถทำได้

7. ผู้คลอดมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกในครรภ์อาจมีภาวะ macrosomia น้ำหนักทารกมากกว่า 3,500 กรัม

๘. ผู้ผลิตมีภาวะอวนหรือนำหนักเพิ่มมากขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมกับมีระดับยอดคลอดลงที่สูงมากกว่า ๓๔ เซนติเมตร

๙. ผุคลอดที่มีเชิงกรานแคบแบบ Platypeloid เชิงกรานมีลักษณะเป็นวงรี เส้นผ่าศูนย์กลาง
แนววงจะยาวกว่าแนวหน้าหลัง

10. ផ្ទៀងផ្ទាត់ទីនឹងការគ្រែករោងការណ៍ដែលបានបញ្ជាក់ថា
តាមពេលវេលាដែលបានបញ្ជាក់ថាបានបង្ហាញពីការគ្រែករោងការណ៍

ตัวอย่างการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลและการคลอดให้ลูกยกในระยะคลอด การประเมินสภาพ (assessment)

1. การพยายามรับในห้องรับใหม่ ต้องมีการประเมินผู้คลอด ด้วยการตรวจครรภ์เพื่อคาดคะเนว่าหนังสากทารกในครรภ์ หากพบว่ามากกว่า 3,500 กรัม ควรจะมีการเฝ้าระวังตรวจประเมินลักษณะซองเชิงกรานจากการตรวจภายใน หากพบความเสี่ยงต้องมีการรายงานสูติแพทย์เพื่อปรึกษา และแจ้งให้ผู้คลอดทราบถึงความเสี่ยงของตนเอง

2. ในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดด้วย Partograph เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 ล่าช้า หรืออยาวนาน ร่วมกับการที่ทางรุ่มภาร์มีขนาดตัวใหญ่ หากพบว่าผิดปกติ ควรจะต้องมีการรายงานสูติแพทย์เพื่อปรึกษา และติดตามเฝ้าระวัง ตลอดไป

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (diagnosis)

ในการทำคลอด เมื่อประเมินได้ว่ามีโอกาสเกิดการคลอดให้ยากหรือติดให้ยากหลังการคลอดคือจะ ของทารก อาจจะพบสัญญาณเตือน ได้แก่

1. ศีรษะหมุนหรือตอนยกลับไปอัดติดกับผีเสื้อบริเวณหัวหน่าว ที่เรียกว่า ศีรษะติดคล้ายเต่า (turtle sign)

2. มักจะไม่เกิด restitution ตามกลไกการคลอดปกติ เนื่องด้วยเกิดแรงเสียดทานมากจนทำให้ศีรษะทารกหมุนจากหรือไม่เกิดการหมุน

3. ภายหลังการโน้มศีรษะเพื่อทำการคลอดให้แล้วไม่เกิด การคลอดให้เหลือน้ำ หากพยาบาลประเมินได้ว่าเกิดการคลอดให้ยากหรือติดให้แล้วเกิดขึ้น ควรจะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดเพื่อช่วยคลอดติดให้แล้ว และตามกฎหมายวิชาชีพอนุญาตให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถโน้มทำการคลอดให้แล้ว แต่หากไม่สามารถทำการคลอดให้แล้วได้ให้ตามสูตรแพทย์หรือพยาบาลที่มีความชำนาญมากกว่ามาช่วยทำการคลอด สองคล้องกับข้อบังคับสภากาชาดไทย พ.ศ. 2564 ข้อ 22 การช่วยเหลือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำการคลอด ในรายที่มีการคลอดผิดปกติ เช่น การคลอดติดให้เหลือน้ำ หรือการใช้เครื่องมือช่วยคลอดด้วยเครื่องสูญญากาศด้วยคีม หรือการช่วยทำการคลอดติดให้เหลือน้ำ เป็นภาวะผิดปกติที่ต้องรายงานสูตรแพทย์เพื่อทำการคลอดนั้นหมายถึงว่า การคลอดติดให้เหลือน้ำ เป็นภาวะผิดปกติที่ต้องรายงานสูตรแพทย์เพื่อทำการคลอด

การวางแผนการพยาบาล (planning) และปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์ต้องทำการคลอดให้ยาก ต้องตั้งสติและไม่ควรพยายามใช้แรงดึงโน้มให้เหลือน้ำมากเกินไป หรือออกแรงดึงมากหลายครั้ง ห้ามดันบริเวณยอดมดลูก เพราะจะทำให้ให้เหลลงมาติดแน่นมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายต่อทารก สิ่งสำคัญคือ พยาบาลควรปฏิบัติตามแนวทางการช่วยคลอดติดให้แล้ว

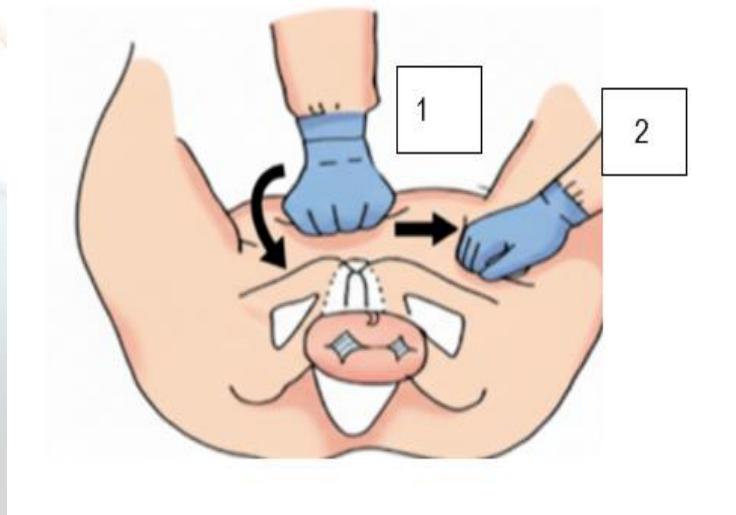
1. ตามคนมาช่วยเหลือ call for help หรือรายงานแพทย์โดยทันที
2. สวนปัสสาวะ
3. ตัด episiotomy ให้กว้างขึ้น
4. ใช้ลูกยางแดงดูดมูกในมูกและปากจนหมด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและพยาบาล : การพยาบาลมาตรฐาน และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. วิธีการช่วยคลอดให้ลูกยาก เริ่มต้นตามแนวทางเชิงปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การคลอดให้ลูกยาก RTCOG Clinical Practice Guideline Shoulder Dystocia ดังนี้

5.1 การทำ McRoberts maneuver หรือรวมกับการทำ Suprapubic pressure พร้อมกันตั้งแต่เริ่มต้น

5.1.1 การทำ Suprapubic pressure โดยมีวิธีกดโดย 2 วิธี คือแบบ 1. Mazzanti maneuver ให้ผู้ช่วยกดบริเวณเหนือหัวเหง้าลงตรงๆ ทำให้เกิดดึงขึ้นไป พร้อมกับผู้ที่กำลодดึงศีรษะทารกลงล่าง หรือ แบบ 2. Rubin I maneuver ให้ผู้ช่วยยืนทางฝั่งที่เป็นหลังของทารก พยายามผลักให้เกล้าทารกเฉียงและซุ่มไปทางหน้าทารก เพื่อให้เกิด adduction พร้อมกับผู้ที่กำลอดดึงศีรษะทารกลงล่าง (รูปที่ 4.5)



รูปที่ 4.5 แสดงการทำ Suprapubic pressure โดยมีการดัดแปลงจากรูปต้นฉบับ
ที่มา: Google LLC, 2025

5.1.2 การทำ McRoberts maneuver วิธีการ คือ ให้ผู้ช่วย 2 คน ยกขาผู้คลอดออกจากขาที่ยังท้อง 2 ข้างแล้วขอส์ส์โพกขึ้นมาจันต้นขาอยู่ชิดหน้าท้อง และยืนจับไว้ หรือให้ผู้คลอดจับบริเวณต้นขาด้านในของตนเองไว้ หลังจากนั้นผู้ที่กำลอดดึงศีรษะทารกลงล่างเพื่อให้เกล้าคลอด หรือวิธีการนี้มักจะทำร่วมกับ Suprapubic pressure (รูปที่ 4.6)



รูปที่ 4.6 แสดงการทำ McRoberts maneuver รวมกับ Suprapubic pressure โดยมี การตัดเปล่งจากรูปต้นฉบับ

ที่มา: Google LLC, 2025

6. หากยังไม่สามารถช่วยได้ พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาทำการช่วยเหลือตาม ความณัตของแพทย์ 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 (กรณีหากเสียชีวิตแล้ว)

การประเมินผลการพยาบาล (evaluation)

การดูแลหลังคลอดการดูแลหลังคลอดภายหลังการช่วยคลอดให้เหล่ายาก คือ

1. การประเมินสภาพมารดา และทารก ดังนี้ มารดา เลี้ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกแตก การบาดเจ็บที่ช่องทางคลอด และติดเชื้อทารก เลี้ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน การบาดเจ็บที่เส้นประสาท เช่น บริเวณไหล่ (brachial plexus injury) หรืออันตรายต่อระบบประสาทและสมอง กระดูก clavicle หรือกระดูกแขนหัก หากทารกมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ควรจะมีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อมาร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลในการดูแลและต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2. ກາຣດູແລດ້ານຈົດໃຈ ພຍາບາລພດຖຸງຄຣວົກວຽຈະອົບຍາຍອາກາຣບັຈຊູນ ແນວທາງກາຣັກຂາຂອງແພທຍໍ ກາວະແທຮກສ້ອນທີ່ເກີດຂຶ້ນກັບທາຮກ ຮວມທັງເປີດໂອກາສໃໝ່ມາຮາດາ ແລະຄຣອບຄຣວໄດ້ສັກຕາມຂໍ້ມູລຕາງໆ

3. ຮະຫວາງກາຣໜ່ວຍຄລອດໄໜ່ຍາກ ຄວຣບັນທຶກເວລາໃນກາຣປົງປັດກິຈກຣມຕາງໆ ແລ້ວນຳມາເວີຍງຳດັບປິນໃນກາຣບັນທຶກໃນບັນທຶກທາງກາຣພຍາບາລໃໝ່ຕຽບຕາມຄວາມເປັນຈິງ

ຕັ້ງອ່າຍາງຂໍ້ວິນິຈລ້ຍກາຣພຍາບາລ

1. ທາຮກເລື່ອງຕອກກາວພ່ອງອອກອົງເຈົ້າເຈົ້າເມື່ອແຮກເກີດ

ຂໍ້ມູລສັນບສູນ

ໃຊ້ເວລາໜ່ວຍຄລອດໄໜ່ແລະລໍາຕົວ ນານ 2 ນາທີ

ວັດຖຸປະສົງຄໍ

ປ້ອງກັນກາວະທາຮກຂາດອອກອົງເຈົ້າແຮກຄລອດແລະໃໝ່ທາຮກໄດ້ຮັບອອກອົງເຈົ້າອ່າຍາງເພີ່ມພອ

ເກັນທິກາຣປະເມີນຜລ

1. APGAR score ມາກກວ່າຫຼືເທົ່າ 7 ດະແນນຂຶ້ນໄປ ໃນນາທີທີ່ 1

2. APGAR score ເທົກກັບ 10 ດະແນນ ໃນນາທີທີ່ 5, 10

3. ດ້ວຍຄວາມອື່ນຕົວອອກອົງເຈົ້າ (SpO_2) ທາຮກແຮກເກີດໃນນາທີທີ່ 5 ມາກກວ່າຫຼືເທົ່າ
ເທົກກັບ 80 %

ກິຈກຣມກາຣພຍາບາລ

1. ດູແລໃໝ່ຜູ້ຄລອດໄດ້ຮັບອອກອົງເຈົ້າອ່າຍາງເພີ່ມພອ ໂດຍໃໝ່ຫັ້ນ້າກາກອອກອົງເຈົ້າ
10 ລົດ/ນາທີ ຮະຫວາງໜ່ວຍຄລອດ

2. ເຕີຍມອຸປະກຣນີໃນກາຣໜ່ວຍພື້ນຄືນເຈົ້າພທາຮກແລະຮາຍງານກຸມາຮແພທຍໍ

3. ຈດບັນທຶກຮະເວລາທີ່ຕີຮະຄລອດຈົນສິ່ງຄລອດໄໜ່ ດ້ວຍຕິດໄໜ່ນານ 5 ນາທີຂຶ້ນໄປ
ທາຮກມີໂອກາສເກີດກາວະສມອງຂາດເລື່ອດີໄປເລື່ອງ

4. ປະເມີນຄະແນນ APGAR score ແລະປົງປັດຕາມແນວທາງກາຣງົ່າພື້ນດືນເຈົ້າພທາຮກແຮກ
ເກີດ

5. ດູແລໃໝ່ໄດ້ຮັບຢາ ສານ້າທາງໜ່ວຍຄລອດເລື່ອດຳ ແລະອອກອົງເຈົ້າຕາມແນກກາຣັກຂາ

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

ประเมินผล

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

สรุป

ภาวะการคลอดให้ล่ำไก ไม่สามารถทำนายหรือป้องกันได้ เนื่องจากยังไม่มีวิธีใดที่สามารถทำนายได้อย่างแม่นยำว่าทารกรายใดจะเกิดภาวะนี้ขึ้น การดูแลประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การคัดกรอง ความเสี่ยงในระยะคลอด จึงมีความสำคัญและน่าจะสามารถคาดคะเนปัญหาจากการคลอดยากได้ และการคลอดติดให้ล่ำยังเป็นภาวะฉุกเฉินที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักรถึงความสำคัญ เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรใช้กระบวนการพยาบาลและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอยู่ภายใต้ กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ อันจะนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิด

4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม และการพยาบาล ในระยะคลอด

4.4.1 กรณีคีกษาผู้คลอดที่มีภาวะ Pre-eclampsia with severe feature

ผู้รับบริการ เพศหญิง

อายุ 24 ปี

เชื้อชาติ ไทย

สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ อาชีพ พนักงานบริษัท

การศึกษา

มัธยมคีกษาปีที่ 3

การวินิจฉัยแกรรับ 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

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน และการก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การรวบรวมข้อมูล

1. ประวัติการเจ็บป่วย

1.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์ที่ ทุก 5-8 นาที

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:

ก่อนมาโรงพยาบาล 10 ชั่วโมง เริ่มมีอาการเจ็บหน่วงเหนื่อยท้องน้อย นอนพักอาการดีขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง มีอาการเจ็บครรภ์ที่ ๆ ทุก 5 -8 นาที ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีน้ำเลือด ลูกติดนัด ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่ไหนก่อนมาถึงห้องคลอด เวลา 22.00 น.

1.3 ประวัติการเจ็บป่วยของผู้คลอด

เบาหวาน ปฏิเสธ ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธ หัวใจ

ปฏิเสธ

ชั้ยร้อยด์ ปฏิเสธ โรคโลหิตจาง ปฏิเสธ โรคชาลัสซีเมีย

ปฏิเสธ

วันโรคปอด ปฏิเสธ การมีคร (ซิพิลิส หนองใน เชื้อรา พยาธิฯ)

ปฏิเสธ

ไต ปฏิเสธ โรคแพ้อาหาร ยา ผุ่น ฯลฯ ปฏิเสธ โรคอื่นๆ

ปฏิเสธ

การผ่าตัด ปฏิเสธ

ประวัติแพ้ยา ปฏิเสธ ประวัติแพ้อาหาร ปฏิเสธ

1.4 ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

โรคซัก ปฏิเสธ เบาหวาน ปฏิเสธ โรคจิต ปฏิเสธ

วันโรค ปฏิเสธ โรคเลือด ปฏิเสธ พิการแต่กำเนิด ปฏิเสธ

บัญญาอน ปฏิเสธ มีมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาโดยการ

รับประทานยา

ผลวิเคราะห์ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่า ผู้คลอดที่มีญาติสายตรงมีภาวะความดันโลหิตสูง

200 | บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม ในระยะคลอด

มีความเป็นไปได้ว่าจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้มากกว่าผู้คลอดที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคตั้งกล้า (Walle & Azagew, 2019)

1.5 ประวัติทางสุขภาพที่สำคัญ

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

1.6 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

มีภาวะ Preeclampsia without severe feature เมื่ออายุครรภ์ 35^{+6} 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+

ผลการตรวจอัคติกรองโรคชาลัสซีเมีย

ภารณา OF: positive DCIP: negative

สามี OF: negative DCIP: negative

ผลการวิเคราะห์: หญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะชาลัสซีเมีย

2. ผลการตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจภายใน การประเมินภาวะสุขภาพหารกในครรภ์

และสัญญาณชี้พิสัยรับ

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

Face: Normal-looking

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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 grade 3

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

Abdomen: HF ¾ > 0, 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: ໄຟ້ມື້ອາການປັດຄືຮະ ຕາພ່າມ້າ ຈຸກແນ່ນລິນປີ່ຫົວໜ້າໃຫຍ່ໂຄຮງຂວາ

3. ຜລຕຽວຈາກທາງໜ້າອົງປະກິບຕິກາຣ (ຂະນະທີ່ພັກກັນທາງໜ້າອົງປະກິບຕິກາຣໃນໂຮງພຍາບາລ)

3.1 CBC

ຮາຍກາຣ	ຄໍາທີ່ໄດ້	ໜ້າວຍ	ຄໍາປັກຕິ
WBC	11.3	10 ³ /uL	4.0–10.0
RBC	5.4	10 ³ /uL	3.5–5.5
HGB	12.9	g/dL	11.0–16.0

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care

During the Intrapartum Period

202 | บทที่ 4 การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม ในระยะคลอด

รายการ	ค่าที่ได้	หน่วย	ค่าปกติ
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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมาตรฐาน และหากในระยะก่อนตั้งครรภ์ 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)	-

204 | 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 ₂	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

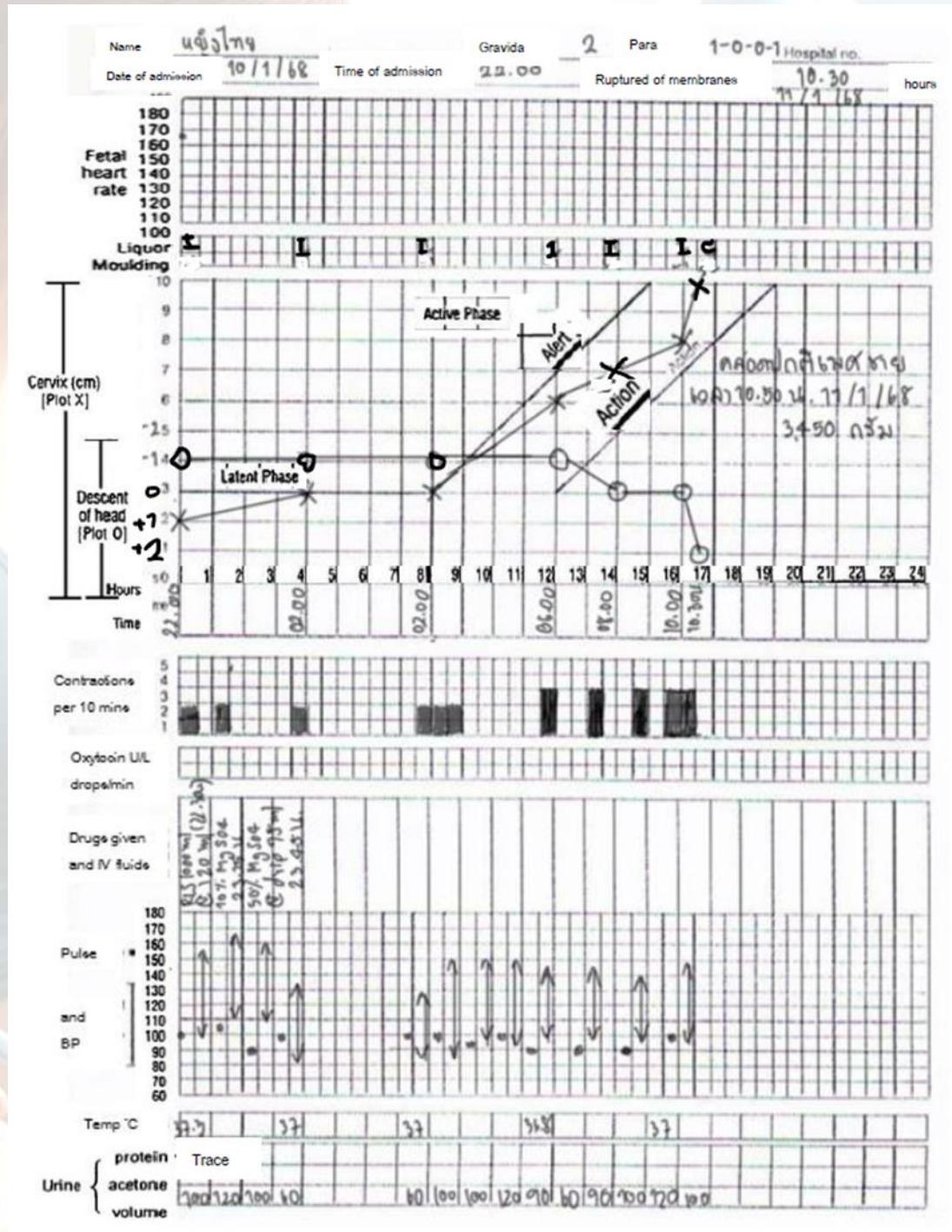
ว/ด/ป เวลา	BP	position	FHS	cx. dilated (cm)	Eff. %	membrane	station	interval	duration	severity
10/1/68 22.00	154/103	OL	156	2	50	MI	-1	5'50"	45"	++
23.00	162/115	OL	148							
11/1/68 00.30	160/110	OL	150					6'20"	35"	++
01.00		OL	160							
01.10	155/108	OL	160							
02.00		OL	158	3	50	MI	-1	5'30"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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ 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 และการรักษาในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. ແຜນກາරຮັກໝາ

Order for one day	Order for Continuous
<p>10 ມັງກອນ 2568 (22.25ນ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admit LR - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LDH, Uric, LFT - UA - ສົງຕຽວຈ UPCI - Urine protein - PT, PTT, INR - RLS 1000ml V rate 120ml/hr. - GIM PRC 2 U - Monitor EFM - Observe progression of labor (23.15ນ.) - 10 % MgSO₄ 5 ກຣັມ ຂຶດເຂົ້າຫລອດເລື່ອດຳນົງ ໃນ 15–20 ນາທີ - 50 % MgSO₄ 20 ກຣັມ ພສມກັບສານໍ້າ 5% DW 1000 ml IV drip 75 cc/hour (1.5 g/hour) - Retained Foley catheter 	<ul style="list-style-type: none"> - NPO - Record V/S, ຖຸກ 1 ຊມ. - Record I/O - Observe sign of pre- Eclampsia ໄດ້ແກ່ ປວດຕີຮະ, ຕາມວ, ຈຸກແນ່ນລິ້ນປີ - Keep DTR 1+,2+ - keep BP<160/100 ມມ. ປຣອທ

ຕົວຢ່າງຂໍ້ວິນິຈນັ້ນທາງການພຍາປາດ

1. ຜູ້ຄລອດເລື່ອງຕ້ອກກາຮັກ
2. ທາຮກໃນຄຣກເລື່ອງຕ້ອກກາວພ່ອງອອກຊີເຈນຈາກກາວຄວາມດັນໂລທີສູງຂະນະຕັ້ງຄຣກ
3. ຜູ້ຄລອດມີຄວາມກລັວ ແລະ ວິຕກກັງລາເກີ່ວກັບກາວຄວາມດັນໂລທີສູງຂະນະຕັ້ງຄຣກ
4. ຜູ້ຄລອດມີຮະປາກມດລູກເປີດຂໍ້າຍເຮົວທີ່ຍາວນກວ່າປັກຕິ

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 MgSO₄ 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 ทางการแพทย์ ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

4. ให้ข้อมูลเพื่อคลายความกังวล เนื่องจากผู้คลอดจะมีความเครียดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ภาวะของโรค กระบวนการรัดแลรักษา 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 ผลตรวจปฏิกริยาตอบสนองระดับลีกของเงินที่ยืดกล้ามเนื้อ (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 เพื่อทราบภาวะความรุนแรงของโรคในการนำมาปรับแผนการพยาบาล

7. เตรียมการช่วยเหลือเมื่อผู้คลอดมีอาการชัก ขณะซักผู้คลอดจะหยุดหายใจประมาณไม่เกิน 1 นาที ตะแคงตัวผู้คลอด เพื่อป้องกันการสำลัก เตรียมรถให้ยาฉุกเฉิน

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
รakeiom มีเนื้อตาย ทารกโตชา มีความผิดปกติของ Doppler velocity ได้บ่อย มีรอยโรค
จากการที่เซลล์เยื่อบุเส้นเลือดถูกทำลาย สารในพลาสม่าแทรกเข้าสู่ผนังเส้นเลือด มีการเพิ่ม
ปริมาณของเซลล์กล้ามเนื้อ ผนังเส้นเลือดมีผนังหนา (ธีระ ทองสง, 2564) ซึ่งทำให้ทารกในครรภ์
เสี่ยงต่อการเกิด fetal distress

รัตตุประสงค์

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. จัดท่าให้ผู้คลอดดมอนเต้นและเ幸ชชายเพื่อช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงมดลูกและ
รกรมาดีขึ้น
3. แนะนำให้ผู้คลอดลังกัดและนับการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ หากพบว่าทารกในครรภ์
ดีน้อยลง ต้องรีบแจ้งพยาบาล
4. On Electronic Fetal Monitoring Continuous เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์
และบันทึกผลเสี่ยงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรฐาน
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การประเมินผล

1. การเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 130 – 160 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ
2. ทารกติดบ่ออยู่ครั้ง ติ่ม 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 เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาเสียชีวิตได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ซึ่งการเสียชีวิตเกิดจากการซักหรือหลอดเลือดในสมองแตก นอกจากนี้ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รถลอกตัวก่อนกำหนด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติเลือดออกในสมอง ตับและไตaway ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอดการบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด (คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) จากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สงผลทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวล และเครียดตามมาได้ วัตถุประสงค์

ลดความกลัวและความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดมีสีหน้าท่าทางที่บ่งบอกถึงความสบายนิ่มมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ และบรรยายกาศให้ผ่อนคลายเพื่อให้ผู้คลอดรับฟังโดยย่างเข้าใจ ในขณะที่ให้ขอร้องการลังเลต่อการผิดปกติของตนเองและทารกในครรภ์

2. อธิบายการป้องกันและวิธีการลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้คลอดและทารกในครรภ์ ตามสภาพปัจุหานี้ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้คลอด ด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและทำให้เป็นมิตร
3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดและระบายความรู้สึกนึงกิด ความกลัว ซึ่งการพูดเป็น การระบายความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดผ่อนคลายมากขึ้น
4. ประเมินและติดตามสังเกตการแสดงออกถึงความเครียด กังวลของผู้คลอดผ่านทางสีหน้า และร่างกาย เช่น ร้องไห้ มือสั่น สีหน้าแวงตาเครื่อง
5. บอกเหตุผลในการปฏิบัติกรรมเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและเต็มใจปฏิบัติ

การประเมินผล

ผู้คลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลง และอยู่ในภาวะความกังวลที่สามารถเผชิญได้ตามปกติ ไม่มีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น ร้องไห้ มือสั่น หรือแวงตาเครื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้คลอดมีระยะปากมดลูกเบิดขยายเร็วที่ยานานกว่าปกติ ข้อมูลสนับสนุนปัจุหาน

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

การวิเคราะห์สาเหตุของปัจุหาน

ผู้คลอดครรภ์หลังเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะ active phase จะกระแทกทั้งปากมดลูกเบิดหมัด จะใช้ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมาตรฐาน แต่หากในระยะก่อนตั้งครรภ์ 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 และไขหัวเตียงสูง ทำมุม 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 การตรวจระบบประสาಥ้อตโนมัติ (DTRs) และ

ระดับความรู้สึกตัว ในส่วนของ胎兒ในครรภ์ ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพแบบต่อเนื่อง (continuous electronic fetal monitoring: EFM)

ตัวอย่างปัญหาทางการพยาบาลที่พบ คือ

1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดชัก
2. 胎兒ในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรักไม่เพียงพอ

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

3. ผู้คลอดมีความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
4. ผู้คลอดมีระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็วที่ยานานกว่าปกติ

บทสรุป (chapter summary)

ภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ และมีการดำเนินของโรคต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด หรือภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระยะคลอด เป็นปัญหาสำคัญที่นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของ胎兒ในครรภ์ รวมถึงครอบครัว พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลในระยะคลอดทั้งผู้คลอดและ胎兒ในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้คลอดและ胎兒ในครรภ์ได้รับการประเมิน และการพยาบาลที่ทันท่วงทีในเวลาที่เหมาะสม อันจะนำมาซึ่งความปลอดภัย ลดสาเหตุของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในมารดา และ胎兒ในครรภ์ในระยะคลอด

ดังนั้น การที่พยาบาลมีความรู้ในการประเมินภาวะเสี่ยงและมีทักษะปฏิบัติ การพยาบาลในภาวะเสี่ยงที่พบโดยในระยะคลอด เช่น ภาระการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการช่วยคลอดให้ล้ำกาก เป็นต้น จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมารดาและ胎兒ในครรภ์ในระยะคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และ胎兒 ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ເອກສານຂາງອີງ

ຄະນະອຸນຸກຮມກາຣມາຕຽບສູານວິຊາລື້ມ ຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ. (2563). ແນວທາງເວັບປົງບົດຕື່ອງຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ ເຊື່ອກກາຣຄລອດໄຫລຍາກ RTCOG Clinical Practice Guideline Shoulder Dystocia.

<https://www rtcog or th/photo/cpg/OB-63-023 pdf>

ຄະນະອຸນຸກຮມກາຣມາຕຽບສູານວິຊາລື້ມ ຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ. (2563). ແນວທາງເວັບປົງບົດຕື່ອງຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ ເຊື່ອກກາຣດູແລຄວາມດັນໂລືທີສູງໃນສຕຣີຕັ້ງຄຣວກ. <https://www rtcog or th/photo/cpg/OB-63-021 pdf>

ຄະນະອຸນຸກຮມກາຣມາຕຽບສູານວິຊາລື້ມ ຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ. (2564). ແນວທາງເວັບປົງບົດຕື່ອງຮາຊວິທຍາລ້ຍສູດຕິນວິແພທຍໍແຫ່ງປະເທດໄທຍ ເຊື່ອກກາຣປະເມີນສຸຂພາພາກໃນຄຣວກ RTCOG Clinical Practice Guideline Antepartum Fetal Surveillance. <https://www rtcog or th/photo/cpg/OB-64-026 pdf>

ງານກາຣພຍາບາລຜູ້ຄລອດໂຮງພຍາບາລສອງພື້ນໜອງ. (ມ.ປ.ປ.) ຄູ່ມືອກກາຣດູແລໝູງຕັ້ງຄຣວກຜູ້ຄລອດແລະທາກແຮກເກີດຂອງງານກາຣພຍາບາລຜູ້ຄລອດໂຮງພຍາບາລສອງພື້ນໜອງ.

https://songpeenong moph go th/ita67/2567MOIT2_14 pdf

ຈິຈ້າຍ ໜູ້ສິງທ໶ນ, ສຸພິຄ ດີຣີອຽນວັຕັນ, ແລະ ດຕີຣັຕັນ ເຕະຕັກຕິຄວີ. (2564). ຄວາມສັມພັນຮະຫວາງປັດຈຸກາດຕຳເນີນເຊີຕັກກາເຈັບຄຣວກຄລອດກອນກຳໜັດໃນໜູ້ມີຕັ້ງຄຣວກ. ວາරສາຣພຍາບາລສກາກາຊາດໄທຍ, 14(1), 226–240.

ສູງວຽຣານ ບ້ວແໜ້ນ, ເພີ່ງບຸ້ລັນ ຢາປານ ແລະ ສຸຈິຕົດຮາ ພົງປ່ຽນປະສົງ. (2562). ກາຣພຍາບາລສຕຣີຕັ້ງຄຣວກທີ່ມີກາວະເລື່ອງຕ່ອກກາເຈັບຄຣວກຄລອດກອນກຳໜັດ. ຮາມາທີບດີພຍາບາລສາຣ, 25(3), 243–254.

ອັນຈາກີ່ພັນຮ່າລື ແລະ ວິທຍາ ປິຈູ້າພັນຮ່າ. (2562). ກາຣຄລອດໄຫລຍາກ. ໃນ ວິທຍາ ປິຈູ້າພັນຮ່າ, ຕຣີກພເລີຄປຣຣນພົງໝ່, ແລະ ການກວຽດ ວັດນິຮັນດົກ (ບ.ກ.), ກາວະວິກຖາກສູດຕິກຣມ: Obstetric Crisis (ພິມພົກຮ້າງທີ່ 3, ຂັບປັບແກ້ໄຂປັບປຸງ, 64–70). ພື.ເອ.ສື່ພົງ ຈັກັດ.

ອືຣະ ທອງສາງ. (2562). Birth Asphyxia. ຄະນະແພທຍຄາສຕ່ວ ມາກວິທຍາລ້ຍເຊີ່ຍໃໝ່.

<https://w1 med cmu ac th/obgyn/lessons/birth-asphyxia/>

ธีระ ทองสง. (2564). *Obstetrics สูติศาสตร์*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา.

นนทพงษ์ ยศภรรจิตร. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะ Cephalopelvic disproportion (CPD).

สารสารสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม, 5 (4), 124–127.

รายงานมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก. (2565). ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565.

https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce9_9f0f4b8d

วรรณเพ็ญ โภชาวงศ์. (2561). อุปติกรรมความเสี่ยงหลังการใช้แนวทางการทำนายการผ่าตัดคลอดจากภาวะซองเชิงกรานไม่ได้สัมส่วนกับขนาดตีรังษีทารก. สารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 5(1), 43–58.

ศรีเกียรติ อนันตสวัสดิ์. (2562). การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

อนามัยมาตรการและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย. (2567). วิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงของประเทศไทยปีงบประมาณ 2567. 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.

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.

Google LLC. (2025). *Gemini (Flash 2.5 version)* [Large Language Model]. Accessed November 28, 2025.

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>

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมาตรการและทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

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 (10th revision, Vol.2)*. chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgjclefindmkaj/https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2010.pdf

World Health Organization. (1994). *Preventing Prolonged Labor: a practical guide the partograph part I: principles and strategy. (WHO document WHO/FHE/MAM/93.8)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/58903/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf

World Health Organization. (2025). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.

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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมและการพยาบาล ในระยะหลังคลอด

บทที่
5

Assessment of Obstetric Risk Conditions and Nursing Care During the Postpartum Period

บทนำ (introduction)

การพยาบาลระยะหลังคลอดเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งส่งเสริมความปลอดภัยและความสุขสบายของมารดาและทารกหลังการคลอด การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมอย่างครอบคลุมช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรก ไม่ว่าจะเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดอุดตัน ความผิดปกติด้านอวัยวะ ปัญหาการให้นมบุตร หรือความยากลำบากในการปรับตัวสูบทบทามารดา การระบุปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา การพยาบาลระยะหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดา แต่ยังสนับสนุนความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งเสริมความผูกพันระหว่างแม่และทารก และช่วยให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในระยะยาว ทั้งสำหรับมารดาและทารกแรกเกิด

เนื้อหาในบทนี้ อธิบายถึงวิธีการประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะหลังคลอด สถานการณ์ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด กระบวนการพยาบาลมารดา ทารกที่มีภาวะเสี่ยงในระยะหลังคลอด พร้อมทั้งกรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงและการพยาบาลมารดาและทารกในระยะหลังคลอดและบทสรุป รายละเอียดดังนี้

ระยะหลังคลอด (puerperium) หมายถึง ระยะหลังจากที่ทารก รัก และเยื่อหุ้มทารก คลอดเสร็จเรียบร้อย อยู่ประมาณ 4-6 วัน ที่เกี่ยวกับการลีบพันธุ์ (Reproductive organs) จะมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพเดิม เมื่อ non-puerperal โดยใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์

การแบ่งระยะหลังคลอด ได้มีการแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามความเสี่ยงที่ต้องให้การดูแล ดังนี้

1. ระยะแรก (immediate puerperium) เป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่ทำให้เกิดอันตรายต่อ母ารดาหากทิ้งสุด

2. ระยะหลัง (late puerperium) เป็นระยะภายใน 24 ชั่วโมงถึง 6 สัปดาห์ หลังคลอด ระยะนี้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มกลับคืนสุขภาพ การดูแลเริ่มมีการปรับตัวได้ดีขึ้น และมีการปรับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับครอบครัวใหม่

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะหลังคลอดเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรพยายามสามารถเฝ้าระวัง ดัดกรอง และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากระยะหลังคลอดเป็นช่วงที่มารดา มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุริวิทยาและอารมณ์อย่างมาก ซึ่งจำเป็นต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมความปลอดภัย และสนับสนุนการฟื้นตัวของมารดาอย่างรอบด้าน

1. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระยะหลังคลอด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอด

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจเป็นไปตามปกติ แต่มารดาบางรายอาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดเป็นกระบวนการพยาบาลขั้นตอนแรกใน การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นข้อมูลนำໄไปสู่การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่ถูกต้อง นำไปสู่การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลได้อย่างเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล แบบองค์รวมโดยครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้ช่วยเหลือและแก้ไขปัญหามารดาได้อย่างเหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง การให้คำแนะนำ และให้การดูแลช่วยเหลือโดยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากการแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง พื้นตัวสุขภาวะ ปกติได้รวดเร็วในระยะหลังคลอด พยาบาลผู้ทําหน้าที่ประเมินภาวะสุขภาพควรบอก รัตตุประสงค์ของการประเมินและแจ้งผลการประเมินทุกครั้งให้มารดาทราบเพื่อให้มารดา

มีความนั่นใจ สามารถตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้านถ้าพบความผิดปกติจะได้มารับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที

การประเมินภาวะสุขภาพหลังคลอด เป็นการรวมข้อมูลแบบองค์รวม อย่างครบถ้วนจากการซักประวัติที่เกี่ยวข้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและตอนเนื้องมาถึงระยะหลังคลอด หากไม่สูชสบายน้ำนมและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การประเมินภาวะสุขภาพควรครบถ้วนแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiological assessment) ด้านจิตใจ (psychological assessment) ด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural assessment) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment) ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า และการตรวจอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่าง ๆ

การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก 13 B

การประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก 13 B เป็นรูปแบบการประเมินที่มีหลักการประเมินที่จัดจำได้ง่าย ครอบคลุมการประเมินสุขภาพ และสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด ได้อย่างเป็นองค์รวม ได้มีการนำหลักการนี้มาพัฒนาเป็น นวัตกรรมศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพ มารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิการ์ พrogram, กฤษณ์ สุวรรณรัตน์, และวรัญญา ชลธารกัมปนาท, 2564) ดังนั้นการใช้ หลัก 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: การประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของมารดาหลังคลอด โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายสภาพร่างกายของมารดาหลังคลอด สีหน้า ท่าทาง อาการอ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช่วยเหลือดูแลตนเอง ภาวะซีด อาการเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนภายในหลังคลอด

ในระยะ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มารดาอาจมีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากกระบวนการคลอดพยาบาลต้องประเมินการนอนหลับของมารดา ควรพูดปลอบยินดูแลให้การพยาบาลโดยเข้าใจถึงพื้นฐานความต้องการของมารดาและทราบในระยะหลังคลอดแต่ละราย ระยะนี้มารดาจะได้รับหารกมาตรฐานๆแล้ว เอาใจตักภักดี กินบุตร ทำให้นอนไม่หลับ พยาบาลควรพูดให้มารดาเห็นประโยชน์ของการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และพูดคุยกันสิ่งที่กังวลใจ พยาบาลควรดูแลความสุขสบาย การรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วๆไป รวมถึงการดูแลเฉพาะที่และให้การช่วยเหลือเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพราะในเวลาปกติคืนมารดาต้องดูแลทารก และต้องกระตุนให้การดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ หลีกเลี่ยงกิจกรรมการพยาบาลขณะมารดาพักผ่อนถ้าไม่จำเป็น และช่วยดูแลทารกในระหว่างที่มารดานอนหลับ

3. Body temperature and Blood pressure: การประเมินอุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตของมารดาหลังคลอด

อุณหภูมิร่างกาย มารดาหลังคลอด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก อาจมีอุณหภูมิร่างกายสูงแต่ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส เรียกว่า reactionary fever เป็นการมีไข้เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากการสูญเสียน้ำ เสื่อม เหื่อยและพลังงานจากการคลอด 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 เช่นกัน ถ้าต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท รวมกับอาการแสดงอื่น

เช่น ซีพจรเบาเริ่ว หน้าซีด ใจลับ หรืออุก มื้อและเท่าย็น เป็นภาวะบ่งบอกว่ามารดาหลังคลอดอาจกำลังเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดต้องให้การช่วยเหลือทันที และถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปอร์ท อาจแสดงถึงความดันโลหิตสูงที่เกิดมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดได้ จึงควรประเมินความดันโลหิตของมารดาหลังคลอดทุกคน

นอกจากนี้ควรประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ซีพจร และการหายใจของมารดาทุก 4 ชั่วโมง เพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

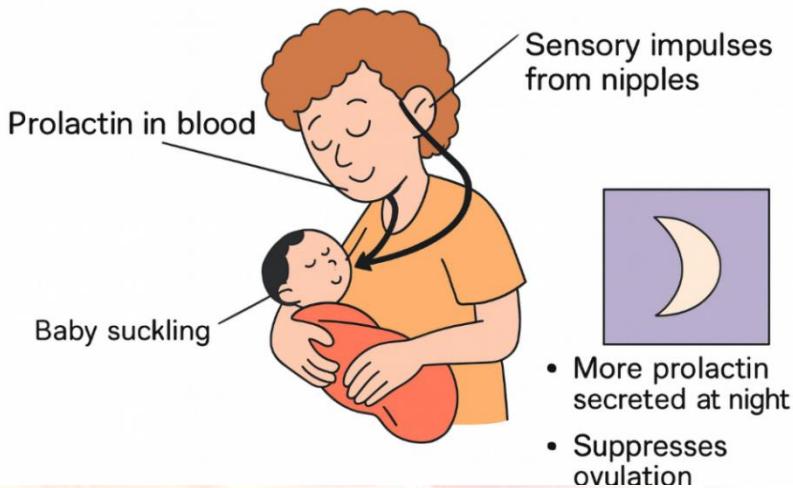
4. Breast and Lactation: การประเมินเต้านม หัวนม การหลั่งน้ำนม

การสร้างน้ำนม (lactogenesis) ภายหลังคลอดขึ้นด้วยฮอร์โมน estrogen และ progesterone จากรากจะหมดไป ทำให้ต่อม pituitary ส่วนหน้าหลังฮอร์โมน prolactin ซึ่งมีผลต่อการทำงานของต่อมน้ำนมทำให้มีน้ำนมประมาณวันที่ 3 หรือวันที่ 4 หลังคลอดในครรภ์แรกและประมาณวันที่ 2 หลังคลอด ในครรภ์หลัง มารดาจะรู้สึกัดตึงเต้านม การที่เต้านมคัดตึงในช่วงแรกเกิดจากการคั่งของหลอดโลหิตและท่อน้ำเหลือง ไม่ได้เกิดจากการหลั่งน้ำนมเก็บไว้คราวละมาก ๆ ควรกระตุ้นให้การกดดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีและดูดอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง การดูดนมของทารกเป็นการกระตุ้นปลายประสาทที่บริเวณหัวนมไปตามไขสันหลังสู่สมองส่วนกลางและกระตุ้น hypothalamus ให้มีการหลั่ง prolactin จาก pituitary ส่วนหน้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดกระบวนการสร้างน้ำนม

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

Prolactin

- Secreted during and after feed to produce next feed



รูปที่ 5.1 กลไกการสร้างน้ำนม (lactogenesis)

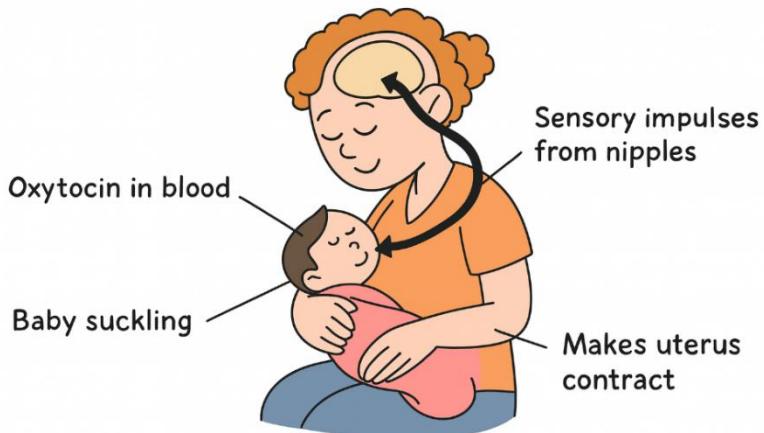
ที่มา: Open AI, 2025

การขับน้ำนม (let-down reflex) เกิดจาก การที่ห้ารคดูดนมแม่ ทำให้ต่อม pituitary ส่วนหลังปล่อยฮอร์โมน oxytocin ออกมานะ ปลายประสาทของเต้านมส่วนใหญ่อยู่ที่ผิวนัง จะໄດ ต่อแรงกด อุณหภูมิ ความเจ็บปวด และการดูดของทารก ไปประสาทน้ำนมของประสาท เหล่านี้จะผ่านไขสันหลังไปยัง hypothalamus ให้หลัง oxytocin เป็นการตอบสนองต่อสัญญาณ แล้วปล่อยเข้าไปในกระเพาะเลือด ต่อจากนั้น oxytocin จะเข้าไปในเนื้อเยื่อของเต้านม ทำให้ เนื้อเยื่อรอบ ๆ ลานนม (areolar) หดตัวกระตุนน้ำนมจาก areola และท่อเล็ก ๆ ไปยังท่อใหญ่ ซึ่งมีรูเปิดที่หัวนม น้ำนมจะออกจากท่อใหญ่นี้โดยวิถีเดียว การดูดและ การดูด ลิ้งสำคัญที่จะรักษา ระดับการผลิตของน้ำนมคือต้องมีการกระตุน reflex การขับน้ำนมมารดาบางรายอาจมีน้ำนม มาก่อนเวลาให้นมบุตร โดยจะรู้สึกแบบบัน ๆ ที่เต้านม สังเกตเห็นมีน้ำนมหยด หรือบางคนจะมี น้ำนมมาเวลาได้ยินเสียงบุตรร้อง หรือระหว่างที่ให้น้ำนมข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งอาจมีน้ำนม หยดออกมานะ แต่ reflex การขับน้ำนมอาจถูกยกยับบ้างได้บ้างจากความวิตกกังวล ของเพลีย เจ็บปวด ความชัดແย়งทางอารมณ์ หรือความเครียดอื่น ๆ ทำให้การผลิตน้ำนมลดลงได้ ชั่วคราว การให้น้ำนมดูดนม จะประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี ถ้ามารดาเต็มใจหรือต้องการให้ บุตรดูดนมตนเองจริง 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: Open AI, 2025

ภายในระยะเวลา 2–3 วันแรกที่มารดาพื้นอยู่ในโรงพยาบาล ควรประเมินสภาพของเต้านมและหัวนมของมารดาเป็นระยะ ๆ ทุกวัน และแนะนำการดูแลเต้านมและหัวนมช่วยเหลือวิธีการให้นมทารก (breast feeding) ที่ถูกวิธี จนกว่ามารดาจะปฏิบัติได้หรือมั่นใจเพื่อป้องกันปัญหาหรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การตรวจสภาพเต้านมและหัวนมมารดาภายในระยะเวลา 2–3 วันแรก ควรให้การดูแลตั้งแต่เริ่มความสะอาดเต้านมและหัวนมทั้งก่อนและหลังให้นม ประเมินสภาพของเต้านมว่าตึงหรือคัด หัวนมมีลักษณะปกติหรือแบบดูว่าหัวนมแตกหัก สมควรให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างไร ทารกจะดูดนมมารดาได้

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 (ยืนอุกมาปกติหรือไม่)
C (Comfort)	หมายถึง	ระดับความสบายของหัวนม Mara 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 กรณีที่พบปัญหาในด้านใด ควรแก้ไขปัญหาในด้านนั้นๆ Mara หลังคลอดที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการให้นมบุตร พยายามลดการประเมินความพร้อมของ Mara ในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอด และทำความเข้าใจกับ Mara ในระยะแรกหลังคลอดเกี่ยวกับธรรมชาติของทารกแรกเกิด ยังต้องการปริมาณน้ำนมไม่มากนัก สัมพันธ์กับการที่ Mara อาจมีปริมาณน้ำนมน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับสรีริพยาของทารกแรกเกิด ซึ่งมีพัฒนาการที่สะสมไว้อย่างเพียงพออยู่แล้ว (ศิรินุช ชมโถ และศิรารัตน์ สวัสดิวาร, 2555) ในระยะที่ Mara เริ่มน้ำนมและทารกยังไม่ทิ้ง จะนอนหลับโดยครั้งละนาน ๆ จำเป็นต้องปลุกทารกให้ตื่นเพื่อฝึกหัดให้ทารกดูดนม Mara และควรกระตุนให้ทารกดูดนม Mara บ่อย ๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยคราวละ 8-10 มล./วัน ถ้าทารกดูดนมได้ถูกวิธีและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดกระบวนการสร้างและหลังน้ำนมทุกครั้ง ที่ทารกดูดนม Mara และปริมาณจะเพิ่มขึ้นตามลำดับในระยะต่อมา

ระยะแรกของการผึ่กให้หารกดูดนมมารดา พยาบาลควรแนะนำให้มารดาด้านดีเต่านม และหัวนมเปา ๆ ก่อนที่จะกระตุนให้หารกดูดนมมารดาประมาณ 20 นาที เพื่อช่วยกระตุนระบบให้เลvreย์นบเรณ์เต้านมให้ดีขึ้น ทำความสะอาดให้กับมารดาในเรื่องวิธีการและเวลาที่ให้หารกดูดนมมารดา ดูแลให้หารกดูดนมมารดาทั้ง 2 ข้าง ในระยะเวลา 1-3 วันแรกให้หารกดูดนมข้างละ 10-20 นาทีก่อน และถ้าจะเริ่มมือต่อไปให้หารกดูดข้างที่ดูดเป็นครั้งสุดท้ายเพื่อให้หารกดูดนมในข้างที่มีนมค้างอยู่ และหัวนมปรับตัวป้องกันหัวนมแตกจากการที่หารกดูดนมข้างเดียวหนึ่งนานเกินไป ในการนี้มารดาจะมีปริมาณน้ำนมเพียงพอควรแนะนำมารดาให้หารกดูดจนเกลี้ยงเตาในแต่ละข้าง หารกดูดออกเท่าใดร่างกายจะปรับปริมาณการสร้างน้ำนมทดแทนให้เพิ่มขึ้นเท่านั้น แต่ถ้ารู้สึกดัดให้บีบออกพอด้วยลักษณะขี้น

เมื่อมารดาต้องกลับไปทำงานและยังต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ควรมีการเตรียมตัวก่อนเริ่มทำงาน ต้องฝึกบีบนม และให้ดูแลให้หมามารดาแก่หารกในช่วงกลางวัน ก่อนไปทำงานเป็นสปดาห์ และเพิ่มจำนวนมือแท่นการดูดจากเต้านม และในช่วงเวลาพักมารดาควรบีบนมหรือปั๊มนมออกตามเวลา หรือเมื่อรู้สึกดัดตึงเต้านมเก็บไว้ในตู้เย็นหรือกระเบื้องความเย็น นำกลับไปแช็ตต์เย็นไว้ให้ลูกดูดในวันรุ่งขึ้น 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 มดลูกอยู่ระดับหัวเหน่าและจะคลำไปพบร่างกายท้อง เรียกว่ามดลูกมีการเข้าอุ้ว (involution) หรือมีการกลับคืนขนาดปกติของมดลูก การที่มดลูกมีการกลับคืนสู่สภาพเดิมนี้เป็นผลมาจากการคืนตัวของเส้นใยของกล้ามเนื้อ (autolysis of muscle fiber) และการขาดเลือดของมดลูก (ischemia of uterus)

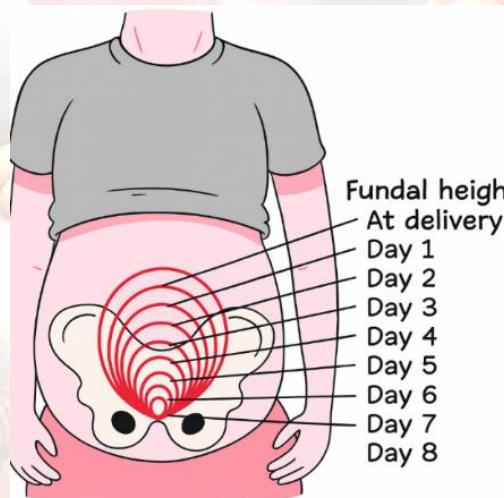
ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลควรประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (contraction) เป็นระยะ ถ้ามดลูกหดรัดตัวไม่ดีจะคลำบมดลูกนุ่มและลอยตัวสูงขึ้นเหนือกระดิ่ง เมื่อพบมดลูกนุ่มควรคลึงมดลูก ให้ลิมเลือดหรือก้อนเลือด (blood clot) ที่ติดค้างอยู่ในโพรงมดลูกออก ดูแลหรือทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง มดลูกนิ่มแสดงว่ามีการหดรัดตัวไม่ดี

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และหารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

อาจต้องวางแผนรีบด่วนเพื่อช่วยให้แม่ลูกแข็งตัว เพราะถ้ามีแม่ลูกไม่แข็งตัวอาจทำให้เกิดการตกเลือดได้ (postpartum hemorrhage)

ภายในหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว ควรประเมินการลดระดับลงของมดลูกทางหน้าท้อง (Involution) พยาบาลควรขอรับให้การดาหารบกพร่องกับการลดระดับของมดลูก และให้การดาบทดลองคลำมดลูกของตนเอง เพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของมดลูกได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าตรวจพบว่ามดลูกไม่กลับคืนสู่สภาพเดิม คือ ระดับของมดลูกไม่ลดลงกวันละ 0.5 ถึง 1 นิ้วฟุต และมีระดับคงที่อยู่นาน 2-3 วัน เรียกว่า มดลูกไม่เข้าอยู่ (subinvolution of the uterus) ควรหาสาเหตุและพยายามแพทย์ เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป

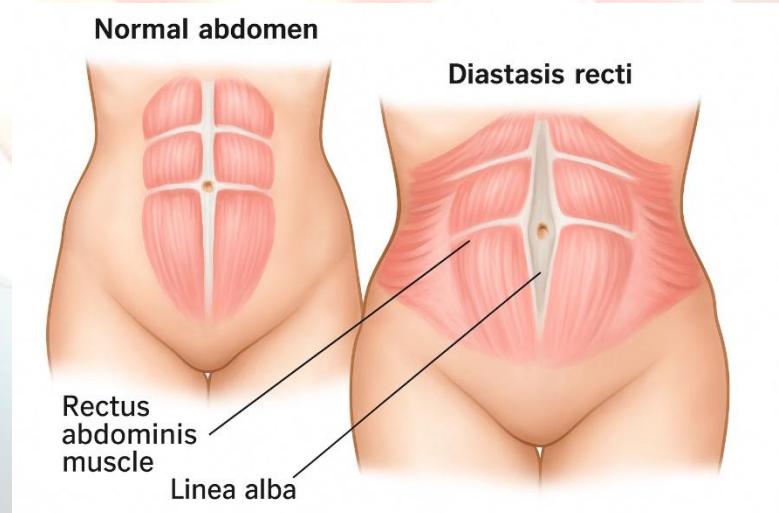
การตรวจมดลูกมารดาภายในหลังคลอด ในระยะที่มารดาอยู่โรงพยาบาลควรมีการตรวจทุกวัน และทุกครั้งที่ทำการตรวจควรทำความเข้าใจกับการดาษดายว่ามดลูกมีการลดระดับลงทุกวัน และเมื่อใดที่มารดาคลำไม่พบมดลูกทางหน้าท้อง ควรให้การดาบทดลองคลำมดลูกของตนเองเพื่อให้การดาษจัดการประเมินการเปลี่ยนแปลงมดลูกตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และแนะนำให้มารดาหาโอกาสนอนคร่าว เอกหమอนรองตรงหน้าท้องวันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที เพื่อช่วยให้มดลูกมีการเคลื่อนตัวกลับไปอยู่ที่เดิมและช่วยให้น้ำนมผลิตภัณฑ์ให้หล่อหลอมไว้



รูปที่ 5.3 การลดระดับของมดลูก
ที่มา: Open AI, 2025

ผิวนังบวมเนื้าท้องของมารดาหลังคลอดอาจจะแตกเป็นริ้วสีชมพู สีแดง หรือม่วงช่วงที่หน้าท้องขยายเร็ว เรียกว่า striae gravidarum จะจางลงเป็นสีขาวและสีเงินภายใน 1 เดือนแต่เมายไป เม็ดสีสะสมบริเวณนี่จะจางลงแต่เมายไป เกิดจากหลังคลอดฮอร์โมน estrogen กับ progesterone ลดลง

มารดาหลังคลอดบางรายอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (diastasis recti) เป็นผลมาจากการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีความอ่อนแองของกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้กล้ามเนื้อ rectus abdominis แยกออกเป็น 2 ส่วน เรียก diastasis recti 峇ໄມ គິນສູ ສາພເດີມຈະເກີດกล้ามเนื้อหน้าท้องຢືນຢັນมาก เรียกว่า pendulous abdomen ทำให้ปวดหลังได้



รูปที่ 5.4 Diastasis recti
ที่มา: Open AI, 2025

พยาบาลควรแนะนำมารดาที่มีภาวะกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (diastasis recti) ให้ทำกายบริหารโดยนอนหงายราบ ชันเข้าขึ้นประมาณ 45 องศา วางมือโดยไขว้ขอ มือทั้งสองข้างอยู่บริเวณส่วนกลางของหน้าท้อง สุดลมหายใจเข้าพร้อมยกศีรษะขึ้นซ้ำ ๆ จนค้างจุดอกใช้มือพยุงกล้ามเนื้อ rectus เข้าหากัน ผ่อนลมหายใจออก วางศีรษะอย่างน้อย 12 ครั้ง/วัน จนรู้ยังแยกเล็กลงเท่ากับ 1-2 นิ้วมือ (fingertip)

6. Bladder: การประเมินภาวะเพาะบัสสาวะ

ในระยะหลังคลอด พยาบาลต้องประเมินภาวะเพาะบัสสาวะเต็ม และดูแลช่วยเหลือให้การดาถ่ายบัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด เพราะภาวะเพาะบัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ จึงควรกระตุนและช่วยเหลือให้การดาถ่ายบัสสาวะ ถ้าหากการช่วยเหลือแล้วมารดาอย่างไม่สามารถถ่ายบัสสาวะได้เอง ควรรายงานแพทย์เพื่อส่วนบัสสาวะ และติดตามผลการขับถ่ายบัสสาวะครั้งต่อไป

มารดาหลังคลอดบางรายอาจถ่ายบัสสาวะลำบากใน 1-2 วันแรก ด้วยสาเหตุหลักของการ ได้แก่ กระเพาะบัสสาวะยืด (over distention) มาจากภาระที่คีริยะทารกกดดันขณะคลอด หรือความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะบัสสาวะลดลง หรือเกิดจาก การเจ็บแผล ไม่กล้าขับถ่าย ไม่เคยชินกับการถ่ายบันเตียง ทำให้ถ่ายบัสสาวะไม่ออก หรือถ่ายไม่หมด ทำให้เกิดภาวะบัสสาวะคั่ง (retention of urine) พยาบาลต้องช่วยเหลือโดยวิธีกระตุนความรู้สึกให้อยากถ่ายบัสสาวะก่อนเบื้องต้น ถ้าถ่ายบัสสาวะเองไม่ได้หลังคลอด จึงส่วนบัสสาวะให้ แล้วติดตามการขับถ่ายครั้งต่อไป ถ้ากระเพาะบัสสาวะโป่งหรือมีบัสสาวะคั่ง จะทำให้มดลูกหดรัดตัวไม่ดี โดยเฉพาะในรายที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับทางเดินบัสสาวะ ควรตรวจบัสสาวะและน้ำดีมด้วย บัสสาวะดังดังทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้

หลังคลอดสัปดาห์แรกบัสสาวะจะออกมาก 2,000–3,000 มิลลิลิตร/วัน หรือมีภาวะ diuresis เพื่อลดปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นช่วงตั้งครรภ์ให้กลับสู่ภาวะปกติ กระเพาะบัสสาวะจะยืดขยายใหญ่ได้มากกว่าปกติ การถ่ายบัสสาวะจะกลับสู่ภาวะปกติภายในสัปดาห์ที่ 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 ถ้าพบว่าเลือดออกซึ่งผ้าอนามัย 1 ผืนภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง พยาบาลต้องตรวจดูลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออก เพื่อหาสาเหตุและทำการดูแลช่วยเหลือตามสาเหตุ โดย

การคลึงมดลูกให้แข็งและดันมดลูกกลาก้อนเลือดออก ถ้ามดลูกหดตัวแข็งดีแล้วแล้วยังมีเลือดออกแสดงว่าเลือดออกจากการฉีกขาดของช่องทางคลอด ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา รวมทั้งให้คำแนะนำในการดำเนินการสังเกตเลือดที่ออก ถ้าเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ รวมกับมีอาการและการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม รู้สึกว่าเลือดออกมากซึ่ง ให้รีบรายงานแพทย์ เพราะอาจมีการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลและได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

ในระยะหลังคลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลต้องประเมินสภาพน้ำคาวปลาของมารดาหลังคลอดทุกวัน โดยสังเกตลักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของน้ำคาวปลาว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามลักษณะปกติหรือไม่ ปกติน้ำคาวปลาจะมีสีแดงอยู่ 2–3 วัน หากน้ำคาวปلامีสีแดงนานกว่าปกติ (persistent red lochia) ต้องหาสาเหตุจากพบร่วมกับมีเชื้อรกรหรือเยื่อหุ้มรกรค้างอยู่ในโพรงมดลูก เป็นอาการที่เตือนว่ามีโอกาสทำให้เกิดการตกเลือดที่รุนแรงขึ้นได้ หรือตรวจพบน้ำคาวปلامีกลิ่นเหม็น (foul lochia) อาจมีแนวโน้มที่จะเกิดการติดเชื้อหลังคลอด (puerperal sepsis) หรือตรวจพบว่าภายในหลังคลอด 5–6 วัน กลับมีเลือดออกมาก อาการผิดปกติเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

พยาบาลควรขอข้อมูลให้มารดาทราบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลา เพื่อให้มารดาเข้าใจและสามารถประเมินน้ำคาวปลาของตนเองในแต่ละระยะได้ และให้มารดาให้ความสำคัญ เพราะน้ำคาวปลาจะบ่งบอกถึงการหายของแผลในโพรงมดลูก ต้องประเมินสภาพน้ำคาวปลาหลังคลอดทุกวัน โดยสังเกตลักษณะ สี กลิ่น และปริมาณของน้ำคาวปลา

ตารางที่ 5.1 การเปลี่ยนแปลงของน้ำคาวปลาลักษณะของน้ำคาวปลาหลังคลอดแต่ละระยะภายหลังคลอด

ระยะเวลา หลังคลอด	ชนิดของ น้ำคาวปลา	สี	ส่วนประกอบ
24 ชั่วโมงแรก	bleeding per vagina	แดงสด	น้ำเลือด เยื่อบุมดลูก ไข่ ขนอ่อน ไข้เทา
1–3 วัน	Lochia rubra	แดงเข้ม	น้ำเลือด เยื่อบุมดลูก ไข่ ขนอ่อน ไข้เทา
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 ทารกหนัก

ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดควรประเมินอาการปวด บวม และการติดของแผลฝีเย็บ ในภาวะปกติแผลฝีเย็บอาจมีการบวมเล็กน้อยจากยาชา หรือการให้ยาโดยทางเดินหายใจ ถ้าแผลฝีเย็บมีเลือดไหลซึมออกมากเรื่อยๆ หรือแผลมีลักษณะขี้เหลือง มีก้อนเลือดค้างอยู่ภายใน (hematoma) และมีขนาดโตขึ้น สามารถมีอาการปวดมาก อาจแสดงว่าเย็บแผลไม่สักถึงกันแผล ควรรายงานแพทย์ หากได้รับการเย็บซ้อมแซมฝีเย็บ ทำให้เกิดแผลร่วมกับการมีน้ำคาวปลา จึงทำให้บริเวณแผลฝีเย็บมีความบวมขึ้น มีกลิ่นอับ และแบคทีเรียเจริญได้รวดเร็ว แผลอาจบวม มีเลือดออก แผลแยก หรือติดเชื้อได้ถ้าดูแลแผลฝีเย็บไม่ดี พยาบาลควรประเมินและแนะนำให้มารดาชำระอวัยวะสีบพันธุ์ให้ถูกวิธี ควรชำระทุกครั้งที่มีการขับถ่าย แนะนำให้เปลี่ยนผ้าอนามัยบ่อยๆ ทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีน้ำคาวปลาซึมผ้าอนามัย 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 3 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 ^{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 ^{ที่แผลผีเสื้บ}	ไม่มีอาการ บวม	มีอาการ บวมเล็กน้อย	มีอาการ บวมปานกลาง	มีอาการ บวมมาก
E – Ecchymosis (รอยจ้ำเลือด)	รอยเลือดออก ใต้ผิวนังบวณ แผลผีเสื้บ	ไม่มีรอย เลือดออก ใต้ผิวนัง	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวนัง น้อยกว่า 1 เซนติเมตร	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวนังขนาด 1–2 เซนติเมตร	มีรอย เลือดออก ใต้ผิวนัง ^{มากกว่า 2 เซนติเมตร}
D – Discharge (สิ่งคัดหลัง)	น้ำเหลือง/เลือด/ หนอง	ไม่มี	เล็กน้อย สีใส	ปานกลาง สีเหลืองหรือ มีเลือดปน	ออกมาก มีกลิ่นเหม็น

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก
ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

องค์ประกอบ	รายการประเมิน	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
A – approximation (การติดกัน ของแพลง)	การติดกัน ของแพลงผีเสื้บ	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: การประเมินทางด้านจิตสังคมของมาตรากหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด (emotional changes in puerperal period) มาตรากหลังคลอดไม่เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเพื่อกลับคืนสู่สภาพเหมือนก่อนตั้งครรภ์เท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย การปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ใหม่นี้ ทำให้มาตรากหลังคลอดบางรายมีความไม่สมดุลของสภาพอารมณ์เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในช่วง 10 วันหลังคลอด อาจทำให้มีภาวะเคร้าหหลังคลอด (postpartum blues) พบได้ประมาณครอยละ 50–70 ของมาตรากหลังคลอด ภาวะเคร้าหหลังคลอดเชื่อว่า เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนที่ลดลงหลังคลอด ความไม่สุขสบายหรือความเห็นใจอย่างซึ้ง และความวิตกกังวล ซึ่งอาการเหล่านี้จะคงอยู่ไม่นานเกิน 2 สัปดาห์ และไม่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเองและทารก เมื่อร่างกายได้รับการพักฟื้นอย่างเต็มที่ ภาวะเคร้าหหลังคลอดจะหายไปโดยไม่ต้องรักษา แต่ในมาตรากหลังคลอดบางรายอาจมีอาการที่รุนแรงมากจนถึง ขั้นกลایยเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) และโรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) ซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลควรตระหนักรถึง เพื่อให้ความช่วยเหลือมาตรากหลังคลอดและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในระยะหลังคลอด แบ่งตามพัฒนาระบบตัวของมารดา มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะพึงพา (taking in phase) ระยะระหว่างการพึงพาและไม่พึงพา (taking-hold phase) และระยะพึ่งตนเอง (letting-go phase) ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้ (ประชุมวิชาดิ ยามานันตกุล, 2567: ผู้ช่วย พยาบาล หนูมาก, 2567)

1. **ระยะพึงพา (taking-in phase)** ระยะนี้อาจใช้เวลา 1-2 วันแรกหลังคลอด เป็นระยะที่มารดาถูกทิ้งไว้ในห้องเดียวและต้องการพึ่งพาอยู่อีกครั้ง สนใจแต่ความต้องการด้านสุขภาพและความสุขสบายของตนเองมากกว่าที่จะนึกถึงทารก ไม่กระตือรือร้นในการเรียนรู้ อ่อนเพลียจากการคลอด ไม่ต้องการปฏิบัติภาระต่าง ๆ ด้วยตนเอง ยอมรับการช่วยเหลือที่สนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ ทำตามคำแนะนำ แต่ไม่ค่อยกล้าลงมือทำเอง ลังเลที่จะตัดสินใจ ด้านร่างกาย มารดาต้องการอาหารและการพักผ่อน ถ้ามีการพักผ่อนไม่เต็มที่ อาจทำให้มารดาไม่สามารถฟื้นฟูดี อนุเพลีย และรบกวนขบวนการกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ด้านอารมณ์ มารดาจะผอมพสานขบวนการในระยะหลังคลอดและการคลอดเข้ามาในประสบการณ์ชีวิต คุณพ่อจะเป็นผู้ที่ดูแลและให้ความอบอุ่น คุณแม่จะเป็นผู้ที่ดูแลและให้ความอบอุ่น หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่น พยายามต้องเข้าใจและพยายามตอบสนองความต้องการของมารดา เพื่อให้มารดาสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาระของการเป็นมารดา (mothering task) ที่ซับซ้อนได้อย่างปกติ มารดาอาจจะไม่ใช่ผู้เริ่มที่อยากรับผิดชอบกับทารก ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่ามารดาไม่สนใจทารก แต่อาจ เพราะเป็นระยะที่ต้องการพึ่งพาอยู่อีกครั้ง ระยะนี้พยาบาลอาจสังเกตการสัมผัส มารดาอาจสัมผัสรากด้วยปลายนิ้ว ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในขบวนการสำรวจ มารดาจะประเมินความต้องการและสร้างความคุ้นเคยกับทารก สังเกตรูป่าง หนาตา ลักษณะทั่ว ๆ ไปของทารก เปรียบเทียบกับลักษณะของทารกบุคคลที่คุ้นเคยหรือมีความเพื่อน เช่น ทารกมีหน้าตาเหมือนบิดา หรือเหมือนตนเอง สนใจปฏิสัมพันธ์ของทารกและรับรู้ถึงความต้องการของทารก

บทบาทของพยาบาลในระยะพึงพา มีดังนี้

1. ช่วยเหลือ ประคับประคอง และตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอด ด้านร่างกายในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การทำงานต่าง ๆ ลดภาวะไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจ ในระยะหลังคลอด มารดาอ่อนเพลีย ต้องการความช่วยเหลือดูแลเรื่องความสะอาด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ร่างกาย และต้องการการถอนหลับพักผ่อน ควรจัดสิงแวดล้อมให้สงบ นำทารกไปเลี้ยงแทน ถ้าหากกรองกวน เพื่อให้มารดาได้รับการพักผ่อนถอนหลับอย่างเพียงพอ การถอนหลับ พักผ่อนไม่เต็มที่อาจทำให้มารดาหงุดหงิด อ่อนเพลีย และรบกวนขบวนการกลับคืนสุขภาพปกติ

2. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่ที่อบอุ่น เห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกเป็นอย่างดี ด้วยความจริงใจ เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกว่ามีผู้สนับสนุนใจเอาใจใส่ตนเอง เกิดความอบอุ่นใจ

3. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้เล่าประสบการณ์การคลอดของตน ระบายน ความรู้สึกที่คับข้องใจต่าง ๆ และรับฟังด้วยความเต็มใจ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดสบายใจขึ้น เพื่อช่วยให้มารดาสามารถผ่านเข้าสู่ระยะปรับตัวต่อไปได้ดี

4. พยาบาลควรอธิบายให้สามีและญาติเข้าใจถึงความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลง ด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอด และสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้พูดคุยกับสามี ญาติ รวมทั้งมารดาหลังคลอดรายอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ใน การคลอด

5. สังเกตอาการผิดปกติด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้น ให้ความสนใจทั้งคำพูดและพฤติกรรม ที่แสดงออก เพื่อประเมินสภาพจิตใจ และให้การพยาบาลช่วยเหลือแต่เนื่น ๆ ก่อนที่อาการ ทางจิตจะรุนแรงมากขึ้น

2. ระยะระหว่างการพึ่งพาและไม่พึ่งพา (taking-hold phase) ระยะนี้ใช้เวลา ประมาณ 3-10 วันหลังคลอด มารดา มีการปรับตัวกับชีวิตใหม่ได้ขึ้น พักผ่อนเพียงพอ และ พื้นจากการสูญเสียพลังงานในระยะคลอด สนใจตนเองอย่างลงตัวและสนใจทารกมากขึ้น พึ่งพา ตนเองได้มากขึ้น เริ่มสนใจเกี่ยวกับการดูแลทารก การอุ้ม การให้นม การทำให้ทารกเรอ รวมถึงปริมาณและคุณภาพของน้ำนม สามารถสามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ดี จะมี ความรับผิดชอบในการดูแลทารกมากขึ้น ภาระของการเป็นมารดาในระยะแรกมีความสำคัญ อย่างยิ่ง ถ้าทำได้สำเร็จ มารดาจะบรรเท้อรุณในการพึ่งคำแนะนำ มีความยินดี และพ่อนคลาย แต่ถ้าล้มเหลวจะทำให้มารดาผิดหวัง พยาบาลควรช่วยเหลือมารดาให้ทำหน้าที่ในขอบเขตที่ เหมาะสม แนะนำการดำเนินการดูแลตนเองและทารก ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล มารดา ต้องการกำลังใจ การสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจว่าทำได้ถูกต้อง และตนเองสามารถเป็น มารดาที่ดีได้

บทบาทของพยาบาลในระยะระหว่างการพั่งพ้าและไม่พึ่งพา มีดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความตั้งใจ สนใจให้คำแนะนำ สอน สาธิต และให้กำลังใจแก่มาตราด้วยความช่วยเหลือในการดูแลตนเองและการดูแลทรัพย์สิน ด้วยตนเอง ผู้กับทบทวนการเลี้ยงดูทารก โดยเฉพาะมาตรการดูแลทารก ตลอดจนการสอนและสาธิตให้สามีและญาติทราบเกี่ยวกับการช่วยเหลือมาตรการดูแลทารก และการดูแลทรัพย์สิน เพื่อให้มาตราด้าหลังคลอดมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น นอกจากนี้ การแนะนำ แหล่งความรู้ต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา และเอกสารต่าง ๆ รวมทั้งให้มาตราด้าหลังคลอดและสมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนหรือเพิ่มเติมความรู้ ก่อให้เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลทรัพย์สิน

2. สนับสนุนให้สามีพูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้มาตราด้าหลังคลอดเกิดความมั่นใจ และเกิดความกระตือรือร้นที่จะปรับบทบาทของตนเองเข้าสู่การเป็นมาตราด้าของทารก และเป็นภาระของสามีได้ด้วยดี

3. แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวได้วางแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่อาจเกิดตามมา

3. ระยะพึ่งตนเอง (letting-go phase) เมื่อมาตราด้าปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในการเป็นมาตราด้าได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้นแล้ว เป็นระยะที่เข้าสู่ระยะพึ่งตนเอง มักเป็นระยะที่มาตราด้ากลับบ้านแล้ว อาจใช้เวลาในการอยู่แตกต่างกัน บางรายอาจเป็นวัน เป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ระยะนี้มาตราด้าสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในการเป็นมาตราด้าได้เพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวล และความเครียดลดลง มีความเป็นตัวของมากขึ้น สามารถจัดการกับการดำเนินชีวิตได้ดี ปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมาตราด้าและภาระได้ มีการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับสามี เช่น ก่อนการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม มาตราด้าต้องมีการปรับตัว 2 ประการหลัก คือ

1) ต้องยอมรับความจริงว่าทารกได้แยกจากมาตรการด้าแล้ว และทารกไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง ทารกเป็นบุคคลอีกบุคคลหนึ่งที่แยกจากตัวเอง ทารกมีบุคลิกลักษณะเฉพาะตน มีการดำเนินชีวิตของตนเอง เช่น การหลับ การตื่น การร้องไห้ เป็นต้น มาตราด้าบางรายอาจรู้สึกเครียด เสียใจที่ต้องสูญเสียทารกที่เคยเป็นส่วนหนึ่งในร่างกายตนเองเมื่อทารกคลอดออกมาก

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมาตราด้า 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

อาการมณฑรรษาหลังคลอด (postpartum blues/ baby blues) มารดาบางรายอาจเกิดอาการมณฑรรษาหลังคลอดได้ มักพบร้อยละ 50–70 ของมารดาหลังคลอดทั้งหมด ส่วนมากมักเกิดอาการในช่วง 2–3 วันหลังคลอด ระยะเวลาที่เป็นอย่างกว่า 2 สัปดาห์ อาจมีอาการซึ่งเศร้า อาการมณฑรรษา กังวล สับสน ไม่มีสมาธิ โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดตั้งแต่การคลอด และการดูแลบุตร ดังนี้

1) ชอร์โมนในระยะหลังคลอด จะมีการเปลี่ยนแปลงของชอร์โมนต่าง ๆ ที่ลดลงอย่างรวดเร็วใน 3–5 วันแรกหลังคลอด รวมกับความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น มีน้ำคาวปลาไหล การเจ็บตึงแพลฟีเย็บ ปวดมดลูก และปวดคัดตึงเต้านม มีเหงื่ออออกมาก บ๊ะล๊ะบ่อย 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) ซึ่งมักเกิดภาวะชนนี้ขึ้นอย่างมากคิดเบื้องรอยละ 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

- เมื่อจะตอบกรณีที่ให้กับบุตรสาวหรือแม่บ้านนี้ อย่าทราบว่าคุณรู้สึกอย่างไร โปรดให้คำตอบที่เกี่ยวกับความรู้สึกของคุณมากที่สุดใน 7 วันที่ผ่านมา โดยไม่ใช้การรู้สึกในวันนี้
- การตอบแบบสอบถาม : กรุณาตอบถูกตามที่พิจารณานั้น เมื่อคราวนั้นแบบประเมินด้วยตนเอง ยกเว้นในกรณีที่ไม่สามารถในการอ่านภาษาไทยให้เข้าใจได้ก่อนที่จะได้โดยเด็ดขาดหรือเพื่อความหมาย X ในช่องคะแนนของข้อใดข้อใดความรู้สึกไม่เดลัดใจ ในระยะเวลา 7 วันที่ผ่านมา โดยคะแนนจะอยู่บนหัวตาราง

ข้อ	ความรู้สึก	คะแนน			
		0	1	2	3
1	ฉันสามารถหัวเราะและมองล้อเล่นได้ดีๆ รอบตัวได้เกินชั้น ที่สองของมาตรฐาน	มากเกินกว่าปกติ ที่เคยเป็น	กำลังหัวเราะ อย่างเดิม	หัวเราะน้อย อย่างเดิมที่เดิม	ไม่มีเลย
2	ฉันรู้สึกอ่อนล้าที่เกินขั้นที่ห้ามห้ามอย่างเด็ดขาด	มากเกินกว่าปกติ ที่เคยเป็น	ค่อนข้างน้อย กว่าปกติ	น้อยลงมาก อย่างเดิมที่เดิม	ไม่มีเลย
3	ฉันต้องการนอนอยู่เฉยๆ ไม่ต้องมีอะไรทำก็สบายใจ	ไม่มีเลย	ไม่ต้องนั่ง นานๆ	บางเวลา	เกือบทุกครั้ง
4	ฉันรู้สึกกระวนกระวายอย่างไม่แน่หน้าที่เดียวขาด	ไม่มีเลย	หื้ออย่างนิดๆ	บีบฟิกๆ	มีเมื่อยาก
5	ฉันรู้สึกหัวเราะหรือหัวเสียหายอย่างเด็ดขาด	ไม่มีเลย	น้อยอย่างนัก	บางเวลา	รู้สึกหัวใจฯ
6	ล้าสุดๆ ที่ห้ามนอนยืนหัวด้าน	มากกว่าปกติ ที่เคยเป็น	บีบหอบหอบ ตัวแล้วสูบหายใจ	หายใจลำบาก หัวใจเต้นแรง	หายใจลำบาก หัวใจเต้นแรง
7	ฉันรู้สึกไม่ดีความสุขเจ็บปวดที่ไม่เหมือนเดิมที่เคย	ไม่เคยเลย	น้อยอย่างนัก	บางเวลา	เกือบทุกครั้ง
8	ฉันรู้สึกเหลือเชือกที่ร้อน	ไม่เคยเลย	น้อยอย่างนัก	ค่อนข้างน้อย	บีบหอบหอบ
9	ฉันรู้สึกไม่ดีความเจ็บปวดที่ร้อน	ไม่เคยเลย	น้อยอย่างนัก	ค่อนข้างน้อย	บีบหอบหอบ
10*	ฉันรู้สึกดีแต่ล้าหัวใจ	ไม่เคยเลย	มีเมื่อยังไงบางเวลา	หัวใจน้อย	
รวมคะแนน					

การแปลผลและคำแนะนำ

11 คะแนนขึ้นไป หมายถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรขอรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อคุ้มครองตัวเอง หรือได้รับการส่งต่อเพื่อรักษาตัว

เฉพาะข้อ 10* หากไม่รู้สึกดีแต่ล้าหัวใจ ให้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรขอรับคำปรึกษา หากคะแนนมากกว่าห้าข้อขึ้น จำกัดเวลาการสื่อสารแต่ละครั้ง ให้คุ้มครองตัวเอง

* เนื่องจากข้อ 10* หมายถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรขอรับคำปรึกษา หากคะแนนมากกว่าห้าข้อขึ้น จำกัดเวลาการสื่อสารแต่ละครั้ง ให้คุ้มครองตัวเอง

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 พยาบาลควรจัดให้มารดาดักบ้าทารกอยู่ร่วมห้องเดียวกันในโรงพยาบาลตลอดเวลา หลังคลอด (rooming in) โดยวางแผนทารกไว้ข้างเตียงของมารดา เพื่อให้มารดาและทารกได้ใช้เวลาทำความรู้จัก สร้างความผูกพัน และฝึกการให้นมบุตรโดยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยพยาบาลช่วยเหลือในระยะ taking-in phase ให้กำลังใจ คำปรึกษา แนะนำ การดูแลบุตรในระยะ taking-hold phase ส่งเสริมให้บิดา มารดา ทารกได้อยู่ร่วมกันและ เปิดโอกาสให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น ส่งเสริมให้บุตรคนโตอยู่ร่วมกับบิดา มารดา และน้องใหม่ได้สัมผัส อุ้ม แสดงความรู้สึกต้อนรับใหม่ กล่าวชมเชยต่อพฤติกรรม ทางบวก ส่งเสริมให้ป่วย ตายายได้เข้าเยี่ยมทารก สนับสนุนบทบาทในการดูแลและให้คำตาม ความเชื่อและวัฒนธรรมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารก

การประเมินพฤติกรรมที่แสดงการขาดสัมพันธภาพในระยะหลังคลอด (lack of attachment) ได้แก่ ไม่สนใจเมืองบุตร สีหน้าเมินเฉย หรือหันหน้าหนี ไม่ตอบสนองต่อบุตร เช่น ไม่สัมผัส ไม่ยิ้ม ไม่อุ้ม กอดทารก พูดถึงบุตรในทางลบ แสดงทางทางหรือคำพูดที่ไม่พึงพอใจขณะดูแลบุตร ขาดความสนใจซักถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรและการเลี้ยงดูบุตร พยาบาลควรประเมินและวางแผนการดูแลโดยการส่งเสริมสัมพันธภาพมารดา ทารกและครอบครัว

12. Baby: การประเมินลักษณะทั่วไปของทารก

การประเมินภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดควรเริ่มจากการประเมินสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายทารกเบื้องต้นตามระบบตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การประเมินน้ำหนัก ความยาว ลำตัว เส้นรอบศีรษะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การประเมินความผิดปกติที่อาจพบได้ในทารก และการดูดนมมารดา (รายละเอียดในการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมของทารกแรกเกิด ในระยะหลังคลอด)

13. Belief: การประเมินความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัว

ความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัว โดยมากจะเป็นการใช้ภูมิปัญญา ท่องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด พยาบาลควรประเมินความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัวโดยการสอบถาม

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ແລະສັງເກດ ຄ້າພບວ່າຄວາມເຊື້ອຂອງມາຮດາຫລັງຄລອດແລະຄຣອບຄຣັງມີຄວາມເໝາະສມຄວາມສົງເລີມການປົງປັດຕາມຄວາມເຊື້ອນັ້ນໄດ້ ແຕ່ຄ້າໄມ່ເໝາະສມແລະອາຈສົງຜລກະທບຕອສຸຂາພຂອງມາຮດາແລະທາຮກ ພຍາບາລຄວຣໃຫ້ຂອ່ມູລ ອົບົບາຍເຫດຸພລ ຜລກະທບ ຄວາມເສື່ອງທີ່ອາຈເກີດຂຶ້ນ ແລະໃຫ້ຄໍາແນະນຳໃນການປົງປັດຕົວຮ່ວມກັນຮະຫວ່າງມາຮດາແລະຄຣອບຄຣັງ

ຄວາມເຊື້ອເກີຍກັບກາຮອຢູ່ໄຟຫລັງຄລອດ

ກາຮອຢູ່ໄຟຫລັງຄລອດມີປະໂຍຈົນໃນການປັບປຸງກາຍມາຮດາຫລັງຄລອດໃຫ້ເກີດຄວາມສົມຄຸລ ພື້ນຝູ່ຮ່າງກາຍຫລັງຄລອດ ລດອາກາຮປາດ ທາ ຕະຄວີ ປຣເທາອາກາຮປາດເມື່ອຍບຣິເວນຫລັງ ນ່ອງ ໜ້າຂ້າ ທີ່ເກີດຈາກກາຮຕັ້ງຄຣວກ ຈ່າຍຂັ້ນໜ້າຄວປລາ ຂອງເລື່ອຍອກຈາກຮ່າງກາຍຈ່າຍໃໝ່ມດລູກທົດຕ້ວເຮົາຂຶ້ນ ໜ້າທ້ອງຍຸບຕ້ວ ມດລູກແໜ້ງແລະເຂົ້າຫຼູໄດ້ເຮົາ ທຳໃຫ້ກາຮໃໝລເວີຍນຂອງຮະບົບໂລທິດຕີຂຶ້ນ ຈ່າຍໃໝ່ພົວພຣຣນສດໃສ ເປັນປັ້ງ ກະຮັບຜົວ ລດໄໝມັນສ່ວນເກີນ ໂດຍເນັພະໜ້າທ້ອງທີ່ຍ່ອນຍານ ກະຕຸນໃໝ່ເໜັນໃຫ້ໂລທິດຕີຂຶ້ນ ລດອາກາຮສະບັດຮ້ອນສະບັດໜາວ ບ້ອງກັນກລຸມອາກາຮແທຮກໜ້ອນເມື່ອເຂົ້າສູ່ວ່າຍທອງ ເຊັ່ນ ອາກາຮຮ້ອນໜາວວູບວານ ອາມນົ່ວ່າແປປຣວນໄມ້ຄົງທີ່

ມາຮດາຫລັງຄລອດສາມາຮອຢູ່ໄຟໄດ້ແຕ່ຕົ້ງປະເມີນວ່າແພລີເຢັບແລະແພລໃນໂພຣມດລູກຫຍາດີແລ້ວ ມາຮດາອາຈາມາຕຽຈຫລັງຄລອດຕາມນັດກອນເພື່ອປະເມີນຄວາມພິດປົກຕິຂອງຮ່າງກາຍຕາມເອງ ມາຮດາຫລັງຄລອດປົກຕິສາມາຮອຢູ່ໄຟໄດ້ໃນໜ່ວງຫລັງຄລອດ 7 ວັນ ຢຶງ 3 ເດືອນ ອູ້ໄຟຖຸກວັນຕິດຕ້ອກັນໄມ້ເກີນ 1 ເດືອນ ມາຮດາຫລັງຜ່າຕັດຄລອດສາມາຮອຢູ່ໄຟໄດ້ໃນໜ່ວງຫລັງຄລອດ 1 ເດືອນ ເປັນຕົ້ນໄປ ສິ່ງເນັ້ນຮະຍະທີ່ແພລຜ່າຕັດຄລອດທາງໜ້າທ້ອງໝາຍແລ້ວ ອູ້ໄຟຖຸກວັນຕິດຕ້ອກັນໄມ້ເກີນ 1 ເດືອນ ພຍາບາລຄວຣແນະນຳໃໝ່ມາຮດາປະເມີນກວະສຸຂາພຂອງຕາມເອງ ຄ້າພບວ່າມີປົງໝາສຸຂາພຂອງດເວັນກາຮອຢູ່ໄຟຫລັງຄລອດ ເຊັ່ນ ພົມຄລອດມີໃຫ້ສູງເກີນ 37.5 ອົງຄາເໜລເຊີຍລ ເປັນໂຮຄຫວ້າໃຈ ໂຮຄຄວາມດັນໂລທິດສູງ ໂຮຄຫອບທີ໌ ໂຮຄລມໜັກ ໂຮຄໄຕ ອ້ອມື່ກວະແທຮກໜ້ອນອື່ນ ຈະ ແລະມາຮດາທີ່ມີອາກາຮຕາລີອດຫລັງຄລອດ

ຄວາມເຊື້ອເກີຍກັບອາຫາຮນໍາ້ານມ

ນໍາ້ານມແມ່ປະກອບດ້ວຍສາຮອາຫາຮ ຊອർມິນ ແລະກູມືຄຸມກັນທີ່ຈໍາເປັນຕ້ອກາເຈີ່ງເຕີບໂຕແລະພັດນາກາຮຂອງທາຮກ ກາຮມື້ນໍາ້ານມເພີ່ງພອຈຶ່ງເປັນປັ້ງຈັຍສຳຄັນທີ່ສັງຜລຕ້ອທັ້ງສຸຂາພຂອງມາຮດາແລະທາຮກ ອາຫາຮນໍາ້ານມຈະຈ່າຍກະຕຸນກາຮສ້າງນໍາ້ານມ ແລະພື້ນຝູ່ຮ່າງກາຍມາຮດາຫລັງຄລອດ ທຳໃຫ້ສາມາຮໃຫ້ມຸນຕ້ອຍໆຢ່າງມີປະລິທິກວາພ ກາຮຮັບປະທານອາຫາຮທີ່ເໝາະສມຈຶ່ງເປັນວິທີກິດສຳຄັນໃນກາຮສັນນຸ່ນກາຮເລື່ອຍໍລູກດ້ວຍນມແມ່ອຍ່າງຕ້ອນເນື່ອງ

อาหารเพิ่มน้ำนม ได้แก่ สมุนไพรที่มีรสขื่น เช่น ใบกระเพรา กุยช่าย กานพลู ขิง ใบแมงลัก พริกไทย ตัวอย่างอาหาร เช่น แกงเลียงใส่ใบกระเพราใบแมงลัก ผัดกระเพรา กุยช่ายผัดกับเนื้อสัตว์ ผัดไทย น้ำต้มกับดอกกานพลู ยำชิง ยำปลาทูสีเขียว ไก่ผัดชิง มันต้มน้ำชิง ถั่วเขียวต้มน้ำชิง ไข่หวานน้ำชิง โจ๊กใส่ชิง ใบแมงลักษ์รับประทานสดกับขนมจีน

ผักผลไม้ที่อุดมไปด้วยไขมัน โปรตีน แคลเซียม เหล็ก พอฟอร์ส ได้แก่ หัวปีมมะละกอ พักทอง มะรุม คำลี เมล็ดขันนุน พุทรา ตัวอย่างอาหาร เช่น แกงเลียงหัวปีม ยำหัวปีม หัวปีมลีลาภิจิมนำพริก หอดมันหัวปีม หัวปีมชูบแปลงทอด มะละกอสุก แกงสมมะละกอ พักทองผัดไข่ แกงเลียงใส่พักทอง พักทองนึ่ง แกงบวดพักทอง ไข่ตุนใส่พักทอง แกงส้มใบหรือดอกมะรุม แกงเลียงคำลี แกงกะทิลูกคำลี เม็ดขันนุนต้ม นำพุทรา

อาหารแสงลงต่อน้ำนม ได้แก่ อาหารรสเย็น เช่น น้ำมะพร้าว พัก แฟง แตงโม พีซผักที่มีกลิ่นฉุน เช่น ชะอม สะตอ กระถิน เนื้อสัตว์ที่ควรจัด เช่น ปลาดุก ปลาไหล ปลากระเบน ปลาฉลาม ทำให้น้ำนมมีกลิ่นฉุน กลิ่นเค็ม

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องดูแล สงเคราะห์ และประเมิน มาตรการหลังคลอดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม เพื่อให้กลับคืนสุขภาพปกติ เหมือนก่อนตั้งครรภ์ แม้ว่ามาตรการดูแลจะสามารถลดทางช่องคลอดได้หรือบางราย สิ้นสุดการคลอดโดยการใช้สุขติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด หรือได้รับการผ่าตัดคลอด แต่ในระยะหลังคลอดยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกันได้ สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้มาตรการดาหลังคลอดเดียวยืดหยุ่น ตั้งน้ำนมพยาบาลและผู้ดูแลควรให้ความสนใจ ประเมินหาสาเหตุและเฝ้าระวังเพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น และวางแผนให้การดูแล ช่วยเหลือ แก้ไขได้อย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจาก ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับมาตรการดาหลังคลอดได้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด

การประเมินภาวะเสี่ยงของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง พยาบาลต้องสามารถตรวจและวินิจฉัยสภาพร่างกายทารกแรกเกิดที่ปกติ และผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อพบความผิดปกติ จะต้องสามารถรีบแก้ไขช่วยเหลือ รายงานแพทย์ได้ทันท่วงที่ เพื่อให้การกันภาวะวิกฤตต่าง ๆ ทันที การตรวจร่างกายของทารกแรกเกิดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าควรตรวจโดยละเอียด โดยมีการประเมินและการดูแลทารกแรกเกิด ดังนี้

การตรวจสอบประวัติ

พยาบาลควรทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ เช่น อายุครรภ์ การฝากครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นต้น และประวัติการคลอด เช่น ระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอด การได้รับยา劑งบปวด และวิธีการช่วยคลอด เป็นต้น

การตรวจสอบสัญญาณชีพ (vital sign)

อุณหภูมิ (temperature) โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง $36.5\text{--}37.5^{\circ}\text{C}$ ในการประเมินครั้งแรกจะวัดทางทวารหนัก เพื่อประเมินความผิดปกติของทางทวารหนัก คือ ภาวะที่ไม่มีรูทางทวารหนัก (imperforate anus)

ชีพจร (pulse) ใช้วิธีพัฒการเต้นของหัวใจ (apical pulse) อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง $110\text{--}160$ ต่อนาที แต่อาจได้ยินเสียง Murmurs ในทารกแรกเกิดปกติได้

การหายใจ (respiratory) ทารกแรกเกิดจะหายใจไม่สม่ำเสมอ บางครั้งหายใจตื้น เร็ว และหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ได้นานไม่เกิน 10 วินาที ใน 2-3 วันแรก โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวหรืออัตราการเต้นของหัวใจ (periodic breathing) มักใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลมช่วยหายใจ โดยมีอัตราการหายใจประมาณ $40\text{--}60$ ครั้งต่อนาที พยาบาลควรสังเกตอาการหายใจลำบาก เช่น tachypnea retraction grunting apnea และควรรีบรายงานแพทย์

ความดันโลหิต (blood pressure) ความดันโลหิตจะไม่ได้วัดทุกรายในทารกแรกเกิดปกติ ค่าความดันโลหิตจะขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวทารก โดยปกติค่า systolic ประมาณ $65\text{--}95$ มิลลิเมตรปรอท ค่า diastolic ประมาณ $30\text{--}60$ มิลลิเมตรปรอท เฉลี่ยความดันโลหิต $80/40$ มิลลิเมตรปรอท (วีโอล เสิศธรรมทวี และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์, 2559)

การประเมินร่างกายทารกแรกเกิดตามระบบ มีดังนี้

ศีรษะ: ประเมินดูรูปร่าง ความสมมาตร รอยแผล ผื่น รอยช้ำต่าง ๆ หากทารกผิดตัวด้วยความดurate ที่คลอดผ่านทางช่องคลอด โดยเฉพาะในรายที่มีระยะที่ 2 ของ การคลอดด้วยวานาน อาจเกิด molding คือ การเปลี่ยนแปลงของกระดูกหน้าผาก (frontal bone) และกระดูกท้ายทอย (occipital bone) เคลื่อนเข้าไปใต้กระดูกข้างขมوم (parietal bone) และ parietal bone ข้างหนึ่งจะเกยอัญบนอีกข้างหนึ่ง ทำให้รูปร่างของศีรษะมีขนาดเล็กลงเพื่อให้สามารถเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ ซึ่งจะกลับคืนสภาพปกติได้ใน 2–5 วัน สำหรับความผิดปกติที่อาจตรวจพบ คือ ศีรษะเล็กกว่าปกติ (microcephaly) หรือไม่มีสมอง (anencephaly) หรือศีรษะโตกว่าปกติ (hydrocephalus) ภาวะขมومหน้าปิดเร็วกว่าปกติ (craniostenosis) และทารกมีความกว้างของกระดูกศีรษะ ดังนี้

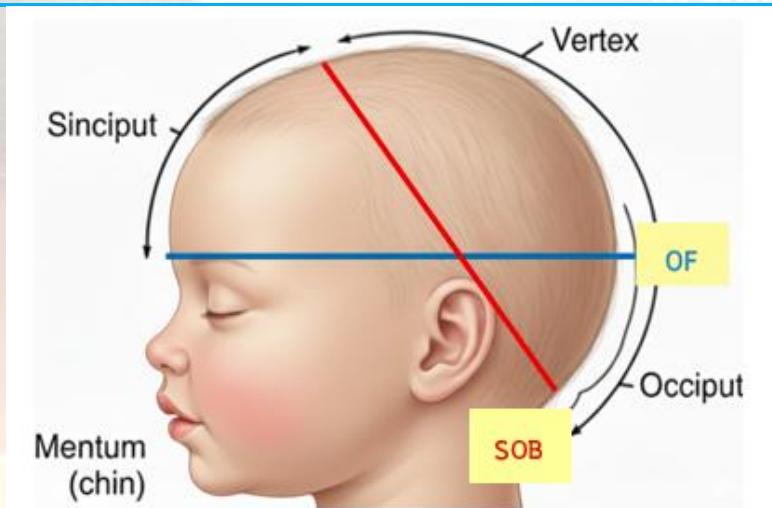
occipitofrontal (OF) คือ ความยาวของเส้นรอบศีรษะจากส่วนหน้าสุดของ occipital bone ไปยังส่วนหน้าสุดของ frontal bone ปกติ 32–36 เซนติเมตร จะยกเวารอบอกประมาณ 2 เซนติเมตร

suboccipitobregmatic (SOB) คือ ความยาวจากปุ่มกระดูกท้ายทอยถึงบริเวณขมومหน้าปกติยาว 30–32 เซนติเมตร

anterior fontanelle (ขมومหน้า) ช่องว่างระหว่างกระดูกมีลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยม ขาวเหลามตัด กว้าง 2–3 เซนติเมตร ยาว 3–4 เซนติเมตร ขมومหน้าจะปิดเมื่อทารกอายุประมาณ 18 เดือน

posterior fontanelle (ขมومหลัง) ช่องว่างระหว่างกระดูกมีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมกว้าง 1–2 เซนติเมตร ขมومหลังจะปิดเมื่อทารกอายุประมาณ 1 ½ เดือน

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



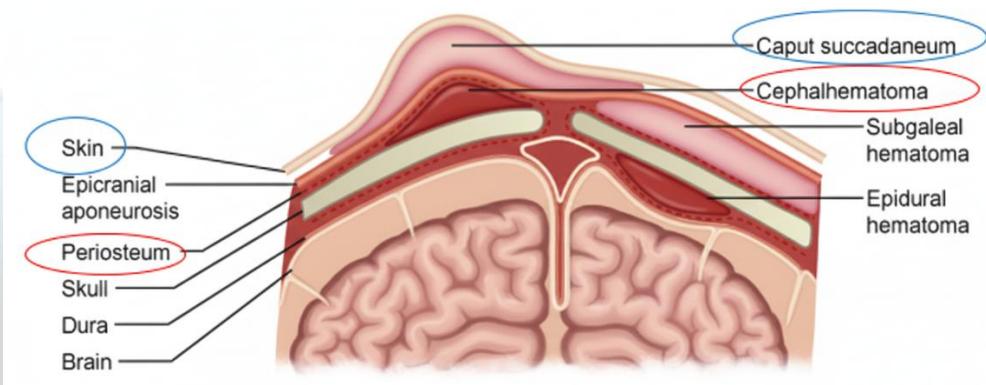
รูปที่ 5.6 แสดงตำแหน่ง OF และ SOB

ที่มา: Google LLC, 2025

อาจพบการบวมของคีริยะจากการใช้เครื่องดูดสูญญากาศ (vacuum extraction : V/E) เรียกว่า vacuum mark เป็นรอยบวมรูปวงกลมมีขอบซัด มักพบรอบยอดก็อกที่หนังคีริยะ หรือมีเลือดออกอยู่ภายในด้วย หรือพบ ภาวะ caput succedaneum เป็นก้อนบวมโนบวณหนังคีริยะเหนือชั้นเยื่อหุ้มกระเพาะคีริยะ (periosteum) ส่วนใหญ่ เกิดจากการคลอดลาก้า การคลอดยาก ส่วนน้ำมากดปากมดลูกเป็นเวลานาน และการช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสูญญากาศ การบวมนี้สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด เมื่อใช้นิ้วกดจะเป็นรอยบุบมีเสียงหiss ปลดอยนิ่วออก ขอบเขตไม่ชัดเจนอาจข้าม suture line ของกระดูกกระเพาะคีริยะ ส่วนมากจะยุบหายเองภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือ 2-3 วัน พยาบาลควรสังเกตสักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ของก้อนบวม และการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทของทารก หากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟ (phototherapy) เพื่อการรักษาภาวะตัวเหลือง รวมทั้งอธิบายให้ทราบด้วยและครอบครัวเข้าใจในลิ้งที่เกิดขึ้น

ภาวะ cephalhematoma หรือ cephalohematoma เป็นการบวมใต้ชั้น periosteum อาจเกิดจากการเลือดลើของกระเพาะคีริยะของทารกกับเชิงกรานของมารดา ทำให้มีการฉีกขาดของเส้นเลือดใต้ชั้น periosteum และมีเลือดซึมออกมามาก ฯ ก้อนเลือดนี้บางรายอาจตรวจพบภายในหลังคลอดแล้วหายซ้ำมิถุน เป็นก้อนขอบเขตชัดเจน ไม่ข้าม suture line เมื่อใช้นิ้วกดจะไม่

เป็นรอยบุ๋ม ภายในลักษณะนี้ว่า เลือดที่ออกจากคาย ๆ ถูกดูดซึมอย่างช้า ๆ โดยทั่วไปจะหายไปเองภายในเวลาเป็นสักพัก หรืออาจนาน 1-3 วัน แต่ถ้ามีเลือดออกมากอาจทำให้หัวรากเกิดภาวะชีดหรือตัวเหลืองได้ **cephalhematoma** พบได้จากการคลอดโดยใช้หัวตัดการช่วยคลอดทางช่องคลอด เช่น การใช้คีมหรือเครื่องดูดสูญญากาศในการช่วยคลอดจะพบได้บ่อย พยาบาลควรสังเกตลักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ เกี่ยวกับก้อนบวม ภาวะเลือดออกในสมอง อาการชีด ตรวจเลือดประเมินค่า **hematocrit** และ **micro bilirubin** หากมีภาวะชีดมาก อาจต้องให้เลือด และหากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟเพื่อรักษาภาวะตัวเหลืองตามแผนกรรักษา ตลอดจนดูแลให้หัวรากนอนตะแคงตรงข้ามกับก้อนบวม เพื่อป้องกันการกดทับที่จะกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น รวมทั้งขอใบป่วยให้มารดาและครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ใช้ยาทา ยานวด ประคบรหีบเจาะเอาเลือดที่ก้อนบวมออก (บุรยา พัฒนจินดาภูล, 2560)



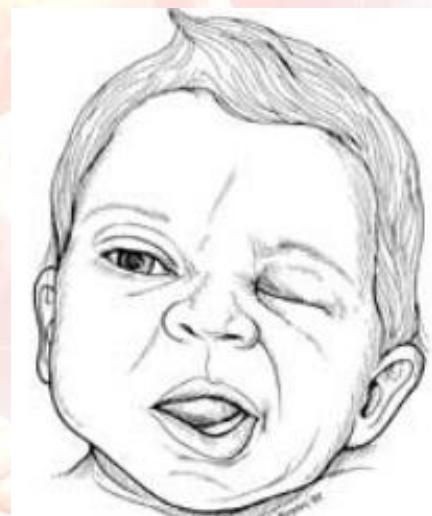
ภาพที่ 5.7 caput succedaneum และ cephalhematoma

ที่มา : Google LLC, 2025

ใบหน้า : ใบหน้าของหัวรากปกติจะมีรูปร่างสมมาตรกัน ควรประเมินดูรูปร่าง ความสมมาตร รอยแพลง ผื่น รอยขี้ต่าง ๆ ถ้าหัวรากได้รับการช่วยคลอดด้วยคีมจะพบรอยกดบวมแดง หรือรอยคลอกบนใบหน้า คีรษะ หรือคอได้ อาจพบการบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า เกิดจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) ถูกกด อาจเกิดรวมกับการคลอดที่ใช้คีม โดยจะเห็นร่องรอยของคีมบนใบหน้าหัวราก การบาดเจ็บนี้มักเป็นการบาดเจ็บของเส้นประสาท mandibular branch ทำให้หัวรากเคลื่อนไหวลำบ้าเนื่อใบหน้าด้านเดียวกับที่มี

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และหัวรากในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การบาดเจ็บได้ลัดลงหรือไม่ขยับ เมื่อหารกรองให้ หน้าจะเบี้ยวไปทางด้าน哪ปกติ ใบหน้า 2 ข้าง จะไม่เท่ากัน ไม่มีรอยย่นที่หน้าผาก ร่องระหว่างปากและจมูก (nasolabial fold) หายไป หนังตา ด้านที่บาดเจ็บปิดไม่สนิท หรือลีมตาอยู่ตลอดเวลา และไม่สามารถใช้กล้ามเนื้อใบหน้าส่วนล่าง ได้ ปากด้านที่เป็นจะถูกดึงรั้งลงมาทำให้หมุนริมฝีปากล่างตก โดยทั่วไปมักหายได้เองภายใน 2-3 วัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์ พยาบาลควรดูแลโดยการล้างทำความสะอาดให้สะอาดในรายที่เปลือกตา ปิดไม่สนิท และปิด eye pad ที่ขาเชือกแล้ววันละ 2 ครั้ง ดูแลให้การรับนมอย่างเพียงพอ อาจช่วยปีบลานนมารดาเพื่อทารกจะได้ไม่ต้องออกแรงดูดมาก หรือสอนหัวนมเข้าทางมุมปาก ด้านที่ปกติ สังเกตอาการดูดกลืนและระวังการสำลัก ควรขอชิบายให้มารดาและครอบครัว เข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และให้การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดในรายที่เส้นประสาทขาดต้องได้รับ การศัลยกรรมซ้อมประสาท (บุรยา พัฒนจินดาภุล, 2560)



รูปที่ 5.8 การบาดเจ็บของเส้นประสาทของใบหน้า (facial nerve paralysis)

ที่มา: Fuloria and Kreiter, 2002

ตา : ทารกมักหลับตาตลอดเวลา กรณีที่ทารกขาดออกซิเจนมาก ๆ ตากจะเปิดกว้าง จ่องลมอยู่ ประเมินโดยบังแสงสว่างให้เหลืองน้อยลง ทารกจะค่อย ๆ ลีมตา หรือจับทารกให้ฟัง จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (reflex) ให้ทารกลีมตา บางรายอาจพบเลือดออกใต้เยื่อบุตา (subconjunctival hemorrhage) โดยเฉพาะทารกที่คลอดยาก เลือดจะถูกดูดซึมหายไปเอง 2-3 สัปดาห์ ทารกที่ขาดออกซิเจนมากหรือสมองที่ถูกกระแทกจะมีอาการปวดม่านตาทั้ง

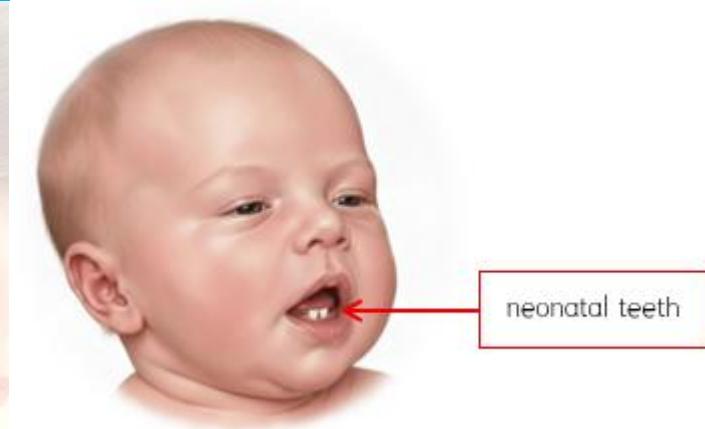
สองข้างไม่เท่ากัน และตรวจพบแก้วตาหรือกระจกตาขุนmur (cataract) ในกรณีที่มารดาเป็นหัดเยื่อรัมขณะตั้งครรภ์ (rubella)

หู : ปกติขอบบนของใบหูทารกจะอยู่ระดับเดียวกับหางตา ถ้าใบหูเกะดัดแสดงความผิดปกติของโครงโน้มซึม ควรประเมินความยืดหยุ่นโดยการจับใบหูพับลงแล้วปล่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีการคลายตัวกลับสู่สภาพเดิมชามาก และควรตรวจการได้ยินของทารกโดยทำเสียงดัง ๆ ใกล้ศีรษะทารก จะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการพวากอต (moro reflex) กรณีตรวจพบความผิดปกติควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมจากคุ้มภาพแพทย์ต่อไป

ปาก : ควรประเมินปฏิกิริยาการดูด (sucking reflex) และปฏิกิริยาการหา (rooting reflex) หากไม่มีปฏิกิริยาดังกล่าวอาจเป็นเพราะทารกคลอดก่อนกำหนด ขณะทารกร้องให้มุ่นปากทารกไม่ตกลงด้วยมีภาวะอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้า (facial nerve palsy) และอาจพบตุมข้าวในปาก (epstein pearl) เป็นจุดขาวเล็ก ๆ ขนาดเท่าหัวเข็มหมุดจะพบอยู่บริเวณเหงือก หรือแนวกลางเพดาน ชาวบ้านเรียกว่า “หละ” จะหายไปได้เองเมื่อทารกอายุประมาณ 2-3 สัปดาห์ ทารกที่เกิดปากแหว่ง (cleft lip) สาเหตุมาจากการพัณฑุกรรมและลิ้นแวดล้อม เช่น บิดา มารดา มีอายุมาก มารดาขาดอาหาร มารดาได้รับยาบางชนิด หรือสัมผัสรังสีขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น ความพิการนี้เกิดจากความผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์ สัปดาห์ที่ 5-8 เป็นผลให้ maxillary process ซึ่งเจริญเป็นริมฝีปากบนของทารกไม่เชื่อมติดกันเป็นรอยแหว่งขึ้น อาจเกิดข้างเดียว หรือสองข้างได้ ทารกบางรายอาจพบภาวะเพดานห่าว (cleft palate) เป็นความผิดปกติที่เกิดจาก palatine processes ไม่เชื่อมติดกันในสัปดาห์ที่ 9-12 ของตัวอ่อนในครรภ์ อาจเกิดเฉพาะบริเวณเพดานอ่อนหรือรวมไปถึงเพดานแข็ง ลงหลังให้ทารกจะมีปัญหาในการดูดนมทำให้ลำลักได้ ต้องรักษาทางศัลยกรรมต่อไป

ทารกที่มีฟันขึ้นตั้งแต่ อุ้ย ในครรภ์ (neonatal teeth) มากเป็นพันหน้าด้านล่าง (mandibular central incisor) อาจเป็นพันน้ำนม (primary tooth) ที่ขึ้นก่อนวัย การคลำพบว่ามีความแข็งแรงเช่นเดียวกับพันน้ำนม ถ้าเป็นพันชุดเกิน (supernumerary teeth) การคลำจะพบว่าพันนิ่ม เพราะไม่ใช้ส่วนประกอบของพัน พันจะโขยกและหลุดง่ายเนื่องจากไม่มีรากพัน จึงควรถอนออกเพื่อป้องกันพันหลุดและสูดลำลักเข้าไป

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด



รูปที่ 5.9 neonatal teeth

ที่มา: Google LLC, 2025

โดยปกติหากจะมี frenulum หรือ frenum ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ยึดเกาะระหว่างฟันปากับไต้ลิน หาก frenulum มีความผิดปกติ เช่น สั้นไปและยึดติดแน่น frenulum หนาไป หรือยึดใกล้ปลายลิ้นมากไปทำให้เห็นปลายลิ้นเป็นรูปตัววี (v shape) หรือรูปหัวใจ ทารกจะไม่สามารถแลบลิ้นพ่นขอบเหงือกล่างได้ หรือไม่สามารถเคลื่อนไหวลิ้นไปด้านข้างได้ เรียกว่าภาวะนี้ว่า tongue tie หรือ ankyloglossia ทำให้ทารกดูดนมมารดาได้ไม่ดี เม้าท้ออุ้มจะสูญเสียต้อง ทารกจะดูดนมหัวนมแล้วหลุด ทำให้หดดูดได้แต่ลม เวลาดูดนมมารดาแล้วได้ยินเสียงคล้ายกระเดาลิ้นจากปากทารก ส่วนนมมารดาจะมีแพลที่หัวนม เต้านมคัด ตามทางปฏิบัติจะมีการประเมินภาวะลิ้นติดในทารกโดยใช้ เครื่องมือ Siriraj tongue-tie score (STT) (โรงพยาบาลศิริราช, ม.ป.ป) โดยประเมินด้วยคะแนนการเก็บของผังผืดใต้ลิ้น ลักษณะหัวนมมารดาภายในหลังทารกดูดนมแล้ว และความรู้สึกของมารดาว่าขณะทารกดูดนม ปลายลิ้นของทารกอยู่ที่ระดับใด หากทารกที่มีภาวะลิ้นติดและมีคะแนน STT น้อยกว่า 7 คะแนน ควรได้รับการรักษาผ่าตัดพังผืดใต้ลิ้น โดยการขลิบ frenulum เรียกว่า frenulotomy จะเสียเลือดเพียง 2-3 หยด ภายหลังทำการสามารถดูดนมได้ดีขึ้น ความเจ็บปวดที่หัวนมมารดาจะลดลงทันที หรือหายไปหลังการผ่าตัด (ชลดา จันทร์ข่าว, 2562) ทั้งนี้ได้มีการพัฒนาระบบคัดกรองภาวะลิ้นติดในทารกแรกเกิดและติดตามดูแลให้ได้รับการแก้ไข frenulum พบร่วมลดการเจ็บปวด เต้านม หัวนมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลงได้ และทารกยังสามารถดูดนมแม่ได้ดีขึ้น 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 แผ่นผิวหนังยื่นออกไปจากด้านข้างและเป็นพังผืดติดไปที่ไหล่ มีรอยย่นที่คอมากกว่าปกติ มักพบในกลุ่มดาวน์และ Turner syndrome ทารกบางรายมีภาวะคอเอียง (torticollis) จะคลำ Sternocleidomastoid ทั้ง 2 ข้าง เพื่อประเมินโรคคอเอียงแต่กำเนิด ที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อคอ ด้านใดด้านหนึ่งหดสั้น อาจเกิดจากเนื้อเยื่อบริเวณคอถูกกดชนิดคลอด หรือทารกอยู่ท่าที่ไม่เหมาะสมในครรภ์ทำให้ไขกล้ามเนื้อข้างคอเลียหาย กล้ายเป็นพังผืด กล้ามเนื้อหดสั้นลง ถ้ามีการนឹกขาดจะเกิดภาวะคอเอียงจะทำให้ทารกเคลื่อนไหวลำคอไม่ได้ ควรติดตามให้ได้รับการทำกายภาพ หรือหากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด หากมีภาวะกระดูกใหญ่ลาร้าหัก (clavicle flexure) จะมีอาการบวมบริเวณที่หัก คล้ำได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitus) ไม่เรียบ ทารกจะร้องเมื่อคลำบริเวณนั้น การเคลื่อนไหวของแขนด้านที่บาดเจ็บนั้นลดลง หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ เมื่อตรวจ Moro reflex โดยเฉพาะทารกที่คลอดด้วยก ทารกที่มีขนาดตัวโต ส่วนใหญ่หายใจค่อนข้างเร็ว มักเกิดก้อนกระดูกใหญ่ภายใน 1 สัปดาห์ ให้แขนและไหล่ด้านที่กระดูกใหญ่ลาร้าหักนิ่งไม่เคลื่อนไหว โดยกลัดแขนเลือดติดกับตัวเสื่อม 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 ทารกบางรายอาจพบน้ำลักษณะคล้ายน้ำนม (witch's milk) หลอดอกจากเต้านม เกิดจากทารกได้รับฮอร์โมน estrogen ในระดับสูงขณะอยู่ในครรภ์มาตราและจะหายไปเอง 2–3 สัปดาห์ อาจตรวจพบภาวะอกบุบ (pectus excavatum) หรืออกนูน (pectus carinatum) หรือมีหัวนมมากกว่าปกติ (supernumerary nipples) ลานนมโตเต็มที่ คลำได้ใต้เนื้อเยื่อนม 0.5–1 เซนติเมตร ซึ่งนิยมของทารกคลอดครรภ์กำหนดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 0.5 เซนติเมตรขึ้นไป และลานนมนูนจากพื้นผิว



รูปที่ 5.11 witch's milk

ที่มา: Basu, 2010

หนาทอง : ทารกแรกเกิดปกติท้องจะกลม นุ่ม ป่องเล็กน้อย มีสายสะเดือสีขาวแกมเทา โดยมี umbilical arteries 2 เส้น และ umbilical vein 1 เส้น สายสะเดือจะแห้งและหลุดภายใน 1–2 สัปดาห์ เมื่อคลำท้องจะพบตับต่ำกว่าไต้ชัยโครงขวาได้ไม่เกิน 1–3 เซนติเมตร คลำพบม้ามไต้ชัยโครงซ้ายได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร และคลำพบใต้ท้อง 2 ข้าง ได้เหนือสะเดือไม่เกิน 1–2 เซนติเมตร เมื่อฟัง bowel sound ได้ยินทุก 10–30 วินาที ถ้าไม่ได้ยินหรือได้ยินน้อยอาจเกิดภาวะลำไส้อุดตัน (gut obstruction)

ผิวนัง : ในทารกแรกเกิดครรภ์กำหนดปกติผิวนังเป็นลีชมู มีไข (vermix caseosa) และมีขนอ่อน (lanugo hair) บริเวณหลัง เช่น ขา หน้าอกเล็กน้อย จะพ彬ใน 2–3 วันแรก ไขเหล่านี้สร้างจาก

ตอนน้ำมันของ胎衣 ปกติจะค่อย ๆ ดูดซึมกลับเข้าผิวนังเงอง ส่วนไขมันจะร่วงเมื่อ胎衣อายุประมาณ 1 สัปดาห์ และมีภาวะอื่น ๆ ที่สามารถตรวจพบได้ ดังนี้

มิเลีย (milia หรือ epidermal inclusion cyst) เป็นตุ่มข้าว ๆ บริเวณปลายจมูก คาง แก้ม หน้าผาก เกิดจากการอุดตันของต่อมไขมัน หายได้เองใน 2 สัปดาห์

ผิวนังลอก (desquamation of skin) มักพบในกรณีคลอดเกินกำหนด หรือ胎衣ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ผิวนังเหลียวบ ย่น ลอก หรือพบร่องรอยที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ปานแดง (hemangioma) เกิดจากการออกของเส้นเลือดฟอยใต้ผิวนังผิดปกติ ทำให้ผิวนังแดง หนา อาจพบชนิดเรียบ บาง ลีชมพ (stork's bites) ที่บริเวณเปลือกตา หน้าผาก ท้ายทอย หายได้เองโดยใช้เวลานานกว่า 1 ปี ปานแดงที่มีขนาดใหญ่สีแดง (strawberry marks) ร้อยละ 70 สามารถหายได้เองเมื่ออายุ 7 ปี โดยไม่ทิ้งร่องรอย

ปานเขียว (mongolian spot) เป็นผิวนังที่มีรอยด่างสีน้ำเงินปนเทา พบรอบตัวโดยบริเวณก้น หลัง สามารถหายได้เองใน 1–2 ปี หรือประมาณ 4 ปี

จุดเลือดออก (petechiae) ส่วนใหญ่พบใน胎衣ที่ได้รับการบาดเจ็บจาก การคลอด การคลอดชา คลอดดายาก ทำให้เส้นเลือดฟอยแตก สามารถหายได้เองใน 24–48 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากเกล็ดเลือด (platelet) ต่ำ

จ้ำเขียว (ecchymosis) ส่วนใหญ่พบใน胎衣ที่ได้รับการบาดเจ็บจากการคลอด เช่น การคลอดดายาก การใช้เครื่องมือช่วยคลอด หรือมีการติดเชื้ออย่างรุนแรง ผลเสียคือ อาจทำให้ระดับปิลิรูบินในกระแสเลือดสูงได้

ตุ่มพองจากการอุดตันของต่อมเหงื่อ (miliaria) เป็นตุ่มพองเล็ก ๆ ผิวนังรอบ ๆ ไม่แดง พบรอบบริเวณหน้าผาก ข้อพับใต้ผิวนังใต้ผ้าอ้อม สามารถหายได้เองถ้าได้รับการจัดสภาพแวดล้อมไม่ให้ร้อนเกินไปและดูแลผิวนังบริเวณนั้นไม่ให้อับชื้น

Erythema toxicum ผื่นแดงตรงกลางมีตุ่มนูนลีขาวอมเหลืองคล้ายรอยยุก กัด อาจเกิดเนื่องจากผิวนังร้ายเคืองจากผ้าปูที่นอนหรือผ้าอ้อม มักเกิดขึ้นใน 1–3 วัน และจะหายไปเอง

อาการทางผิวนังของภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (sub temperature) ได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเขียว (acrocyanosis) มีลักษณะมืดและเทาเขียวแต่ลำตัวแดง เกิดจาก胎衣

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และ胎衣ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

สูญเสียความร้อนให้กับสิ่งแวดล้อมที่เย็นกว่าทำให้เลือดไหลเวียนไปที่มือและเท้าช้าลง พบได้บ่อยใน 24–48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผิวนางลาย หรือเป็นจ้ำขาวซีดสลับกับสีคล้ำ (marble skin หรือ cutis marmorata) เกิดจากกลไกการควบคุมหลอดเลือดฝอยของทารกแรกเกิดยังทำงานไม่เต็มที่ เมื่ออุณหภูมิสิ่งแวดล้อมเย็นลง ทำให้หลอดเลือดบางส่วนขยาย บางส่วนหดตัว ทำให้ตรวจพบผิวนางลักษณะนี้ขึ้น

การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน ช่วงอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับทารกแรกเกิด คือ $32\text{--}34^{\circ}\text{C}$ ทารกแรกเกิดสูญเสียความร้อนได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากสัดส่วนพื้นที่ผิวภายในเปลี่ยนไปมากกว่าผู้ใหญ่ ฉะนั้น กันความร้อน (subcutaneous fat) มีน้อยกว่า จึงทำให้สูญเสียความร้อนไปยังสิ่งแวดล้อมได้มากกว่า การสูญเสียความร้อน มี 4 ทาง คือ

1) การนำ (conduction) เป็นการถ่ายเทความร้อนของร่างกายให้กับวัตถุที่เย็นกว่ามาสัมผัสที่ผิวทารก เช่น การให้ทารกนอนบนที่นอนหรือเครื่องซั่งที่เย็น เครื่องมือเครื่องใช้ที่เย็นที่มาสัมผัสทารก ใช้พ้าที่เปียกห่อทารก เป็นต้น ดังนั้นจึงควรนำทารกนอนในที่อบอุ่น เช่น ไวโอตี้ Radian warmer ผ้าที่ห่อตัวทารกควรเป็นผ้าที่อุ่น และหลังล้างมือควรเช็ดมือให้แห้งก่อนมาสัมผัสทารก เป็นต้น

2) การพา (convection) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการสูญเสียแวดล้อม หรืออากาศที่อยู่รอบ ๆ ตัว โดยอาศัยลมพัดผ่านตัวทารกพัดพาอากาศความร้อนไป เช่น กระแสลมจากเครื่องปรับอากาศ ทารกนอนใน牋หน้าต่างหรือประตูที่มีลมพัดผ่าน เป็นต้น ดังนั้นจึงควรนำทารกไวโอตี้ Radian warmer ปิดหน้าต่าง ไม่นำทารกอยู่ในที่ถูกกระแสลมจากเครื่องปรับอากาศ

3) การระเหย (evaporation) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการสูญเสียโดยการเปลี่ยนน้ำให้เป็นไอ เกิดขึ้นเมื่อร่างกายทารกเปียก เช่น ร่างกายทารกเปียกขณะอาบน้ำ เป็นต้น ดังนั้นจึงควร keep warm ทารก ใช้พ้าเช็ดศีรษะและลำตัวทารกให้แห้งทันทีหลังอาบน้ำ

4) การแผรังสี (radiation) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากการสูญเสียให้กับสิ่งแวดล้อม ที่มีอุณหภูมิต่ำกว่าโดยที่ไม่ได้สัมผัสกับทารกโดยตรง เช่น ทารกนอนใน牋หน้าต่างที่เย็น ทารกนอนใน牋กับผนังห้อง กับวัตถุต่าง ๆ ภายในห้องนอนในอุณหภูมิห้องที่เย็น เป็นต้น ดังนั้นจึงควร Keep warm ทารก นำทารกนอนใต้ Radian warmer และควบคุมอุณหภูมิภายในห้องให้อยู่ในช่วง $32\text{--}35^{\circ}\text{C}$ (กรณีการวินิจฉัยสุคนธ์ และวิไล เลิศธรรมเทวี, 2561)

ตัวเหลือง (jaundice) ทารกครบกำหนดที่มีภาวะตัวเหลืองถือว่าเป็นภาวะปกติ (physiological jaundice) ซึ่งเกิดจากการแตกสลายของเม็ดเลือดแดงของทารกร่วมกับการทำงานที่มีจำกัดของตับในการเปลี่ยนบิลิรูบินในเลือด ทารกจะปรากฏตัวเหลืองภายใน 7 วัน ค่าบิลิรูบินในเลือดสูงไม่เกิน 12.9 มก./ดล. โดยหากที่ได้รับนมแม่โอกาสตัวเหลืองได้ 2 สัปดาห์ คือ

Breast feeding jaundice พบร่วมใน 2-4 วันหลังคลอด สาเหตุเกิดจาก การได้รับนมแม่เพื่อ อาจเป็นเพราะทารกดูดนมไม่ถูกต้อง การจำกัดจำนวนครั้งของ การดูดนมร่วมกับการได้รับน้ำเปล่าหรือน้ำกลูโคส การชั่งน้ำหนักทารกพบว่า ในวันที่ 3 และ 4 น้ำหนักของทารกจะลดมากกว่าร้อยละ 7 ของน้ำหนักแรกเกิด 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 10-30 mg/dl ในสัปดาห์ที่ 2-3 หลังคลอด เมื่อให้ นมแม่ต่อไปจะค่อย ๆ ลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่ออายุ 3-12 สัปดาห์ การให้ลูกอาบแಡด หรือดูดนมไม่ช่วยป้องกันหรือรักษาภาวะนี้

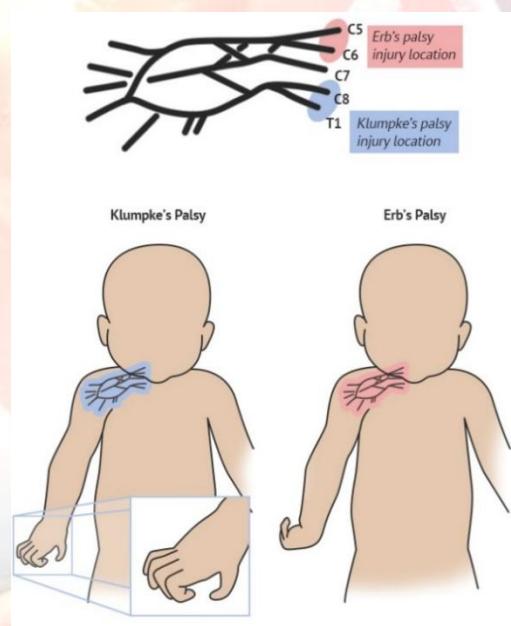
แขนขา : ทารกครบกำหนดปกติ แขนและขาจะอยู่ในท่างอ (flexion) จะพบปฏิกิริยา การจับมือ (palmar grasping reflex) ควรประเมินดูลักษณะของนิ้วรวมมือหรือผิดปกติหรือไม่ เช่น นิ้วเกิน (polydactyly) นิ้วเทาติดกัน (syndactyly) เป็นต้น ในทารกที่ตัวโตหรือมีการคลอด ให้หล่ายก ทำให้เป็นอัมพาตของเส้นประสาทชั่วคราว แขนข้างนั้นจะยับไม่ได้ เกิดการบาดเจ็บ ของ brachial plexus พบร่วมกับข้อศอกบอย บ่าจัดเสี่ยงที่สำคัญ คือ การที่ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด มากและการคลอดทากัน รวมถึงการคลอดยากบวิเคราะห์แล้ว สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

Erb หรือ Duchenne paralysis เกิดจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนบน ระดับ C5 C6 และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับ C7 รวมด้วย ทำให้มี paralysis ของกล้ามเนื้อ deltoid infraspinatus และ flexor muscles ของแขนข้างที่มีการบาดเจ็บ ทารกจะ

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

อยู่ในท่าแขนเหยียดตรง หมุนเข้าด้านใน (adduction) หัวไหล่หมุนเข้าด้านใน (internal rotation) ข้อศอกเหยียดออก Moro reflex เสียไป ข้อฝีองอและค่าวั่ฟื้อ การทำงานของนิ้วมือปกติ มี Palmar gasping reflex ภาวะนี้สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในรายที่คลอดปกติ เนื่องจาก การช่วยคลอดต้องมีการโน้มศีรษะเพื่อช่วยคลอดให้หล

Klumpke paralysis เกิดจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนกลางระดับ C8 และ T1 ทำให้ข้อมือของทารกข้างที่มีการบาดเจ็บไม่มีแรง ข้อมือตก ขยับมือไม่ได้ นิ้วคลายกำไม่ได้ แต่มี Moro reflex ให้หล และแขนส่วนบนเหยียดการทำงานเป็นปกติ



รูปที่ 5.12 Klumpke paralysis และ Erb paralysis

ที่มา: Faiella & Gulden, n.d.

total brachial plexus paralysis เสน่ห์ประสาท brachial plexus เชื่อมกับเส้นประสาทจากกระดูกคอ ควบคุมการทำงานของแขน การรับรู้ และควบคุมการทำงานของไหล่ แขน และมือ หากมีการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่ประกอบไปเป็น brachial plexus ทั้งหมดจะทำให้ทั้งมือและแขนของทารกมีอาการอ่อนแรง

พยายามครวจดให้ทารกนอนท่านอนหงาย จับแขนกางออกให้ข้อศอกตั้งฉากกับลำตัว ปลายแขนนานกับลำตัวทางด้านศีรษะ ใช้ผ้าสอดไปใต้ลำตัวทารกและเนื้บปลายน้ำหนึ่งไว้ใต้เบาะของทารก ปลายอีกด้านหนึ่งวางพادบนปลายแขนข้างที่วางนานกับศีรษะ

เห็นบชัยผ้าไว้ที่เบาะ เพื่อป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการหดรัง ไม่ต้องเข้าไฟอก และดูแลผ้าที่ strap ไว้ให้เหมาะสม แห้งสะอาด ไม่หลวมหรือตึงมากเกินไป ลดชายผ้าออกทุกครั้งก่อนที่จะพลิกตัวหากหรือทำการหดรัง ระวังไม่ให้แขนขาที่ได้รับอันตรายต้องห้อยตกลง หรือถูกเหนี่ยวยรังทำให้เกิดการกระแทกกระเทือนเพิ่มขึ้น โดยใช้มือประคองบริเวณคอและไหล่ทารกไว้ ส่วนการรักษาโดยวิธีผ่าตัดนั้นจะเริ่มพิจารณาภายหลังที่เด็กอายุเกิน 5 ปี ถ้าจำเป็น สำหรับการอุ้มทารกขณะให้นมแม่ ให้มารดาพยายามด้านหลังให้ล่ารกด้วยให้แขนที่ปวดเจ็บอยู่ด้านหน้าและใช้แขนของมารดาพยุงไว้ ระวังไม่ให้แขนที่ได้รับบาดเจ็บตกหรือห้อยไปอยู่ด้านหลัง อธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น หากอาการไม่มีขึ้นภายใน 1-3 สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อลดทำการยกบับบัด (บุรยา พัฒนจินดาภูล, 2560)

ภาวะเท้าบุก (club foot หรือ talipes) เป็นเท้าที่มีลักษณะบิดผิดรูป ซึ่งอาจเป็นเท้าบุกที่เกิดจากท่าที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งพบได้บ่อย โดยเฉพาะในรายที่มีน้ำคร่ำน้อย เมื่อตรวจจะพบว่าสามารถบิดกลับให้มีลักษณะเหมือนปกติได้ กระดูกเท้าขึ้นบน และกระดูกลงล่างได้เต็มที่ ไม่มีความผิดรูปของกระดูก มักหายได้เองภายใน 2-3 เดือน หากตรวจเท้าแล้วไม่สามารถบิดกลับให้มีลักษณะเหมือนเดิมได้ตามปกติ แสดงว่ามี pathological clubfoot แบ่งเป็นเท้าบุกชนิดที่บิดเข้าด้านใน สนเท้ายกขึ้น (talipes equinovarus) และเท้าบุกชนิดเท้าบิดออกด้านนอก สนเท้าลง (talipes calcaneovalgus) ต้องทำการรักษาด้วยการใส่ไฟอก หรือสอนมารดาให้กราบน้ำเท้าให้บิดกลับ ในบางรายอาจต้องผ่าตัด (ชลดา จันทร์ขาว, 2562)



รูปที่ 5.13 ด้านหน้าและด้านหลังของเท้าบุก

ที่มา: Dibello, Carlo, Colin, Barbi & Galimberti, 2020

หลัง : ทารกปกติแนวกระดูกสันหลังจะเรียบตรง ควรสังเกตว่ามีก้อนเกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อตรวจหาสภาวะพนังลำกระดูกสันหลังไม่ปิด (spina bifida) โดยเห็นรอยบุบบริเวณก้นกบ และมีขึ้นเป็นกระดูกคลุม (spina bifida occulta) หรือมีความบกพร่องของไขสันหลังทำให้

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เยื่อบุห้มไขสันหลังโปนออกมา (meningocele) หากมีไขสันหลังออกมากด้วย จะเห็นเป็นก้อนบริเวณหลังอาจมีหรือไม่มีผิวหนังหุ้ม หากพบควรปิดด้วย gauze sterile ชูบ NSS

ทวารหนัก : ความผิดปกติที่อาจตรวจพบ คือ ไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) หรือรูเปิดของทวารหนักอยู่ในช่องคลอดในเพศหญิง (rectal fistula)

อวัยวะเพศ : ทารกเพศหญิงบางรายอาจตรวจพบเลือดออกมานอกจากช่องคลอด (pseudo-menstruation) เกิดจากการลดระดับฮอร์โมน estrogen และ progesterone ที่ได้รับจากการดาวงทันที และจะหายภายใน 2 สัปดาห์ บางรายมีติ่งเนื้อยื่นออกมานอกจากช่องคลอด (hymen tag) สามารถหายเองภายใน 2-3 สัปดาห์ ส่วนทารกเพศชายบางรายอาจพบหนังหุ้มองคชาตติดแน่น (physiologic phimosis) แต่ถ้าหากถ่ายปัสสาวะได้ปกติไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดแก้ไข และบางรายอาจมีภาวะลูกอัณฑะไม่ลงถุงอัณฑะแต่กำเนิด (undescended testes หรือ cryptorchidism) อาจพบข้างเดียวหรือสองข้าง ในรายการครบกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า 2500 กรัม มีโอกาสเกิดประมาณร้อยละ 3 ส่วนในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม มีโอกาสเกิดประมาณร้อยละ 20 ซึ่งส่วนใหญ่จะคลำได้ลูกอัณฑะอยู่บริเวณขาหนีบ หรือบริเวณส่วนบนของถุงอัณฑะ หากอยู่ด้านหลังซองห้องจะคลำไม่พบ ทารกที่มีลูกอัณฑะไม่ลงถุง อัณฑะแต่กำเนิด ร้อยละ 70 ลูกอัณฑะจะสามารถเคลื่อนลงมาในถุงอัณฑะได้ภายใน 3 เดือน โดยจะไม่เกิน 1 ปี หลังจากนั้นจะไม่เคลื่อนลงมาอีก แพทย์จะผ่าตัด (orchiopexy) เมื่ออายุประมาณ 1-2 ปี หากพ้น 2 ปี ลูกอัณฑะที่ไม่ลงถุงอัณฑะ เริ่มมีการลดจำนวนของ spermatogonia และมี degeneration ของ seminiferous tubule ทำให้มีโอกาสมีบุตรยาก และพบว่าเด็กที่ลูกอัณฑะไม่ลงถุงอัณฑะแต่กำเนิด มีโอกาสของการเกิดมะเร็งสูงกว่าปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อัณฑะอยู่ในห้องโกรสสูงกว่ารายที่อยู่ในขาหนีบ (ฉลดา จันทร์ขาด, 2562)

การประเมินระบบประสาทในทารกแรกเกิด

การประเมินระบบประสาทในทารกแรกเกิด สังเกตได้จากความตื่นตัว การทรงตัว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปฏิกิริยาโตตตอบ โดยปกติหากจะต้องตื่น ไม่ซึม อยู่ในท่าข้อ สะโพกการออกหรืออาจอ้างอิงกันอยู่ หัวเขียงอ ข้อศอกงอ gammie เมื่อให้ทารกนอนในท่าค่าว โดยให้ตรวจอุบัติภัยบนมือ ทารกจะพยายามยกคีรณะขึ้น หรือถ้าให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย

และค่อย ๆ ดึงหารกให้อยู่ในท่านั่ง จะลังเกตเห็นว่าหารกจะพยายามพยุงศีรษะ โดยศีรษะอาจตกไปด้านหลังเล็กน้อย การประเมินระบบประสาทของหารกที่สำคัญ (รุ่งत्रัตรณ์ ชัยจันทร์ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560) มีดังนี้

1. rooting reflex ทดสอบโดยการใช้มือหรือของนิ่ม ๆ เช่นที่ข้างแก้มหารกเบา ๆ หารกจะหันมาทางแก้มข้างที่ถูกการะตุนและอ้าปากรับสิ่งที่กระตุน ตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิดและจะหายไปเมื่อหารกอายุได้ประมาณ 4–6 เดือน ในหารกที่มีพยาธิสภาพที่สมองจะพบว่ามี reflex นี้อยู่ตลอดเวลา โดยไม่ได้กระตุน

2. palmar grasping reflex ทดสอบโดยเอานิ้วสอง根เข้าไปในอุ้งมือหารก หารกจะก้มนิ้วมือที่สอดเข้ามาไว้ชั่วขณะแล้วปล่อยออก พบรดีตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุประมาณ 4 เดือน

3. moro or Startle reflex ให้หารกนอนหงาย ใช้มือประคองศีรษะให้สูงกว่าที่นอนประมาณ 1 นิ้ว แล้วปล่อยลง การตอบสนองของหารก คือ หารกจะพวกร้าวเหยียดแขนขาทั้งสองข้างในลักษณะอ้อมเข้าหากันเล็กน้อย การตอบสนองนี้อาจเกิดร่วมกับการร้องไห้ พบรดีตั้งแต่แรกเกิดและค่อย ๆ หายไปเมื่อหารกอายุประมาณ 3–4 เดือน ถ้าไม่พบปฏิกิริยาสะท้อนกลับอาจมีสาเหตุจากสมองได้รับอันตราย เช่นประสาทแขนเป็นอัมพาต หรือกระดูกใหญ่ล้ำหัก

4. tonic neck reflex การทดสอบกระทำโดยให้หารกนอนหงาย จับศีรษะให้หันหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง แขนและขาข้างที่ศีรษะหันไปจะเหยียดออก ส่วนด้านตรงข้ามจะงอเข้า ในหารกแรกเกิดปกติ มักพบเกิดขึ้นเองเมื่อหารกนอนอยู่ โดยปกติจะตรวจพบเมื่อหารกอายุประมาณ 2–5 เดือน ถ้าพบในหารกอายุ 6 เดือนขึ้นไป ถือว่าผิดปกติ แสดงว่าระบบประสาทส่วนกลางของหารกอาจได้รับอันตราย

5. stepping reflex or dancing reflex ทดสอบโดยอุ้มหารกให้ยืนในท่าศีรษะเอียงไปข้างหน้าเล็กน้อย หารกจะทำท่าเดินทีละก้าว จะหายไปเมื่อหารกอายุประมาณ 6 สัปดาห์

6. placing reflex ทดสอบโดยอุ้มหารกให้อยู่ในท่ายืนให้หลังเท้าแตะขอบโต๊ะหารกจะยกเท้าขึ้นวางบนโต๊ะได้ พบรดีตั้งแต่แรกเกิดและจะหายไปเมื่อหารกอายุประมาณ 6 สัปดาห์ ถ้าไม่พบปฏิกิริยานี้แสดงว่ามีการอ่อนกำลังของแขนขา

7. babinski's sign ทดสอบโดยใช้วัตถุปลายมีดลงบนฝ่าเท้าของหารก จากนั้นเท้าขึ้นมาถึงบริเวณโกล้อหัวแม่เท้าในลักษณะรูปตัวเจ (J) จะพบว่ามีเท้าของหารกจะกางออกนิ้วหัวแม่เท้าจะกระดกขึ้น ในขณะที่นิ้วอื่น ๆ จะกางออก พบรดีตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 1 ปี

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และหารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

8. crawling reflex ทดสอบโดยจับทารกให้นอนคว่ำ แขนและขาของทารกจะมีการเคลื่อนไหวเหมือนจะคลาน จะหายไปเมื่ออายุ 6 สัปดาห์

9. extrusion reflex เมื่อลิ้นของทารกถูกกดด้วยไม้กัดลิ้น ทารกจะพยายามยื่นลิ้นออกมามเพื่อป้องกันไม่ให้กลืนสิ่งนั้น ๆ ลงไปในคอ จะหายไปเมื่อทารกอายุ 4 เดือน การให้อาหารเสริมประเภทกึ่งเหลวแก่ทารกตั้งแต่อายุ 4 เดือน ทารกมักกลืนไม่เป็น ทั้งนี้เนื่องจากมี reflex นี้นั่นเอง

10. blinking reflex or Corneal reflex ทารกจะกระพริบตาเมื่อมีแสงเจ้าหรือเมื่อมีรัตตุม่ากระแทกตา พบรดตั้งแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

11. pupillary reflex รูม่านตาของทารกจะหดตัวเมื่อถูกแสงสว่าง พบรดตั้งแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต ในทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจน (anoxia) หรือสมองได้รับอันตราย อาจไม่พบรด reflex นี้

12. sneezing reflex ทารกจะมีอาการจามเมื่อมีสิ่งอุดตันหรือสิ่งระคายเคืองในจมูก พบรดตั้งแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

13. coughing reflex เมื่อมีสิ่งระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อของหลอดเลือดเสียงหรือหลอดลมจะทำให้ทารกไอ พบรดตั้งแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

14. gag reflex เมื่อใส่ส่ายยางหรือลูกสูบยางเข้าไปล้มผู้สูบหอยด้านหลัง ทารกจะทำท่าขย้อน พบรดตั้งแต่หลังคลอดถึงตลอดชีวิต

พยาบาลต้องประเมินสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดตั้งแต่คีรฆะจนถึงปลายเท้าทันที รวมทั้งประเมินระบบประสาทของทารก เพื่อสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ เป้าหมายสำคัญของการดูแลทารกแรกเกิด คือ การป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการประเมินสภาพอย่างถูกต้อง และวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการ เพื่อนำมาวางแผนทางช่วยเหลือแก้ไขต่อไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันและลดภาระแทรกซ้อนที่อาจคุกคามชีวิตของทารก รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทารกและครอบครัว

2. สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบบ่อยในระยะหลังคลอด

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบบ่อยของมารดาในระยะหลังคลอด ระยะหลังคลอดเป็นเวลาที่มารدامีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลายประการ เนื่องจากการร่างกายอยู่ในภาวะปรับตัวกลับสู่สภาวะปกติในทุกระยะของร่างกาย

และสภาวะด้านจิตใจ ภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยที่สุดคือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งอาจเกิดจากมดลูกไม่หดรัดตัว การบาดเจ็บของช่องทางคลอด หรือการค้างของเศษรกร ทำให้มารดาเสียเลือดจำนวนมากภายในเวลาวันเดียว กรมอนามัย (2567) ได้ประกาศสถานการณ์การตายของมารดาไทยประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่า สาเหตุการตายมารดาที่พบมากที่สุดคือ การตกเลือด โดยสาเหตุทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบมากที่สุดอันดับแรกคือ การตกเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดรัดตัวและภาวะรกรเกะต่างจากการผ่าตัดคลอดซ้ำ ตั้งนั้นการลดการตายมารดาจึงต้องมุ่งเน้นที่มาตรการป้องกันการตายจาก การตกเลือดหลังคลอด พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) คือ ภาวะที่เลือดออกมากผิดปกติจนทำให้มีอาการของการเสียเลือด ได้แก่ ชีด อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น เหื่องอกกระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็wtืน เป็นลม หมดสติ และหรือมีอาการแสดงของภาวะ Hypovolemia ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งจะเป็น เริ่ว ปัสสาวะออกน้อย oxygen saturation น้อยกว่า 95% ตัวเย็น มือเท้าเย็น

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) ได้定义ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือ มีสัญญาณของภาวะซึ่งก่อ hemodynamic instability แม้วัดปริมาณเลือดไม่ได้ หรือมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ถือว่าเป็น ภาวะตกเลือดหลังคลอดหากมีอาการแสดง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้定义ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรทางช่องคลอด และมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอด หรือการมีสัญญาณทางสรีรวิทยาผิดปกติถือเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอด เม็ดปริมาณเลือดน้อยกว่าที่กำหนด

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 และให้การรักษาทันทีตาม อาการแสดง (clinical signs) ไม่วัดปริมาณเลือดสะสมให้ครบตามเกณฑ์

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ปี ค.ศ.2025 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้เกณฑ์การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างทันได้อย่างทันท่วงที ได้แก่ ปริมาณเลือดที่สูญเสียซึ่งประเมินได้ตั้งแต่ 300 มิลลิลิตรขึ้นไป รวมกับพบสัญญาณความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิตอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ได้แก่ ชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที shock index มากกว่า 1 ความดันโลหิตซิลโลิกน้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปอร์ท หรือความดันโลหิตได้แอสโตรลิกน้อยกว่า 60 มิลลิเมตรปอร์ท หรือ ปริมาณเลือดที่สูญเสียซึ่งประเมินได้ชัดเจนตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษในระยะเวลา 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2025)

ด้วยเหตุนี้การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงของมารดาในระยะหลังคลอดจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพึงตระหนักรู้และนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัย พยาบาลหลังคลอดต้องประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อจากระยะคลอด โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจาก มดลูกหดรัดตัวไม่ดี เศรษฐกิจช่องทางคลอดนิ่กขาด เสือดไม่แข็งตัว เมื่อพบปัจจัยเสี่ยงควรให้การรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีเพื่อให้มารดาเกิดความปลอดภัย

สถานการณ์ภาวะเสี่ยงทางสุติกรรมที่พบบ่อยของทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอด

1. การบาดเจ็บจากการคลอด (birth injury) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดทารกที่อยู่ในท่าผิดปกติ หรือต้องใช้เครื่องมือสูติศาสตร์หัตถการในการช่วยทำการคลอด ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อย ได้แก่

1.1 ผิวนังเกิดความบอบช้ำ เช่น ผิวนังเขียวช้ำ, หนังศีรษะแตก, caput succedaneum, cephalhematoma, subgaleal hematoma และ internal Hematoma เป็นต้น

1.2 กระดูกหัก เช่น กระดูกไฟปลาร้าหัก กระดูกตันแข็งหัก กระหลกศีรษะร้าว เป็นต้น

1.3 การบาดเจ็บของระบบประสาท เช่น การบาดเจ็บต่อไขสันหลังและเส้นประสาท การบาดเจ็บของกลุ่มประสาท brachial เป็นต้น

2. ทารกมีน้ำหนักผิดปกติ หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือมากเกินที่ควรจะเป็นในอายุครรภ์นั้น ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับทารกที่เจริญเติบโตปกติ ทั้งนี้ทารกที่มีน้ำหนักผิดปกติแบ่งได้ดังนี้

SGA (small for gestational age) หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 10 percentile ของน้ำหนักปกติที่ อายุครรภ์นั้น ๆ

LGA (large for gestational age) หมายถึง ทารกที่ มีน้ำหนักตัวมากกว่า 90 percentile ของน้ำหนักปกติที่ อายุครรภ์นั้น ๆ

IUGR (intrauterine growth restriction) หมายถึง ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โดยสาเหตุอาจเกิดได้จากหั้งจากมารดา ทารก มดลูก ราก หรือจากสายลักษณะดื้อ

3. ทารกแรกเกิดจากการดรามาติดสารเสพติด

3.1 บุหรี่ มีผลกระทบทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ขาดสารอาหารในระยะตั้งครรภ์ และเพิ่มอัตราการตายในทารก นอกจากรู้สึกตัวไม่ดีแล้ว ยังมีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม เช่น เช华น์ปัญญาบกพร่อง มี สมาร์ทส์ พฤติกรรมก้าวร้าว และมีปัญหาการเข้าสังคม เป็นต้น

3.2 แอลกอฮอล์ มีผลกระทบทำให้ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในรายที่มารดาดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปฏิสนธิหรือในช่วง 3 เดือนแรก โดยปัญหาสุขภาพของทารกขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่มารดาดื่ม ถ้าดื่มในปริมาณมากจะส่งผลให้ทารกเกิดโรคกลุ่มอาการแอลกอฮอล์ (fetal alcohol syndrome [FAS]) ซึ่งพบทารกมีลักษณะทางร่างกายที่ผิดปกติ คือ ช่องตาล้าน ร่องริมฝีปากเรียบ ริมฝีปากบนยกและบาง หนังคลุมหัวตามาก จมูกแบน และปลายจมูกเชิดขึ้น พัฒนาการทางสติปัญญาไม่คุณภาพบกพร่อง มีปัญหาด้านความจำ

3.3 แอมเฟตามีน มีผลกระทบทำให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย มีความผิดปกติของหัวใจแตกต่างกัน มีภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสมองตายน้ำ ทำให้มีการทำลายเซลล์ประสาท มีผลต่อสมาร์ทและความจำของเด็ก

4. ภาวะลำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome [MAS]) คือ การลำลักເຂົ້າຫາທີ່อยู่ในน้ำครรภ์เข้าปอดของทารกแรกเกิด จำแนกความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

4.1 รุนแรงน้อย ทารกจะหายใจเร็วขึ้น ทำให้ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง คาดความเป็นกรดเป็นด่างของเลือดเข้าสู่ภาวะปกติ อาการจะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

4.2 รุนแรงปานกลาง ทารกจะมีอาการของการกดการหายใจ คือ หายใจเร็ว ซึ่งสืบต่อของบุคลิกภาพของเด็ก เช่น ใจเต้นเร็ว อาการจะด้อย ทวีความรุนแรง และมีความรุนแรงสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง และ มักหายใจภายใน 4-7 วัน ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อน

4.3 รุนแรงมาก ทารกจะมีการหายใจลำเหลวทันทีเมื่อแรกเกิดหรือ 2-3 ชั่วโมงแรก มีอาการของการกดการหายใจชัดเจน และฟังเสียงปอดได้ rhonchi และ crackle อาจมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง และไม่ได้ขึ้นเมื่อให้ออกซิเจน เนื่องจากภาวะของแรงดันเลือดในปอดที่สูงมาก

5. ภาวะอุณหภูมิภายนอกต่ำ อาการที่พบ คือ ผิวชื้ด ตัวลาย ตัวเย็น มือเท้าชื้ดเขียว ซึ่มหายใจช้าหรือหายใจช้า รับน้ำไม่ได้ สำรอง ห้องอีด

6. ภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด การประเมิน APGAR score ในนาทีที่ 1 ถึง 5 นาทีที่ 7 คะแนน หมายถึง เกิดภาวะ mild birth asphyxia ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขตามปัญหานั้น ๆ ซึ่งหลังคลอดต้องมีการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง

3. กระบวนการพยาบาลในระยะหลังคลอด

กระบวนการพยาบาลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะหลังคลอด

ภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพมารดาหลังคลอด (Assessment) วินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วางแผนการพยาบาล (Planning) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และประเมินผล (Evaluation) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถระบุปัจจัยเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที ให้การพยาบาลอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมตามปัญหาเฉพาะราย นอกจากนี้และช่วยส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อมารดาและทารก บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเฝ้าระวัง สังเกต อาการ การประเมินภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะรุนแรง ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของมารดา และส่งเสริมความปลอดภัยในระยะหลังคลอด

การประเมินสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดจำแนกตามหลัก 4T's ได้แก่ สาเหตุจากมดลูกหลัดตัวไม่ดี (Tone) เศษรากค้าง (Tissue) ของทางคลอดฉีกขาด (Trauma) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) (คณานุกรรณาฯ 2568-

2570, 2568) การเข้าใจสาเหตุมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการดูแลและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. กรณีที่ประเมินแล้วพบว่ามารดาตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหลัดตัวไม่เมื่อครู่แลคลึงมดลูกให้แข็งตัวดี ให้กดยอดมดลูกเพื่อไถก่อนเลือดที่อาจค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมด ดูแลภาระบํารุงสภาวะให้ว่าง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยากระตุนการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งเจาะเลือดและจ่องเลือดเตรียมไว้ตามแผนการรักษา ถ้าเลือดยังไม่หยุดให้แล แพทย์มักทำ bimanual uterine compression โดยจัดให้มารดาคนอนหงายชันขึ้น หรือพาดเท้าบนขาหงาย (lithotomy) กำมือข้างหนึ่งสอดเข้าไปในช่องคลอดบริเวณ anterior fornix กดที่ผนังด้านหน้าของมดลูก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งกดคลึงมดลูกทางหน้าท้อง โดยให้มดลูกอยู่ระหว่างมือทั้งสองข้าง อาจต้องทำเป็นเวลานานกว่ามดลูกจะแข็งตัว และถ้ามดลูกไม่หดรัดตัวหรือไม่สามารถยับยั้งภาวะตกเลือดได้ ต้องเตรียมมารดาเพื่อทำการผ่าตัดมดลูกตามแผนการรักษาโดยด่วน

2. กรณีประเมินแล้วพบว่าตกเลือดจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมดลูกควรตรวจสภาพของช่องทางคลอดและปากมดลูก เพื่อหารอยฉีกขาดและเย็บรอยฉีกขาดที่พบจนเลือดหยุด หลังเย็บเสร็จต้องตรวจสอบการมีเลือดคั่งในเนื้อเยื่อชนิดผิวนัง ถ้าพบต้องเย็บใหม่ และถ้าพบว่าการบวมเลือดมีขนาดเล็ก ควรรักษาความสะอาด ประคบด้วยความเย็นเพื่อลดอาการบวมและช่วยให้มารดาหลังคลอดดูรู้สึกสบายขึ้น แต่ถ้าพบว่าการบวมเลือดมีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องผ่าตัด โดยต้องเตรียมมารดาเพื่อรับการผ่าตัดบริเวณที่มีการคั่งของเลือดเพื่อระบายน้ำเลือดออก และผูกหลอดเลือดเย็บปิด หรือบางรายอาจใส่ห้องระบายน้ำ ถ้าพบว่ามีการคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกรานปริมาณมาก จำเป็นต้องผ่าตัดทางหน้าท้อง ส่วนรายที่มีการฉีกขาดของมดลูก ต้องเตรียมมารดาเพื่อรับการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือเย็บมดลูกที่ฉีกขาด ถ้าฉีกขาดมาก ไม่สามารถยับยั้งภาวะตกเลือดได้ แพทย์มีความจำเป็น ต้องตัดมดลูกครรภ์เตรียมมารดาให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจสำหรับรับการผ่าตัด

3. กรณีที่ตรวจรกรังคลอดพบว่า cotyledons หรือ membranes ไม่ครบ แสดงว่ามารดาอาจมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากเศษรกรังค้าง หรือมีเยื่อหุ้มทารกค้างอยู่ในโพรงมดลูก พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อชุดมดลูก และดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยกกระตุนการหดรัดตัวของมดลูก และยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา ภายหลังชุดมดลูกควรมี

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก เลือดที่ออก ดูแลบรเทาความเจ็บปวด และติดตามภาวะแทรกซ้อนภายในหลังคลอด เช่น ภาวะชีด ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง การอักเสบของเยื่อบุโพรงมดลูก รวมทั้งไข้ข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจแก่แม่ราดา

4. กรณีพบว่ามารดาตกเลือดหลังคลอดจากความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ต้องเตรียมยาและเลือดให้พร้อมใช้ เช่น heparin, antibiotic agent, fibrinogen, fresh whole blood ดูแลให้ได้รับเลือดและยาตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามผลการตรวจเลือดเพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที รวมกับการประเมินการหดตัวของมดลูกและแพลงเม็ดโดยการคลึงมดลูกให้เห็นตัวประเมินแพลงเม็ด ปากมดลูก ซองคลอด ประเมินอาการเลือดออก ซึ่งโดยการตรวจก่อนเลือด หรือ hematoma ที่แพลงเม็ด บันทึกปริมาณเลือดออกทุก 15–30 นาที ติดตามสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการเลือดและการติดเชื้อ

มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อตั้งครรภ์ครั้งต่อไป จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ ควรแนะนำการฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อประเมินภาวะชีด จัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ หรือลดความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ กรณีที่พยาบาลประเมินแล้ว พบร้ามีความเสี่ยงสูงที่จะตกเลือดหลังคลอด ควรให้คลอดในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด (คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2568–2570, 2568)

บทบาทพยาบาลในการลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญของพยาบาล ต้องประเมินมารดาที่มีภาวะเสี่ยงในระยะหลังคลอดหรือมีปัญหาสุขภาพ พยาบาลต้องสามารถประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด ถ้าพบปัญหาสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องให้การดูแลซวยเหลืออย่างรวดเร็ว

กระบวนการพยาบาลทารกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงทางสูติกรรมในระยะหลังคลอด

หลังจากที่ทารกแรกเกิดสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกครรภ์มารดาได้แล้ว และมีสัญญาณชีพเป็นปกติ การดูแลทารกแรกเกิดในระยะต่อมาจะเป็นการประเมิน สังเกต อาการผิดปกติต่าง ๆ ในแต่ละวัน รวมทั้งส่งเสริมสมพันธภาพระหว่างมารดา ทารกและครอบครัว ส่งเสริมให้มารดาและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการประเมินและดูแลทารกได้ถูกต้องและปลอดภัย ดังนี้

1. การประเมินการหายใจทางแรกเกิด

พยาบาลควรประเมินและดูแลทางเดินหายใจทางแรกเกิดให้โล่ง โดยจัดให้หารกอยู่ในท่ามอนต์แครง เพื่อให้หารกหายใจสะดวก ลิ่งคัตดหลังสามารถให้เหลืออุกมาได้ง่าย ถ้าหากเดินหายใจมีลิ่งอุกดตัน เช่น น้ำครา มูกเลือด หรืออื่น ๆ จะทำให้หารกหายใจลำบาก สำลัก และเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ต้องใช้สูญญากาศและคงอยู่ดูดเอาลิ่งอุกดตันนั้นออก (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และวีโอล เลิศธรรมเทวี, 2561)

2. การประเมินอุณหภูมิกายทางแรกเกิด

ทางแรกเกิดมีการสูญเสียความร้อนได้ง่าย เพราะมีพื้นที่ผิวภายนอก (body surface area) กว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวและมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ทำให้มีอัตราการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย หากจะมีการผลิตความร้อนภายในร่างกายโดยการเผาผลาญไขมันสีน้ำตาล (brown fat) ที่มีอยู่ภายในร่างกาย ซึ่งเป็นไขมันที่มีเฉพาะในทางแรกเกิด พบรากบบริเวณรอบคอระหว่างกระดูกสะบัก รอบไต และต่อม流氓ไก่ ร่างกายจะรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติได้ ถ้ามีความสมดุลระหว่างอัตราการผลิตความร้อน อุณหภูมิร่างกายจะลดลง จะมีผลทำให้การใช้น้ำตาลและออกซิเจนสูงขึ้น หากจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะร่างกายเป็นกรด และอาจทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สที่ปอดลดลง การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่เกิดขึ้นนี้อาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตของทางแรกเกิด ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องทันท่วงที ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินและดูแลอุณหภูมิกายทางแรกเกิดให้ปกติ เช่น ดูแลให้หารกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น ผ้าที่ห่อตัวทางการควรแห้ง เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่ทางรักขับถ่าย ชะลอการอาบน้ำอย่างน้อยหกชั่วโมงหลังคลอด และสนับสนุนการให้ทางรักได้ดูดนมมารดา เพราะนอกจากทางรักจะได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์แล้ว ยังได้สัมผัสร่วมกับอุ่นจากมารดาด้วย

3. การประเมินเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางแรกเกิด

ทางแรกเกิดมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำหน้าที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีความต้านทานต่ำมาก เมื่อเกิดการติดเชื้อในร่างกายที่ได้ที่หนึ่ง เชื้อจะสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลจึงควรประเมินและดูแล ป้องกันทางร

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมารดา และทางรักในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ไม่ให้เกิดการติดเชื้อ เริ่มจากการล้างมือทุกครั้งก่อนทำการพยาบาลทารก และให้การพยาบาลทุกครั้งโดยใช้หลักการปลอดเชื้อ (aseptic technique) ในการดูแลทารก ดังนี้

3.1 การประเมินและดูแลผู้หนังทารกแรกเกิด

ผู้หนังของทารกแรกเกิดมีลักษณะบอบบาง ละเอียดอ่อน เกิดการระคายเคืองได้ง่าย ถ้ามีการถลอกหรือซีกขาดอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยปกติทารกแรกเกิดจะไม่มีเหงื่อออกจนกว่าอายุเกิน 1 เดือนไปแล้ว แต่ถ้าอาการค่อนข้างร้อน หรือทารกสวมเสื้อผ้าที่หนาเกินไปอาจจะเกิดมีผื่นขึ้น ลักษณะเป็นเม็ดเล็ก ๆ ขนาดเท่าหัวเข็มหมุดเป็นตุ่มนูนขึ้นมา มักขึ้นบริเวณ หน้า คอ และผิวหนังส่วนที่เสื้อผ้าอับ วิธีช่วยเหลือทำให้ผื่นหาย คือ ให้ทารกสวมเสื้อผ้าบาง ๆ เช่น พ้าผ้าย และควบคุมอุณหภูมิของห้องไม่ให้ร้อนเกินไป

การอาบน้ำทารกแรกเกิดครั้งแรกควรทำหลังคลอดเมื่อทารกมีอุณหภูมิร่างกายคงที่ โดยมีวัตถุประஸ์เพื่อล้างคราบเลือด น้ำครา แล้วยืดโรคต่าง ๆ ที่ผิวหนังของทารก เช่น hepatitis B virus, human immunodeficiency virus (HIV) ซึ่งอาจจะเข้าสู่ร่างกายและกระแสเลือดได้หากเกิดบาดแผล และยังเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสวมถุงมือขณะทำการอาบน้ำจะเสร็จสิ้น เพื่อป้องกันการสัมผัสสิ่งคัดหลังต่าง ๆ และการอาบน้ำครั้งต่อไป สามารถทำได้วันละ 1 ครั้ง สำหรับอุณหภูมิของน้ำและล้างเวลาออมในห้องที่จะอาบน้ำควรอุ่น ไม่มีลมพัดผ่าน เพื่อลดการสูญเสียความร้อน อุณหภูมิของน้ำประมาณ $36.6\text{--}37.2^{\circ}\text{C}$ ทดสอบอุณหภูมิของน้ำโดยการใช้ข้อศอกหรือหลังมือทดสอบจะรู้สึกว่าอุ่น สบาย ไม่ร้อนจนเกินไป ภายหลังการอาบน้ำ ต้องเช็ดตาการกด้วยสำลีชุบน้ำอุ่นสักที่เย็นแล้ว โดยเช็ดจากหัวตาไปทางตา และเช็ดสะตื้อทารกด้วย 70% alcohol มีข้อควรระวังในการอาบน้ำทารกแรกเกิด_ไม่อาบน้ำภายในห้องที่ทารกได้รับน้ำ เพื่อป้องกันการอาเจียนและการลำบาก ควรอาบน้ำก่อนการให้นม ควรเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนการอาบน้ำ เพื่อป้องกันการทิ้งทารกไว้ตามลำพัง ขณะอาบน้ำทารกในการอุ้มหรือเคลื่อนย้ายทารก ควรประคองคีรณะและคงของทารกตลอดเวลา (ฉลดา จันทร์ขาว, 2562)

การดูแลความสะอาดทารกภายในหลังการขับถ่าย โดยสาร ammonia ในปัสสาวะอาจก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง และเป็นสาเหตุให้เกิดผื่นได้ ถ้าเช็ดทำความสะอาดโดยไม่ตีพอ และหากปล่อยให้มีการหมักหมมอับชื้นมาก ๆ อาจมีการติดเชื้อร้าตามมาได้ ภายหลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะจึงควรดูแล โดยการเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ในทารก

เพศหญิงควรเข้าดูจากด้านหน้าไปด้านหลังเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ หรือล้างด้วยน้ำสะอาดและเช็ดให้แห้ง สังเกตการระคายเคืองบริเวณผิวนั้น เช่น ผิวนังแดง มีผื่นการบอ้งกันการเกิดผื่นบริเวณก้นและอย่างวะเพศ โดยเปลี่ยนผ้าอ้อมบ่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อหลังการขับถ่าย เปิดเผยผิวนั้นงบริเวณก้นให้สัมผัสถูกอาการบ้างในระหว่างวัน (ชลดา จันทร์ขาว, 2562)

การดูแลสายสะตื้อทารกแรกเกิด โดยภายหลังคลอดสายตื้อทารกจะแห้ง เที่ยวเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลจนถึงดำในวันที่ 2-3 หลังคลอด และหลุดออกภายใน 10-14 วัน ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดต้องสังเกตการมีเลือดออกจากสายสะตื้อ ซึ่งอาจเกิดจากการผูกสายสะตื้อไม่แน่น และภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดไปแล้ว ต้องสังเกตอาการติดเชื้อบริเวณสะตื้อ และดูแล ดังนี้ ดูแลให้สายสะตื้อแห้งและเช็ดทำความสะอาดสายสะตื้อทุกวันด้วย 70% alcohol หากว่าสายสะตื้อจะหลุด หลังจากสายสะตื้อหลุดควรดูแลบริเวณที่สายสะตื้อหลุดให้แห้งและสะอาดต่อไป หากว่าบริเวณนั้นจะหาย ควรใส่ผ้าอ้อมไม่ให้ปิดทับสายสะตื้อ เพื่อช่วยให้สายสะตื้อแห้ง และไม่ถูกกัดจาก ปัสสาวะ ไม่ควรทาครีม โลชั่น หรือน้ำมันบริเวณสายสะตื้อ เมื่องจากจะทำให้สายสะตื้อแห้งซ้ำ อาจติดเชื้อตามมาได้ และไม่ควรใช้เบ็งทابบริเวณสะตื้อ เพราะอาจเกิดการหักหมุน ติดเชื้อได้ สังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อที่สะตื้อได้แก่ การบวมแดง มีสิ่งคัดหลัง หรือมีกลิ่นเหม็นบริเวณข้อสะตื้อ ให้คำแนะนำมารดาในการดูแลทำความสะอาด และสังเกตอาการติดเชื้อบริเวณสายสะตื้ออย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน (ชลดา จันทร์ขาว, 2562, รุ่งดาวรรณ ช้อยจอมหอ และปริยาวรรณ วิบูลย์วงศ์, 2560)

การส่งเสริมการเสี่ยงทารกด้วยนมมารดา โดยอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารก คือ น้ำนมมารดา ซึ่งในระยะแรกจะเป็นน้ำนมเหลือง (colostrum) ทารกสามารถดูดนมได้ทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และทารกควรได้รับนมมารดาอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน หลังจาก 6 เดือนควรได้รับนมมารดาควบคู่ไปกับอาหารตามวัยถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น การประเมินและส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดได้รับนมมารดา โดยวิธีการดังนี้

- ช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่โดยใช้หลักดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้าโดยกระตุนให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายใน 30 นาทีหลังคลอด หลังจากนั้นดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 8-12 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง ให้มารดาอุ้มให้กระชับและให้ทารกดูด

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและภัยคุกคาม : การพยาบาลมารดา และทารกในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

จนถึงล้านนม ดูดหั้งสองข้างตามความต้องการ ประมาณข้างละ 10-15 นาที และสลับเต้าที่หากดูดครั้งแรกในมื้อต่อไป ถ้า้น้ำมามาดีแล้วควรให้หารกดูดนมมาตราให้เกลี้ยงเต้าเป็นข้าง ๆ ไป

- ให้คำแนะนำในการดูดนม เช่น การสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของทารกเมื่อพิว (feeding cue) แทนที่จะปล่อยให้หารกรองให้ก่อน ได้แก่ หารกเอาเมือใส่ปาก ทำท่าดูด มี rooting reflex โดยหากจะหันหน้าไปด้านที่ถูกเขี่ยบริเวณด้านข้างของปาก หารกอ้าปาก และพยายามจะดูด

- แนะนำการดูดนมอย่างต่อเนื่อง ลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อการหลั่งน้ำนม

- แนะนำให้มาตราดีมีน้ำให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในระยะให้นม หารกไม่ว่าจะเป็นเนื้อปลา หรืออาหารทะเล 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ รับประทานวิตามินบำรุงเลือดที่ได้รับจากโรงยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มาตราดีได้รับสารอาหารและน้ำที่เพียงพอในการสร้างน้ำนม สำหรับมาตราดีที่ต้องการดีมเครื่องดื่มที่มีกาแฟอีน สามารถดีมได้วันละไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งจะไม่มีผล ต่อหารก และหากจำเป็นต้องดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลังจากดีมแล้วควรเว้นช่วงก่อนให้นมหารกอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แต่หากดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อวัน อาจมีผลต่อหารกทำให้หง่วงซึม อ่อนแรง และมีน้ำหนักผิดปกติได้ (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019)

- แนะนำการสังเกตอาการของหารกที่แสดงว่าได้รับนมเพียงพอ ได้แก่ นอนหลับภายในหลังได้รับนมอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ปัสสาวะสีเหลืองอ่อนจำนวน 6-8 ครั้ง/วัน ซึ่งแสดงว่าได้รับน้ำเพียงพอ อุจจาระอย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน ในสัปดาห์แรกน้ำหนักตัวของหารกลดลงไม่เกินร้อยละ 7-10 ของน้ำหนักตัวแรกเกิด หลังจากนั้นควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20-30 กรัม/วัน

5. การประเมินและการส่งเสริมการพัฒนานอนหลับของหารกแรกเกิด

หารกแรกเกิดมักนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ อาจถึง 16-20 ชั่วโมง/วัน ในกรณีนอนหลับแต่ละครั้งนานประมาณ 2-4 ชั่วโมง สลับกับการตื่น 1-2 ชั่วโมง โดยสัมพันธ์กับการหิวและอิ่ม ยังไม่สัมพันธ์กับเวลากลางวันกลางคืน หารกยังไม่สามารถนอนหลับได้ยาวนานติดต่อกันโดยเฉพาะในช่วงกลางคืน เนื่องจากความจุในกระเพาะอาหารน้อย ทำให้หารกหิว หารกเริ่มพัฒนาการตื่นและการนอนหลับให้สัมพันธ์กับเวลากลางวันกลางคืนได้ 1-3 เดือน

การนอนหลับสนิทอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานานเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ชื่อร์โมนแห่งการเจริญเติบโตหลังออกมารอย่างเต็มที่

ควรแนะนำให้บิดามารดาสั่งเสริมการนอนหลับให้มากที่สุด โดยจัดทารกนอนในท่าที่เหมาะสม ได้แก่ ท่านอนหงาย และนอนตะแคง เนื่องจากกล้ามเนื้อคออย่างไม่แข็งแรง การนอนหงายหรือนอนตะแคงจะช่วยให้ทารกสามารถหันซ้าย ขวา มองเห็นลิงแวดล้อมรอบตัวได้ง่ายขึ้น หากจะให้ทารกนอนคว่ำ ควรทำขณะทารกตื่นแล้วมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ทารกลดการเกิดคีรี拜师学艺แบบโดยอุบัติการณ์ หัวใจ หัวโน้ม หัวหลัง ให้เกิดความแข็งแรง (ชลดา จันทร์ขาว, 2562, รุ่งดาวรรณ ชัยจอมหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560)

6. การประเมินและการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

ควรส่งเสริมให้บิดา มารดา ได้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก และสามารถแสดงพฤติกรรมการดูแลทารก ได้เหมาะสม โดยเริ่มจาก

6.1 ส่งเสริมให้มารดาได้อุบกอด สัมผัส ลูบไล้ สำรวจร่างกายทารก และส่งเสริมให้ทารกดูดนนมมารดา การให้มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์กัน ถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในอนาคต และมีผลส่งเสริมให้มีความสำเร็จในการเลี้ยงการด้วยนมแม่นานขึ้น

6.2 กระตุนให้มารดาชี้สีกีดีกับทารก เช่น พูดคุยให้มารดาและครอบครัวพึงเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ของทารก เพื่อให้มารดาและครอบครัวเห็นความน่ารักของทารก

6.3 กระตุนให้มารดาพูดคุยกับทารก เช่น ในระหว่างการอาบน้ำ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมความรักให้ผูกพันระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

6.4 แนะนำวิธีการดูแลทารกให้แก่บิดา มารดา เช่น การอุ่น การห่อตัวทารก การให้นมแม่ เปิดโอกาสให้บิดา มารดา ได้ดูแลทารกด้วยตนเอง ให้กำลังใจและช่วยในการณ์ที่ทำได้ถูกต้อง หรือให้การช่วยเหลือในการณ์ที่ยังทำได้ไม่ถูกต้อง (ชลดา จันทร์ขาว, 2562, รุ่งดาวรรณ ชัยจอมหอ และปริยาภรณ์ วิบูลย์วงศ์, 2560)

4. กรณีตัวอย่างการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพรวมและการพยาบาลในระยะหลังคลอด

กรณีตัวอย่างต่อไปนี้นำเสนองานการประเมินมาตรฐานและทารกหลังคลอดโดยใช้แนวคิด 13 B ในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้เห็นภาพรวมของการรับรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลในเชิงปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้สามารถประยุกต์ใช้หลักการเหล่านี้ในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกมิติ

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G₅P₁ ประวัติ PARA 1-0-1-1 Last 8 ปี ครรภ์แรก
คลอดปกติ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม ครรภ์ที่ 2 แท้งเงิงเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน
ไม่ได้รับการชุดมดลูก ครรภ์ที่ 3 คลอดเมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เพศชาย น้ำหนัก 3,900
กรัม ใช้เวลาในระยะเวลาที่สองของการคลอด 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 เลี้ยกลีดจากการคลอด 200 มิลลิลิตร ครรภ์ 2 ชั่วโมงหลัง
คลอด ข้อมารดาและทารกมาตีกสติกรรมหลังคลอด

มารดาหลังคลอด 12 ชั่วโมง มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อน ปวดแผลฝีเย็บและรูสีก็เจ็บหน่วงบริเวณเชิงกราน ยังไม่ลุกจากเตียง modulus นิ่มอยู่ เนื่องด้วยเล็กน้อย หลังคลอดถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง ปริมาณน้อย คลำพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงเล็กน้อย แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma มีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นผ้าอนามัย 2 ผืนซึ่ม ท้องไม่อืด ท้องไม่อืด ยังไม่ถ่ายอุจจาระหลังคลอด แต่กังวลว่า การเบ่งอุจจาระจะทำให้แผลฝีเย็บบวม ไม่มีอาการริดสีดวงทวารหนัก ประเมินสัญญาณชีพได้ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

หลังคลอดทารกตู้ดนมมารดาได้ น้ำนมเริ่มไหล หัวนม ล้านนม Grade 3 ทารก
หลังคลอดมีรืออยบวมบนศีรษะซีกซ้ายขนาด 3×3 เซนติเมตร กดไม่มีรืออยบวม ทารก Active ดี
Skin pink ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ตา หู จมูก ไม่มี discharge สายสะตือไม่มีเลือดซึม testes
ลง scrotum ทั้ง 2 ข้าง ถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง ยังไม่ถ่ายอุจจาระ

ครอบครัวมายิ่งมารดาและทารกหลังคลอด มารดาของสามีแนะนำให้รับประทานอาหารร้อน ดีมั่น้ำร้อนเท่านั้น ห้ามดื่มน้ำเย็น แนะนำให้ดีมั่น้ำขิงเพื่อเพิ่มน้ำนม และเตรียมให้มารดาหลังคลอดอยู่ไฟเมื่อกลับไปบ้าน

จากการณ์ศึกษา สามารถประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกหลังคลอดโดยใช้ หลัก 13 B และวางแผนการพยาบาล ดังนี้

1. Background: ประเมินประวัติของมารดาหลังคลอด

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G₃P₁ 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 ลานนมยืดหยุ่นดี น้ำนมเริ่มไหล หลังคลอดทารกเริ่มดูดนมมาได้ เต้านมคัดเล็กน้อย ไม่มีอาการแดงร้อนบวมเจ็บเฉพาะที่ มารดาบ่นเจ็บขณะเริ่มให้ลูกดูด 1-2 นาทีแรก ลังเกตท่ออุ่มและ latch พบร้าทารกอมไม่ลึก

5. Belly and Uterus: การประเมินหน้าท้องและมดลูก

ยอดมดลูกอยู่ระดับลงดือ คลำได้ก้อนกลมแข็ง หดรัดตัวดี ไม่มีอาการกดเจ็บผิดปกติ หน้าท้องอ่อนนุ่ม กล้ามเนื้อผนังหน้าท้องหย่อนตามปกติหลังคลอด

6. Bladder: การประเมินกระเพาะปัสสาวะ

มารดาปัสสาวะเองได้ มีอาการแสดงเล็กน้อย หลังคลอด 12 ชั่วโมง ถ่ายปัสสาวะ 1 ครั้ง ปริมาณน้อย คลำพบกระเพาะปัสสาวะโป่งตึงเล็กน้อย

7. Bleeding and Lochia: ประเมินเลือดที่ออกและน้ำคาวปลา

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและพยาบาลในระยะหลังคลอด

เสียเลือดจาก การคลอด 200 มิลลิลิตร หลังคลอด 12 ชั่วโมง มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นผ้าอนามัย 2 ผืน ซึ่ง ประมาณ 100 มิลลิลิตร Lochia rubra สีแดงสด ไม่พบลิมเลือดขนาดใหญ่ ไม่มีกลิ่นเหม็น

8. Bottom ฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก

แผลฝีเย็บระดับ Second-degree บวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดตึงแผลเมื่อเปลี่ยนท่า ประเมินแผลฝีเย็บโดยใช้ REEDA: Redness ไม่มีรอยแดง Edema บวมเล็กน้อย Ecchymosis ไม่มี Discharge ไม่มี Approximation ชิดดี ไม่มี hematoma

9. Bowel movement: การประเมินการทำงานของลำไส้

ท้องไม่มีอีด ยังไม่ถ่ายอุจจาระหลังคลอด แต่กังวลว่าการเบ่งอุจจาระจะทำให้แผลฝีเย็บปริ ไม่มีอาการริดสีดวงทวารหนัก

10. Blues: การประเมินทางด้านจิตสังคมของมารดาหลังคลอด

รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ต้องการพักผ่อน

11. Bonding and Attachment: การประเมินความผูกพันและสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกและครอบครัว

มีการกระตุนการสร้างสัมพันธภาพหลังคลอด โดยให้ทารกดูคนมารดา สามารถดูได้ มารดาอุ้มลูกแนบอก พูดคุย ลูบหลัง สีหน้าอ่อนโยน แม้ยังเหนื่อยล้า สามีอยู่ข้าง ๆ ให้กำลังใจ

12. Baby: การประเมินลักษณะทั่วไปของทารก

ทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,900 กรัม แรกเกิดหารกรองและหายใจทันที active ตี skin mild blue APGAR score 1 นาที 9 คะแนน 5 นาที 10 คะแนน หลังคลอด 24 ชั่วโมง มีรอยบวมบนตีรีษะซีกซ้ายขนาด 3×3 เซนติเมตร กดไม่มีรอยบุบ ทราบ Active ตี Active ตี Skin pink ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ตา หู จมูก ไม่มี discharge สายสะตือไม่มีเลือดซึม testes ลง scrotum ทั้ง 2 ข้าง ถ่ายปัสสาวะ 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ทราบดูดน้ำนมได้ T 36.9 องศาเซลเซียส HR 130 ครั้ง/นาที R 40 ครั้ง/นาที

13. Belief: การประเมินความเชื่อของมารดาหลังคลอดและครอบครัว

ครอบครัวแนะนำให้รับประทานอาหารร้อนเท่านั้น หากตื่มน้ำเย็น แนะนำให้ดื่มน้ำขิงเพื่อเพิ่มน้ำนม และเชื่อว่าหลังคลอดต้องอยู่ไฟ

ตัวอย่างปัญหาและแผนการพยาบาลการดาหลังคลอด

มารดาเลี้ยงต่อการตกลีอุดหลังคลอดเนื่องจากการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาหลังคลอดอายุ 35 ปี G₃P₁ ประวัติ PARA 1-0-1-1 Last 8 ปี ครรภ์ปัจจุบันคลอดทารก น้ำหนัก 3,900 กรัม หลังคลอด 12 ชั่วโมง อ่อนเพลีย มดลูกนิ่มอยู่เหนือระดับ อังมีถ่ายปัสสาวะ แพลงผิวเข้มบวมเล็กน้อย ติดดี ไม่มีเลือดซึม ไม่มี Hematoma มีเลือดออกทางซ่องคลอดซึมผ้าอนามัย 2 ผืน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปอร์อทชีพจร 90 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

มารดาไม่ตกลีอุดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

มดลูกหดรัดตัวดี Bleeding per vagina น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง แพลงผิวเข้มไม่มีเลือดซึม 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

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและวางแผนการพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

5. แนะนำการดูแลหลังเกตออกากรตนเอง หากมีเลือดออกทางช่องคลอดซึมพ้าอนามัย 1 ผืนภายใน 1 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการเกรียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่ออออก ตัวเย็น หรือมีอาการผิดปกติใด ๆ ให้แจ้งพยาบาลทันที
6. ลงเสริมไข้มาตราใหม่บุตรหลังคลอดทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อการตุ้นชอร์โนนออกซิโตซิน ทำให้หมดลูกหลัดตัวดี

ตัวอย่างปัญหาและแผนการพยาบาลหากหลังคลอด

หากมีภาวะ cephalhematoma เนื่องจากใช้เวลาในระยะที่สองของการคลอดยาานาน

ข้อมูลสนับสนุน

มาตรฐานที่ 3 ใช้ระยะเวลาที่สองของการคลอด 1 ชั่วโมง หากน้ำหนัก 3,900 กรัม ภายในหลังคลอด พบรอยบวมบนศีรษะหากทางซีกขนาด 3×3 เซนติเมตร กดไม่มีรอยบุบ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการภาวะ cephalhematoma

เกณฑ์การประเมินผล

หากไม่เกิดภาวะซีด ระดับ hematocrit อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะตัวเหลือง ระดับ micro bilirubin อยู่ในเกณฑ์ปกติ รอยบวมที่ศีรษะไม่โตขึ้นจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะ ขนาด การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เกี่ยวกับก้อนบวม ภาวะเลือดออกในสมอง อาการซีด ตรวจเลือดประเมินค่า hematocrit และ micro bilirubin
2. ประเมินหากมีภาวะผิดปกติต้องรีบแจ้งให้แพทย์ทราบ เช่น ภาวะซีดมากอาจต้องให้เลือด และหากมีภาวะตัวเหลืองอาจต้องส่องไฟเพื่อวินิจฉากภาวะตัวเหลืองตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้การอนตະแคงตรงข้ามกับก้อนบวม เพื่อป้องกันการกดทับที่จะกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น

4. อธิบายให้ทราบด้วยการคุยและครอบครัวเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ใช้ภาษา ยานวด ประคบหรือเจาะเข้าเลือดที่ก้อนบวมออก แจงให้ทราบว่า ก้อนบวนนี้จะหายไป เองภายในเวลาเป็นสัปดาห์ หรืออาจนาน 1-3 เดือน

บทสรุป (chapter summary)

การประเมินภาวะเสี่ยงของมารดาและทารกแรกเกิดในระยะหลังคลอดทันที ถือเป็น อีกบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลหลังคลอด การประเมินเพื่อค้นหา ปัจจัยเสี่ยง และตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เพื่อวางแผนทางแนวทางแก้ไข สถาปนาระบบในระยะเริ่มแรกจะสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที่ทั้งมารดาและทารก ซึ่งต้องอาศัย องค์ความรู้ ความใส่ใจ การช่างสังเกต และการวิเคราะห์ภาวะต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง ภายในระยะหลังคลอดในระยะเริ่มแรกของพยาบาลผู้ดูแล รวมทั้งการตัดสินใจแก้ไขภาวะเสี่ยงของ มารดาและทารกหลังคลอดโดยยังคงเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลพึงตระหนักรถึงการประเมิน สภาพทารกแรกเกิดอย่างละเอียด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมล้มพัฒนาการและให้ คำแนะนำแก่มารดาและครอบครัวในการดูแลทารกหลังคลอดให้ปลอดภัย

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสูติกรรม : การพยาบาลมารดา และทารก ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรณิการ พระราม, กฤษณ์ สุวรรณรัตน์ และวรัญญา ชลธารกัมปนาท. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อทักษะการประเมินสุขภาพมารดาหลังคลอดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า* จันทบุรี, 32(1), 135–149.
- กรณิการ วิจิตรสุคนธ์ และวีโอลี เลิศธรรมเทวี. (2561). การพยาบาลทารกแรกเกิด ในครึ่งสมบูรณ์ มุลิกสุคนธ์, พองคำ ติลากสุกชัย, วีโอลี เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บ.ก.). ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น. 311–464). สมมิตรพรินติ้งแอนด์พับซิชชิ่ง.
- กรมอนามัย. (2567). วิเคราะห์สถานการณ์การตายมารดาของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2567. chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcgkclefindmkaj/https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F_IDC32/OPDC2568_IDC3-2_01-1.pdf
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2568–2570. (2568). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสุตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การบ้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด *RTCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage*. <https://www rtcog.or.th/content/readfile/70>.
- ชลดา จันทร์ขาว. (2562). การพยาบาลทารกแรกเกิด. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญยา พัฒนจินดาภุล. (2560). การบาดเจ็บจากการคลอด. ใน ประภัทร วนิชพงษ์พันธุ์, กุศลรัศมีเจริญ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บ.ก.). ตำราสูติศาสตร์. (น.349–354). พี.เอ.ลีพริง.
- ปราชญาติ ยมานันดกุล. (2567). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. ใน มนีกรรณ์ โสมานุสรณ์ (บ.ก.). การพยาบาลสูติศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 17). (น.171–201). ธนาเพลส.
- ผกาวลัย หนูมาก. (2567). การปรับตัวด้านจิตใจ สังคม และบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด. ใน ศศิธร พุ่มดวง และเบญญาภา ชิดามพงษ์. (บ.ก.). การพยาบาลมารดาทารกและการพดุงครรภ์ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น.503–510). สยาม พริ้นติ้ง.

เพื่องลดา ทองประเสริฐ. (2564). ระยะหลังคลอด. ใน ชีระ ทองสง (บ.ก.). สูติศาสตร์ (เรียบเรียงครั้งที่ 6). (น.193–210). บริษัทักษณ์มีรุ่ง จำกัด.

รุ่งดาวรรณ ช้อยจขหอ และปริยาภรณ์ จิณลัยวงศ์. (2560). ทารกแรกเกิด: การประเมินภาวะสุขภาพการส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพ. ธนาเพรส.

โรงพยาบาลศิริราช. (ม.ป.บ). คู่มือการให้คะแนน STT. 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 และสุดาารัตน์ พยัคฆ์เรือง (บ.ก.). การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง. (น.1-34). พรี-วัน.

ศิริกุช ชุมโต และศิริภรณ์ สวัสดิวร. (2555). ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. อยรา.

ศิริพรรณ จำปาเงิน. (2559). การพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะลิ้นติด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาขาวัฒน์สุข, 25(2), 237–245.

Basu, R. (2010). *Galactorrhea of the Newborn (Witch's Milk)*.

<https://www.contemporarypediatrics.com/view/galactorrhea-newborn-witchs-milk>

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/>

Dibello, D., Carlo, V. Di., Colin, G., Barbi, E., & Galimberti A. M. C. (2020). What a paediatrician should know about congenital clubfoot. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(78), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00842-3>.

Faiella & Gulden, P.A. (n.d.). *Orlando brachial plexus injury attorneys*. <https://faiellagulden.com/birth-injury;brachial-plexus-injury.html>

Fuloria, M. & Kreiter, S. (2002). The Newborn Examination: Part I. Emergencies and Common Abnormalities Involving the Skin, Head, Neck, Chest, and Respiratory and Cardiovascular Systems. *American Family Physician*, 65(1). 61–68.

- Google LLC. (2025). *Gemini* (Flash 2.5 version) [Large Language Model]. Accessed November 30, 2025.
- 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/>.
- OpenAI. (2025). ChatGPT (December 1 version) [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>.

ตัวนี้คือคำ Index

A

- acquired immunodeficiency syndrome 26
- Adalat 180
- adolescent pregnancy 2
- advanced maternal age 2
- AIDS 26
- anemia 26, 49
- antenatal care 17, 22, 44, 63, 127
- antepartum hemorrhage 6
- anterior fontanelle 246
- APGAR score 7, 169, 170, 171, 198, 199, 265, 273, 276
- APGAR Score 218
- Approximation 232, 275
- assessment 22, 27, 28, 36, 40, 44, 48, 76, 88, 89, 117, 122, 126, 159, 194, 220
- assisted reproductive technology 97, 143
- asymmetrical fetal growth restriction 146
- Audible 225
- autolysis of muscle fiber 226

B

- babinski's sign 261
- baby 238, 282
- baby blues 238
- Background 220, 274
- Belief 242, 276
- Belly and Uterus 226, 275
- birth weight 7, 42, 71
- Bladder 229, 275
- Bleeding and Lochia 230, 275
- Bleeding per vagina 277
- blinking reflex 261
- blood clot 227
- blood pressure 245
- blues 234, 238
- Body condition 221, 274
- body mass index 31, 32, 94
- Body temperature 221, 274
- Bonding and Attachment 241, 276
- Bottom 231, 275
- Bowel movement 234, 275
- brachial plexus 197, 256, 257, 282
- Breast and Lactation 222, 274

- breast female cancer 13
- Bricanyl 176, 177
- brown fat 268

C

- caesarean section 71
- caput succedaneum 246, 247, 264
- case study** 36, 39, 116, 119
- Category I.... 165, 166, 177, 178, 179, 180, 181
- Category II 165, 166, 168
- Category III 165, 166, 168, 169
- cause of death 12
- causes of mortality 8
- cephalhematoma..... 247, 264, 277, 278
- cephalopelvic disproportion..... 71, 162
- Cephalopelvic disproportion..... 163, 218
- cervical cancer 13
- cervical cerclage 145
- cesarean section 71
- childbirth 15
- chronic diseases 4, 71
- Chronic hypertension** 183, 184
- clavicle flexure 252
- cleft lip 249
- cleft palate 250
- clinical practice guidelines 16

- club foot 258
- Comfort 225
- complications 16, 27, 37, 44
- congenital anomalies.... 5, 42, 43, 71, 72, 123
- continuity** 24, 27
- continuous electronic fetal monitoring... 164, 216
- continuum process 21
- contraction 227
- coughing reflex 261
- CPD 71, 140, 162, 163, 218
- crawling reflex 261
- critical period 6
- crude birth rates 9
- c-section 71
- cure 16

D

- data collection** 28
- desquamation of skin 253
- diagnosis 22, 27, 37, 88, 90, 100, 122, 127, 194, 282
- diastasis recti 228, 229
- Discharge 232, 233, 275
- down syndrome 46, 50, 92, 120, 121

dynamism 24

E

early preterm labor 142

ecchymosis 254

Ecchymosis 232, 233, 275

Eclampsia 183, 184, 185, 209

EDC 25, 127, 152

edema 15, 134, 178, 183, 184, 202

Edema 232, 233, 275

edward syndrome 58, 122

environmental and social factors 19

epstein pearl 249

Erythema toxicum 254

estimate fetal weight 148

evaluation 22, 27, 29, 36, 38, 88, 118,

122, 197

evidence-based practice 7, 16, 24

expected date of confinement 25

extrusion reflex 261

F

facial nerve 248, 249

family centered care 24

family planning 5

fertility 20, 127

fetal development 6

fetal distress 6, 37, 212

fetal growth restriction 19, 146, 148

fetal position 17

figure of eight 226

folic acid 34, 39, 42, 72

foul lochia 231

G

G6PD 53, 54, 89, 92, 120

gag reflex 261

genetic counselling 5

gestational diabetes mellitus 2, 6, 42, 62,

91, 123

gestational hypertension 5, 71, 95

Gestational hypertension 183

goal setting 35

H

health promotion 16, 41, 42

health system framework 23

HELLP syndrome 182, 183, 186, 189

hemangioma 254

hematoma 232, 264, 267, 275

hepatitis B virus 26, 63, 269

high risk 28, 43, 46, 130

high-risk pregnancy.....	6, 18	involution of uterus.....	7
HIV.....	26, 46, 47, 63, 74, 78, 79, 89, 93,	ischemia of uterus.....	226
	117, 135, 201, 269		
hold.....	234, 236, 241		
holistic assessment	24		
holistic care	20, 27, 75		
HPV	67, 69, 115		
human Immunodeficiency virus	26		
human papilloma virus	67		
hymen tag	259		
hyperthyroid	26		
hypothyroid.....	26		
I			
immediate puerperium.....	219		
immunization.....	5		
implementation 22, 27, 36, 38, 88, 90, 118,			
122, 195			
individualized care plan..	21, 42, 72, 73, 88		
individualized nursing care plan.....	16		
Infant mortality.....	8		
infection.....	4, 26		
infertility	20, 44, 61, 82, 125, 127		
Intermittent auscultation.....	164		
intimate partner violence	17		
intrapartum	1, 3, 6, 17, 27		
involution.....	7, 226		
J			
jaundice	255, 256		
K			
key concepts	23		
L			
lack of attachment	241		
lactation	7		
lactogenesis	222, 223		
lanugo hair.....	253		
LATCH	224, 282		
late preterm labor	142		
late puerperum	219		
let-down reflex	223		
letting-go phase	234, 237		
leukemia.....	13		
live births	8		
liver cancer.....	13		
lochia alba	231		
Lochia rubra.....	231, 275		
lochia serosa.....	231		
low risk	28, 46, 130		

lung cancer 13

M

macrosomia 71, 194, 219

maternal 1, 2, 3, 4, 7, 8, 16, 19, 20, 21,
37, 43, 44, 47, 71, 74, 117

maternal factors 19

maternal morbidity 1

maternal mortality 1, 3, 4, 8

maternal role 7

McRoberts maneuver 195, 196, 197

MgSO₄ 178, 179, 187, 188, 190, 209, 210

midwife 6

milia 253

miliaria 254

milk fever 221

mode of death 12

molding 245

mongolian spot 254

moro reflex 249

mortality 3, 8, 9, 44, 70, 142, 219

multidisciplinary 7, 35, 38, 48, 87, 93

N

neonatal morbidity 1

neonatal mortality rate 3, 142

neonatal sepsis 2

neonatal teeth 250

neural tube defects 34

newborn 1, 3, 7, 16, 20, 21, 43, 44, 281

newborn health assessment 7

newborn screening 7

NIFTY Test 121

non stress test 133

Non-Invasive Fetal Trisomy 121

Non-Invasive Prenatal Testing 121

nursing diagnosis 35, 117

nutrition status 4

O

obstetric emergency 17

obstetric history 24, 71, 88

obstetric nursing 6

obstetric risk assessment 15, 16, 19, 21, 22,
23, 27, 28, 36, 41, 43

obstetric risk condition 18

obstetric risk conditions 1, 4, 77

obstructed labor 6

occipitofrontal 245

P

palmar grasping reflex 256, 260

- partograph 159, 161, 193, 219
patau syndrome 59, 122
pendulous abdomen 228
persistent red lochia 231
petechiae 254
physiologic phimosis 259
placing reflex 261
planning 22, 27, 28, 37, 44, 72, 73, 88, 90, 118, 122, 125, 195
posterior fontanelle 246
postpartum 1, 2, 3, 4, 7, 17, 22, 27, 158, 227, 234, 238, 239, 281, 282
postpartum depression 7, 234, 239
postpartum hemorrhage 2, 4, 7, 227, 282
Postpartum Hemorrhage 262, 263, 280
postpartum infection 7
postpartum mother 16
postpartum period 7, 15, 17, 158
postpartum psychosis 234
preconception 1, 3, 4, 17, 22, 27, 29, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 70, 73, 75, 87, 88, 92, 93, 126
preeclampsia 1, 4, 6, 37, 42, 43, 62, 71, 91, 117, 123, 182, 183, 189, 215
Preeclampsia 182, 201, 212
pregestational diabetes 5, 62
pregnancy 1, 2, 3, 4, 6, 15, 19, 25, 27, 37, 43, 44, 49, 71, 108, 125, 127, 132, 139, 158, 219
pregnant woman 16
pre-premature rupture of membrane 19
preterm 1, 2, 6, 42, 49, 71, 72, 117, 142, 144
preterm birth 1, 2, 6, 42, 49, 71, 72, 117
prevention 16
Prevention 23, 24, 41, 61, 87, 125, 126, 280
primary prevention 23
prioritization of care 21
proactive nursing interventions 23
proactive process 21
process 22, 27, 28, 35, 36, 42, 43, 87, 116, 122, 159, 249
progress of labor 17, 30
prolonged labor 6
proteinuria 15
pseudo- menstruation 259
puerperium 218
pupillary reflex 261

Q

- quad test 121
quadruple test 121

R

- reactionary fever.....221
- recurrent abortion74
- Redness.....232, 233, 275
- REEDA scale232, 233
- Rh negative25
- Rh positive25
- risk assessment**2, 18, 29, 44, 43, 44, 48, 75, 88
- risk classification**28
- risk factors**18, 28, 41, 44, 45, 70
- rooming in.....241
- rooting reflex.....249, 260, 271

S

- secondary prevention.....23
- severe features.....184
- sexual risk behaviours.....5
- sexually transmitted diseases.....26
- shoulder dystocia71
- Siriraj tongue-tie score251
- small for gestational age147, 264
- sneezing reflex.....261
- spontaneous preterm delivery144
- Startle reflex.....260
- stepping reflex260

- stillbirth.....71, 172
- striae gravidarum228
- sub temperature254
- subconjunctival hemorrhage.....249
- subinvolution of the uterus.....227
- suboccipitobregmatic.....245
- substance use.....4
- superimposed preeclampsia**184
- Suprapubic pressure.....195, 196, 197
- symmetrical fetal growth restriction146
- systemic lupus erythematosus26, 45

T

- taking-in phase**235, 241
- teenage pregnancy.....2
- tertiary prevention23
- thalassemia.....26, 46, 49, 50, 63, 120
- Thrombin266
- thromboembolic disorders7
- thyroid toxicity26
- Tissue266
- Tone266
- tongue tie250
- tonic neck reflex260
- torticollis.....251
- transabdominal ultrasound cervical length145

transvaginal ultrasound cervical length	144
Trauma	266
triple marker test	121
triple test	121
Trisomy	50, 121
twin	19, 147
Type of nipple	225

U

umbilical	253
undescended testes	259
urine pregnancy test	132

uterine contraction	17
uterine rupture	6

V

vernix caseosa	253
vulnerable women	23

W

witch's milk	252, 253
woman in labor	16
woman of reproductive age	20
women of reproductive age	4, 15, 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
สองชีวิต ในเมือง อาจถึงตาย
เสี่ยงทุกฝ่าย ทุกทาง ตารางหมาย
แต่เพราะรัก วิชาชีพ จึงอยู่เคียง**

**วิชาชีพ พยาบาล งานสืบขาว
พัฒนางาน พยาบาล ให้รุ่งเรือง
ภาวะเสี่ยง ในสูติ มีหลากหลาย
ทั้งมารดา ทารก วัยเจริญพันธุ์**

**อุகกาลัยครั้ง ลายตรา พากลืนกลับ
ขอเพียงได้ บริการ ได้ดูแล
ทุกถ้วนถี่ เต็มตื่น ด้วยความพร้อม
ฝึกประเมิน รวดเร็ว แม่นยำไว**

**พยาบาล ด้านหน้า การดูแล
ทั้งประเมิน วิเคราะห์ และกัดกลืน
ผ่านพากเพียร เรียนรู้ การพยาบาล
มอบของขวัญ เปี่ยมล้น เพื่อชนไทย**

**ประเมินผิด พลาดนิด นั่งใจหาย
ถ้าแก้ได้ ปลอดภัย ให้ร้อยเรียง
ถ้าเลี่ยงได้ ใครใคร ก็อยากเลี่ยง
พร้อมเรียบเรียง เพื่อเพียง เพียรประท่อง**

**ลายเรื่องราว ก้าวเข้า อย่างต่อเนื่อง
เหมือนฟันเฟือง เลื่อนเรื่อง ให้ครบครัน
ทุกช่วงวัย พบได้ ใช้รังสรรค
รุนแรงกัน มาขึ้น หากไม่แคร์**

**ด้วยภาพฝัน ตีบตัน พลันท้อแท้
หน้าที่แท้ ไม่มีแม้ ด้วยเต็มใจ
หนักกิยอง นอบน้อม ไม่เฉียว
คอยห่วงใย มีให้ พร้อมหยัดยืน**

**ใกล้ชิดแท้ ไม่แพ้ สาขาอื่น
แนะนำรื่น หยิบยื่น ให้ด้วยใจ
เพื่อเชี่ยวชาญ ชำนาญ ช่วยงานไข
ดูแลให้ ผ่องไทย “สุขนิรันดร์”**

**ประเมินโดย
ดร.ชญาดา เนตร์กระจาง
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระมราชชนก**