



การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1
(เล่ม 1)

Midwifery and Maternal Newborn Nursing 1

เบญญาภา ธิติมาพงษ์

ศศิธร พุ่มดวง

จันทร์ปภัตร์ เครือแก้ว

โสเพ็ญ ชูนวน

วิไลพร สมานกลสิกรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2563

คำนำ

เอกสารคำสอนนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 (640-227) สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เนื้อหาประกอบด้วยสาระสำคัญของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก นโยบายและหลักประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมารดาทารก ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมารดาทารก ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องฯ บทบาทของผดุงครรภ์ตามกฎหมาย การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลมารดาทารก ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การให้คำปรึกษาก่อนสมรส การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด การปฏิสนธิและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ และโรคที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงการตรวจทางนรีเวช

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารคำสอนฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาพยาบาลและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อเป็นความรู้ในการนำไปใช้ในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

16 พฤศจิกายน 2563

สารบัญ

สารบัญ.....	๗
สารบัญตาราง.....	๘
สารบัญรูปภาพ.....	๙
หน่วยที่ 1 บทนำ.....	1
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก.....	2
นโยบายระบบสุขภาพหลักประกันสุขภาพ/สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับมารดา-ทารก.....	10
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกและแนวโน้มของการพยาบาลมารดาทารก และครอบครัว	19
ประเด็นกฎหมาย และจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์.....	27
บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์.....	42
การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว	55
หน่วยที่ 2 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์.....	60
แนวคิดอนามัยเจริญพันธุ์.....	61
การให้คำปรึกษาก่อนสมรส	65
การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดและบทบาทของพยาบาลในการให้บริการวางแผน ครอบครัว	72
การปฏิสนธิและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์.....	94
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์.....	109
โรคที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์.....	116

ความผิดปกติของการมีระดู	116
การพยาบาลการอักเสบในอุ้งเชิงกราน_การพยาบาลภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	123
การตรวจทางนรีเวช	131
หน่วยที่ 3_การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์.....	139
การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมและการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์.....	140
การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์_การประเมินภาวะสุขภาพมารดา ทารก และการคัดกรอง.	167
การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์_การส่งเสริมสุขภาพสตรีขณะตั้งครรภ์.....	185
การเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด.....	207
การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์.....	233

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้าที่
1	ปริมาณน้ำคร่ำในช่วงตั้งครรภ์	121
2	คุณลักษณะของรอบประดู	133
3	คำจำกัดความของเลือดออกจากโพรงมดลูก	134
4	แสดงค่าผลเลือดสตรีระยะตั้งครรภ์และสตรีระยะไม่ตั้งครรภ์	165
5	ระดับฮอร์โมน hCG	185
6	การวินิจฉัยการตั้งครรภ์	186
7	ดัชนีมวลกายและการเพิ่มน้ำหนักที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส	198
8	ยาที่ควรหลีกเลี่ยงขณะตั้งครรภ์พร้อมเหตุผล	212
9	ตัวอย่างยาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์	214
10	แสดงการให้พลังงานของสารอาหารแต่ละประเภท	223

สารบัญรูปร่าง

รูปที่		หน้าที่
1	แสดงการปฏิสนธิ	107
2	แสดงการปฏิสนธิจนถึงการฝังตัว	108
3	แสดงลักษณะรกด้านแม่ (บน) รกด้านลูก (ล่าง)	117
4	แสดงระยะวิกฤตในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์	129
5	แสดง speculum examination & bimanual examination	153
6	ระดับยอดมดลูกในระยะตั้งครรภ์หน่วยเป็นสัปดาห์	161
7	การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกในระยะตั้งครรภ์	162
8	แสดง Hegar sign	162
9	การเปลี่ยนแปลงของเต้านม	163
10	ตำแหน่งของหัวใจในระยะตั้งครรภ์	164
11	แสดงทำนองหายใจและนอนตะแคงต่อการกดทับเส้นเลือดในช่องท้อง	167
12	แสดงตำแหน่งไส้ติ่งในหญิงตั้งครรภ์แต่ละช่วงของการตั้งครรภ์	170
13	แสดงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและผิวหนังในระยะตั้งครรภ์	171
14	แสดงภาวะท้องลาย (striae gravidarum)	172
15	ท่าทางของหญิงตั้งครรภ์	173
16	แสดงกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก	174
17	แสดงตัวอย่างอุปกรณ์ในการทดสอบการตั้งครรภ์	185
18	แสดงวิธีการทดสอบปัสสาวะและแปลผลการตั้งครรภ์	186
19	แสดงระดับยอดมดลูก	196
20	การตรวจครรภ์ท่าที่ 1 (First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip)	201
21	การตรวจครรภ์ท่าที่ 2 (Second Leopold's handgrip หรือ lateral grip)	202
22	การตรวจครรภ์ท่าที่ 3 (Third Leopold's handgrip หรือ Pawlik's grip)	203
23	การตรวจครรภ์ท่าที่ 4 (Fourth Leopold's handgrip หรือ bilateral inguinal grip)	203
24	วงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด	239
25	ทำยีน	243
26	ทำนั่ง	244
27	ทำนอนตะแคง	245
28	การบริหารกล้ามเนื้อคอ	245
รูปที่		หน้าที่
29	ทำนั่งแบบแยกขา อู้ง่าชิด และแบบแยกขาเหยียด	246
30	ทำนั่งยอง	246
31	ทำนอนหงายงอเข่าไขว้เท้า	247
32	ทำยืดกล้ามเนื้อหลังกับผนัง	248

33	ทำนึ่งคุกเข่า	248
34	การยืดกล้ามเนื้อน่อง	249
35	การบริหารข้อเท้า	249
36	รูปแบบการหายใจแบบช้า	252
37	รูปแบบการหายใจแบบหายใจเข้าสลับเร็วตื่น	253
38	รูปแบบการหายใจแบบเป่าเทียน	254
39	การนวดหลังหรือการนวดส่วนต่างๆ ทางด้านหลัง	255
40	การนวดบริเวณก้นกบ (coccyx)	256
41	ท่านอนตะแคง	256
42	การนวดขาส่วนบน น่องและเท้า	257
43	แสดง infant phone	265

หน่วยที่ 1

บทนำ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความเป็นมาของการผดุงครรภ์ และการพยาบาลมารดาทารกได้ถูกต้อง
2. อธิบายแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกได้ถูกต้อง
3. สามารถนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกไปประยุกต์ใช้ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. วิวัฒนาการความเป็นมาของการผดุงครรภ์ และการพยาบาลมารดาทารก
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก
 - 2.1 การดำรงบทบาทเป็นมารดา
 - 2.2 การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม
 - 2.3 การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

บทนำ

การพยาบาลมารดาทารก เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมถึงการพยาบาลทารกแรกเกิด จึงนับเป็นศาสตร์เก่าแก่ที่มีมานานแต่โบราณกาล และได้รับการถ่ายทอดต่อกันมาจากคนรุ่นเก่าสู่รุ่นปัจจุบัน ซึ่งเป็นการพยาบาลบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดา-ทารก รวมถึงนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับมารดาและทารก ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้การพยาบาลและดูแลมารดา ทารกได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทั้งกาย จิตและสังคม

วิวัฒนาการความเป็นมาของการผดุงครรภ์ และการพยาบาลมารดาทารก

การผดุงครรภ์ (midwifery) เป็นงานอาชีพที่ผู้ให้บริการซึ่งเรียกว่าผดุงครรภ์ (midwife) ให้การดูแลเกี่ยวข้องกับการคลอดบุตร ครอบคลุมสตรีทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดและช่วยเหลือเกี่ยวกับการให้นมแม่ (Bruner, 2011)

วิวัฒนาการของการดูแลสุขภาพมารดาและทารกตั้งแต่สมัยโบราณ เกิดจากประเพณีปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการคลอดบุตร รวมถึงความเชื่อของท้องถิ่น ตั้งแต่สมัยอียิปต์โบราณ ยอมรับว่าการผดุงครรภ์เป็นอาชีพของผู้หญิง และมีภาพหลักฐานปรากฏตามผนังวัดต่างๆ สมัยกรีก - โรมันโบราณ ผดุงครรภ์หมายถึงหญิงที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคลอดให้กับสตรีในหมู่บ้าน รวมถึงสตรีที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีให้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการผดุงครรภ์ ในยุคกลางสมัยยุโรป จะมีคำกล่าวที่ว่าพยาบาลผดุงครรภ์คือสตรีที่เก่งและดีกว่าแม่มด ผดุงครรภ์จะต้องได้รับการอนุญาตจากบาทหลวงของคริสตจักร และสาบานว่าจะไม่ใช่เวทมนตร์ขณะให้ความช่วยเหลือการคลอด ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 18 ประเทศอังกฤษ พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ทำคลอดทารก มาช่วงต้นศตวรรษที่ 19 ทารกส่วนใหญ่จะได้รับการทำคลอดจากศัลยแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการกล่าวถึงพยาบาลผดุงครรภ์โดย Mary Breckinridge ในปี ค.ศ. 1925 ในพื้นที่ทางไกลบริเวณชายแดน ทุกวันนี้พยาบาลผดุงครรภ์ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ที่มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะและเป็นมืออาชีพที่ได้รับมาตรฐานการรับรองจากสถาบันต่างๆ อาทิ เช่น the North American Registry of Midwives เป็นต้น

ประวัติความเป็นมาของการผดุงครรภ์ในประเทศไทย เชื่อว่าคล้ายคลึงกับหลายประเทศ คือ การดูแลสตรีตั้งครรภ์ และสตรีคลอดบุตรตามธรรมชาติ และการดูแลมารดาทารกหลังคลอด โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม ความเชื่อที่คาดว่าปฏิบัติแล้วจะมีความปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ การแพทย์แผนไทยในยุคแรกๆ ผูกพันอยู่กับไสยศาสตร์และความเชื่อมั่นในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ในสมัยสุโขทัยและอยุธยา นอกจากรักษาด้วยเวทมนต์ คาถาและสมุนไพรแล้ว ได้มีการเผยแพร่การแพทย์อายุรเวทของอินเดีย และการแพทย์แผนจีน เห็นได้จากการเก็บสมุนไพรและการปรุงยาต้องทาตามฤกษ์ยาม ซึ่งในรัชสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ผู้ทำหน้าที่แพทย์มี 2 ประเภท คือ แพทย์พื้นเมืองที่เรียกกันว่า “หมอราษฎร์” เป็นชาย ทำหน้าที่รักษาชาวบ้านทั่วไป และ “หมอต้าแย” ซึ่งเป็นหญิงสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีแพทย์ชาวตะวันตกได้เข้ามาเมื่อครั้งที่อยุธยาที่มีความสัมพันธ์กับประเทศทางตะวันตก จนสิ้นรัชกาลสมเด็จพระนารายณ์ ชาว

ฝรั่งเศสได้เดินทางออกจากอยุธยาไปจนหมด ทำให้การแพทย์แผนตะวันตกสิ้นสุดลง จึงได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนโบราณมาตลอด (กอบกุล, ธิติมา, และพูลสุข, 2547)

ในเรื่องการคลอดบุตร หมอตำแยเป็นผู้ทำคลอดให้ที่บ้าน แต่บางกรณีต้องพึ่งความรู้ความสามารถของหมอยาซึ่งเป็นชาย ในระยะเจ็บครรภ์จะใช้ยาสมุนไพร ยากกลางบ้าน เช่น น้ำขิง น้ำใบกระเพรา เป็นต้น บางรายมีการปลุกเสกแป้งใช้กับน้ำมันต์เพื่อให้บรรเทาอาการเจ็บปวด สตรีผู้คลอดบุตรทุกคนจะมีตะกรุดสายสิญจน์ ฝ่ายญาติพี่น้องจะจุดธูปเทียนขอความปลอดภัยจากเจ้าที่ ผีบ้าน หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่นๆ เมื่อเข้าระยะเบ่งซึ่งเป็นระยะที่ 2 ของการคลอด จะนั่งฟังผาผนังหรือนั่งฟังสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สองมือของสตรีตั้งครรภ์จะโหนเชือกหรือผ้าขาวม้าซึ่งผูกไว้บนเพดาน ผู้ช่วยหมอตำแย จะช่วยขย่มหน้าท้อง เมื่อถึงเวลารกคลอดจะใช้การคาดคะเนระยะเวลาของรกลอกตัว โดยไม่ต้องดูอาการของรกลอกตัว เมื่อคาดคะเนว่ารกลอกตัวแล้ว จะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ใช้สำลีหรือใบพลูแห้งจุ่มกเพื่อให้สตรีไอหรือจาม พร้อมกับขย่มท้องของสตรีตั้งครรภ์โดยหมอตำแย เพื่อให้รกคลอด หลังคลอดมารดาต้องอยู่ไฟเพื่อไหม้ดลูกเข้าอู่โดยนอนบนกระดานสุ่มพื้นไฟอยู่ข้างใต้ในห้องแคบ 5-30 วัน และงดของแสลง 15 วัน

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2381) ประเทศไทยได้ติดต่อค้าขายกับชาวตะวันตกอีกวาระหนึ่ง มีมิชชันนารีเข้ามาสอนและเผยแพร่ศาสนา ในทางสุติกรรม นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ได้ช่วยทำคลอดรกในสตรีที่มีรกค้าง แต่ปรากฏว่าสตรีนั้นเสียชีวิตเนื่องจากตกเลือดมากเกินไป นายแพทย์บรัดเลย์ได้พิมพ์ตำราสูติศาสตร์เป็นภาษาไทยชื่อ “คัมภีร์ครรภ์รักษา” (Treatise on Midwifery) และนำถวายพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว การคลอดโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และการพยาบาลได้เริ่มขึ้นในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พ.ศ.2439 โดยสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงตระหนักถึงความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตในการคลอดของสตรี ในสมัยก่อนสำหรับผู้หญิงเปรียบเทียบได้ว่าการคลอดลูกเหมือนการออกศึก ในยุคนั้นใช้หมอตำแยซึ่งไม่ค่อยมีความรู้ในการทำคลอด พระองค์ท่านได้ก่อตั้ง “โรงเรียนแพทย์ผดุงครรภ์และหญิงพยาบาล” ขึ้นมา เพื่อให้สตรีเป็นแพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีความรู้ในการทำคลอดสตรีเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก จนกระทั่งต่อมาในยุคที่มีการพัฒนาสูงสุด คือยุคของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร ที่พระองค์ท่านไปศึกษาต่างประเทศ และกลับมาพัฒนาการแพทย์ให้เจริญรุ่งเรือง อีกทั้งพระองค์ยังมีสายพระเนตรยาวไกล จึงได้พัฒนาการพยาบาลด้วยโดยเฉพาะทุนรื้ออกี้ เฟลเลอร์ พระองค์ท่านให้พยาบาลชาวอเมริกันมาปรับปรุงหลักสูตรการพยาบาลของไทยให้เป็นมาตรฐานเทียบเท่าสากล มีห้องแล็บในการเรียนซึ่งถือเป็นการพัฒนาทั้งการพยาบาลและการผดุงครรภ์ควบคู่กันไป สถานผดุงครรภ์แห่งแรกของไทยคือ โรงพยาบาลศิริราช การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะปกติมิใช่การป่วยจัดเป็นภาวะวิกฤตตามพัฒนาการของชีวิต (developmental crisis หรือ maturational crisis) ในปีพ.ศ. 2530 รศ.ดร.ทัศนาศนา บุญทอง ขณะดำรงตำแหน่งคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดตั้งพิพิธภัณฑประวัติการพยาบาลไทย เพื่อเป็นการสืบสานประวัติของวิชาชีพการพยาบาล ตั้งอยู่ที่ชั้น 4 อาคารพระศรีพัชรินทร คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล (โรงพยาบาลศิริราช) (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) และการดูแลหญิงตั้งครรภ์และคลอดในสมัยก่อนที่นำกลับมาใช้ในการคลอดปัจจุบัน คือ คลอดวิธีธรรมชาติ (natural birth) ซึ่งไม่จำกัดท่าและการเคลื่อนไหวของผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ไม่ควรมีการทำหัตถการหรือดำเนินการแทรกแซงหญิงตั้งครรภ์เช่น การเจาะถุงน้ำ การตัดฝีเย็บ การชักนำการคลอด นอกจากนี้มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น ผู้คลอดที่จะเลือก

คลอดด้วยวิธีธรรมชาติจะต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ก่อนว่าไม่มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารก

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก ซึ่งถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การวิชาชีพนานาชาติ ได้แก่ สมาพันธ์สูตินรีแพทย์นานาชาติ (Federation International of Obstetricians and Gynecologists: FIGO) มาปรับใช้ในการให้บริการสุขภาพมารดาทารก ได้แก่ การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม การดูแลก่อนการตั้งครรภ์ การพยาบาลครอบครัว การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการนำทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับมารดาทารก เช่น ทฤษฎีการดำรงบทบาทการเป็นมารดา และทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้การพยาบาลมารดาทารกที่ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งในบทนี้ขอเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก ได้แก่ การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม และการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ส่วนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจะได้กล่าวถึงในบทต่อไป

1. การดำรงบทบาทการเป็นมารดา

เป็นกระบวนการที่ประกอบกันระหว่างสติปัญญาและอารมณ์ การที่มารดาจะสามารถปฏิบัติบทบาท และรับผิดชอบในบทบาทการเป็นมารดาได้สมบูรณ์ต้องเกิดจากการเรียนรู้ และพัฒนาตามลำดับขั้นตอน ค่อยเป็นค่อยไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ เมอร์เซอร์ (Mercer, 2985 อ้างตาม มนต์ตรา และคณะ, 2009) การปรับตัวดำรงบทบาทมารดาได้เหมาะสมของมารดาสามารถประเมินได้จาก

- 1) ความรู้สึกผูกพันต่อบุตร
- 2) ความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา
- 3) ความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา

เมอร์เซอร์ ได้อธิบายขั้นตอนการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาภายใต้กรอบแนวคิดพื้นฐานของรูบิน (Rubin, 1976) และแนวคิดกระบวนการรับบทบาททางสังคมของมนุษย์ของ ธอร์นตันและนาร์ดี (Thornton & Nardi, 1975) ว่าการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดาแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (มนต์ตรา และคณะ, 2009)

1.1 ระยะเตรียมสู่บทบาทการเป็นมารดา (anticipatory stage) เริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ เมื่อมารดามีการปรับตัวด้านจิตสังคมเพื่อเข้ารับบทบาทใหม่ โดยการเรียนรู้ความคาดหวังของสังคม มารดาจะนึกถึงพฤติกรรมการเล่นดูบุตรของมารดาตนในอดีตว่าเป็นเช่นไร และพยายามสร้างจินตนาการของตนเองว่าจะแสดงบทบาทมารดาอย่างไรกับบุตรของตนเองซึ่งอยู่ในครรภ์ และเริ่มฝึกบทบาท

1.2 ระยะแสดงบทบาทตามรูปแบบผู้อื่น (formal stage) เริ่มตั้งแต่มารดาคลอดบุตรและทราบว่าบทบาทของตนเองในเวลานี้คือ บุตรที่ต้องการการเลี้ยงดูจากตน ระยะนี้มารดาจะพัฒนาบทบาทตามการชี้แนะจากบุคคลอื่น หรือตามความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือบุคคลที่มีอยู่ในเครือข่ายทางสังคมของตน

1.3 ระยะการพัฒนารูปแบบของตนเอง (informal stage) เริ่มเมื่อมารดาสามารถพัฒนาวิธีเลี้ยงบุตรที่เป็นแบบฉบับของตนเอง ซึ่งไม่ได้รับการชี้แนะจากผู้อื่น

1.4 ระยะการรับรู้บทบาทเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของตน (personal stage) เป็นระยะสุดท้ายของการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดา เป็นระยะที่มารดาค้นพบรูปแบบการเลี้ยงบุตร ที่ตนเองมีความมั่นใจ มีความสามารถที่จะแสดงบทบาทนั้น และรู้สึกกลมกลืนไปกับบทบาทที่มารดาค้นพบ มารดาจะสามารถแสดงบทบาทมารดาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คล่องแคล่วว่องไว และมีเอกลักษณ์ของความเป็นมารดา

2. การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม (holistic nursing)

การพยาบาลมารดาทารกแบบองค์รวม หมายถึง การนำกระบวนการพยาบาล ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และการวิจัยทางการพยาบาล มาใช้ในการให้บริการสุขภาพแก่มารดาและทารก ทั้งในระลอกก่อนแต่งงาน ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ที่มีขอบเขตของการพยาบาลองค์รวม ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่าง ศิลปะและวิทยาศาสตร์ (Mariano, 2016, p.59-66) ดังนี้

2.1 ปรัชญา จริยธรรม และทฤษฎีองค์รวม (holistic philosophy, ethics, and theory) ปรัชญาขององค์รวมคือสุขภาพของมนุษย์ที่มีภาวะซับซ้อน มีความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างร่างกาย ความเจ็บป่วย สุขภาพที่ดี และให้คุณค่าการรักษาสุขภาพมาจากผลของการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีศาสตร์พื้นฐานมาจากทฤษฎี งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสะท้อนคิด และศิลปะที่ผสมผสานการสื่อสาร สัมพันธภาพ ความคิดสร้างสรรค์ และการดูแล การพยาบาลองค์รวมเป็นการนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลมาใช้โดยมีทฤษฎีทางการพยาบาลนำ ได้แก่ Theory of human caring and caring science ของ Jean Watson และ Theory of cultural care diversity and universality ของ Madeleine Leininger เป็นต้น การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ มารวมเข้าไว้ด้วยกันเพื่อการดูแลที่เป็นองค์รวม พยาบาลต้องมีจริยธรรมในการให้บริการพยาบาล โดยให้ความสำคัญของผู้รับบริการเป็นอันดับแรก ให้ข้อมูลเสนอทางเลือกในการรักษา และให้สิทธิผู้รับบริการตัดสินใจเลือกได้อย่างเหมาะสม

2.2 กระบวนการดูแลแบบองค์รวม (holistic caring process) พยาบาลให้การดูแลโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ซึ่งรวมถึงร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม กระบวนการดูแลแบบองค์รวมประกอบไปด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ส่วนการพยาบาลองค์รวมเป็นการรวมหลายบทบาทเข้าไว้ด้วยกัน ได้แก่ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก การให้คำปรึกษา การให้สุขศึกษา การเป็นพี่เลี้ยง ผู้บริหารผู้นำ และนักวิจัย

2.3 การสื่อสาร การบำบัดรักษาสิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางวัฒนธรรม (holistic communication, therapeutic healing environment, and cultural diversity) พยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมต้องมีทักษะในการสื่อสาร มีความเมตตา และมีความจริงใจ รวมทั้งการไม่ด่วนตัดสินใจและปราศจากอคติ การพยาบาลองค์รวมจะนำไปสู่การดูแลที่ให้คุณค่าตามความเชื่อของบุคคลนั้น และให้ความสำคัญหลักกับจิตวิญญาณของบุคคล ในการเยียวยารักษาการพยาบาลองค์รวมยังเน้นการบำบัดรักษาสิ่งแวดล้อมที่ให้คุณค่าของการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และการผสมผสานการดูแลรักษาแบบดั้งเดิม

และการให้ทางเลือกในการรักษา การดูแลรักษาสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (อากาศบริสุทธิ์ แสง สี และเสียง) เพื่อให้ผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัย และสะดวกสบาย อีกทั้งการดูแลที่คงไว้ซึ่งความเชื่อ การให้คุณค่าบนความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะมีความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา และภูมิหลังทางสังคม ซึ่งจะได้กล่าวถึงในหัวข้อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์แบบองค์รวมท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรมต่อไป

2.4 การศึกษา และการวิจัยองค์รวม (holistic education and research) ศาสตร์การพยาบาลองค์รวมครอบคลุมความรู้ที่เป็นวิชาการ และมีการพัฒนาการศึกษาอย่างต่อเนื่อง องค์ความรู้ประกอบไปด้วยการปฏิบัติที่หลากหลาย การรักษาทางการแพทย์ตะวันตก และการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งพยาบาลจะต้องมีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การดูแลป้องกันสุขภาพของตนเอง การจัดการความเครียด ฯลฯ ดังนั้นพยาบาลจะต้องศึกษาหาความรู้ และทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ให้ความรู้และให้การสนับสนุนแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการดูแลสุขภาพตนเอง

นอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้เหล่านี้แล้ว ยังจะต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากผลการวิจัยทางการแพทย์ มาพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจะต้องทำงานวิจัย และมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในมนุษย์

2.5 การสะท้อนการพยาบาลแบบองค์รวม และการดูแลตนเอง (holistic nurse self-reflection and self-care) พยาบาลองค์รวมจะสะท้อนถึงการผสมผสานความตระหนักในสุขภาพของตนเอง การดูแลตนเอง และการเยียวยารักษาตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประเมินสุขภาพตนเอง การนั่งสมาธิ การทำโยคะ การเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีการศึกษาเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น การพยาบาลแบบองค์รวมจะทำให้มีการพัฒนาทักษะ และมีการใคร่ครวญในการทำความเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง เพื่อให้ชีวิตมีความประสานสอดคล้องและมีความสุข และสามารถช่วยให้ผู้อื่นมีชีวิตที่สมดุลได้ด้วยเช่นกัน

3. การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ให้ความหมายของครอบครัวว่าหมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือ สามี ภรรยาและบุตร ประกอบด้วยการอยู่ร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือโดยกฎหมาย ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และเป็นสถาบันที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนตั้งแต่เกิดจนตาย ถ้าครอบครัวขาดสมดุลก็จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลได้ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพต้องเข้าใจ และให้ความสำคัญต่อการคงความสมดุลของครอบครัว เพื่อให้บริการที่เหมาะสม

จากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพราะครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม เป็นสถาบันที่มีความผูกพันใกล้ชิดระหว่างบุคคล และครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อบุคคลมากที่สุด ดังนั้นการพยาบาลมารดาทารกจึงมุ่งเน้นที่ครอบครัวไม่ใช่แต่เพียงบุคคล ซึ่งเป็นแนวคิดการพยาบาลแบบสมัยใหม่ (Pillitteri, 2010) การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยตระหนักว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการ

ดูแล และครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ร่วมกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน การดูแลส่งต่อ และการประเมินผลการดูแล (O'Mally, Brown, & Krug, 2008 as cited in McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013) เป็นการตั้งศักยภาพ เพิ่มความเข้มแข็งหรือความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ที่เชื่อมโยง หรือสอดคล้องกับบริบทหรือวิถีชีวิตของครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นกลยุทธ์หนึ่งของการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (รัชนี้, 2549)

องค์ประกอบของการบริการสุขภาพที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

1. Respect: การเคารพนับถือกันและกัน การยอมรับในความแตกต่างของแต่ละครอบครัว และการยอมรับความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสมาชิก
2. Strength: การตระหนักถึงศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิก
3. Choice: การให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการและครอบครัวในการปฏิบัติและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
4. Information: การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัวอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา
5. Support: การให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว
6. Flexibility: การให้บริการที่มีความยืดหยุ่นตามปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ และครอบครัว
7. Collaboration: ความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัว
8. Empowerment: การเสริมสร้างพลังอำนาจความเข้มแข็งของครอบครัว

หลักการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

หลักปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้ (Johnson, 2000)

1. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้รับบริการและบริบทของครอบครัว
2. ให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ตัดสินใจอย่างอิสระ และร่วมวางแผนในการดูแลรักษาสุขภาพ
3. ดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคม
4. ให้อิสระแก่ครอบครัวในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลตามความต้องการ และมีสิทธิ์ในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง
5. ตระหนักว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
6. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัว
7. สนับสนุนและเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีร่วมกัน
8. ยอมรับต่อความเชื่อ ค่านิยม และศักยภาพเกี่ยวกับดูแลของผู้รับบริการและครอบครัว
9. ไม่แยกผู้รับบริการออกจากญาติหรือครอบครัว

10. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้รับบริการ
11. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลการดูแล รวมทั้งการแก้ปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดูแล

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการดูแลสุขภาพมารดาและทารก ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในการดูแลผู้รับบริการ พยาบาลมีหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแล ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการบูรณาการองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องให้ทันยุคสมัยอยู่เสมอ มีการทำงานอย่างเป็นระบบ ร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดผลดีและความพึงพอใจทั้งต่อผู้รับบริการและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, ธิติมา จาปาร์ตัน, และพูลสุข หิงคานนท์. (2547). วิวัฒนาการและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช *เอกสารการสอนชุดการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6: Nursing care of the family and midwifery*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *ประวัติศาสตร์การพยาบาลไทย*. สืบค้นเมื่อ 22 เมษายน 2561 จาก <https://www.hfocus.org/content/2017/12/15053>
- มนต์ตรา พันธุ์ฝึก, ศรีสมร ภูมณสกุล, และอรพินท์ เจริญผล. (2552). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา ความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมทารก และการเจริญเติบโตของทารก. *รวมอาชีพพยาบาลสาร*, 15, 149-161.
- รัชนี้ นามจันทรา. (27 มิถุนายน 2549). แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *การจัดการความรู้*. สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2559 จาก http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=111&UID
- Bruner, B. (2011). *A brief history of midwifery*. Retrieved from http://azdailysun.com/news/local/a-brief-history-of-midwifery/article_62a9383e-9583-11e0-b0e8-001cc4c002e0.html
- Johnson, B. H. (2000). Family- centered care: Four decades of progress. *Families, Systems, & Health*, 18(2), 137-156.
- McKinney, E.S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternalchild nursing* (4th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Mariano, C. (2016). Holistic nursing: Scope and standards of practice. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed., pp. 53 - 76). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Rubin, R. (1976) Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 367-376.
- Thornton, R., & Nardi, P. N. (1975). The Dynamics of Role Acquisition. *American Journal of Sociology*, 80(4), 870-85.

นโยบายระบบสุขภาพ/หลักประกันสุขภาพ/สิทธิประโยชน์ ที่เกี่ยวข้องกับมารดา-ทารก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

- 1.อธิบายนโยบายระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกได้ถูกต้อง
- 2.อธิบายระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกได้ถูกต้อง
- 3.สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. นโยบายระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก
2. ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
3. หลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก

นโยบายระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารก

แนวคิดและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับมารดาทารกขององค์กรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของมารดาทารกในประเทศไทย มีดังนี้

1. นโยบายขององค์การอนามัยโลก

นโยบายขององค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO, 2007) ได้กำหนดมาตรฐานการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารก (standards for maternal and neonatal care) เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

- 1.1 การให้ภูมิคุ้มกันบาดทะยักแก่สตรีมีครรภ์
- 1.2 การป้องกันและดูแลผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดต่อของระบบสืบพันธุ์
- 1.3 การป้องกันการแพร่เชื้อซิฟิลิสจากมารดาสู่ทารก
- 1.4 การดูแลในระยะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ

ให้สตรีตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง ใช้เฉพาะในรายที่คัดกรองภาวะเสี่ยงแล้วไม่พบภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งจะช่วยลดจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์โดยไม่จำเป็น แต่เน้นการให้บริการในแต่ละครั้งอย่างมีคุณภาพ และหากในแต่ละครั้งพบว่าสตรีตั้งครรภ์รายใดที่มีภาวะเสี่ยง จะต้องส่งพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และจะต้องได้รับการดูแลตามรูปแบบหรือแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

- การฝากครรภ์ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์
- การฝากครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 18 ± 2 ระหว่าง 16 – 20 สัปดาห์
- การฝากครรภ์ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 26 ± 2 ระหว่าง 24 – 28 สัปดาห์
- การฝากครรภ์ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32 ± 2 ระหว่าง 30 – 34 สัปดาห์
- การฝากครรภ์ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 38 ± 2 ระหว่าง 36 – 40 สัปดาห์

- 1.5 การป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิดจากการติดเชื้อหัดเยอรมัน
- 1.6 การป้องกันความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง
- 1.7 การป้องกันและรักษาโรคมมาลาเรีย
- 1.8 การให้ธาตุเหล็กและโฟเลตเสริมแก่สตรีตั้งครรภ์
- 1.9 การเตรียมสตรีตั้งครรภ์สำหรับการคลอดฉุกเฉิน

2. นโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ และภาวะการตายลดลง คนไทยมีอายุค่าเฉลี่ยยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบการเกิดของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ ภัยพิบัติ และโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของประชาชนยังมีไม่เพียงพอในการป้องกัน

ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ กลไกระบบสุขภาพและระดับชาติและระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน การปรับโครงสร้างประเทศไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข การวางแผนเตรียมพร้อมรองรับและเผชิญกับสภาพปัญหา จะช่วยให้สามารถรองรับความเสี่ยงและป้องกันภัยคุกคามด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันประเทศไทยใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 มีหลักการดังนี้ 1) ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2) ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาเพื่อให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี 3) ยึดเป้าหมายอนาคตประเทศไทยปี 2579 ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) 4) การปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 5) ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 6) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 7) กรอบแนวทางแผนระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่อวางรากฐานของระบบสุขภาพในระยะ 5 ปีให้เข้มแข็ง เพื่อคนไทยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เป้าประสงค์ คือ

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง
2. คนไทยทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ลดการตายก่อนวัยอันควร
3. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและเหมาะสม
4. มีบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลประชาชน ในสัดส่วนที่เหมาะสม
5. มีกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ตัวชี้วัดภาพรวม คือ

1. อัตราตายจากโรคที่สำคัญ (มะเร็งตับ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง) (ลดลงร้อยละ 5 จากค่าเฉลี่ยของปี 2557 2558 2559)
2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
3. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการสุขภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)
4. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (ไม่เกินร้อยละ 5)
5. มีกลไกที่สามารถสร้างความเป็นเอกภาพด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

เป้าหมายและตัวชี้วัดด้านการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก

1. ระดับพัฒนาการเด็กไทย (สมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)
2. IQ เฉลี่ยเด็กไทย (ไม่ต่ำกว่า 100)
3. EQ เด็กไทยสูงกว่าคะแนนมาตรฐาน (ร้อยละ 70)
4. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (ไม่เกิน 16 คนต่อประชากรแสนคน)
5. อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรค (NCD) (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดเรื้อรัง) (ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 25)

6. อัตราของ healthy aging เพิ่มขึ้น (อัตรา ADL มากกว่า 12 คะแนน)
7. อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม (ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559)
8. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
9. พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย
 - 9.1 อัตราการออกกำลังกาย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
 - 9.2 อัตราการบริโภคผัก ผลไม้ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)
 - 9.3 ความชุกของการสูบบุหรี่ และบริโภคแอลกอฮอล์ (ลดลงร้อยละ 5)

ทั้งนี้ประเทศไทยให้ความสำคัญกับประเด็นสุขภาพและความมั่นคงของมนุษย์อย่างต่อเนื่อง และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในฐานะที่เกิดมาเป็นพลเมืองของประเทศไทย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กำหนดให้บุคคลทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ตามความจำเป็น ด้วยบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2558) ประกอบด้วย 3 ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ มีสิทธิประโยชน์ แหล่งเงิน และครอบคลุมกลุ่มประชาชนที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัว ประมาณ 5 ล้านคน แหล่งเงินมาจากงบประมาณรายจ่ายต่อคนในปีนั้น ๆ สิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการผู้ป่วยใน/นอก ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร ผู้ให้บริการเป็นสถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้โรงพยาบาลเอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน แต่เบิกได้ไม่เกิน 3,000 บาท

รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน ผู้ป่วยนอกจ่ายตามบริการและราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับผู้ป่วยในตามอัตราที่กำหนด ผู้มีสิทธิไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้รับบริการมีสิทธิได้รับยาในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียาหลักขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของกรรมการสถานพยาบาล และบางกรณีที่เป็นยาที่มีราคาแพงมากจะต้องขออนุญาตก่อน

2. ระบบประกันสังคม ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตน จำนวนประมาณกว่า 10 ล้านคน แหล่งเงินมาจากลูกจ้าง และสมทบจากรัฐ นายจ้างฝ่ายละเท่ากันร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน อัตราเหมาจ่ายรายคนต่อปี สิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการผู้ป่วยใน/นอก ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ (ภายใต้วงเงินที่ประกาศ) ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ ผู้ให้บริการเป็นโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สถานพยาบาลคู่สัญญาและเครือข่าย

รูปแบบวิธีการจ่ายเงิน เหม่าจ่ายรายคนรวมสาหรับผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี ผู้รับบริการมีสิทธิเข้าถึงยาตามทีประกาศในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชีอยู่ในดุลยพินิจ และเป็นภาระค่าใช้จ่ายของสถานบริการ

3. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนทีนอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองของสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสังคม มีจำนวนมากถึงกว่า 48 ล้านคน แหล่งเงินมาจากงบประมาณรัฐเหม่าจ่ายรายคนต่อปี สิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการผู้ป่วยใน/นอก ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ค่าคลอดบุตรชดเชยตาม ม. 41 ผู้ให้บริการเป็นสถานพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาลในเครือช่ายรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน เหม่าจ่ายรายคนสาหรับบริการ ส่งเสริม ป้องกัน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน รัฐจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ผู้รับบริการมีสิทธิเช่นเดียวกับประกันสังคม แต่ไม่จำเป็นต้องรอให้ยาตัวนั้นได้รับการประกาศในราชกิจจานุว่า เป็นยาในบัญชียาหลัก เพียงแต่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักมีมติให้ถือว่า มีสิทธิ

หลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ทีเกี่ยวข้องกับมารดาและทารก

1. บัตรประกันสุขภาพ (สิทธิ 30 บาท, สิทธิบัตรทอง หรือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เป็นสวัสดิการรักษายาบาลในระบบกองทุนบัตรสุขภาพให้กับผู้ขอทำบัตร โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ยกเว้นยานอกบัญชียาหลัก และการใช้บริการห้องพิเศษ) โดยผู้ขอทำบัตรต้องเลือกสถานพยาบาลทีจะลงทะเบียนตามพื้นที่ทะเบียนบ้าน และต้องใช้บริการในสถานพยาบาลนั้นเป็นเบื้องต้น หากต้องไปใช้บริการทีสถานพยาบาลอื่น ต้องมีใบส่งตัวหรือเป็นอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินเท่านั้นจึงจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สาหรับสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการมารดาทารก ในปี 2559 มีการขยายสิทธิการคลอดโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการคลอดตั้งแต่ฝากครรภ์ คลอด ถึงหลังคลอด และเพิ่มการให้วัคซีน IPV โดยจัดหาวัคซีนโปลิโอชนิดฉีดแทนชนิดหยอด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

2. บัตรประกันสังคม เป็นสวัสดิการลูกจ้างตามกฎหมายประกันสังคม โดยผู้มีรายได้ และจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน ผู้ประกันตนต้องลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง สิทธิครอบคลุมการเจ็บป่วย คลอดบุตร ทูพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพและว่างงาน เพื่อให้ได้รับการรักษายาบาลและมีรายได้อย่างต่อเนื่อง สาหรับสิทธิประโยชน์ทีได้รับเกี่ยวกับผู้รับบริการมารดาทารก (พระราชบัญญัติประกันสังคม, 20 ตุลาคม 2558) ดังนี้

กรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 เดือน ภายใน 15 เดือนก่อนเดือนคลอดบุตร มีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง และจำนวนบุตร/ครั้ง เหม่าจ่ายให้ 13,000 บาท/ครั้ง ไม่ว่าจะคลอดปกติหรือผิดปกติ หรือคลอดทีสถานพยาบาลใดก็ตาม กรณีสามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่จำกัดจำนวนบุตร/ครั้ง

กรณีเงินสงเคราะห์การหยุดงานร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน แต่การคลอดบุตรคนที่ 3 จะไม่ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์การหยุดงาน

กรณีเงินสงเคราะห์บุตร (สำนักงานประกันสังคม, 2563) ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ต้องเป็นบุตรทีชอบด้วยกฎหมาย ยกเว้นบุตรบุญธรรมหรือบุตรชึ่งยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของ

บุคคลอื่น มีสิทธิได้รับครวละไม่เกิน 3 คน ได้เดือนละ 600 บาทต่อบุตรหนึ่งคน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี บริบูรณ์ จำนวนครวละไม่เกิน 3 คน

กรณีทำหมันหลังคลอดจะรวมค่าใช้จ่ายอยู่ในการเหมาจ่ายคลอดนั้นแล้ว หากทำหมันแห้ง ต้องทำในโรงพยาบาลรัฐบาลตามระบุในบัตรประกันสังคมนั้น จึงจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในกรณีแห้งหรืออาเจียนไม่สงบ ถือเป็นการเจ็บป่วย ไม่รวมอยู่ในการเหมาจ่ายในการคลอด

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ ถ้าผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และแจ้งโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิโดยเร็ว โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นตามความจำเป็นไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิจะต้องรับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ต่อจากโรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาล นับตั้งแต่เวลาที่ได้รับแจ้ง

สิทธิอื่น ๆ ที่ได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับมารดาและทารก

1. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค
 - 1.1 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์
 - 1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ
 - 1.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
 - 1.4 การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิดและการทำหมันถาวร)
 - 1.5 ยาต้านไวรัสเอ็ดส์กรณีป้องกันการแพร่เชื้อจากสตรีตั้งครรภ์สู่ลูก
 - 1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลมารดาหลังคลอดที่บ้าน
 - 1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่มารดา ทารกและครอบครัว
 - 1.8. การให้คำปรึกษา (counseling) และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
2. บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง
 - 2.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก
 - 2.2 การผสมเทียม
 - 2.3 การเปลี่ยนเพศ
 - 2.4 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
 - 2.5 การตรวจวินิจฉัย และรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ รวมถึงการรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

การพยาบาลมารดาทารกเป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสตรี ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด รวมถึงการพยาบาลทารกแรกเกิด พยาบาลผดุงครรภ์และสหสาขาวิชาชีพจะต้องมี

ความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายระบบสุขภาพ หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
มารดาทารก เพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมสิทธิที่ได้รับของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติประกันสังคม. (20 ตุลาคม 2558). *สำนักงานประกันสังคม*. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2561 จาก <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=762&id=4434> สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). *สภาพัฒน์รูปแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานประกันสังคม. (2563). *กรณีสงเคราะห์บุตร*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563 จาก https://www.sso.go.th/wpr/main/service/กองทุนประกันสังคม_detail_detail_1_125_694/234_234
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2558). *สภาพัฒน์รูปแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1: การบริหารงบประมาณทางการแพทย์ เหม่าจ่ายรายหัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *(ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2561, จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- World Health Organization. (2007). *Standards for maternal and neonatal care*. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/ 20

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารก และแนวโน้มของการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

- 1.อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกได้ถูกต้อง
- 2.อธิบาย/ระบุแนวโน้มในการพยาบาลมารดาและทารกได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาและทารก
3. แนวโน้มของการพยาบาลมารดาทารก และครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ พบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพเฉพาะตัวบุคคลโดยตรง ได้แก่ พันธุกรรม วิธีการดำเนินชีวิตของมารดาที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพของมารดา (จิตใส, 2557)

1.1 พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญซึ่งทำให้ทารกแรกเกิดมีความพิการแต่กำเนิด เช่น ภาวะปัญญาอ่อน ความพิการแต่กำเนิด ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินผิดปกติ ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6-PD เป็นต้น

1.2 วิธีการดำเนินชีวิต การดำเนินชีวิตของมารดาที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การทำงาน การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งวิธีการดำเนินชีวิตดังกล่าวของมารดาในระยะตั้งครรภ์ จะมีผลต่อทารก เช่น มารดาขาดอาหารเรื้อรัง จะพบว่าทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด ตายคลอด หรือตายภายใน 7 วันหลังคลอดสำหรับมารดาที่รับประทานอาหารมากโดยไม่ควบคุม จะทำให้น้ำหนักขึ้นมาก มีผลต่อทารกในครรภ์มีน้ำหนักตัวมากเกินไป อาจต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในรายที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการงดอาหารแสลงภายหลังคลอด มารดาต้องรับประทานข้าวกับเกลือและพริกไทย จะมีผลทำให้มารดาขาดสารอาหารที่ไปบำรุงสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรง ตลอดจนการผลิตน้ำนมเพื่อให้แก่ทารกน้อยลง

1.3 ภาวะสุขภาพของมารดา จะมีผลต่อทารก ดังนี้

1.3.1 อายุของมารดา มารดาตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะโลหิตจาง โรคริดิเดอ ภาวะซีมีเศร้าหลังคลอด เป็นต้นส่งผลทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเกิดไริซีฟ คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าปกติ รวมทั้งการเจ็บป่วยหลังคลอดสูง สำหรับมารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ แพ้ท้องอย่างรุนแรง แท้งบุตร ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ เนื่องกมดลูก รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เจ็บครรภ์คลอดนานเนื่องจากการยืดหยุ่นของช่องคลอดไม่ดี มีผลต่อทารกน้ำหนักน้อยกว่าปกติ ทารกตายคลอด ความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกสูง เช่น ปัญญาอ่อน เป็นต้น

1.3.2 ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ ในกรณีตั้งครรภ์ถี่เกินไป มารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรห่างกันน้อยกว่า 1 ปี จะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมลงและพบปัญหาโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย อัตราการเจ็บป่วยสูง และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสั้นลง

1.3.3 จำนวนครั้งของการคลอด มารดาที่คลอดหลายๆ ครั้ง จะพบภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับรกเกาะต่ำและตกเลือดหลังคลอด

1.3.4 ภาวะเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์ จะมีผลต่อทารกเป็นอันมาก เช่น

โรคติดเชื้อหัดเยอรมัน เป็นต้น จะทำให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิดของระบบหัวใจ หูหนวกและตาบอด นอกจากนี้ทำให้เกิดการแท้งและคลอดก่อนกำหนด ในกรณีที่เป็นโรคซิฟิลิสหากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลต่อทารก ทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ปากแห้ง เพดานโหว่

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวเรา ซึ่งแบ่งได้เป็น สิ่งแวดล้อมธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น

2.1 สิ่งแวดล้อมธรรมชาติ ได้แก่ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น ความแห้งแล้ง การเกิดภัยธรรมชาติ เป็นต้น ทำให้เกิดการขาดแคลน เกิดภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายอ่อนแอ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

2.2 สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ได้แก่ ที่อยู่อาศัย สารเคมี สารเสพติด รังสี มลพิษต่าง ๆ การช้ยา

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์เป็นอันมาก ได้แก่ ค่าครองชีพสูงขึ้น รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น มีการย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สภาพครอบครัวแตกแยก เด็กถูกทิ้งให้อยู่กับปู่ย่าตายาย แนวโน้มการว่างงานสูงขึ้น มีแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้น มีการแข่งขันสูง ต้องปรับตัว เป็นสังคมวัตถุนิยม วัฒนธรรมดั้งเดิมที่มีการเกื้อกูลกันเริ่มจางหาย ต้องมีการตอบแทนด้วยเงินตรา สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด มีผลทำให้เกิดการแปรปรวนทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ เช่น อ่อนเพลีย อ่อนล้า หมดกำลังใจ ท้อแท้ เจ็บป่วยบ่อย ภูมิคุ้มกันลดลง หากอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดโรคได้ และมีแนวโน้มในการติดสารเสพติดได้มาก หากมารดาที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์และประสบปัญหาดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพไม่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยหรืออาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้สภาพสังคมปัจจุบัน พบปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยปี พ.ศ. 2555 มากขึ้นเป็นอันดับ 1 ในเอเชีย และเป็นอันดับ 2 ของโลก (บุญฤทธิ์, 2557) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่นและทารกในครรภ์

4. ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านบริการสุขภาพได้แก่ ระบบจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ เป็นต้น และครอบคลุมการเข้าถึงประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในชนบท ซึ่งปัจจุบันมีสถานบริการด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอขาดบุคลากร มีปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์ คุณภาพของการบริการ แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด

เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพต้องปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะมารดาในระยะตั้งครรภ์ให้มากขึ้น ทั้งด้านข่าวสารสื่อต่าง ๆ เน้นการตรวจครรภ์ตามนัด สอนสุขศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยให้ความรู้ในลักษณะที่ประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับศักยภาพของมารดา และสภาพเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก ปรับปรุงและขยายบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ รวมทั้งระบบส่งต่อ ดำเนินการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนางานทางด้านอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนด้านการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพให้มากขึ้น ซึ่งขณะนี้รัฐบาลกำลังดำเนินการเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาและทารก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาและทารก ได้แก่ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบจากภัยธรรมชาติ เป็นต้น และแนวโน้มในการพยาบาลมารดาทารก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาและทารก

1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับล่าสุด ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559) มีวิสัยทัศน์คือ “ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน” มีพันธกิจเพื่อเสริมสร้าง สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็งรองรับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยมีเป้าประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกคือ เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

ยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับมารดาและทารกคือ เร่งรัดพัฒนาระบบการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลให้เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ เจริญเติบโตเต็มศักยภาพ แข็งแรงพร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และอาหารตามวัยที่ถูกหลักโภชนาการ เติบโตอย่างมีคุณภาพทุกช่วงวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์ สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา

2.1 ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาใหญ่ที่มีความต่อเนื่องและมีความรุนแรงขึ้น เป็นภาวะวิกฤติมีผลกระทบต่อประชาชนทุกระดับชั้นของสังคมไทยและเป็นปัญหาระดับโลก สถานการณ์เศรษฐกิจไทยที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายของประชาชนโดยเฉพาะคนหนุ่มสาวจากชนบทเข้ามาอยู่ในเมืองมากขึ้น มีแรงงานย้ายถิ่นทั้งจากภายในประเทศและแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น ปัญหาพืชผลมี

ราคาต่ำ คนว่างงาน บัณฑิตจบใหม่ไม่มีงานรองรับ พ่อค้าขาดทุนล้มละลาย ประชาชนยากจนมีจำนวนมากขึ้น นอกจากนี้ แม้จะมีการเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำ แต่ก็เสี่ยงต่อการถูกเลิกจ้างเช่นกัน ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะเครียดและมีผลต่อสุขภาพกายและจิต ซึ่งครอบครัวของมารดาในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด อาจประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตเช่นเดียวกัน (จิตใส, 2557)

2.2 ด้านสังคมและเทคโนโลยี สังคมไทยเดิมมีเอกลักษณ์ทางศิลปะ วัฒนธรรมของชาติ มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง มีระเบียบวินัย มีหลักธรรมของศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว ปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย และยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย ประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว มีพัฒนาการไม่สมวัยและการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คนไทยยังมีปัญหาเชิงคุณภาพทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และคุณธรรมจริยธรรม อีกทั้งวัฒนธรรมอันดีงามของไทยเริ่มเสื่อมถอยและสังคมไทยมีแนวโน้มเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมมากขึ้น ประชาชนวัยทำงานส่วนใหญ่แสวงหางานทำในเมือง ทำให้มีการทำงานในเมืองใหญ่และเมืองอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต้องแยกจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของครอบครัวเดี่ยวที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด เป็นอย่างมาก เพราะขาดผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน และขาดตัวอย่างระบบการเกื้อกูลกัน ทารกได้รับการเลี้ยงดูจากบุคคลที่ไม่ใช่ญาติผู้ใหญ่ หรือต้องส่งไปให้สถานรับเลี้ยงเด็กดูแลแทน เป็นต้น (จิตใส, 2557) ทุกวันนี้ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา การทำแท้ง ผิดกฎหมายของวัยรุ่นมีมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือบางรายอาจถูกตัดมดลูก ทำให้ไม่สามารถจะมีบุตรได้ในอนาคต สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นประเด็นที่สำคัญต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทย ซึ่งรัฐบาลต้องดำเนินการจัดระเบียบทางสังคมอย่างเข้มงวดกวดขัน และบุคลากรทางการแพทย์ควรมีบทบาทการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่วัยรุ่น รวมถึงพบว่ามีการตั้งครรภ์และคลอดของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องของการดูแล การสื่อสาร และเข้าใจพหุวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

ทางด้านเทคโนโลยี ปัจจุบันการแพทย์ในประเทศไทย มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ มากมายมาใช้ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา การใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางสูติศาสตร์ โดยเฉพาะเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การทำกิฟต์ การผสมเทียม มาช่วยบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของคู่สามีภรรยา และการตั้งครรภ์แทน (การอุ้มบุญ) เป็นต้น ส่งผลให้คู่สามีภรรยาใหม่มีทางเลือกเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ อาจตัดสินใจผิดพลาด ส่งผลเสียต่อสุขภาพของมารดาและทารกได้ (อภิรัช, 2557) ในส่วนผู้ให้บริการสุขภาพและพยาบาลจะต้องมีความรู้ถึงหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์และกฎหมายการอุ้มบุญ เพื่อให้เป็นไปด้วยความถูกต้องและหลีกเลี่ยงจากการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดตามมาภายหลังได้

2.3 การศึกษา ปัจจุบันมีการกระจายโอกาสทางการศึกษาแก่ผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษาโดยจัดให้มีการศึกษาทั้งในระบบ นอกกระบบ และการศึกษาทางไกล ประชาชนมีโอกาสด้านการแสวงหาความรู้ได้หลายทาง โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต รวมถึงการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพด้วย ทำให้มารดาสามารถแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรได้มากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม สตรีวัยรุ่นจำนวนมาก

มีการศึกษาแต่ขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้มีการตั้งครุฑก่อนวัยอันสมควร อาจทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสในการเลือกงานที่มั่นคง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง และครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ รายได้ สถานภาพครอบครัว และการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพต่อไป (จิตใส, 2557)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลกระทบจากภัยธรรมชาติ ช่วงหลายปีที่ผ่านมาจะพบว่า มีภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วทุกมุมโลก เช่น แผ่นดินไหว สึนามิ น้ำท่วมใหญ่ ดินโคลนถล่ม สภาพอากาศที่แปรปรวนผิดปกติอย่างมาก เป็นต้น ซึ่งได้เกิดขึ้นในประเทศไทยเช่นกัน ภัยธรรมชาติเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว อย่างเช่นหญิงตั้งครุฑมารดา ทารก และครอบครัว เป็นต้น ทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดความทุกข์ยากและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ การขาดแคลนอาหาร ทำให้มีผลต่อภาวะโภชนาการโดยเฉพาะทารกแรกเกิด ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากภัยธรรมชาติอันส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา ทารก และครอบครัว จึงเป็นประเด็นใหม่ที่ต้องคำนึงถึงและจะต้องมีการปรับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ให้สอดคล้องและเหมาะสมต่อไป (จิตใส, 2557)

แนวโน้มของการพยาบาลมารดาทารก และครอบครัว

แนวโน้มของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง อัตราการหย่าร้างสูงขึ้น อัตราการตั้งครุฑวัยรุ่นเพิ่มขึ้น การทารุณกรรมในครอบครัวสูงขึ้น (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556) ดังนั้นแนวโน้มของการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวจึงมีการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

1. การสร้างครอบครัวใหม่ ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีน้อยลง พยาบาลผดุงครรภ์จะมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา ผู้ให้การสนับสนุน เป็นที่พึ่งมากขึ้น

2. การให้การปรึกษาก่อนตั้งครุฑ การดูแลขณะตั้งครุฑ คลอดและหลังคลอดต้องมีคุณภาพ แม้จะมีอัตราการตายของทารกต่อการเกิดมีชีพลดลงตั้งแต่ ปี พ.ศ.2550-2554 ดังได้กล่าวข้างต้นมาแล้ว แต่ยังคงมีโรคและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก

3. ความรุนแรงในครอบครัวมีมากขึ้น การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และบทบาทพยาบาลครอบครัวจึงต้องทำงานหนักขึ้นอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4. แนวโน้มการมีพ่อ-แม่เดี่ยว (single parents) โดยเฉพาะการเป็นแม่เดี่ยว (single mother) มีมากขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องให้ข้อมูลและความรู้ในการเป็นพ่อ-แม่เดี่ยว และให้ความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

5. ความต้องการการดูแลอย่างมีคุณภาพของผู้รับบริการมีมากขึ้น แม้จะต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงจากการใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้น การให้การพยาบาลจึงต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ และพยาบาลผดุงครรภ์ต้องพัฒนาตนเอง ด้านความรู้และการใช้เทคโนโลยีที่สูงขึ้นเช่นกัน

6. การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายราคาสูงอย่างเหมาะสม เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง 3 มิติ/ 4 มิติ/ 5 มิติ

7. ผู้รับบริการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น เน้นการดูแลตนเองและต้องติดตามเยี่ยมบ้าน
8. การดูแลด้วยใจเพื่อป้องกันการฟ้องร้องของผู้รับบริการ
9. การพยาบาลที่เน้นพิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ
10. การส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกให้เร็วขึ้น และเน้นการให้นมมารดาอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น
 11. มีการประกันคุณภาพในการให้การพยาบาลทั้งด้านการป้องกัน ดูแลรักษา ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ เน้นการสอนเป็นรูปธรรมและประยุกต์ใช้ได้จริง
 12. การพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพความต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องของมารดา ทารกและครอบครัว จากพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องการบริการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวมโดยผสมผสานภูมิปัญญาตะวันตกและตะวันออก และภูมิปัญญาท้องถิ่น
 13. พ่อแม่มีความรู้ เจตคติ และทักษะในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการอบรมพ่อแม่จากโรงเรียนพ่อแม่
 14. เอชไอวี (HIV) การให้ความรู้เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV และหรือการไม่แพร่กระจายเชื้อต่อไปสู่ผู้อื่น
 15. การจัดการบริการคลินิกวัยรุ่น การดูแลวัยรุ่นโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แบบบูรณาการและการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงเมื่อมีการตั้งครรภ์ วัยรุ่นต้องได้รับการดูแลจนตลอดถึงหลังคลอด ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

จากสถานการณ์ของครอบครัวไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบัน ซึ่งผู้รับบริการมีความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น และแนวโน้มการฟ้องร้องผู้ให้บริการมีสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องเพิ่มบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูล คำแนะนำ มีการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ และให้การสนับสนุนมารดา ทารก และครอบครัว โดยการให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยความใส่ใจตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้กับมารดาและทารก รวมถึงการให้บริการที่ครอบคลุมความต้องการของมารดา ทารก และครอบครัว จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพมารดา ทารก และช่วยสร้างความสมดุลให้กับครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, กระทรวงสาธารณสุข. (2559). (ร่าง) *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2561, จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- จิตใต้ ลาวีลย์ตระกูล. (2557). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์. ใน รัฐติพร อิงคถาวรวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาและทารก* (หน้า 16-19). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2559, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/8426/8767.doc
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2557). บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ. ใน อาไพ จารุวัชรพานิชกุล (บรรณาธิการ), *สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการ ผดุงครรภ์* (หน้า 15-30). เชียงใหม่: ครองช่าง พรินต์ติ้ง.

ประเด็นกฎหมาย และจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มารดาทารก และผดุงครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

- 1.อธิบายประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ได้ถูกต้อง
- 2.อธิบายประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง
- 3.สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์
3. ประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล

กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

กฎหมาย (law)

กฎหมายคือระเบียบ กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ที่รัฐหรือผู้มีอำนาจกำหนดขึ้น เพื่อควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งบุคคลมีหน้าที่ต้องเคารพและปฏิบัติตาม หากผู้ใดฝ่าฝืนต้องได้รับโทษตามที่กฎหมายกำหนด (หยุด, 2548)

จริยธรรม (ethics)

จริยธรรมเป็นกฎเกณฑ์ความประพฤติที่มนุษย์ควรประพฤติ ซึ่งได้จากหลักการทางศีลธรรม หลักปรัชญา วัฒนธรรม กฎหมายหรือจารีตประเพณี เพื่อเสริมสร้างคุณธรรมที่มีอยู่แล้วโดยธรรมชาติ เพื่อประโยชน์สุขแก่ตนเองและสังคม นอกจากนี้ จริยธรรมยังใช้เป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจเลือกความประพฤติ/การกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ด้วย (สิวลี, 2553) ดังนั้น จริยธรรมจึงเป็นสิ่งที่ควบคุมและกำกับความประพฤติของบุคคลในสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึก ความคิดและการแสดงออกที่ดีงามว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ (แสงทอง, 2556) ปัญหาจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์มารดา ทารก และครอบครัวเป็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความตาย (มัญชุภา, 2541)

วิชาชีพพยาบาลเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยตรง มีหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือ ขจัดความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานของผู้รับบริการ ด้วยความเอื้ออาทร ความเห็นอกเห็นใจ จึงเป็นงานที่ถูกคาดหวังจากสังคม ทั้งด้านคุณภาพและจริยธรรม หากปฏิบัติการพยาบาลโดยขาดความรู้และจริยธรรม ก็จะมีการฟ้องร้องเข้ามาเกี่ยวข้องได้

ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ มีดังนี้

1. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technology: ART)

เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ คือกระบวนการทางการแพทย์เพื่อที่จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์โดยการเคลื่อนย้ายเซลล์สืบพันธุ์ของฝ่ายหญิง (เซลล์ไข่) ออกจากร่างกาย จากนั้นอาจจะนำกลับเข้าสู่ร่างกายและเกิดการปฏิสนธิในร่างกาย เช่น Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) หรือทำให้เกิดการปฏิสนธิในร่างกายแล้วจึงทำการย้ายไข่ที่ได้รับการผสมแล้ว (zygote) หรือตัวอ่อนกลับเข้าสู่ร่างกาย เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว In Vitro Fertilization and Embryo Transfer (IVF-ET) และ Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT) เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในคู่สามีภรรยาที่มีปัญหาการมีบุตรยาก และประเด็นกฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีดังนี้

1.1 การทำกิฟต์ (GIFT) การทำกิฟต์ด้วยไข่หลายใบโอกาสในการตั้งครรภ์จะสูง หากผู้รับบริการและสามีต้องการให้เป็นครรภ์เดียว แพทย์จะปรับให้เป็นครรภ์เดียวโดยยุติชีวิตทารกในครรภ์บางตัว การกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่ อย่างไร

1.2 การผสมเทียม (artificial insemination) การผสมเทียมด้วยการเอาไข่และอสุจิของผู้อื่นที่ไม่เปิดเผยตัว เป็นไปได้หรือไม่ที่สามีหรือภรรยาจะรู้สึกตะขิดตะขวงใจในตัวบุตร

1.3 การตั้งครรภ์แทน หรือการอุ้มบุญ (surrogate mother) ซึ่งจะกระทบกระเทือนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (human dignity) อย่างมากศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นี้จะเป็นอย่างไร หากผู้หญิงใช้มดลูกของตนเองเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า สมควรหรือไม่ ต่อไปในอนาคตอาจจะมีการโฆษณาแข่งขันกัน (บางประเทศทำเป็นธุรกิจ) ซึ่งจะกระทบกระเทือนทางจริยธรรมประเด็นที่สำคัญคือ

1.3.1 เป็นสิทธิในชีวิตของตนเองที่จะผลิตลูกให้บุคคลอื่นใช้หรือไม่

1.3.2 ผลิตผลจากการตั้งครรภ์ คือ ทารกที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่ใช้การซื้อขาย

1.3.3 ใครจะมีสิทธิในการเป็นมารดาของทารก

1.4 ปัญหาสิทธิของทายาท ดังมีตัวอย่างของตัวอ่อนที่ถูกแช่แข็งไว้ ถ้าสามีภรรยาที่เป็นพ่อแม่เสียชีวิต ตัวอ่อนนั้นจะมีสิทธิเป็นทายาทรับมรดกได้หรือไม่

1.5 ปัญหาการทำธุรกิจเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่นที่มีข่าว นักธุรกิจดำเนินกิจการคัดเลือกนักศึกษาที่มีรูปร่างหน้าตาดี เพื่อทำหน้าที่เป็น donor ของตัวเชื้ออสุจิ หรือไข่ ตามความต้องการของลูกค้า หรือธุรกิจเช่ามดลูก

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 ได้ออกมาเป็นกฎหมาย มีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

“เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์” หมายความว่า กรรมวิธีใด ๆ ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นำอสุจิและไข่ออกจากร่างกายมนุษย์ เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์โดยไม่เป็นไปตามธรรมชาติ รวมทั้งการผสมเทียม

“การผสมเทียม” หมายความว่า การนำอสุจิเข้าไปในอวัยวะสืบพันธุ์ของหญิงเพื่อให้หญิงนั้นตั้งครรภ์ โดยไม่มีการร่วมประเวณี

“การตั้งครรภ์แทน” หมายความว่า การตั้งครรภ์โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนมีข้อตกลงเป็นหนังสือไว้กับสามีและภรรยาที่ขอด้วยกฎหมาย ก่อนตั้งครรภ์ว่าจะให้ทารกในครรภ์เป็นบุตรของสามีและภรรยาที่ขอด้วยกฎหมายนั้น

“ตัวอ่อน” หมายความว่า อสุจิและไข่ของมนุษย์ซึ่งรวมกันจนเกิดการปฏิสนธิไปจนถึงแปดสัปดาห์

“ทารก” หมายความว่า ตัวอ่อนของมนุษย์ที่มีอายุเกินกว่าแปดสัปดาห์ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกมดลูกของมนุษย์

หมวด ๒ การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

มาตรา ๑๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม และต้องปฏิบัติตามมาตรฐานในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ตามที่แพทยสภาประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา ๑๖ ก่อนให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จะต้องจัดให้มีการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิ หรือไข่ที่จะนำมาใช้ดำเนินการ รวมทั้งการป้องกันโรคที่อาจมีผลกระทบต่อเด็กที่จะเกิดมาด้วย ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่แพทยสภาประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา ๑๗ การสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์จากตัวอ่อน หรือการทำให้สิ้นสภาพ ของตัวอ่อน ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่แพทยสภาประกาศกำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ แต่จะกำหนดให้เก็บรักษาหรือใช้ประโยชน์จากตัวอ่อนที่มีอายุ เกินกว่าสิบสี่วันนับแต่วันปฏิสนธิไม่ได้ ทั้งนี้ อายุของตัวอ่อนไม่นับรวมระยะเวลาในการแช่แข็งตัวอ่อน

มาตรา ๑๘ ในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ อาจทำการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ตามความจำเป็นและสมควร ทั้งนี้ ต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ

มาตรา ๑๙ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๕ และมาตรา ๑๖ การผสมเทียมต้องกระทำต่อหญิงที่มีสามีที่ชอบด้วยกฎหมาย และเป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม ที่แพทยสภาประกาศกำหนดโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ

มาตรา ๒๐ การผสมเทียมโดยใช้อสุจิของผู้บริจาค ต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการผสมเทียม

หมวด ๓ การตั้งครรภ์แทน

มาตรา ๒๑ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๕ มาตรา ๑๖ และมาตรา ๑๘ การดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนอย่างน้อยต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งภริยาไม่อาจตั้งครรภ์ได้ ที่ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน ต้องมีสัญชาติไทย ในกรณีที่สามีหรือภริยามีได้มีสัญชาติไทย ต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

(๒) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องมีใช้บุพการีหรือผู้สืบสันดานของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายตาม (๑)

(๓) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ตาม (๑) ในกรณีที่ไม่มีญาติสืบสายโลหิตของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ให้หญิงอื่นรับตั้งครรภ์แทนได้ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดโดยคำแนะนำของคณะกรรมการ

(๔) หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องเป็นหญิงที่เคยมีบุตรมาก่อนแล้วเท่านั้น ถ้าหญิงนั้นมีสามีที่ชอบด้วยกฎหมายหรือชายที่อยู่กินฉันสามีภริยา จะต้องได้รับความยินยอมจากสามีที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือชายดังกล่าวด้วย

มาตรา ๒๒ การดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนตามพระราชบัญญัตินี้ให้กระทำได้สองวิธีดังต่อไปนี้

(๑) ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากอสุจิของสามีและไข่ของภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน

(๒) ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากอสุจิของสามีหรือไข่ของภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย ที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทนกับไข่หรืออสุจิของผู้อื่น ทั้งนี้ห้ามใช้ไข่ของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

มาตรา ๒๓ ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จะดำเนินการ ให้มีการตั้งครรภ์แทนตามพระราชบัญญัตินี้ให้แก่สามีและภริยาตามมาตรา ๒๑ (๑) รายใดได้ ต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการให้ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนให้แก่สามีและภริยารายนั้น

มาตรา ๒๔ ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้า

มาตรา ๒๖ การยุติการตั้งครรภ์แทน ต้องกระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทน และหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนนั้น เว้นแต่ในกรณีหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนไม่ยินยอมให้ถือว่าข้อตกลงการตั้งครรภ์แทน ตามมาตรา ๒๕ เป็นอันยุติลง และหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนนั้นไม่ต้องชดใช้ค่าใช้จ่ายตามข้อตกลงดังกล่าว

มาตรา ๒๗ ห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการเป็นคนกลางหรือนายหน้า โดยเรียกรับ หรือ ยอมจะรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใด เพื่อเป็นการตอบแทนในการจัดการหรือชี้ช่องให้มีการรับตั้งครรภ์แทน

มาตรา ๒๘ ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาหรือให้ข่าวแพร่หลายด้วยประการใด ๆ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทนว่ามีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนผู้อื่น หรือมีบุคคลที่ประสงค์จะให้หญิงอื่น เป็นผู้รับตั้งครรภ์แทนไม่ว่าจะได้กระทำเพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือไม่ก็ตาม

หมวด ๔ ความเป็นบิดาและมารดาของเด็กและการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

มาตรา ๒๙ เด็กที่เกิดจากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้บริจาค แล้วแต่กรณี โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่ว่าจะกระทำโดยการให้ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายของสามีซึ่งประสงค์จะมีบุตรเป็นผู้ตั้งครรภ์ หรือให้มีการตั้งครรภ์แทนโดยหญิงอื่น ให้เด็กนั้นเป็นบุตรชอบด้วยกฎหมายของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตร แม้ว่าสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตรถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิด ชายหรือหญิงที่บริจาคอสุจิหรือไข่ซึ่งนำมาใช้ปฏิสนธิเป็นตัวอ่อนเพื่อการตั้งครรภ์หรือผู้บริจาคตัวอ่อน และเด็กที่เกิดจากอสุจิ ไข่หรือตัวอ่อนที่บริจาคดังกล่าวไม่มีสิทธิและหน้าที่ระหว่างกันตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัวและมรดก

มาตรา ๓๐ ในกรณีที่สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทน ถึงแก่ความตายก่อนเด็กเกิดให้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนเป็นผู้ปกครองเด็กนั้นจนกว่าจะมีการตั้งผู้ปกครองขึ้นใหม่ ทั้งนี้ ให้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก ผู้มีส่วนได้เสีย หรือพนักงานอัยการมีอำนาจร้องขอต่อศาลให้ตั้งผู้ปกครองได้ และในการตั้งผู้ปกครองดังกล่าวให้ศาล คำนึงถึงความผาสุกและประโยชน์ของเด็กนั้นเป็นสำคัญ

มาตรา ๓๑ เมื่อหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนจะไปฝากครรภ์หรือไปคลอดบุตรยังสถานพยาบาลใด ให้นำข้อตกลงตามมาตรา ๒๕ ไปแสดงต่อแพทย์ผู้รับฝากครรภ์หรือผู้ที่จะทำคลอด ณ สถานพยาบาลแห่งนั้นเพื่อเป็นหลักฐานในการออกหนังสือรับรองการเกิดและการแจ้งการเกิดของเด็กต่อไป

มาตรา ๓๒ ให้สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทน มีหน้าที่แจ้งการเกิดของเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้ง ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร

มาตรา ๓๓ ห้ามมิให้สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย หรือสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งประสงค์จะมีบุตรโดยการตั้งครรภ์แทนปฏิเสธการรับเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนดังกล่าว

หมวด ๕ การควบคุมการดำเนินการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

มาตรา ๓๕ ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ รวมทั้งรับฝาก รับบริจาค ใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน หรือทำให้สัณฐานของตัวอ่อน

มาตรา ๓๖ ห้ามมิให้ผู้ใดสร้างตัวอ่อนเพื่อใช้ในกิจการใด ๆ เว้นแต่เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

มาตรา ๓๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประสงค์จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัยต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการ

มาตรา ๓๘ ห้ามมิให้ผู้ใดดำเนินการใด ๆ เพื่อมุ่งหมายให้เกิดมนุษย์โดยวิธีการอื่นนอกจากการปฏิสนธิระหว่างอสุจิกับไข่

มาตรา ๔๑ ห้ามมิให้ผู้ใดซื้อ เสนอซื้อ ขาย นำเข้าหรือส่งออก ซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน

มาตรา ๔๓ การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์กับสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย หากเจ้าของอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่ฝากไว้กับผู้รับฝากตามมาตรา ๔๒ ตายลง ห้ามนำอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนดังกล่าวมาใช้ เว้นแต่มีการให้ความยินยอมเป็นหนังสือไว้ก่อนตาย และการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนต้องใช้เพื่อบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีหรือภริยาดังกล่าวที่ยังมีชีวิตอยู่เท่านั้น

2. เอ็ดส์ หรือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS)

เมื่อคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีการติดเชื้อเอ็ดส์ (HIV) เช่นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไม่ต้องการให้สามีหรือคู่สมรสทราบ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควรทำเช่นไร ในการพิทักษ์สิทธิของทั้งสองฝ่าย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จำเป็นที่จะต้องให้ข้อมูลถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับคู่ของตน วิธีการป้องกันที่คู่ของตนควรจะได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ติดเชื้อนำมาพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ยังมีประเด็นที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ ได้แก่ ควรมีการตรวจเลือดหาโรคเอ็ดส์ก่อนแต่งงานทุกคู่หรือไม่ และการตรวจเลือดของสามีภรรยาที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องอื่น แต่บังเอิญตรวจพบโรคเอ็ดส์ในคนใดคนหนึ่ง แพทย์หรือพยาบาลควรบอกความจริงให้อีกฝ่ายหรือไม่ นอกจากนี้มารดาที่ได้รับเชื้อ HIV และเป็นโรคเอ็ดส์ พยาบาลอาจจะวิตกกังวล มีความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการดูแล เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในขณะที่ปฏิบัติงาน แม้ว่าจะใช้หลักป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแล้วก็ตาม นอกจากนี้พยาบาลเกรงว่าหากตนติดเชื้อก็อาจนำเชื้อไปสู่บุคคลในครอบครัวได้ การที่พยาบาลบางคนมีทัศนคติทางลบ ทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งทางจริยธรรมดังกล่าว พยาบาลจะต้องตัดสินใจระหว่างการปฏิบัติงานตามพันธะหน้าที่ในฐานะ

พยาบาล และหน้าที่ในการปกป้องตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ซึ่งพยาบาลจะตัดสินใจอย่างไร และวิชาชีพพยาบาลให้แนวทางในการตัดสินใจแก่พยาบาลหรือไม่

3. การใช้เทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม (genetic engineering)

เทคโนโลยีทางวิศวกรรมพันธุกรรมในปัจจุบันสามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์มากมาย แม้กระทั่งการรักษาโรคทางพันธุกรรมบางโรค แต่มีคำถามถึงขอบเขตของการดัดแปลงรหัสพันธุกรรมควรอยู่ที่ตรงไหน มีโครงการศึกษาการรหัสพันธุกรรมของมนุษย์ในประเทศอเมริกา ซึ่งถ้าสำเร็จจะสามารถให้ข้อมูลในอนาคตของมนุษย์แต่ละคนได้ ตั้งแต่ยังอยู่ในครรภ์มารดา โดยการใช้เทคโนโลยีของ prenatal & preconceptional diagnosis ปัญหาที่ตามมาคือ การเลือกที่จะทำแท้งตัวอ่อน ที่มีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามที่ต้องการ จึงเป็นประเด็นปัญหาทางจริยธรรม นอกจากนี้ปัญหาเทคโนโลยีทางวิศวกรรมพันธุกรรมด้านการโคลนนิ่ง (cloning) มนุษย์ก็เป็นอีกหนึ่งประเด็นทางด้านจริยธรรม ซึ่งในหลายประเทศมีการออกกฎหมายห้ามการโคลนนิ่งมนุษย์

นอกจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยในการทำนายโรค และอาการของโรคได้ด้วย เช่น เทคโนโลยีที่มีส่วนช่วยทำนายความพิการของร่างกาย การตรวจข้อบกพร่องต่างๆ ของทารกที่อยู่ในครรภ์ แต่พบปัญหาทางด้านจริยธรรมจากการใช้เทคโนโลยีขึ้น ดังกรณีตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุ 41 ปีรายหนึ่ง กลัวลูกจะปัญญาอ่อน จึงไปตรวจ พบว่ามีโครโมโซม xyy (เรียกผู้ป่วยที่เป็นแบบนี้ว่าซูเปอร์แมน (super men) ลักษณะของผู้ป่วยในเพศชายจะมีรูปร่างสูงใหญ่กว่าปกติ มีอารมณ์ร้าย โมโหง่าย บางรายอาจมีจิตใจปกติ แพทย์ควรจะทำอย่างไร จะบอกความจริงหรือไม่ ดังนั้นเรื่องเทคโนโลยีนี้ได้ทำให้เกิดความสับสนในการตัดสินใจปัญหาเรื่องจริยธรรม เป็นอย่างมาก (อรรถจินดา, ม.ป.ป.)

4. การดูแลผู้ป่วยทำแท้ง

การทำแท้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ พยาบาลมีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงในการให้การพยาบาล หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษา จึงต้องตระหนักและเข้าใจถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ ด้านกฎหมายและจริยธรรม เพื่อการดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม

การทำแท้งในประเทศไทยมี 2 ประเภท คือการทำแท้งโดยผิดกฎหมาย (illegal abortion) และการทำแท้งถูกต้องตามกฎหมาย (legal abortion) ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 (อรรถจินดา, ศิริพร, และทัศนีย์, 2558) มีข้อกำหนดดังนี้ 1) การยุติการตั้งครรภ์จะสามารถกระทำได้ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องกระทำ คือสตรีมีครรภ์มีปัญหาสุขภาพทางกาย หรือสตรีนั้นตั้งครรภ์เนื่องจากการกระทำ ความผิดอาญาคือถูกข่มขืนกระทำชำเรา 2) แพทย์ผู้กระทำการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย และ 3) ต้องได้รับการยินยอมจากสตรีมีครรภ์ แต่เนื่องจากสถานการณ์ที่ผ่านมาที่มีสตรีตั้งครรภ์ไม่พร้อมไปทำแท้งเองโดยผิดกฎหมาย และเกิดเป็นการแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ และสังคมเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ทำให้กฎหมายมีการปรับเปลี่ยนอนุญาตให้มีการยุติการตั้งครรภ์โดยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตาม

กฎหมาย ได้ในกรณีดังนี้ (รัชดา, 2558) 1) การตั้งครรรณ์นั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายของสตรีตั้งครรรณ์ 2) การตั้งครรรณ์นั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพทางใจของสตรีตั้งครรรณ์ 3) ทารกในครรรณ์มีความพิการรุนแรง 4) การตั้งครรรณ์นั้นเกิดจากการข่มขืนกระทำชำเรา 5) การตั้งครรรณ์ของเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 6) การตั้งครรรณ์ที่มีเหตุมาจากการล่อลวง บังคับ หรือข่มขู่ เพื่อทำอนาจารหรือสนองความใคร่ เช่น หลอกไปขายบริการทางเพศ

ประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติกรพยาบาล

การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ที่มีความไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติ จริยธรรมการพยาบาลในด้านการสื่อสารมีดังนี้ (แสงทอง, 2556)

1. การบอกความจริงแก่ผู้รับบริการ (telling truth) เป็นประเด็นจริยธรรมที่ต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยที่ควรได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษาพยาบาล หากการบอกความจริงแล้ว ก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี จะก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งทางจริยธรรม เช่น สตรีตั้งครรรณ์ที่เป็นแม่บ้าน มีผลเลือด HIV เป็นบวก โดยไม่มีประวัติที่มีความเสี่ยง เป็นต้น พยาบาลจึงควรประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้รับบริการ หรือการให้คำปรึกษาก่อนการเจาะเลือด และต้องใช้ทักษะในการแจ้งข่าว รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจ

2. การรักษาความลับผู้รับบริการ (confidentiality) ผู้รับบริการ (ผู้ป่วย) ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ในการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติกรพยาบาลมักจะพบประเด็นการขอข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย จากญาติหรือเจ้าหน้าที่บริษัทประกันภัย หากการเปิดเผยข้อมูลอาจทำให้ผู้รับบริการเกิดความเสื่อมเสีย และไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พยาบาลจะให้ข้อมูลได้เฉพาะที่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยเท่านั้น หรือในกรณีผู้รับบริการขอให้พยาบาลเก็บความลับ ข้อมูลผลการตรวจที่มีผลกระทบต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ จะเป็นประเด็นปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลได้เช่น สตรีหลังคลอดที่ไม่ได้มาฝากครรรณ์ มีผลเลือด HIV เป็นบวก ขอให้อย่าบอกสามี เป็นต้น การปกปิดความลับจึงเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การไว้วางใจ และแสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกรพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรรณ์

การพยาบาลผดุงครรรณ์มีหลักจริยธรรมที่เน้น ได้แก่ การเคารพการเป็นอิสระของปัจเจกบุคคล (autonomy) ซึ่งรวมสิทธิของผู้รับบริการ (patient's right) ไว้ด้วยกัน พยาบาลผดุงครรรณ์ต้องมีความรู้ในวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักวิชา ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย จริยธรรมแตกต่างจากกฎหมาย เพราะจริยธรรมมีความยืดหยุ่น การกระทำขึ้นอยู่กับเจตนาหรือจิตใจของผู้ปฏิบัติ แต่กฎหมายตัดสินถูกผิดตามกฎหมายที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามกฎหมายและจริยธรรมมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

หลักจริยธรรมในการพยาบาล

สภาพยาบาลนานาชาติ (Fry,1994 and Hall, 1996) ได้กำหนดหลักจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาล 7 ประการ ดังนี้

1. การเคารพอิสระของปัจเจกบุคคล (autonomy)
2. การยึดมั่นในความยุติธรรม (justice)
3. การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ (fidelity)
4. การบอกความจริง (veracity)
5. การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ โดยยึดประโยชน์ผู้ป่วยเป็นหลัก (beneficence)
6. การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย (malnonficence)
7. การรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality)

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการมีดังนี้ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย,2537)

1. มีสติตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยความเสมอภาค โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเชื้อชาติ ศาสนา ฯลฯ
3. ปราศจากอคติและการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน
4. เก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการไว้เป็นความลับ
5. ปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่
6. ป้องกันอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

เมื่อรู้หลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องรู้ถึงสิทธิของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ (Novak and Broom, 1995)

สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และสุขภาพของทารกในครรภ์ ซึ่งถือว่ามีบุคคล 2 คนที่ต้องได้รับการพิทักษ์ปกป้อง

1. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับยาหรือวิธีการรักษาพยาบาล อันได้แก่ ประโยชน์ของยาหรือวิธีการรักษาพยาบาล ผลข้างเคียงโดยตรงและโดยอ้อม ที่จะเกิดแก่ทารกในครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

2. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไม่เฉพาะประโยชน์ อัตราเสี่ยง ความรุนแรงเท่านั้น แต่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เช่น การเข้ากลุ่มเตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และควรได้รับความรู้ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์

3. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา ระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด และมีผลโดยตรง โดยอ้อมต่อทารกในครรภ์อย่างไร รวมทั้งถ้าไม่ได้รับยาทารกจะปลอดภัยหรือไม่

4. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลการพยากรณ์การคลอดโดยผ่าท้องทำคลอด ขั้นตอนการรักษารักษาการให้ยา รวมทั้งประโยชน์ต่อทารกในครรภ์

5. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะเกี่ยวกับยาหรือวิธีการรักษาที่ยังไม่แน่ชัดหรือไม่ได้รับการยืนยันจากกาวิจัย ซึ่งอาจมีผลต่อร่างกาย ระบบประสาทหรือพัฒนาการของทารก

6. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับชื่อทางการค้าของยาและชื่อทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาจปรึกษาเกี่ยวกับผลของยาที่เคยได้รับการรักษาจากบุคลากรในวิชาชีพ

7. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการรักษา เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากรักษาหรือยา และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา

8. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะรู้ชื่อยาและวิธีการรักษาพยาบาลตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

9. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือที่ดีที่สุดกรณีที่มีข้อบ่งชี้ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กรณีที่ปฏิบัติเพื่อการสอน และการวิจัย

10. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลระหว่างที่มีความเครียดขณะรอคลอดและระยะคลอดจากบุคลากรที่มีความเอื้ออาทร เพื่อช่วยให้มีกำลังใจ มีอารมณ์และความรู้สึกที่ดีในการคลอด

11. สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดภายหลังจากได้รับการรักษาทางยาที่เหมาะสมแล้ว มีสิทธิที่จะเลือกทำในการคลอดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียดต่อตนเองและทารกในครรภ์

12. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดด้วยตนเอง และอยู่ใกล้ชิดเพียงนอนหลังคลอดในกรณีทารกแรกเกิดปกติ โดยให้ตนเอง พิจารณาตามความต้องการของทารกมากกว่ากฎระเบียบของโรงพยาบาล

13. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะทราบชื่อผู้ทำคลอดซึ่งเป็นบุคคลที่มีใบประกอบวิชาชีพ และเขียนชื่อในใบสูติบัตร

14. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ปัญหา หรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดแก่ผู้คลอดและทารก

15. หญิงตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับรายงานบันทึกการรักษาพยาบาล บันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่สมบูรณ์แบบ ถูกต้อง และง่ายต่อการอ่าน ซึ่งเป็นข้อมูลตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

16. สตรีตั้งครรภ์มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของตนเองในใบบันทึกการรักษาพยาบาลฉบับถ่ายสำเนา รวมทั้งบันทึกค่าใช้จ่าย ค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

สิทธิต่าง ๆ เหล่านี้ได้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ และเพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ได้ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมครอบคลุมทุกด้าน

จริยธรรมในการพยาบาลผดุงครรภ์

จากแนวความคิดด้านจริยธรรมที่กล่าวโดยภาพรวมในเบื้องต้น สามารถประยุกต์เข้าสู่การพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อคุณภาพในการพยาบาลสตรีทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สำหรับการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ นอกจากพยาบาลจะเป็นผู้ที่มีความรู้ ตรวจสอบสภาพทารกในครรภ์ที่ถูกต้องแล้ว ยังต้องให้ข้อมูลจากผลการตรวจแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่น ๆ ทั่วไป เพราะสตรีตั้งครรภ์มักมีความห่วงกังวลถึงบุตรในครรภ์ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ยังต้องการได้รับการปฏิบัติที่สุภาพอ่อนโยน พุดจาไพเราะ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของผู้ป่วยอันพึงจะได้รับ แต่อย่างไรก็ตามจริยธรรมในการพยาบาลต้องเกิดจากความเห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทร มิใช่การปฏิบัติตามกฎเกณฑ์เท่านั้น ฉะนั้นปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ สามารถจำแนกตามหลักจริยธรรมได้ดังนี้

1. การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเคารพอิสระของปัจเจกบุคคล และค่านิยมวิชาชีพได้แก่

1.1. การตรวจหน้าท้องหญิงตั้งครรภ์ด้วยความนุ่มนวล เปิดเผยเฉพาะบริเวณที่จะตรวจ ห้องที่ตรวจมืดสนิท ถ้าแพทย์หรือพยาบาลชายต้องทำหน้าที่ตรวจควรมีพยาบาลหญิงหรือเจ้าหน้าที่หญิงอยู่เป็นเพื่อนผู้รับบริการเพื่อความอบอุ่นใจ ไว้วางใจของผู้รับบริการ และป้องกันกรณีการล่วงละเมิดทางเพศ

1.2. การตรวจภายในเพื่อดูความก้าวหน้าของการคลอด ต้องกระทำเมื่อจำเป็น ตรวจด้วยความนุ่มนวล ใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ และต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลมิใช่หุ่นที่จะทดลองตรวจ เพราะทุกคนมีความอายที่จะถูกตรวจ ฉะนั้นต้องกั้นม่านให้มิดชิด และใช้วาจาที่สุภาพ บอกเหตุผลในการตรวจ อธิบายให้ทราบว่าตรวจอะไร ซึ่งเป็นการเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยนั่นเอง เมื่อผู้ป่วยมีความอาย เช่น ไม่แยกขาเพื่อให้ตรวจ ผู้ตรวจไม่ควรที่จะข่มขู่หรือพูดจาเสียดสีให้ผู้ป่วยมีความอายหรือเจ็บแค้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงการแสดงกิริยาอันไม่สมควร แต่ควรอธิบายเหตุผลให้ผู้รับบริการเข้าใจ

1.3. ขณะที่ผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอดอาจร้องเสียงดัง ผลุดลูกผลุดนัง ซึ่งเนื่องจากความเจ็บปวดครรภ์ที่ไม่สามารถจะบรรเทาได้นั้นเอง พยาบาลจึงควรเข้าใจสภาพจิตใจ ตระหนักในความทุกข์หาทางช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความทุกข์ ควรหลีกเลี่ยงการกล่าวตำหนิหรือพูดจาไม่สุภาพต่อหญิงตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้บั่นทอนกำลังใจของหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกว่าเหว โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่รอคลอดโดยสามีไม่สามารถเข้าไปอยู่ด้วยได้ สิ่งสำคัญคือพยาบาลส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐมีความเครียดทำงานหนัก และเห็นผู้ป่วยในลักษณะเดียวกันทุกวันทำให้รู้สึกเคยชินกับปัญหาของผู้ป่วย บางครั้งเฉยชาทำงานเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ ซึ่งพยาบาลต้องสำรวจตนเอง ขณะทำงานและหลังทำงาน การทำงานที่มี

จริยธรรมมิได้หมายถึงทำงานตามกิจวัตรให้เสร็จสิ้นเท่านั้น แต่พยาบาลต้องมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ มีเจตนาดี คิดว่าผู้รับบริการเป็นคนมีชีวิตจิตใจเช่นเดียวกับพยาบาล

1.4. ขณะผู้คลอดอยู่บนเตียง เป็นช่วงที่มีความเจ็บปวดสูงที่สุด อาจแสดงกิริยาแปลกๆ เช่นส่งเสียงร้องดัง กล่าววาจ่าไม่สุภาพ กระสับกระส่าย อาจจับข้อมือพยาบาลแน่นจนเจ็บหรือด้นจนอุปกรณ์เตรียมคลอดกระจัดกระจาย พยาบาลที่เข้าใจความแตกต่างของบุคคล เข้าใจความเป็นบุคคลจะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ไม่หวั่นไหว หลีกเลี่ยงการแสดงความรู้สึกโกรธ หรือกล่าววาจ่าไม่สุภาพต่อผู้รับบริการ พยาบาลต้องบริหารจัดการจิตใจให้สงบ มองในเชิงบวก มีจิตที่เมตตา ความสงบสุขุมของพยาบาล จะส่งผ่านไปสู่อุบัติเหตุให้สงบ ควบคุมตนเองได้ เช่น พยาบาลสัมผัสและพูดนุ่มนวล นอกจากจะเป็นการให้กำลังใจผู้คลอดที่ดีที่สุดแล้ว พยาบาลจะสามารถพัฒนาจิตใจตนเองได้ด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าพยาบาลโกรธ ร่างกายจะมีการเผาผลาญอาหารจำนวนมาก ใช้พลังงานจำนวนมากความเหน็ดเหนื่อยจะมากเช่นกัน

1.5. ผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ผิดปกติ เช่น ทารกท่าก้น ครรภ์แฝด ผู้คลอดมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการยินยอมรักษา (informed consent) เลือกวิธีคลอด เช่น การคลอดทางช่องคลอด การผ่าท้องคลอด แม้ผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ปกติก็มีสิทธิที่จะได้เลือกรับการรักษา โดยการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติหรือการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก แต่ทั้งนี้ผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องให้ความรู้ ข้อมูลความเป็นจริง ที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้คลอด มีความเที่ยงธรรมในการบอกข้อมูล และไม่ลำเอียงในการให้ข้อมูลเพื่อผลประโยชน์แก่ผู้รักษาพยาบาล แต่ควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกและตัดสินใจเป็นสำคัญ

การปฏิบัติที่เคารพอิสระของปัจเจกบุคคลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพยาบาลและค่านิยมวิชาชีพด้านความมีสุนทรียภาพ นั่นคือความนุ่มนวล พูดจาไพเราะ มองโลกในทางบวก กล่าวคำชมเชยผู้คลอดเมื่อปฏิบัติถูกต้อง รวมทั้งการกล่าวคำชมต่อผู้ร่วมงาน ผู้ไต่บั๊งคับบัญชา มากกว่าการกล่าวตำหนิ อันจะส่งผลในการเสริมสร้างกำลังใจ ให้บุคคลปฏิบัติดี และทำให้สังคมมองพยาบาลในภาพลักษณ์ที่ดีงาม

2. การปฏิบัติพยาบาลด้วยความยุติธรรม หลีกเลี่ยงตั้งครุภคัทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการโดยเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนาและปัจจัยอื่น ๆ เช่นผู้หญิงตั้งครุภคัร่วมกับการติดเชื้อโรคเอดส์ พยาบาลจะให้การพยาบาลเท่าเทียมกับหญิงตั้งครุภคัรายปกติ ปราศจากการลำเอียง และควรมีจิตใจเมตตา สงสารเห็นใจหญิงตั้งครุภคัรายนั้นมากขึ้น อยากรช่วยเหลือ และให้กำลังใจ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องคำนึงถึงความยุติธรรมในเรื่องการคิดค่ารักษาพยาบาล การอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยม การจัดสรรอุปกรณ์ในการพยาบาล การจัดสถานที่พักรอคลอด การเตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด เป็นต้น ซึ่งความยุติธรรมในการพยาบาลนอกจากจะเป็นหลักจริยธรรมในการพยาบาลแล้ว ยังเป็นหลักสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับ

3. การปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์ เป็นการรักษาคำพูดกับผู้ป่วย ไม่กล่าวคำหลอกลวง รวมทั้งมีความซื่อสัตย์ในการดูแลทรัพย์สินของผู้คลอด ผู้คลอดบางรายมาโรงพยาบาลเพื่อคลอดโดยไม่ได้เตรียมตัว บางรายไม่มีญาติมา สภาพจิตใจของผู้คลอดย่อมรู้สึกหว้าเหวไว้ที่พึ่ง ถ้าพยาบาลมีจิตใจเมตตา พร้อมทั้งจะพิทักษ์รักษาทั้งสภาพร่างกายผู้คลอดและทรัพย์สินที่ผู้คลอดบางรายนำติดตัวมาด้วย ย่อมทำให้ผู้คลอดเลื่อมใสศรัทธา มีความมั่นใจ มีความสุขใจประทับใจในการพยาบาล

4. การรักษาความลับของผู้รับบริการ ในการพยาบาลสูติศาสตร์พยาบาลต้องระมัดระวังคำพูดไม่กล่าววิพากษ์วิจารณ์ผู้คลอดกับผู้ร่วมงาน หรือกับผู้คลอดรายอื่น หรือนำเอกสารของผู้คลอดให้กับบุคคลภายนอกโดยที่ผู้คลอดไม่อนุญาต เช่น ผู้คลอดที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ระหว่างตั้งครุภคั และที่ทำงานของผู้

คลอดต้องการประวัติ พยาบาลไม่ควรให้ประวัติของผู้คลอดกับบุคคลภายนอก ซึ่งการเปิดเผยความลับของผู้คลอด นอกจากจะผิดหลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังเป็นการผิดกฎหมายอีกด้วยตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323 (สภาการพยาบาล, 2541) นอกจากนี้ในปัจจุบันและอนาคตจะมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบันทึกข้อมูล และประวัติผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยได้ง่าย ควรมีระบบรักษาความลับเพื่อพิทักษ์ปกป้องผู้ป่วย ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีรหัสผ่านเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องในการค้นคว้าและบันทึกข้อมูลเท่านั้น หรือวิธีการอื่น ๆ

5. การบอกความจริงแก่ผู้รับบริการ ตามสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล เช่นพยาบาลควรบอกข้อมูลแก่ผู้รับบริการภายหลังตรวจหน้าห้อง “อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ” ภายหลังตรวจภายใน “ตรวจพบปากมดลูกเปิด.....” “ขณะนี้ปากมดลูกเปิด ซม. คาดว่าจะคลอดเวลา” นอกจากนี้พยาบาลควรคำนึงถึงการให้ข้อมูลกับญาติ หรือสามีผู้คลอดเกี่ยวกับสภาพของผู้คลอด การคาดคะเนช่วงเวลาที่จะคลอด เพื่อให้ญาติคลายความกังวลและวางแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการดูแลบุตรที่อยู่ที่บ้าน เป็นต้น การบอกอาการผู้คลอดแก่ญาติควรระวังในการบอกให้ถูกต้องในตัวบุคคล ชื่อนามสกุลของผู้คลอดต้องถูกต้อง เพื่อให้ญาติรับฟังข้อมูลผิดพลาด บางรายอาจจะโทรศัพท์ถาม ซึ่งการให้ข้อมูลในลักษณะนี้โอกาสผิดพลาดได้ง่าย เนื่องจากพยาบาลทาคลอดจำนวนหลายราย การป้องกันความผิดพลาดในการบอกเพศควรให้ผู้คลอดหรือญาติเห็นทารกด้วยตนเอง

การให้ข้อมูล การบอกความจริง ตามหลักจริยธรรมมีความสอดคล้องกับสิทธิผู้ป่วย และสิทธิของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่พึงได้รับจากแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ผู้ป่วยไม่ค่อยได้รับคือการแนะนำตัวของผู้ให้การรักษาพยาบาล ถ้าพยาบาลได้ปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้คลอดมีความไว้วางใจอบอุ่นใจ เช่น “สวัสดีค่ะ ดิฉันเป็นพยาบาลชื่อ..... จะมาดูแลคุณระหว่างคลอด ต้องการอะไรบอกดิฉันนะคะ.....” การใช้คำพูดเป็นสิ่งสำคัญมาก การกล่าวแทนตนเองว่า “ดิฉัน” และเรียกผู้รับบริการว่า “คุณ” จะทำให้พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลมีลักษณะของความมีวุฒิภาวะ น่าศรัทธาและเชื่อถือรวมทั้งเป็นการให้เกิดผู้รับบริการ

6. การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้รับบริการ การพยาบาลผดุงครรภ์ต้องประเมินสภาพทั้งมารดาและทารกซึ่งมีความซับซ้อน พยาบาลต้องตระหนักในความปลอดภัยแก่มารดาและบุตร เช่นเมื่อตรวจพบหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติ ต้องรีบหาแนวทางช่วยเหลือ หรือตรวจพบหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ต้องพยายามหาสาเหตุ และหาทางช่วยเหลือโดยด่วน นอกจากนี้ยังรวมถึงความละเอียดรอบคอบในการบอกเพศเด็ก การจดเวลา วัน เดือน ปี ที่เด็กเกิด และการผูกปายข้อมือเด็กให้ถูกต้อง ทั้งนี้พยาบาลที่มีจริยธรรมมิได้คิดเฉพาะการทำตามหน้าที่เพื่อมิให้ตนเองผิด แต่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ มีความเอื้ออาทร ห่วงใย เห็นใจผู้รับบริการ คำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับบริการและครอบครัว การพยาบาลที่ขาดความรอบคอบจนเกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 330 “ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายแก่กายหรือจิตใจต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” แต่มาตรา 390 “ผู้ใดกระทำโดยประมาท และการกระทำอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นรับอันตรายสาหัส ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ” และมาตรา 291 “ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท” (สภาการพยาบาล, 2541)

การพยาบาลที่มีคุณธรรมจริยธรรม ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้การพยาบาลทั้งสองฝ่าย พยาบาลสุขใจและมีความภาคภูมิใจเมื่อเห็นผู้คลอดมีความสุข ทารกปลอดภัย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงเสริมให้พยาบาลปรารถนากระทำการสิ่งที่ดีและถูกต้อง แล้วส่งผลให้ปฏิบัติต่อผู้คลอดด้วยความเต็มใจ

ปัญหาขัดแย้งเชิงจริยธรรมทางการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์

ปัญหาข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมในการพยาบาลผดุงครรภ์สามารถพบได้ในทุกยุคทุกสมัย โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันมีเทคโนโลยีช่วยในการวินิจฉัย ซึ่งประเด็นปัญหามีหลายระดับ ตั้งแต่มีความซับซ้อนน้อยจนถึงระดับมีความซับซ้อนมากที่ยากแก่การแก้ไขซึ่งสามารถนำไปสู่การฟ้องร้องได้ ตัวอย่างปัญหาดังนี้

1. ปัญหาข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมระหว่างพยาบาลและผู้ร่วมงาน ได้แก่
 - 1.1 การรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์
 - 1.2 การปฏิบัติเกินขอบเขตความรับผิดชอบ เช่น พยาบาลเย็บแผลที่มีการฝึกขาดถึงรูดาวหนัก ในกรณีที่ไม่มีผู้ประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม
2. ปัญหาข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมระหว่างพยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์หรือญาติ เช่น
 - 2.1 การให้คำแนะนำในการทำแท้งในรายมีปัญหาของการตั้งครรภ์
 - 2.2 การบอกความจริงในรายที่ทารกในครรภ์/แรกคลอดผิดปกติ
 - 2.3 พยาบาลแสดงท่าทางและกล่าวคำไม่สุภาพต่อผู้คลอด
3. ปัญหาข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมทางสุติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย
 - 3.1 การใช้เทคโนโลยีช่วยการตั้งครรภ์
 - 3.2 การรับตั้งครรภ์แทน

ประเด็นกฎหมายและจริยธรรมดังกล่าวข้างต้น พยาบาลต้องตระหนักเสมอว่า ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้รับบริการและครอบครัว พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังละเอียดรอบคอบ ยึดหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ โดยให้การดูแลด้วยความรัก เมตตาในเพื่อนมนุษย์ เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะ เป็นเสมือนเกราะที่ป้องกันมิให้พยาบาลประสบกับปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นได้ และเพื่อผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดีตอบสนองต่อความต้องการและเกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558. (1 พฤษภาคม 2558). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 132/ตอนที่ 38 ก หน้า1-12*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2560, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/download/pdf/พรบ.เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์.pdf>
- มัณฑุภา ว่องวีระ. (2541). *จริยธรรมกับการพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รัชดา ธราภาค.(บรรณาธิการ). (2558). “*ท้องไม่พร้อม*”แนวทางการปรึกษาทางเลือก. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- สิวลี ศิริไล. (2553). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงทอง อีระทองคำ. (2556). *จริยธรรมกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. ใน แสงทอง อีระทองคำ และไสว นรสาร (บรรณาธิการ), *กฎหมายสำหรับพยาบาล* (หน้า 210-229, 231-248). สมุทรปราการ: Offset Plus.
- หยุด แสงอุทัย. (2548). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพมหานคร: ประกายพริก. อรรถจินดา ดีดวง. (ม.ป.ป.). *จริยธรรมกับเทคโนโลยี*. สืบค้นเมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2559 จาก <http://www.med.cmu.ac.th/ethics/interested/int003.htm>
- อรัญญา เชาวลิต, ศิริพร ชัมภลิต, และทัศนีย์ นะแส. (บรรณาธิการ). (2558). *คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: จุดทอง. 46

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายมาตรฐานการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้ถูกต้อง
3. อธิบายประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในระยะคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การพยาบาลผดุงครรภ์
2. บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์
 - 2.1 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 2.2 ตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย
 - 2.3 ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก
3. บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้บริการ
 - 3.1 การดูแลสตรีระยะตั้งครรรภ์
 - 3.2 การดูแลสตรีระยะคลอด

การพยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของสตรีและครอบครัว โดยดูแลสตรีทุกช่วงวัย ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องทราบแนวคิด บทบาทของตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพ และบทบาทของผดุงครรภ์ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามมาตรฐานต่าง ๆ ที่ได้วางไว้

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องพัฒนาสมรรถนะและความสามารถในการให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน และเพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องผู้ให้บริการ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องปฏิบัติตามการพยาบาลแก่ผู้รับบริการภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามมาตรฐานของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ตามกฎหมาย และตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

บทบาทของพยาบาลและผดุงครรภ์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 กำหนดวัตถุประสงค์ให้สภาการพยาบาลส่งเสริมการศึกษา การบริการ การวิจัย และความก้าวหน้าในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประกอบกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพและการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับที่ดีที่สุดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้กำหนดมาตรฐานหลักของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการด้านการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่เฉพาะเจาะจง สำหรับแต่ละหน่วยงานซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป ดังต่อไปนี้ (มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์, มปป)

ข้อ 1 มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Standard)
ประกอบด้วยมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Outcome Standard)

ข้อ 2 มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Standard of Nursing and Midwifery Service Organization) มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การจัดองค์กรและการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- 1.1 การบริหารจัดการการพยาบาลดำเนินการโดยองค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 1.2 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเป็นพยาบาลวิชาชีพ
 - 1.3 องค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีอำนาจ หน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดปรัชญา นโยบายทางการพยาบาลเพื่อเป็นทิศทางการปฏิบัติของทุกหน่วยงานบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 1.4 องค์กรการพยาบาลและการผดุงครรภ์มีโครงสร้างและขอบเขตงานในความรับผิดชอบชัดเจน
 - 1.5 มีระบบและกลไกการบริหารที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากร และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
 - 1.6 มีนโยบาย เป้าหมายและแผนงานที่ส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาล และการส่งเสริมเอกลักษณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล
- มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล
- 2.1 มีระบบและกลไกการคัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน
 - 2.2 พยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติเหมาะสมและประสบการณ์ที่เพียงพอ ดังนี้
 - 2.2.1 พยาบาลทุกคนต้องมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ตามกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
 - 2.2.2 พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหน่วย/หอผู้ป่วย
 - (1) ได้รับการศึกษาต่อ และ/หรือฝึกอบรมในสาขาที่ให้บริการนั้น ๆ
 - (2) มีประสบการณ์ด้านการบริหาร และ/หรือผ่านการฝึกอบรมด้านบริหาร
 - 2.2.3 พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารสูงสุดขององค์กรการพยาบาล
 - (1) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และได้รับการอบรมด้านการบริหาร หรือสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท หรือเทียบเท่า หรือปริญญาเอก
 - (2) มีประสบการณ์ด้านการบริหารในระดับหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน
 - 2.3 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ (job descriptions) และคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง (job specification) ของผู้ให้บริการการพยาบาลทุกระดับชัดเจนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ
 - 2.4 การจัดอัตรากำลังเหมาะสมกับความต้องการบริการพยาบาล (nursing needs)
 - 2.5 มีการจัดการเตรียมการการควบคุมกำกับ และการประเมินผลการปฏิบัติงานที่สามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการว่าจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพ
 - 2.6 มีระบบการพัฒนาความรู้ ความสามารถบุคลากรเพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัย
- มาตรฐานที่ 3 การจัดระบบงาน และกระบวนการให้บริการการพยาบาล และการผดุงครรภ์
- 3.1 การบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับ บริการ มีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ (Nursing Policy & Procedures) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing Standard of Patient Care) ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพ

การพยาบาลและการผดุงครรภ์รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง และขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์

3.2 มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลในการให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตลอดระยะเวลาที่ให้บริการ

3.3 การมอบหมายงานให้แก่บุคลากรที่มีความรู้และทักษะต่ำกว่าระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต้องไม่ใช้งานในระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และมีพยาบาลผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพเป็นผู้กำกับดูแล

3.4 กำหนดนโยบาย และสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์

3.5 มีกลไกส่งเสริมให้พยาบาลและผดุงครรภ์ประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน และธำรงไว้ซึ่งจริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

3.6 มีการจัดระบบสารสนเทศ และใช้ข้อมูลสารสนเทศทางการพยาบาล ในการบริหารจัดการ การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.1 มีนโยบายและแผนงานการจัดการคุณภาพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

4.2 มีระบบการบริหารความเสี่ยง (Risk Management)

4.3 มีระบบประกันคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

4.4 มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement)

ข้อ 3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (Nursing and Midwifery Practice Standard) เป็นการปฏิบัติที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการ มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลและผดุงครรภ์ ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 5 มาตรฐาน ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2544)

มาตรฐานที่ 1 การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม และมีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชา

มาตรฐานที่ 2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของ ผู้รับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่ทันสมัย โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการทบทวน ประเมินกระบวนการการดูแล ผู้รับบริการอย่างเป็นระบบ มีการนำ

ความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 4 การจัดการ การดูแลต่อเนื่อง ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและ/หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถชี้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5 การบันทึกและรายงานบันทึกและรายงานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล โดยครบถ้วน ถูกต้องตามความเป็นจริง ชัดเจน กะทัดรัด มีความต่อเนื่อง และสามารถชี้เพื่อประเมินคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้

ข้อ 4 มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (nursing and midwifery outcome standard) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สามารถประเมินได้จากผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ และผลลัพธ์โดยรวมของบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ทั้งหน่วยงาน ซึ่งอาจประเมินได้จากองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

4.1 ความปลอดภัยจากความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ทั้งด้าน กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 ผู้รับบริการได้รับการบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.3 ความรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

4.4 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ

4.5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและสิทธิที่พึงได้รับ

ทั้งนี้หน่วยงานต้องพิจารณากำหนดตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบ ให้เหมาะสมกับลักษณะงานในหน่วยงานของตน และกำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (threshold) ในแต่ละดัชนี

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

สภาการพยาบาลได้ออกข้อบังคับว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530 กล่าวถึงขอบเขตของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ดังนี้

1. ทำการผดุงครรภ์ได้เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ การพยาบาลมารดาและทารกในรายที่มีครรภ์ผิดปกติ หรือคลอดผิดปกติ ถ้าไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำการคลอดได้ภายในเวลาอันสมควรและเห็นประจักษ์ว่า ถ้าปล่อยให้จะเป็นอันตรายแก่มารดาหรือทารก ก็ให้ทำคลอดในรายเช่นนั้นได้ แต่ห้ามมิให้ใช้คีมสูง หรือทำการผ่าตัดในการทำคลอด หดรัดตัวของมดลูกก่อนคลอด

2. จะต้องเข้าย่ำทำลายหรือป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตาหรือป้ายตาทารกเมื่อคลอดแล้วทันที

3. จะต้องบันทึกการรับฝากครรภ์ และการทำคลอดทุกรายลงในสมุดบันทึกการผดุงครรภ์ตามแบบของสภาการพยาบาล และต้องรักษาสมุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน

สามารถสรุปขอบเขตบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ได้ดังนี้ (กอบกุล ธิติมา และ พูลสุข, 2547) ได้

1. ทำการผดุงครรภ์เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก
2. การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขอนามัย
3. การกระทำต่อร่างกายและจิตใจสตรีมีครรภ์ สตรีระยะคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว
4. ช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค
5. บันทึกการรับฝากครรภ์และการทำคลอดทุกรายลงในสมุดบันทึก
6. ปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่กำหนดโดยเน้นการใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

พยาบาลผดุงครรภ์ครอบคลุมการดูแลสตรีในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ การตรวจหาความผิดปกติ การดูแลช่วยเหลือทางการแพทย์ในกรณีจำเป็น และการดูแลในกรณีฉุกเฉินที่ไม่มีแพทย์ (WHO, 2018)

องค์การอนามัยโลกกำหนดให้พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่ต้อง ได้รับการศึกษาในหลักสูตรการผดุงครรภ์ และเป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์จากสถานศึกษาที่เป็นที่ยอมรับในประเทศนั้นๆ สามารถให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ สามารถทำคลอด และดูแลสตรีหลังคลอดได้ ดูแลทารกแรกเกิดได้ รวมทั้งการป้องกันและสามารถพยากรณ์ความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้ สามารถดำเนินการจัดการดูแลในรายที่ผิดปกติและฉุกเฉินในขณะที่ไม่มีแพทย์ได้ และมีบทบาทการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอดและการดูแลสุขภาพภายหลังคลอด การวางแผนครอบครัว การให้ความรู้กับครอบครัวและชุมชนของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติงานได้ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก และในชุมชน

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะเกี่ยวกับการพยาบาลผดุงครรภ์ ดังนี้ (Wagner, 1994 อ้างตาม อุษา เชื้อหอม, 2543)

1. ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลการคลอดแบบต่าง ๆ
2. ควรมีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดให้ชุมชนทราบ เช่น จำนวน ผู้คลอด จำนวนการผ่าตัดคลอด เป็นต้น
3. ไม่ควรโกนขนบริเวณอวัยวะเพศและสวนอุจจาระก่อนคลอด

4. ลดอัตราการชักนำที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ เพื่อกระตุ้นให้คลอดเร็วขึ้นเหลือไม่เกินร้อยละ 10
5. ไม่ควรเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะเริ่มเจ็บครรภ์
6. ควรใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์กับทารกในครรภ์เฉพาะในรายที่จำเป็น
7. ควรให้อีสุระแก่ผู้คลอดในการเลือกอิริยาบถ เช่น นั่ง นอน ยืน เดิน เป็นต้น และไม่จำกัดให้ทุกคนคลอดในท่านอนหงาย แยกขา ชันเข่า
8. ควรให้ยาระงับความเจ็บปวดในรายที่จำเป็นและให้อย่างระมัดระวัง
9. ไม่ควรตัดฝีเย็บทุกราย ควรพิจารณาเป็นรายๆ
10. ควรลดอัตราการผ่าตัดคลอดหรือไม่เกินร้อยละ 10-15
11. ในรายที่เคยผ่าตัดคลอดแบบส่วนล่างของมดลูก (previous low transverse C/S) ไม่จำเป็นต้องทาผ่าตัดซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อมา
12. ควรให้ทารกดูนมมารดาทันที เมื่อรกคลอด
13. ไม่ควรแยกทารกแรกเกิดจากมารดาเพียงเพื่อต้องการสังเกตอาการ
14. รัฐบาลของแต่ละประเทศควรมีนโยบายเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในการคลอดเฉพาะที่ได้รับการประเมินแล้วว่าดีและเหมาะสม
15. ควรให้โอกาสผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องได้ประเมินเทคนิควิธีการคลอดที่ใช้โดยผู้คลอดมีส่วนร่วม และเสนอแนะผลต่อชุมชนในลักษณะของรายงานวิจัย

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้บริการ

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดที่สำคัญ มีดังนี้

การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ ให้บริการในสถานบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในระยะตั้งครรภ์นั้น พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยคัดกรองภาวะสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อให้ "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย" พยาบาลผดุงครรภ์ต้องดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมสตรีตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ โดยการให้ความรู้ ดูแลภาวะสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และสตรีตั้งครรภ์ตลอดระยะเวลาในขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนสนับสนุนให้สามี พ่อแม่ พี่น้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ จากองค์ความรู้ที่ว่าแม่ที่มีสุขภาพดีจะทำให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพดี ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นบุคลากรที่สำคัญในทีมสุขภาพในการที่จะช่วยตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และให้คาปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม (มาลี, 2558)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ชักประวัติ

1.1 ประวัติครอบครัว ถ้ามเกี่ยวกับประวัติการมีโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการต่อทารกได้ โดยเฉพาะการที่บิดาหรือมารดามีโครโมโซมที่ผิดปกติ ที่อาจให้กำเนิดทารกพิการแต่กำเนิด ได้แก่ มารดาที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานซึ่งมารดาอาจมีอาการของโรคเบาหวานได้ในระยะตั้งครรภ์ โรคโลหิตจาง โรคเลือดไหลไม่หยุด เป็นต้น

1.2 ประวัติส่วนตัว ถ้ามอายุ อาชีพ การศึกษา ความเชื่อ สถานที่อยู่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การใช้สารเสพติด การใช้ยาสารเคมี ซึ่งการได้รับวิตามินเอมากเกินไป อาจส่งผลให้ทารกในครรภ์พิการได้ การขาดสารโฟลิกแอซิด ทำให้เกิด neural tube defects and congenital heart defects และในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก มีโอกาสให้กำเนิดทารกที่มีอาการดาวน์ 1 ต่อ 274 เป็นต้น

1.3 ประวัติเจ็บป่วยของสตรีตั้งครรภ์

1.3.1 การติดเชื้อ การติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน เริม อีสุกอีใส คางทูม เอ็ดส์ ไข้หวัดใหญ่ enterovirus และ cytomegalovirus เนื่องจากการติดเชื้อดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติ เกิดความพิการมากขึ้นขึ้นอยู่กับการได้รับเชื้อในช่วงใดของการตั้งครรภ์

1.3.2 ภาวะเจ็บป่วยของมารดาทางอายุรกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลให้ทารกมีความผิดปกติได้ เมื่อพยาบาลตรวจพบต้องรายงานสูติแพทย์เพื่อรับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ต่อไป

1.4 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อนๆ เช่น น้ำหนักทารกแรกเกิด ทารกตายในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ ทารกตายคลอด ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกที่มีอาการ down syndrome ซึ่งอาจส่งผลถึงความผิดปกติต่อทารกในครรภ์นี้ได้

1.5 ประวัติการใช้หรือสัมผัสสารเคมี สารกัมมันตภาพรังสี เพราะสารเคมีและยาหลายตัว พบอุบัติการณ์ทำให้ทารกในครรภ์พิการได้

2. ตรวจร่างกาย

2.1 ประเมินตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า รูปร่าง ส่วนสูง น้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าพบสิ่งผิดปกติหรือไม่สมดุล เช่น ท่าทางการเดิน น้ำหนัก พยาบาลต้องลงบันทึกรายงานและปรึกษาสูติแพทย์ เพื่อวางแผนการดูแลมารดาและทารกในครรภ์ต่อไป

2.2 การตรวจดูระดับยออดมดลูก เพื่อประเมินความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และท่าของทารก เพื่อนามาวางแผนการช่วยคลอด และยังบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยว่าเป็นอย่างไร

2.3 อัตราการเต้นของหัวใจทารกและการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ โดยทั่วไปมารดาครรภ์แรก จะรับรู้การเคลื่อนไหวของทารกเมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ มารดาครรภ์หลังสามารถรับรู้ถึงการดิ้นของทารกเมื่ออายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์ ถ้าพ้นระยะนี้ไปมารดาอาจไม่รู้สึกลูกดิ้น ควรต้องปรึกษาแพทย์ว่าเกิดปัญหาใดขึ้นกับทารก ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจทารกเป็นปกติที่ระดับ 140 ± 20 ครั้งต่อนาที ดิ้นเข้าไปหรือเร็วไปต้องรายงานสูติแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและหาทางแก้ไข

2.4 ประเมินการลดการเพิ่มของน้ำหนักตัวมารดา การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของสตรีตั้งครรภ์ มีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ต้องค้นหาสาเหตุการเพิ่มหรือลดลงของน้ำหนักตัว เพราะอาจ

หมายถึงความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพของทารก น้ำหนักของมารดาที่เพิ่มขึ้นมากนั้นเป็นอาการที่มาจากโรคเบาหวานหรือไม่ การลดลงของน้ำหนักมารดาอาจหมายถึงภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วย อย่ามองความผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ควรร่วมวางแผนในการดูแลกับสูติแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ

3. การตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ

3.1 ผลการตรวจเลือดของมารดา ประกอบด้วย CBC, Hb, Hct, DCIP, MCV หรือ OF ถ้าพบว่าผลเลือดมีความผิดปกติ ต้องส่งปรึกษาสูติแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองและวินิจฉัยต่อไป โดยเฉพาะทารกที่ตรวจพบว่า บิดามารดาเป็นพาหะของโรค thalassemia major และโรค beta-thalassemia/ HbE ต้องส่งพบสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อการคัดกรองภาวะสุขภาพทารกต่อไป

3.2 การตรวจปัสสาวะ/อุจจาระ ถ้าตรวจพบความผิดปกติต้องส่งปรึกษาสูติแพทย์ เพื่อตรวจคัดกรองและวินิจฉัยต่อไป

4. สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงในการให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติ พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องให้ความสำคัญเมื่อซักประวัติหรือตรวจพบ ต้องส่งพบสูติแพทย์ที่เชี่ยวชาญทุกรายเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อไปเพื่อการคัดกรองภาวะสุขภาพ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) หมายถึง สตรีที่มีโอกาสให้กำเนิดทารกพิการหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อภาวะสุขภาพของมารดา ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติหรือผลการตรวจต่อไปนี้

4.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี นับถึงกำหนดคลอด

4.2 สตรีตั้งครรภ์ที่มี chromosome ผิดปกติ

4.3 สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจโดยใช้คลื่นความถี่สูง (ultrasound) พบความพิการแต่กำเนิดหรือสงสัยว่าจะผิดปกติต้องส่งไปตรวจด้วยวิธีอื่นต่อไป

4.4 สตรีตั้งครรภ์มีประวัติเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ เช่น โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเลือดออกไม่หยุด โรคเบาหวาน

4.5 สตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรที่มีกลุ่มอาการดาวน์ หรือตายคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

4.6 สตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าเป็นคู่เสี่ยงที่จะเกิดโรค thalassemia ชนิดรุนแรง

4.7 สตรีตั้งครรภ์ที่เคยคลอดทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิต

แรกเกิด(เสียชีวิตภายใน 1 เดือน)

4.8 สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคทางอายุรกรรม เช่น โลหิตจาง ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะภูมิคุ้มกันไวเกิน (SLE) โรคลมชัก วัณโรค เบาหวานโดยเฉพาะชนิดที่ต้องพึ่งพาอินซูลิน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4.9 สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง หรือเป็นโรคติดเชื้อ HIV กามโรค หรือพาหะตัวอักเสบบี

4.10 สตรีตั้งครรภ์ที่มีหมู่เลือดเป็น Rh negative

4.11 สตรีตั้งครรภ์ที่เคยแท้งบุตรไม่ทราบสาเหตุมาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง

4.12 สตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบ หรือมีประวัติทารกโตช้าในครรภ์

4.13 สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติติดเหล้า บุหรี่ หรือใช้สารเคมีระหว่างตั้งครรภ์

5. การบันทึกข้อมูล

การบันทึกข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อวิชาชีพพยาบาล การทำงานของพยาบาลผดุงครรภ์เป็นการปฏิบัติงานเป็นทีม และทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การทำงานที่บันทึกข้อมูลไว้อย่างมี

คุณภาพ ข้อความชัดเจน ใช้ภาษาเข้าใจง่าย จะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดีครอบคลุม ส่งผลให้การดูแล/การรักษาประสบผลสำเร็จปลอดภัย ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ สิ่งสำคัญคือช่วยลดการร้องเรียน

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทส่งเสริม ป้องกัน และช่วยคัดกรอง/วินิจฉัยภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และทารกในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะการช่วยค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพ การค้นพบเร็วช่วยแก้ปัญหาเร็ว ความรุนแรงของปัญหาก็น้อยลง พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ความสามารถในการสื่อสาร และยังต้องมีความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาอีกด้วย

การให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพแก่ตัวสตรีตั้งครรภ์และต่อสุขภาพทารกในครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเทคนิคและวิธีการให้คำปรึกษา เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหา มีความรู้และมีทางเลือก ในการแก้ปัญหา มีสภาพอารมณ์และจิตใจพร้อมที่จะคิดและตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์

1. เข้าใจและเห็นความสำคัญของการให้ข้อมูล
2. รับทราบข้อมูลและเข้าใจถึงความเสี่ยงของตนเอง
3. อยากเข้ารับการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาของตนเอง
4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง

กระบวนการให้คำปรึกษา

1. การสร้างสัมพันธภาพ

เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องแสดงความจริงใจต่อสตรีตั้งครรภ์ด้วยท่าทีที่อบอุ่นและเป็นมิตร มีความจริงใจ และมีความยืดหยุ่น ในสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ บนพื้นฐานการให้ข้อมูลที่อยู่บนเหตุผลเชิงประจักษ์ ให้ความสนใจเคารพการตัดสินใจ เลือกรับหรือไม่รับบริการ จากการคิดวิเคราะห์ของสตรีตั้งครรภ์เอง

2. การสำรวจปัญหา

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ข้อมูลทางด้านวิชาการแก่สตรีตั้งครรภ์ถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะสุขภาพ/วินิจฉัยภาวะสุขภาพทารกในครรภ์อย่างตรงไปตรงมา พร้อมตอบข้อซักถามต่าง ๆ อย่างจริงใจ ให้โอกาสซักถาม แสดงความสนใจและยินดีในการรับฟังและให้ข้อมูล

3. เข้าใจความแตกต่างของบุคคล

พยาบาลผดุงครรภ์รับฟังความคิดเห็น เหตุผลในการตัดสินใจ ภายใต้การสะท้อนคิด กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์คิดโดยใช้คำถามที่กระตุ้นให้คิดอย่างรอบคอบภายใต้บริบทของสตรีตั้งครรภ์เอง ยอมรับการแสดงออกของสตรีตั้งครรภ์ในทางบวก

4. วางแผนการแก้ไขปัญหา

พยาบาลผดุงครรภ์เข้าใจความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ และร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาของสตรีตั้งครรภ์พร้อมกับบุคคลใกล้ชิดตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์

5. ยุติการให้คำปรึกษา

พยาบาลผดุงครรภ์สุปรกระบวนการคิดการตัดสินใจในการเข้ารับการแก้ไขปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจปัญหาและแผนการแก้ไขปัญหาของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์และสตรีตั้งครรภ์ที่รับคำปรึกษา

คุณลักษณะของพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้คำปรึกษา (อรพรรณ, 2554 อ้างตาม มาลี, 2558)

1. มีความรู้ความเข้าใจอย่างดีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในระยะตั้งครรภ์ ทราบว่าสตรีตั้งครรภ์รายใดที่ควรได้รับการตรวจคัดกรอง และควรได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีใด ระยะใดของการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมจะทำการตรวจคัดกรอง การแปลผลการตรวจคัดกรอง
2. เข้าใจความต้องการและเห็นถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพของบุคคลในสังคมและครอบครัวตลอดจนเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการที่จะเลือกหรือไม่เลือกการคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ตามการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์เอง
3. วางตัวเป็นกลาง ยอมรับสภาพตามความเป็นจริงของสตรีตั้งครรภ์ ไม่ตัดสินสตรีตั้งครรภ์ด้วยตัวเอง
4. มีสติ รู้จักตัวเอง เรียนรู้หลักจิตวิทยาการปรึกษา ปรับปรุงและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
5. มีศิลปะในการสื่อสาร คิดบวก มีความสามารถในการสร้างมนุษยสัมพันธ์
6. มีความยืดหยุ่น ยอมรับความคิดเห็นของสตรีตั้งครรภ์ ให้เวลา ให้โอกาส
7. ไม่เปิดเผยข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์ไม่อนุญาต
8. มีความเมตตา ประารถนาให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เลือกสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ในสภาพแวดล้อมของตนเอง
9. มีความมั่นคงในอารมณ์ มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มีความอดทนและมีอารมณ์ขัน
10. มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย

การดูแลสตรีระยะคลอด

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีระยะคลอด มีดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2544)

1. พยาบาลผดุงครรภ์ต้องตรวจคัดกรองสตรีในระยะคลอด และทารกในครรภ์ได้ และมีการรายงานสูติแพทย์ได้เหมาะสม เมื่อพบว่าสตรีในระยะคลอดมีภาวะเบี่ยงเบน หรือมีภาวะแทรกซ้อน ในกรณีที่ทำงานในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิต้องมีการส่งต่อสตรีระยะคลอดได้ทันเวลา และเหมาะสมกับอาการ
2. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลสตรีในระยะคลอด โดยเน้นการให้บริการแบบองค์รวม คือครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางและเป็นไปตามหลักกฎหมาย จริยธรรม และจรรยาวิชาชีพ
3. ให้การดูแล (เฝ้าคลอด) สตรีตั้งครรภ์ระยะคลอดที่มีภาวะปกติ เบี่ยงเบนเล็กน้อย หรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ไม่สามารถทำคลอดในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน
4. ช่วยคลอดให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติคืออายุครรภ์ครบกำหนด และส่วนน่าเป็นท่าศีรษะ
5. ช่วยเหลือสูติแพทย์ในการหาสูติศาสตร์หัตถการ

6. ให้การดูแลสตรีระยะหลังคลอดที่ภาวะปกติ เบี่ยงเบน มีภาวะแทรกซ้อน และทารก 2 ชั่วโมงแรกที่มีภาวะปกติ

พยาบาลผดุงครรภ์ไม่สามารถช่วยคลอดผู้รับบริการต่อไปนี้ แต่เฝ้าคลอดได้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์
2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ fetal distress
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์แฝด
4. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ severe pre-eclampsia
5. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกเกาะต่ำ
6. สตรีตั้งครรภ์ที่มีส่วนนำไม่ใช่ศีรษะ เช่น ท่าก้น ท่าขวาง (แต่สามารถช่วยคลอดท่าก้นได้กรณี

ฉุกเฉิน)

ในการช่วยคลอดรก พยาบาลผดุงครรภ์ไม่สามารถช่วยคลอดรวิธี cord traction ได้ แต่สามารถใช้วิธี control cord traction ได้

การมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์ดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องรู้ถึงขอบเขตงานที่ตนเองรับผิดชอบอย่างชัดเจน และสามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการ และลดปัญหาการฟ้องร้องที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วย ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องหมั่นใฝ่หาความรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, ธิติมา จาปาร์ตัน, และพูลสุข หิงคานนท์. (2547). วิวัฒนาการและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช *เอกสารการสอนชุด การพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6: Nursing care of the family and midwifery*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มาลี เกื้อนพกุล. (2558). การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของพยาบาลผดุงครรภ์ในการคัดกรองภาวะสุขภาพทารกในระยะตั้งครรภ์แบบไม่รุกราน. ใน วิบูลย์ เรื่องชัยนิคม บุญศรี จันทร์รัชชกุล ปัทมา พรหมสนธิ ต้องตานันทโกมล และมาลี เกื้อนพกุล (บรรณาธิการ), *แนวทางปฏิบัติอย่างปลอดภัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (หน้า 37-46). กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย).
- สภาการพยาบาล. (มปป). *มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. ค้นเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2562 จาก http://nursing-unit.pn.psu.ac.th/data/sar/organization/file_up/4_four.pdf
- สภาการพยาบาล. (2544). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. ค้นเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2562 จาก http://www.tnc.or.th/law/PDF_file/81.pdf
- อุษา เชื้อหอม. (2543). การให้บริการสุขภาพด้านการคลอดในขนาดกึ่งกับบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาล*, 49(2), 66-74. WHO. (2018). Midwifery. Retrived from <http://www.who.int/topics/midwifery/en/>

การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลมารดา

ทารกและครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของภูมิปัญญาตะวันออกได้ถูกต้อง
2. อธิบายขอบข่ายภูมิปัญญาตะวันออกได้ถูกต้อง
3. ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

หัวข้อ

1. ความหมายของภูมิปัญญาตะวันออก
2. ขอบข่ายภูมิปัญญาตะวันออก
3. ความเชื่อและภูมิปัญญาตะวันออกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกและ

ครอบครัว

ภูมิปัญญาตะวันออก

ภูมิปัญญาตะวันออก หมายถึง องค์ความรู้เกี่ยวกับทักษะ ความเชื่อ พฤติกรรมและการดำรงชีวิตที่มีการสั่งสม ถ่ายทอด บูรณาการสืบทอดกันมาของชาวตะวันออก เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาชีวิตในรูปแบบต่างๆ มาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันและที่จะยังมีในอนาคต โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และประสานสอดคล้องกับธรรมชาติบนพื้นฐานของวัฒนธรรม และเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (อาภรณ์, 2544)

ขอบข่ายภูมิปัญญาตะวันออก ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างแพร่หลาย มีดังนี้

1. เต๋า เป็นปรัชญาจีนที่เน้นการเข้าใจสภาวะธรรมที่เกิดขึ้นตามวิถีธรรมชาติ คือ ดิน น้ำ อากาศ ฤดูกาล พลังอำนาจ และสังคม (อาภรณ์, 2544) เต๋าคือวิถีทางและพลังอำนาจที่มีการเปลี่ยนแปลง ยืดหยุ่น เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกายหรือสมดุลของหยินหยาง ทักษะการดูแลสุขภาพได้แก่ สมาธิ การสร้างพลังภายในแบบชี่กง การเดินพลังปราณ การฝึกมวยจีน

2. หยิน-หยาง เป็นปรัชญาจีนที่อธิบายสภาวะของธรรมชาติและสรรพสิ่งที่ตรงข้ามหรืออยู่คู่กัน ทั้งหยิน-หยาง จะมีการเปลี่ยนแปลงและสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตลอดเวลา รวมทั้งมีการควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อก่อให้เกิดภาวะสมดุล เช่น ร้อน-เย็น ทุกข์-สุข หลึง-ชาย เป็นต้น โดยทั่วไปหยินเป็นเย็น หยางเป็นร้อน ความตายเป็นหยิน การเกิดเป็นหยาง หากบุคคลใดมีสภาวะสมดุลของหยิน-หยางจะทำให้มีสุขภาพดี ไม่ป่วยไข้ แต่ถ้าเสียสมดุลจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรค ทักษะการดูแลสุขภาพ เน้นการปรับสมดุลหยิน-หยาง ได้แก่ การฝังเข็ม นวดกดจุด การใช้อาหารและยาสมุนไพร การฝึกสติให้มีสมาธิแบบไท้เก๊ก (tai chi) ชี่กง (chi kong)

3. พลังปราณ เป็นพลังแห่งชีวิตที่ไหลเวียนทั่วร่างกาย ผ่านจุดพลังต่างๆของร่างกาย จีนเรียกพลังชี่ (chi) ญี่ปุ่นเรียกคิ (ki) อินเดียเรียกปราณ (prana) ทักษะการดูแลสุขภาพใช้หลักของการปรับพลัง เช่น ฝังเข็ม นวดกดจุด ประคบสมุนไพร การเดินพลังปราณ

4. आयurved เป็นศาสตร์เก่าแก่ของอินเดีย ในศาสนาฮินดู เชื่อว่ามนุษย์ สิ่งมีชีวิต และสรรพสิ่งต่างๆ เกิดได้ด้วยกลไกธรรมชาติ และจากการรวมตัวของธาตุทั้ง 5 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และอากาศ หรือเรียกว่า ปัญจธาตุ ทักษะการดูแลสุขภาพเพื่อรักษาความสมดุลตามธรรมชาติของปัญจธาตุ ได้แก่โยคะ การฝึกสมาธิ การใช้ยาและอาหารสมุนไพร

5. พระพุทธศาสนา เป็นหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า เน้นการใช้ปัญญาในการมองความจริงของสิ่งทั้งหลาย ว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติ หรือกฎธรรมชาติ ทุกสิ่งเป็นอนิจจัง เกิดขึ้นแล้วดับไป เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นอนัตตา ไม่เป็นตัวตนของใคร พระพุทธศาสนาสอนให้ทุกคนปฏิบัติทางสายกลาง เรียนรู้ด้วยการฝึกฝน พัฒนาความสามารถของตนเองให้ดีที่สุด มุ่งผลสำเร็จ จึงเป็นหลักสำคัญที่ว่าด้วยเรื่องของกรรมมีชีวิต การรู้จักทุกข์ และการดับทุกข์ หลักธรรมะที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพคือ หลักไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา) หลักอริยสัจ 4 และมรรค 8 เป็นต้น

6. หลักการแพทย์แผนไทย คือองค์ความรู้ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ การบำบัดรักษาโรคแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยและวิถีชีวิตแบบไทย ทักษะการดูแลสุขภาพประกอบด้วยการใช้สมุนไพร (การต้ม การอบ การประคบ ลูกกลอน) หัตถบำบัด การรักษากระดูกแบบดั้งเดิม การใช้พิธีกรรมเพื่อดูแลสุขภาพจิต การคลอด การดูแลสุขภาพแบบไทยเดิม และธรรมชาติบำบัด ซึ่งได้จากการสั่งสมและถ่ายทอดประสบการณ์อย่างเป็นระบบโดยการบอกเล่า การสังเกต การบันทึก และการวิจัย (สมพร, 2542)

ปัจจุบันสังคมไทยมีการตื่นตัวในการพัฒนา และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นทุนดั้งเดิมของสังคมไทย ทำให้การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกได้รับการยอมรับเป็นทางเลือกการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยประยุกต์ทักษะการดูแลสุขภาพของภูมิปัญญาตะวันออกเข้าไว้ด้วยกัน มีการใช้สมุนไพรในรูปของอาหาร ยา การอบ การประคบ การนวด นับเป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย (สฤษฎี, 2553) ในการให้การพยาบาลมารดาและทารก เป็นการดูแลแบบองค์รวม คือมีการประสานกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการนำภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสุขภาพมารดาทารก เช่น ในการดูแลมารดาหลังคลอด

พยาบาลต้องเป็นผู้นำในการผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกด้วยการให้ความรู้ ความรัก ความเมตตา ความอบอุ่น เอื้ออาทร ตลอดจนให้สตรีตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดพึ่งตนเองได้ โดยการนำทักษะภูมิปัญญาตะวันออกมาผสมผสานกับความรู้สมัยใหม่ทางการแพทย์ของตะวันตก เพื่อให้สตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารกและครอบครัว ได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่ดีครบทุกมิติ เช่น การนำทักษะการนวด โยคะ อาหารสมุนไพร หรือสมาธิบำบัด การดูแลมารดาหลังคลอดด้วยวิธีการอบ ประคบด้วยสมุนไพรไทยเพื่อความสุขสบาย เป็นต้น

ความเชื่อและภูมิปัญญาตะวันออกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกและครอบครัว

นอกจากการดูแลให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของสตรีขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด พยาบาลยังสามารถนำความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือวิถีชาวบ้านตามวัฒนธรรมของแต่ละภูมิภาค ที่ไม่ขัดกับการรักษาของแพทย์ มาร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีได้ตลอดช่วงของการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด รวมถึงทารก ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ : มีความเชื่อว่าขณะตั้งครรภ์ ห้ามไปงานศพเพราะกลัวมีวิญญาณเร่ร่อนตามกลับมาด้วย ไม่ฆ่าสัตว์ ไม่พูดเท็จเพื่อช่วยให้มีสุขภาพจิตดี ระวังระวังอุบัติเหตุอันตราย ดื่มน้ำมะพร้าวอ่อนทุกวัน เพราะจะทำให้ทารกมีผิวพรรณดี ห้ามซื้อของใช้เด็กก่อน โดยเชื่อว่าเด็กอาจจะไม่ได้เกิด เพราะมีวิญญาณอิจฉาและจะมาพราดเด็กไปไม่ให้เด็กเกิด ห้ามรับประทานกล้วยแฝด หอยทุกชนิด ผักที่เป็นเครือเถา เพราะเชื่อว่าอาจทำให้คลอดยาก

ระยะคลอด : ห้ามนั่งคาบประตูหรือบันได จะทำให้คลอดยาก การดื่มน้ำมนต์จะช่วยทำให้ไม่เจ็บครรภ์และคลอดได้ง่าย การดูฤกษ์ยามเพื่อหาวันเวลาผ่าตัดคลอด

ระยะหลังคลอด : การดูแลด้วยการอยู่ไฟ ประคบสมุนไพร การทำหม้อเกลือ งดอาหารแสลง เช่น งดเนื้อสัตว์ทุกชนิด งดผักและผลไม้บางชนิด ต้มยาตองเหล้าเพราะเชื่อว่าจะช่วยขับน้ำคาวปลา

ความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นบางอย่างอาจมีผลเสียต่อมารดาและทารกได้ จึงควรได้รับคำแนะนำ และแก้ไข แต่บางอย่างมีผลดีต่อสุขภาพมารดาและทารก เมื่อปฏิบัติแล้วทั้งตัวมารดาและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกสบายใจ ถือเป็น การช่วยดูแลด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณและเป็นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- สญชัย วัฒนา. (2553). นวัตกรรมการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 19 (4), 644-654.
- สมพร ภูติยานันต์. (2542). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยว่าด้วยสมุนไพรกับการแพทย์แผนไทย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2544). การพยาบาลแบบองค์รวมที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาตะวันออกในการพยาบาลแบบองค์รวม” วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2544. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

หน่วยที่ 2

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์

แนวคิดอนามัยเจริญพันธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

4. อธิบายความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ถูกต้อง
5. อธิบายนโยบายและขอบเขตงานอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

อนามัยการเจริญพันธุ์

- 1.1 ความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์
- 1.2 นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์
- 1.3 ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์

อนามัยการเจริญพันธุ์

อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, ม.ป.ป.) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ดังนี้ "คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ จะต้องมียอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี"

นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์

ช่วงเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยประสบปัญหาจำนวนการเกิดหรืออัตราเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราการเกิดในแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น และพบการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่นอีกเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังมีปัญหาในด้านคุณภาพการเกิดด้วย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 22 ก.พ. 2559) กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. ๒๕๖๐- ๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ ที่มุ่งเน้นพัฒนาการเกิดของประชากร เพื่อให้เด็กทุกคนเกิดรอดปลอดภัย เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ สามารถเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคตได้ต่อไป รัฐบาลจึงได้สนับสนุนให้การเกิดทุกรายมีการวางแผนมีความตั้งใจ และมีความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเติบโตอย่างมีคุณภาพ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 22 กุมภาพันธ์ 2559)

ในส่วนของการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอัตราเพิ่มขึ้นและปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีผลบังคับใช้ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 มีสาระพอสั่งเขปดังนี้ วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง มีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความเป็นส่วนตัว ได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค ให้สถานศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษา ให้สถานบริการให้บริการให้คาปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน ให้สถานประกอบกิจการ จัดหรือสนับสนุนให้ลูกจ้างที่เป็นวัยรุ่นเข้าถึงบริการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม ฝีกอาชีพตามความสนใจและความถนัดแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนและหลังคลอด ประสานงานเพื่อจัดหางานให้ได้ประกอบอาชีพตามความเหมาะสม และจัดหาครอบครัวทดแทนในกรณีที่ยังไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้

ขอบเขตของงานอนามัยการเจริญพันธุ์

งานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ครอบคลุมองค์ประกอบ 10 ประการ ดังนี้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, ม.ป.ป.)

1. การวางแผนครอบครัว เพื่อสนับสนุนให้คนไทย มีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมตามความต้องการหรือศักยภาพของแต่ละครอบครัว
 2. การอนามัยแม่และเด็ก เพื่อดูแลสุขภาพของหญิงทั้งก่อนระหว่าง และหลังตั้งครรภ์ ให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรง และได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ
 3. โรคนเอตส์ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตลอดจนควบคุม ป้องกันและให้การรักษาแก่ผู้เป็นโรค
 4. มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เผื่อระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้ความรู้และให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็วและถูกต้อง
 5. โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ ควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดเชื้ออื่น ๆ ของระบบสืบพันธุ์
 6. การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการแท้งให้มีอัตราการลดลง และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้งได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการแท้งที่ปลอดภัย
 7. ภาวะการมีบุตรยาก ให้คำปรึกษา แนะนำ และให้บริการแก่ผู้ที่มีบุตรยาก
 8. เพศศึกษา ให้คำปรึกษา และเผยแพร่ความรู้เรื่องเพศศึกษา แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม
 9. อนามัยวัยรุ่น ให้ความรู้และให้คำปรึกษาในเรื่องเพศศึกษาการมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์อันไม่พึงปรารถนา และป้องกันการติดโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
 10. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตนบำบัด รักษาให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดี ใช้ชีวิตเป็นประโยชน์แก่สังคมและครอบครัว
- จะเห็นได้ว่างานอนามัยการเจริญพันธุ์มีขอบเขตที่กว้างขวาง ตั้งแต่การให้ความรู้เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น การให้คำปรึกษาก่อนสมรส การวางแผนครอบครัว การดูแลปัญหาการมีบุตรยาก ตลอดจนถึงอนามัยหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงานหลากหลายที่ต้องผสมผสานเข้าด้วยกัน จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งองค์กรรัฐและเอกชน บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนสมรส การให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว ดังนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ความหมายและนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2559 จาก <http://rhold.anamai.moph.go.th/vision.html>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (22 กุมภาพันธ์ 2559). *ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ*. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2559 จาก file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Temp/Rar \$Dia0.901 /policy%20for%20public%20hearing1.pdf

การให้คำปรึกษาก่อนสมรส

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายและความสำคัญของการให้คำปรึกษาก่อนสมรสได้ถูกต้อง
2. อธิบายวัตถุประสงค์และหลักการให้คำปรึกษาก่อนสมรสได้ถูกต้อง
3. อธิบายการให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การให้คำปรึกษาก่อนสมรส
2. วัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
3. หลักและแนวคิดการให้คำปรึกษาก่อนสมรส
4. ประเด็นในการให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

การให้คำปรึกษาก่อนสมรส

การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการ เป็นการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจ ค้นหาปัญหาที่แท้จริง ความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง (เสาวลักษณ์, 2553)

การให้คำปรึกษาก่อนสมรส (สิริมิน, สุวพร, และสมศักดิ์, ม.ป.ป.) มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมในหลายๆด้าน เพื่อให้ชีวิตคู่มีความราบรื่นและเกิดปัญหาหลังการสมรสน้อยที่สุด ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยประเมินความรู้ เจตคติ พฤติกรรมเสี่ยง แน่แนว และการปรับตัวในการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข โดยทั้งสองฝ่ายจะได้รับการตรวจสุขภาพ เพื่อดูความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือมีโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือโรคทางพันธุกรรมที่สามารถถ่ายทอดไปสู่คู่ของตนเองหรือบุตรที่จะเกิดมาหรือไม่ โรคบางโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ และสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน เช่น หัดเยอรมัน ตับอักเสบนิดบี เป็นต้น และในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ เช่น โรคทางพันธุกรรม ก็จะได้หาทางป้องกันหรือวางแผนร่วมกันในอนาคต ในกรณีที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความบกพร่องทางด้านกายวิภาคที่เป็นอุปสรรคต่อการมีบุตร เช่น เป็นหมัน ฝ่ายหญิงมีความผิดปกติของรังไข่หรือมดลูก หรือฝ่ายชายมีเชื้ออสุจิที่ไม่แข็งแรง แพทย์ก็สามารถให้คำแนะนำและหาทางแก้ไขต่อไป นอกจากการตรวจสุขภาพร่างกายแล้วยังให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเพศ วิธีการสื่อสาร อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรกี่คนและมีเมื่อใด หากยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรก็ควรคุมกำเนิดไว้ก่อน และหากต้องการจะมีบุตรทั้งคู่จะต้องเตรียมตัวอย่างไร เพื่อให้บุตรที่เกิดมามีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ มีอวัยวะครบ 32 และมีพัฒนาการสมวัย อีกทั้งยังเป็นการสร้างความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในลักษณะบูรณาการงานอนามัยการเจริญพันธุ์อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชากรในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาก่อนสมรส

1. ตรวจสุขภาพ/ หาความผิดปกติของชายหญิงและคู่สมรส
2. ส่งเสริมให้ชีวิตคู่มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน
3. เพื่อให้มีความรู้และมีแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคทางพันธุกรรม
4. เพื่อให้คู่สมรสสามารถวางแผนดำเนินชีวิตด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้คู่สมรสมีความรู้ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

หลักและแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนสมรส

การให้คำปรึกษาก่อนสมรสมุ่งหวังให้ทั้งหญิงและชายมีสุขภาพดีเป็นการเตรียมบุคคลทั้ง 2 เพศ เพื่อให้มีชีวิตสมรสที่สมบูรณ์และเป็นสุข มีหลักการและแนวคิด ดังนี้ (สิริมน, สุวพร, และสมศักดิ์, ม.ป.ป.)

1. ส่งเสริมสถาบันครอบครัวและความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. ส่งเสริมสุขภาพและความอยู่เป็นสุขของครอบครัวและคู่สมรส
3. ส่งเสริมให้คู่สมรสชายหญิงคิดในด้านบวก หากมีปัญหาเกิดขึ้นให้ชายหญิงและคู่สมรสร่วมมือในการแก้ไขปัญหา
4. ส่งเสริมให้ชายหญิงหรือคู่สมรสร่วมกันตัดสินใจในทางเลือกต่างๆ และให้ยึดถือการตัดสินใจของคู่สมรสเป็นหลักเสมอ เช่น คู่สมรสอาจจะตัดสินใจจะไม่มีบุตร หรือยอมเสี่ยงในกรณีมีความผิดปกติของทารก เป็นต้น

ประเด็นในการให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์

ประเด็นในการให้คำปรึกษาก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ครอบคลุมหัวข้อเหล่านี้ (สิริมน, สุวพร, และสมศักดิ์, ม.ป.ป.)

1. ความรู้ในการเริ่มต้นชีวิตคู่และการครองเรือน เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมาจากครอบครัวที่ต่างกัน เมื่อมาใช้ชีวิตร่วมกันจึงควรมีการปรับตัวเข้าหากันในหลายๆด้าน ได้แก่ อารมณ์ การสื่อสาร สังคม เพศ และเศรษฐกิจส่วนใหญ่ความล้มเหลวในชีวิตสมรสมักเกิดจากพัฒนาการทางอารมณ์ ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือของทั้งสองฝ่ายยังไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถปรับอารมณ์ให้พร้อมสำหรับรองรับกับปัญหาต่างๆได้
2. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน ซิฟิลิส เริม และเอดส์ เป็นต้น
3. ความรู้เรื่องโรคทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย เบาหวาน ไวรัสตับอักเสบบี และหัดเยอรมัน บางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่ถ้าไม่ทราบหรือไม่ได้มีการป้องกัน โรคก็อาจถ่ายทอดไปสู่บุตรได้
4. ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เพื่อวางแผนว่าควรจะมีบุตรเมื่อใด จะมีกี่คน หากยังไม่พร้อมจะมีบุตรควรเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม และหากต้องการจะมีบุตรควรเตรียมตัวอย่างไร ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และการคลอด การฝากครรภ์ การตรวจระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น
5. ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย การมีส่วนร่วมของผู้ชายในการดูแลสุขภาพอนามัยของคู่สมรส และการแบ่งเบาภาระของฝ่ายหญิงที่ฝ่ายชายสามารถช่วยเหลือได้ เช่น การดูแลบุตรและงานบ้าน รวมทั้งการปรับตัว วิธีการสื่อสาร และการเตรียมพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น
6. กฎหมายที่ควรรู้สำหรับคู่สมรส
7. ความรู้เรื่องการเตรียมตัวให้พร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องเตรียมตัวทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะสารอาหารที่จำเป็นที่ฝ่ายหญิงต้องรับประทานอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้บุตรเกิดมาพิการ ได้แก่ โฟเลท ไอโอดีน และเหล็ก

การให้คำปรึกษาและการตรวจสุขภาพคู่สมรส มีรายละเอียด ดังนี้

การตรวจสุขภาพของชายหญิง/ คู่สมรส

การตรวจสุขภาพก่อนสมรส หรือก่อนตั้งครรภ์มีความสำคัญ เพื่อตรวจหาความสมบูรณ์ของสุขภาพ ทั้งกายและจิตใจรวมทั้งระบบสืบพันธุ์ เป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการสร้างครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ชีวิตสมรสเป็นไปอย่างสมบูรณ์ และเป็นการป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพต่อคู่สมรส หรือการติดต่อไปยังทารกได้ในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

1. การซักประวัติสุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยในครอบครัวของทั้งสองฝ่าย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด โรคลมชัก เป็นต้น โดยเฉพาะโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเพราะครอบครัวใดมีโรคเหล่านี้ อาจถ่ายทอดไปยังบุตรได้ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ประวัติการมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด นอกจากนี้ควรซักประวัติภาวะโภชนาการ ประวัติการศึกษา เศรษฐกิจ การปรับตัวกับความเครียด พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ฯลฯ

2. การตรวจร่างกายทั่วไป ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจซีพีพร วัดความดันโลหิต เอกซเรย์ทรวงอก

3. ฝ่ายหญิงอาจต้องตรวจภายใน หามะเร็งปากมดลูก อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่างเพื่อประเมินมดลูกและปีกมดลูกตามแต่แพทย์จะเห็นสมควร

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง เป็นต้น การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจหาภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน หากไม่มีภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน จะได้รับคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 3 เดือน ถ้าหากฝ่ายหญิงไม่มีภูมิต้านทานหัดเยอรมัน ในระยะตั้งครรภ์ที่ 1-4 เดือนแรก และติดเชื้อหัดเยอรมัน เชื้อนี้จะเดินทางไปยังรก ไปยังยังการเจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์ของทารก อาจมีผลทำให้ทารกมีตาเป็นต้อกระจก หูหนวก เป็นใบ้ สมองอักเสบ และเด็กอาจคลอดก่อนกำหนดมาตรฐานการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน จะตรวจสิ่งต่อไปนี้

4.1 กลุ่มเลือด (blood group) เพื่อจะได้ทราบว่าเป็นเลือดกลุ่ม A,B,AB และ O

4.2 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (Hct, Hb) เพื่อหาภาวะโลหิตจาง

4.3 ตรวจชนิดของเลือด (Rh Factor) คนไทยโดยทั่วไปจะมีค่า Rh+ แต่บางคนก็อาจพบได้ว่ามีชนิด Rh- ถ้าฝ่ายว่าที่คุณแม่มีเลือด Rh- เมื่อตั้งครรภ์จะทำให้เสี่ยงต่อการแท้งลูกหรือมีปัญหาต่อลูกในครรภ์ได้

4.4 โรคตับอักเสบบี (HbsAg, Ab) หากพบว่ามีเชื้อตับอักเสบบี ก็จะได้ดูแลตนเอง และป้องกันมิให้แพร่เชื้อกระจาย หากพบที่ไม่เคยได้รับเชื้อตับอักเสบบี ก็ควรฉีดวัคซีนตับอักเสบบี และหากพบว่ามีภูมิคุ้มกันแล้วก็จะเกิดความสบายใจได้

4.5 โรคซิฟิลิส หากเป็นจะต้องได้รับการรักษา

4.6 โรคเอดส์ หากพบเชื้อจะได้ป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย และคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการติดต่อไปสู่ลูก

4.7 ตรวจคัดกรองพาหะของโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งโรคนี้นี้เป็นโรคที่เกิดจากการสืบทอดทางพันธุกรรม ซึ่งหากทั้งพ่อและแม่เป็นพาหะของโรคนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพถึงลูกได้

4.8 การตรวจโรคอื่น ๆ ตามความเสี่ยงของแต่ละคน เช่น เชื้อเริ่ม เป็นต้น

5. การตรวจสุขภาพก่อนสมรส หากพบโรคติดต่อจากฝ่ายหนึ่ง เช่น โรคไวรัสโรค เป็นต้น แพทย์จะให้การรักษาทันที เพื่อป้องกันการติดต่อไปยังคู่สมรส นอกจากนี้ถ้าตรวจพบ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งมีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ การมีบุตรและการคลอด แพทย์จะให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยอมรับสภาพต่อโรคที่เป็น รวมทั้งชี้แจงวิธีการดูแลตนเอง ผลกระทบต่อการทำงานและฐานะของครอบครัว ในอนาคตด้วยในการตรวจเลือดควรได้รับความยินยอมจากคู่สมรสก่อน ในการซักประวัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์และเรื่องเพศ ต้องแยกซักประวัติระหว่างฝ่ายชายและฝ่ายหญิง เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่แท้จริงและถูกต้อง และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ

การให้คำปรึกษาเรื่องเพศ

การให้คำปรึกษาเรื่องเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ที่ควรให้ความรู้และช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีและถูกต้องแก่คู่สมรสในทุก ๆ ด้าน ทั้งความรู้เรื่องกายวิภาค และสรีระวิทยาของระบบสืบพันธุ์ชายหญิง ความแตกต่างการตอบสนองความต้องการทางเพศ และความสุขทางเพศของฝ่ายชายและฝ่ายหญิง อนามัยทางเพศ การปฏิบัติตัวภายหลังร่วมเพศ เพื่อให้คู่สมรสมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อขจัดความเข้าใจที่ผิด ๆ หรือทัศนคติที่ผิด ๆ เช่น ฝ่ายชายควรนึกถึงความรู้สึกของฝ่ายหญิง ในการจะมีเพศสัมพันธ์ การเล่าโลม หรือ การที่ฝ่ายหญิงคิดว่าตนเองเป็นฝ่ายสนอง ไม่ควรเป็นฝ่ายเสนอ เป็นต้น หากคู่สมรสมีความเข้าใจและกล้าที่จะเปิดเผย หรือพูดคุยเรื่องเพศต่อกันมากขึ้น จะช่วยขจัดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลต่าง ๆ รวมถึงปัญหาความไม่สมดุลทางเพศ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของการหย่าร้างได้มาก

การให้คำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว

ภายหลังการสมรส คู่สมรสควรมีช่วงเวลาในการปรับตัว สำหรับการใช้ชีวิตคู่ก่อนที่จะมีบุตร ดังนั้น คู่สมรสจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราว เพื่อที่จะเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานด้านการวางแผนครอบครัว จะให้คำปรึกษาและให้ความรู้ เพื่อให้คู่สมรส สามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมของแต่ละคู่ โดยพิจารณาจากความต้องการของคู่สมรส และช่วงเวลาที่พร้อมจะมีบุตร โดยคำนึงถึง อายุ อาชีพ การศึกษา เศรษฐฐานะ ศาสนา และพิจารณาข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการมีประจำเดือน การตกไข่ และผลของวิธีคุมกำเนิดต่อภาวะการเจริญพันธุ์ ภายหลังการใช้วิธีคุมกำเนิดด้วย เป็นต้น

การให้คำปรึกษาโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม (genetic disorder) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของยีนหรือโครโมโซม ซึ่งยีนและโครโมโซมนี้นี้ เป็นตัวกำหนดลักษณะทางพันธุกรรม ซึ่งจะถ่ายทอดจากบิดาหรือ

มารดา หรือจากทั้งสองฝ่ายไปสู่บุตรหลานได้ การถ่ายทอดมี 2 แบบ คือ ยีนเด่น ซึ่งเป็นความผิดปกติที่ได้รับจากบิดาหรือมารดาเพียงฝ่ายเดียว จะทำให้เกิดความผิดปกติได้ ได้แก่ ภาวะนิ้วเกิน ศีรษะล้าน และยืนด้อย เป็นความผิดปกติเพียงเล็กน้อย จึงไม่แสดงอาการของโรค แต่เป็นพาหะให้บุตรมีโอกาสเป็นโรคได้ โรคทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ที่พบได้บ่อยได้แก่

1. โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีความผิดปกติของยีน ที่ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติ แดงง่าย ไม่สามารถทำงานได้นานเท่ากับคนปกติ ทำให้ผู้ที่มียีนผิดปกตินี้มีอาการโลหิตจางเรื้อรัง

2. โรคฮีโมฟีเลีย (hemophilia) เป็นโรคทางพันธุกรรม ที่ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (factor) ขาดไปหรือมีไม่เพียงพอ ผู้ที่เป็นจะมีอาการเลือดออกไม่หยุดหรือหยุดยาก โดยมากพบในเพศชาย

3. โรคดาวน์ซินโดรม (down syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรม ที่เกิดจากความผิดปกติของยีนชนิดไตรโซมี 21 (trisomy 21) ทำให้บุตรเกิดมามีอาการปัญญาอ่อน มักพบในสตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุเกิน 35 ปี

ดังนั้นชายและหญิงทุกคนควรได้รับคำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนสมรส เพื่อส่งเสริมความเข้าใจในเรื่องเพศ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคทางพันธุกรรม รวมถึงวางแผนเตรียมตัวการมีบุตรในอนาคตได้อย่างเหมาะสม

การให้คำปรึกษาภาวะมีบุตรยาก

ภายหลังสมรสแล้ว 1 ปี หากยังไม่มีบุตร โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอ และไม่ได้คุมกำเนิดใดๆ คู่สมรสควรมาพบแพทย์ เพื่อขอรับการปรึกษาและตรวจหาสาเหตุของการมีบุตรยากทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายจะได้รับรู้ข้อมูลร่วมกันและมีขั้นตอนในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ต่อไป ส่วนคู่สมรสที่มีอายุมากหรือเคยทำหมันมาก่อน อาจต้องการคำปรึกษาและทราบถึงวิธีการตรวจ และรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งจะมีรายละเอียดในบทต่อไป

การให้คำปรึกษาก่อนสมรสเป็นเรื่องสำคัญสำหรับทุกคู่สมรส เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจและเศรษฐกิจสังคมก่อนที่จะสร้างครอบครัวใหม่ รวมถึงเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์/ มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว เพื่อช่วยให้ชีวิตคู่มีการปรับตัวเข้าหากัน มีความพร้อมในทุกๆด้าน ลดความเสี่ยงของการให้กำเนิดทารกที่ผิดปกติในส่วนที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้

เอกสารอ้างอิง

สิริมน วิไลรัตน์, สุวพร ทวีสิทธิ, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. (ม.ป.ป.).การเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ, ภาวดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ), *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 103-115). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2553). *คู่มือการให้การปรึกษาคู่สมรส*. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข : ปัยอนด์ พับลิชชิง.

การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด และบทบาทของพยาบาลในการให้บริการวางแผนครอบครัว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมาย ความสำคัญ เป้าหมายของการวางแผนครอบครัว และสถานการณ์การวางแผนครอบครัวในประเทศไทยได้ถูกต้อง
2. อธิบายความหมายของการคุมกำเนิด และคุณสมบัติที่ดีในการคุมกำเนิดได้ถูกต้อง
3. อธิบายการคุมกำเนิดแต่ละชนิดในหัวข้อดังต่อไปนี้: กลไกการคุมกำเนิด ข้อดี ข้อเสีย อาการข้างเคียง ข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ วิธีการใช้ คำแนะนำ และการพยาบาลได้ถูกต้อง
4. อธิบายบทบาทของพยาบาลในการให้บริการวางแผนครอบครัวได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การวางแผนครอบครัว
2. การคุมกำเนิด
3. บทบาทของพยาบาลในการให้บริการวางแผนครอบครัว
4. การให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว (family planning) หมายถึง การที่คู่สมรสวางแผนร่วมกันล่วงหน้าเกี่ยวกับครอบครัวในด้านต่างๆ ได้แก่ การวางแผนที่จะมีบุตร จำนวนและระยะห่างของการมีบุตรที่เหมาะสม การเลี้ยงลูก ให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของชาติต่อไป (เรณู และสัญญา, ม.ป.ป.)

ความสำคัญ

การวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมและการมีจำนวนบุตรที่เหมาะสม จะส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยของมารดาและทารก และจะทำให้ครอบครัวเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีคุณภาพ อีกทั้งยังช่วยรัฐในการประหยัดงบประมาณที่ต้องใช้จ่ายในด้านอนามัยแม่และเด็กได้อีกด้วย สามารถสรุปความสำคัญของการวางแผนครอบครัวได้ดังนี้

1. ช่วยให้คู่สมรสที่เพิ่งแต่งงานกันได้มีโอกาสในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันก่อนมีลูก เป็นการลดปัญหาเรื่องการหย่าร้าง
2. ครอบครัวมีความเป็นอยู่ที่ดี ลูกมีโอกาสได้รับการศึกษาสูง
3. คู่สมรสเว้นช่วงการมีลูก หรือจำกัดขนาดของครอบครัวได้
4. คู่สมรสสามารถสร้างฐานะการเงินให้มั่นคงได้
5. สุขภาพของบุคคลในครอบครัวดี ทุกคนสามารถดูแลกันได้อย่างทั่วถึง

เป้าหมายของการวางแผนครอบครัว

1. ลดอัตราป่วยและอัตราตายของมารดาและทารก
2. ชะลออัตราการเพิ่มของประชากร ช่วยให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กดีขึ้น
3. ป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง มะเร็งปากมดลูก ให้มารดามีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจดีขึ้น
4. ช่วยให้ครอบครัวมีขนาดที่เหมาะสม มีความเป็นอยู่ สถานะทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น
5. แก้ไขผ่อนคลายปัญหาสาธารณสุขต่างๆ และช่วยลดการใช้งบประมาณแผ่นดิน
6. รัฐสามารถพัฒนาบริการทางการแพทย์และบริการสาธารณสุขให้ประชาชนได้มากขึ้น

สถานการณ์การวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

นับวันประชากรโลกมีแต่จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในขณะที่ทรัพยากรธรรมชาติก็ลดลงอย่างรวดเร็ว หากไม่มีการควบคุมการเกิด ปัญหาการขาดแคลนปัจจัยสี่ต้องตามมาอย่างแน่นอน ปัจจุบันประเทศไทยมี

ประชากรประมาณ 65.7 ล้านคน ในปี 2558 มีอัตราการเกิด (crude birth rate) เป็น 11.2 ต่อ 1,000 คน อย่างไรก็ตามถือว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ในการชะลออัตราเพิ่มของประชากรในระยะที่ผ่านมา ส่งผลให้การเพิ่มของประชากรอยู่ในระดับต่ำ (ปีทมา และปราโมทย์, 2557) และมีแนวโน้มลดลงอีกในช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า แต่ปรากฏการณ์อันไม่พึงปรารถนากลับทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น นั่นคืออัตราการตั้งครรรค์เพิ่มขึ้นในกลุ่มสตรีวัยรุ่น / การตั้งครรรค์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาครอบครัวที่ขาดความเป็นปึกแผ่น ที่ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ สภาพครอบครัวแตกแยก สตรีและเด็กถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกกระทำรุนแรงทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์อย่างชัดเจน และเป็นที่มาของ “การเกิดน้อย แต่ด้อยคุณภาพ” ดังนั้นสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย จึงได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ และวางแผนครอบครัว ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากรมากกว่าเน้นปริมาณ เพื่อให้เด็กที่เกิดใหม่ทุกรายเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ

การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด (contraception, birth control) หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิหรือการป้องกันการตั้งครรรค์ โดยไม่ให้ตัวสุจิของฝ่ายชายมีโอกาสเข้าผสมกับไข่ของฝ่ายหญิง หรือหากผสมก็ป้องกันไม่ให้ไข่ นั้นฝังตัวที่มดลูก (เรณู และสัญญา, ม.ป.ป.) ซึ่งมีวิธีการต่างๆหลายวิธี

ประโยชน์ของการคุมกำเนิด

1. สามารถเลือกมีบุตรในเวลาที่ต้องการและเหมาะสม
2. เพื่อเว้นระยะการตั้งครรรค์ให้ห่างพอสมควร และไม่เป็นภาระต่อครอบครัวที่จะเลี้ยงดูบุตร
3. เพื่อเหตุผลทางการแพทย์ กรณีที่มารดามีโรคที่เป็นข้อห้ามในการตั้งครรรค์ เช่นโรคหัวใจและโรคเอ็ดส์ เป็นต้น
4. เพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับฐานะ บุตรจะได้รับการศึกษาและการเลี้ยงดูที่ดี และเป็นคนที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

คุณสมบัติที่ดีในการคุมกำเนิด

คุณสมบัติที่ดีที่ต้องพิจารณาในการเลือกใช้ชนิดการคุมกำเนิด (ideal contraception) ประกอบด้วย (มานพชัย, 2556; อำไพ, 2557)

1. ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด (contraceptive efficacy) มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรรค์
2. การควบคุมรอบประจำเดือน (cycle control) มีรอบประจำเดือนสม่ำเสมอ

3. ความปลอดภัย (safety) มีความปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ไม่มีอันตราย แม้จะใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และไม่เกิดอันตรายต่อทารก หากมีการตั้งครรภ์ขณะคุมกำเนิด
4. ผู้ใช้ส่วนใหญ่ยอมรับ (acceptability)
5. ราคาเหมาะสม (reasonable cost) ไม่แพง
6. ภาวะการเจริญพันธุ์ภายหลังการคุมกำเนิด (reversible) เมื่อเลิกใช้ต้องมีภาวะการเจริญพันธุ์ภายหลังการคุมกำเนิดดีเหมือนเดิม
7. ใช้ได้ง่ายและสะดวก (simple) ทั้งวิธีการในการปฏิบัติและการเข้าถึงบริการ ไม่ขัดขวางต่อสตรีและไม่ต้องยากต่อการมีเพศสัมพันธ์

วิธีการคุมกำเนิด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ (เรณู และสัจญา, ม.ป.ป.)

1. การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว (temporary contraception)
2. การคุมกำเนิดชนิดถาวร (permanent contraception or sterilization)

การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว หมายถึงการคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ

ภาพในการคุมกำเนิดเพียงชั่วคราว เมื่อหยุดใช้จะสามารถกลับมาตั้งครรรภ์ได้ มีหลายวิธี ได้แก่ การใช้ฮอร์โมน การใช้สิ่งกีดขวาง การใช้ยาหรือเคมีภัณฑ์ และการคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติ

1. การใช้ฮอร์โมน (hormonal contraception)

ฮอร์โมนสังเคราะห์ที่ใช้ในการคุมกำเนิด คือ estrogen (ethinyl estradiol: EE) กับ progestogen หรือ progestin ที่ออกฤทธิ์คล้ายฮอร์โมน progesterone ตามธรรมชาติ ในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมน พยาบาลจะต้องประเมินประวัติประจำเดือน และรูปร่างลักษณะของสตรี เนื่องจากสตรีแต่ละคนจะมีระดับฮอร์โมนที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาเลือกชนิด และขนาดของฮอร์โมนที่เหมาะสม

ข้อควรพิจารณาการเลือกใช้ มีดังนี้

1. สตรีที่มีฮอร์โมน estrogen ระดับสูง (estrogenic) จะมีลักษณะรูปร่างอ้วน มีประจำเดือนออกมากและนาน รอบประจำเดือนอาจจะสั้นกว่า 28 วัน ควรเลือกยาคุมกำเนิดชนิดที่มี estrogen น้อยที่สุด
2. สตรีที่มีฮอร์โมน estrogen และ progesterone ระดับมาตรฐาน จะมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีประจำเดือนออกปานกลาง ควรพิจารณาคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมที่มีระดับฮอร์โมนต่ำ
3. สตรีที่มีฮอร์โมน progesterone ระดับสูง (progestogenic) จะมีลักษณะรูปร่างคล้ายผู้ชายเต้านมเล็ก อาจมีสิว ประจำเดือนออกน้อย ควรเลือกยาคุมกำเนิดชนิดที่มีผล antiandrogenic รูปแบบของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดมีหลากหลายทั้งชนิดยาเม็ด ยาฉีด และยาฝังคุมกำเนิด (สมศักดิ์, ภารดี, ยูพา, ปิยะรัตน์, สุวชัย, และกิตติพงษ์, ม.ป.ป.; อ่ำไพ, 2557) ดังนี้

1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (oral contraceptive pills) ที่ใช้กันอยู่มี 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1.1.1 ชนิดฮอร์โมนรวม (combined pill) มีส่วนประกอบของเอสโตรเจน (ethinyl estradiol: EE) และโปรเจสตอโรน (levonorgestrel) รวมกันในแต่ละเม็ด ในขนาดคงที่ มีชนิด 21 เม็ด และ 28 เม็ดโดย 7 เม็ดหลังเป็นวิตามินและ/หรือธาตุเหล็ก

1.1.2 ชนิดที่มีฮอร์โมนตัวเดียว (progestogen only pills) ได้แก่ minipill ประกอบด้วยโปรเจสตอโรนขนาดน้อยๆ เท่ากันทุกเม็ด ขนาด 28 เม็ด รับประทานติดต่อกันทุกวัน พบว่ามีเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างใช้ยานี้ได้บ่อย ดังนั้นจึงเลือก ใช้เฉพาะในกรณีที่มีข้อห้ามในการใช้เอสโตรเจน หรือกรณีที่รับประทานยาชนิดฮอร์โมนรวม แล้วมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก และกรณีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพราะไม่มีผลต่อการหลั่งของน้ำนม ใช้ติดต่อกันทุกวันโดยไม่หยุด ไม่ว่าจะมึระดูมาหรือไม่

กลไกการคุมกำเนิด

ป้องกันหรือยับยั้งการตกไข่ เปลี่ยนแปลงเยื่อเมือกปากมดลูก เชื้ออสุจิผ่านยาก เปลี่ยนแปลงเยื่อบุผนังมดลูก ทำให้ไข่ผสมแล้วฝังตัวยาก เปลี่ยนแปลงความสามารถของเชื้ออสุจิ

ข้อดี

มีประสิทธิภาพสูง ป้องกันมะเร็งมดลูกและรังไข่ มีระดูสม่ำเสมอ ลดอาการปวดระดู ถ้าไม่มีข้อห้ามและตรวจติดตามผลทุกปี สามารถใช้จนถึงวัยหมดระดู

ข้อเสีย/ อาการข้างเคียง

อาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอยขณะกินยา โดยเฉพาะยาชนิด minipill อาจมีอาการคลื่นไส้ อาจจะเกิดขึ้นในระยะแรกๆ ของการใช้ 1-2 แผงแรก ปวดศีรษะ เจ็บตึงเต้านม น้ำหนักตัวเพิ่ม มีการคั่งของน้ำในร่างกาย มีฝ้าขึ้น เต้านมใหญ่ขึ้น ร้อนวูบวาบ เป็นต้น

ข้อห้ามใช้

1) มีหรือเคยมีอาการอักเสบเป็นก้อนเลือดของหลอดเลือดดำ (thrombophlebitis) หรือความผิดปกติของการกลายเป็นลิ่มในเลือด (thromboembolic disorders) หลอดเลือดในสมอง

2) โรคหัวใจ

3) เป็นหรือเคยมีประวัติของมะเร็งเต้านม มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์

4) โรคปวดศีรษะเฉพาะที่ชนิดไมเกรน

5) โรคตับที่กำลังมีการทำงานของตับผิดปกติ เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง มีภาวะดีซ่าน

6) โรคไตวายที่มีอาการรุนแรง

7) โรคความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

8) โรคเบาหวาน

ข้อควรระวังที่ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

1) สตรีที่สูบบุหรี่และมีอายุมากกว่า 35 ปี

2) มีเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะสืบพันธุ์ที่ไม่ทราบสาเหตุ

3) มีประวัติโรคซึมเศร้าซึ่งต้องการการรักษาด้วยยา

4) ให้หลีกเลี่ยงการใช้ หรือระมัดระวังในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคลมชัก

หอบหืด

5) ในวัยรุ่นที่กระดูกอ่อนยังไม่สมบูรณ์

6) การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาไรแฟมพิซิน (Rifampicin) และยาต้านการชัก (จะลดประสิทธิภาพของยาเม็ดคุมกำเนิด) สตรีที่ได้รับยาดังกล่าวควรจะให้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนขนาด 50 ไมโครกรัม หรือการได้รับยานีโอไมซิน (neomycin) แอมพิซิลิน (ampicilin) ยาจะทำลายแบคทีเรียในลำไส้ มีผลทำให้การดูดซึมตัวยาคุมกำเนิดไม่ดี จึงควรใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่นร่วมด้วย

ในกรณีที่มีอาการดังต่อไปนี้ ควรพบแพทย์ทันที ได้แก่ปวดศีรษะรุนแรง ปวดท้องรุนแรง ปวดขา เจ็บหน้าอกมาก การมองเห็นไม่ชัด ตาพร่า ภาพซ้อน ดีซ่าน การหายใจขัดขณะพักผ่อนหรือออกกำลังกาย กำลังเล็กน้อย เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตสูง โรคภูมิแพ้ที่มีอาการเพิ่มขึ้น

ประโยชน์อื่นๆ ของยาเม็ดคุมกำเนิด

1) ใช้เลื่อนเวลามีระดู ซึ่งสามารถเลื่อนออกไปได้ 10-30 วัน โดยเริ่มรับประทาน 7-8 วัน ก่อนการมีระดูครั้งต่อไป รับประทานวันละ 1 เม็ด เมื่อหยุดยา เลือดจะมาใน 1-4 วัน ไม่ควรใช้ยานี้เลื่อนระดูเพื่อการแข่งขันกีฬา เพราะจะทำให้ความสามารถในการเล่นกีฬาลดลง

2) ใช้รักษาอาการปวดระดูในวัยรุ่น

3) ใช้รักษาสิว

4) ทำให้มีระดูครั้งละไม่มาก ช่วยบรรเทาอาการซีดจากการมีระดูมาก

5) มูกที่ปากมดลูกข้นขึ้น ทำให้การอักเสบของมดลูกลดลง

วิธีรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

1) เริ่มภายใน 5 วันแรกของระดู หลังแท้งทันที หรือหลังแท้ง 2 สัปดาห์ รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอนทุกวันในเวลาใกล้เคียงกัน

2) รับประทานเรียงตามลูกศร จนหมด ชนิด 21 เม็ด ให้หยุดยา 7 วัน (รวมกันเป็น 28 วัน) จะมีระดูหลังหยุดยา 3 วัน และชนิด 28 เม็ด รับประทานติดต่อกันทุกวัน เมื่อหมดยาให้เริ่มชุดใหม่ติดต่อกันได้เลย

การลืมรับประทานยา

1) ถ้าลืม 1 เม็ด ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ ยกเว้นหากนึกได้ขณะต้องรับประทานยาอีกครั้ง ก็ให้รับประทานเพียงเม็ดเดียว หลังจากนั้นให้รับประทานยาที่เหลือตามปกติ

2) ถ้าลืม 2 เม็ด รับประทานยาเม็ดที่ลืมล่าสุดทันทีที่นึกได้ รับประทานยาเม็ดต่อไปตามเวลาปกติที่รับประทาน ซึ่งหมายถึงอาจจำเป็นต้องรับประทานยา 2 เม็ดในวันเดียวกัน เนื่องจากรับประทานยาเม็ดแรกทันทีที่นึกได้และรับประทานยาเม็ดต่อไปตามเวลาปกติ

ถ้าลืมทานยาคุมในช่วง 14 เม็ดแรกของแผง ให้รับประทานยาคุมกำเนิดวันละ 2 เม็ด ติดกัน 2 วัน โดยให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้าและเย็น ยกตัวอย่างเช่น ลืมรับประทานยาในวันที่ 7 และ 8 ให้รับประทานยาในวันที่ 9 และ 10 โดยรับประทานยาวันละ 2 เม็ด ในเวลาเช้าและเย็น หลังจากนั้นวันที่ 11 ให้รับประทานยาตามปกติคือครั้งละ 1 เม็ดต่อวัน แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยหรืองดการมีเพศสัมพันธ์ 7 เจ็ดวัน

ในช่วงเม็ดที่ 15-21 ของแผง หรือสัปดาห์ประทานยาคุมกำเนิด 3 วันขึ้นไป การคุมกำเนิดก็ จะไม่ได้ผลให้หยุดกินยาแผงนั้นรอจนประจำเดือนมารอบใหม่แล้วจึงเริ่มกินยาคุมแผงใหม่อีกครั้ง ซึ่งใน ระหว่างที่ไม่ได้กินยาคุมกำเนิดให้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

1.1.3 ชนิดภายหลังการร่วมเพศ (morning after pill or postcoital pill) หรือยาเม็ด คุมกำเนิดฉุกเฉิน (emergency contraceptive pill) เป็นชนิดฮอร์โมนเดี่ยว เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่สตรีใช้ ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น ถูกข่มขืน หรือคุมกำเนิดผิดพลาด เช่น ถุงยาง อนามัยฉีกขาด เป็นต้น ใน 1 แผงมี 2 เม็ด ได้แก่ยี่ห้อ Postinor-1, Postinor-2, Levonelle-2 หรือ NorLevo ยาแต่ละเม็ดประกอบด้วยโปรเจสโตรเจนอย่างเดียว ให้ทานเม็ดแรกโดยเร็วที่สุดหลังจากที่มี เพศสัมพันธ์ ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการมีเพศสัมพันธ์ และเม็ดที่สองอีก 12 ชั่วโมงถัดมา เช่นกินยาเม็ดแรก เวลา 11.00 น. ต้องกินเม็ดที่สองเวลา 23.00 น. และไม่แนะนำให้รับประทานยาเกิน 4 เม็ด หรือ 2 กล่อง ต่อเดือน ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้เพียงร้อยละ 85 เท่านั้น บางรายงานกล่าวว่า สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 89 (Brunton & Beal, 2006) อาการข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนศีรษะ ปวดท้อง เลือดออกกะปริดกะปรอยทาง ช่องคลอด และความเสี่ยงในการเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก

1.2 ยาฉีดคุมกำเนิด (injectable contraception) เป็นฮอร์โมนสังเคราะห์ที่ออกฤทธิ์ ปริมาณน้อยแต่ออกฤทธิ์นาน ที่นิยมใช้ทั่วไปมี 2 ชนิด

1.2.1 ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว จะเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์คล้ายโปรเจสเทอโรน ที่นิยมใช้กันคือ depotmedroxyprogesterone acetate (DMPA) ขนาด 150 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย ออกฤทธิ์ได้นาน 3 เดือน (12 สัปดาห์) และชนิดฉีดทุก 8 สัปดาห์ ได้แก่ norethisterone enanthate (NET-EN) ขนาด 200 มก.

1.2.2 ชนิดฮอร์โมนรวม ฉีดทุก 4 สัปดาห์ จะมีฮอร์โมน progestogen และ estrogen เช่น cyclofem ประกอบด้วย 50 มก. Medoxyprogesterone acetate และ 10 มก. Estradiol cypionate กลไกการคุมกำเนิด

ป้องกันหรือยับยั้งการตกไข่ เปลี่ยนแปลงเยื่อเมือกปากมดลูก เชื้ออสุจิผ่านยาก เปลี่ยนแปลงเยื่อบุผนังมดลูก ทำให้ไข่ผสมแล้วฝังตัวยาก เปลี่ยนแปลงความสามารถของเชื้ออสุจิ

ข้อดี

ใช้ง่าย สะดวก ช่วยป้องกันมะเร็งของเยื่อบุโพรงมดลูกและรังไข่ ชนิดฮอร์โมนเดี่ยวไม่มีผล ต่อการหลังน้ำนม เหมาะสำหรับสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และสตรีที่มีอาการข้างเคียงจาก ฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่วนชนิดฮอร์โมนรวมเหมาะสำหรับสตรีที่ต้องการให้มีประจำเดือนมาทุกเดือน แต่ไม่ ชอบรับประทาน หรือผู้ที่ลืมง่าย และไม่มีอาการข้างเคียงจากฮอร์โมนเอสโตรเจน

ข้อเสีย/ อาการข้างเคียง

คล้ายยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด จะมีระดูไม่สม่ำเสมอ เลือดออกกะปริดกะปรอย มักพบการไม่มี ระดูได้บ่อยใน 2 เข็มแรกซึ่งไม่มีอันตราย น้ำหนักตัวเพิ่ม ปวดศีรษะ เป็นฝ้า ต้องมาฉีดยาบ่อย

ข้อห้ามใช้

มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มะเร็งเต้านม โรคหลอดเลือดในสมอง หรือโรคหัวใจระดับรุนแรง สตรีที่ยังไม่เคยมีบุตร สงสัยว่าตั้งครรภ์ โรคตับ โรคเบาหวาน

การฉีดยาคูมกำเนิด

ฉีดภายใน 5 วันแรกของระดู ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว หลังคลอดฉีดได้ทันที หรือ 4-6 สัปดาห์ หลังคลอด และพบว่ามิผลให้การหลั่งของน้ำนมเพิ่มขึ้น (ยกเว้นชนิดฮอร์โมนรวม) หลังแทงฉีดได้ทันทีหรือ 2 สัปดาห์หลังแทง

1.3 ยาฝังใต้ผิวหนัง (subdermal implants/ contraceptive implants)

เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพสูง มีตัวยาโปรเจสโตเจนเพียงอย่างเดียว เป็นแผงบรรจุในหลอดซิลาสติก (silastic) นำมาฝังใต้ผิวหนังตัวยาค่อยซึมกระจายออกทีละน้อย คุมได้นานหลายปีและสะดวกสำหรับผู้บริการ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด

1.3.1 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 6 หลอด มีชื่อทางการค้าว่า norplant® ประกอบด้วยหลอด silastic บรรจุ levonorgestrel หลอดละ 36 มิลลิกรัม จำนวน 6 หลอด รวมฮอร์โมนทั้งหมด 216 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 5 ปี แต่ปัจจุบันไม่นิยมใช้เนื่องจากมีความยุ่งยากในการฝังยาและถอดออกยาก

1.3.2 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 หลอด มีชื่อการค้าว่า jabelle® ประกอบด้วย หลอด silastic ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.5 มิลลิเมตร ยาว 43 มิลลิเมตร บรรจุ levonorgestrel หลอดละ 75 มิลลิกรัม จำนวน 2 หลอด รวมฮอร์โมนทั้งหมด 150 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 5 ปี

1.3.3 ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 หลอด มีชื่อการค้าว่า etoplan® หรือ implanon® มีลักษณะเป็นหลอดขนาดยาว 40 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ประกอบด้วยฮอร์โมน สังเคราะห์โปรเจสโตเจน ที่ชื่อว่า etonogestrel 68 มิลลิกรัม สำหรับใช้ครั้งเดียวพร้อมกับเข็มฝังยาและปลอกหุ้มเข็มฝังยา สะดวกและใช้เวลาน้อยในการฝังและถอด และลดปัญหาการติดเชื้อ มีอายุการใช้งาน 3 ปี เป็นที่นิยมในปัจจุบัน

กลไกการคุมกำเนิด

ป้องกันหรือยับยั้งการตกไข่ สามารถระงับการตกไข่หลังการฝังยาภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้มูกปากมดลูกข้นขึ้น เชื้ออสุจิผ่านยาก ทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะที่ไข่ที่ถูกผสมแล้วมาฝังตัว

ข้อดี

ออกฤทธิ์นาน ออกฤทธิ์เร็ว กลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ทันทีหลังถอดออก ไม่มีผลต่อน้ำนม ป้องกันมะเร็งของรังไข่ และเยื่อโพรงมดลูก ไม่มีผลข้างเคียงจากฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นฝ้า

ข้อเสีย/ อาการข้างเคียง

ประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกกะปริดกะปรอย มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปวดแขนหรืออาจเกิดอาการอักเสบตำแหน่งที่ฝังยา ถ้าฝังไม่ถูกตำแหน่งอาจถอดออกยาก

ข้อบ่งชี้

มีบุตรเพียงพอแต่ไม่ต้องการทำหมัน ต้องการคุมกำเนิดต่อเนื่อง เหมาะสำหรับสตรีที่มีอาการข้างเคียงจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ไม่สามารถใช้ห่วงอนามัย ต้องการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งทันที และสตรีหลังคลอดด้วยวิธีอื่นเพื่อเว้นระยะการตั้งครรภ์ออกไป

ข้อห้ามใช้

เช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิดชนิดที่มีโปรเจสโตเจนอย่างเดียว ได้แก่ ไรด์บับ โรคเบาหวาน มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี มีเลือดออกตาม อวัยวะต่างๆ ที่ไม่ทราบสาเหตุ มีภาวะเลือดออกง่าย แต่หยุดยาก โรคหลอดเลือดในสมองหรือหัวใจรุนแรง

การเตรียมผู้รับบริการฝังยา

1) อธิบายวิธีการฝัง กลไกการออกฤทธิ์ของยาและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ภายใน 5 วันแรกของการมีระดู ภายหลังแท้งทันทีหรือ 2 สัปดาห์หลังแท้ง หลังคลอด 4-6 สัปดาห์

2) เตรียมบริเวณที่จะทำการฝังยา คือบริเวณท้องแขนด้านใน เหมือนกับการเตรียมบริเวณในการผ่าตัดเล็ก ใช้ยาเฉพาะที่ฉีดบริเวณที่จะทำ

3) ให้ผู้รับบริการนอนหงายราบ

การฝังยาใต้ผิวหนัง (subdermal) นิยมฝังที่บริเวณกึ่งกลางด้านในของต้นแขน ควรเลือกฝังในแขนข้างที่ไม่ถนัด จะฝังผ่านทางรอยกรีดเล็กๆ ที่ผิวหนังไม่ต้องเย็บแผล ชนิด 1 หลอดไม่ต้องกรีดผิวหนังใช้เข็มฝังยาฝังได้เลย ใช้พลาสติกปิดแผลแล้วใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันทับบริเวณแผลไว้ 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดจ้ำเลือด

การดูแลหลังฝังยาคุมกำเนิด

- 1) อาจจะมีรู้สึกปวดหรือบวมบริเวณที่ฝังยาในระยะ 1-2 วัน ให้รับประทานยาแก้ปวดได้
- 2) สังเกตมีเลือดออกบริเวณที่ทำหรือไม่ ถ้าผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไปสามารถคลายออกได้
- 3) ไม่ให้แผลเปียกน้ำเป็นเวลา 3 วัน เปิดผ้าปิดแผลหลังจากฝังยา 3 วัน เมื่อแผลแห้งดี
- 4) หากฝังยาคุมในช่วง 5 วันแรกของการมีประจำเดือน สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ในทันที

แต่หากฝังยาในวันอื่น ๆ ของรอบประจำเดือน จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้หลังฝังยาคุมกำเนิด 7 วันขึ้นไป จึงควรงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยไปก่อน

5) กลับมาพบแพทย์ทันทีถ้ามีปัญหาดังต่อไปนี้

- ปวดแขน มีหนอง หรือเลือดออกมาจากบาดแผล
- หลอดยาฝังคุมกำเนิดไหล่ออกทางบาดแผล
- มีเลือดออกทางช่องคลอดมากผิดปกติ
- ไม่มีระดูภายใน 6 สัปดาห์ จากรอบประจำเดือนครั้งก่อน
- ปวดท้องหรือปวดอุ้งเชิงกราน
- ปวดศีรษะอย่างรุนแรง
- หายใจถี่ หรือเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง
- ตาเหลืองหรือตัวเหลือง

6) เมื่อผู้รับบริการไปปรึกษาหน่วยบริการ หรือสถานพยาบาลอื่น ควรแจ้งว่ากำลังใช้ยาฝังคุมกำเนิดอยู่

การถอดหลอดยา

- 1) เมื่อแน่ใจว่าตั้งครรภ์
- 2) เมื่อมีปัญหาทางการแพทย์ดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะชนิดไมเกรนบ่อยๆ มีอาการของโรคตับอักเสบเฉียบพลัน ปัญหาเกี่ยวกับโรคผิวหนังรุนแรง มีการติดเชื้อตำแหน่งที่ฝังยาเม็ดคุมกำเนิดอย่างรุนแรง
- 3) เมื่อฝังยาคุมกำเนิดจนครบกำหนด 3 ปีหรือ 5 ปี ถ้าต้องการใช้ยาฝังคุมกำเนิดนี้ต่อไป ให้ฝังยาคุมกำเนิดชุดใหม่เมื่อถอดชุดเก่าออก

1.4 ยาคุมกำเนิดชนิดแปะผิวหนัง (transdermal patch, contraceptive patch)

ยาคุมกำเนิดชนิดแปะผิวหนัง มีลักษณะเป็นแผ่นใช้แปะหรือติดบนผิวหนัง ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสโตโรน (norelgestromin 6.0 มิลลิกรัม) และเอสโตรเจน (ethinyl estradiol 0.75 มิลลิกรัม)

กลไกการคุมกำเนิด

ตัวยาค่อย ๆ ซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่กระแสเลือด แล้วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการตกไข่ ทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น ทำให้ตัวอสุจิผ่านเข้ามาดลูกได้ยาก และทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะกับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดฮอร์โมนรวม

ข้อดี

มีประสิทธิภาพสูง เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ง่าย สะดวก เหมาะสำหรับผู้ที่ปัญหาการลืมรับประทานยาเม็ด ไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน และผู้รับบริการรู้สึกได้ว่าการคุมกำเนิดอยู่ สามารถกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้รวดเร็ว

ข้อเสีย/ อาการข้างเคียง

คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผื่นแพ้ คัน บริเวณผิวหนังที่แปะแผ่นยา น้ำหนักอาจเพิ่มเล็กน้อย เต้านมคัดตึง อาจมีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยได้ในรอบเดือนแรกของการใช้ยา และมีราคาค่อนข้างสูง

วิธีใช้

1) แปะแผ่นยาในวันแรกที่มีระดู ยา 1 แผ่นใช้ได้ 1 สัปดาห์ และแปะแผ่นใหม่ตรงกับวันเดิมในแต่ละสัปดาห์ ให้แปะต่อเนื่อง 3 แผ่น เท่ากับ 21 วัน และเว้นในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นช่วงที่มีระดูมา เมื่อเว้นครบ 7 วัน (เลือกระดูจะหมดหรือไม่ก็ตาม) ให้เริ่มแผ่นใหม่ได้ทันที เป็นการเริ่มต้นรอบใหม่อีกครั้ง

2) ยาแผ่นใหม่ จะแปะตรงกับวันเดิมในแต่ละสัปดาห์ เรียกว่า “วันเปลี่ยนแผ่นยา” ตำแหน่งแปะแผ่นยา คือบริเวณหน้าท้อง สะโพก ต้นแขนด้านนอก และเมื่อแปะแผ่นยาแล้วสามารถโดนน้ำได้และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

ข้อควรระวังในการแปะแผ่นยา หลังอาบน้ำต้องเช็ดตัวให้แห้ง ไม่ควรใช้เครื่องสำอาง ครีมโลชั่น แป้งฝุ่นหรือเครื่องประทินผิวใดๆ บนบริเวณผิวหนังที่จะแปะแผ่นยา หลีกเลี่ยงตำแหน่งที่มีแผล มีการอักเสบ หรือมีโรคผิวหนัง

2. การใช้สิ่งกีดขวาง (barrier contraceptive methods)

การคุมกำเนิดโดยใช้สิ่งกีดขวางหมายถึง การใช้อุปกรณ์เครื่องกีดขวางป้องกันไม่ให้สperm ผ่านเข้าไปในมดลูก ซึ่งอาจใช้ยาฆ่าอสุจิร่วมด้วยก็ได้ หรือป้องกันการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่น ห่วงอนามัย ฤๅยงอนามัย หมวกครอบปากมดลูก ฟองน้ำ ยาฆ่าอสุจิ โดยรวมแล้วประสิทธิภาพการคุมกำเนิดด้วยสิ่งกีดขวางดีกว่าการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน ขอนำเสนอวิธีที่นิยมใช้ในประเทศไทยดังนี้

2.1 ห่วงอนามัย (intrauterine contraceptive device: IUD) เป็นอุปกรณ์คุมกำเนิดขนาดเล็กที่ใส่ไว้ในโพรงมดลูก เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ทำจากโลหะหรือพลาสติก แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.1.1 ห่วงอนามัยที่ไม่มีตัวยา (non-medicated IUD หรือ inert IUD) ห่วงอนามัยที่ไม่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ Lippes Loop ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่นิยมใช้แล้ว

2.1.2 ห่วงอนามัยที่มียา (medicated, active or bioactive IUD) เป็นชนิดที่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้แก่

- ห่วงอนามัยที่บรรจุสารทองแดง (copper bearing IUD) ได้แก่ Cu T-200, Cu T-380 A เป็นห่วงอนามัยรูปตัว T หรือคล้ายร่มหรือสมอเรือ มีสายห่วงสองเส้น

- ห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมนสังเคราะห์เป็นส่วนประกอบ (hormonal releasing IUD) ได้แก่ Levonorgestrel – 20, Mirena® หรือ Progestasert เป็นต้น

ข้อบ่งชี้

ต้องการเว้นระยะการมีบุตร ผู้มีบุตรแล้วและไม่มีข้อห้ามใช้สตรีที่ให้นมบุตร มีบุตรเพียงพอแต่ไม่ต้องการทำหมัน ต้องการคุมกำเนิดต่อเนื่อง โดยไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน

กลไกการคุมกำเนิด

1) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อโพรงมดลูก ทำให้ไม่เหมาะสมกับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว และทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น

2) ขัดขวางพัฒนาการของไข่ ทำให้ไม่สามารถเกิดการปฏิสนธิที่ปกติ

3) ทำให้มดลูกและท่อไข่บีบตัวผิดปกติ มีผลต่อการเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ

ข้อดี

สามารถคุมกำเนิดได้นาน 3-8 ปี เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่มีประสิทธิภาพทันทีหลังใส่ห่วงอนามัย ราคาถูกและใช้ได้ยาวนาน ไม่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม เมื่อเอาห่วงออกสามารถตั้งครรภ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น

ข้อเสีย

ต้องมารับบริการที่สถานบริการ ต้องได้รับการใส่ห่วงโดยผู้ที่ได้รับการฝึกฝน ห่วงอนามัยอาจหลุดได้เองหรือเคลื่อนที่ได้

อาการข้างเคียง

1) เป็นลม (syncope) หลังจากใส่ห่วงอนามัยอาการคล้ายจะเป็นลม วิงเวียนศีรษะ เหงื่อออกและความดันโลหิตต่ำ กลุ่มอาการทั้งหมดนี้เป็นผลของ vagal response ที่เกิดจากการที่ช่องปากมดลูกถูกขยายขณะทำการสอดใส่ห่วงอนามัย

2) ห่วงหลุด (expulsion) การที่ห่วงอนามัยหลุดออกจากโพรงมดลูกมาอยู่ในช่องคลอด

3) เลือดออกผิดปกติ (bleeding) เป็นอาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ดังนี้ ปริมาณเลือดระดูที่ออกในแต่ละเดือนมากขึ้น มีเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบระดู

4) ปวดท้องน้อย อาจปวดคล้ายตะคริวจับหรือปวดเกร็ง (cramping pain) ที่บริเวณท้องน้อยส่วนล่าง หรืออาจปวดร้าวไปบริเวณหลังส่วนล่าง

5) ตกขาว หลังใส่ห่วงอนามัยอาจมีตกขาวออกมากขึ้น แต่มักจะเป็นอยู่เพียงในเดือนแรกๆ หลังใส่ อาการจะกลับเป็นปกติเองโดยไม่ต้องให้การรักษา แต่ถ้าตกขาวมากมีสีและกลิ่นผิดปกติ ต้องไปรับการรักษา

ข้อห้ามใช้

- 1) สงสัยว่าตั้งครรภ์
- 2) มะเร็งรังไข่ มดลูก ปากมดลูก หรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน
- 3) มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองในคลามีเดีย (chlamydia) ภูมิคุ้มกันลดลงเนื่องจากยาหรือเหตุอื่น ๆ เช่น โรคเอดส์ หลังการแท้งติดเชื้อ
- 4) มีโรคประจำตัว เช่นโรคหัวใจ หรือโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เบาหวาน โลหิตจาง มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด
- 5) มีประวัติการตั้งครรภ์นอกมดลูก มีประจำเดือนมากหรือนาน ปวดประจำเดือนรุนแรง มีเลือดออกผิดปกติจากอวัยวะสืบพันธุ์ที่ยังไม่ทราบสาเหตุ
- 6) มีประวัติเคยแพ้ทองแดง (สำหรับห่วงอนามัยที่มีทองแดง)
- 7) ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์แต่กำเนิด หรือเนื้องอกมดลูกที่อาจทำให้โพรงมดลูกผิดปกติจนไม่อาจใส่ห่วงอนามัยได้

เวลาที่เหมาะสมในการใส่ห่วงอนามัย แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

- 1) ระยะที่ไม่เกี่ยวกับการคลอด
 - ขณะมีประจำเดือนหรือวันท้ายๆ ของการมีประจำเดือนจะเหมาะสมที่สุด เพราะหลังการใส่ห่วงอนามัยจะมีเลือดออกต่ออีก 1-2 วัน ผู้รับบริการจะ 모르สึกว่าผิดปกติ
 - ภายใน 12 วันแรกของรอบประจำเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการยังไม่ตั้งครรภ์
 - ในกรณีที่คุมกำเนิดวิธีอื่นอยู่แล้วและไม่มีความผิดพลาด จะใส่ห่วงอนามัยในช่วงใดของรอบประจำเดือนก็ได้
- 2) ใส่หลังคลอดหรือหลังแท้ง
 - การใส่ห่วงอนามัยหลังคลอดทำได้ทั้งในช่วงแรกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด หรือใส่ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งจะกระทำได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนน้อยและมักนิยมทำกัน
 - การใส่ห่วงอนามัยหลังแท้ง ทำได้ทั้งหลังแท้งทันที ถ้าไม่มีการอักเสบ หรือการแท้งติดเชื้อ และหลังแท้ง 3 สัปดาห์

คำแนะนำหลังใส่ห่วงอนามัย

- 1) สามารถทำงานได้ตามปกติ มีเพศสัมพันธ์ได้หลังใส่ห่วง นอกจากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้อง เลือดออกควรงดในช่วงนั้น

2) ตรวจสอบสายห่วงด้วยตนเองภายหลังมีประจำเดือน โดยล้างมือให้สะอาด แล้วสอดนิ้วชี้เข้าไปจนสุดนิ้วในช่องคลอด และคลำหาสายในลอนเส้นเล็ก ๆ ที่ปากมดลูก หากไม่พบควรกลับมาพบแพทย์เพื่อตรวจให้แน่ใจว่าห่วงอนามัยหลุดหรือไม่

3) มาตรการตามนัดหลังการใส่ห่วงเป็นระยะๆ คือ 1, 3, 6 และ 12 เดือน หลังจากนั้นตรวจปีละครั้ง และตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน และตรวจดูว่าห่วงยังอยู่ในตำแหน่งปกติหรือไม่

4) มาตรการถ้าสงสัยว่าตั้งครรภ์ คลำหาห่วงอนามัยไม่พบ มีเลือดออกผิดปกติ ปวดท้องน้อยรุนแรง มีอาการแสดงว่าเกิดการอักเสบ เช่น ไข้ ปวดท้องน้อย ตกขาว เป็นต้น ให้มาพบแพทย์ทันที

2.2 ถุงยางอนามัย (condom)

ถุงยางอนามัย คือถุงยางที่ใช้คลุมอวัยวะเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ มี 2 ชนิด คือ ถุงยางอนามัยชาย และถุงยางอนามัยสตรี แต่ชนิดหลังไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย จึงขอกล่าวเฉพาะถุงยางอนามัยชาย

ถุงยางอนามัยชาย (male condom)

เป็นถุงที่ใช้คลุมองคชาตที่แข็งตัวก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อขัดขวางน้ำอสุจิเข้าสู่ช่องคลอด และขวางกั้นการสัมผัสโดยตรงของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งสองฝ่าย นอกจากป้องกันการตั้งครรภ์แล้วยังสามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย ถุงยางอนามัยทำจากยาง บรรจุไว้เป็นชั้นแยกจากกัน มีขนาดรูปร่าง สีและผิวสัมผัสต่างกัน ซิลิโคนด้วยสารหล่อลื่น (lubricated) และบางชนิดที่เคลือบน้ำยาฆ่าตัวอสุจิ (condom with spermicides) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในด้านการคุมกำเนิดและเพื่อให้ใช้ได้สะดวก

ข้อบ่งชี้

ใช้ในสตรีที่ไม่สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างอื่นได้ หรือใช้ร่วมกับวิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น ต้องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และชายที่มีปัญหาหลังเร็ว

กลไกการคุมกำเนิด

ขวางกั้นและกักเก็บอสุจิที่หลั่งออกมาระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ทำให้อสุจิไม่สามารถเข้าไปในช่องคลอดและพบกับไข่ได้

ข้อดี

ใช้คุมกำเนิดและช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ราคาถูกและหาง่าย ฝ่ายชายได้มีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด พกพาสะดวก ไม่มีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ช่วยลดอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงหากใช้ถูกวิธี

ข้อเสีย

อาจขัดจังหวะขณะร่วมเพศ อาจเกิดอาการแพ้ latex ฝ่ายหญิงอาจเกิดการระคายเคืองช่องคลอด ใช้ได้ครั้งเดียวต่อการมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง ถุงยางอนามัยหากใช้ไม่ถูกวิธี อาจขาด แตก หรือรั่ว จะทำให้มีโอกาสล้มเหลวในการป้องกันการตั้งครรภ์

อาการข้างเคียง

อาจเกิดภูมิแพ้ต่อยางหรือสารหล่อลื่นได้ ซึ่งพบน้อย

คำแนะนำในการใช้ถุงยางอนามัย

- 1) เก็บถุงยางอนามัยไว้ในที่หยาบใช้ได้สะดวก และควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น
- 2) ก่อนใช้ควรตรวจดูว่าถุงยางมีคุณภาพดี ไม้รั่ว และยังไม่หมดอายุ
- 3) ควรสวมถุงยางอนามัยก่อนที่จะมีการสัมผัสระหว่างอวัยวะเพศของคู่ร่วมเพศ
- 4) ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้บีบกระเปาะที่ปลายถุงยาง เพื่อไล่อากาศออกก่อน เพราะถ้ามีอากาศเหลืออยู่ อาจทำให้แตกได้ แล้วนำถุงยางครอบปลายองคชาต รูดให้ถุงยางคลื่ออกจนคลุมถึงโคนองคชาต สวมถุงยางขณะองคชาตขยายและแข็งตัวเต็มที่ รูดถุงเข้าหาตัวจนสุดก่อนสอดเข้าช่องคลอด
- 5) ถอนอวัยวะเพศชายทันทีหลังการหลั่งน้ำอสุจิ ก่อนที่อวัยวะเพศชายจะอ่อนตัวลง และควรจะยึดปากถุงไว้มีฉะนั้นถุงยางอนามัยอาจหลุดคาในช่องคลอด หรืออาจมีส่วนของน้ำอสุจิล้นออกมาเปรอะเปื้อนบริเวณปากช่องคลอด
- 6) ก่อนทิ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้ว ควรสำรวจรอยรั่วก่อนเสมอ แล้วห่อด้วยกระดาษทิ้งในภาชนะที่เหมาะสม
- 7) หากใช้สารหล่อลื่น ควรเป็นประเภทไม่มีส่วนผสมของน้ำมัน และละลายน้ำได้ เพราะจะทำให้ความทนของถุงยางอนามัยลดลงและอาจแตกได้
- 8) ต้องตรวจดูถุงยางก่อนทุกครั้ง ได้แก่ วันหมดอายุ ไม้มีรอยฉีกขาดหรือรอยชำรุดใด ๆ บนซองที่บรรจุถุงยาง สีของถุงยางต้องไม่ซีดไปจากเดิม ไม้แห้งกรอบหรือเหนียวเกินไป

3. การใช้ยาหรือเคมีภัณฑ์

การใช้ยาฆ่าเชื้ออสุจิ (spermicides)

เป็นการคุมกำเนิดที่ใช้ยาใส่เข้าไปในช่องคลอดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อที่จะไปทำลาย/ฆ่าตัวเชื้ออสุจิ หลังมีเพศสัมพันธ์จากที่มีการหลั่งน้ำอสุจิเข้าไปในช่องคลอด เพื่อฆ่าอสุจิให้ตายอยู่ในช่องคลอด ทำให้อสุจิไม่สามารถเข้าสู่มดลูกได้ จึงไม่มีการผสมกับไข่ สารที่นิยมใช้ทำเป็นยาฆ่าอสุจิมากที่สุด คือ Nonoxynol-9 ซึ่งผลติดอยู่ในหลายรูปแบบ เช่น แบบเม็ดฟองฟู แบบเจล แบบครีม แบบแผ่นฟิล์มบางๆ หรือทำในรูปยาเหน็บ ซึ่งเมื่อใส่หรือสอดยาเข้าไปในช่องคลอดสตรีแล้ว ยาจะไปเคลือบบริเวณปากมดลูกคอยทำลายเชื้ออสุจิ รูปแบบอื่นของยา/สารฆ่าอสุจิ คือการเคลือบยาฆ่าเชื้ออสุจิในถุงยางอนามัยฝ่ายชายหรือเคลือบยาฆ่าเชื้ออสุจิในฟองน้ำคุมกำเนิดในสตรี (contraceptive sponge) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดให้ดีขึ้น

ข้อดี

- 1) ใช้ง่าย ไม้ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์
- 2) สะดวก หาซื้อได้ง่าย ตามร้านขายยาทั่วไป
- 3) ไม้มีผลกระทบต่อฮอร์โมนต่อสตรี
- 4) สามารถใช้ได้ในสตรีที่กำลังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 5) ให้ผลการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ทันที และไม่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์หลังจากเลิกใช้

ข้อเสีย

- 1) ไม้สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

2) ต้องเสียเวลาในการใส่ยาเข้าไปในช่องคลอด และต้องรอเวลาให้ยาออกฤทธิ์ อาจขัดจังหวะการมีเพศสัมพันธ์ได้

3) บางรายอาจมีอาการแพ้ยา

4) ยาที่ใส่อาจทำให้รู้สึกเหนียว เหนอะหนะ ทำให้เกิดความรำคาญได้

อาการข้างเคียง

1) อาจทำให้เกิดการแพ้สารเคมี การระคายเคือง บวมแดงต่อช่องคลอดสตรี หรือต่ออวัยวะเพศของฝ่ายชายได้

2) ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ได้ง่ายขึ้นหากมีแผลถลอกที่เกิดจากการระคายเคือง

3) ทำให้เกิดการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ

4) มีโอกาสเกิดช่องคลอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียประจำถิ่น ที่เรียกว่าโรค bacterial vaginosis มากขึ้น

vaginosis มากขึ้น

4. การคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ (natural birth control)

การคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ เป็นการคุมกำเนิดโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรือสารเคมีใดๆ เป็นวิธีการธรรมชาติ ข้อดีคือประหยัด ปลอดภัย ไม่เกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ และไม่ขัดต่อหลักของบางศาสนา ส่วนข้อเสียคือ ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดต่ำ ปฏิบัติได้ยากและมีความยุ่งยาก การคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ ได้แก่ การงดร่วมเพศ การหลังภายนอก การนับระยะปลอดภัย การตรวจมูกที่ปากมดลูก การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นต้น รายละเอียดมีดังนี้

4.1 การงดร่วมเพศ (abstinence)

การงดร่วมเพศ หมายถึงการมีมีเพศสัมพันธ์โดยหลีกเลี่ยงการสอดใส่องคชาตเข้าไปในช่องคลอดในช่วงเวลาที่มีการตกไข่ เป็นวิธีที่ได้ผลในการคุมกำเนิดแบบ 100% ประหยัด และมีความปลอดภัย แต่ทำได้ยาก เพราะเป็นการฝืนความรู้สึกตามธรรมชาติ ขัดต่อความต้องการทางเพศและอาจเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ จึงไม่เป็นที่นิยม

4.2 การหลังนอกช่องคลอด (coitus interruptus หรือ withdrawal method)

การหลังนอกช่องคลอด เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ฝ่ายชายถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดก่อนที่จะถึงจุดสุดยอด และหลังน้ำอสุจิออกมาภายนอกช่องคลอดของฝ่ายหญิง เพื่อไม่ให้อสุจิเข้าไปในช่องคลอด เป็นวิธีที่มีโอกาสผิดพลาดได้สูงมาก เพราะในระหว่างที่มีเพศสัมพันธ์ อาจมีเชื้ออสุจิออกมากับน้ำเมือกของฝ่ายชายบ้างแล้วบางส่วน หรืออาจเป็นเพราะฝ่ายชายถอนอวัยวะเพศไม่ทันเมื่อถึงจุดสุดยอด จึงทำให้มีอสุจิส่วนหนึ่งเข้าไปในช่องคลอดได้

4.3 การนับระยะปลอดภัย (calendar rhythm method)

การนับระยะปลอดภัย คือการคุมกำเนิดโดยการเลือกมีเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลาที่ปลอดภัยต่อการตั้งครรภ์

วิธีคำนวณ

1) ปกติในรอบประจำ 28 วัน เวลาตกไข่จะเป็นวันที่ 14 ของรอบประจำ แต่อาจจะเร็วหรือช้าได้ภายใน 2 วัน ดังนั้นจึงอยู่ในระหว่างวันที่ 12-16 ของรอบประจำ

2) ตัวอสุจิที่ค้างอยู่ในหลอดมดลูก สามารถที่จะผสมกับไข่ได้ประมาณ 48 ชั่วโมง หลังการร่วมเพศ ดังนั้น ระยะ 2 วันก่อนตกไข่จึงเป็นระยะที่อาจตั้งครรภ์ได้ ในรอบประจำ 28 วันจะตรงกับวันที่ 10-11 ของรอบประจำ

3) ทุก ๆ 28 วัน สตรีจะมีการตกไข่วันที่ 14 ของรอบเดือน ก่อนที่จะมีประจำเดือนครั้งต่อไป ซึ่งอาจจะมากกว่าหรือน้อยกว่าไม่เกิน 2 วัน ดังนั้นโอกาสตกไข่จึงอยู่ในช่วงวันที่ 12-16 ของรอบเดือน (ไม่ใช่รอบเดือนตามปฏิทิน) เมื่อไข่ตกแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้ 24 ชั่วโมง โอกาสการตั้งครรภ์จึงมีเพิ่มขึ้นถึงวันที่ 17 ของรอบเดือน ส่วนเชื้ออสุจิจะมีชีวิตรอดสมอยู่ได้ประมาณ 48 ชั่วโมง หรือ 2 วันก่อนไข่ตก ดังนั้นในสตรีที่มีประจำเดือนมาทุก 28 วัน ช่วงที่จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ก็คือวันที่ 10-17 ของรอบเดือน (เริ่มนับวันแรกตั้งแต่วันที่ประจำเดือนมา) อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้จึงไม่ถือว่าเป็นช่วงปลอดภัย 100% อนึ่งรอบประจำ 28 วัน เป็นค่าเฉลี่ย หากสตรีที่มีรอบประจำมาเร็ว เช่น ทุก 20-21 วัน หรือมาช้าทุก 30-32 วัน เป็นต้น จะต้องคำนวณระยะไม่ปลอดภัยใหม่

ข้อห้ามการใช้วิธีนี้ในระยะปลอดภัย

1) ในสตรีที่มีรอบประจำมาไม่สม่ำเสมอ หรือมีรอบประจำที่สั้นที่สุด และยาวที่สุดแตกต่างกันเกิน 10 วัน

2) เมื่อมีภาวะเครียดหรือตื่นเต้นมาก ซึ่งอาจมีผลทำให้การตกไข่ผิดไปจากเดิมในกรณีรอบประจำไม่แน่นอน จะไม่สามารถหาวันตกไข่ได้ แต่มีสูตรที่จะหาช่วงไม่ปลอดภัย (unsafe period) ได้ โดยจะต้องมีการบันทึกรอบประจำในแต่ละเดือนเป็นเวลา 12 เดือนอย่างต่อเนื่อง และต้องเป็น 12 เดือนสุดท้ายเสมอ นำตัวเลขของรอบเดือนที่สั้นที่สุด และตัวเลขของรอบเดือนที่ยาวที่สุด มาคำนวณดังนี้

วันแรกที่เริ่มไม่ปลอดภัย = รอบเดือนที่สั้นที่สุด - 18

วันสุดท้ายที่ไม่ปลอดภัย = รอบเดือนที่ยาวที่สุด - 11

จะได้ตัวเลขที่ทราบช่วงไม่ปลอดภัยของตนเอง สตรีแต่ละคนจะต้องบันทึกรอบประจำอย่างต่อเนื่อง

4.4 การนับหน้า 7 หลัง 7

เป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติอย่างหนึ่งที่ใช้ได้เฉพาะกับสตรีที่มีรอบเดือนปกติ จะใช้ได้เฉพาะคนที่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ และมีรอบเดือนยาวแต่ละรอบไม่ต่ำกว่า 28 วันเท่านั้น แต่บางคนก็มีรอบเดือนที่สั้นกว่าหรือยาวกว่านี้ โดยระยะปลอดภัยที่ว่านี้ก็คือ ระยะในช่วง 7 วันก่อนที่ประจำเดือนจะมา รอบหน้า และระยะ 7 วันหลังจากที่ประจำเดือนมาวันแรก

4.5 การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (basal body temperature: BBT)

การคุมกำเนิดวิธีนี้ ใช้ความรู้ด้านสรีรวิทยาที่ว่าอุณหภูมิในร่างกายจะลดลง 12-24 ชั่วโมง ก่อนที่จะมีการตกไข่ ซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และหลังจากนั้นอุณหภูมิในร่างกายก็จะสูงขึ้นประมาณ 0.5 องศาเซลเซียสหลังการตกไข่ ซึ่งเป็นผลมาจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) การจะคุมกำเนิดด้วยวิธีนี้ ฝ่ายหญิงจะต้องมีการตรวจวัดอุณหภูมิของตนเองทุกเช้า หลังจากนอนหลับสนิทติดต่อกันอย่างน้อย 5 ชั่วโมง ด้วยการใช้ปรอทวัดไข้ธรรมดาหลังจากตื่นนอน เวลาใน

การวัดควรจะทำใกล้เคียงกันทุกครั้งในแต่ละวัน สามารถวัดได้ทั้งทางรักแร้ ทางปาก ทางทวารหนัก และทางช่องคลอด ซึ่งในการวัดปรอทแต่ละครั้งจะต้องนานประมาณ 5 นาที และที่สำคัญจะต้องทำการวัดปรอทก่อนที่ทำกิจกรรมใด ๆ แล้วจึงทำการจดบันทึกเอาไว้ และเพื่อคู่นอนและจะได้ประมาณวันตกไข่ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ควรทำการวัดล่วงหน้าติดต่อกันอย่างน้อย 2-3 เดือน การคุมกำเนิดจะต้องร่วมเพศก่อนระยะที่มีไข่ตกจนกระทั่งไข่ตกแล้วอย่างน้อย 3 วัน หลังจากนั้นจึงเป็นวันที่ปลอดภัย วิธีนี้ได้ผลไม่แน่นอนนัก

4.6 การตรวจมูกที่ปากมดลูก (cervical mucus method)

การคุมกำเนิดวิธีนี้อาศัยหลักที่ว่า มูกปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะความเหนียวข้นและความยืดหยุ่น ไปตามอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนในแต่ละรอบเดือน สามารถทำนายระยะปลอดภัยได้โดยสังเกตมูก ซึ่งระยะตกไข่จะมีมูกมาก ไส ๆ ลื่น ๆ คล้ายไข่ขาว สามารถยืดได้ยาว ส่วนระยะปลอดภัยคือระยะที่มีมูกน้อย ขุ่นข้น ยืดเป็นเส้นไม่ได้ ตรวจโดยการสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอด สังเกตลักษณะของมูก วิธีนี้ได้ผลไม่แน่นอน มีโอกาสผิดพลาดได้มาก

4.7 การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาหลังคลอด (lactational amenorrhea)

การคุมกำเนิดวิธีนี้อาศัยหลักการ เมื่อทารกดูดนมแม่ฮอร์โมนโพรแล็กติน (prolactin) จะหลั่งออกมาจากต่อมใต้สมอง และจะระงับการทำงานของฮอร์โมนตัวอื่น ๆ (FSH, LH) จึงทำให้ไม่มีไข่ตก (anovulation) ส่งผลให้ไม่มีประจำเดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลา และความถี่ของการให้นม แม้จะยังไม่มีการประจำ เดือนขณะให้นมบุตร แต่สตรีบางรายอาจมีไข่ตกได้ และมีการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ววิธีนี้จะใช้ได้ผลในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอดเท่านั้น แต่หลังจากนั้น แม้ว่าลูกจะยังคงดูดนมอยู่ก็มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากฮอร์โมนโพรแล็กตินจะลดน้อยลงในช่วงหลังจากนี้ ดังนั้นวิธีการนี้จึงใช้ได้แค่ช่วงระยะเวลาสั้นๆ และได้ผลไม่แน่นอน

จะเห็นได้ว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ มีประสิทธิภาพไม่ดีเท่าการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน การใช้สิ่งกีดขวาง และการใช้ยาหรือเคมีภัณฑ์ เพราะต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ความสม่ำเสมอของรอบประจำเดือน ความมีวินัยในตนเอง รวมถึงการเป็นคนช่างสังเกต แต่หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง โอกาสที่จะเกิดความล้มเหลวในการคุมกำเนิดก็มีสูงขึ้น

การคุมกำเนิดชนิดถาวร (permanent contraception หรือ sterilization)

การคุมกำเนิดชนิดถาวรหรือการทำหมัน เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เหมาะสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว และไม่ต้องการที่จะมีบุตรอีก ได้แก่ การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย

1. การทำหมันหญิง (female sterilization)

การทำหมันหญิง เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการทำให้ท่อนำไข่ติดกันทั้ง 2 ข้าง (tubal ligation หรือ tubal resection: TR) โดยใช้การผูกหรือตัด สามารถทำได้ 2 ระยะคือ

ระยะหลังคลอด (postpartum sterilization หรือ puerperal period tubal resection: PPTR) หรือที่เรียกว่า “การทำหมันเปียก” จะทำภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด โดยผ่าตัดบริเวณใต้สะดือหรือใช้กล้อง laparoscope ส่องผ่านเข้าทางหน้าท้อง แล้วใช้เครื่องมือเข้าไปทำให้ท่อนำไข่อุดตันด้วยการจี้ด้วยไฟฟ้า และใช้คลิปหรือห่วงรัดไว้

ระยะปกติ (interval tubal sterilization, หรือ suprapubic tubal resection: SPTR) หรือที่เรียกว่า “การทำหมันแห้ง” เป็นการทำหมันในระยะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดมากกว่า 6

สัปดาห์ นิยมเปิดแผลบริเวณเหนือหัวหน้า หลังผ่าตัดนอนพัก 2-3 ชั่วโมง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ก็กลับบ้านได้

ข้อบ่งชี้

มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือเคยมีบุตรและมีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งไม่ควรตั้งครรภ์หรือไม่ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอื่น มีโรคที่ไม่เหมาะกับการตั้งครรภ์ เช่น มีโรคร้ายแรงที่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ หรือปัญหาทางจิตที่เป็นๆหายๆ

กลไกการคุมกำเนิด

ป้องกันไม่ให้ไข่เดินทางผ่านท่อ นำไข่มาพบอสุจิเพื่อปฏิสนธิ

ข้อดี

เป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร ไม่มีผลกระทบต่อรอบประจำเดือนและการมีเพศสัมพันธ์ มีประสิทธิภาพสูง

ข้อเสีย

อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ต้องทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ข้อห้าม

- 1) ตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสตั้งครรภ์
- 2) โรคอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน ช่องท้องอักเสบ
- 3) อายุน้อย และมีบุตรเพียง 1 คน
- 4) มีโรคในระยะรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจางรุนแรง ภาวะแท้งติดเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

การเสียเลือด การติดเชื้อ อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง ปวดท้องน้อย ปัญหาด้านจิตใจ

การพยาบาลผู้รับบริการทำหมันหญิง

ก่อนทำหมัน เตรียมด้านจิตใจ โดยการอธิบายให้ทราบถึงวิธีการทำคร่าว ๆ ด้านร่างกาย

เตรียมเช่นเดียวกับส่งผู้รับบริการไปห้องผ่าตัด

การดูแลหลังทำหมัน

- 1) วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
- 2) ประเมินสภาพแผล ตรวจสอบเลือดและสิ่งคัดหลั่งจากผ้าก๊อซ
- 3) จัดทำผู้รับบริการตามชนิดของยาสลบที่ได้รับ
- 4) ประเมินอาการปวดแผล และให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา
- 5) ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด เช่นเดียวกับการดูแลแผลผ่าตัดทั่วไป
- 6) งดเว้นการทำงานหนัก ประมาณ 4 สัปดาห์ หากเป็นการทำหมันเปียกให้มีระยะพักฟื้น

เหมือนหลังคลอด

- 7) หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน จะกลับสู่สภาพปกติภายใน 7 วัน สามารถทำงานเบา ๆ ได้
- 8) อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตามนัด และจะต้องนัดตัดไหมหากเป็นการเย็บโดย

ไม่ได้

ใช้ใหม่ละลาย หลังผ่าตัด 5-7 วัน

2. การทำหมันชาย (male sterilization)

เป็นการตัดและผูกท่อน้ำเชื้ออสุจิทั้ง 2 ข้าง เพื่อให้เชื้ออสุจิผ่านออกไปไม่ได้ เป็นการผ่าตัดที่ง่ายใช้เวลาสั้นๆ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง ใช้ยาชาเฉพาะที่ ผูกและตัดท่อน้ำเชื้อแผลผ่าตัดขนาดเล็กที่ผนังลูกอัณฑะ อาจเป็นแผลเดี่ยวตรงกลาง หรือสองแผลด้านซ้ายและด้านขวา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังเย็บปิดแผลสามารถกลับบ้านได้

ข้อดี

- 1) มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูงกว่าการทำหมันหญิง
- 2) เป็นวิธีผ่าตัดที่ทำได้ง่าย ใช้เวลาน้อย ไม่จำเป็นต้องใช้ยาดมสลบ
- 3) ค่าใช้จ่ายต่ำ
- 4) ผ่าตัดครั้งเดียว สามารถคุมกำเนิดได้ตลอดชีวิต ไม่ต้องพะวงเกี่ยวกับการตั้งครรภ์
- 5) ไม่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย เนื่องจากการผ่าตัดไม่เกี่ยวข้องกับเส้นประสาท ไม่เกี่ยวข้องกับการสร้าง หรือการใช้ฮอร์โมนเพศของร่างกาย ไม่มีผลทำให้ผลกำลังการทำงานหนัก
- 6) ไม่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก โรคมะเร็งอัณฑะ หรือโรคมะเร็งชนิดใดๆ รวมทั้งของอวัยวะสืบพันธุ์ทั้งของผู้ทำหมันและของภรรยา

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

การอักเสบ เจ็บปวด บวม เขียวซ้ำ มีเลือดคั่งบริเวณถุงอัณฑะ ปัญหาทางด้านจิตใจวิตกกังวล

การพยาบาลและคำแนะนำหลังทำหมันชาย

1) รักษาความสะอาด บริเวณแผลผ่าตัด ระวังอย่าให้แผลถูกน้ำเป็นเวลา 3 วัน งดทำงานหนัก 24 ชั่วโมง งดมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 7 วัน ในกรณีมีเพศสัมพันธ์ต้องใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวอย่างน้อย 3 เดือนหลังทำหมัน แต่เพื่อความแน่ใจและปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ควรตรวจน้ำอสุจิ (semen analysis) เพื่อยืนยันว่าไม่พบตัวอสุจิหลังทำหมัน 3 เดือน

2) ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ลูกอัณฑะบวมมาก ถ่ายปัสสาวะไม่ออกให้มาพบแพทย์ก่อนนัดได้

บทบาทของพยาบาลในการให้บริการวางแผนครอบครัว

พยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพชั้นหนึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการกระทำการรักษาโรคเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรคและการวางแผนครอบครัว ปี พ.ศ.2544 ดังนี้ (อำไพ, 2557)

1. บทบาทด้านการประชาสัมพันธ์และสื่อสารให้ปฏิบัติการวางแผนครอบครัว การจะประสบความสำเร็จได้เมื่อผู้รับบริการยอมรับการวางแผนครอบครัว ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ศิลปะใจทำให้บุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย เปลี่ยนทัศนคติและแนวทางการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ต้องการด้วยความสมัครใจ พยาบาลจะต้องมีความรู้ถึงการคุมกำเนิดแต่ละชนิดเป็นอย่างดี และจะต้องสามารถแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น ๆ ได้ นอกจากนั้นบุคลิกภาพ การแสดงออก การใช้คำพูด สีหน้า และท่าทางของพยาบาลจะต้องซักจูงด้วยบรรยากาศที่อบอุ่น มีไมตรี และเป็นกันเอง

2. บทบาทด้านการให้คำปรึกษา การให้บริการคุมกำเนิดโดยพื้นฐานนั้นจะต้องมาจากความสมัครใจของผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ในการใช้วิธีการคุมกำเนิด โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัยของผู้รับบริการมากที่สุด อธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการใช้วิธีการคุมกำเนิด เพื่อให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม นอกจากนั้นในบางครั้งพยาบาลจะต้องช่วยในการตัดสินใจ ช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการคุมกำเนิด

3. บทบาทด้านการให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถ ให้บริการคุมกำเนิดแต่ละวิธีได้อย่างถูกต้อง ตามขั้นตอนและเทคนิคตามความสามารถและบทบาทของพยาบาล เช่นการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด การฉีดยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย เป็นต้น ช่วยแพทย์ในการคุมกำเนิดให้กับผู้รับบริการเช่น การทำหมัน การฝังฮอร์โมนคุมกำเนิด ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ถึงขั้นตอนในการทำ สำหรับการให้บริการใส่ห่วงอนามัย พยาบาลผดุงครรภ์จะทำได้ภายใต้เงื่อนไข คือได้ทดสอบผู้รับบริการแล้วว่าไม่ตั้งครรภ์ ผู้รับบริการใส่ห่วงอนามัยได้ครบตามอายุแล้ว 45-60 วัน และยังไม่มีการประจำเดือน หรือผู้รับบริการใส่ห่วงอนามัยได้ครบตามอายุแล้ว 30 วัน และยังไม่มีการประจำเดือน

การให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว

การให้คำปรึกษาคำแนะนำด้านการวางแผนครอบครัว สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว กับผู้รับบริการ ควรมีการเริ่มต้นที่ดีด้วยความเป็นมิตร มีความไว้วางใจ และยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องมีการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการมีความสบายใจ หมดความวิตกกังวล และมีอิสระในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด

การให้คำปรึกษาในการเลือกวิธีการคุมกำเนิด เป็นกระบวนการสื่อความหมาย 2 ทาง โดยผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการ เข้าใจถึงภาวะเจริญพันธุ์ และตัดสินใจที่จะเลือกวิธีคุมกำเนิด ที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด (จิตใส, 2557)

วัตถุประสงค์ เพื่อช่วยผู้รับบริการ

1. สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง
2. มีอิสระในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดแบบต่าง ๆ
3. รู้วิธีการคุมกำเนิดที่เลือก ข้อดี ข้อเสีย และวิธีการใช้อย่างถูกต้อง

4. ไม่มีความวิตกกังวล และมีความรู้ที่จะตัดสินใจอย่างเหมาะสมเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่เลือก

หลักและวิธีการของผู้ให้คำปรึกษา

1. การต้อนรับอย่างอบอุ่น (welcome) ด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และต้องสร้างให้เกิดความไว้วางใจ

2. รู้ความประสงค์ของผู้รับบริการอย่างแท้จริง และให้ความรู้ (ascertain and teach) ให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยไม่ควรให้ข้อมูลมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

3. ให้การปรึกษา (counsel) ด้วยความเข้าใจและยินดี เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการรู้ถึงความต้องการในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของตนเอง และให้ความสนใจในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. ให้ความช่วยเหลือ (help and utilize) ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมที่สุด และพยายามให้ข้อมูลให้รอบด้าน โดยเคารพในการตัดสินใจของผู้รับบริการ และอธิบายวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง พร้อมทั้งแนะนำให้รู้ถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

5. การจำหน่ายและติดตาม (left and follow-up) ทำให้ผู้รับบริการออกจากหน่วยบริการด้วยความมั่นใจและกลับมาใช้บริการได้เมื่อมีปัญหา และการติดตามผลเป็นเรื่องจำเป็น

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นสำหรับทุกคู่สมรส พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้รับบริการโดยเฉพาะเรื่องการคุมกำเนิด ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ในการเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับตนเองและนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การให้คำปรึกษาเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถให้แก่ผู้รับบริการได้โดยตรง ซึ่งจะช่วยให้คู่สมรสสามารถวางแผน และเตรียมความพร้อมในการมีบุตร หรือเว้นระยะการมีบุตร ที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว

สื่อที่ใช้: วิดีทัศน์การคุมกำเนิด

เอกสารอ้างอิง

- จิตใต้ ลาวัลย์ตระกูล. (2557). การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์. ใน ใน รัฐิพร ینگคาวรวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาและทารก* (หน้า 51-95). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). สถานการณ์การเกิดในช่วงครึ่งศตวรรษ. ใน ยุพิน วรสิริอมร จงจิตต์ ฤทธิรงค์ ศุทธิดา ชวนวัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ), *การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม* (หน้า3-22). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- มานพชัย ธรรมคันโธ. (2556). นวัตกรรมการคุมกำเนิดรูปแบบใหม่สำหรับสตรีทุกวัย: วงแหวนใส่ช่องคลอด คุมกำเนิด, กวาทศวรรษของประโยชน์ด้านการคุมกำเนิด. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พงษ์ส จันท์ประภาพ, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค OB-GYN in Practice 2013*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง.
- เรณู ชูนิล และสัณญา ภักธาชัย. (ม.ป.ป.). การวางแผนครอบครัว. ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ), *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* (หน้า 12-25). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิฑู, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล. (2557). ประชากรศาสตร์ การให้การปรึกษาก่อนสมรส การวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด. ในอำไพ จารุวัชรพาณิชกุล (บรรณาธิการ), *สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์* (หน้า 31-78). เชียงใหม่: ครองช่าง พรินติ้ง.
- Brunton, J., & Beal, M.W. (2006). Current issues in emergency contraception: An overview for providers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), 457- 463.

การปฏิสนธิและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายกระบวนการปฏิสนธิ การแบ่งตัว และการฝังตัวได้ถูกต้อง
2. อธิบายการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายการไหลเวียนเลือดและระบบการทำงานต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
4. อธิบายพัฒนาการของรก เยื่อหุ้มทารก สายสะดือ และน้ำคร่ำ ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การปฏิสนธิ
 - 1.1 กระบวนการปฏิสนธิ
 - 1.2 การแบ่งตัวและการฝังตัว
2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์
3. ระบบการทำงานต่าง ๆ ของทารกในครรภ์
4. พัฒนาการของรก เยื่อหุ้มทารก สายสะดือ และน้ำคร่ำ

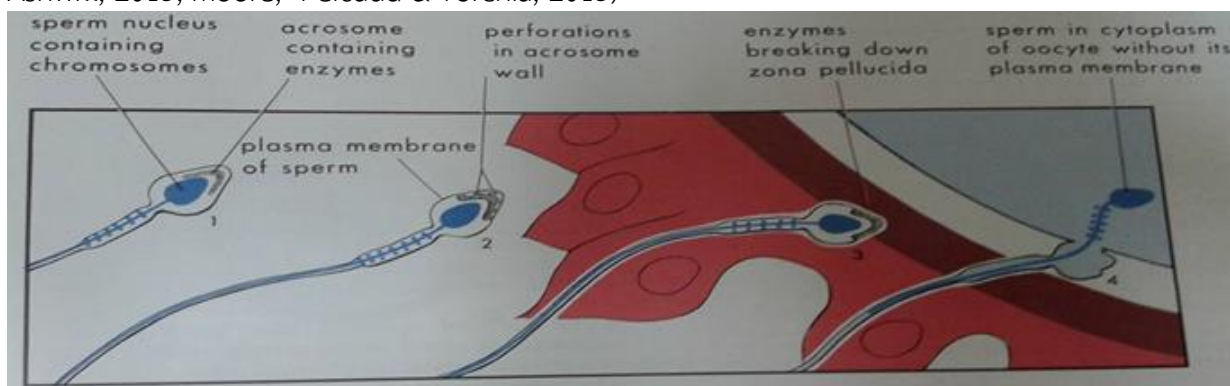
การปฏิสนธิ

การปฏิสนธิ (fertilization, conception) คือ กระบวนการที่อสุจิ 1 ตัวเข้าไปผสมกับไข่ 1 ใบ และมีการรวมตัวกันระหว่างโครโมโซมพ่อและแม่ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013)

กระบวนการปฏิสนธิ มีดังต่อไปนี้

1. การร่วมเพศแต่ละครั้งฝ่ายชายจะหลั่งน้ำอสุจิออกมาประมาณ 3-5 มล. ซึ่งจะมีตัวอสุจิประมาณ 200-300 ล้านตัว ผ่านเข้าสู่ช่องคลอดและโพรงมดลูก จะมีเชื้ออสุจิเพียงตัวเดียวที่แข็งแรงสามารถไขทะลุเปลือกไข่ (zona pellucida) โดยใช้ hyaluronidase enzyme ทำลายเปลือกไข่ จากนั้นจะสลัดหางทิ้งพร้อมกับมีการเปลี่ยนแปลง permeability ทำให้เกิดการปิดป้องกันไม่ให้อสุจิตัวอื่นเข้าไปผสมพันธุ์ได้อีก การปฏิสนธิมักเกิดที่บริเวณส่วนปลายท่อนำไข่ ampulla

2. เมื่อตัวอสุจิผสมกับไข่แล้ว nucleus ของไข่กับของอสุจิรวมตัวกัน เกิดการแบ่งตัวแบบไมโอซิส (meiosis) ทันที โดยการลดจำนวนโครโมโซมของตนเองลงครึ่งหนึ่ง ก่อนที่จะมีการรวมตัวกันของ male pronucleus กับ female pronucleus ซึ่งเป็นการจับคู่กันของ 22 + 22 autosomes และ sex chromosome 1 คู่ ถ้าจับคู่เป็น (22+XX) ได้เพศหญิง ถ้า (22+XY) ได้เพศชาย ผลจากการปฏิสนธิจะได้ zygote ซึ่งประกอบด้วย 46 chromosomes (23 คู่) ภายในโครโมโซมมี gene ซึ่งประกอบด้วย molecule ของ DNA (deoxyribo nucleic acid) และ RNA (ribo nucleic acid) ต่อกันเป็นลูกโซ่ gene จะเป็นตัวถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากบิดามารดา การปฏิสนธิจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ภายใน 24 ชม. และมีการเจริญเติบโตไปเป็นโครงสร้างที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอยู่ในครรภ์ของทารกด้วย ได้แก่รก เยื่อหุ้มรก น้ำคร่ำและสายสะดือ องค์ประกอบทั้งหมดนี้รวมทั้งทารกเรียกว่าสิ่งปฏิสนธิ (conceptus) แล้วเข้าสู่กระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสิ่งปฏิสนธิ (cleavage) ต่อไป (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013; Moore, Persaud & Torchia, 2013)

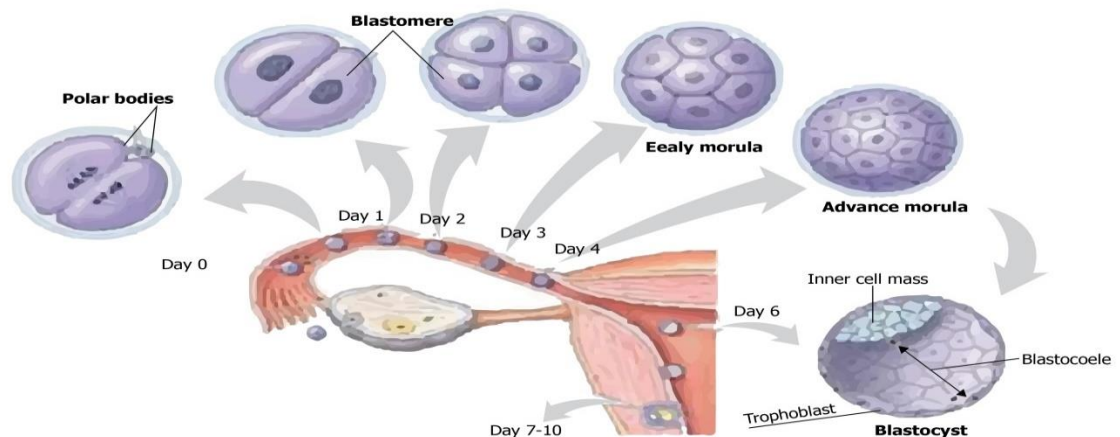


รูปที่ 1: แสดงการปฏิสนธิ Note. From Moore, K.L., & Persaud, T.V.N. (1993). *Before we are born* (4th ed., pp. 27). Philadelphia: W.

การแบ่งตัวและการฝังตัว

หลังจากเสร็จสิ้นการปฏิสนธิ zygote จะมีการแบ่งตัวแบบไมโทซิส (mitotic cell division) แบบทวีคูณ จาก 1 เป็น 2 จาก 2 เป็น 4 จาก 4 เป็น 8 จาก 8 ได้ 16 blastomeres กลุ่ม blastomeres มี

ลักษณะคล้ายน้อยหน้าเรียกว่า morula และเกิดช่องว่างมีน้ำสะสมระหว่างเซลล์รวมกันเป็นแอ่ง เรียกระยะนี้ว่า blastocyst พร้อมๆกับการเดินทางเข้าสู่โพรงมดลูก และจะเรียก morula ในช่วงนี้ว่า early blastocyst แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ inner cell mass ที่จะพัฒนาไปเป็นตัวอ่อนในครรภ์ (fetus) และ outer cell mass ที่จะพัฒนาไปเป็นรก (placenta) และเยื่อหุ้มรก (fetal membranes) ประมาณวันที่ 5 zona pellucida ที่หุ้มอยู่โดยรอบ จะค่อยเสื่อมสลายไป เปลี่ยนเป็น late blastocyst และจะมีการฝังตัวเกิดขึ้นประมาณวันที่ 6 และแทรกเข้าไปในชั้นผิวของเยื่อโพรงมดลูกที่เรียกว่า decidua โดยการสร้างเอนไซม์ทำลายเยื่อโพรงมดลูก primary chorionic villi จะยื่นเข้าไปจับกับ decidua basalis (ในระยะนี้ในส่วนของ blastocyst จะมีการ differentiate ไปเป็น trophoblast ซึ่งจะพัฒนาไปเป็นรกต่อไป) บริเวณที่เหมาะสมแก่การฝังตัวมากที่สุดคือบริเวณมดลูกส่วนบน (fundus) ขบวนการฝังตัวของ blastocyst จะสมบูรณ์ประมาณวันที่ 10 หลังการปฏิสนธิ ในขณะที่ฝังตัวอาจมีเลือดออกเล็กน้อยได้หรือที่เรียกว่าเลือดล้างหน้าเด็ก (Hartman' sign) ซึ่งทำให้สตรีบางคนเข้าใจผิดคิดว่าเป็นเลือดประจำเดือน หลังจากนั้นจะมีการเจริญพัฒนาต่อไปเป็นตัวอ่อนและทารกต่อไป รวมถึงรก เยื่อหุ้มทารก น้ำคร่ำและสายสะดือ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013)



รูปที่ 2: แสดงการปฏิสนธิจนถึงการฝังตัว

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์

กลุ่มของเซลล์ที่เกิดขึ้นหลังจากปฏิสนธิเป็นเนื้อเยื่อ (germ layer) 3 ชั้น ซึ่งแต่ละชั้นจะพัฒนาต่อไปเป็นอวัยวะต่าง ๆ ของตัวอ่อนดังนี้

1. ectoderm: ชั้นนอกสุด จะเจริญไปเป็นหนังกำพร้า ผม ขน เล็บ ต่อมเหงื่อ ต่อมไขมัน ต่อมน้ำลาย ต่อมน้ำนม ต่อมไต้สมองส่วนหน้า หูชั้นใน เลนส์ตา เคลือบฟัน เยื่อบุในปาก จมูกและทวารหนัก central

nervous system (CNS), peripheral nervous system (PNS) ต่อมาได้สมองส่วนหลัง กลุ่มเส้นประสาทต่างๆ เรตินา เยื่อรับรู้ความรู้สึกในหู จมูก ปาก และทวารหนัก

2. mesoderm: ชั้นกลาง จะเจริญไปเป็นกระดูก กระดูกอ่อน ไชกระดูก กล้ามเนื้อ แกนกลางของพินหัวใจและหลอดเลือด หลอดน้ำเหลือง เซลล์เม็ดเลือด ม้าม ไต ท่อไต และอวัยวะสืบพันธุ์

3. endoderm: ชั้นในสุด จะเจริญไปเป็นเยื่อบุผิว (epithelium) ของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ตับ ตับอ่อน ต่อมไทรอยด์ ต่อมไทมัส กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ดังนั้นความพิการร่วมกันจึงมาจากระดับชั้นเดียวกัน เช่น พบความผิดปกติของหัวใจร่วมกับไต

ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดแบ่งตามระยะของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และพัฒนาการของทารกในครรภ์แต่ละไตรมาสได้ดังนี้

ระยะของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะไข่ (pre-embryonic stage) เป็นช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังปฏิสนธิ มีการเพิ่มจำนวนเซลล์ภายในไข่ (undifferentiated phase) การตัดแปลงรูปและลักษณะเฉพาะของเซลล์ และการฝังตัวสมบูรณ์

2. ระยะตัวอ่อน (embryonic stage) เป็นระยะตั้งแต่เริ่มสัปดาห์ที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 8 หลังจากการปฏิสนธิแล้ว มีการเจริญเติบโตสร้างเนื้อเยื่อ (differentiation) และการสร้างอวัยวะต่างๆ (organogenesis) เซลล์ตัดแปลงตัวเร็ว เกิดอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ดวงตา ปุ่มแขนขา อวัยวะสืบพันธุ์ ระยะนี้วิลไล (villi) เจริญมากจนทำหน้าที่รกได้ในสัปดาห์ที่ 6 ระยะนี้นับเป็นระยะที่มีความสำคัญ เพราะโครงสร้างอวัยวะอาจเกิดความผิดปกติหรือพิการได้จากเทอร์ราโตเจน (teratogens)

3. ระยะทารก (fetal stage) เป็นระยะตั้งแต่สัปดาห์ที่ 9 จนถึงคลอด อวัยวะต่าง ๆ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว (dramatic growth and refinement in the structure and function) (ธีระ, 2555; McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013)

พัฒนาการของทารกในครรภ์แต่ละไตรมาส

1. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในไตรมาสที่ 1

ระยะ 10 สัปดาห์นับจากปฏิสนธิ หรือ 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstrual period: LMP)

ระยะ 12-24 ชั่วโมง ไข่ที่มีการปฏิสนธิแล้ว จะแบ่งตัวจนได้ male และ female pronucleus จากนั้นแบ่งตัวจาก 1 เป็น 2-4-6---16—เซลล์

วันที่ 2-3 เซลล์ที่แบ่งตัวจะมีลักษณะคล้ายน้อยหน่า (morula) เคลื่อนที่โดยการโบกพัดของซิเลีย (cilia) เข้าไปในโพรงมดลูก

วันที่ 4-5 morula จะเริ่มพัฒนาเป็น blastocyst

วันที่ 6-7 blastocyst จะเริ่มฝังตัวที่ผนังชั้นในโพรงมดลูกและจะฝังตัวสมบูรณ์ภายในวันที่ 10

สารอาหารที่ได้ในระยะนี้มาจากการแทรกซึมผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ในโพรงมดลูกจากมารดา

สัปดาห์ที่ 2 การฝังตัวจะลึกขึ้น มีการเพิ่มขนาดเซลล์และจัดเรียงตัวเป็นกลุ่มเซลล์แบน ๆ 2 ชั้น คือ ectodermal และ endodermal และมีถุงกลางเกิดขึ้น 2 ถุงคือ ถุงน้ำคร่ำ (amniotic cavity) และถุงไข่แดง (yolk sac)

สัปดาห์ที่ 3 ระยะนี้ตัวอ่อน (embryo) และถุงหุ้มจะมีความยาวประมาณ 1.5 มิลลิเมตร เริ่มการพัฒนาระบบหัวใจระบบไหลเวียนโลหิต สมองและเส้นประสาท และเส้นเลือดต่าง ๆ รวมทั้งสายสะดือ inner cell mass จะแบ่งตัวออกเป็น 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่ 1 ectodermal layer ชั้นที่ 2 mesodermal layer และชั้นที่ 3 endodermal layer ซึ่งจะพัฒนาไปเป็นอวัยวะต่าง ๆ ระบบประสาทส่วนกลางเริ่มพัฒนา (CNS) มี neural plate เกิดขึ้นซึ่งจะเจริญไปเป็นศีรษะ และ neural tube ซึ่งจะเจริญไปเป็นไขสันหลัง หัวใจและระบบไหลเวียนเริ่มพัฒนาขึ้น

สัปดาห์ที่ 4 ตัวอ่อนยาว (crown-rump length: CRL) 4 มิลลิเมตร รูปร่างยาวรี ตัวอ่อนจะโค้งไปข้างหน้าเป็นตัว “C-shaped” เริ่มมีการฟอร์มใบหน้า ระบบทางเดินหายใจส่วนบน ตุ่มตา หู และแขน สมองและไขสันหลังมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว neural tube จะปิดช่วงสัปดาห์นี้ หากไม่ปิดจะเกิด spina bifida หัวใจเริ่มมีการพัฒนา 4 ห้องหัวใจ ทางเดินหายใจส่วนกลางและระบบย่อยอาหารส่วนบนเริ่มเจริญเติบโต

สัปดาห์ที่ 5 ตัวอ่อนยาว (CRL) 8 มิลลิเมตร ศีรษะมีขนาดโตมากเพราะสมองมีการเจริญพัฒนาอย่างรวดเร็ว หัวใจเริ่มเต้น แขนมีการพัฒนาและเริ่มมีปมนิ้ว

สัปดาห์ที่ 6 ตัวอ่อนยาว (CRL) 13 มิลลิเมตร ศีรษะก้มและใหญ่กว่าลำตัว 4 ห้องหัวใจพัฒนาสมบูรณ์ แขนและขามีการพัฒนามากขึ้น ปรากฏนิ้วมือนิ้วเท้า มีพัฒนาการของตา หู จมูก

สัปดาห์ที่ 7-8 เป็นช่วงสิ้นสุดระยะตัวอ่อน embryonic stage ตัวอ่อนยาวประมาณ (CRL) 5 เซนติเมตร น้ำหนัก 2 กรัม รูปร่างหน้าตาเป็นคนชัดเจน อวัยวะภายในเกิดขึ้นครบทุกอย่าง ตับไต ลำไส้เจริญอย่างรวดเร็ว สายสะดือเห็นได้ชัดเจน มีอวัยวะเพศภายนอกแต่ยังไม่แยกเพศไม่ได้ โครงสร้างสำคัญต่าง ๆ ครบแล้ว

สัปดาห์ที่ 9-12 เข้าสู่ระยะทารก ความยาว (CRL) 7-9 เซนติเมตร น้ำหนัก 19 กรัม อวัยวะต่างๆเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วทั้งโครงสร้างและหน้าที่ ศีรษะมีขนาดครึ่งหนึ่งของลำตัว ใบหน้ากว้าง นัยน์ตาคู่อยู่ห่างกันมาก เริ่มมีการเคลื่อนไหวเพราะระบบประสาทเริ่มทำงาน ลำไส้เข้าไปอยู่ในช่องท้องในสัปดาห์ที่ 10 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 สามารถแยกเพศหญิงชายได้ชัดเจน แขนทั้งสองข้างมีความยาวเกือบเท่าความยาวปกติของทารกครบกำหนด ขณะที่ขาทั้งสองข้างยังเจริญได้ไม่ดีและสั้นกว่าปกติ ระยะนี้ทารกเริ่มมีการผลิตปัสสาวะและขับถ่ายออกสู่ถุงน้ำคร่ำ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของน้ำคร่ำ (amniotic fluid: AF)

2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในไตรมาสที่ 2

ระยะสัปดาห์ที่ 11-25 จากปฏิสนธิ หรืออายุครรภ์ที่ 13-27 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย

เดือนที่ 4 (อายุครรภ์ 13-16 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 14 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 110 กรัม ศีรษะจะดูเล็กลง เพราะลำตัวเจริญขึ้น หน้าตาเหมือนมนุษย์มากขึ้น มีผมเกิดขึ้น มีขนคิ้ว มีการกลอกตาไปมา เริ่มฟังได้ยินเสียงหัวใจเต้น ขาทั้งสองข้างยาวขึ้น เริ่มดูดกลืนน้ำคร่ำ มี meconium ในลำไส้

กระดูกมี ossification มีอาการสะอึกเป็นครั้งคราว เริ่มมีการเคลื่อนไหวแรงขึ้น (quickenig) จนมารดา รู้สึกได้ เริ่มงอข้อศอกได้

เดือนที่ 5 (อายุครรภ์ 17-20 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 16 เซนติเมตร เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 20 น้ำหนักประมาณ 300 กรัม ขนาดศีรษะลดลงเป็น 1 ใน 2 ของลำตัว เริ่มมีไข (vernix caseosa) ตามตัว ขนอ่อน (lanugo) มีไขมันสีน้ำตาล (brown fat) ปกคลุมลำคอ หลัง เพื่อความอบอุ่นและช่วยปรับอุณหภูมิ ของทารกหลังคลอด เริ่มมีขนคิ้ว สังเกตเห็นเส้นผมชัดเจน ทารกเพศหญิงมีมดลูกเจริญดีแล้ว เริ่มมีช่องคลอด ทารกเพศชายอวัยวะเริ่มเคลื่อนลงมาจากช่องท้อง

เดือนที่ 6 (อายุครรภ์ 21-24 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 23 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 600 กรัม ศีรษะกับลำตัวเริ่มได้สัดส่วนกัน ผิวหนังเหี่ยวย่น ดูโปร่งใสและมีสีค่อนข้างแดงเนื่องจากหลอดเลือดฝอยในชั้นผิวหนัง ลืมตา-หลับตาได้ ปอดเริ่มมีถุงลมปอดเกิดขึ้นแต่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์

เดือนที่ 7 (อายุครรภ์ 25-28 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 27 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 1,100 กรัม ปอดเริ่มทำงาน ระบบไหลเวียนทำงานดีขึ้น มีไขมันปกคลุมมากขึ้น ผิวหนังย่นน้อยลงและมีสีแดงลดลง ระยะเวลาถึงแม้ปอดเจริญและทำหน้าที่แลกเปลี่ยนอากาศได้แล้ว แต่ถ้าคลอดออกมาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

3. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในไตรมาสที่ 3

สัปดาห์ที่ 26-38 จากปฏิสนธิ หรืออายุครรภ์ที่ 28-40 สัปดาห์ ของการตั้งครรภ์นับจากวันแรก ของประจำเดือนครั้งสุดท้าย

เดือนที่ 8 (อายุครรภ์ 29-32 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 30 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 1,800-2,000 กรัม ผิวหนังเริ่มเรียบและเป็นสีชมพู แขนและขากลมขึ้น เล็บมือเล็บเท้ายาวขึ้น

เดือนที่ 9 (อายุครรภ์ 33-36 สัปดาห์) ขนาดลำตัวยาว (CRL) 36 เซนติเมตร น้ำหนัก 2,500 กรัม ลำตัวอ้วนกลม ผิวเหลืองชมพูเรียบตึงขึ้น มีไขมันใต้ผิวหนังมากขึ้น ขนอ่อนตามลำตัวลดลง ผมจะหนาและนุ่มขึ้น ปอดมีสารเคลือบผิวสมบูรณ์ ทารกเพศชายมีลูกอัณฑะเคลื่อนลงถุง scrotum ด้านมดทั้ง 2 ข้างสูงขึ้น

เดือนที่ 10 (อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์) ความยาว (crown-heel length: CHL) 48-52 เซนติเมตร เฉลี่ย 50 เซนติเมตร น้ำหนัก 3,000-3,500 กรัม ผิวหนังเรียบสีชมพู เป็นระยะที่ทารกมีพัฒนาการเติบโตเต็มที่ครบกำหนดคลอด ขนอ่อนมีเล็กน้อยที่ขาและไหล่ มีไขที่ข้อพับ กระดูกอ่อนของจมูกและหูเจริญเต็มที่ ใบหูแข็ง ทารกเพศชายมีลูกอัณฑะเคลื่อนลงในถุงทั้งสองข้าง ทารกเพศหญิงแคมใหญ่ (labia majora) โตเต็มที่และปิดแคมเล็ก เส้นรอบวงของศีรษะเป็นส่วนใหญ่ที่สุดของร่างกาย ครบกำหนดพร้อมที่จะคลอด หลังการปฏิสนธิ 266 วัน (38 สัปดาห์) หรือ 280 วัน (40 สัปดาห์) นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย

(McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013: Moore, Persaud, & Torchia, 2013)

ระบบการทำงานต่าง ๆ ของทารกในครรภ์

การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย รวมถึงระบบการไหลเวียนต่างๆของทารกในครรภ์ ได้แก่ ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จิตใส, 2557: Moore, Persaud, & Torchia, 2013)

ระบบการไหลเวียนเลือด (fetal circulation)

การสร้างเม็ดเลือด (hematopoiesis) ใน embryo เกิดขึ้นครั้งแรกที่ yolk sac ต่อมาเป็นหน้าที่ของตับ (เดือนที่ 2) ม้ามและต่อมไทมัส (thymus) (เดือนที่ 6) ส่วนไขกระดูกซึ่งเป็นแหล่งสำคัญจะเริ่มสร้างเม็ดเลือดในเดือนที่ 4-5 และทำหน้าที่นี้เป็นหลักต่อไปจนกระทั่งคลอด

ระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่น ช่วงกึ่งกลางการตั้งครรภ์ 15 กรัม% เพิ่มขึ้นเป็น 18 กรัม% เมื่อครบกำหนด

ฮีโมโกลบินหลักของทารกคือ HbF เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น HbF จะลดปริมาณลงและมี HbA มากขึ้น เมื่อครบกำหนดคลอด 3 ใน 4 ของฮีโมโกลบินคือ HbF และจะลดระดับลงเท่าผู้ใหญ่ใน 6-12 เดือนหลังคลอด

ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด Factor II, VII, X, XI, XIII, fibrinogen ต่ำกว่าในผู้ใหญ่ ส่วนเกล็ดเลือด โปรตีนและไข่ขาวมีพอ ๆ กัน

ปริมาณเลือดในทารกครบกำหนดมีราว 125 มิลลิเมตร/น้ำหนักทารก 1,000 กรัม อายุเม็ดเลือดแดงสั้นกว่าผู้ใหญ่ ถูกทำลายรวดเร็ว เม็ดเลือดแดงแตกตลอดเวลา ทำให้ระดับบิลิรูบินในเลือดสูง หลังคลอดจึงพบภาวะตัวเหลืองได้บ่อย

ระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นระบบแรกที่ทำหน้าที่ของตัวอ่อน (embryo) ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงปลายของสัปดาห์ที่ 3 เพราะความจำเป็นในความต้องการออกซิเจนและสารอาหาร และเพื่อกำจัดของเสียและคาร์บอน ไดออกไซด์ออกจากร่างกาย ประกอบด้วย 2 ระบบ คือ placental และ systemic circulation ที่เชื่อมต่อกันด้วยทางลัดที่ ductus arteriosus และ foramen ovale โดยที่ออกซิเจนและสารอาหารผ่านจากเลือดแม่ทางวิลโลแล้วจะผ่านไปจนถึง umbilical vein เมื่อไปถึงตับจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนน้อยจะเข้าสู่ระบบไหลเวียนของตับทาง portal vein และส่วนใหญ่จะเข้า ductus venosus ไป inferior vena cava เข้าสู่หัวใจห้องบนขวาผ่านทางลัด foramen ovale เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้ายไปออก aorta เพื่อไปเลี้ยงหัวใจและสมอง ส่วนเลือดดำจาก superior vena cava จะกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาและห้องล่างขวาเพื่อไปยังปอด แต่ปอดทารกยังมีความต้านทานของหลอดเลือดสูงมากเลือดจึงผ่าน ductus arteriosus เข้า descending aorta ไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างและผ่านออกไปแลกเปลี่ยนออกซิเจนและสารอาหารที่รक्तทาง hypogastric arteries และ umbilical arteries ทารกในครรภ์มีเลือดดำและเลือดแดงผสมกัน

ระบบทางเดินปัสสาวะ (the urinary system)

ระบบทางเดินปัสสาวะ เริ่มพัฒนาปลายสัปดาห์ที่ 4 ประกอบไปด้วยไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และท่อปัสสาวะ ปลายเดือนที่ 3 ทารกเริ่มขับถ่ายสารต่าง ๆ ออกมาได้แม้ว่าไตยังทำงานได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร ปัสสาวะที่ขับจากไตทารกนี้จะมีความเข้มข้นต่ำ ทารกอายุ 18 สัปดาห์ขับปัสสาวะ 7-14 มิลลิลิตรต่อวัน

เมื่อครบกำหนดจะได้ 27 มิลลิลิตร/ชั่วโมงหรือ 650 มิลลิลิตร/วัน ไตทารกมีความสำคัญในการควบคุมจำนวนและส่วนประกอบของน้ำคร่ำ ในช่วงหลังปีสภาวะทารกจะมีองค์ประกอบใกล้เคียงกับของน้ำคร่ำมาก

ระบบทางเดินหายใจ (the respiratory system)

ระบบทางเดินหายใจ เริ่มพัฒนาสัปดาห์ที่ 4 จากหลอดลม กล่องเสียง ปอด หลอดลมฝอย และถุงลมปอดจนมีเพียงพอในสัปดาห์ที่ 26 สัปดาห์ที่ 11 จะเริ่มมีการเคลื่อนไหวในปอด อัตราการหายใจยังไม่สม่ำเสมอราว 30-70 ครั้ง/นาที สัปดาห์ที่ 24 เริ่มสร้างสารเคลือบผิว (pulmonary surfactant) ช่วยลดความตึงผิวของถุงลม สารนี้สามารถบอกความสมบูรณ์ของปอดได้ และสามารถตรวจได้จาก amniotic fluid ของทารกในครรภ์ คือ lecithin (L): sphigomyelin (S) เพื่อทำนายความสามารถในการทำงานของปอดหลังคลอด อายุครรภ์ 35 สัปดาห์ค่า L : S ratio = 2:1 แสดงว่า ปอดมีความสมบูรณ์พอทำหน้าที่ได้ และพร้อมที่จะหายใจเมื่อคลอด และหลัง 35 สัปดาห์ค่า L : S ratio > 2:1 หมายถึงปอดมีประสิทธิภาพสูงสุด

ระบบย่อยอาหาร (the digestive system)

ระบบย่อยอาหาร เริ่มพัฒนาสัปดาห์ที่ 4 จนสัปดาห์ที่ 11 ลำไส้เล็กเริ่มมีการบีบรัด (peristalsis) และดูดซึมน้ำตาล glucose ได้ น้ำย่อย (enzymes) จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ สัปดาห์ที่ 16 ทารกเริ่มกลืนน้ำคร่ำ ทารกครบกำหนดกลืนน้ำคร่ำได้ 450-500 มิลลิลิตร/วัน เท่า ๆ กับจำนวนนมที่ทารกเกิดใหม่ต้องการ ระยะหลังของการตั้งครรภ์พบว่าทารกกลืนน้ำคร่ำของทารก มีส่วนสำคัญที่ช่วยควบคุมปริมาณน้ำคร่ำ ในรายที่ทารกในครรภ์กลืนน้ำคร่ำผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) สารที่ทารกได้รับจากการกลืนน้ำคร่ำ ช่วยทำให้การเจริญของทางเดินอาหารเป็นไปได้ดีขึ้น รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการบริโภคอาหารหลังคลอดนอกจากนี้ยังเป็นการช่วยขับถ่ายสารที่ไม่ละลายในน้ำคร่ำออกมาเป็นขี้เทา (meconium) มีลักษณะเหนียว สีเขียวออกดำเพราะมีส่วนประกอบของน้ำดี

ระบบภูมิคุ้มกัน (the immune system)

ระบบภูมิคุ้มกัน ตับเป็นอวัยวะแรกที่เป็นแหล่งกำเนิดเม็ดเลือดขาวชนิด lymphocytes และเม็ดเลือดชนิดอื่น ๆ ซึ่งต่อมาไขกระดูกจะเป็นแหล่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้าง B cell อิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin) เกือบทั้งหมดเป็น IgG ที่ส่งผ่านรกตั้งแต่อายุครรภ์ 16 สัปดาห์และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ บางตัวที่มีโมเลกุลใหญ่ก็ผ่านรกไม่ได้ การส่งผ่าน IgG antibody บางชนิดอาจเป็นอันตรายต่อทารก เช่น มารดาที่มีกรุ๊ปเลือดเป็น Rh-ve และบิดา Rh+ve ทารกในครรภ์มีโอกาสที่จะมี Rh+ve ร่างกายมารดาจะสร้างภูมิต้านทาน (antibodies) ต่อเม็ดเลือดแดงของลูก ซึ่งจะมีผลต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ภูมิต้านทานในกระแสเลือดแม่จะผ่านรกเข้าไปยังกระแสเลือดลูก ไปทำลายเม็ดเลือดแดงของลูกซึ่งมีแอนติเจนอยู่ ทำให้ทารกเกิดภาวะโลหิตจางที่รุนแรงในครรภ์ต่อมา ส่วน IgM จะพบเมื่อมีการติดเชื้อในครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน (rubella), cytomegalovirus, toxoplasmosis

ระบบประสาท (the nervous system)

ระบบประสาทพัฒนามาจาก neural plate จากชั้น ectoderm ในสัปดาห์ที่ 3 แล้วพORMเป็น neural tube ซึ่งพัฒนาไปเป็นระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system: CNS) ประกอบไปด้วยสมองกับไขสันหลัง และ neural crest ซึ่งพัฒนาไปเป็นระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system: PNS) ประกอบไปด้วยโครงสร้างต่างๆ

ความผิดปกติของสมองตั้งแต่แรกเกิด ได้แก่ ภาวะโพรงสมองมีน้ำคั่ง/ โรคหัวบาตร (hydrocephalus) ซึ่งมักเกิดจากการคั่งของน้ำไขสันหลัง (CSF) จากการอุดตันการไหลเวียน หรือการสร้างมากกว่าการดูดซึมกลับมาก และภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation) ที่มีเชาวน์ปัญญา (IQ) ต่ำกว่าปกติตั้งแต่แรกเกิด สาเหตุมาจากความผิดปกติของโครโมโซมและเมตาบอลิซึม ได้แก่ Down's syndrome หรือการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตั้งครรภ์ หรือจากการติดเชื้อในครรภ์

ความผิดปกติของไขสันหลังตั้งแต่แรกเกิดที่มักพบเจอ ได้แก่ Spina Bifida เป็นความบกพร่องของกระดูกไขสันหลังที่มีถุงยื่นผ่านจากกระดูกไขสันหลังออกมาตามตำแหน่งที่บกพร่องนั้น เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 4

พัฒนาการของรก เยื่อหุ้มทารก สายสะดือ และน้ำคร่ำ

รก (placenta) (ธีระ, 2555; Moore, Persaud, & Torchia, 2013)

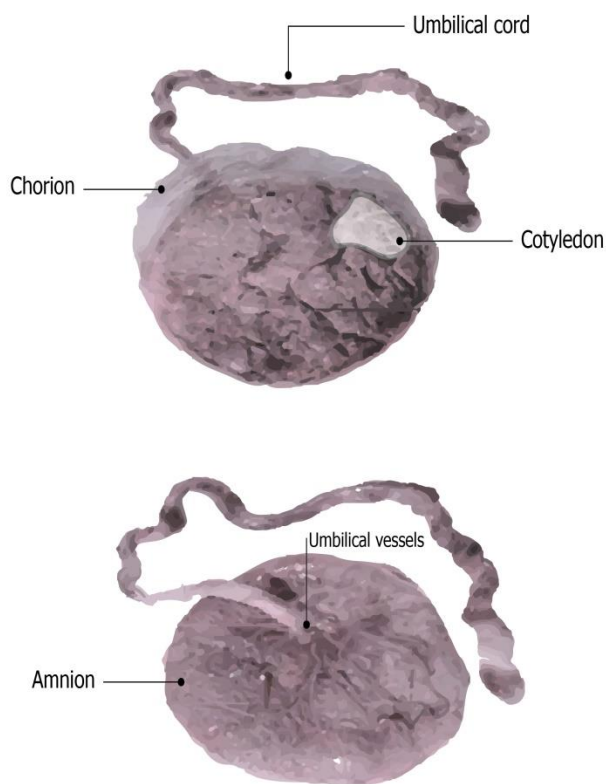
กำเนิดของรก: หลังปฏิสนธิโดยประมาณวันที่ 6-7 trophoblast ส่วนชั้น syncytiotrophoblast จะเจริญยื่นยาวคล้ายง่ามนิ้วมือเข้าไปในชั้นเยื่อบุโพรงมดลูก decidua แผ่กระจายออกไปกลายเป็นวิลโล เป็นจุดเริ่มต้นในการฝังตัว ซึ่งจะสมบูรณ์ในวันที่ 9-10 จะเห็น chorionic villi ประมาณวันที่ 12 เริ่มมีช่องว่าง (lacuna) เกิดในชั้นโทรโพบลาสประมาณวันที่ 13 และจะขยายใหญ่อย่างรวดเร็วและรวมตัวกันเป็นที่เริ่มต้นของแอ่งเลือดของมารดา (intervillous space) สำหรับวิลโลมาจุ่มแลกเปลี่ยนน้ำและอาหาร โดยที่เลือดแม่และเลือดลูกมิได้ปนกัน โดยผ่านสิ่งขวางกั้นเรียก placental barrier หรือ placental membrane ประกอบด้วยชั้นต่างๆคือ 1) เซลล์เยื่อของหลอดเลือดทารก 2) สโตรมาหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพันภายใน villi 3) ชั้น cytotrophoblast ซึ่งจะหายไปหลัง 4 เดือนของการตั้งครรภ์ 4) ชั้นนอกสุดคือ syncytiotrophoblast ราววันที่ 17-18 หลังปฏิสนธิ จะมีหลอดเลือดเกิดภายในวิลโล เลือดมารดาและทารกจะไหลเวียนมาแลกเปลี่ยนสารกันได้ เป็นการเริ่มทำหน้าที่รกอย่างแท้จริง

หลังจากการฝังตัวสมบูรณ์แล้ว decidua จะถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) decidua basalis ซึ่งจะเจริญต่อไปเป็นตัวรก chorionic plate 2) decidua capsularis เป็นเยื่อชั้นผิวที่หุ้มปกคลุม embryo และเลือดมาเลี้ยงลดลง จะเสื่อมลงและกลายเป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นนอก (chorion) และ 3) decidua parietalis (vera) ส่วนของ villi จะเจริญออกไปรอด้าน แต่ทางด้าน decidua basalis จะเจริญแตกแขนงมากมายเรียกว่า chorion frondosum เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น chorion leave กับ amnion ประกบติดกันเป็นแผ่นเดียวคือ amnio-chorion และเมื่อตัวอ่อนเจริญเติบโตก็จะถูกดันไปชิดและเชื่อมกับ decidua parietalis จนปิดโพรงมดลูกในสัปดาห์ที่ 12-16 ของการตั้งครรภ์ รกจะมีการเจริญเติบโตกว้างออกไปเรื่อย ๆ จนถึง 20 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะเป็นการเจริญเติบโตเพิ่มเฉพาะความหนาอย่างเดียว

ลักษณะของรก: รกจะมีรูปร่างกลมหรือค่อนข้างรีแบนเหมือนจาน เส้นผ่าศูนย์กลาง 15-20 เซนติเมตร (7-8 นิ้ว) หนา 2-3 เซนติเมตร (1 นิ้ว) น้ำหนัก 400-600 กรัม (ประมาณ 1/6 ของน้ำหนักทารก) รกแยกได้ 2 ด้าน

1. รกด้านแม่ (maternal surface) เป็นด้านที่เป็นเยื่อบุโพรงมดลูกส่วน decidua basalis ลักษณะขรุขระเพื่อเพิ่มพื้นที่ผิวในการแลกเปลี่ยนสารอาหารและของเสียระหว่างมารดาและทารก มีสีแดงเหมือนเปลือกลิ้นจี่ (cotyledon) มีประมาณ 15-20 ก้อน แต่ละก้อนมีแนวร่องก้นเรียก placenta sulcus รกด้านนี้ถูกปกคลุมด้วย เยื่อหุ้มเด็กชั้น chorion เยื่อหุ้มนี้จะฉีกขาดได้ง่าย

2. รกด้านลูก (fetal surface) พัฒนามาจาก chorionic villi ลักษณะลื่นเรียบ มีสีเทาอ่อนเป็นมันบางเหนียวใสเป็นเยื่อหุ้มเด็กชั้น amnion ปกคลุมอยู่ มีสายสะดือติดอยู่ตรงกลางหรือค่อนข้างไปทางด้านใดด้านหนึ่ง มีหลอดเลือดแม่ไปสิ้นสุดห่างจากขอบรก 1-2 เซนติเมตร ที่ขอบรกเป็นวงสีขาวโดยรอบเกิดจากการเชื่อมกันของ decidua capsularis และ decidua parietalis เรียกว่า closing ring of wrinkle waldeyer



รูปที่ 3: แสดงลักษณะรกด้านแม่ (บน) รกด้านลูก (ล่าง)

หน้าที่ของรก

รกเป็นอวัยวะที่นับเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้ หากมีการเสียหน้าที่อันใดไปจะส่งผลกระทบต่อชีวิตทารกได้ หน้าที่ที่สำคัญของรกมีดังต่อไปนี้

1. ขนส่งอาหารให้แก่ทารก (nutrition) โดยการแลกเปลี่ยนสารอาหารระหว่างเลือดมารดาและทารกอย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา

2. แลกเปลี่ยนก๊าซ (respiration) ระหว่าง O_2 และ CO_2 คือการทำหน้าที่แทนปอดในขณะที่ปอดของทารกยังไม่ทำงาน

3. ขับถ่ายของเสีย (excretion) โดยของเสียจากการเผาผลาญของทารกในครรภ์ ได้แก่ ยูเรีย ครีตินิน ไนโตรเจน จะผ่านรกสู่มารดา

4. เกราะป้องกัน (barrier) โดยรกสามารถป้องกันการติดเชื้อบางอย่างที่จะผ่านสู่ทารกในครรภ์ได้ และสามารถถ่ายทอดภูมิคุ้มกันโรค tetanus, measles, mumps, diphtheria, polio จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ได้

5. สังเคราะห์ฮอร์โมน (synthesis) รกผลิตฮอร์โมนต่างๆ ได้แก่ steroid hormone เช่น progesterone, estrogen และ protein hormone เช่น hCG, hPL ดังนี้

5.1 โปรเจสเตอโรน (progesterone) ใน 7 สัปดาห์แรกสร้างจากคอร์ปัสลูเทียม หลังจากนั้นรกจะเริ่มสร้างและสร้างทดแทนเต็มที่ในสัปดาห์ที่ 11 โดยสร้างจาก cholesterol ของมารดา และส่วนใหญ่ถูกหลั่งเข้าสู่ระบบไหลเวียนของมารดา ปริมาณจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างรวดเร็วจาก 40 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ในไตรมาสแรกเป็น 160 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตรเมื่อเข้าไตรมาส 3 และคงระดับที่อายุครรภ์ได้ 32 สัปดาห์ ฮอร์โมนนี้ได้ชื่อว่าฮอร์โมนของผู้เป็นมารดา (hormone of mother) มีหน้าที่ดังนี้

1) เตรียมเยื่อบุโพรงมดลูก เพิ่มความหนาให้เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว

2) ทำงานร่วมกับฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) มีผลทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลง ไข่ที่ผสมแล้วฝังตัวง่าย ป้องกันการแท้ง และช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนดคลอด

3) เพิ่มความหนืดของมูกที่ปากมดลูก

4) พัฒนาคอมน้ำนม

5) ช่วยกั้นระบบภูมิคุ้มกันของมารดา ป้องกันการปฏิเสธทารกในครรภ์

6) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของกระเพาะอาหาร ลำไส้ คลายตัว อาจทำให้เกิดท้องผูกและเป็นริดสีดวงทวารได้

5.2 เอสโตรเจน (estrogen) รกเริ่มสร้างในสัปดาห์ที่ 6-12 ใช้ C-19 steroid ที่สร้างจากต่อมหมวกไตทารกมาช่วยสร้างเอสโตรเจน ปริมาณ estradiol (E_2) จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไตรมาสที่สามจะเพิ่มรวดเร็วมากถึง 1,000 เท่าของภาวะปกติ โดยเฉพาะ estriol (E_3) เมื่อครรภ์ครบกำหนดคลอด estrogen ที่พบในปัสสาวะสตรีจะพบในรูป estriol ฮอร์โมนนี้เป็นฮอร์โมนของเพศหญิง (hormone of women) มีหน้าที่ดังนี้

1) ทำให้มีการเจริญของเต้านมมารดา โดยเฉพาะท่อน้ำนมจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น

2) กระตุ้นมดลูกให้มีขนาดโตขึ้นและมีพัฒนาการไปพร้อมๆกับทารกในครรภ์

3) ทำให้เส้นเลือดของกล้ามเนื้อมดลูกของมารดาขยายตัว ทำให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงมดลูกมากขึ้น

4) ทำให้ศูนย์หายใจของมารดาไวต่อคาร์บอนไดออกไซด์

5) เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกของมารดาอ่อนนุ่ม

- 6) กระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ของมารดาหลั่งฮอร์โมนโพรแลกติน (prolactin)
- 7) ทำให้ plasma protein ของมารดาลดลง
- 8) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกของมารดามีความไวต่อฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์
- 9) กระตุ้นการสร้างเมลานิน (melanin) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิวของมารดา เช่น ทำให้มี striae gravidarum
- 10) ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือ (sodium) ในร่างกายของมารดา ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

5.3 Human Chorionic Gonadotropin (hCG) ผลิตโดย chorionic villi ฮอร์โมนนี้มีความสำคัญในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ สามารถตรวจจากปัสสาวะเจอได้ตั้งแต่วันที่ 4-7 หลังขาดประจำเดือน และตรวจพบในเลือดได้ตั้งแต่ 7-9 วันหลังปฏิสนธิ ซึ่งเร็วกว่าในปัสสาวะ

เยื่อหุ้มทารก (fetal membranes) (จีระ, 2555; Moore, Persaud, & Torchia, 2013)

เยื่อหุ้มทารก ทำหน้าที่ปกป้องทารกในครรภ์ ให้อาหารและขับของเสีย มี 2 ชั้นดังนี้

1. Chorion เป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นนอกติดกับผนังมดลูก เจริญมาจาก chorion laeve มีลักษณะขุ่นไม่เรียบ ไม่มีความเหนียวฉีกขาดง่าย ได้รับเลือดมาเลี้ยงจากเยื่อบุโพรงมดลูก เป็นแหล่งสะสมของฮอร์โมน progesterone บางครั้งมีส่วนของ decidua ลอกติดออกมา
2. Amnion เป็นเยื่อหุ้มทารกชั้นในห่อหุ้มทารก สายสะดือและน้ำคร่ำไว้ภายใน ลักษณะเป็นถุงบางสีขาวใส เหนียวและบางกว่า chorion ไม่มีทั้งเส้นเลือดและเส้นประสาท ในระยะแรก amnion เป็นเพียงถุงเล็กๆที่คลุมผิวหนังด้านหลังของตัวอ่อน เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นถุงน้ำคร่ำ (amniotic sac) แผ่กว้างออกและมีช่องว่างใหญ่มากขึ้น จะค่อยๆกลืนตัวอ่อนเข้ามาอยู่ในถุงน้ำคร่ำทั้งตัว และจะไปชิดกับผิวหนังด้านในของชั้น chorion มีส่วนในการสังเคราะห์โปรตีน และการแลกเปลี่ยนของน้ำและอิเลกโตรไลต์ รวมทั้งสารละลายอื่นๆ และสร้างน้ำคร่ำบางส่วน สามารถลอกแยกออกจากเยื่อหุ้มชั้น chorion ได้โดยตลอด

ภายหลังคลอดจะเห็นมีรอยฉีกขาดเป็นรูกลมบนเยื่อหุ้มทารกทั้ง 2 ชั้น ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เด็กคลอดผ่านออกมา โดยทั่วไปรอยแตกของเยื่อหุ้มทารกจะอยู่ห่างขอบรกที่สั้นที่สุดไม่น้อยกว่า 7 เซนติเมตร ถ้ามีระยะสั้นกว่านี้แสดงว่ารกเกาะต่ำกว่าปกติ

สายสะดือ (umbilical cord) (จีระ, 2555; Moore, Persaud, & Torchia, 2013)

สายสะดือเป็นส่วนที่เชื่อมระหว่างตัวเด็กกับรก โดยเจริญมาจาก connecting stalk (body stalk), yolk sac และ allantoins สายสะดือมีผิวหนังชั้นนอกคลุมด้วยชั้น amnion หุ้มผนังของสายสะดือไว้ตลอดภายในสายสะดือมีหลอดเลือด 3 เส้นคือ

1. เส้นเลือดแดง (umbilical arteries) 2 เส้น มีขนาดเล็กกว่าเส้นเลือดดำ มีหน้าที่นำเลือดเสียจากตัวทารกกลับไปยังรก

2. เส้นเลือดดำ (umbilical vein) 1 เส้น มีหน้าที่นำเลือดดีหรือเลือดบริสุทธิ์จากรกไปยังตัวทารก มีขนาดใหญ่กว่าเส้นเลือดแดง มีประโยชน์ในการใช้ให้เลือดหรือยาเข้าเส้น ในกรณีต้องมีการถ่ายเลือด หรือให้ยาบางชนิดหลังทารกคลอดทันที

ระหว่างหลอดเลือดทั้ง 3 มี connective tissue (Wharton's jelly) มาค้ำจุนไม่ให้หลอดเลือดถูกกดทับ หักพับ ไม่เป็นปม ในทารกครบกำหนดจะมีสายสะดือยาว 35-100 เซนติเมตร เฉลี่ย 50 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 เซนติเมตร ถ้าสั้นกว่า 32 เซนติเมตรจะเสี่ยงต่อรกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) และทารกมีความผิดปกติรุนแรง เช่น ไตพิการ (renal agenesis) ถ้าสายสะดือยาวมากจะเสี่ยงต่อการที่สายสะดือพันคอทารก (nuchal cord) และสายสะดือพันกันเป็นปมจริง (true knot) ซึ่งเป็นอันตรายมากเพราะจะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงทารก อาจทำให้เสียชีวิตได้ บางครั้งอาจพบสายสะดือหนาขึ้นเป็นปมเทียม (false knot) ซึ่งมี 2 ชนิด คือ false vascular knot (เส้นเลือดในสายสะดือของอโป่งพองเฉพาะที่) และ false jelly knot ซึ่งไม่มีอันตรายต่อทารก

น้ำคร่ำ (amniotic fluid)

น้ำคร่ำหรือน้ำหล่อเด็ก เป็นของเหลวที่อยู่รอบตัวทารกในครรภ์ จะถูกสร้างขึ้นตั้งแต่อายุครรภ์ 2 สัปดาห์ แหล่งผลิตคือ 1) ปัสสาวะของทารก และ 2) ของเหลวที่มาจากเลือดของมารดาผ่านเยื่อหุ้มชั้น amnion

ลักษณะปกติของน้ำคร่ำ มีสีคล้ายฟางข้าวใส (clear-pale, straw-colour) ประกอบด้วยน้ำ 99% โปรตีน 0.25% และเกลือแร่ต่างๆ เช่น Na, K, Cl, albumin, urea, lecithin, sphingomyelin, leukocyte และ มี epithelial cell, lanugo hair และ vernix caseosa อยู่ด้วย มีฤทธิ์เป็นต่าง

หน้าที่/ ความสำคัญของน้ำคร่ำ

1. เป็นเสมือนกันชน ช่วยลดความสะเทือน/ความกดดัน ป้องกันการกระทบทารกในครรภ์ จากการกระทบกระเทือนจากภายนอก
2. ช่วยควบคุมอุณหภูมิให้คงที่
3. ช่วยควบคุมความดันภายในโพรงมดลูก
4. ช่วยให้ตัวอ่อนเคลื่อนไหวเปลี่ยนทิศทางได้สะดวก มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมดุลง (symmetrical growth and development) กระดูกและกล้ามเนื้อสามารถพัฒนาได้อย่างอิสระ
5. ช่วยขยายปากมดลูก และเมื่อถุงน้ำทวนหัวแตกน้ำคร่ำจะช่วยทำความสะอาด ช่องคลอด และหล่อลื่นให้ทารกคลอดสะดวก
6. ใช้ตรวจสอบสุขภาพและวุฒิภาวะทางโครงสร้างของปอดทารกในครรภ์

ปริมาณของน้ำคร่ำ	
อายุครรภ์ 6 สัปดาห์	ปริมาณ 8 มล.
12 สัปดาห์	50-80 มล.
16 สัปดาห์	200 มล.
20 สัปดาห์	400 มล.
36-38 สัปดาห์	1,000 มล.
40 สัปดาห์	800 มล.

ตารางที่ 1: ปริมาณน้ำคร่ำในช่วงตั้งครรภ์

Note. From Moore, K.L., Persaud, T.V.N., & Torchia, M. G. (2013). *The developing human: Clinically oriented embryology* (9th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.

เมื่ออายุครรภ์ได้ 15 สัปดาห์ ของเหลวที่สร้างขึ้น จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์ จะมีปริมาณ 500-1,000 มิลลิลิตร ถ้ามีน้ำคร่ำน้อยกว่า 400-500 มิลลิลิตร เรียก oligohydramnios ซึ่งอาจเกิดจากมีน้ำคร่ำรั่ว หรือไตทารกผิดปกติ แต่ถ้ามีจำนวนมากกว่า 2,000 มิลลิลิตร (2 ลิตร) เรียกว่า hydramnios จะสังเกตได้ว่ารูปร่างท้องจะกลมใหญ่ คลำดูส่วนทารกไม่ค่อยพบ ฟังเสียงหัวใจทารกไม่ค่อยได้ยิน ส่วนน้ำไม่เข้าช่องเชิงกราน เมื่อถุงน้ำคร่ำแตกจะมีน้ำคร่ำไหลออกมามาก จะพบบ่อยในทารกที่มีการอุดตันของระบบทางเดินอาหาร อยู่ในท่าผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะสายสะดือย้อย/พลัดต่ำ (prolapsed cord) ได้ ถ้าอายุครรภ์เกินกำหนด (มากกว่า 42 สัปดาห์) ปริมาณน้ำคร่ำจะลดลงเรื่อยๆ อาจพบเพียง 200-300 มิลลิลิตร

(McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013)

การปฏิสนธิเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่ค่อนข้างซับซ้อน หลังจากนั้นก็จะมีการพัฒนาการของตัวอ่อนกลายเป็นทารก พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการปฏิสนธิและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ เพื่อจะได้ดูแล ให้คำแนะนำแก่สตรีที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ และสตรีระยะตั้งครรภ์เพื่อให้มีความรู้และสามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

สื่อที่ใช้: วิดิทัศน์ Fertilization

: วิดิทัศน์ Fetal development

เอกสารอ้างอิง

- จิตใส ลาวัลย์ตระกูล. (2557). การปฏิสนธิการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์. ใน จิตติพร อิงคถาวรวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาและทารก* (หน้า 135-164). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีระ ทองสง. (2555). *สูติศาสตร์* (เรียบเรียงครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ลักขมีรัฐ.
- McKinney, E.S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4th ed.). St.Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Moore, K.L., Persaud, T.V.N., & Torchia, M. G. (2013). *The developing human: Clinically oriented embryology* (9th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของ ทารกในครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายเทอราโตเจนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริม ที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
4. อธิบายระยะวิกฤตของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์
2. ปัจจัยทางพันธุกรรม
3. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม
 - 3.1. เทอราโตเจน
 - 3.2. สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริม
4. ระยะวิกฤตของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์

กระบวนการของการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก อยู่ภายใต้การควบคุมของยีน/โครโมโซม และสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่น สารเสพติด เชื้อโรค ซึ่งจะมีผลต่อตัวอ่อนมนุษย์ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นได้ เรียกว่าพิการแต่กำเนิด รูปปริปริตแต่กำเนิด หรือวิกลรูปแต่กำเนิด (congenital anomaly/ malformation/ abnormality) บางชนิดเห็นได้ทันทีหลังคลอด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ แต่บางชนิดจะทราบก็ต่อเมื่อ อวัยวะนั้นๆ เริ่มทำหน้าที่ เช่น หูหนวก ความพิการนี้อาจเกิดกับอวัยวะเดียวหรือหลายอวัยวะร่วมกันก็ได้ ดังนั้นพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกในครรภ์ (อำไพ, 2557; Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2010; Murray & McKinney, 2014)

ปัจจัยทางพันธุกรรม (gene/ chromosome)

กรรมพันธุ์มีส่วนสำคัญในการกำหนดสติปัญญาความเฉลียวฉลาด และภาวะทางสุขภาพ ความผิดปกติของโครโมโซมหรือยีนในด้านจำนวนหรือโครงสร้าง อาจเกิดกับ autosome หรือ sex chromosome ซึ่งจะทำให้ทารกเกิดความผิดปกติได้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

1. Down's syndrome (trisomy-21) กลุ่มอาการผิดปกติหลักคือ ปัญญาอ่อน มีโรคหัวใจพิการ และอายุสั้น ลักษณะอื่นๆที่พบได้แก่ สันจมูกแบน เตี้ยกว่าปกติ หางตาชี้ขึ้น และเส้นลายมือตามขวางมีเส้นเดียว
2. Edward's syndrome (trisomy-18) มีอาการผิดปกติคือ ปัญญาอ่อน ปากแหว่ง เพดานโหว่ ศีรษะมีขนาดเล็ก มีความผิดปกติเกี่ยวกับม่านตา นิ้วมือบิดงอและกำแน่นเข้าหากัน สะดือจุ่น ปอดและระบบย่อยอาหารผิดปกติ หัวใจพิการแต่กำเนิด และมักเสียชีวิตก่อนอายุ 1 ขวบ
3. Patua's syndrome (trisomy-13) มีอาการผิดปกติคือ ปัญญาอ่อน ปากแหว่ง เพดานโหว่ ตาชิดกัน ศีรษะเล็ก และมีความผิดปกติของแขนขา
4. Turner's syndrome (45,xo) เพศหญิงจะมีอาการผิดปกติคือ ไม่มีประจำเดือนและเป็นหมัน ลักษณะภายนอกจะมีอาการปัญญาอ่อน มีพังผืดที่คอ และเต้านมเล็ก
5. Klinefelter's syndrome (47, xxy) เพศชายจะมีอาการผิดปกติคือ อ้วนทะเล็กกว่าปกติ เป็นหมัน เต้านมโตผิดปกติ แขนขายาวกว่าปกติ และเสียงแหลม
6. Thalassemia เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการสร้างฮีโมโกลบิน ถ่ายทอดโดยยีนของบิดาหรือมารดาที่มีความผิดปกติ ถ้าได้รับมาจากคนใดคนหนึ่งเท่านั้นก็จะเป็นพาหะของโรค จะมีอาการเหมือนคนปกติ แต่ถ้ารับมาจากทั้ง 2 คน ก็จะเป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ซึ่งมีอาการซีด และตับม้ามโต
7. ภาวะพร่องเอนไซม์ G-6-PD (Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency) พบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอาการผิดปกติคือตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal jaundice) และภาวะเม็ดเลือดแดงแตกสลายอย่างฉับพลัน (acute hemolytic anemia) หลังจากที่ได้รับยา สารเคมี หรือเกิดภาวะใดก็ตามที่กระตุ้นให้มีการแตกสลายของเม็ดเลือดแดง

8. Hemophilia เกิดในเพศชายเป็นส่วนมาก โดยมารดาจะเป็นพาหะโรค/ผู้แฝงโรค และนำความผิดปกติสู่บุตรชาย เป็นโรคที่ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือด (Coagulation factor) คือ Hemophilia A ขาดแฟคเตอร์ 8 (Factor VIII) และ Hemophilia B ขาด แฟคเตอร์ 9 (Factor IX) เด็กจะมีประวัติเลือดออกง่ายหยุดยาก และอาการขึ้นกับความรุนแรงของโรค

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environmental influences)

แม้ว่าทารกในครรภ์จะได้รับการปกป้องเป็นอย่างดีภายในมดลูก แต่ถ้าได้รับสารพิษในช่วงที่ตัวอ่อน (embryo) กำลังเจริญเติบโตและมีพัฒนาการ ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติหรือการผิดปกติแต่กำเนิดได้ซึ่งสารเคมีและยาบางชนิดเหล่านี้ เรียกว่าเทอร์ราโตเจน (teratogen) และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อพัฒนาการทารกในครรภ์ มีดังนี้

เทอร์ราโตเจน (teratogen)

1. ยาและสารเคมีที่เป็นเทอร์ราโตเจน ได้แก่

1.1 นิโคติน (nicotine) สารนิโคตินในบุหรี่ยังทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง ทารกในครรภ์ได้ออกซิเจนและสารอาหารลดลง เซลล์ที่กำลังเจริญตัวทำลายเกิดภาวะขาดออกซิเจน เกิดภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation: IUGR) มีขนาดตัวเล็กกว่าปกติ แท้ง คลอดก่อนกำหนด (แม่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน จะคลอดก่อนกำหนดมากกว่าแม่ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า) น้ำหนักน้อยกว่าปกติ ปากแหว่งเพดานโหว่ เสียชีวิตระยะแรกเกิด เมื่อทารกเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพองสูงกว่าทารกที่เกิดจากแม่ที่ไม่สูบบุหรี่

1.2 แอลกอฮอล์ (alcohol) สามารถผ่านทางรกทำอันตรายต่อพัฒนาการของตัวอ่อนได้ ทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) จะมีภาวะ fetal alcohol syndrome (FAS) ทำให้เกิด CNS deficits (microcephaly, mild-moderate mental retardation, congenital heart disease) ศีรษะเล็กผิดปกติ หน้าบิตเบี้ยว ปัญญาอ่อน แท้ง และคลอดก่อนกำหนด

1.3 คาเฟอีน (caffeine) ได้แก่กาแฟ ชา โคล่า สารคาเฟอีนสามารถผ่านรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ได้ ในหนึ่งวันไม่ควรดื่มกาแฟมี caffeine อยู่มากกว่า 200-300 มิลลิกรัมขึ้นไป หรือเท่ากับ 3-5 ถ้วยกาแฟ และดื่มต่อเนื่องกันตลอดการตั้งครรภ์ อาจเสี่ยงทำให้แท้งบุตรได้บ้าง

1.4 ยาคุมกำเนิด การได้รับยาคุมกำเนิดที่มี progestogen และ estrogen ขณะตั้งครรภ์ในช่วงวิกฤติของการเติบโตจะแสดงอาการ VACTERL syndrome (Vertebral, Anal, Cardiac/ VSD, Tracheoesophageal, Renal and Limb deformities) ซึ่งอาจเกิดความผิดปกติของกระดูก สันหลัง ทวารหนัก หัวใจ หลอดอาหาร หลอดลม ไต และแขนขาได้

1.5 Androgenic agents ฮอร์โมนเพศชายมีผลกระทบต่อทารก ทำให้มีลักษณะของเพศชายในทารกเพศหญิงได้

1.6 ยาต้านมะเร็ง (antineoplastic agents) เป็นเทอร์ราโตเจนอย่างมากเพราะจะยับยั้งการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วของเซลล์ ตัวอ่อนอาจเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติหลายอย่างโดยเฉพาะกระดูก กะโหลกศีรษะ แขน ขา และกระดูกสันหลัง

1.7 ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ได้แก่ coumarin, warfarin สามารถผ่านรกได้ ทำให้เกิดภาวะตกเลือดของทารกในครรภ์ และเกิดความผิดปกติได้หลายอย่างเช่น ศีรษะเล็ก ปัญญาอ่อน เป็นต้น

ยกเว้น heparin ไม่ผ่านรกและไม่ทำอันตรายต่อตัวอ่อน

1.8 ยารักษาโรคลมชัก (anticonvulsants) ได้แก่ ยาเฟนิโทอิน (Phenytoin) หรือ dilantin ทารกจะเกิดกลุ่มอาการ fetal hydantoin syndrome (microcephaly, IUGR, mental retardation, cleft palate, etc.) ปัญญาอ่อน ปากแหว่ง เจริญเติบโตช้าในครรภ์ เป็นต้น ยกเว้น phenobarbital จะปลอดภัยสำหรับทารกในครรภ์

1.9 ยารักษาไทรอยด์ (thyroid drugs) ไอโอดีนสามารถผ่านรกได้ ไปขัดขวางการสร้าง thyroid hormone ทำให้เกิดภาวะ hypothyroidism ทำให้ thyroid บวมโตเกิดภาวะ fetal goiter ถ้ามีขนาดใหญ่ อาจเกิดการหายใจของทารกได้ นอกจากนี้ยังทำให้เกิด cretinism (แคระ ปัญญาอ่อน) และ dystrophy ของกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน

1.10 ยากล่อมประสาท (tranquilizers) ยา thalidomide ทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง เนื่องจากจะทำให้ทารกเกิด thalidomide syndrome เช่น แขนขาขาด (meromelia) ความผิดปกติของหัวใจ หูชั้นนอก และระบบทางเดินอาหาร ก่อนจะใช้ยานี้จะต้องมีการเซ็นใบยินยอมการรักษา Lithium carbonate เป็นสาเหตุความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด diazepam ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จะทำให้ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ในระยะแรกของการตั้งครรภ์

1.11 ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) ยาที่เป็นเทอราโทเจน ได้แก่ tetracyclines สามารถผ่านรกไปเกาะที่กระดูกและฟันของตัวอ่อนในบริเวณที่มี active calcification ดังนั้นถ้าได้รับยานี้ในไตรมาสที่ 2 และ 3 อาจเกิด tooth defects ฟันมีสีเหลืองจนถึงน้ำตาล และยับยั้งการเจริญของ long bones

Streptomycin ในปริมาณสูงเพื่อรักษาวัณโรคทำให้ประสาทเส้นที่ 8 ถูกทำลายการได้ยินจะเสีย สำหรับยากลุ่ม penicillin พบว่าปลอดภัยสำหรับทารกในครรภ์

1.12 ยาและสารเสพติด จำพวก cocaine, heroine, และ amphetamines อาจทำให้เกิดการแท้ง ตายคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด คลอดก่อนกำหนด แขนขาผิดปกติ มี intracranial hemorrhage IUGR

2. ภาวะติดเชื้อ ได้แก่

2.1 การติดเชื้อไวรัสหัดเยอรมัน (rubella virus) ถ้าทารกในครรภ์ได้รับเชื้อในไตรมาสแรกจะทำให้ทารกเกิดต้อกระจก (cataract) ความผิดปกติของหัวใจ หูหนวก (deafness) ต้อหิน (glaucoma) สมอเล็ก ความผิดปกติของฟัน

2.2 การติดเชื้อไซโตเมกกะโลไวรัส (cytomegalovirus, CMV) ถ้าทารกได้รับเชื้อนี้ไม่ว่าระยะใดของการตั้งครรภ์ จะมีผลต่อ visual-hearing-learning disability (ตาบอด สมอเล็ก ปัญญาอ่อน หูหนวก)

2.3 การติดเชื้อไวรัสเฮอร์ปีส์ ซิมเพลกซ์ (herpes simplex virus) ทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) การติดเชื้อรุนแรง (severe infection) ถ้าได้รับเชื้อในขณะที่คลอดจะทำให้เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ (local infection; mouth, eyes, skin, sepsis, CNS involvement)

2.4 การติดเชื้อซิฟิลิส (*treponema pallidum*) ในมารดาที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิส เชื้อสามารถผ่านรกได้ทุกช่วงอายุครรภ์ ทำให้เกิดการแท้ง (abortion) คลอดก่อนกำหนด (premature labor) ทารกที่ติดเชื้อรุนแรงจะตายคลอด (stillbirth) เกิดความพิการแต่กำเนิด ได้แก่ หูหนวก ภาวะน้ำคั่งในสมอง ปัญญาอ่อน การเจริญเติบโตผิดปกติ

2.5 การติดเชื้อทอกโซพลาสมา (*toxoplasma parasite*) เชื้อสามารถผ่านรกทำให้ทารกติดเชื้อ ความรุนแรงของ infection จะเกิดได้มากในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ความผิดปกติที่พบ เนื้อสมองถูกทำลาย สมองเล็ก ตาเล็ก ภาวะน้ำคั่งในสมอง

3. สารกัมมันตรังสี ความรุนแรงของการทำลายขึ้นกับขนาดรังสี และอายุทารก อายุครรภ์น้อยยิ่งมีผลกระทบมาก ถ้าได้รับในปริมาณมากมีผลทำให้ ทารกสมองเล็ก spina bifida เพดานโหว่ ปัญญาอ่อน กระดูกและอวัยวะภายในผิดปกติ ปริมาณรังสีตั้งแต่ 100 mGy หรือ 10 rad. ทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ หรือเกิดการแท้งบุตรตามมาได้ (เอกซเรย์ ปอด < 0.01 mGy ปริมาณไม่ถึงขนาดที่เป็นอันตราย) และปริมาณรังสีที่ทำให้เด็กทารกในครรภ์เสียชีวิต คือระดับรังสีตั้งแต่ 500 mGy หรือ 50 rad

4. สารโลหะหนัก ในแบคทีเรีย สี หมึก สารที่เป็นตัวทำลาย ยาฆ่าแมลง/หนู ยาฆ่าเชื้อรา สิ่งทอ เช่น แคดเมียมทำให้ทารกชายเป็นหมัน สารตะกั่วและสารปรอททำให้แท้ง คลอดก่อนกำหนด เพดานโหว่ ตีบูกมีอัตราการแท้งสูง พิการทางสมอง ศีรษะลีบเล็ก ไม่เจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางชีวเคมีจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงรูปร่างสัณฐานของตัวอ่อน (embryo) เนื่องจากเนื้อเยื่อและอวัยวะของตัวอ่อนจะมีความไวต่อเทอร์ราโตเจนมาก แต่การพัฒนาโครงสร้างของแต่ละอวัยวะจะมีความไวต่อเทอร์ราโตเจนได้ไม่เท่ากันในแต่ละช่วงของการเป็นตัวอ่อน กลไกที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ได้แก่ ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโตน้อย/มาก/ผิดตำแหน่ง การดูดซึมกลับน้อย/มาก/ผิดตำแหน่ง ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญและพัฒนาการของทารก เช่น อาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด การแท้งหรือความพิการต่าง ๆ โดยขึ้นอยู่กับระยะวิกฤตในการเจริญเติบโต

สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริม

ความผิดปกติแต่กำเนิดนอกจากจะมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นเทอร์ราโตเจนแล้ว ยังมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ ดังนี้ (อำไพ, 2557)

1. อายุมารดา (maternal age) มารดาที่มีอายุมากมีโอกาสให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และอัตราการเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของมารดา เชื่อว่ามารดาที่มีอายุมากทำให้ความสามารถในการผลิตไข่ที่สมบูรณ์ลดน้อยลง

2. เชื้อชาติ (ethnic) ความผิดปกติแต่กำเนิดบางอย่างจะพบในแต่ละเชื้อชาติแตกต่างกัน เช่น ชาวเอเชียจะมีอัตราการเกิด thalassemia gene มากกว่ากลุ่มอื่น ชาวตะวันตกมีอัตราการเกิด sickle cell anemia มาก

3. ประวัติการตั้งครรภ์ (reproductive history) ประวัติการแท้งเอง (spontaneous abortion) ตายคลอด (stillbirth) เคยคลอดบุตรที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด หรือปัญญาอ่อน

4. ฮอร์โมนผิดปกติ (hormonal disturbance) ภาวะผิดปกติของระดับฮอร์โมนในมารดา จะทำให้ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิดได้ เช่น มารดาเป็นเบาหวานก็จะมีโอกาสให้กำเนิดทารกที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดได้

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลทำให้ทารกพิการแต่กำเนิดได้ ปัจจัยหรือองค์ประกอบเหล่านี้ มีทั้งความผิดปกติของโครโมโซม ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเทอร์ราโตเจนและไม่เป็นเทอร์ราโตเจน และบางครั้งพบว่าความผิดปกติแต่กำเนิดเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน

ระยะวิกฤตของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

ช่วงวิกฤตของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ที่มากที่สุดคือ ช่วงที่เซลล์มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างรวดเร็วที่สุด และอยู่ในระหว่างการสร้างโครงสร้างที่สำคัญ เซลล์ระยะกำลังแบ่งตัวจะมีความเสี่ยงสูงที่เซลล์อาจถูกทำลาย ดังนั้นระยะวิกฤตของแต่ละอวัยวะจึงแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. ระยะการปฏิสนธิและการฝังตัว (pre-embryonic stage)

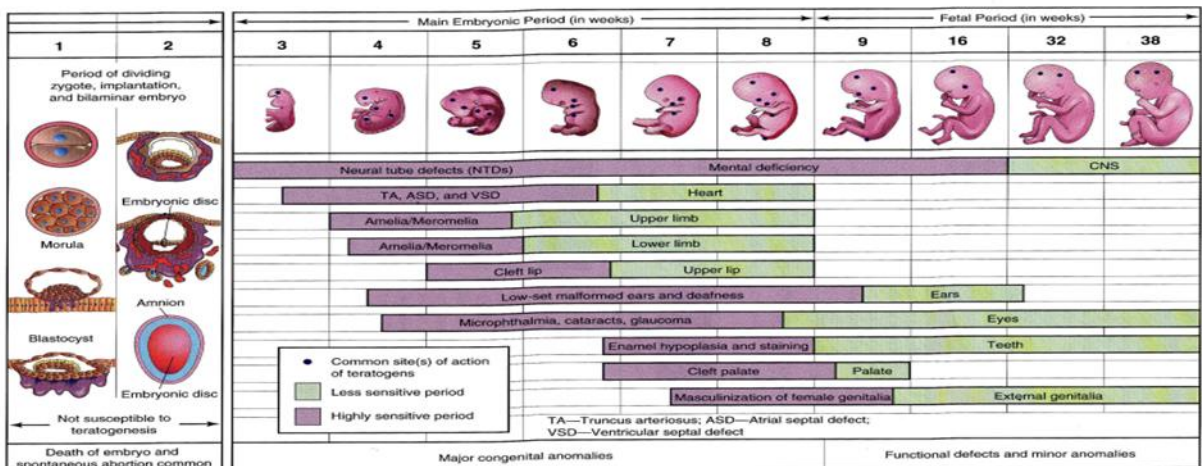
ระยะปฏิสนธิและฝังตัว ระยะนี้เทอร์ราโตเจนจะรบกวนการฝังตัวของ blastocyst และ/หรือทำให้เกิดการตายและแท้งทันทีแม้จะไม่เกิดความผิดปกติใด ๆ

2. ระยะตัวอ่อน (embryonic stage)

ระยะตัวอ่อน เป็นระยะที่ไวต่อเทอร์ราโตเจนมากเพราะเซลล์มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการมาก มีการสร้างอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ เทอร์ราโตเจนจะทำให้เกิดความพิการบกพร่องของโครงสร้างและหน้าที่ ทารกจะมีอวัยวะพิการแต่กำเนิด ผิดรูป มีการเจริญเติบโตช้าในครรภ์

3. ระยะทารก (fetal stage)

ระยะทารก ความไวต่อเทอร์ราโตเจนจะน้อยลง เป็นระยะการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เทอร์ราโตเจนจึงอาจทำให้เกิดความบกพร่องของหน้าที่ (function) มากกว่าด้านโครงสร้าง ผลกระทบจากเทอร์ราโตเจนจะขึ้นอยู่กับผลกระทบที่ gene ได้รับด้วย บางครอบครัวมี gene ที่ไม่สามารถต้านทานเทอร์ราโตเจนได้ แต่บางครอบครัว gene สามารถต้านทานเทอร์ราโตเจนได้ และเทอร์ราโตเจนแต่ละชนิดก็จะมีผลเฉพาะเจาะจงต่อ cell ที่สามารถทำลายได้



รูปที่ 4: แสดงระยะวิกฤตในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

Note. From Moore, K.L., Persaud, T.V.N., & Torchia, M.G. (2013). *The developing human: Clinically oriented embryology* (9th ed., pp. 489). Philadelphia: Elsevier Saunders.

การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากการปฏิสนธิ ซึ่งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้รับอิทธิพลมาจากพันธุกรรม หรือเชื้อชาติ อันเป็นลักษณะติดตัวมาแต่กำเนิด และอิทธิพลที่มาจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนมีอิทธิพลทั้งในทางบวกและทางลบต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ เพื่อจะได้ให้การดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง และทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล. (2557). พัฒนาการปกติและผิดปกติของรก ส่วนประกอบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับรก. ในอำไพ จารุวัชรพาณิชกุล (บรรณาธิการ), *สาระหลักทางการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์* (หน้า 121-140). เชียงใหม่: ครองช่าง พรินติ้ง.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2010). *Maternity nursing* (8th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Murray, S. S. & McKinney, E.S. (2014). *Foundation of maternal-newborn and women's health nursing* (6th ed.). New York: Elsevier Saunders.

โรคที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์

ความผิดปกติของการมีระดู

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

- วัตถุประสงค์** ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ
1. อธิบายภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ถูกต้อง
 2. อธิบายการพยาบาลภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกได้ถูกต้อง

หัวข้อ

- ความผิดปกติของการมีระดู
1. ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก
 2. การพยาบาลภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก

ความผิดปกติของการมีระดู

ความผิดปกติของการมีระดู (menstrual disorders) มีหลายอย่าง เช่น ภาวะไม่มีระดู ภาวะขาดระดู หรือภาวะเลือดระดูออกผิดปกติ บางครั้งอาจเรียกว่า ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ในที่นี้จะขอล่าถึงภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (Abnormal Uterine Bleeding: AUB)

ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก หมายถึง ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกที่มีลักษณะต่างจากระดูปกติ ทั้งปริมาณเลือดที่ออก (amount) ระยะเวลาที่มีระดู (duration) หรือระยะห่างระหว่างรอบระดู (interval) (มณี, 2550) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่

1. กลุ่มที่มีพยาธิสภาพ หมายถึง ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกที่มีสาเหตุจากการมีเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ (เช่น การแท้ง ตั้งครรภ์นอกมดลูก) การใช้ห่วงคุมกำเนิด โรคของระบบต่างๆ (เช่น โรคเลือด โรคตับ) และภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เป็นต้น

2. กลุ่มที่ไม่มีพยาธิสภาพ หรือที่เรียกว่า dysfunctional uterine bleeding (DUB) หมายถึง ภาวะที่มีเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก โดยไม่มีพยาธิสภาพใด ๆ ภายในอุ้งเชิงกราน หรืออาจเกิดจากการทำงานของรังไข่ผิดปกติ โดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ เนื้องอก การติดเชื้อหรือพยาธิสภาพอื่น ๆ (มณี, 2550) แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.1 ภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดที่ไม่มีไข่ตก (anovulatory DUB) พบบ่อยในสตรีวัยรุ่นที่เริ่มมีระดูครั้งแรก (post menarche) และวัยก่อนหมดระดู (premenopause) สาเหตุจากไฮโปธาลามัสต่อมใต้สมอง และรังไข่ทำงานไม่สมดุลกัน รังไข่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น โดยไม่มีการตกไข่ ทำให้ไม่มี corpus luteum ไม่มีการสร้างฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้นกระตุ้นให้เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญ และแบ่งตัวเพิ่มขึ้นอย่างมากมา เกิดการหลุดลอกของเยื่อบุโพรงมดลูกบางส่วน ทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด บางรายมีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการหลุดลอกของเยื่อบุโพรงมดลูกอย่างมาก ทำให้มีเลือดออกมากทางช่องคลอด

2.2 ภาวะเลือดออกผิดปกติที่มีไข่ตก (ovulatory DUB) พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และวัยใกล้หมดระดู (perimenopause) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด

2.2.1 ovulation bleeding เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนในช่วงสั้นๆ ก่อนการตกไข่ หลังจากนั้นคอร์ปัส ลูเทียม (corpus luteum) จะสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนขึ้นมาอีก ผู้ป่วยมักมีเลือดออกผิดปกติกลางรอบเดือน นั่นคือ มีระดูสองครั้งในหนึ่งรอบเดือน โดยครั้งหนึ่งมีปริมาณเลือดระดูปกติ ส่วนอีกครั้งมีปริมาณเลือดระดูน้อยกว่าปกติ

2.2.2 corpus luteum insufficiency เกิดจากความบกพร่องของ corpus luteum ทำให้มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในระดับต่ำกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีเลือดออกกะปริดกะปรอยก่อนที่จะมีระดูปกติ

2.2.3 persistent corpus luteum function ภาวะที่ corpus luteum ทำงาน นานกว่าปกติ ระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนไม่ลดลงแม้จะหมดระดูแล้วก็ตาม ทำให้มีเลือดออกนานกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีเลือดออกกะปริดกะปรอยหลังหมดระดูแล้ว

คุณลักษณะของรอบระดู		
	ปกติ	ผิดปกติ
ช่วงเวลา	4 – 6 วัน	น้อยกว่า 2 วัน หรือ มากกว่า 7 วัน
ปริมาณ	30 มิลลิลิตร (5-80 มิลลิลิตร)	มากกว่า 80 มิลลิลิตร
ระยะห่าง	24 – 35 วัน	

ตาราง 2: คุณลักษณะของรอบระดู คัดลอกจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=537:dysfunctional-uterine-bleeding-&catid=45:topic-review&Itemid=561

ภาวะเลือดออกผิดปกติ ที่ไม่เป็นไปตามรอบระดูปกติ มีดังนี้ (เศรษฐวัฒน์, 2559)

Amenorrhea คือ ภาวะขาดระดู

Menorrhagia รอบระดู (interval) สม่ำเสมอ จำนวนวันที่มา (duration) นานกว่าปกติ ปริมาณออกมาก

Hypermenorrhoea รอบระดูสม่ำเสมอ จำนวนวันที่มาปกติ แต่ปริมาณออกมาก

Hypomenorrhoea รอบระดูสม่ำเสมอ จำนวนวันที่มาปกติหรือน้อยลง ปริมาณน้อยกว่าปกติ

Metrorrhagia รอบระดูไม่สม่ำเสมอ จำนวนวันที่มานานกว่าปกติ ปริมาณปกติ

Menometrorrhagia รอบระดูไม่สม่ำเสมอ จำนวนวันที่มานานกว่าปกติ ปริมาณออกมาก

Polymenorrhoea รอบระดูมาบ่อย ช่วงห่างระหว่างรอบระดูน้อยกว่า 21 วัน แต่จำนวนวันที่มา และปริมาณเลือดที่ออกปกติ

Oligomenorrhoea รอบระดูนานๆ มาครั้ง คือนานกว่า 35 วัน จำนวนวันที่มาไม่แน่นอน ปริมาณน้อยลงบางตำราจัดภาวะ hypermenorrhoea และ menorrhagia เป็นประเภทเดียวกัน

ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของเลือดออกจากโพรงมดลูก ดังนี้ (กิติรัตน์, 2559)

ลักษณะของระดูที่ผิดปกติ	นิยาม
Heavy menstrual bleeding	ปริมาณระดูมากจนรบกวนคุณภาพชีวิตของสตรีไม่ว่าทางร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งอาจมี/ ไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย
Irregular menstrual bleeding	ช่วงระยะเว้นว่างมีระดูนานกว่า 20 วัน ภายในช่วงเวลา 90 วันที่สังเกตอาการ

Infrequent	รอบประจำมาห่าง > 38 วัน (1 หรือ 2 ครั้งในช่วงเวลา 90 วันที่สังเกตอาการ)
Prolonged menstrual bleeding	ระดูมานาน คือมานานกว่า 8 วัน
Shortened menstrual bleeding	ระดูมาสั้น คือมาน้อยกว่า 3 วัน
Intermenstrual bleeding	เลือดออกไม่สม่ำเสมอ มักจะมาน้อยและเวลาสั้น และเกิดระหว่างรอบระดูปกติ
Post-menopausal bleeding	เลือดออกที่เกิดภายหลัง 1 ปีหลังหมดระดู
Precocious menstruation	เลือดออกก่อนอายุ 9 ปี
Acute AUB	เลือดออกในวัยเจริญพันธุ์ขณะไม่ตั้งครรภ์ และต้องการการดูแลรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้สูญเสียเลือดมากขึ้น
Chronic AUB	เลือดออกผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเวลา ปริมาณและ/หรือ ความถี่ และเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ตาราง 3: คำจำกัดความของเลือดออกจากโพรงมดลูก คัดลอกจาก กิติรัตน์ เตชะไกรศักดิ์. นิยามและสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก, ใน *สูตินรีเวชทันยุค*. 2559: 139

อาการและอาการแสดง

มีเลือดออกมาก หรือกระปริดกระปรอยนานเป็นสัปดาห์ ผู้ป่วยอาจมีภาวะซีดและอ่อนเพลียจากการที่มีเลือดออกมาก อาจมีอาการปวดหรือไม่ปวดระดูร่วมด้วย อาจมีประวัติประจำเดือนขาดนำมาก่อนสัก 2-3 เดือนในบางราย

การรักษา

1. การรักษา anovulatory DUB มีดังนี้

1.1 การทำให้เลือดหยุด โดยการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนหรือโปรเจสติน ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือทำการขูดมดลูก (dilatation and curettage: D&C) ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยและรักษา โดยเฉพาะในรายที่มีเลือดออกมาก และต้องการหยุดเลือดทันทีพร้อมกับนำผลเนื้อเยื่อมาตรวจ หรือในรายที่มีอายุมากกว่า 35 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการหนาตัวของเยื่อโพรงมดลูก (endometrial hyperplasia) นอกจากนี้ยังมีหัตถการ (fractional and curettage: F&C) เป็นการขูดมดลูกบริเวณคอมดลูก (endocervix) เพื่อเก็บเนื้อเยื่อที่ปากมดลูกก่อนทำการขูดมดลูก มีประโยชน์ในการวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งปากมดลูก หรือมะเร็งเยื่อโพรงมดลูกซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูกเช่นกัน

1.2 การรักษาภาวะซีด ในกรณีที่เกิดการเสียเลือดปริมาณมากในเวลาอันรวดเร็ว ต้องให้เลือดทดแทน แต่ถ้าเสียเลือดปริมาณไม่มากนัก ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานธาตุเหล็กเพื่อช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง

1.3 ป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยใช้ฮอร์โมน เมื่อทำให้เลือดหยุดแล้วมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ยาที่ใช้คือ โปรเจสทิน หรือยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นต้น

2. การรักษา ovulatory DUB

2.1 การให้ยา เช่น NSAIDS ยาเม็ดคุมกำเนิด GnRH agonist และ Danazol

2.2 Endometrial ablation คือการทำลายเยื่อโพรงมดลูก ทำให้ผู้ป่วยไม่มีระดูหรือลดปริมาณเลือดระดู เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ menorrhagia

2.3 ผ่าตัดมดลูกออก (hysterectomy) ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาฮอร์โมน หรือในรายที่มีอายุมากแล้วหรือมีบุตรเพียงพอแล้ว รวมถึงผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโพรงมดลูก เช่น มะเร็งมดลูก เป็นต้น

การพยาบาลภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก (จิตใส, 2557; นันทกา, 2553)

การพยาบาลภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก ทำได้โดยการประเมินอาการเบื้องต้น การดูแลการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะต่างๆ รวมถึงการให้ความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนี้

1. ป้องกันภาวะช็อก โดยบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) ดูแลการให้สารน้ำและเลือดทดแทนตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออก สังเกตอาการช็อก (shock) หากพบความผิดปกติ เช่น ความดันเลือดลดลง pulse pressure แคบ ชีพจรเร็ว เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด เป็นลม ควรให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรีบด่วนและรายงานแพทย์ทันที

2. ป้องกันภาวะชืดและอันตรายที่เกิดจากภาวะชืด ประเมินความรุนแรงของการเสียเลือด โดยสังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากผ้าอนามัย ตรวจเยื่อบุตา เหงือก เล็บ และผลเลือด hct แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ชีต เหนื่อยง่ายเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับ ไข่แดง มะเขือพวง ผักใบเขียว เป็นต้น และการรับประทานอาหารอื่น ๆ ให้ครบ 5 หมู่

3. ป้องกันการติดเชื้อ ให้ความรู้ในการรักษาความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ในขณะมีเลือดออกไม่ให้หมักหมม เช่น การเปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อชุ่ม หรือทุกครั้งหลังขับถ่าย การล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจากข้างหน้าไปข้างหลัง การสังเกตลักษณะเลือดที่ออก เช่น สีของเลือด กลิ่นเหม็นเน่า เป็นต้น งดการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีเลือดออกทางช่องคลอด สังเกตอาการไข้ แนะนำอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ถั่ว ไข่ขาว เนื้อปลา ต้มยำมากกว่า 1,500 - 2,000 ซีซี. ต่อวัน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาฮอร์โมนอย่างต่อเนื่อง บางรายอาจต้องรักษาเป็นเวลานาน เพื่อมิให้เกิดเป็นซ้ำ พยาบาลต้องอธิบายให้ทราบ ซึ่งการรับประทานยาฮอร์โมนโดยเฉพาะในวัยรุ่น ต้องอธิบายให้ผู้ปกครองทราบและเข้าใจด้วย เพราะยาฮอร์โมนที่ได้อาจจะอยู่ในรูปของยาเม็ดคุมกำเนิด

5. อธิบายให้ทราบถึงผลของยาคุมกำเนิด เพื่อให้เลือดมาสม่ำเสมอ บอกให้ทราบอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น

6. เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด โดยเฉพาะในรายที่มาพึ่งผลชิ้นเนื้อ

7. ให้การดูแลด้านจิตใจ บางรายอาจเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะวัยใกล้หมดระดู อาจกลัวว่าจะเป็นโรคร้าย เช่น มะเร็ง พยาบาลต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริงและถูกต้อง และให้ครอบครัวเข้ามารับรู้ และมีส่วนร่วมด้วยและให้ผ่อนคลายความเครียด เพราะความเครียดมีผลต่อฮัยโปทาลามัส และอาจทำให้ระดูคลาดเคลื่อนได้

การชูดมดลูก เพื่อการรักษาในกรณีมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การพยาบาลมีดังนี้

การให้การพยาบาลก่อนการชูดมดลูก

1. ให้งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง
2. ให้ทำความสะอาดร่างกาย โดยให้อาบน้ำ สระผม และตรวจดูสีเล็บ ถ้ามีให้ล้างออก
3. สอนเทคนิคการหายใจลดปวด และการไออย่างมีประสิทธิภาพ
4. ตรวจสอบมีค่า เครื่องประดับ และฟันปลอม ถ้ามีให้เอาออก
5. วัดสัญญาณชีพและความดันโลหิต ก่อนส่งห้องผ่าตัด
6. ให้ถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

การให้การพยาบาลหลังการชูดมดลูก

1. ประเมินความรู้สึกตัว และอาการปวด
2. จัดท่านอน โดยให้นอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
3. วัดสัญญาณชีพและความดันโลหิต ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ซึ่งควรวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง
4. ใส่ฝ้ายอนามัย เพื่อประเมินปริมาณ ลักษณะ สี กลิ่น ของเลือดที่ออก
5. สังเกตอาการข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ

เป็นต้น

6. ดูแลให้ถ่ายปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังชูดมดลูก

การช่วยแพทย์เตรียมตรวจทางนรีเวช และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพ การรักษา และการดูแลที่ถูกต้อง พยาบาลควรมีทักษะที่ดีเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการให้ความร่วมมือและก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีที่สุดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิติรัตน์ เตชะไกรศักดิ์. (2559). นิยามและสาเหตุของภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พงษ์ส จันทรประภาพ, สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม, อรรถพล ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานูรักษ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ และคณะ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันสมัย* (หน้า 139). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง.
- จิตใส ลาวัลย์ตระกูล. (2557). การพยาบาลโรคที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์. ใน จิตติพร อิงคदारวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาและทารก* (หน้า 119-134). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (บรรณาธิการ). (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม)*. กรุงเทพมหานคร: วี.พรินท์ จำกัด.
- มณี รัตนไชยานนท์. (2550). ภาวะเลือดออกผิดปกติจากโพรงมดลูก. ใน มณี รัตนไชยานนท์ (บรรณาธิการ), *ภาวะผิดปกติที่สัมพันธ์กับการมีระดู* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง.
- เศรษฐวัฒน์ เศรษฐเสถียร. (2559). *Dysfunctional uterine bleeding*. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559, จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=537:dysfunctional-uterine-bleeding-&catid=45:topic-review&Itemid=561

การพยาบาลการอักเสบในอุ้งเชิงกราน

การพยาบาลภาวะเยื่ออุ้งโพรงมดลูกเจริญผิดที่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

- วัตถุประสงค์** ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ
1. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาของการอักเสบในอุ้งเชิงกรานได้ถูกต้อง
 2. อธิบายการพยาบาลการอักเสบในอุ้งเชิงกรานได้ถูกต้อง
 3. อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาของภาวะเยื่ออุ้งโพรงมดลูกเจริญผิดที่ได้ถูกต้อง
 4. อธิบายการพยาบาลภาวะเยื่ออุ้งโพรงมดลูกเจริญผิดที่ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การอักเสบในอุ้งเชิงกราน
2. ภาวะเยื่ออุ้งโพรงมดลูกเจริญผิดที่

การอักเสบในอุ้งเชิงกราน

การอักเสบในอุ้งเชิงกราน หรือการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน (pelvic inflammatory disease: PID) หมายถึงการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบน (upper genital tract) ได้แก่ มดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ เอ็นต่าง ๆ และเยื่อช่องท้องบริเวณอุ้งเชิงกราน มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นโรคที่มักพบในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ถ้าได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาไม่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่โรคลุกลามเป็นถุงหนอง จนกระทั่งแตกเข้าสู่ช่องท้อง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (สัญญา, 2550)

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อที่เกิดภายหลังแท้ง การคลอด หรือการผ่าตัดทางนรีเวช โดยมีปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เช่น การเปลี่ยนคู่อุปสรรคช่วยบ่งชี้ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใส่ห่วงอนามัยซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย

เชื้อที่ทำให้เกิด PID มีหลายชนิด สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. sexual transmitted organisms เช่น *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis* และ *Gardnerella vaginalis* เป็นต้น

2. non- Sexual transmitted organisms เป็น normal endogenous flora ในช่องคลอดและบริเวณทวารหนัก ในภาวะปกติเป็น normal flora มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อจากแบคทีเรียทั่วไป หากมีการเปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดภาวะขาดสมดุลในช่องคลอด เช่น การสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำ การใส่สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในช่องคลอดหรือโพรงมดลูก การทำหัตถการและการผ่าตัด การบาดเจ็บจากการมีเพศสัมพันธ์ หรือการมีเลือดออกทางช่องคลอดเรื้อรัง เชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้จะเป็นเชื้อก่อโรคต่างๆ (pathogenic organisms)

พยาธิสภาพ

เมื่อมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โภโกเรีย (*Neisseria gonorrhoea*) ซิฟิลิส (*Syphilis*) คลาไมเดีย (*Chlamydia trachomatis*) เชื้อมักจะอยู่บริเวณ endocervix เมื่อมีระดู มูกที่ปากมดลูกซึ่งเป็นด่านในการป้องกันเชื้อโรคจะหลุดออกมา เชื้อโรคจึงเข้าสู่โพรงมดลูกได้ง่ายและขึ้นไปสู่ท่อนำไข่ทั้งสองข้าง ทำให้เกิดการอักเสบ เมื่อท่อนำไข่อักเสบจะเป็นหนอง (purulent exudate) ไหลออกจากปลายเปิดของ fimbria เข้าในช่องท้อง เกิดการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง (pelvic peritonitis) การติดเชื้อของเยื่อช่องท้องทำให้เกิดพังผืดตึงหรือยึดติดกับอวัยวะข้างเคียงเช่น รังไข่ ท่อนำไข่ และ broad ligament ทำให้อวัยวะเหล่านั้นมีรูปร่างบิดเบี้ยวไปจากเดิม มีการบวมของท่อนำไข่ ปลายท่อนำไข่เกิดการอุดตัน และถ้ามีการติดเชื้อลุกลามไปยังรังไข่จะกลายเป็น tubo-ovarian abscess (TOA) ในกรณีที่ถูกทำลายมากจะกลายเป็น fibrosis ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก (สัญญา, 2550)

ชนิดและอาการ/ อาการแสดง

1. ชนิดเฉียบพลัน (acute PID) ได้แก่ การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่และเยื่ออุ้งเชิงกราน ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

มักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้องน้อยเฉียบพลัน มีตกขาวผิดปกติทางช่องคลอด มีอาการปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปัสสาวะแสบขัด ในรายที่มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงก็อาจจะมีไข้และคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย มีอาการเจ็บเมื่อโยกปากมดลูกระหว่างได้รับการตรวจภายใน

2. ชนิดเรื้อรัง (chronic PID) ระยะเวลาที่จะวินิจฉัยว่าเป็นชนิดเรื้อรังไม่ได้มีการกำหนดชัดเจน แต่อาจดูจากการได้รับการวินิจฉัยเกิน 2 ครั้งภายในปีเดียวกัน สาเหตุมักเป็นผลต่อเนื่องจากการรักษาอุ้งเชิงกรานอักเสบชนิดเฉียบพลันอย่างไม่ถูกต้องในครั้งแรกหรือไม่เพียงพอ

อาการมักไม่รุนแรงเหมือนชนิดเฉียบพลัน จะมีอาการปวดท้องน้อยเป็นๆ หายๆ อาจมีอาการปวดประจำเดือน และเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia) มีตกขาวมาก หรืออาจมีอาการปวดร้าวไปด้านหลัง ผู้ป่วยบางรายอาจมาพบแพทย์ ด้วยปัญหาที่มีบุตรยาก

การรักษา

1. รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (ซัยเล็ค, 2559) เช่น cefoxitin 2 g. iv. ทุก 6 ชม. ร่วมกับให้รับประทานยา doxycycline 100 mg. ทุก 12 ชม. จนครบ 14 วัน และอาจหยุดยาได้หลังจากผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นมาแล้ว 48 ชั่วโมง

ในกรณีที่มีก้อนฝีหนองเกิดขึ้น แพทย์ส่วนใหญ่ให้ clindamycin 900 mg IV ทุก 8 ชม. หรือ metronidazole ร่วมกับ doxycycline เพราะครอบคลุมเชื้อกลุ่ม anaerobes มากกว่า

2. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้นสูง ไข้ด้น้ำดอาหารและให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ
3. ถ้ามีหนองในช่องท้องมาก ต้องระบายออก (drainage)
4. การผ่าตัดจะทำในรายที่รักษาด้วยยาล้มเหลว ในรายที่เป็นชนิดเรื้อรัง มีอาการปวดท้องน้อยอย่างมาก และพบว่ามีพังผืดมาก การรักษาอาจพิจารณาการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้าง และการเลาะเอาพังผืดออก

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามหลัง PID ที่สำคัญคือเป็นก้อนฝีหนองที่เกิดจากท่อหน้าไข่ รังไข่ (tubo-ovarian abscess: TOA) และลำไส้มาติดกัน มักพบในรายที่มีอาการมานานกว่า 1 สัปดาห์ (ซัยเล็ค, 2559) มีโอกาสเสี่ยงเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก และเกิดภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากท่อหน้าไข่อุดตันหรือตีบ จากการอักเสบมีผลเป็นบริเวณท่อหน้าไข่ ในรายที่เป็นก้อนฝีหนองข้างเดียว การรักษาโดยผ่าตัดปีกมดลูกข้างเดียวก็เพียงพอและให้ยาปฏิชีวนะต่อ แม้แต่ในรายที่จำเป็นต้องผ่าตัดปีกมดลูกออกทั้งสองข้าง ถ้าผู้ป่วยยังต้องการมีบุตร ก็สามารถเก็บมดลูกไว้ได้สำหรับการตั้งครรภ์โดยการรับบริจาคไข่และทำเด็กหลอดแก้วในอนาคต นอกจากนี้มีการรักษาวิธีอื่นนอกจากการผ่าตัด เช่น การใช้กล้องส่องตรวจช่องท้องและระบายหนอง

การพยาบาลการอักเสบในอุ้งเชิงกราน

1. จัดท่าศีรษะสูง (Fowler's position) ในรายที่เป็นชนิดเฉียบพลัน เพื่อให้หนองที่อยู่บริเวณอุ้งเชิงกรานส่วนต่ำที่สุดหลังมดลูก (cul-de-sac) ไม่แพร่กระจายไปบริเวณอื่น

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาความสะอาด การดูแลสุขอนามัยของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ การล้างอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจากด้านหน้าไปด้านหลัง ซับให้แห้งทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะอุจจาระ ทั้งนี้ควรทำความสะอาดอวัยวะเพศและปัสสาวะก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง การเปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง ไม่ปล่อยให้หมักหมม ระวังระวังผ้าอนามัยชนิดสอดเข้าช่องคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ไม่ใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอดโดยไม่จำเป็น

3. ให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (unsafe sex) เช่น มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน คู่ นอนมีประสบการณ์ทางเพศกับหญิงอื่นหลายคนมาก่อน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย มีเพศสัมพันธ์กับ

ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ขณะมีระดู หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงหรือใส่วัตถุบางอย่างเข้าไปในช่องคลอดเพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่องและครบถ้วน

5. อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตามนัด เพื่อติดตามอาการและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยแนะนำให้คู่นอนหรือคู่อุปสรรคมาตรวจเลือดและให้รักษา หากผลเลือดพบมีการติดเชื้อ

6. แนะนำให้สังเกตอาการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ เช่น ปวดท้องน้อย ตกขาวผิดปกติ คันบริเวณอวัยวะเพศ สิ่งคัดหลั่งทางช่องคลอดผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะบ่อยและ/หรือแสบขัด เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หากมีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

7. กรณีการใส่ห่วงอนามัย ก่อนใส่ควรได้รับการตรวจหาเชื้อคลาไมเดีย โกลโนเรียและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เพื่อจะได้ไม่เป็นการทำให้มีการติดเชื้อลุกลามไปยังอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนบน หมั่นตรวจสอบว่าห่วงอนามัยยังอยู่ในตำแหน่งปกติหรือไม่ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องน้อย มีตกขาวผิดปกติ เป็นต้น

8. แนะนำการป้องกันที่สำคัญคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ การใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่มีอาชีพหญิงบริการ

9. แนะนำสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว เข้ารับการตรวจภายในอย่างสม่ำเสมอ ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่

เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) หมายถึงการที่เยื่อบุโพรงมดลูก หรือเซลล์คล้ายกับเยื่อบุโพรงมดลูก ไปเจริญเติบโตที่อวัยวะอื่นนอกโพรงมดลูกและอาจลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง และนอกอุ้งเชิงกราน ได้แก่ บริเวณเยื่อบุช่องท้อง ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น เยื่อบุโพรงมดลูกที่เจริญผิดที่สามารถตอบสนองต่อฮอร์โมนจากรังไข่ได้ เช่นเดียวกับเยื่อบุโพรงมดลูกปกติ (นันทนา, 2553) จึงพบภาวะนี้ได้มากในสตรีวัยเจริญพันธุ์ และพบได้มากถึงร้อยละ 70 ของสตรีที่มักมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง ในสตรีที่มีบุตรยากพบได้ ร้อยละ 25-50

สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากความรู้เดิมเกี่ยวกับทฤษฎีการไหลย้อนของเลือดระดู (retrograde of menstruation) และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุช่องท้อง (metaplasia theory หรือ peritoneal irritation) น่าจะเป็นกลไกสำคัญในการเกิดโรคเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (สุธี, 2556) ที่เชื่อว่าขณะมีระดูมีการไหลย้อนกลับของเลือดระดู ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกหลุดออกไปตามท่อนำไข่ เข้าไปในช่องท้อง ไปเจริญเติบโตในอวัยวะต่าง ๆ เช่น รังไข่ เยื่อบุช่องท้องในอุ้งเชิงกราน cul-de-sac ลำไส้ กระเพาะปัสสาวะ อวัยวะอื่น ๆ ในช่องเชิงกราน รวมทั้งอวัยวะนอกอุ้งเชิงกราน และอาจจะมีปัจจัยอื่นด้วย เช่น พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของร่างกาย เป็นต้น

พยาธิสภาพ

จะพบเป็นรอยโรคหรือพังพืดบริเวณที่มีเยื่อบุโพรงมดลูกไปเจริญ และมีการเปลี่ยนแปลงในรอบเดือน เหมือนกับที่เกิดในโพรงมดลูก เริ่มตั้งแต่เป็นจุดเล็กๆกระจายเป็นหย่อมๆ มีสีแดงหรือน้ำเงินปนดำ ไปจนถึงก้อนถุงน้ำเลือดขนาดใหญ่ประมาณ 10 ซม. เรียกว่า ซ็อกโกแลตซิสต์ (chocolate cyst) ในรายที่เป็นมากจะพบถุงน้ำขนาดใหญ่ ภายในมีของเหลวสีน้ำตาลเข้มเรียกว่า endometrioma ถุงน้ำชนิดนี้จะสร้างพังพืด (adhesion) ยึดติดกับอวัยวะข้างเคียง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีมีบุตรยาก

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยคือปวดประจำเดือน (dysmenorrhea) ปวดท้องน้อยเรื้อรัง (chronic pelvic pain) ปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) ประจำเดือนผิดปกติ (abnormal of menstruation) การมีบุตรยาก (infertility) บางรายคลำได้ก้อนในท้อง

การรักษา

1. รักษาด้วยยาฮอร์โมน ยาที่นิยมใช้ ได้แก่ (วิชาญ, 2550)

Progestogens เช่น depot medroxy progesterone acetate (DMPA) เพื่อยับยั้งการหลั่งของฮอร์โมน FHS และ LH จากต่อมใต้สมอง ทำให้รังไข่หยุดทำงานชั่วคราว จนทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกฝ่อไปในที่สุด ข้อเสียของการใช้ยา อาจทำให้การทำงานของรังไข่หลังจากหยุดยากลับมาช้า จึงเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการมีบุตร

Danazol มีคุณสมบัติยับยั้งการหลั่ง gonadotropin releasing hormone (GnRH) ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้เกิดการฝ่อของเยื่อบุโพรงมดลูกที่เจริญผิดที่ สามารถรักษา

อาการปวดและลดพยาธิสภาพของโรคได้ดี ส่วนอาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ androgen effect เช่น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ขนคอก สิวขึ้น และผิวมัน เป็นต้น

2. รักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการตัดเนื้อเยื่อ endometriosis ออก ร่วมกับการทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งเชิงกรานกลับสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ วิธีที่นิยม คือ การผ่าตัดแบบส่องกล้องทางหน้าท้อง (laparoscopic surgery) จะทำในรายที่ยังต้องการมีบุตร แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก สำหรับในรายที่มีพังผืดมาก มีอาการของโรครุนแรง และมีบุตรเพียงพอ อาจต้องพิจารณาผ่าตัดเอามดลูก ปีกมดลูก และรังไข่ทั้ง 2 ข้างออกหมด (total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy: TAH C BSO)

3. การผ่าตัดตามอาการ ตู้อการและการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อย มีพยาธิสภาพไม่มาก อาการปวดระดูหรือปวดท้องน้อยไม่รุนแรงมาก และยังไม่ต้องการมีบุตร

การพยาบาลภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (นันทกา, 2553)

1. ผู้ป่วยถ้าได้รับยาฮอร์โมน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เนื้อเยื่อ endometriosis เปลี่ยนเป็น deciduas และสลายไปได้ในที่สุด

2. ในกรณีเข้ารับการผ่าตัด ให้การพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด โดยการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง

การเตรียมร่างกายเพื่อรับการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง ดังนี้

1. ให้งดอาหารและน้ำดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะการอาเจียนแล้วสำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดขณะผ่าตัด

2. สอนอุจจาระ เพื่อให้กากอาหารในลำไส้ลดลง ทำให้ลำไส้ว่างลดอันตรายที่อาจเกิดกับลำไส้และอวัยวะอื่นๆ และป้องกันมิให้อุจจาระไหลออกมาเปรอะเปื้อนขณะทำผ่าตัด อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดได้

3. ให้อถ่ายปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างในขณะผ่าตัด

4. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด เพื่อลดการติดเชื้อจากการผ่าตัด

การพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง

1. เมื่อรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ หลังจากนั้นจึงวัดทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ยกРАВกันเตียงขึ้น

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

4. ประเมินและบันทึกเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด สังเกตอาการและอาการแสดงของการตกเลือดภายในช่องท้อง เช่น ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย หากพบความผิดปกติดังกล่าว ควรให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที

5. ประเมินอาการปวดบริเวณหน้าอกร้ายไปหัวไหล่และบริเวณซี่ข้าง เนื่องจากแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ที่แพทย์ใส่เข้าไปในช่องท้องระหว่างการผ่าตัด จะดันลำไส้เลื่อนขึ้นไปที่กระบังลม เป็นผลทำให้เนื้อเยื่อบวมและหายใจไม่สะดวก แม้จะมีการไล่แก๊สออกหลังผ่าตัดแต่อาจมีการคั่งค้างของแก๊สบางส่วน อาการอาจเป็นมากขึ้นเมื่อไขเตียงขึ้นสูง หรือผู้ป่วยลุกนั่ง แก๊สในช่องท้องจะไปดันกระบังลมและเกิดการระคายเคืองต่อ phrenic nerve จนทำให้เกิดอาการจุกแน่น ควรจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนคว่ำยกกันสูง (Sim's position) เพื่อช่วยลดอาการดังกล่าวทำให้ลมดันกระบังลมลดลง อาการ

จุกแน่นจะค่อยๆหายไปเองภายใน 48-72 ชั่วโมง โดยลมในช่องท้องจะซึมเข้าหลอดเลือดฝอย และถูกขับออกตามลมหายใจ พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวล

6. ประเมินว่ามีลมรั่วแทรกซึมอยู่ใต้ผิวหนังหรือไม่ โดยกดที่ผิวหนังจะได้ยินเสียงกรอบแกรบอยู่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) ถ้ามีลมแทรกเข้าใต้ผิวหนังมาก ควรรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

7. ประเมินบริเวณแผลผ่าตัด เช่น มีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน มีไข้ หรือปวดมากขึ้น หากมีอาการเหล่านี้ควรรายงานแพทย์ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมทั้งยาปฏิชีวนะตามคำสั่งการรักษา ดูแลความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด ความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1. ประเมินการทำงานของลำไส้ ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ดูแลให้พลิกตัวไปมาบนเตียง และลุกนั่ง (early ambulation) เพื่อให้ลำไส้ทำงานลดอาการท้องอืด

2. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บันทึกสารน้ำเข้าและออก ดูแลให้ได้รับอาหารตามคำสั่งการรักษา โดยเริ่มจากจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารปกติตามลำดับ หลีกเลี่ยงอาหารประเภทนม ถั่ว น้ำอัดลม เพราะจะทำให้ท้องอืดได้

3. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัดและสังเกตอาการผิดปกติหลังจากตัดไหม 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ สามารถทำงานปกติได้หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การมาตรวจตามนัด งดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์ หรือก่อนมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันการเลือดออกและการติดเชื้อทางช่องคลอด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก และแผลอักเสบบวมแดงหรือมีเลือดออกทางช่องคลอด

4. การดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีการสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ทั้งสองข้าง และอาการวัยทองภายหลังการผ่าตัดซึ่งอาจจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ฮอร์โมนทดแทน

สตรีที่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ เป็นโรคที่เกิดกับอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ และโรคที่เกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์บางโรค การรักษามีทั้งการใช้ยา และไม่ใช้ยา รวมถึงการผ่าตัดในกรณีที่มีอาการรุนแรง หากผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และการดูแลสุขภาพตนเอง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงยากแก่การรักษา พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพ และอาการผิดปกติของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- ชัยเลิศ พงษ์นริศร. (2559). *Pelvic Inflammatory Disease: ภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน*. ภาควิชาสูติศาสตร์และ
นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2559, จาก
[http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=414:pid&catid=42&Itemid=479)
[content&view=article&id=414:pid&catid=42&Itemid=479](http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=414:pid&catid=42&Itemid=479)
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (บรรณาธิการ). (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม)*. กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์.
วิชาญ โชคธนะศิริ. 2550. ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่. ใน เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
(บรรณาธิการ), *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 293-305). กรุงเทพมหานคร : ปียอนด์ เอนเทอร์
ไพรซ์.
- สุธี สังข์รัตน์. (2556). เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, พฤษี จันทร์ประภาพ, อรรถพล
ใจชื่น, ธันยรัตน์ วงศ์วานารักษ์ และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค: OB-GYN in*
practice 2013 (หน้า 299-241). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพี. เอ. ลีฟวิง.
- สัญญา ภัทรราชย์. (2550). การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์สตรี. ใน เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์
(บรรณาธิการ), *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 175-182). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปียอนด์ เอน
เทอร์ไพรซ์.

การตรวจทางนรีเวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์ ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายการตรวจทางนรีเวชได้ถูกต้อง
2. อธิบายการพยาบาลและการช่วยแพทย์ตรวจทางนรีเวชได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. การตรวจทางนรีเวช
 - 1.1 การพยาบาลและการช่วยแพทย์ตรวจทางนรีเวช
 - การพยาบาลและการช่วยแพทย์เตรียมตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน
 - การพยาบาลและการช่วยแพทย์เตรียมตรวจหาเซลล์มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์หรือโรคทางนรีเวช ได้รับการตรวจเพื่อช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยได้รับการรักษาและดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นก่อนการตรวจ พยาบาลจึงควรมีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้คำอธิบาย และบอกวัตถุประสงค์ในการตรวจแต่ละชนิดได้ถูกต้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยการซักประวัติ และเมื่อแพทย์จะมีการตรวจเฉพาะทางนรีเวช พยาบาลจะเป็นผู้มีบทบาทเตรียมความพร้อมของร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยก่อนตรวจเช่นเดียวกัน การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญในการตรวจทางนรีเวชมีดังนี้ (นันทนา, 2553)

1. การเตรียมความพร้อมในการซักประวัติ

การซักประวัติผู้ป่วยสตรีที่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์หรือโรคทางนรีเวช มีลักษณะที่แตกต่างไปจากการซักประวัติผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ เพราะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงทั้งหมด มีความละเอียดอ่อนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก มีความอายเมื่อต้องตอบคำถามจากบุคคลที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยรู้จักกันมาก่อน โดยเฉพาะคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการซักประวัติผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมสถานที่ ควรเป็นสถานที่ ๆ จัดไว้โดยเฉพาะ เช่น ห้องตรวจหรือเตียงตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ และปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกใจและผ่อนคลายที่จะบอกเล่าข้อมูลต่าง ๆ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สถานที่ทำการซักประวัติ ไม่ควรจะมีบุคคลอื่น เช่นสามี หรือญาติ ตลอดจนบุคลากรทางแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ในบริเวณนั้น เพื่อไม่เป็นการเผยแพร่ข้อมูล และป้องกันความลับของข้อมูลไม่ให้รั่วไหลไปยังผู้อื่น อันจะนำมาซึ่งความเสียหายแก่ผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ อาจจำเป็นต้องซักประวัติจากสามี บุตร ญาติ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

1.2 การเตรียมตัวผู้ซักประวัติ ควรแต่งกายสุภาพเรียบร้อย วางตัวเหมาะสม มีกิริยามารยาท มีท่าทีใส่ใจและเต็มใจที่จะพูดคุยและเป็นกันเอง ระวังระวังการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง มีวุฒิภาวะ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือนและศรัทธาในตัวผู้ซักประวัติ ถ้าที่ที่จะเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ในขณะซักประวัติควรระมัดระวังการใช้คำพูด (verbal) ตลอดจนการแสดงออกต่าง ๆ (non verbal) ทั้งที่ตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจก็ตาม โดยเฉพาะสีหน้าท่าทางและน้ำเสียงที่เป็นการตำหนิผู้ป่วย การกระซิบดังกล่าวกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว อับอาย ต้อยค่า เครียด วิตกกังวล และไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ให้ทราบ พยาบาลผู้ทำการซักประวัติจึงควรมีน้ำเสียงและท่าที่เป็นมิตร กระตือรือร้นที่จะรับฟังปัญหาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient center)

1.3 เทคนิคการซักประวัติ พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ที่จะเล่าประวัติและอาการต่าง ๆ ในช่วงแรกของการซักประวัติควรสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไปก่อน ได้แก่การแนะนำตัวเอง จากนั้นจึงเริ่มต้นถามชื่อสกุลของผู้ป่วย อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลครั้งนี้ และประวัติอื่น ๆจนครบถ้วน ในการตั้งคำถามแต่ละครั้ง ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด ชัดเจน และเป็นคำถามปลายเปิดมากกว่าคำถามปลายปิด ควรระมัดระวังการใช้ศัพท์ทางวิชาการ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดการสับสนและตอบไม่ตรงคำถามได้ สิ่งสำคัญในการซักประวัติคือ การให้ผู้ป่วยบอกเล่าข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองให้มากที่สุด พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีที่สนใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และไม่รีบร้อนจนเกินเหตุ

เทคนิคการซักประวัติ ไม่มีสูตรสำเร็จว่าจะถามคำถามใดก่อนหลัง การซักประวัติเรื่องเพศ เช่นการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ควรถามหลังจากสนทนากับผู้ป่วยไปได้สักระยะหนึ่งก่อน เพราะเรื่องเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน (sensitive issue) และคงเป็นไปได้ยากที่ผู้ป่วยจะบอก/ พูดความจริงให้กับแพทย์หรือพยาบาลซึ่งเป็น

ผู้ที่ไม่เคยรู้จักกันมาก่อน นอกจากนี้พยาบาลควรบอกจุดประสงค์ในการซักประวัติเรื่องเพศให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ได้รับความร่วมมือ ให้ความเป็นส่วนตัวและคำนึงสิทธิผู้ป่วย พร้อมทั้งเน้นว่าข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติถือเป็นความลับ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลเท่านั้น หลังการซักประวัติ จดบันทึกข้อมูลทั้งหมดอย่างละเอียด ครบถ้วน เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปสื่อสารกับทีมสุขภาพ และใช้ประกอบการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การซักประวัติทางรีเวช เป็นการรวบรวมข้อมูลทางการแพทย์ และนำมาพิจารณา ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษอื่น ๆ ตลอดจนจากการสังเกตอาการและอาการแสดง เพื่อนำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือความต้องการของผู้ป่วย ก่อนที่จะวางแผนให้การพยาบาลต่อไป การซักประวัติประกอบด้วย

1. การซักประวัติข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ เป็นต้น
2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (chief complaint) หมายถึงอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ที่เป็นสาเหตุนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในครั้ง นี้ ร่วมกับระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ เช่น ปวดท้องน้อย มีเลือด ออกทางช่องคลอด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการสำคัญของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ที่พบบ่อย ได้แก่

- ความผิดปกติของระดู เช่น ขาดระดู มีระดูมากหรือน้อยกว่าปกติ
- อาการตกขาว คันปากช่องคลอด มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด
- อาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เช่น มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์
- อาการปวด เช่น ปวดท้องน้อย เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์

- คลำพบก้อน เช่น ก้อนบริเวณท้องน้อย ภายในช่องคลอด มีก้อนยื่นออกมาจากช่องคลอด

- อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เช่น ปวดแสบเวลาถ่ายปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะกะปริดะปรอย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เวลาไอหรือจาม ถ่ายปัสสาวะไม่สุด

- อาการไข้ มีไข้ร่วมกับอาการปวดท้องน้อย

2.2 ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน (present illness) ซักประวัติอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นการเจ็บป่วย จนกระทั่งนำผู้ป่วยมาตรวจในครั้ง นี้ ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบันจะต้องสัมพันธ์กับอาการสำคัญ โดยเรียงลำดับอาการก่อนหลังจนกระทั่งมาพบแพทย์ เพื่อวิเคราะห์ความเป็นมาได้ถูกต้อง ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เริ่มเกิด ความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิด ลักษณะของอาการเป็นอย่างเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป เป็นๆหายๆ หรือมากขึ้น/ น้อยลง อาการที่เกิดนั้นบรรเทาได้อย่างไร มีผลกระทบต่อการทำงานชีวิตอย่างไร มีอาการร่วมอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะบ่อย

2.3 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต (past illness) หมายถึงการเจ็บป่วยในอดีตที่ไม่ใช่การเจ็บป่วยในครั้ง นี้ ได้แก่ โรคประจำตัว การผ่าตัด อุบัติเหตุต่าง ๆ การใช้ยาประจำทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา แพ้สารเคมีต่าง ๆ ประวัติการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

2.4 ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว (family history) เป็นการซักประวัติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของคนในครอบครัว เช่น สามี ญาติสายตรง บุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค ฯลฯ หรือ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสามี

2.5 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ซักถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการแท้ง น้ำหนักของทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดและการแท้ง การขูดมดลูก สุขภาพทั่วไปของมารดาและบุตรหลังคลอด โดยเขียนเป็นตัวย่อและมีตัวเลขกำกับคือ G_P_A_L_ ซึ่งมีความหมายดังนี้

G = Gravida จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

P = Para จำนวนครั้งของการคลอด

A = Abortion จำนวนครั้งของการแท้ง

L = Living child จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน

2.6 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด ถ้าผู้ป่วยโสดอาจต้องถามทางอ้อม เช่น “มีแฟนแล้วหรือยัง ถ้ามี เคยมีอะไรกันมาก่อนหรือไม่” สำหรับผู้ป่วยบางราย อาจต้องถามว่า เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร จำนวนคู่นอน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาของการมีเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อซักประวัติแล้วพบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ ควรซักประวัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเพิ่มเติม เคยคุมกำเนิดหรือไม่ ถ้าเคย ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบใด เหตุผลที่เลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดนั้นๆ ปัญหาที่เกิดจากการคุมกำเนิด ระยะเวลาที่ใช้และอาการข้างเคียง

2. การเตรียมร่างกายและจิตใจ

การเตรียมทางด้านร่างกาย

1. ให้คำแนะนำดังนี้ไม่ควรมารับการตรวจในขณะที่มีระดู ยกเว้นถ้ามีระดูออกมานานและออกมากผิดปกติ

2. ถ่ายปัสสาวะก่อนตรวจทุกครั้ง งดสวนล้างช่องคลอดและการสอดใส่ยาทางช่องคลอดภายใน 24 ชั่วโมง และควรงดร่วมเพศก่อนตรวจทางช่องคลอดอย่างน้อย 1-3 วัน

3. การจัดทำ สิ่งสำคัญคือการจัดทำให้เหมาะสมกับการตรวจแต่ละประเภท ก่อนจะปิดตาผู้ป่วย แจ้งขั้นตอนการตรวจและบอกเหตุผลให้ทราบ ปิดประตูกันม่านให้มิดชิด เปิดเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจเท่านั้น ไม่เปิดเผยร่างกายส่วนอื่นโดยไม่จำเป็น จากนั้นใส่ปลอกขาให้เรียบร้อย ไม่ส่งเสียงดัง จัดแสงสว่างให้เพียงพอ ในขณะที่แพทย์ทำการตรวจ ทำที่ใช้ตรวจ มีดังนี้

3.1 lithotomy position คือท่านอนหงายบนเตียงขาห้อย แยกขาออกทั้ง 2 ข้าง ปล่อยเท้าห้อยตามสบาย วางก้นราบอยู่บนขอบเตียง มือสองข้างวางข้างลำตัวหรือกอดอกไว้ ท่านี้นิยมใช้สำหรับการตรวจภายใน (vaginal or pelvic examination)

3.2 dorsal recumbent position คือท่านอนหงายชันเข่า เพื่อตรวจดูว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ หรือใช้ตรวจภายในได้

3.3 knee chest position คือท่านอนคว่ำ ชันเข่าชิดอก ศีรษะตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่งแนบกับพื้น วางแขนทั้ง 2 ข้างแนบชิดกับลำตัว ท่านี้ใช้ในรายที่ทำการตรวจทางทวารหนัก (proctoscope) เพื่อดูความผิดปกติของลำไส้และทวารหนัก

การเตรียมทางด้านจิตใจ ควรบอกวัตถุประสงค์ในการตรวจ เพราะการตรวจทางนรีเวช จะต้องมีการเปิดเผยอวัยวะเพศ ผู้ป่วยมักจะรู้สึกอาย กลัว อาจไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญคือช่วยลดความกลัวและวิตกกังวลเหล่านั้น เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และชี้แจงวัตถุประสงค์และความจำเป็นในการตรวจ ให้คำแนะนำเบื้องต้นที่ผู้ป่วยควรทราบก่อนตรวจ ขั้นตอนในการตรวจ พร้อมทั้งบอกข้อดีและข้อเสียหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตาม ด้วยคำพูดที่สุภาพ เป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ ในขณะที่แพทย์ตรวจ พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อน ให้การสัมผัสที่นุ่มนวล ปลอดภัยและให้กำลังใจ แสดงออกด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แนะนำวิธีผ่อนคลาย เช่น การหายใจเข้าออก ยาวๆ ลึกๆ ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวขณะแพทย์ตรวจ ที่สำคัญพยาบาลควรเคารพในความเป็นบุคคลและการตัดสินใจของผู้ป่วย

การตรวจทางนรีเวช

การตรวจทางนรีเวชเพื่อการวินิจฉัย ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจเฉพาะทางนรีเวช ดังนี้ (จิตใส, 2557; นันทนา, 2553)

1. การตรวจร่างกายทั่วไป เป็นการตรวจร่างกายในระบบต่าง ๆ เริ่มจากการสังเกต ลักษณะท่าทาง การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม รวมทั้งการวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เป็นต้น

2. การตรวจเฉพาะทางนรีเวช ประกอบด้วย

2.1 การตรวจเต้านม เป็นการตรวจลักษณะทั่วไปของเต้านม รูปร่าง ขนาด และลักษณะผิดปกติ

2.2 การตรวจหน้าท้องและอวัยวะภายในช่องท้อง อาศัยการตรวจโดยทั่วไป ได้แก่ การดู การคลำ การเคาะ และการฟัง

2.3 การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และภายในเชิงกราน แบ่งได้ดังนี้

2.3.1 การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยการดูลักษณะทั่ว ๆ ไปของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกว่ามีสิ่งใดผิดปกติหรือไม่

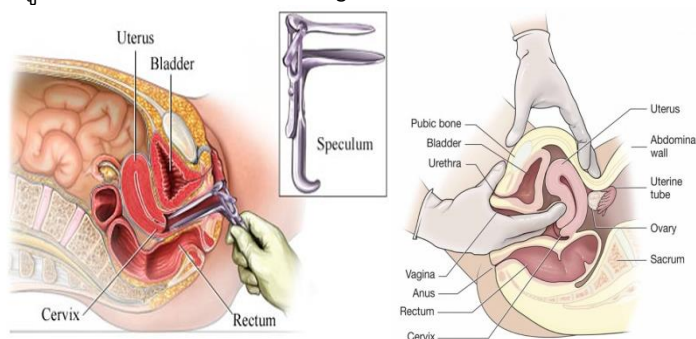
2.3.2 การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน (per vaginal examination: PV) เป็นการตรวจความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน โดยการตรวจทางช่องคลอด ดังนี้

Speculum examination เป็นการตรวจโดยใช้เครื่องมือถ่างขยายช่องคลอด (speculum) สอดเข้าไปในช่องคลอด เพื่อดูสภาพเยื่อ รอยย่น สี ผนังกันช่องคลอด สภาพปากมดลูก มูก การอักเสบ และแผล

Digital examination เป็นการตรวจโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้คลำบริเวณส่วนล่างของแคมใหญ่ บริเวณปากช่องคลอดที่ตำแหน่ง 4 และ 8 นาฬิกา เพื่อคลำต่อมบาร์โธลินว่าโตหรือมีการอักเสบหรือไม่ เป็น ต่อมที่ผลิตเมือกเมื่อมีการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศขณะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อช่วยหล่อลื่น

Bimanual examination เป็นการตรวจโดยใช้มือทั้ง 2 ข้าง เริ่มด้วยใช้นิ้วมือซ้าย (ด้านไม่ถนัด) แหวก labia minora แล้วใช้นิ้วชี้และนิ้วกลางของมือที่ถนัดเคลือบด้วยสารหล่อลื่น (k-y jelly) สอดเข้าไปในช่องคลอด พร้อมกับการใช้มืออีกข้างคลำทางหน้าท้อง คลำหาความผิดปกติเช่น ก้อน หรืออาการเจ็บปวด จากนั้นใช้ฝ่ามือโกยบริเวณหัวหน่าว พร้อมกับใช้นิ้วที่อยู่ในช่องคลอดดันยกมดลูกขึ้น เพื่อคลำขนาด รูปร่าง ตำแหน่ง ความอ่อนนุ่ม และการเคลื่อนไหวของมดลูก ต่อมาเลื่อนนิ้วที่อยู่ในช่องคลอดไปทางด้านข้างที่ละข้าง พร้อมกับกดมือด้านซ้ายเข้าหากัน เพื่อตรวจหาความผิดปกติบริเวณปีกมดลูกทั้งสองข้าง เพื่อประเมินความผิดปกติต่างๆของ **อวัยวะ** ในอุ้งเชิงกราน เช่น มดลูก ปีกมดลูก หรือความผิดปกติบริเวณ posterior fornix เป็นต้น

Recto-vaginal examination เป็นการตรวจทางช่องคลอดและตรวจทางทวารหนักพร้อมกัน เพื่อดูความตึงตัวของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนัก (sphincter tone) ความผิดปกติของผนังกันระหว่างช่องคลอดกับทวารหนัก (Rectovaginal septum) และผนังด้านหน้าและหลังของทวารหนัก (anterior & posterior rectal wall) คลำปากมดลูกและมดลูกด้านหลัง (uterosacral ligament)



รูปที่ 5 : แสดง speculum examination & bimanual examination

Note. From <https://www.google.co.th/search?q=Bimanual+examination&sa>

ในการตรวจทางนรีเวชของแพทย์จะมีหลายชนิด (procedures) ขึ้นกับอาการและอาการแสดง ดังนั้นอุปกรณ์ที่ใช้จึงมีทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน พยาบาลจึงต้องรู้ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการตรวจแต่ละชนิด ในที่นี้จะขอกกล่าวเฉพาะการเตรียมตรวจทางนรีเวชที่ใช้บ่อยคือ การเตรียมตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน และการเตรียมตรวจหาเซลล์มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

การพยาบาลและการช่วยแพทย์ตรวจทางนรีเวช

1. การพยาบาลและการช่วยแพทย์เตรียมตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน (pelvic examination)

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ช่วยในการวินิจฉัยโรค
2. ตรวจลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากช่องคลอด
3. หาดำแหน่งพยาธิสภาพของโรค และบริเวณที่มีการลุกลามของโรค
4. ตรวจสภาพภายในช่องคลอดและอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ภายหลังคลอดและภายหลังการ

รักษาอื่น ๆ

อุปกรณ์ / เครื่องใช้

1. ชุดตรวจภายในปราศจากเชื้อ
 - ถาดหรือกอละมัง
 - ปากคีบยาว (sponge forceps)
 - สำลือก้อนใหญ่ 5-6 ก้อน
2. เครื่องมือถ่างปากช่องคลอด (bivalve vaginal speculum) ขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย
3. ถังมือปราศจากเชื้อ
4. น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น savlon 1:100, 5% chlorhexidine, povidine -iodine (betadine) เป็นต้น
5. ฝาปิดตา
6. ปลอกขา 1 คู่

การพยาบาล

1. เตรียมด้านจิตใจ โดยบอกให้ทราบถึงเหตุผลที่ต้องตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการทำพอสังเขป ด้วยท่าที่สุภาพ เป็นกันเอง
2. ให้ถ่ายปัสสาวะก่อนตรวจ และถอดกางเกงชั้นใน
3. กั้นม่าน ปิดตา จัดเตรียมท่าในการตรวจ ดังนี้
 - 3.1 ถ้าตรวจที่เตียงตรวจภายใน ให้นอนหงายขาพาดที่เตียงขาหยั่ง (lithotomy position) ใส่ปลอกขาทั้ง 2 ข้างให้ เรียบร้อย เลื่อนผาสูงขึ้นสูงให้พนัก
 - 3.2 ถ้าตรวจที่เตียงนอนผู้ป่วย ให้นอนหงายตั้งขาชันเข้า (dorsal recumbent position) แล้วใส่ปลอกขาทั้ง 2 ข้าง
 - 3.3 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกให้สะอาด ก่อนที่แพทย์จะทำการตรวจ (บางกรณีอาจจะไม่ต้องทำความสะอาด หากมีสิ่งคัดหลั่งที่แพทย์ต้องการดู)

3.4 พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะที่แพทย์ทำการตรวจ ควรให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะรับการตรวจ เช่น การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ยาว ๆ การทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ไม่เกร็งหน้าท้อง เป็นต้น

3.5 เมื่อตรวจภายในด้วยอุปกรณ์เสร็จ แพทย์จะตามด้วยการตรวจ bimanual examination

3.6 ภายหลังจากตรวจเสร็จ บอกให้ผู้ป่วยทราบ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอีกครั้ง เปิดตา ช่วยเหลือให้ลงจากเตียงตรวจอย่างปลอดภัย และให้ผู้ป่วยนุ่งผ้าถุงให้เรียบร้อย ในกรณีเป็นผู้ป่วยนอก ให้ผู้ป่วยอยู่พบแพทย์ หลังจากนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น อาการผิดปกติที่ควรสังเกต รวมทั้งการมาตรวจตามนัด

3.7 เก็บอุปกรณ์เครื่องมือ ล้างทำความสะอาด (แช่น้ำยาสำหรับอุปกรณ์บางอย่างที่จำเป็น) และเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

2. การพยาบาลและการช่วยแพทย์เตรียมตรวจหาเซลล์มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (conventional papanicolaou smear หรือ pap smear หรือ pap test)

การตรวจหาเซลล์มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะแรก เพื่อดูความผิดปกติของเซลล์บริเวณกระพุ้งหลังของช่องคลอด (vaginal บริเวณ posterior fornix) ปากมดลูกภายนอก (ectocervix) และภายในช่องคอมดลูก (endocervix)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็งของช่องคลอด เยื่อบุมดลูก รังไข่ และท่อนำไข่

อุปกรณ์

เตรียมอุปกรณ์/ เครื่องใช้เหมือนกับการตรวจภายใน แต่มีอุปกรณ์เพิ่มเติมดังนี้

- ไม้พาย (Ayre's spatula)
- ไม้พันสำลีปราศจากเชื้อ
- แผ่นกระจก (slide) ซึ่งอีกด้านหนึ่งเป็นกระจกฝ้า สำหรับเขียนชื่อ H.N. ของผู้ป่วย และวันที่ทำการตรวจ ด้วยดินสอ

การตรวจ ด้วยดินสอ

- น้ำยารักษาสภาพเซลล์ (fixation solution) ได้แก่ อีเธอร์ และ เอทิลแอลกอฮอล์ 95% อัตราส่วนเท่า ๆ กัน หรือเอทิลแอลกอฮอล์ 95% อย่างเดียว หรือสเปรย์ฉีดผม กรณีไม่มีน้ำยา ใช้ฉีดบนแผ่นกระจก
- น้ำเกลือ NSS

การพยาบาล

1. เตรียมผู้ป่วยเช่นเดียวกับการตรวจภายใน คือเตรียมด้านจิตใจ โดยการบอกให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการทำพอสังเขป

2. เตรียมด้านร่างกาย โดยให้ถ่ายปัสสาวะก่อนตรวจ และจัดทำ lithotomy เตรียมทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเช่นเดียวกับการตรวจภายใน

3. พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ขณะที่แพทย์ทำการตรวจ

วิธีการตรวจ VCE technique หลังจากใส่เครื่องถ่างขยายปากช่องคลอดแล้ว ใช้ไม้พายด้านมน (หรือหยักน้อย) ป้ายมาจากกระพุ้งหลังของช่องคลอด (vaginal) บริเวณ posterior fornix แล้วใช้ไม้พายด้านหยักมากกว่าป้ายเซลล์จากบริเวณปากมดลูก (cervix) โดยเฉพาะบริเวณ squamocolumnar junction หรือ transformation zone

หมุนโดยรอบเป็นมุม 360 องศา นำมูกจากทั้ง 2 บริเวณ ป้ายบนแผ่นกระจกที่พยาบาลได้เตรียมไว้ (โดยเขียนชื่อ นามสกุล H.N. ของผู้ป่วย และวันที่ทำด้วยดินสอไว้แล้ว) เป็น 2 แห่ง จากนั้นแพทย์จะใช้ ไม้พันสำลีชุบ NSS สอดเข้าไปในคอมดลูก (endocervical canal) เช็ดโดยรอบ เพื่อเก็บเซลล์รอบคอมดลูก มาป้ายบนแผ่นกระจกเป็นแห่งที่ 3 (โดยป้ายให้แนวแตกต่างกัน) บางกรณีแพทย์อาจเก็บมูกตรวจเพียง 2 แห่ง คือ บริเวณปากมดลูกด้านนอก (ectocervix) และ คอมดลูก (cervical canal) จากนั้นให้รีบนำแผ่นกระจกไปแช่ในน้ำยารักษาสภาพเซลล์ทันที และต้องแช่อย่างน้อย 15 นาที โดยให้น้ำยาท่วมบริเวณมูกที่ป้ายบนแผ่นกระจกนั้น (สาธนา, 2545)

4. เมื่อแพทย์ตรวจเสร็จ ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลงจากเตียง และเก็บล้างเครื่องมือให้เรียบร้อย

การเตรียมผู้รับบริการเพื่อซักประวัติและตรวจร่างกายทางนรีเวช เป็นส่วนสำคัญของการรวบรวมข้อมูลที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยหรือตรวจค้นเพิ่มเติม พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความระมัดระวัง สุขภาพ ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มีการใช้เทคนิคต่าง ๆ เข้าช่วย เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไว้วางใจ อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือด้วยดี ในการค้นหาปัญหาและหาทางรักษาที่ถูกต้องต่อไป

สื่อที่ใช้: วัตถุประสงค์การพยาบาลและการช่วยแพทย์ตรวจหาเซลล์มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

เอกสารอ้างอิง

- จิตใส ลาวัลย์ตระกูล. (2557). การพยาบาลโรคที่พบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์. ใน ฐิติพร อิงคदारวงศ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลมารดาและทารก* (หน้า 119-134). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทนา ธนาโนวรรณ. (บรรณาธิการ). (2553). *ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม)*. กรุงเทพมหานคร: วี.พรินท์.
- สาธนา โตเจริญวานิช. (2545). การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 20, 137-149.
- อาบอรุณ เลิศจรสุข และสฤทพรณ วิไลลักษณ์ (2550). กายวิภาคของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. ใน เสวก วีระเกียรติ และสฤทพรณ วิไลลักษณ์ (บรรณาธิการ), *ตำรานรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 3-20). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

หน่วยที่ 3

การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตสังคมและ การดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์

Physiological and Psychosocial Changes during Pregnancy and Antenatal Care

ศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการสอนผู้เรียนมีความสามารถดังนี้

1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ระบบต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง
2. อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง
3. วินิจฉัยการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง
4. อธิบายการดูแลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง
5. อธิบายการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไม่สุขสบายต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

หัวข้อเรื่อง

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์
2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์
3. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์
4. การดูแลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์
5. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไม่สุขสบาย

ในบทที่ 3 จะได้กล่าวถึง 1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ 2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ 3. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ 4. การกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ 5. การดูแลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ และ 6. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะไม่สุขสบาย

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์

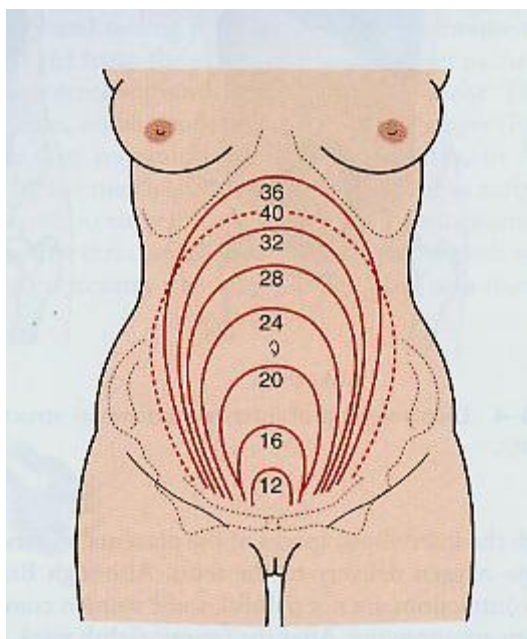
ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ดังนี้

1) ระบบสืบพันธุ์

มดลูก

การเจริญเติบโต ก่อนตั้งครรภ์มดลูกมีขนาดเล็กเท่าลูกแพร์ น้ำหนักประมาณ 50-70 กรัม และช่องว่างขนาด 10 ซีซี เมื่อปลายระยะตั้งครรภ์จะมีขนาด 800-1,200 กรัม และอยู่ระดับยอดอก ลักษณะเป็นรูปวงรี (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) ฮอโมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนทำให้ทำให้มีการเจริญเติบโตของมดลูกในระยะที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (Alden, 2014) การโตขึ้นของมดลูกเกิดการเพิ่มขยายขนาดของเนื้อเยื่อและหนาตัวขึ้น (hypertrophy และ hyperplasia) โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 และ 3 จากการกระตุ้นของฮอโมนเอสโตรเจนและปัจจัยการเติบโต มีเนื้อเยื่อเจริญทั้งในและนอกกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อที่ยืดขยายทำให้กล้ามเนื้อมดลูกแข็งแรงขึ้นมาก ในปลายไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์กล้ามเนื้อมดลูกจะบาง ทำให้สามารถคลำทารกได้ชัดเจน (McKinney et al., 2009) สำหรับในระยะคลอดผนังมดลูกจะบางมากคือ 5-10 มม. (Coad, 2005)

แบบแผนการเจริญเติบโตของมดลูก การเจริญเติบโตของมดลูกเป็นแบบแผนและช่วยในการกำหนดอายุครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์จะคลำมดลูกได้เหนือหัวเหน่า เมื่อ 16 สัปดาห์คลำมดลูกได้กึ่งกลางระหว่างหัวเหน่าและสะดือ เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ยอดมดลูกจะอยู่ระดับสะดือ และระดับมดลูกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยถ้าแบ่งจากระดับจากระดับมดลูกถึงลิ้นปี่เป็น 4 ส่วน สามารถแบ่งได้ส่วนละ 4 สัปดาห์ เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์จะอยู่ระดับลิ้นปี่ เมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์จะเกิดการลดต่ำของมดลูก (lightening) เนื่องจากส่วนนำของทารกเคลื่อนลงต่ำเข้าสู่อุ้งเชิงกราน (McKinney et al., 2009) ปกติในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (primiparous women) จะเกิดท้องลดก่อนเจ็บครรภ์จริง ส่วนในครรภ์หลังจะเกิดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด (Alden, 2014) รูปที่ 3-1 แสดงการโตขึ้นของมดลูกในระยะตั้งครรภ์



รูปที่ 6 ระดับยอดมดลูกในระยะตั้งครรภ์หน่วยเป็นสัปดาห์

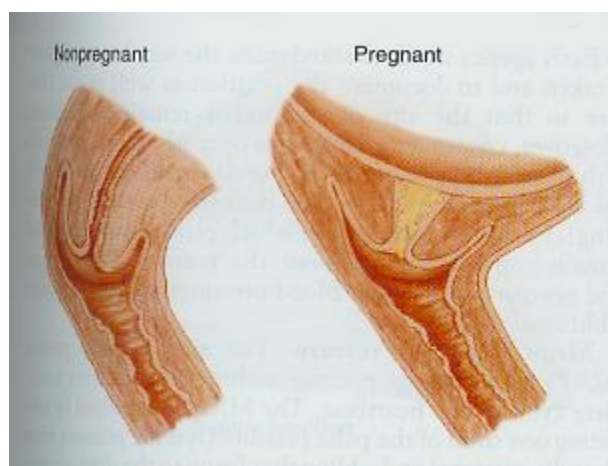
Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.172),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

การหดตัวของมดลูก ตลอดการตั้งครรภ์มดลูกจะหดตัวไม่สม่ำเสมอ เรียกว่าแบร็กทอนฮิก (Braxton Hicks contractions) เป็นการซ้อมการหดตัวของมดลูกไม่มีความปวด (Alden, 2014) โดยในไตรมาสที่ 1 และ 2 จะมีการหดตัวไม่บ่อย ส่วนในไตรมาสที่ 3 มีการหดตัวของมดลูกบ่อยและอาจทำให้มารดารู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งบางครั้งอาจเข้าใจผิดว่าเป็นการเจ็บครรภ์จริง เรียกว่าเกิดการเจ็บครรภ์ที่ไม่จริง (false labor) (McKinney et al., 2009)

การไหลเวียนของเลือด ในช่วงต้นๆ ของการตั้งครรภ์ เลือดส่วนใหญ่จะมาเลี้ยงเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูก เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นเลือดจะมาเลี้ยงมดลูกและรกมากขึ้นเป็นปริมาณมาก 450-650 มล./นาที (McKinney et al., 2009) (10% ของ CO) (Perry, 2014 a) ทำให้มีการแลกเปลี่ยนแก๊สและขับถ่ายของเสียที่รุดดีขึ้น (McKinney et al., 2009)

ปากมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงสีและความยืดหยุ่นของปากมดลูก จากการที่เอสโตรเจนทำให้เลือดมาเลี้ยงปากมดลูกมากขึ้นทำให้ปากมดลูกมีสีม่วงน้ำเงินและขยายไปถึงช่องคลอด เรียกว่า เซดวิก (Chadwick’s sign) เนื้อเยื่อคอลลาเจน (collagen) ลดลงทำให้ปากมดลูกนุ่มคล้ายความนุ่มของติ่งหูเรียกว่ากูดเดล (Goodell’s sign) ต่อมที่ปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นและมีการสร้างเยื่อเมือก (mucus plug) ปิดปากมดลูกเพื่อป้องกันแบคทีเรีย (Alden, 2014) McKinney et al., 2009)

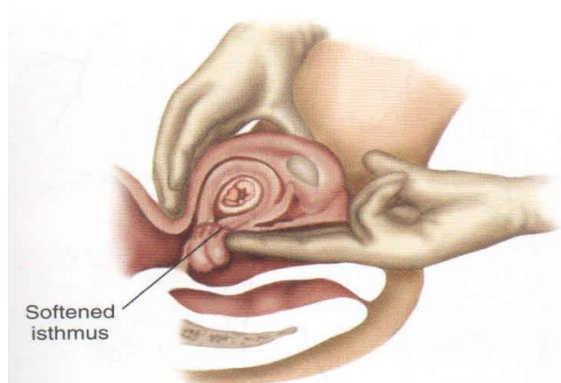
ตั้งรูปที่ 3-2



รูปที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกในระยะตั้งครรภ์

Note. From “Maternal–child nursing (3 rd ed., p. 253),“ By E. S. McKinney, S. R. James, S. S. Murray, and J. W. Ashwill, 2009, St Louis, MO: Saunders Elsevier.

ส่วนมดลูกส่วนล่าง (isthmus) ในระยะตั้งครรภ์จะนุ่มมากขึ้นเรียกว่า “เฮกกา” (Hegar sign) ตั้งรูปที่ 3-3



รูปที่ 8 แสดง Hegar sign

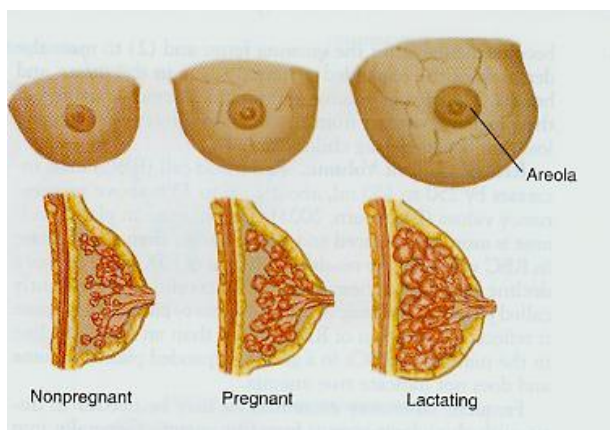
Note. From “Maternity, newborn, & women’s health nursing: Comprehensive care across the life span (p.447), “By S. A. Orshan, 2008, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ช่องคลอดและปากช่องคลอด การเพิ่มของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงช่องคลอดทำให้ผนังช่องคลอดเป็นสีม่วงน้ำเงิน (Chadwick’s sign) (Leifer, 2005; McKinney et al., 2009) และนุ่ม ทำให้สามารถยืดขยายได้ดีเมื่อคลอด ผนังช่องคลอดหนาขึ้นและเป็นร่องๆ เซลล์ของช่องคลอดมีไกลโคเจนมาก ทำให้เพิ่มสารคัดหลั่งมากขึ้นทำให้ช่องคลอดเป็นกรด เนื่องจากเชื้อแลคโตแบซิลลัส (*Lactobacillus acidophilus*) ทำให้ไกลโคเจนกลายเป็นกรด (pH 3.5-6.0 ในสตรีตั้งครรภ์; pH 3.0-5.0 ในสตรีไม่ตั้งครรภ์) การที่ช่องคลอดมีสภาพเป็นกรดจะช่วยป้องกันการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย แต่การที่มีปริมาณไกลโคเจนมากทำให้เชื้อรา (*Candida albicans*, yeast) เจริญได้ดี (Alden, 2014; McKinney et al., 2009) สารคัดหลั่งสีขาวและมีกลิ่นเล็กน้อยอาจเรียกว่าตกขาว (leucorrhea) เกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนที่ทำให้ผนังช่องคลอดหนาขึ้น (Alden, 2014)

นอกจากนี้การที่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงมากบริเวณช่องคลอดและปากช่องคลอด ทำให้มีการบวม และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมาก ทำให้เกิดการคั่งของเลือดและทำให้การต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น (McKinney et al., 2009)

รังไข่ รังไข่จะสร้างโปรเจสเทอโรนในช่วง 6-7 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ โดยคอปัสลูเทียมจะสร้างโปรเจสเทอโรนจนกระทั่งรกสร้างได้เองในเวลาต่อมา (McKinney et al., 2009)

เต้านม เต้านมขยายขนาดเพิ่มขึ้น หัวนมและลานนมมีขนาดโตขึ้นและสีคล้ำขึ้นและยืดหยุ่นได้มากขึ้น บริเวณลานนมจะมีตุ่มไขมันเพิ่มขึ้นเรียกว่า “ทูเบอร์เคิล ออฟ มอนโกเมอรี” (tubercles of Montgomery) ทำให้มีการขับสารหล่อลื่นหัวนมมากขึ้น มีการสร้างน้ำนมเหลืองเรียกว่า โคลอสทุม (colostrum) ตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ 12-16 สัปดาห์ (McKinney et al., 2009) บ้างกล่าวว่าการหลั่งของน้ำนมเหลืองเริ่มเมื่อตั้งครรภ์ได้ 10 สัปดาห์ จนกระทั่งวันที่ 3 ในระยะหลังคลอด (Leifer, 2005) และมีปริมาณมากในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์จะมีการยับยั้งการหลั่งของน้ำนมโดยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรน (McKinney et al.) ทำให้ในระยะหลังคลอดเมื่อมีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรนอย่างมากจากการที่ไม่มีรกจึงทำให้มีการหลั่งน้ำนมมากขึ้น (Leifer, 2005) รูปที่ 3-4 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเต้านม

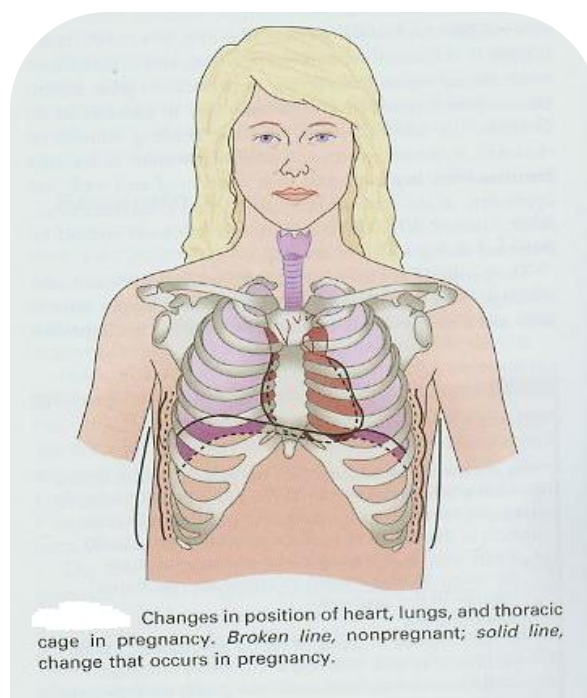


รูปที่ 9 การเปลี่ยนแปลงของเต้านม

Note. From “Maternal–child nursing (3 rd ed., p. 253),“ By E. S. McKinney, S. R. James, S. S. Murray, and J. W. Ashwill, 2009, St Louis, MO: Saunders Elsevier.

2. ระบบหัวใจและเส้นเลือด

ขนาดของหัวใจและตำแหน่ง มีการเปลี่ยนแปลงของหัวใจเพียงเล็กน้อยและกลับสู่ปกติในระยะหลังคลอด กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดโตขึ้นจากการที่ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ หัวใจจะถูกดันตัวสูงขึ้นไปทางด้านซ้ายจากการที่มดลูกดันกระบังลมในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ ดังนั้นตำแหน่งในการฟังเสียงหัวใจจึงเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยฟังได้เสียงแทรก ตำแหน่งของหัวใจเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ตั้งครรภ์ 12-20 สัปดาห์และ 2-4 สัปดาห์หลังคลอด (McKinney et al., 2009) รูปที่ 3-5 แสดงตำแหน่งของหัวใจในระยะตั้งครรภ์



รูปที่ 10 ตำแหน่งของหัวใจในระยะตั้งครรภ์

Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p. 175),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

ปริมาณเลือด ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น 30-50% (1,450-1750 มล.) (Blackburn, 2008) หรือเพิ่ม 40-50% (1500 มล.) (Alden, 2014) ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อตั้งครรภ์ได้ 6-8 สัปดาห์จนกระทั่ง 28-34 สัปดาห์ (Wylie & Bryce, 2008) หรือ 32 สัปดาห์ (McKinney et al., 2009) โดยในไตรมาสที่ 3 การเพิ่มจะน้อยกว่าในระยะไตรมาสที่ 2 (Orshan, 2008) ปริมาณเลือดจะสูงกว่าสตรีทั่วไป 40-60% หรือ 1,200-1,600 มล. ในหญิงตั้งครรภ์แฝดจะมีปริมาณเลือดมากกว่าครรภ์ปกติ การที่มีปริมาณเลือดมากเนื่องจากไนตริกออกไซด์และเอสโตรเจน นอกจากนี้โปรเจสเทอโรน และโปรสตาแกลนดินกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซินและอัลเดอสเตอโรน (rennin-angiotensin-aldersterone) ทำให้มีการคั่งของเกลือและน้ำ (McKinney et al., 2019) จึงทำให้ปริมาณน้ำในเลือดเพิ่มขึ้น การที่ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นจะทำให้กระตุ้นให้เกิดอาการหายใจลำบากโดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย อ่อนเพลีย และมีอาการบวมได้ (Wylie & Bryce, 2008)

ปริมาณเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น 250-450 มล. ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นในระยะตั้งครรภ์ 20-30% (Blackburn, 2008) การเพิ่มขึ้นของพลาสมาจะมากกว่าการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงและเพิ่มขึ้นก่อนการเพิ่มของเม็ดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางทางสรีระ (physiologic anemia หรือ pseudoanemia of pregnancy) ซึ่งมีใช้การเกิดภาวะโลหิตจางจริง จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11g/dl ในไตรมาสที่ 1 และน้อยกว่า 10.5 g/dl ในไตรมาสที่ 3 จัดว่ามีภาวะโลหิตจางดังนั้นจึงควรให้ธาตุเหล็กตั้งแต่ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ การที่มีปริมาณน้ำเลือดเพิ่มมากกว่าเม็ดเลือดแดงจะช่วยให้เลือดไม่หนืดและไม่เกิดก้อนเลือดอุดตันซึ่งช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ (McKinney et al., 2009) สำหรับผลค่าผลเลือดแสดงดังตารางที่ 1-1

ตารางที่ 4 แสดงค่าผลเลือดสตรีระยะตั้งครรภ์และสตรีระยะไม่ตั้งครรภ์

	สตรีไม่ตั้งครรภ์	สตรีตั้งครรภ์
CBC		
Hb,g/dl	12-18	>11
Hct,%	37-47	>33
RBC count, million/mm ³	4.2-5.4	5-6.25
WBC,total per mm ³	5000-10,000	5000-15,000
Neutrophils,%	55-70	60-85
Lymphocytes,%	20-40	15-40
ESR (erythrocyte sedimentation rate,mm/hr	20	เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3
MCV (mean corpuscular volume/mm ³	80-95	ไม่เปลี่ยนแปลง
Blood coagulation and fibrinogen activity		

	สตรีไม่ตั้งครรภ์	สตรีตั้งครรภ์
Factor VII	65-140	เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ กลับสู่ปกติหลังคลอด
Factor VIII	55-145	เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์และทันทีหลังคลอด
Factor IX	60-140	Same as Factor VII
Factor X	45-155	Same as Factor VII
Factor XI	65-135	ลดลง
Factor XII	50-150	Same as Factor VII
Prothrombin time, sec	11-12.5	ลดลงเล็กน้อย
Partial thromboplastin time, sec	60-70	ลดลงจนกระทั่งระยะที่ 3 ของการคลอด
Platelets, per mm ³	150,000-400,000	ไม่เปลี่ยนแปลง แต่เพิ่มขึ้นหลังคลอด

Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.177),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

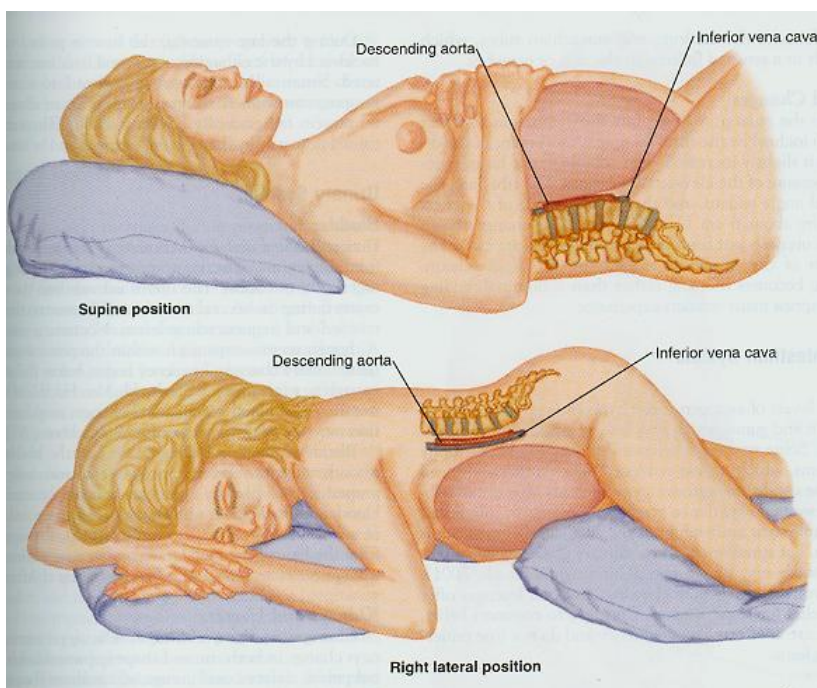
ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น 50%ในครั้งแรกของการตั้งครรภ์และยังคงเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น 10-20 ครั้ง/นาที และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจจะเพิ่มมากที่สุดเมื่ออนตะแคงและต่ำสุดเมื่ออนหงาย (McKinney et al., 2009) การเพิ่มขึ้นของเลือดที่ออกจากหัวใจเนื่องจากปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นและอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น (Orshan, 2008)

ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงเนื่องจาก 1) กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดคลายตัวจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรน 2) มีเนื้อที่ในการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นโดยไปที่รก 3) ผลจากความร้อนจากตัวทารกทำให้มีการขยายของหลอดเลือด 4) การตอบสนองของตัวรับต่อแองจิโอเทนซิน (angiotensin II) ลดลง ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (constrict arteriole) จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง และ 5) การเพิ่มขึ้นของไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) (McKinney et al., 2009) ทำให้หลอดเลือดแดงขนาดเล็กขยายตัวเช่นกัน (Clark, 2014)

ความดันโลหิต ความดันโลหิตลดลงตลอดการตั้งครรภ์จากการที่แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงถึงแม้ว่าปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ความดันซิสโตลิกส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงหรืออาจลดลงเล็กน้อย ความดันไดแอสโตลิกลดลง 10-15 มม.ปรอท (mmHg) เมื่ออายุครรภ์ 24-32 สัปดาห์ ส่วนปลายไตรมาสที่ 3 ความดันโลหิตจะเท่ากับก่อนการตั้งครรภ์ (Blackburn, 2008; McKinney et al., 2009)

ผลของท่าต่อความดันโลหิต ความดันโลหิตต่ำสุดเมื่อมารดาอยู่ในท่านอนตะแคงซ้าย และเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในท่านอนหรือนั่ง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเมื่อหญิงตั้งครรภ์ใช้มือดึงจับเพื่อยกตัว (McKinney et al., 2009)

การเกิดความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงาย เมื่อครั้งหลังของการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 ถ้านอนหงายมดลูกจะกดเส้นเลือด อีนาฟีเรียวีนาคาวา (inferior vena cava) และเส้นเลือดแดงใหญ่ (aorta) ทำให้เลือดส่วนปลายไหลกลับไม่ดีจึงทำให้เลือดเข้าหัวใจน้อยลงและออกจากหัวใจน้อยลง ทำให้มารดามีอาการหน้ามืดเป็นลม มีนศีรษะ คลื่นไส้และกระสับกระส่ายความรู้สึกตัวหายไปชั่วคราว เรียกว่าเกิด “supine hypotensive syndrome” หรือ “supine postural hypotension syndrome” หรือ “aortocaval compression” (หมายถึง aorta และ venous ถูกกด) และถ้ามารดาอยู่ในท่านอนหงายนานทำให้หลอดเลือดในช่องท้องถูกกด จึงทำให้เลือดไปเลี้ยงรกน้อยและอาจทำให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ (Leifer, 2005; McKinney et al., 2009; Orshan, 2008) ดังนั้นการนอนตะแคงจะช่วยให้อาการดีขึ้น และถ้าต้องการตรวจครรภ์ในท่านอนหงายอาจใช้หมอนรองตะโพกด้านใดด้านหนึ่งก็จะช่วยลดการเกิด supine hypotension ได้ (McKinney et al., 2009) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะเกิดความดันโลหิตต่ำได้จากการเปลี่ยนจากท่านอนหงายเป็นท่านั่งอย่างรวดเร็ว เรียกว่า “orthostatic hypotension” เนื่องจากเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง (Leifer, 2005) รูปที่ 3-6 แสดงท่าในการนอนหงายและนอนตะแคงต่อการกดทับเส้นเลือดในช่องท้อง



รูปที่ 11 แสดงท่านอนหงายและนอนตะแคงต่อการกดทับเส้นเลือดในช่องท้อง

Note. From “Maternal–child nursing(3 rd ed., p. 255),” by E. S. McKinney, S. R. James, S. S. Murray, and J. W. Ashwill, 2009, St Louis, MO: Saunders Elsevier.

การไหลเวียนของเลือด การไหลเวียนของเลือดมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ มีการเพิ่มขึ้นของเลือดที่ไปเลี้ยงรกประมาณ 500 มล./นาที มีการเพิ่มขึ้นของเลือดไปยังไต 30% เพื่อช่วยในการขับของเสีย เลือดไปเลี้ยงผิวหนังเพิ่มขึ้นเพื่อกระจายความร้อนจากการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น มีการไหลเวียนเลือดไปยังเต้านมเพิ่มขึ้นจึงทำให้เต้านมคัดตึงและมีการขยายตัวของหลอดเลือดดำมากขึ้น ทำให้เต้านมร้อนและมารดาปวดเต้านมลักษณะเหมือนเข็มแทงได้ นอกจากนี้มดลูกกดเส้นเลือดดำใหญ่ในช่องท้อง (inferior vena cava และ iliac vein) ทำให้เลือดที่ไหลกลับจากส่วนล่างของร่างกายขึ้นมาไม่สะดวกเกิดการคั่งของเลือดในอวัยวะส่วนล่าง ถ้ามีการคั่งเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการโป่งพองของ

เลือดที่ขา บริเวณปากช่องคลอดและลำไส้ส่วนเรคตัมจึงทำให้เกิดการเป็นริดสีดวงทวาร (Leifer, 2005; McKinney et al., 2009) ในช่วงครรภ์ครบกำหนด 10% ของเลือดที่ออกจากหัวใจ (CO) จะไปเลี้ยงมดลูก (Perry, 2014)

องค์ประกอบของเลือด มีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดง 25-30% จึงทำให้มีความต้องการธาตุเหล็กสูงขึ้นเพื่อใช้ในการสร้างฮีโมโกลบิน การได้รับธาตุเหล็กจากอาหารเพียงอย่างเดียวมักไม่เพียงพอจึงต้องการธาตุเหล็กร่วมด้วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโลหิตจาง ส่วนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นจาก 5,000 เซลล์/ลบ.มล. เป็น 12,000-15,000 เซลล์/ลบ.มล. และเม็ดเลือดขาวจะยิ่งเพิ่มขึ้นมากในระยะคลอดและระยะหลังคลอดและอาจสูงถึง 25,000 เซลล์/ลบ.มล. นอกจากนี้ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น 50% โดยเฉพาะเกล็ดเลือด (factor I) ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการป้องกันการตกเลือดในระยะคลอด แต่อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันและหลอดเลือดอักเสบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ยืนหรือนั่งเป็นเวลานานๆ (McKinney et al., 2009)

3. ระบบหายใจ

การใช้ออกซิเจน (oxygen consumption) การใช้ออกซิเจนในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 20% ครึ่งหนึ่งของออกซิเจนจะไปเลี้ยงรกและทารก ส่วนที่เหลือเลี้ยงมดลูก เต้านม การหายใจที่เพิ่มขึ้นและการทำงานของหัวใจ ดังนั้นเพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้นหญิงตั้งครรภ์จะหายใจลึกแต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอัตราการหายใจ การหายใจลึกทำให้มีอากาศเข้าและออกของการหายใจแต่ละครั้ง (tidal volume) เพิ่มขึ้น 30-40% และใน 1 นาทีอากาศที่หายใจเข้าและออกเพิ่มขึ้น 30-50% ทำให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (P_{CO_2}) ต่ำลง การที่คาร์บอนไดออกไซด์ต่ำลง (state of respiratory alkalosis) ทำให้เกิดการขับคาร์บอนไดออกไซด์จากทารกมายังระบบไหลเวียนของมารดาเพิ่มขึ้น (Alden, 2014; McKinney et al., 2009)

ปัจจัยด้านฮอร์โมน ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและโปรสตาแกลนดินทำให้ทางเดินหายใจมีแรงต้านทานน้อยจากการทำให้กล้ามเนื้อเรียบของทางเดินหายใจคลายตัว

โปรเจสเตอโรนทำให้สมองส่วนที่ควบคุมระบบหายใจ (medulla oblongata) ไวต่อคาร์บอนไดออกไซด์ จึงทำให้หายใจเพิ่มขึ้นเพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ (Alden, 2014; McKinney et al., 2009) ส่วนฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีเส้นเลือดไปเลี้ยงบริเวณเยื่อเมือกและทางเดินหายใจส่วนบนเพิ่มขึ้น และจากการที่เส้นเลือดแดงฝอยแคบพิลลารี (capillaries) บวมและร้อนขึ้น บริเวณจมูก ช่องทางเดินหายใจส่วนบนรวมทั้งหลอดลม จึงทำให้มารดารู้สึกคัดจมูก อาจมีเลือดกำเดาออก และเสียงเปลี่ยนได้ และจากการที่เส้นเลือดแดงฝอยเพิ่มขึ้นทำให้มีการบวมของหูชั้นกลางและท่อยูสเตเชียน ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกแน่นๆ และปวดหูได้ (Leifer, 2005; McKinney et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การที่มดลูกดันกระบังลมขึ้นประมาณ 4 นิ้วในไตรมาสที่ 3 ทำให้ปริมาตรของปอดลดลง กระดูกซี่โครงบานเพิ่มขึ้น มุมของกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้น เส้นผ่าศูนย์กลางของทรวงอกแนวหน้าหลังเพิ่มขึ้น 2 ซม. การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากแรงกดของมดลูกและการคลายตัวของกล้ามเนื้อจากฮอร์โมนรีแลกซิน การหายใจของหญิงตั้งครรภ์จึงมักอยู่ในระดับอกมากกว่าระดับช่องท้อง บางรายอาจรู้สึกหายใจลำบากได้ (McKinney et al., 2009) การหายใจลำบากเกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้มีผลต่อความไวของระบบหายใจ แต่อย่างไรก็ตามการหายใจลำบากจะไม่กระทบต่อชีวิตประจำวัน และจะไม่เกิดขึ้นในขณะพัก (Leifer, 2005)

4. ระบบทางเดินอาหาร

ปาก จากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณปากและเหงือกมาก ทำให้เหงือกอักเสบและเลือดออกได้ง่าย และทำให้เหงือกแดง อาการเหล่านี้จะกลับเป็นปกติในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์บางรายจะมีน้ำลายมาก (ptyalism) สาเหตุไม่ทราบ แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากการหลั่งเอนไซม์ย่อยแป้ง

วิธีแก้ไขให้รับประทานอาหารน้อยแต่บ่อยครั้งหรืออมลูกอมที่เป็นยา ส่วนฟันไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆและไม่มีการดึงแร่ธาตุจากฟัน (McKinney et al., 2009)

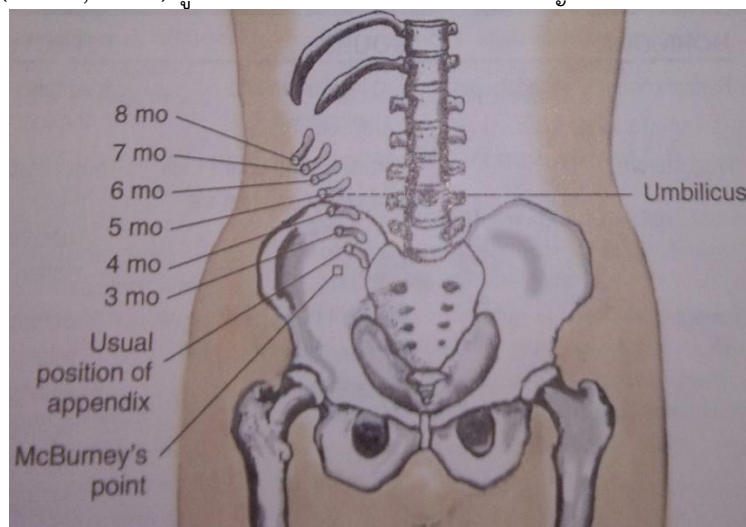
หลอดอาหาร หูดหลอดอาหารส่วนล่างต่อกับกระเพาะอาหาร (cardiac sphincter) คลายตัวเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวประกอบกับกระเพาะอาหารถูกดันขึ้นจากมดลูกที่โตขึ้น จึงทำให้อาหารในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นกรดไหลย้อนขึ้นมาที่หลอดอาหารทำให้เกิดการปวดแสบยอดอกได้ (heartburn หรือ pyrosis) ซึ่งจะเริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ และเป็นมากขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ได้ (Alden, 2014; Leifer, 2005; McKinney et al., 2009)

กระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้ระบบทางเดินอาหารคลายตัวและเคลื่อนไหวช้าลงเล็กน้อยในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้เวลานานทำให้การดูดซึมแร่ธาตุเช่นแคลเซียมและเหล็กและสารอาหารต่างๆได้มากขึ้นแต่การดูดซึมวิตามินบีลดลง (McKinney et al., 2009)

ลำไส้ใหญ่ มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลงทำให้มีการดูดซึมน้ำเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดการท้องผูกได้ และในหญิงตั้งครรภ์ที่มีริดสีดวงทวาร อูจจาระที่แข็งอาจทำให้มีเลือดออกจากริดสีดวงทวารได้ (McKinney et al., 2009)

ตับและต่อมน้ำดี ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้ถุงน้ำดีคลายตัวและน้ำดีอยู่ในถุงน้ำดีนาน ทำให้น้ำดีเข้มข้นจึงอาจทำให้เป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ และทำให้มีการคั่งของเกลืออน้ำดีจึงทำให้เกิดการคันบริเวณผิวหนังได้ (itching หรือ pruritus) ในไตรมาสที่ 3 ตับถูกดันขึ้นไปทางด้านหลังจากการโตขึ้นของมดลูกจึงทำให้กระทบต่อการทำงานของตับ โดยพบว่าอัลตราซาวด์พบเพิ่มขึ้น 2-4 เท่าตัว ส่วนอัลบูมินและโปรตีนต่ำลง การเปลี่ยนแปลงนี้เชื่อว่าเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและการเพิ่มขึ้นของน้ำเลือด (McKinney et al., 2009)

ความไม่สุขสบายท้อง หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกอึดอัด ในบริเวณเชิงกราน หรือเหมือนช่องท้องถูกกด การดึงของเอ็น (round ligament tension) ท้องอืด (flatulence) ท้องตึง (distention) การบีบตัวแรงของลำไส้ (bowel cramping) และการหดตัวของมดลูก ลำไส้ถูกกดและเลื่อนตำแหน่งไปจากเดิม รวมทั้งการกดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานจากมดลูกที่โตขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบายได้ซึ่งเป็นภาวะปกติ อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงความผิดปกติ เช่นการอุดตันของลำไส้ การอักเสบในช่องท้อง ส่วนตำแหน่งในการเกิดไส้ติ่งอักเสบก็เปลี่ยนตำแหน่งเช่นกัน โดยตำแหน่งจะสูงขึ้นและเอียงไปทางด้านข้าง หรือสูงขึ้นจากเดิมไปทางด้านขวาของตำแหน่ง “แมกเบอร์นี” (McBurney's point) (Alden, 2014) รูปที่ 3-7 แสดงตำแหน่งไส้ติ่งในหญิงตั้งครรภ์แต่ละช่วงของการตั้งครรภ์



รูปที่ 12 แสดงตำแหน่งไส้ติ่งในหญิงตั้งครรภ์แต่ละช่วงของการตั้งครรภ์

Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.183),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

5. ระบบทางเดินปัสสาวะ

ภาวะเพาะปัสสาวะ ตลอดการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์จะปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ (urgency) และมีการปัสสาวะในกลางคืน ความจุของกระเพาะปัสสาวะเพิ่มเป็น 2 เท่า ความจุประมาณ 1,500 มล. (Alden, 2014) จากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะบวมขึ้นจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน การที่มีเลือดมาคั่งมากที่ฐานของกระเพาะปัสสาวะทำให้มีการบวมและง่ายต่อการฉีกขาดและติดเชื้อได้ง่ายในระยะตั้งครรภ์ (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) สำหรับการปัสสาวะบ่อยนอกจากเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนแล้วยังเกิดจากมดลูกกดทับกระเพาะปัสสาวะในไตรมาสที่ 1 และ 3 (Leifer, 2005) สำหรับในไตรมาสที่ 2 จำนวนครั้งของการปัสสาวะลดลง (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1995)

ไตและท่อไต ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของไต มีการขยายตัวของช่องในไต (renal pelvis & calyces) และท่อไตส่วนที่เหนือช่องเข้าของเชิงกรานจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและจากการที่มดลูกกดท่อไตทำให้การขับปัสสาวะออกได้ไม่ดีโดยเฉพาะท่อไตและช่องในไตด้านขวา ทำให้มีการคั่งของปัสสาวะ จึงทำให้แบคทีเรียมีเวลาในการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (McKinney et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของไตและท่อไต ในปลายไตรมาสที่ 1 เลือดไปเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น 50-80% จากการเพิ่มของน้ำเลือดและเลือดที่ออกจากหัวใจ อัตราการกรองเลือดที่ไตเพิ่มขึ้น 50% การเพิ่มขึ้นของอัตราการกรองที่ไตยังเนื่องจากการลดต่ำของอัลบูมินในเลือดซึ่งทำให้การดูดน้ำของโปรตีนลดลง (colloid osmotic pressure) การมีอัตราการกรองที่ไตเพิ่มขึ้นทำให้มีการสูญเสียกลูโคสออกมากับปัสสาวะได้ (glycosuria) นอกจากนี้อาจมีการขับกรดอะมิโนและวิตามินที่ละลายน้ำออกมากับปัสสาวะได้ ซึ่งการขับกลูโคสและโปรตีนทำให้เป็นแหล่งอาหารของแบคทีเรีย จึงทำให้มีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะได้ง่าย (Alden, 2014; McKinney et al., 2009) โปรตีนที่ออกมากับปัสสาวะเล็กน้อยจัดว่าปกติสำหรับการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามต้องประเมินโปรตีนในปัสสาวะตลอดการตั้งครรภ์เพื่อวินิจฉัยภาวะผิดปกติ จากการที่มีอัตราการกรองที่ไตเพิ่มขึ้นจึงทำให้ระดับของเสียครีตินิน (creatinin) และยูเรีย (urea) ลดต่ำลงในระยะตั้งครรภ์ (McKinney et al., 2009)

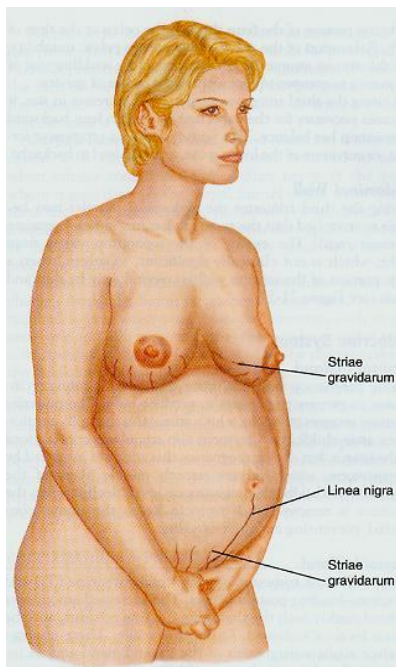
ท่าทางการไหลเวียนของเลือดที่ไต ท่านอนหงายเลือดจะไปเลี้ยงไตน้อย ส่วนท่านอนตะแคงเลือดไปเลี้ยงไตได้ดี ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้นและลดอาการบวม (Alden, 2014)

6. ระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

ผิวหนัง

การที่เลือดไปเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ต่อมเหงื่อและต่อมไขมันทำงานมากขึ้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีเหงื่อมากและหน้ามัน นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์มีผิวคล้ำขึ้น โดยผิวคล้ำอาจเริ่มต้นเมื่อตั้งครรภ์ได้ 2 เดือน ผิวคล้ำเกิดจากอิทธิพลของฮอร์โมน เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และเมลาโนไซติคสเตอโรน (melanocyte-stimulating hormone) และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผมหรือผิวสีเข้มจะมีผิวคล้ำมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีผมหรือผิวสีอ่อนกว่า (McKinney et al., 2009) หญิงตั้งครรภ์จะมีผิวคล้ำที่บริเวณใบหน้าบริเวณหน้าส่วนบน แก้มและจมูก เรียกว่า มีแลสมา (melasma) หรือโครแอสมา (choasma) หรือหน้ากากของการตั้งครรภ์ (mask of pregnancy) มีแลสมาจะยิ่งเพิ่มขึ้นเมื่อถูกแสงอาทิตย์ การใช้ครีมกันแดดจะช่วยไม่ให้สีคล้ำเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เส้น “ลิเนียอัลบา” (linea alba) ซึ่งเป็นเส้นกึ่งกลางท้องจากซิมฟรายซีสพิวบีสถึงยอดมดลูกจะมีสีดำขึ้น เรียกว่า “ลิเนียไนกรา” (linea nigra) (Alden, 2014) สีผิวที่ลานนมก็เข้มขึ้น สีผิวที่คล้ำจะกลับเป็นปกติในระยะหลังคลอดจากการลดต่ำของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปร

รเจสเตอโรน แต่บางรายผิวหนังที่คล้ำอาจคงอยู่ถาวร (McKinney et al., 2009) รูปที่ 3-8 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและผิวหนังในระยะตั้งครรภ์



รูปที่ 13 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและผิวหนังในระยะตั้งครรภ์

Note. From “Maternal–child nursing(3 rd ed., p. 257),” by E. S. McKinney, S. R. James, S. S. Murray, and J. W. Ashwill, 2009, St Louis, MO: Saunders Elsevier.

การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เอสโตรเจนทำให้เส้นเลือดขยาย การเปลี่ยนแปลงผิวเส้นเลือดเห็นได้ชัดในหญิงตั้งครรภ์ที่สีผิวอ่อน เส้นเลือดอาจเป็นปม (angioma) และแตกกิ่งก้านสาขาคลายใยแมงมุม (vascular spider nevi) พบได้บริเวณหน้า คอ ออกส่วนบน แขน และขา นอกจากนี้มีฝ่ามือฝ่าเท้าแดง (palmar erythema)ซึ่งจะหายเป็นปกติได้ในระยะหลังคลอดในเวลาอันสั้น (McKinney et al., 2009)

เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) มีการแยกของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทำให้ท้องลาย (striae gravidarum) เกิดที่หน้าท้อง เต้านม ตะโพก และขา สีออกชมพูถึงสีม่วงและในระยะหลังคลอดจะเปลี่ยนเป็นสีเทา การรักษาในระยะหลังคลอดสามารถรักษาด้วยแสงเลเซอร์ ส่วนในขณะตั้งครรภ์บางคนอาจทาหน้าท้องด้วยน้ำมันหรือวิตามินอี แต่ไม่มีการรับรองผล แต่การทำโลชั่นอาจช่วยเพียงลดอาการคันเท่านั้นไม่ได้ป้องกันการเกิดท้องลาย (McKinney et al., 2009)รูปที่ 3-9 แสดงภาวะท้องลาย (striae gravidarum)



รูปที่ 14 แสดงภาวะท้องลาย (striae gravidarum)

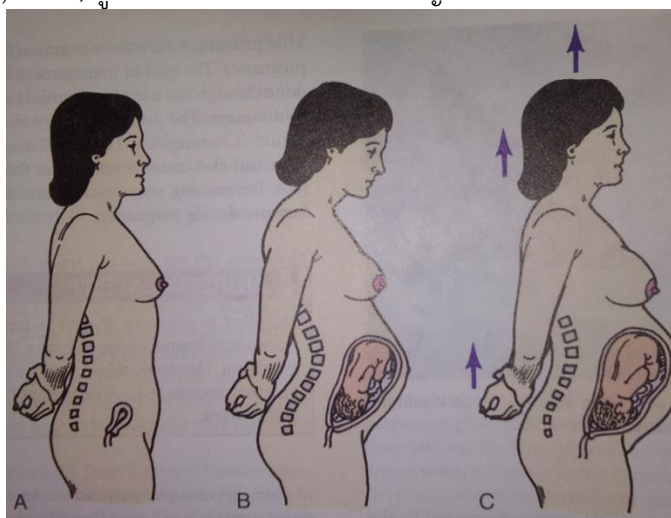
Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.181),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

ผม ผมจะงอกเร็วและผมร่วงน้อยในระยะตั้งครรภ์ แต่ระยะหลังคลอดเดือนที่1-4 จะมีผมร่วงได้มาก หลังจากนั้นจะกลับเป็นปกติ

7. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

การสะสมแคลเซียม ในระหว่างตั้งครรภ์ทารกมีความต้องการแคลเซียมสูงโดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 การดูดซึมแคลเซียมของลำไส้เพิ่มขึ้นตั้งแต่ไตรมาสแรก แคลเซียมจะสะสมในมารดา มากกว่าการส่งไปยังทารก จึงไม่มีการดึงแคลเซียมจากกระดูกมารดาในระยะตั้งครรภ์ (McKinney et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงของท่าทาง มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์ การเปลี่ยนแปลงเริ่มในไตรมาสที่ 2 เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน รีแล็กซิน เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ทำให้เอ็นที่ยึดและข้อต่อมีการยืดตัว และจากการที่มดลูกโตขึ้นทำให้จุดศูนย์ถ่วงของตัวหญิงตั้งครรภ์เคลื่อนมาทางด้านหน้าจึงทำให้หลังแอ่น ในไตรมาสที่ 3 ท้องโตมากขึ้นทำให้เกิดการแอ่นบริเวณเอวมากเรียกว่าเกิดภาวะ ลอร์ดโดซิส (lordosis) ซึ่งทำให้หญิงตั้งครรภ์ปวดหลังได้ (McKinney et al., 2009) บ้างเชื่อว่าอาการปวดหลังเริ่มเกิดตั้งแต่ไตรมาสที่ 2 (Sherwen et al., 1995) รูปที่ 3-10 แสดงท่าทางของหญิงตั้งครรภ์

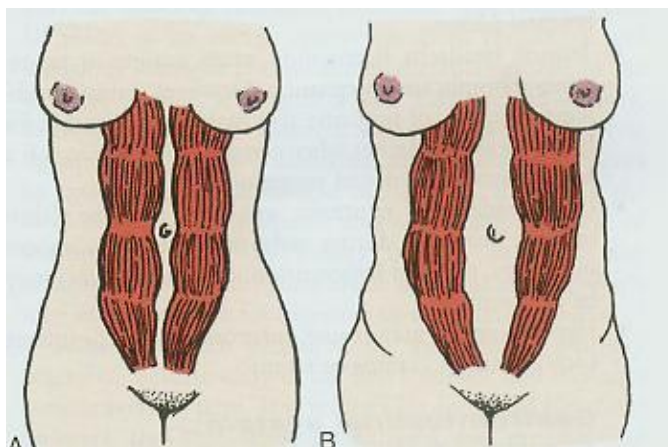


รูปที่ 15 ท่าทางของหญิงตั้งครรภ์

Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.182),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier. A = nonpregnant, B = incorrect posture during pregnancy, C = correct posture during pregnancy.

ผนังหน้าท้อง ในไตรมาสที่ 3 กล้ามเนื้อหน้าท้องจะตึงมากและอาจทำให้กล้ามเนื้อเรกตัสแอบโดมินิส (rectus abdominis) แยก เรียกว่าเกิด ไตแอสทาซิสเรคไต (diastasis recti) บางรายแยกมาก บางรายแยกน้อย ถ้า

มีการแยกของกล้ามเนื้ออกมากจะทำให้มดลูกถูกคลุมเฉพาะผนังหน้าท้องและผิวหนังซึ่งบางมาก (McKinney et al., 2009) รูปที่ 3-11 แสดงกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก



รูปที่ 16 แสดงกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก

Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.182),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier. A = กล้ามเนื้อหน้าท้องปกติ, B = diastasis recti abdominis

8. ระบบต่อมไร้ท่อ

ต่อมพิทูอิตารี ต่อมพิทูอิตารีส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมนโปรแลกตินเพิ่มขึ้นเพื่อเตรียมเต้านมในการสร้างน้ำนม ส่วนต่อมพิทูอิตารีส่วนหลังจะหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินเพื่อช่วยในการหลั่งของน้ำนม ออกซิโตซินสามารถกระตุ้นให้มดลูกหดตัวได้ แต่จะถูกยับยั้งโดยฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนซึ่งทำให้มดลูกคลายตัว ในระยะหลังคลอดฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดต่ำลงดังนั้นมดลูกจึงหดตัวจากการกระตุ้นของฮอร์โมนออกซิโตซิน (McKinney et al., 2009)

ต่อมไทรอยด์ ต่อมไทรอยด์โตขึ้นและมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ในช่วงต้นของไตรมาสที่ 1 จะมีการเพิ่มของไทร็อกซิน (thyroxine: T_4) และไทร็อกซินที่จับกับโปรตีน การเพิ่มของฮอร์โมนเหล่านี้เกิดเฉพาะในช่วงแรกหลังจากนั้นจะกลับสู่ปกติ การเผาผลาญของร่างกายเพิ่มขึ้น 25% (McKinney et al., 2009)

ต่อมพาราไทรอยด์ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ลดลงเล็กน้อยในไตรมาสแรกเท่านั้น ฮอร์โมนนี้ช่วยทำให้มีแคลเซียมไปยังทารกได้เพียงพอ (McKinney et al., 2009)

ตับอ่อน ในระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของกลูโคสในกระแสเลือดและปริมาณอินซูลิน ระดับกลูโคสในเลือดลดลง 10-20% เมื่อเทียบกับก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้มารดามีภาวะน้ำตาลต่ำระหว่างมื้ออาหารและตอนกลางวันจากการใช้น้ำตาลของทารก ในครั้งหลังของการตั้งครรภ์ ความไวต่ออินซูลินลดลงจากผลของฮอร์โมนฮิวแมน พลาเซนต้าแลกโตเจน (human placenta lactogen) โปรแลกติน โปรเจสเตอโรน และคอร์ติโซน ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นทำให้ทารกได้รับน้ำตาลเพิ่มขึ้น ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์จะมีการใช้ไขมันทดแทนเพื่อให้พลังงานแก่ร่างกาย และจะมีการกระตุ้นให้สร้างอินซูลินเพิ่มขึ้น ถ้ามีอินซูลินไม่พอมารดาจะเป็นเบาหวานจากการตั้งครรภ์ได้ (McKinney et al., 2009)

ต่อมหมวกไต มีการเปลี่ยนแปลงของคอร์ติโซน และอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งสร้างจากต่อมหมวกไต สำหรับคอร์ติโซนจะเพิ่มขึ้นและมีหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน ทำให้ระดับน้ำตาลใน

เลือดเพิ่มขึ้น และยังคงการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Hanretty, 2003) สำหรับอัลโดสเตอโรนก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งจะช่วยให้มีการดูดซึ่มโซเดียมที่ไต (distal tubules of kidneys) เพื่อให้มีโซเดียมเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายจากการสูญเสียเกลือเนื่องจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (McKinney et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากฮอร์โมนจากรก

เอสซีจี Human Chorionic Gonadotropin: hCG ในระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนนี้จะสร้างโดยโทรโฟบลาส (trophoblast) รอบๆตัวอ่อน การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของเอสซีจี จะกระตุ้นคอร์ปัสลูเทียม (corpus luteum) ให้สร้างโปรเจสเตอโรนและเอสโตรเจนจนกระทั่งรกสร้างได้เองประมาณสัปดาห์ที่ 10-12 ฮอร์โมนเอสซีจีเป็นฮอร์โมนที่แสดงว่ามี การตั้งครรภ์ (McKinney et al., 2009)

เอสโตรเจน ในระยะแรกของการตั้งครรภ์เอสโตรเจนสร้างโดยคอร์ปัสลูเทียม ต่อมาจะสร้างโดยรก เอสโตรเจนมีหน้าที่ 1) กระตุ้นการเจริญเติบโตของมดลูกและเพิ่มจำนวนเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูก 2) ช่วยในการพัฒนาของ ท่อน้ำนม 3) ช่วยทำให้มีเส้นเลือดไปยังผิวหนังมากขึ้นทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำ ช่วยให้อ่อนนุ่มทำงานมากขึ้น และทำให้เหงื่อและเยื่อบุจมูกอ่อนจากการมีเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น (McKinney et al., 2009) นอกจากนี้ทำให้มีการคั่งของน้ำ ในร่างกาย ลดการขับโซเดียม (Hanretty, 2003)

โปรเจสเตอโรน ในระยะแรกของการตั้งครรภ์โปรเจสเตอโรนสร้างโดยคอร์ปัสลูเทียม ต่อมาจะสร้างโดยรก เช่นกัน จัดว่าเป็นฮอร์โมนที่สำคัญที่สุดในการตั้งครรภ์ มีหน้าที่ดังนี้ 1) ช่วยให้เยื่อบุมดลูกมีสภาพเหมาะกับการฝังตัวของรก 2) ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว จึงป้องกันไม่ให้เกิดการแท้ง และหลุดเลือดคลายตัว 3) ป้องกันการขับ (reject) ทารก 4) กระตุ้นให้มีการพัฒนาของเต้านมเพื่อเตรียมสำหรับการให้นมทารก 5) ทำให้มีการสะสมของไขมัน เพื่อใช้ป็นพลังงานในระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร โปรเจสเตอโรนช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวทั่วร่างกาย จึงทำให้มีการคลายตัวของหูดของกระเพาะอาหารส่วนบน ลดการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร มีการขยายของ ท่อไต เพิ่มความจุของกระเพาะปัสสาวะ ร่างกายไวต่อการเปลี่ยนแปลงของคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้หายใจลึก (Hanretty, 2003; McKinney et al., 2009)

เอสพีแอล (Human Placental Lactogen: hPL หรือ human chorionic somatomammotropin: hCS) ลดความไวต่ออินซูลินของเซลล์ในหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ลดการเผาผลาญกลูโคส จึงเพิ่มการให้กลูโคสแก่ทารก นอกจากนี้ช่วยเผาผลาญกรดอะมิโนเพื่อให้พลังงานแก่หญิงตั้งครรภ์ (McKinney et al., 2009)

รีแล็กซิน (Relaxin) เป็นฮอร์โมนที่สร้างจากรกและรก มีหน้าที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ทำให้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันในปากมดลูก อ่อน และข้อต่อของเชิงกรานคลายตัว (McKinney et al., 2009)

การเปลี่ยนแปลงของเมตาโบลิซึม

ก่อนอื่นควรทราบค่า BMI (body mass index) ก่อนตั้งครรภ์ BMI <18.5 kg/m² จัดเป็นต่ำกว่าปกติ BMI 18.5-24.9 kg/m² จัดเป็นค่าปกติ BMI 25-29.9 kg/m² จัดเป็นภาวะโภชนาการเกิน (overweight) และ BMI ≥ 30 kg/m² จัดเป็นภาวะอ้วน (obesity) (Perry, 2014 b) **การเพิ่มน้ำหนัก** น้ำหนักปกติเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ คือ 11.4-15.9 กก. (หรือ 11.5-16 กก.) จากการเพิ่มขนาดของมดลูกและเต้านม ปริมาณเลือด น้ำระหว่างเซลล์ และการสะสมของไขมันของตัวมารดา (Alden, 2014; McKinney et al., 2009; Orshan, 2008) โดยในไตรมาสที่ 1 น้ำหนักอาจลดลงเล็กน้อยเนื่องจากการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย หรืออาจเพิ่ม 1.6-2.3 กก. (หรือ 1-2 กก.) ส่วนไตรมาสที่ 2 และ 3 น้ำหนักเพิ่มขึ้นไตรมาสละ 5.5-6.8 กก. (Davidson, London, & Ladewig, 2008) กล่าวได้ว่า น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์คือ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ปกติ (single fetus) มีน้ำหนักปกติ ควรเพิ่ม 11.5-16 กก. สำหรับผู้มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ควรเพิ่ม 12.5-18 กก. ผู้ที่น้ำหนักเกินควรเพิ่ม 5-11.5 กก. ผู้ที่ อ้วนควรเพิ่ม 5-6.8 กก. **สำหรับผู้ที่ตั้งครรภ์แฝด** มีน้ำหนักปกติ ควรเพิ่ม 16.5-24.5 กก. ผู้ที่น้ำหนักเกินควรเพิ่ม 14-23 กก. ผู้ที่อ้วนควรเพิ่ม 11.5-19 กก. (Leifer, 2015, p. 59)

หรือกล่าวได้ว่าการเพิ่มของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ควรเป็นดังนี้ หญิงตั้งครรภ์ *underweight* น้ำหนักควรเพิ่ม 0.5 กก./สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ *normal weight* น้ำหนักควรเพิ่ม 0.4กก/สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ *overweight* น้ำหนักควรเพิ่ม 0.3 กก/สัปดาห์ และหญิงตั้งครรภ์ที่อ้วนน้ำหนักควรเพิ่ม 0.2 กก/สัปดาห์ (Perry, 2014)

เมตาโบลิซึมของน้ำ ความต้องการน้ำเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมีการปรับตัวของไตจากหลายปัจจัย จากอัตราการกรองที่ไตเพิ่มขึ้น การมีโปรตีนในเลือดลดลง และระดับโปรเจสเทอโรนที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการขับโซเดียมทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจน เอสพีแอล โพรแลคตินและอัลโดสเทอโรน ทำให้มีการดูดโซเดียมกลับมากขึ้น ดังนั้นจึงเกิดการสมดุลของโซเดียมและน้ำในร่างกายหญิงตั้งครรภ์ (Hanretty, 2003; McKinney et al., 2009)

อาการบวม จากการมีกรดอะมิโนในเลือดลดลงและน้ำเลือดมาก ทำให้แรงดันคอลลอยด์ (colloid osmotic pressure) ลดลง ส่งผลให้เกิดการบวมในหญิงตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้อาการบวมยังเกิดมากขึ้นเมื่อมดลูกกดหลอดเลือดดำใหญ่ ทำให้เลือดไหลกลับหัวใจไม่ดีเกิดการขยายของหลอดเลือดดำจึงมีการปรับตัวโดยการซึมของน้ำในเส้นเลือดออกนอกเซลล์ (interstitial spaces) น้ำที่ทำให้มีการบวมมีปริมาณ 1.5-5 ลิตร และประมาณ 70% ของหญิงตั้งครรภ์จะมีอาการบวม การบวมบริเวณเท้าและเข่าจะเห็นได้ชัดเมื่อช่วงเย็นโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องยืนเป็นเวลานานๆ อาการบวมเหล่านี้จัดว่าเป็นอาการปกติ (McKinney et al., 2009)

การชาของมือ (Carpal tunnel syndrome) การที่มีการคั่งของน้ำและการบวมที่กดเส้นประสาทมีเดียน (median nerve) บริเวณแขนในตำแหน่งข้อมือ อาการที่เกิดจะปวด ร้อน ชา หรือเหมือนเข็มแทงที่มือและข้อมือ การตามมือให้หนึ่งจะช่วยให้ อาการเหล่านี้จะเป็นปกติภายใน 3 เดือนหลังคลอด (Leifer, 2005; McKinney et al., 2009)

เมตาโบลิซึมของคาร์โบไฮเดรต จะมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตอย่างมาก ตับอ่อนจะสร้างอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และทารกมีน้ำตาลเพียงพอ และปรับตัวจากการต้านของฮอร์โมนต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์ แต่ในรายที่ร่างกายไม่สามารถเพิ่มอินซูลินได้หญิงตั้งครรภ์จะมีอาการน้ำตาลต่ำเป็นครั้งคราว หรืออาจเกิดภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ได้ (McKinney et al., 2009)

9. อวัยวะรับความรู้สึก

ตา เกี่ยวกับตาในระยะตั้งครรภ์จะมีอาการบวมและหนาของกระจกตาได้โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 3 ดังนั้นผู้ที่ใช้คอนแทคเลนส์จะรู้สึกไม่สบายได้ ปัญหาเหล่านี้จะเป็นปกติใน 6 สัปดาห์หลังคลอด นอกจากนี้ความดันในลูกตาของหญิงตั้งครรภ์จะลดลง ซึ่งจะดีสำหรับรายที่เป็นต้อหิน (McKinney et al., 2009)

หู หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหูที่หูและท่อยูสเตเชียนจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้การได้ยินไม่ชัดเจนได้ แต่จะเกิดเพียงชั่วคราว (McKinney et al., 2009)

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีสมาธิไม่ดี รวมทั้งความจำก็ไม่ดี อาการจะกลับเป็นปกติในระยะหลังคลอด นอกจากนี้อาจมีปัญหานอนหลับไม่ดี ตื่นบ่อย ประสิทธิภาพของการหลับไม่ดี (Davidson et al., 2008)

10. ระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ได้น้อยลงในระยะตั้งครรภ์ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันจะช้าทั้งการตอบสนอง (response) และการปรับตัว (adaptive) ทำให้การทำงานของนิวโทรฟิล (neutrophil) ช้าในการทำลายเชื้อโรค รวมทั้งการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดขาว (NK cell cytotoxic activity) น้อยลง (Blackburn, 2008) ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรครุมตอยจะมีอาการทุเลาลงได้ (McKinney et al., 2009) โดยทั่วไปเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์

จำนวนเม็ดเลือดขาวมีประมาณ 15,000 เซลล์/ลบ. มล.. ระดับจะลดเป็นปกติหลังคลอดแล้ว 1 สัปดาห์ (Leifer, 2005)

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม จิตวิญญาณและการปรับตัว

การตั้งครรรภ์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมและจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรรภ์รวมทั้งมีการปรับตัว โดยบางส่วนสามารถแบ่งตามไตรมาสของการตั้งครรรภ์เกี่ยวกับพฤติกรรมและความรู้สึกต่างๆ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าไม่มีการกล่าวไว้ชัดเจน สำหรับหัวข้อนี้จะกล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในแต่ละไตรมาส บทบาทและการปรับตัวของหญิงตั้งครรรภ์ พัฒนิกจในระยะตั้งครรรภ์ ผลกระทบของการตั้งครรรภ์ต่อครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรรภ์

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในแต่ละไตรมาส

ไตรมาสที่ 1

ไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรรภ์จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจ (uncertainty) หญิงตั้งครรรภ์จะรู้สึกไม่มั่นใจว่าตนเองตั้งครรรภ์ จึงอาจพยายามทดสอบหรือเสาะหาการตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจว่าตนเองตั้งครรรภ์ จะสังเกตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองที่เกี่ยวกับการตั้งครรรภ์ ปฏิกริยาต่อความรู้สึกไม่แน่ใจในแต่ละคนแตกต่างกัน (McKinney et al., 2009)

หญิงตั้งครรรภ์จะมีความรู้สึกกำกวม (ambivalence) เกือบครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรรภ์ไม่ได้วางแผนตั้งครรรภ์ เมื่อแน่ใจว่าตั้งครรรภ์แล้วจะรู้สึกขัดแย้ง หรืออาจรู้สึกกำกวม (**แบ่งรับแบ่งสู้**) เกี่ยวกับการตั้งครรรภ์ หญิงตั้งครรรภ์บางคนอาจคิดว่ายังไม่ถึงเวลาที่จะตั้งครรรภ์ ถึงแม้ว่าเป็นการตั้งครรรภ์ที่ต้องการก็ตาม ผู้ที่ได้วางแผนจะตั้งครรรภ์จะคิดว่าการตั้งครรรภ์น่าจะนานกว่านี้ (ไม่น่าเกิดในขณะนี้) ตนเองยังไม่ได้เตรียมตัว หญิงตั้งครรรภ์ส่วนใหญ่ปรารถนาจะตั้งครรรภ์เมื่อปัจจัยต่างๆ พร้อม การตั้งครรรภ์ทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปอย่างถาวร หญิงตั้งครรรภ์จะตรวจสอบสังเกตการเปลี่ยนแปลงและวิธีรับมือกับการตั้งครรรภ์ อาจกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่จะต้องเพิ่มขึ้นและไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองและสามีในการที่จะเป็นพ่อแม่ที่ดี ส่วนหญิงครรรภ์หลังจะคิดเกี่ยวกับการจัดการด้านสัมพันธภาพกับบุตรที่มีอยู่และสามี (McKinney et al., 2009)

หญิงตั้งครรรภ์จะสนใจตนเอง (the self as primary focus) ในไตรมาสที่ 1 หญิงตั้งครรรภ์จะสนใจแต่ตนเอง ไม่สนใจทารกในครรรภ์ และจากความไม่สุขสบายทางกายและการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนทำให้มารดามีอารมณ์ไม่คงที่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้สามีสับสนได้เช่นกัน ดังนั้นพยาบาลควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในระยะต้น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนในตอนเช้า อารมณ์ไม่คงที่ ซึ่งจัดว่าเป็นอาการปกติของการตั้งครรรภ์ (McKinney et al., 2009)

ไตรมาสที่ 2

ไตรมาสที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเช่น มดลูกโตขึ้น น้ำหนักเพิ่ม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมและการเดินของทารก ทำให้มารดารับรู้เกี่ยวกับทารกว่าเป็นบุคคลหนึ่งแต่อยู่ในร่างกายของตนเองมารดาจึงสนใจทารกในครรรภ์มากขึ้น มารดาจะรู้สึกดีมีความสุขเนื่องจากความไม่สุขสบายทางกายหายไป มารดาจะตระหนักถึงความสามารถในการปกป้องดูแลทารกในครรรภ์ เลือกอาหารที่เหมาะสม เสื้อผ้าที่เหมาะสมมากขึ้น การสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง **คิดจินตนาการ**เกี่ยวกับทารกในมารดาครรรภ์แรกจะดูภาพหรือคิดถึงตนเองสมัยยังเด็ก ส่วนมารดาครรรภ์หลังจะคิดวิธีที่จะให้บุตรที่มีอยู่ยอมรับทารกในครรรภ์ (McKinney et al., 2009)

ภาพลักษณ์ (body image) มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างมากรวมทั้งขนาดและรูปร่างทำให้มารดาอาจภาคภูมิใจแต่บางรายอาจมีภาพลักษณ์ในทางลบ (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009)หญิงตั้งครรรภ์

บางรายจะกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและการทำหน้าที่ของร่างกาย อาจรู้สึกว่าร่างกายน่าเกลียด รู้สึกว่าอ้วน จึงทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ หญิงตั้งครรภ์ต้องการการสนับสนุนว่าสิ่งที่เกิดเป็นปกติ (Leifer, 2005)

เพศสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำนายไม่ได้ในบางรายไม่มีการเปลี่ยนแปลง บางรายอาจลดลง หญิงตั้งครรภ์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามบางสังคมจะมีการห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก มารดาบางรายอาจมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นเนื่องจากไม่ต้องห่วงว่าจะตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์ แต่บางรายความไม่สุขสบายต่างๆ และความอ่อนเพลียอาจทำให้ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนในไตรมาสที่ 2 บริเวณปากช่องคลอดและคลอดิอริสมีความไวต่อการสัมผัสมากขึ้นจากการที่มีการคั่งของเลือดและการขับสารเมือกของช่องคลอดมากขึ้นทำให้มารดาส่วนใหญ่มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ส่วนในไตรมาสที่ 3 การมีเพศสัมพันธ์มักจะลดลงจากปัจจัยหลายอย่างเช่น ครรภ์โตมากขึ้น ไม่สุขสบายเหมือนนอนหงายนานๆ อาการปวดแสบยอดอก การกดของแรงบนท้องในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ กลัวทารกได้รับอันตราย ครรภ์โตมากขึ้นทำให้ไม่น่าดู พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับท่าที่เหมาะสมและความหลากหลายของความต้อการมีเพศสัมพันธ์ในระยะนี้ และควรมีเทคนิคในการพูดและการให้คำแนะนำ นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดออกทางช่องคลอด เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ปากมดลูกไม่สมบูรณ์ (incompetent cervix) ควรได้รับคำแนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ (McKinney et al., 2009)

ไตรมาสที่ 3

ในไตรมาสที่ 3 มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

มีความอ่อนแอ (vulnerability) ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกที่ตนเองอ่อนแอ กังวลว่าทารกจะได้รับอันตราย อาจจินตนาการและฝันร้ายเกี่ยวกับทารก จึงระมัดระวังตัวมากขึ้น อาจเสี่ยงจากฝูงชนเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือเป็นอันตราย พยาบาลควรให้ข้อมูลว่าสิ่งเหล่านี้เป็นภาวะปกติ (McKinney et al., 2009)

ต้องการพึ่งพา (increasing dependence) หญิงตั้งครรภ์จะพึ่งพาสามีมากขึ้นในปลายไตรมาสที่ 3 มีความต้องการให้สามีมีเวลาให้ตนเองทุกครั้งที่ตนเองต้องการ อาจโทรศัพท์หาบ่อยขึ้น ต้องการพึ่งพาสามีมากขึ้น และต้องการให้สามีเป็นผู้ตัดสินใจ ต้องการความรักและความเอาใจใส่จากสามี เพื่อให้ตนเองมั่นใจและสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ นอกจากนี้บางรายอาจต้องการให้สามีเข้าใจตนเองและจะโกรธถ้าสามีไม่เป็นไปตามที่ตนเองหวังไว้ พยาบาลควรกระตุ้นให้ทั้งสองฝ่ายได้ปรึกษาปรึกษากันอย่างเปิดเผยเพื่อป้องกันการเข้าใจผิด ในระยะนี้หญิงตั้งครรภ์มักจะมีสมาธิไม่ดี ดังนั้นการสอนหรือให้คำแนะนำต้องชัดเจนและสั้นๆ (McKinney et al., 2009)

เตรียมตัวเพื่อการคลอด (preparation for birth) ความรู้สึกอ่อนแอของหญิงตั้งครรภ์จะลดลงเมื่อครรภ์ครบกำหนด จะรับรู้ว่าการคลอดเป็นบุคคลที่แยกจากตัวเอง (ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของตนเอง) จะทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการคลอด จะคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองในระยะคลอดและอาจกังวลว่าจะไม่พร้อมเมื่อถึงระยะคลอด นอกจากนี้อาจกลัวและคาดหวังว่าวันกำหนดคลอดไม่น่าจะมาถึงเร็ว (คาดการณ์เลื่อนวันคลอดออกไป) กลัวความปวดในระยะคลอด ครรภ์แรกกลัวการคลอดมากกว่าครรภ์หลัง หญิงตั้งครรภ์จะพูดระบายความกลัวกับผู้สนับสนุนและหาข้อมูลต่างๆ นอกจากนี้จะมีพฤติกรรมสร้างรัง (nesting) โดยการเตรียมสถานที่ที่นอนของทารกและเสื้อผ้าเตรียมการเกี่ยวกับหน้าที่ของคนในครอบครัว (McKinney et al., 2009)

3.2 บทบาทและการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ สามารถอธิบายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทได้ ดังนี้

เลียนแบบ (Mimicry) เป็นการเลียนแบบหญิงตั้งครรภ์อื่นหรือเลียนแบบผู้ที่มีบุตรแล้ว จะต้องการค้นพบว่าการเป็นมารดาจะมีบทบาทอย่างไร หญิงตั้งครรภ์จะสวมชุดคลุมท้องในขณะที่ยังตั้งครรภ์อ่อนๆ (เริ่มต้นเร็ว) เพื่อดูว่าตนเองจะรู้สึกอย่างไรรวมทั้งต้องการดูว่าคนรอบข้างมีปฏิกิริยาต่อตนเองอย่างไร (McKinney et al., 2009) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์อาจเลียนแบบท่าทางของหญิงตั้งครรภ์ที่ใกล้คลอด (Murray & McKinney, 2014)

การฝึกบทบาท (Role play) หญิงตั้งครรภ์จะแสวงหาความรู้จากเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องเพื่อจะฝึกบทบาทการเป็นมารดา เช่น การฝึกอุ้มบุตรของญาติพี่น้อง

การจินตนาการ (Fantasy) หญิงตั้งครรภ์จะมีการจินตนาการเกี่ยวกับทารกว่าจะมีลักษณะอย่างไร อาจฝันกลางวันว่าตนเองได้ดูแลทารก บางครั้งก็มีการคิดจินตนาการว่าถ้ามีสิ่งผิดปกติกับทารกตนเองจะอย่างไร จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์หาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการมั่นใจ (McKinney et al., 2009)

การคาดการณ์บทบาทที่เหมาะสม (Looking for a role fit) หญิงตั้งครรภ์จะคิดว่าจะทำอะไรให้เป็นมารดาที่ดี โดยจะสังเกตและเปรียบเทียบตนเองกับมารดาอื่น จะคิดว่าบทบาทมารดาอย่างไรที่เหมาะสมกับตนเองและเป็นบทบาทของมารดาที่ดี (McKinney et al., 2009)

การจัดการกับความรู้สึกสูญเสีย (Grief work) การรู้สึกสูญเสียเช่นการเป็นคนเดิม การต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้ขัดขวางการแสดงบทบาทมารดา ดังนั้นมารดาจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม เช่นไม่ไปดูหนัง ไม่ไปช้อปปิ้ง สำหรับมารดาวัยรุ่นจะยากลำบากในการปรับตัวเกี่ยวกับการจัดการกับความรู้สึกสูญเสียนี้ (McKinney et al., 2009)

3.3 พัฒนกิจในระยะตั้งครรภ์ (Developmental tasks)

พัฒนกิจที่ 1 (pregnancy validation) ในช่วงไตรมาสที่ 1 (3 เดือนแรก) เป็นการทำให้แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์โดยการไปตรวจ เมื่อแน่ใจแล้วจึงสนใจในการดูแลครรภ์ปกป้องทารกในครรภ์ แต่ก็ยังมีคำถามกับตนเองเกี่ยวกับการเป็นผู้หญิงและเป็นมารดา (she may question her identity as a women and mother) (Leifer, 2005)

พัฒนกิจที่ 2 (fetal embodiment) ไตรมาสที่ 2 เป็นระยะที่หญิงตั้งครรภ์ยอมรับว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มคิดเกี่ยวกับบทบาทของตนเองและความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น (Leifer, 2005)

พัฒนกิจที่ 3 (fetal distinction) เป็นระยะที่เริ่มมีการตื่นของทารก หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มตระหนักว่าทารกไม่ใช่ส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง จะฝันกลางวันเกี่ยวกับทารกบ่อย พุดถึงการมีบุตรผู้หญิงผู้ชาย และคาดการณ์ว่าทารกมีความน่ารักมีสุขภาพดี (Leifer, 2005)

พัฒนกิจที่ 4 (role transition) จะมีการปรับบทบาทในปลายไตรมาสที่ 3 วางแผนเกี่ยวกับทารก เช่นเตรียมของใช้ อย่างไรก็ตามในระยะนี้จะหงุดหงิดง่าย บ่นเกี่ยวกับความไม่สุขสบายทางกาย ต้องการให้มีการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ วิธีการปรับตัวใหม่ๆ จะไม่ค่อยได้ผลดังนั้นระยะนี้ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ และคำแนะนำต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้น (Leifer, 2005)

บางผู้เขียนได้กล่าวถึงภาระกิจของหญิงตั้งครรภ์ (Maternal tasks of pregnancy) มีดังนี้ (McKinney et al., 2009; Murry & McKinney, 2014)

- 1) สืบค้นเสาะหาสิ่งที่ทำให้ตนเองและทารกในครรภ์มีความปลอดภัยตลอดการตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด การทำให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัยเป็นขั้นต้นของพัฒนาการ โดยการไปฝากครรภ์และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เช่นการรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อนและการมาฝากครรภ์ตามนัด
- 2) ทำให้สามีและครอบครัวยอมรับตนเองและทารกในครรภ์ ถ้าทำได้สำเร็จจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความภาคภูมิใจ
- 3) เรียนรู้ที่จะให้ (learning to give of herself) เช่นการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลทารกในครรภ์
- 4) พัฒนาความรักใคร่ผูกพันกับบุตรในครรภ์

3.4 ผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อครอบครัว

ผลกระทบต่อสามี

ในสามีบางรายจะมีกลุ่มอาการการเปลี่ยนแปลงทางกายและพฤติกรรมจากการตั้งครรภ์ของภรรยา เรียกว่า “คูเวด” (Couvade) เช่นมีการเปลี่ยนแปลงของการแต่งกาย ทำงานน้อยลง เลี่ยงอาหารบางอย่าง มีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์ มีการเลียนแบบการตั้งครรภ์ (McKinney et al., 2009) มีอาการปวดกระเพาะอาหาร และน้ำหนักเพิ่ม (Sherwen et al., 1995) บางรายมีส่วนร่วมกับการตั้งครรภ์ของภรรยา บางรายอาจรู้สึกโดดเดี่ยวจากการที่ภรรยาไม่ได้ดูแลตัวเองเหมือนเดิม บางรายจะมีทัศนคติว่าการตั้งครรภ์ของภรรยาทำให้ตนเองเป็นชายที่สมบูรณ์ ตนเองมีบทบาทที่สำคัญ (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2010) บางรายจะมีการคิดจินตนาการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของภรรยาโดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 (Sherwen et al., 1995) อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปแล้วการตั้งครรภ์ของภรรยาจะทำให้สามีมีการเตรียมตัวที่จะดำรงบทบาทที่เหมาะสมและตั้งใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น สามารถสรุปได้ว่า สามีจะต้องมีการยอมรับการตั้งครรภ์ ปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นบทบาทบิดา ปรับเปลี่ยนสัมพันธ์ภาพจากเดิม สร้างสัมพันธ์ภาพกับทารก และเตรียมการเพื่อการคลอดของภรรยา (Lowdermilk et al., 2010)

ผลกระทบต่อบุตรคนก่อน

บุตรที่ยังอายุน้อยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเช่นมีความรู้สึกว่าการดาสนใจตนเองลดลง การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อบุตรคนก่อนขึ้นอยู่กับระยะของการพัฒนาทางด้านจิตสังคม การพัฒนาของสมอง และการพัฒนาการแยกจากหรือการเป็นตัวของตัวเองของบุตรเอง ดังนั้นบิดามารดาควรมีการเตรียมบุตรคนก่อนเมื่อย่างเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ (Sherwen et al., 1995)

ผลกระทบต่อปู่ย่าตายาย

การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อปู่ย่าตายายขึ้นอยู่กับ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งวัฒนธรรม สำหรับชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง (obligation) รู้สึกอาย (shame) รู้สึกตกใจและขัดแย้งในใจ รวมทั้งรู้สึกสูญเสียได้ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลที่เหมาะสม เช่นการให้คำแนะนำแก่ปู่ย่าตายายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งพยาบาลควรประเมินเกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของปู่ย่าตายายว่าเหมาะสมหรือไม่ หรืออาจจะมีผลต่อการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ (Sherwen et al., 1995)

3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์

อายุ อายุของหญิงตั้งครรภ์และสามี โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ท้าทายต้องจัดการกับความขัดแย้งต่างๆ รวมทั้งพัฒนาการของตนเอง ต้องมีการเปลี่ยนวิถีชีวิต (McKinney et al., 2009)

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์หลังจะมีการเปลี่ยนแปลงภาระกิจมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก เวลาในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์น้อยกว่า อ่อนเพลียมากกว่า ต้องใช้เวลากับบุตรคนก่อนมากและอาจทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกผิดได้ง่าย อาจกลัวการสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรคนก่อนๆ ดังนั้นพยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการปรับตัวต่อสมาชิกใหม่ของครอบครัว (McKinney et al., 2009)

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานและโดยเฉพาะสามีมีความสำคัญมากต่อการตั้งครรภ์ทำให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายน้อยและเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น (Logsdon, 2000 as cited in McKinney et al., 2009) นอกจากนี้การเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์น้อยซึ่งมีผลเกี่ยวกับการลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดได้เช่นกัน การสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยให้มารดามีการฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นๆ (McKinney et al., 2009)

การไม่มีสามี การไม่มีสามีสนับสนุนทำให้หญิงตั้งครรภ์เครียดมาก ไม่ทราบจะไประบายความเครียดกับใคร และส่วนใหญ่มักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักจะมาฝากครรภ์ช้า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพน้อย (McKinney et al., 2009)

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสำคัญทำให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีเงินใช้สอยในกิจกรรมต่างๆ ได้อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีการประกันสุขภาพ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี และทำให้มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดี และมักจะมาฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นๆ เข้าร่วมการเตรียมตัวเพื่อการคลอด (McKinney et al., 2009) ทำให้มีความพร้อมในการเป็นมารดามากขึ้น

สถานการณ์ที่ไม่ปกติ การถูกทารุณกรรมในระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลเสียต่อการตั้งครรภ์ทั้งตัวมารดาเองและทารกในครรภ์ อาจทำให้สูญเสียการตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด หรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียด ซึ่งพยาบาลต้องประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์ถูกทารุณกรรมหรือไม่ (McKinney et al., 2009)

ปัจจัยทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมมีผลต่อสตรีตั้งครรภ์ โดยมีผลต่อความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ อย่างเช่นชาวคิวบาจะเชื่อว่าในระยะตั้งครรภ์ต้องเลี้ยงเสียงดังและไม่มองผู้ที่พิการ (Spector, 2004) ชาวญี่ปุ่นเชื่อว่าการมีความสุขในระยะตั้งครรภ์ของมารดาจะทำให้ทารกเป็นผู้โชคดีเพราะทารกเรียนรู้จากมารดา ชาวแกมพูชาเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรยืนที่ประตูเพื่อป้องกันการคลอดที่ติดขัด (Callister, 2008) สำหรับในชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อว่าต้องปฏิบัติตัวตามหลักศาสนา ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน (จินตนา, 2548) แต่อย่างไรก็ตามความเชื่อของบางกลุ่มอาจมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า (McKinney et al., 2009)

สรุปการตั้งครรภ์เกิดจากไขผสมกับสเปิร์มและการฝังตัวที่เยื่อโพรงมดลูก การเจริญเติบโตของทารกครบกำหนดจะใช้เวลาทั้งหมด 266 วัน การตั้งครรภ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนบทบาท รวมทั้งมีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์เองและครอบครัว นอกจากนี้การปรับตัวทางจิตสังคมในหญิงตั้งครรภ์ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ

3. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์

3.1 แนวคิดการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ หมายถึง ภาวะกำเนิดทารกในร่างกายของผู้หญิง โดยหลังร่วมเพศได้ 5 นาทีอสุจิ (sperm) จะเดินทางถึง 2/3 ของปีกมดลูก (fallopian tube) ทำให้เกิดจากการรวมตัวของไข่ (ovum) ที่สุกของสตรี (โครโมโซม x) กับตัวอสุจิของฝ่ายชาย (โครโมโซม x หรือ y) เรียกว่า fertilization (Leifer, 2015) ดังรูปที่ 3-1 แล้วได้ตัวอ่อน (zygote) ดังรูปที่ 3-2 ไข่กับอสุจิมักเกิดการรวมตัวที่ปีกมดลูกส่วนที่ 3 ด้านนอกของแอมพูลลา (ampullar) ซึ่งเป็นปีกมดลูก ซึ่งตัวอ่อนจะมีโครโมโซม 23 คู่หรือ 46 โครโมโซม ถ้าทารกเพศหญิงจะเป็น 44 + XX ถ้าเป็นเพศชายจะเป็น 44 + XY (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 1999; Pillitteri, 2010) สำหรับอสุจิจะสามารถผสมกับไข่ได้ 5 วันหลังจากถูกหลั่งเข้าบริเวณปากมดลูก (cervix) (Leifer, 2015) หลังจากนั้นมีการแบ่งตัวเรียกว่า pre-embryonic period และฝังตัวที่โพรงมดลูกในวันที่ 6-8 โดยหลังการฝังตัวของรกและสัปดาห์ที่ 3-8 จะเป็นระยะสร้างอวัยวะของทารก (embryonic period หรือ differentiation of cell) ดังรูปที่ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่ทารกอ่อนไหวหรือเกิดความผิดปกติไม่ครบสมบูรณ์ของอวัยวะของร่างกายได้ง่าย ส่วนหลัง 9 สัปดาห์จนถึง 38 สัปดาห์จะเป็นระยะที่ร่างกายทารกเจริญเติบโต (fetal period) ถ้ามีการได้รับสารอันตรายต่างๆ จะทำให้ทารกเจริญเติบโตช้า และร่างกายอ่อนแอได้ (McKinney et al., 2009; Nava-Ocampo & Koren, 2007)

การนับอายุครรภ์เริ่มนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย หน่วยนับเป็นสัปดาห์ การตั้งครรภ์จริงๆ ใช้เวลา 266 วัน แต่บวกอีก 14 วันหลังจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period: LMP) (Varney, Kriebs, & Gegor, 2004) ในการคำนวณจึงใช้เวลาประมาณ 280 วัน หรือ 40 ± 2 สัปดาห์ (Lowdermilk et al., 1999) การตั้งครรภ์แบ่งออกเป็น 3 ไตรมาส (trimester) แต่ละ ไตรมาส ใช้เวลาประมาณ 3 เดือน หรือ 12 สัปดาห์ โดยไตรมาสที่ 1 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจนถึง 12 สัปดาห์ ไตรมาสที่ 2 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันที่ 13 จนถึง 27 สัปดาห์ (15 สัปดาห์) ไตรมาสที่ 3 นับอายุครรภ์ตั้งแต่วันที่ 28 จนถึง 40 สัปดาห์ (13 สัปดาห์) (Varney et al., 2004) ในการให้สัญลักษณ์การตั้งครรภ์และการคลอดได้ใช้ระบบ TPAL คือ T= ครรภ์ครบกำหนด P= คลอดก่อนกำหนด A = การแท้ง และ L = บุตรมีชีวิตอยู่ (Lowdermilk & Perry, 2004) WHO ให้อายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์เป็นอายุครรภ์ครบกำหนด (World Health Organization [WHO], 1997) ถ้าอายุครรภ์ > 42 สัปดาห์เรียกว่า postdate หรือ postterm (Alden, 2014) มีความเชื่อหลากหลายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แต่ชาวเอเชียเชื่อว่าการตั้งครรภ์จัดว่าเป็นภาวะปกติทางสุขภาพ (Leifer, 2005)

3.2 การวินิจฉัยการตั้งครรภ์

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ประกอบด้วย 3 วิธีการคือ 1) การซักประวัติและการตรวจร่างกาย 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) การตรวจคลื่นความถี่สูง (Shields, 2009, 2012)

การซักประวัติ ควรซักประวัติการขาดของประจำเดือน ประวัติการคลื่นไส้อาเจียน และการดิ้นของทารก การซักถามประวัติการมีประจำเดือนปกติเป็นอย่างไร วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstrual period: LMP) จำนวนวันที่มีประจำเดือน (duration) ปริมาณของประจำเดือน และความถี่หรือช่วงของการมีประจำเดือน และให้คำนึงถึงสิ่งที่ทำให้วินิจฉัยการตั้งครรภ์ผิดพลาดเช่น ประจำเดือนครั้งสุดท้ายที่ไม่เหมือนกับครั้ง

ก่อนๆ (atypical last menstrual period) ประวัติประจำเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ การใช้ยาคุมกำเนิด (Shields, 2012) นอกจากนี้อาการและอาการแสดงมีดังนี้ เช่น เวียนศีรษะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนในตอนเช้า (morning sickness)

การตรวจร่างกาย การคลำขนาดมดลูก โดยได้ระดับยอดมดลูกโตขึ้น ดังรูปที่ 3-1 ดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการตรวจฮอร์โมน Human chorionic gonadotropin (hCG) จากปัสสาวะ เป็นการวินิจฉัยช่วงแรกแรกๆ ของการตั้งครรภ์ ซึ่งจะตรวจพบหลังจากไข่มดลูกกับสเปิร์มวันที่ 7-10 ระดับ hCG จะสูงสุด 60-70 วันของการตั้งครรภ์ และจะลดลงหลัง 80 วันของการตั้งครรภ์ และจะคงที่เป็นเวลา 30 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้นช้าจนกระทั่งคลอด ในการตรวจหาค่า hCG ควรใช้ปัสสาวะครั้งแรกในตอนเช้า (Lowdermilk et al., 2010) หลังไข่ผสมกับสเปิร์มแล้ว 6-11 วันจะตรวจได้ระดับของ hCG ในเลือด ส่วนในปัสสาวะจะได้เมื่อวันที่ 26 ไปแล้ว (Lowdermilk & Perry, 2004) สำหรับระดับของ hCG แสดงดังตารางที่ 3-1 (Anonymous, n.d. a)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

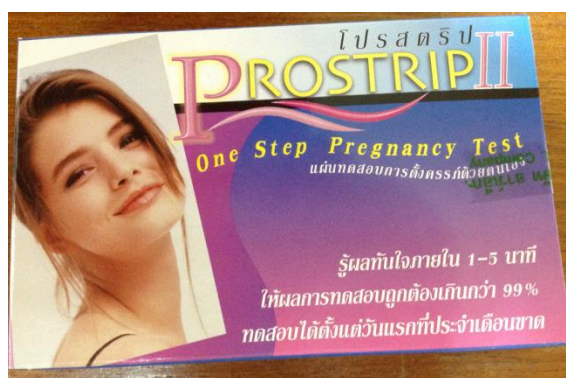
การฝังตัวของรกเริ่มเกิดหลังไข่ผสมกับอสุจิแล้ว 5-7 วัน ดังนั้นโทโฟบลาส (trophoblastic cell) เริ่มสร้างฮอร์โมนเอสซีจี (Human chorionic gonadotropin: hCG) ฮอร์โมนนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นเส้นตรงในช่วง 6 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ ระดับ hCG จะสูงสุด 60-70 วันของการตั้งครรภ์ และจะลดลงหลัง 80 วันของการตั้งครรภ์ และจะคงที่เป็นเวลา 30 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้นช้าๆ จนกระทั่งคลอด ในการตรวจหาค่า hCG ควรใช้ปัสสาวะครั้งแรกในตอนเช้า (Lowdermilk et al., 2010) หลังไข่ผสมกับสเปิร์มแล้ว 6-11 วันจะตรวจได้ระดับของ hCG ได้ในเลือด ส่วนในปัสสาวะจะได้เมื่อวันที่ 26 ไปแล้ว (Lowdermilk & Perry, 2004) สำหรับระดับของ hCG แสดงดังตารางที่ 3-2 (Anonymous, n.d.a) ฮอร์โมนนี้สามารถตรวจหาได้ทั้งในเลือดและปัสสาวะซึ่งได้ผลใกล้เคียงกัน การตรวจหาเอสซีจีในปัสสาวะสามารถตรวจพบเมื่อเอสซีจีมีปริมาณอย่างน้อย 25 mIU/ml ดังนั้นหลังจากการฝังตัวแล้ว 7 วัน จะตรวจพบได้ผลบวกในมารดาร้อยละ 98 รูปที่ 3-12 แสดงอุปกรณ์ในการทดสอบการตั้งครรภ์ ส่วนรูปที่ 3-13 แสดงวิธีการทดสอบปัสสาวะและแปลผลการตั้งครรภ์

ตารางที่ 5 ระดับฮอร์โมน hCG

สัปดาห์ตั้งครรภ์	ปริมาณ mIU/ml
3	5 - 50
4	5 - 426
5	18 - 7,340
6	1,080 - 56,500
7 - 8	7, 650 - 229,000

สัปดาห์ตั้งครรภ์	ปริมาณ mIU/ml
9 - 12	25,700 - 288,000
13 - 16	13,300 - 254,000
17 - 24	4,060 - 165,400
25 - 40	3,640 - 117,000
non pregnant	55-200 ng/ml

Note. From hCG levels in pregnancy. Anonymous. (n.d. a). Retrieved May 4, 2011 from <http://www.justmommies.com/articles/hcg-levels.shtml>



รูปที่ 17 แสดงตัวอย่างอุปกรณ์ในการทดสอบการตั้งครรภ์



รูปที่ 18 แสดงวิธีการทดสอบปัสสาวะและแปลผลการตั้งครรภ์

วิธีการตรวจทางเวชศาสตร์ (radioimmunoassay) สามารถตรวจหาเอสซีจีในระดับต่ำ 2-10 mIU/ml ได้ช่วยในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ได้

การตรวจคลื่นความถี่สูง อัลตราซาวด์คือคลื่นความถี่สูงที่เกินกว่า หูมนุษย์จะได้ยิน (> 20,000 เฮิรต) เมื่อเปิดเครื่องอัลตราซาวด์ กระแสไฟฟ้าสลับที่ไหลเข้ามาภายในเครื่องจะผ่านหัวตรวจซึ่งภายในมีสารผลึก (piezoelectric material) จะเกิดการสั่นสะเทือนและมีการปล่อยคลื่นเสียงความถี่สูงออกมาจากหัวตรวจ ผ่านลงมา

สู่ผิวหนังเข้าไปยังอวัยวะภายในที่ต้องการตรวจ เมื่อเสียงกระทบเนื้อเยื่อต่างชนิดกัน จะเกิดการสะท้อนและการดูดกลืนของเสียงไม่เท่ากันในเวลาที่ไม่ว่ากันตามระดับความลึกของเนื้อเยื่อ และจะถูกแปลผลให้ปรากฏเป็นภาพบนจอปัจจุบันอัลตราซาวด์มีทั้ง 2 มิติ 3 มิติ และ 4 มิติ (สายฝน, มปป) ในช่วง 3 เดือนแรกจะสามารถประเมินอายุครรภ์ได้อย่างแม่นยำ (สายฝน, มปป)

3.3 อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์ (presumptive signs, probable signs, positive signs)

อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์แบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ อาการที่คาดว่าตั้งครรภ์หรือด่วนสรุปว่าตั้งครรภ์ (presumptive sign) อาการที่แสดงว่าอาจตั้งครรภ์ (probable signs) และอาการที่แสดงว่าตั้งครรภ์แน่นอน (positive signs) โดยสามารถแสดงอาการของการตั้งครรภ์ในแต่ละประเภท รวมถึงสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้ดังตารางที่ 3-3

ตารางที่ 6 การวินิจฉัยการตั้งครรภ์

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่)	อาการ	สาเหตุอื่น
Presumptive signs		
3- 4	การเปลี่ยนแปลงของเต้านม (early breast changes)	การเปลี่ยนแปลงก่อนมีประจำเดือน การรับประทานยาคุมกำเนิด
≥4	การขาดประจำเดือน (Amenorrhoea)	ความเครียด การออกกำลังกายหนัก ระยะต้นของวัยจะหมดประจำเดือน ปัญหาต่อมไร้ท่อ ภาวะขาดสารอาหาร

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่)	อาการ	สาเหตุอื่น
4-14	คลื่นไส้ อาเจียน (morning sickness)	ติดเชื้อไวรัสใน ระบบทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ
6-12	ปัสสาวะบ่อย (urinary frequency)	ติดเชื้อ มีก้อนเนื้ออกในอุ้งเชิงกราน
12	อ่อนเพลีย (fatigue)	ความเครียด ความเจ็บป่วย

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่)	อาการ	สาเหตุอื่น
16-20	เด็กดิ้น (quickenings) โดยมารดารู้สึก	มีแก๊สในท้อง หรือการเคลื่อนไหวของลำไส้
Probable signs		
5	ช่องคลอดนุ่ม (Goodell sign)	การคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกราน
6-8	ช่องคลอดมีสีม่วงคล้ำ (Chadwick sign)	การคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกราน
6-12	การนุ่มของมดลูกส่วนล่าง (isthmus) (Hegar sign)	การคั่งของเลือดในอุ้งเชิงกราน
4-12	ผลการตรวจเลือดพบเอสซีจี (hCG) (positive pregnancy test, from serum)	การตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (hydatidiform mole), มะเร็งจากการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก (choriocarcinoma)
6-12	ผลการตรวจปัสสาวะพบเอสซีจี (hCG) (positive pregnancy test, from urine)	ผลการตรวจฉี่ที่อาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือมีก้อนเนื้องอก
≥ 8	คลำได้ก้อนในท้อง (uterine growth)	เนื้องอก
16	การข้อมการหดตัวของมดลูก (Braxton Hicks contractions)	มีก้อนในมดลูก หรือเนื้องอกอื่นๆ
16-28	มีทารกกระทบมือไปมา (ballottement)	ก้อนเนื้องอก มีติ่งที่ปากมดลูก
Positive signs		
5-6	ตรวจด้วยอัลตราซาวด์เห็นตัวทารก	ไม่มี
6	ได้ยินเสียงหัวใจทารกจากการทำอัลตราซาวด์	ไม่มี
16	เห็นทารกจากการเอ็กซเรย์	ไม่มี
8-17	ได้ยินเสียงการเต้นของหัวใจทารก โดยใช้หูฟังดอปเปลอร์ (Doppler ultrasound stethoscope)	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่)	อาการ	สาเหตุอื่น
17-19	ฟังเสียงหัวใจทารกได้จากหูฟัง (stethoscope)	ไม่มี

สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ (สัปดาห์ที่)	อาการ	สาเหตุอื่น
19-22	คลื่นไส้ท้องมีการเคลื่อนไหวของทารก	ไม่มี
22	คลำพบทารกในครรภ์โดยผู้ตรวจ	ไม่มี
ปลายระยะตั้งครรภ์	ทารกเคลื่อนไหวเห็นจากภายนอก	ไม่มี

Note. Note. From “Anatomy and physiology of pregnancy (5 th ed., p.171),” By K. R. Alden, 2014, In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care*. St Louis, MO: Elsevier.

หมายเหตุวิธีจำ presumptive sign จะเป็น subjective data ส่วน probable sign จะเป็น objective data

อาการและอาการแสดง และการวินิจฉัยการตั้งครรภ์มีได้ 3 กลุ่มอาการหลักคือ presumptive signs probable signs และ positive signs สำหรับการวินิจฉัยที่แน่นอนคือการได้ยินเสียงการเต้นของหัวใจทารก การเห็นตัวทารกจากการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง จากการเอ็กซเรย์เห็นตัวทารก หรือเห็นการเคลื่อนไหวของทารกเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นและการตอบสนองด้านอารมณ์

การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์การประเมินภาวะสุขภาพมารดา

ทารก และการคัดกรอง

อาจารย์จันทร์ปภัสร เครือแก้ว

วัตถุประสงค์

1. อธิบายแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพของมารดา และทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติของมารดา และทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายแนวทางการตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์และการวินิจฉัยได้ถูกต้อง
4. อธิบายเหตุผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผลได้ถูกต้อง
5. อธิบายแนวทางและเหตุผลของการนัดตรวจติดตามในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

การประเมินภาวะสุขภาพมารดา ทารก และการคัดกรอง

การซักประวัติ

การตรวจร่างกาย/การตรวจครรภ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

การนัดตรวจติดตาม

บทนำ

การประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นสิ่งสำคัญในการมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อประโยชน์ในการประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน และการวางแผนการดูแลทางสูติกรรมอย่างต่อเนื่อง การประเมินสุขภาพสตรีควรประเมินตั้งแต่สตรีที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำเป็นต้องประเมินภาวะสุขภาพอย่างละเอียด มีการคัดกรองสุขภาพในครั้งแรกโดยควรทำทุกอย่างครบถ้วน ให้มีข้อมูลที่เพียงพอในการเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบเมื่อได้รับการฝากครรภ์และนัดในครั้งต่อไป และใช้วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ผู้ทำการตรวจครรภ์จำเป็นต้องประเมินสุขภาพประกอบไปด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจภายใน การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรืออัลตราซาวด์ การตรวจคัดกรองแบบไม่มีรุกราน และการประเมินด้านจิตสังคม ข้อมูลที่ได้ควรบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และการดูแลเมื่อฝากครรภ์ในครั้งต่อไป

จุดประสงค์ของการมาฝากครรภ์

1. เพื่อติดตามดูแล สุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถดำเนินไปได้ด้วยดีตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก และตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด
2. เพื่อให้สามารถได้รับการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติจากการตั้งครรภ์ ได้ตั้งแต่การมาฝากครรภ์ครั้งแรก จนตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์
3. เพื่อการเตรียมความพร้อม ความรู้ ให้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย ภาวะสุขภาพ โภชนาการ และการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์
4. เพื่อการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม การเตรียมตัวและการปรับบทบาทการเป็นมารดา การเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวคลอด และการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด

หลักการซักประวัติ

1. มีสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว
2. สนใจต่อปัญหาของสตรีตั้งครรภ์
3. ใช้ถ้อยคำสุภาพในการซักถามและสนทนา
4. มีความอดทนในการรับรู้ข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์
5. มีความเป็นส่วนตัว เป็นส่วนตัวของสถานที่ในการให้บริการ

1. การซักประวัติ

พยาบาลควรซักประวัติที่จำเป็นต้องซักถามโดยละเอียดและครอบคลุม เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์แล้วนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ การวิเคราะห์ปัญหา จะได้เป็นไปอย่างแม่นยำ และสามารถวางแผนการแก้ปัญหา ดูแลรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม สำหรับประวัติต่างๆ ที่ควรจะซักถามจากสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ประวัติดังต่อไปนี้

1.1 ประวัติส่วนตัวและประวัติครอบครัว

1.1.1 อายุ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ มารดาที่ตั้งครรภ์แรกที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปหรือมารดาตั้งครรภ์หลังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการปัญญาอ่อน ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย

ต่ำกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงจากการพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ยังไม่สมบูรณ์พร้อม อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุโภชนาการ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยได้

1.1.2 อาชีพ ประเภทของงาน ลักษณะงานที่ทำ เพื่อนำมาใช้ประเมินผลกระทบต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากบางอาชีพอาจมีแนวโน้มเสี่ยงภัย เกิดอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น งานที่ต้องยืนเป็นเวลานาน งานที่ตกยกของหนัก งานที่เป็นกะเวลากลางคืน

1.1.3 สถานภาพสมรส จะช่วยบอกถึงความพร้อมในการมีบุตรและความสัมพันธ์ในครอบครัว หากสตรีตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมหรือมีคู่สมรส จะส่งผลให้การตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีอัตราเสี่ยงทางด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจได้มากกว่า และรุนแรงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีคู่สมรสที่มีความต้องการมีบุตร เนื่องจากความไม่พร้อมส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ปกปิดการตั้งครรภ์ ทำให้ขาดการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจนำไปสู่สาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และการดำเนินของโรครุนแรงได้

1.1.4 ทักษะคิดต่อการตั้งครรภ์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จะสะท้อนความต้องการการตั้งครรภ์หรือการมีบุตร หรือเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ การไม่พร้อมมีบุตรเหล่านี้ จะช่วยให้ประเมินหรือคาดคะเนถึงความสนใจที่จะดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนตามคำแนะนำระหว่างตั้งครรภ์

1.1.5 การศึกษา ระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นพื้นฐานของระดับความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ นำมาพิจารณาให้คำแนะนำที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท เพื่อประเมินความพร้อมต่อการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร

1.1.6 เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความเชื่อในบางวัฒนธรรม ประเพณี จะมีการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การเตรียมของใช้สำหรับทารก อาหารที่ต้องห้ามหรือของแสลงต่อการตั้งครรภ์ ความต้องการเพศของบุตร วัฒนธรรมความเชื่อประเพณีบางอย่างอาจนำอันตรายมาสู่ทารกและสตรีตั้งครรภ์ได้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เช่น เชื่อว่าการรับประทานยาบำรุงเลือดทำให้ทารกตัวโตส่งผลให้คลอดยาก ดังนั้นพยาบาลควรนำมาวางแผนเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

1.1.7 สิทธิในการรับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการตั้งครรภ์และคลอดมีผลต่อการเข้ารับบริการตั้งแต่ตั้งครรภ์และคลอด การใช้สิทธิที่เหมาะสมจะช่วยลดความวิตกกังวล และมีความพร้อมในการคลอด เช่น สิทธิของข้าราชการ บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม หรือบัตรประกันชีวิต เป็นต้น

1.1.8 ที่อยู่ปัจจุบันและลักษณะของสภาพแวดล้อม เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะที่พักอาศัยที่อยู่ในบริเวณโรงงานอุตสาหกรรม ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องสัมผัสสารพิษต่างๆ เช่น โรงงานแบตเตอรี่ ถ่านไปฉาย โรงงานประกอบชิ้นส่วน ที่มีส่วนประกอบของสารเคมี ตะกั่ว พรอท เป็นต้น เนื่องจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และอาจทำให้เกิดความพิการผิดรูปต่อทารกในครรภ์ได้

1.1.9 การใช้ยาและสิ่งเสพติด ส่วนประกอบสารเคมีที่อยู่ในสารเสพติด ส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่เต็มที่ (Intrauterine Growth Retardation) หรือพิการได้ เช่น บุหรี่ สุรา หรือยาบางประเภท

1.1.10 แบบแผนการดำรงชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประเมินการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารและน้ำ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การทำกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.1.11 ข้อมูลส่วนบุคคลของสามี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ รายได้ การใช้ยาและสารเสพติด เนื่องจากสตรีที่สามีว่างงาน หรือแยกกันอยู่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ช้ากว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามีเป็นอย่างดี

1.1.12 ฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ ช่วยให้ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และชีวิตความเป็นอยู่ได้ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ

1.2 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต เช่น โรคของกระดูกเชิงกราน หรืออุบัติเหตุ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะสืบพันธุ์ไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา นำไปสู่การคลอดทางช่องคลอดไม่ได้หรือคลอดติดขัด ตลอดถึงโรกระบบอื่นๆที่สำคัญที่เกี่ยวกับ โรคหัวใจ หลอดเลือด เบาหวาน ไทรอยด์ โรคทางจิตเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

1.3 ประวัติทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

1.3.1 ประวัติประจำเดือน เพื่อนำมาใช้ในการคาดคะเนอายุครรภ์และการกำหนดวันคลอด ได้แก่ อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) ระยะเวลาของการมีรอบประจำเดือน (interval) จำนวนวันที่มีประจำเดือน (duration) อาการผิดปกติขณะมีประจำเดือน เช่น อาการปวดประจำเดือน วิธีแก้ไขเมื่อมีอาการปวดประจำเดือน ลักษณะของประจำเดือน ปริมาณเลือดประจำเดือนที่ออกมาน้อย เพียงใด เป็นต้น นอกจากนี้ควรซักประวัติการมีประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้ายเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาแยกระหว่าง เลือดออกจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว หรือเลือดประจำเดือนของเดือนถัดไป หรือเลือดที่ออกจากการแท้ง

1.3.2 ประวัติการคุมกำเนิด เพื่อช่วยให้การคาดคะเนกำหนดคลอด คาดคะเนอายุครรภ์ ซึ่งการใช้ยาคุมกำเนิดอาจทำให้รอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือขาดระดูได้ จึงมีความสำคัญในการประเมินการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ โดยควรซักประวัติ เกี่ยวกับ วิธีการคุมกำเนิดที่เคยใช้ วิธีการคุมกำเนิดวิธีสุดท้ายที่ใช้ก่อนตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่หยุดคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และการมีประจำเดือนหลังการหยุดยาคุมกำเนิด นอกจากนี้การเลือกวิธีคุมกำเนิดยังสามารถทราบเจตคติต่อการคุมกำเนิดภายหลังคลอดต่อไป

1.4 ประวัติการมีบุตรยากและการรักษาก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความต้องการการมีบุตร และจัดเข้าคลินิกพิเศษเพื่อการดูแลที่เฉพาะเจาะจง และการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะตั้งครรภ์

1.5 ประวัติความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ควรซักประวัติเกี่ยวกับโรคพันธุกรรมและโรคติดต่อของบุคคลในครอบครัว ดังนี้

1.5.1 โรคทางพันธุกรรมของบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถปรากฏให้เห็นได้ระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ประวัติการตั้งครรภ์แฝดในครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ โรคที่ถ่ายทอดสู่ทารกในครรภ์ เช่น โรคเลือดหรือประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ เลือดหยุดยาก ความพิการแต่กำเนิด หรือตาบอดสี เป็นต้น

1.5.2 โรคทางอายุรกรรมและโรคติดต่อของสมาชิกในครอบครัว เช่น วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคจิตเภท และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

2.1 ประวัติการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระยั้งตั้งครรภ์ เช่น ภาวะแพ้สภาวะอักเสบ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

2.2 ประวัติการแท้ง ได้แก่ จำนวนครั้ง อายุครรภ์ขณะแท้ง สาเหตุของการแท้ง ได้รับการขูดมดลูกหรือไม่ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการแท้ง สำหรับสตรีที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูกและเคยแท้ง มีโอกาสเสี่ยงต่ออัตราการตายของทารกปรักำเนิดสูง

2.3 ประวัติการคลอดและวิธีการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด ชนิดของการคลอดเป็นการคลอดปกติ หรือการใช้สูติศาสตร์หัตถการ สาเหตุของการใช้สูติศาสตร์หัตถการ ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เป็นต้น เพื่อการวางแผนในการเตรียมคลอดและประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการคลอดครั้งนี้

2.4 ข้อมูลการคลอดทารกในครรภ์ก่อนๆ ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ลักษณะแรกเกิด ความพิการแต่กำเนิด สุขภาพทารกในปัจจุบัน

2.5 ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด เช่นการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น

3. ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน

3.1 การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ โดยอาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์ การทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยอุปกรณ์การตรวจครรภ์ด้วยตนเอง การตรวจยืนยันการตั้งครรภ์จากคลินิก การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

3.2 ประวัติการมีประจำเดือน ซักถามเกี่ยวกับการมีประจำเดือนวันแรกของรอบประจำเดือนครั้งสุดท้าย

3.3 ประวัติการเดินของทารกในครรภ์ โดยครรภ์แรกสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกรู้สึกว่าทารกเดินเมื่ออายุครรภ์ 20-22 สัปดาห์ ครรภ์หลังจะรู้สึกเร็วขึ้นคือประมาณ 18-20 สัปดาห์

3.4 การประเมินความเสี่ยงและความผิดปกติในครรภ์ปัจจุบัน อาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ การใช้ยา หรือโรคอื่นๆ ที่เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ทั้งในมารดา และทารกนับตั้งแต่ระดูรอบสุดท้ายเป็นต้นมา เช่น อาการหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ไม่ถึง 2 เดือน การมีประวัติสัมผัสกับรังสี x-ray โดยเฉพาะในระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติด และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

3.5 ความไม่สุขสบายหรืออาการผิดปกติในระหว่างการตั้งครรภ์ ควรสอบถามหรือสังเกตอาการเกี่ยวกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการแสบร้อนยอดอก ท้องอืด ตกขาว หรืออาการผิดปกติอื่นๆ ที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สุขสบาย ปัสสาวะบ่อย เป็นตะคริว ปวดหลัง เป็นต้น

การคำนวณอายุครรภ์และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด

ปกติทั่วไประยะการตั้งครรภ์ตามปรมาณธรรมชาติประมาณ 280 วัน หรือ 40 สัปดาห์ การคำนวณอายุครรภ์และการคาดคะเนวันกำหนดคลอดสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีอาจมีความคลาดเคลื่อนได้กับวันที่คลอดบุตรจริง แต่อย่างไรก็ตามวิธีการศึกษาที่นิยมใช้ในการคาดคะเนกำหนดคลอดแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. วิธีของ Naegale' Rule

วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่อนข้างนิยมใช้กัน ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์จำวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้ โดยเริ่มนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) นับไป 9 เดือนแล้วบวกเพิ่มอีก 7 วันก็จะสามารถทราบวันกำหนดคลอดได้ (EDD) ดังนั้นเมื่อคำนวณทราบวันกำหนดคลอดแล้ว ควรประมาณไว้ว่าอาจจะคลอดเร็วหรือช้ากว่าวันที่กำหนดไว้ได้ประมาณ 2 สัปดาห์ (เนื่องจากอายุครรภ์ที่ครบกำหนดถือว่าต้องครบ 40 สัปดาห์ แต่อาจก่อนหรือหลังได้ 2 สัปดาห์ คือ 40 ± 2)

โดยตัวอย่างวิธีการคำนวณ คือ ถ้าวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) ตรงกับวันที่ 18 กรกฎาคม และมาฝากครรภ์ในวันที่ 18 สิงหาคม

การคาดคะเนวันกำหนดคลอดและการคิดอายุครรภ์ จะเป็นดังนี้

1) การคาดคะเนกำหนดคลอด (EDD)

ให้นับจากวันที่ 18 กรกฎาคม ไป 9 เดือน หรือนับถอยหลังไป 3 เดือน เมื่อนับแล้วทั้ง 2 แบบ จะเป็นวันที่ 18 เมษายน หลังจากนับเดือนได้แล้วจึงบวก 7 วัน จะได้ (EDD) ตรงกับวันที่ 25 เมษายน และเปลี่ยน พ.ศ.

2) การคำนวณอายุครรภ์ Gestational Age (GA) นับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ 18 กรกฎาคมจนถึงวันที่มาฝากครรภ์ 18 สิงหาคม วิธีคำนวณ

เดือนกรกฎาคม มี 31 วัน ลบจาก วันที่ 18 กรกฎาคม ดังนั้นคงเหลือ

กรกฎาคม = 13 วัน

สิงหาคม = 18 วัน

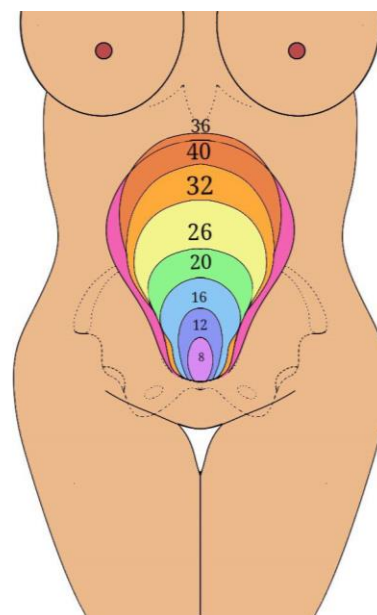
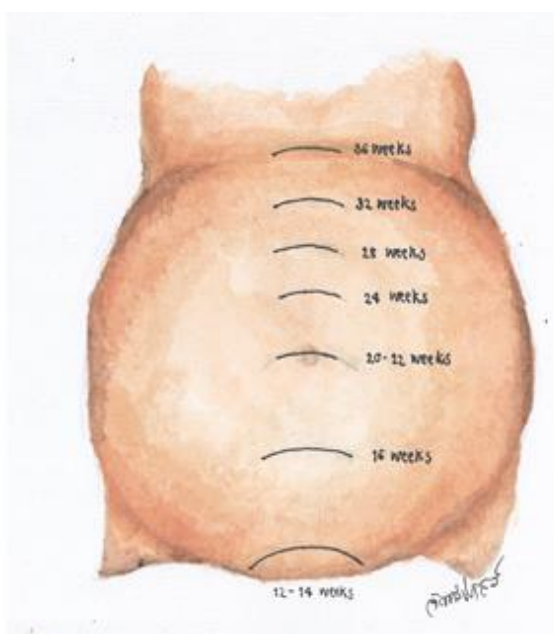
GA คิดเป็นสัปดาห์ = $\frac{31}{7} = 4$ สัปดาห์ 3 วัน

ดังนั้นอายุครรภ์จากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) นับไปจนถึงวันฝากครรภ์ จะมีอายุครรภ์ (GA) ได้ 4 สัปดาห์ 3 วัน หรือลงบันทึกดังนี้ 4⁺³

1. การคำนวณอายุครรภ์และการคาดคะเนวันจากเด็กดิ้นครั้งแรก (Quickening)

Quickening หมายถึง ความรู้สึกเด็กดิ้นเป็นครั้งแรก ครรภ์แรกสตรีตั้งครรภ์จะเริ่มรู้สึกมีการดิ้นของทารกเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 18-20 สัปดาห์ เมื่อเป็นครรภ์แรกควรบวกเพิ่มไป 20-22 สัปดาห์ จะเป็นวันกำหนดคลอด สำหรับครรภ์หลังมารดาจะรับรู้การดิ้นของทารกเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 16-18 สัปดาห์ ให้บวกเพิ่มไปอีก 22-24 สัปดาห์ จะเป็นวันกำหนดคลอด

2. การคำนวณอายุครรภ์จากระดับและขนาดมดลูก (Anatomical land mark) แบ่งตามหลักของ Williams ให้ใช้การแบ่งระยะจากสะดือถึงกระดูกรอยต่อระหว่างหัวเหน่า (Symphysis pubis) เป็น 3 ส่วน และจากสะดือถึงกระดูกลิ้นปี่ (Xiphoid process) เป็น 4 ส่วน ดังแสดงในภาพ



รูปที่ 19 แสดงระดับยอดมดลูก

อายุครรภ์	ระดับยอดมดลูก
12 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 1/3 เหนือกระดูกหัวเหน่า
16 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับยอดมดลูก 2/3 เหนือกระดูกหัวเหน่า (2/3 > SP)
20 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับสะดือ
24 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 1/4 เหนือสะดือ
28 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 2/4 เหนือสะดือ
32 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 3/4 เหนือสะดือ
38-40 สัปดาห์	อยู่ที่ระดับ 3/4+ เหนือสะดือ

โดยมีหน่วยเป็นเซนติเมตร จะวัดเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 หรือสามารถคลำได้ยอดมดลูกที่ระดับสะดือขึ้นไป ซึ่งช่วงอายุครรภ์ 16-38 สัปดาห์ระดับยอดมดลูกจะสูงขึ้นเป็นเซนติเมตรได้เท่ากับอายุครรภ์เป็นสัปดาห์ อาจมีความคลาดเคลื่อน ± 2 เซนติเมตรแต่ไม่เกิน 3 เซนติเมตร นอกจากนี้ถ้าเปรียบเทียบระดับยอดมดลูกจากการวัดในครั้งก่อนพบว่ายอดมดลูกสูงขึ้นมากกว่า 2 เซนติเมตรขึ้นไปในเวลาตรวจห่างกัน 2 สัปดาห์ ให้พิจารณาถึงทารกในครรภ์มีภาวะ large fetus หรือ Small for dates หรืออาจมีภาวะครรภ์แฝด หรืออาจคำนวณอายุครรภ์ไม่ถูกต้อง

เมื่ออายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์อาจตรวจพบภาวะท้องลด (lightening หรือ Subsidence) โดยพบว่ายอดมดลูกลดลงมาอยู่ในระดับ 3/4 เหนือสะดือซึ่งก่อนหน้านี้อยู่เกือบถึงลิ้นปี่ โดยลักษณะหน้าท้องจะขยายออกทางด้านข้างลำตัว ซึ่งจะเห็นได้ชัดในครรภ์แรก เนื่องจากศีรษะทารกผ่านทางเข้าช่องเชิงกราน (Head engagement) แล้วส่งผลให้ตัวของทารกอยู่ในแนวของทางคลอดหรือแนวนบนของช่องเชิงกราน จึงทำให้ลำตัวของทารกกระดกมาทางด้านหน้าทำให้ยอดมดลูกยื่นออกไปทางด้านหน้ามากขึ้น

1. การคำนวณอายุครรภ์ตามหลักของ McDonald's rule

การวัดความสูงของยอดมดลูกโดยวิธีนี้ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ใช้สายวัดวัดความยาวของมดลูกตามหน้าท้อง โดยวางปลายสายวัดข้างหนึ่งที่ยึดบนของกระดูกหัวเหน่าแล้วทาบสายเทปไปตามผนังหน้าท้องจนถึงระดับยอดมดลูก อ่านค่าตัวเลขที่สายวัด และนำมาคำนวณอายุครรภ์จากค่าความสูงของยอดมดลูกโดยสูตร อายุครรภ์ (สัปดาห์) = ความสูงของยอดมดลูก (cm) $\times \frac{8}{7}$ หลังจากนั้น เปรียบเทียบอายุครรภ์จากสายวัดที่วัดกับอายุครรภ์ที่คำนวณได้จากรอบประจำเดือน

2. การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultra-sonography)

การอัลตราซาวด์ คือ วิธีการที่ใช้คลื่นความถี่สูงตรวจหาอายุครรภ์ โดยสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยจะพบถุงการตั้งครรภ์ (Gestational sac) เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 12 สัปดาห์ที่สามารถยืนยันการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ได้ และยังคงทำได้ติดต่อกันเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้า และความแม่นยำ ที่สามารถบอกได้ถึงอายุครรภ์จากขนาดตัวทารกและศีรษะทารก ความยาวของทารกตั้งแต่ศีรษะทารกถึงส่วนล่างสุดของกระดูกไขสันหลัง (Crown rump length: CRL) สามารถวัดได้เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และจะแม่นยำเมื่ออายุครรภ์ 7-14 สัปดาห์ อาจคลาดเคลื่อน 3-7 วัน นอกจากนี้ยังนิยม วัดศีรษะเด็ก (Biparietal diameter: BPD) คิด

ผลลัพธ์ของอายุครรภ์ที่ได้จาก (อายุครรภ์ = BPD x 4) มีความแม่นยำเมื่ออายุครรภ์ 14-26 สัปดาห์ โดยมีความแม่นยำของอายุครรภ์ใกล้เคียงที่สุดในช่วง 20-30 สัปดาห์โดยวัด BPD เป็นต้น

การตรวจร่างกาย/การตรวจครรภ์

การตรวจร่างกาย (Physical examination) ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ท่าเดิน ดูลักษณะการเดินของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าสะโพกของหญิงตั้งครรภ์บิดเบี้ยวขณะเดิน อาจมีความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน

2. ส่วนสูง สังเกตและวัดส่วนสูงของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีส่วนสูงต่ำกว่า 140 อาจมีเชิงกรานขนาดเล็ก (general contracted pelvis) อาจส่งผลให้เกิดการคลอดติดขัดเนื่องจากศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา (cephalopelvic disproportion: CPD)

3. น้ำหนัก ควรชั่งน้ำหนักสตรีตั้งครรภ์แล้วเปรียบเทียบกับน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยปกติน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ เฉลี่ยประมาณ 10-12 กิโลกรัม ในระยะหลังของการตั้งครรภ์น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นประมาณ 0.5 กิโลกรัม ถ้าน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติอาจมีอาการบวมร่วมด้วย องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) คือ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ (กก.) $\frac{\text{น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$ สำหรับดัชนีมวลกายและการเพิ่มน้ำหนักที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาสแสดงในตาราง...

ตารางที่ 7 ดัชนีมวลกายและการเพิ่มน้ำหนักที่เหมาะสมในสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส

ดัชนีมวลกาย (BMI)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 1 (กิโลกรัม)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 (กิโลกรัม)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (< 19.8)	12.5-18	2.3	0.49
น้ำหนักปกติ (19.8-26)	11.5-16	1.6	0.44
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (> 26-29)	7-11.5	0.9	0.30
น้ำหนักเกินเกณฑ์มาก (>29)	≥6	-	-

ที่มา: ดัดแปลงมาจาก Midwifery18, หน้า (25-34) by Saunders W.B., 2003

อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จะสัมพันธ์กับทารกน้ำหนักน้อย ทารกโตช้า หรือคลอดก่อนกำหนดได้

3. สัญญาณชีพ ชีพจรและความดันโลหิต ต้องวัดทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ โดยเปรียบเทียบกับค่าที่เคยวัดได้แต่ละครั้ง ควรวัดหลังจากสตรีตั้งครรภ์ได้นั่งพัก ไม่วัดขณะที่มีการหดตัวของมดลูกหรือเมื่อสตรีตั้งครรภ์บอกว่ามีอาการท้องแข็ง ค่าความดันโลหิตไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้า Systolic เพิ่มขึ้น 30 มม.ปรอท หรือ Diastolic เพิ่มขึ้น 15 มม.ปรอท ควรให้สตรีตั้งครรภ์นอนพักบนเตียงประมาณ 10-15 นาที แล้ววัดค่าความดันโลหิตซ้ำ ถ้าค่า mean arterial pressure (MAP) สูงกว่า 105 มิลลิเมตรปรอทเมื่อวัดห่างกันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงควรส่งพบแพทย์ ถ้าค่า MAP อยู่ระหว่าง 100-105 มิลลิเมตรปรอทควรเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง การคำนวณ MAP ใช้สูตร

$$MAP = \frac{SP + 2(DP)}{3}$$

เมื่อ MAP คือ mean arterial pressure
 SP คือ systolic pressure
 DP คือ diastolic pressure

4. ชีพจร อาจเพิ่มขึ้นประมาณ 10-15 ครั้งต่อนาที ชีพจรที่เพิ่มสูงขึ้นอาจแสดงที่ภาวะที่มารดาตื่นเต้น วิตกกังวล หรือมีภาวะของโรคหัวใจ

5. การตรวจลักษณะทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่

5.1 ศีรษะและหนังศีรษะ ดูความสมมาตรของศีรษะ ลักษณะผม ผมแห้งอาจเกิดจากการขาดสารอาหาร การบวมของใบหน้า จะสังเกตเห็นชัดบริเวณหนังตา สตรีตั้งครรภ์อาจมี โรคภูมิแพ้ โรคที่เกิดจากการทำงานของไต ผิดปกติ

5.2 ตา ดูเยื่อぶตา ริมนิปากซีดหรือไม่

5.3 ตรวจภายในช่องปากและฟัน โดยเฉพาะฟันหากสตรีตั้งครรภ์มีฟันผุอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อและคลอดก่อนกำหนดได้ หากพบฟันผุจะมีลักษณะเป็นหลุมสีดำหรือน้ำตาล และจะมีอาการเสียวฟันเมื่อเคี้ยวอาหาร

5.4 ลำคอ ให้ความสำคัญของต่อมไทรอยด์ ซึ่งอาจโตได้เล็กน้อย ถ้าพบต่อมไทรอยด์โตชัดเจนควรส่งพบแพทย์

5.5 จมูก อาจมีเยื่อจมูกบวม เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน

5.6 หัวใจและปอด อาจพบหายใจเร็ว หอบ หายใจได้ยินเสียงผิดปกติ เช่น ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงฟู่ (heart murmur) ซึ่งเกิดจากเลือดที่ไหลผ่านลิ้นหัวใจมีความผิดปกติ อาจเกิดลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว

5.7 แขน ตรวจจากรวมที่นิ้วมือ หรือซักถามจากการสวมแหวนว่า แหวนคับ ถอดออกยาก หรือถอดไม่ออกหรือไม่เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

5.8 ขา ตรวจหาความผิดปกติของกระดูก เช่นกระดูกขาคดงอาจแสดงถึงความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน หรือการใช้นิ้วหัวแม่มือกดบนหลังเท้า ข้อเท้า กระดูกหน้าแข้ง ปกติอาการบวมที่เท้าสามารถเกิดได้แต่ไม่เกินระดับเท้า เนื่องจากในสตรีตั้งครรภ์การไหลเวียนของเลือดที่ขาช้ากว่าปกติ แต่ถ้าบวมร่วมกับแหวนคับ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง

การตรวจเต้านม เป็นการตรวจดูลักษณะทั่วไปของเต้านมทั้งสองข้าง โดยการดู และการคลำเพื่อตรวจหาก้อนที่ผิดปกติที่เต้านม และขนาดของหัวนมที่เหมาะสมสำหรับเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา วิธีการตรวจหัวนมว่าปกติหรือไม่โดยใช้วิธีของ Waller's Test โดยผู้ตรวจวางมือลงบนเต้านม ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางทับกับผิวหนังตรงรอยต่อระหว่างฐานของหัวนมและลานนม จากนั้นกดนิ้วทั้งสองลงไปตรงๆเล็กน้อย แล้วบีบเข้าหากันจับหัวนมขึ้นเบาๆ หัวนมปกติควรวัดขนาดความยาวได้ตั้งแต่ 0.7 เซนติเมตรขึ้นไป (Thanaboonyawat, Chanprapaph,

Puriyapan, & Lattalapakul, 2012) หากมีหัวนมแบนบวมหรือบอด ซึ่งจะส่งผลให้ทารกไม่สามารถดูดนมได้ การตรวจจะเริ่มเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ การแก้ไขหัวนมสั้นหรือบอด โดยการทำให้ Hoffman's maneuver ทำโดยวางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างชิดโคนหัวนม ให้นิ้วหัวแม่มืออยู่ตรงข้ามกัน แล้วดึงนิ้วหัวแม่มือออกพร้อมๆ กัน ให้ทำทุกๆ วันๆ ละครั้ง ครั้งละ 3-5 นาที

การตรวจครรภ์ (Abdominal examination) เป็นการตรวจทางหน้าท้องโดยวิธีการดู (inspection) การคลำ (abdominal palpation) และการฟัง (auscultation) เพื่อช่วยวินิจฉัยการตั้งครรภ์ ตรวจยืนยันความปกติและผิดปกติ หากพบว่ามีความเสี่ยงจะได้ส่งต่อพบสูติแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป สำหรับวัตถุประสงค์ของการตรวจครรภ์ มีดังนี้

1. เพื่อประเมินอายุครรภ์จากขนาดของมดลูก และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
2. เพื่อประเมินท่า (position) ส่วนนำ (presentation) ทรง (attitude) ของทารกในครรภ์ว่าพร้อมสำหรับการคลอดหรือไม่
3. เพื่อประเมินภาวะของสุขภาพทารกในครรภ์โดยการฟังเสียงหัวใจทารก การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์
4. เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดร่วมกับการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มีก้อนเนื้องอกภายในช่องท้อง หรือภาวะศีรษะเด็กไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา เป็นต้น

วิธีการตรวจครรภ์ แบ่งได้ 3 ขั้นตอนได้แก่ การดู การคลำ และการฟัง และมีรายละเอียด ดังนี้

1. การดู (Inspection)

1.1 ดูลักษณะทั่วไปของท้อง เช่น ตุ่ม แผล ท้องลาย (striae gravidarum) ผิวหนังมีสีเข้มขึ้นเป็นเส้นบริเวณกลางท้อง (linea nigra) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องมีความหย่อนย้อย (pendulus abdomen) หรือกล้ามเนื้อหน้าท้องแยกออกจากกัน (diastasis recti)

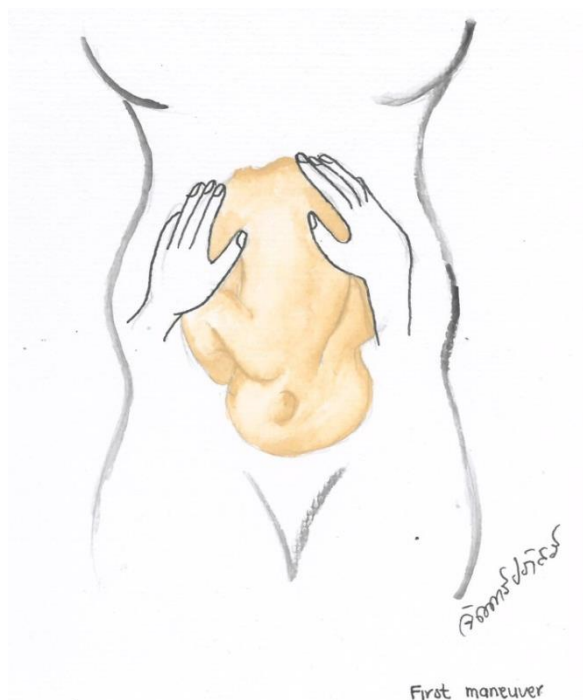
1.2 ขนาดของมดลูก ดูว่ามีความสัมพันธ์กับการขาดประจำเดือนหรือไม่ ถ้ามีขนาดใหญ่มากผิดปกติ อาจมีน้ำคร่ำมาก เด็กตัวใหญ่ หรือครรภ์แฝด (Twins)

1.3 รูปร่างของท้อง เพื่อแยกทารกในแนวขวางออกจากท่าศีรษะ ทำกัน ถ้ารูปร่างของท้องโตขึ้นตามแนวยาวคล้ายรูปไข่ (ovoid shape) ทารกจะอยู่ในแนวตามยาวของมดลูก (longitudinal lie) หากท้องมีลักษณะกลม มดลูกขยายออกทางด้านข้างมาก ทารกอาจอยู่ในแนวขวางกับความยาวมดลูก

2. การคลำ (Palpation)

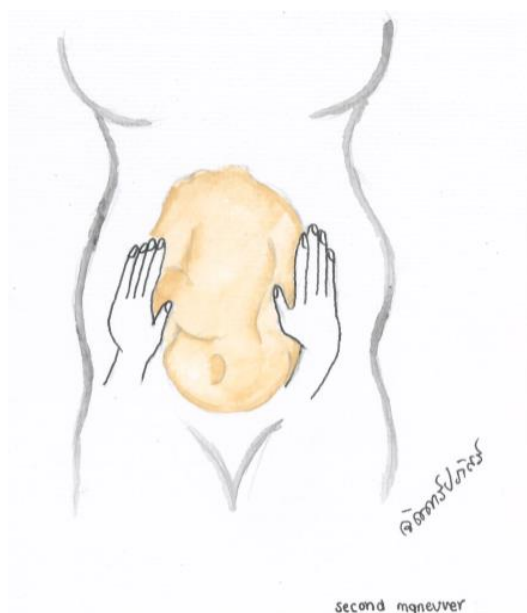
การคลำเป็นทักษะที่สำคัญเพื่อตรวจหาลักษณะทารกในครรภ์ ขนาดและรูปร่างของมดลูก ท่าของทารกในครรภ์ จะมีประโยชน์เมื่ออายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป แต่ถ้าอายุครรภ์น้อยกว่า 24 สัปดาห์จะสามารถช่วยบอกขนาดของมดลูกได้ การตรวจโดยการคลำ พยายามควรใช้ความนุ่มนวลไม่กดหรือดันมดลูกด้วยแรงมากเกินไป ควรคลำขณะมดลูกคลายตัวตามวิธี Leopold's handgrip มี 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 การตรวจครรภ์ท่าที่ 1 (First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip) เป็นการตรวจเพื่อหาระดับความสูงของยอดมดลูก เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างยอดมดลูกและอายุครรภ์ โดยผู้ตรวจหันหน้าไปทางศีรษะของผู้คลอดโดยใช้ฝ่ามือและปลายนิ้วทั้ง 2 ข้างตรวจหาระดับความสูงของยอดมดลูกว่าอยู่สูงหรือต่ำกว่าระดับสะดือเท่าใด และส่วนของทารกบริเวณยอดมดลูกเป็นหัวหรือก้น หากคลำพบลักษณะเรียบ กลมแข็งและเคลื่อนได้ง่าย เรียกว่า มี Ballotement ถ้าเป็นก้นเด็กจะคลำได้ค่อนข้างขรุขระ



รูปที่ 20 การตรวจครรภ์ท่าที่ 1 (First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip)

2.2 การตรวจครรภ์ท่าที่ 2 (Second Leopold's handgrip หรือ lateral grip) โดยการคลำที่ด้านข้างของหน้าท้องทีละด้านเพื่อหาส่วนหลังของทารก (large part) อยู่ด้านใดของลำตัวผู้คลอด หากเป็นส่วนหลังจะคลำได้กระดูกเป็นแผ่นเรียบ มือ เท้า แขน ขา ข้อศอก (small part) จะคลำได้เป็นก้อนขรุขระหลายก้อน เพื่อประเมินท่าของทารกในครรภ์และฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก



รูปที่ 21 การตรวจครรภ์ท่าที่ 2 (Second Leopold's handgrip หรือ lateral grip)

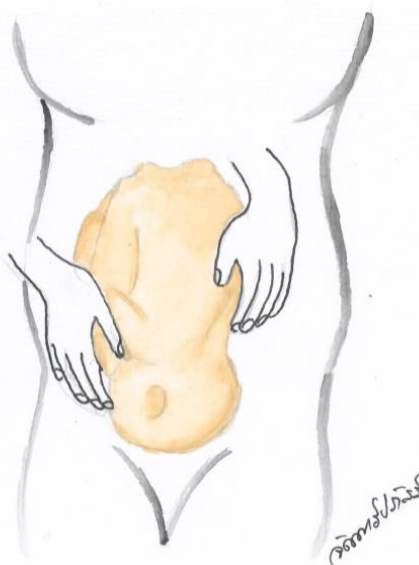
2.3 การตรวจครรภ์ท่าที่ 3 (Third Leopold's handgrip หรือ Pawlik's grip) เพื่อคลำหาส่วนนำ (presenting part) และประเมินว่าส่วนนำเข้าสู่เชิงกรานหรือไม่ (engagement) โดยผู้ตรวจใช้นิ้วหัวแม่มือ และ

นิ้วชี้รวบคดบริเวณส่วนนำทารกทั้งด้ายซ้ายและขวาเหนือหัวเหน่าให้อยู่ภายในอุ้งมือ หากคลำได้ก้อนกลม แข็งเรียบ สามารถโยกคลอนได้ (Ballottement) แสดงว่าศีรษะทารกยังไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน (head float) ถ้าส่วนนำเข้าสู่เชิงกรานแล้ว (Engagement) จะคลำได้ไหล่เด็กเป็นปุ่มเคลื่อนไหวไม่ได้ ถ้าโยกส่วนนำไม่ได้แต่ยังคลอนได้บ้าง แสดงว่าส่วนนำเริ่มผ่านลงในช่องเชิงกรานบ้างแล้ว (head partial engaged) หากคลำได้ลักษณะนุ่ม ไม่เรียบและไม่กลม โยกคลอนได้ชัดเจนแสดงว่าส่วนนำอาจเป็นก้อน และยังไม่เข้าช่องเชิงกราน (breech float)



รูปที่ 22 การตรวจครรภ์ท่าที่ 3 (Third Leopold's handgrip หรือ Pawlik's grip)

2.4 การตรวจครรภ์ท่าที่ 4 (Fourth Leopold's handgrip หรือ bilateral inguinal grip) เป็นการคลำเพื่อยืนยันว่าส่วนนำเข้าสู่อุ้งเชิงกรานหรือไม่ โดยผู้ตรวจหันหน้าไปทางเท้าของมารดา วางนิ้วมือทั้ง 2 ข้างบนมดลูกทั้งด้านซ้ายและขวาของหน้าท้อง บริเวณเหนือ Inguinal ligaments 2 นิ้ว กดนิ้วมือลงเบาๆ และเคลื่อนมือไปตามทิศทางของช่องทางคลอด (Birth canal) ถ้าปลายนิ้วมือทั้งสองข้างสอดเข้าหากันได้ แสดงว่าส่วนนำยังไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน แต่ถ้าปลายนิ้วมือสอดเข้าหากันไม่ได้แสดงว่า ส่วนนำลงสู่อุ้งเชิงกรานแล้ว



รูปที่ 23 การตรวจครรภ์ท่าที่ 4 (Fourth Leopold's handgrip หรือ bilateral inguinal grip) สำหรับการตรวจดูทรงของทารก ว่าทารกอยู่ในทรงก้ม (flexion attitude) ทรงเงยเล็กน้อย (moderate flexion) ทรงเงยปานกลาง (poor flexion) หรือทรงเงยเต็มที่ (hyperextension) โดยประเมินจากความสัมพันธ์ระหว่าง Cephalic prominences กับหลังของทารกเนื่องจาก Cephalic prominence จะเปลี่ยนไปตามการก้มหรือการเงยของศีรษะทารก อย่างไรก็ตามการตรวจทรงของทารกทำได้เฉพาะรายที่มีศีรษะเป็นส่วนนำและคลำได้ หลังของทารกได้ชัดเจนทางหน้าท้อง ผู้ตรวจต้องมีความชำนาญและประสบการณ์ เพราะค่อนข้างทำได้ยาก

การฟังเสียงหัวใจทารก

การฟังเสียงหัวใจทารกเป็นการประเมินสภาพของทารกในครรภ์ ท่าของทารกในครรภ์อยู่ในท่าใดส่วนใหญ่จะได้ยินเสียงหัวใจทารกตรงตำแหน่งหลังของทารก ทารกที่ครบกำหนดมีศีรษะเป็นส่วนนำและเข้าสู่เชิงกรานแล้วจะได้ยินเสียงหัวใจที่ตำแหน่งต่ำกว่าระดับสะดือผู้คลอด หากส่วนนำของทารกเป็นท่าก้นจะได้ยินเสียงหัวใจสูงกว่าระดับสะดือผู้คลอด ในการประเมินสภาพแรรับนักศึกษาต้องนับอัตราการเต้นหัวใจทารกด้วยหูฟังนานอย่างน้อย 1 นาทีหากฟังด้วยหูฟังไม่ชัดเจนอาจใช้เครื่องดอปเพลอร์ (fetal doppler) เพื่อความถูกต้องในการประเมิน และควรฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในขณะที่มดลูกเริ่มคลายตัวประมาณ 20-30 วินาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกปกติอยู่ระหว่าง 110-160 ครั้ง/นาทีและสม่ำเสมอ ถ้าน้อยกว่า 110 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 160 ครั้ง/นาที แสดงว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน การฟังเสียงหัวใจทารกควรแยกออกจากเสียงอื่นๆ เช่น เสียงการไหลของเส้นเลือดที่สายสะดือจากการถูกกดหรือบีบ (umbilical souffle) เสียงการไหลของเลือดผ่านหลอดเลือดมดลูก (uterine souffle) หรือเสียงจากการที่ทารกดิ้นหรือเคลื่อนไหว (fetal shocking sound) อย่างไรก็ตามตำแหน่งเสียงหัวใจทารกจะเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของการคลอด หากผู้คลอดอยู่ในระยะเบ่งคลอด ตำแหน่งเสียงหัวใจทารกอาจอยู่ในแนวกึ่งกลางลำตัวของผู้คลอดเหนือหัวหน้า เป็นต้น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาวะสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลในการติดตามถึงผลของภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก การตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถแบ่งช่วงระยะเวลาของการตรวจได้จาก การมาฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป และการตรวจคัดกรองที่สำคัญพิเศษอื่นๆ ที่มีความจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ฝากครรภ์ครั้งแรก

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ การตรวจเลือด การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจหาการติดเชื้อตับอักเสบ บี (hepatitis B virus; HBV) การคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย ดังรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจเลือด ได้แก่ การส่งตรวจ CBC (complete blood count) การตรวจหาความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit/Hct) จำเป็นจะต้องตรวจในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย เพื่อดูลักษณะของเม็ดเลือดแดง จำนวนเม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด เป็นต้น จำเป็นต้องได้รับการตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีค่า Hct ต่ำกว่า 33% หรือ haemoglobin (Hb) น้อยกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 แต่ถ้าหาก Hb < 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร ควรได้รับการตรวจเพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง สำหรับการตรวจกรุ๊ปเลือด ABO และ Rh blood group เพื่อเตรียมเลือดไว้หากสตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือดที่หายาก หรือการไม่เข้ากันระหว่างเลือดมารดาและทารก (blood incompatibility) กรณีที่สามีมีหมู่เลือด Rh negative และสตรีตั้งครรภ์มี Rh positive อาจส่งผลให้ทารกมีภาวะ hydrops fetalis และเสียชีวิตได้

2. การตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีตั้งครรภ์มีหลายชนิด แต่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยคือ โรคเอดส์ และโรคซิฟิลิส หลักการและวิธีการตรวจโรคเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับคำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจข้อมูลที่ได้ต้องเก็บเป็นความลับควรทำการตรวจทุกรายตั้งแต่ในช่วงแรกของการฝากครรภ์ เพราะจะได้ดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดเพื่อลดการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (Vause & Maresh, 1996) สำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีตรวจโดยการหาแอนติบอดี ELISA หากให้ผลบวกต้องตรวจยืนยันทุกครั้งโดยหาแอนติบอดี Western blot หรือ immunofluorescence assay (IFA)

3. การตรวจหาการติดเชื้อตับอักเสบ บี (Hepatitis B surface antigen) มีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากจะแพร่เชื้อจากมารดาไปสู่ทารกโดยผ่านทางรกได้ หรือติดเชื้อขณะคลอด และหลังคลอด HBsAg สามารถตรวจพบในสารคัดหลั่งเกือบทุกชนิดในร่างกาย เช่น น้ำลาย น้ำอสุจิ เลือด หรือการมีเพศสัมพันธ์ HBsAg เป็นแอนติเจนที่ตรวจพบได้ภายหลังติดเชื้อ มาร์คเกอร์สำคัญของไวรัสตับอักเสบบีที่สามารถตรวจทดสอบทางน้ำเหลือง ได้แก่ HBsAg และ HBsAb (anti-HBS), HBcAg และ HBcAb (anti-HBc), และ HBeAg และ anti-HBe สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี เมื่อตรวจพบ HBsAg ในน้ำเหลือง และถ้าพบ HBeAg ร่วมด้วยจะมีโอกาสแพร่เชื้อสูง แต่สามารถป้องกันแพร่เชื้อไปยังทารกด้วยการให้ HBIG (hepatitis B immunoglobulin)

4. การคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจทุกรายโดยประกอบไปด้วย การตรวจหาค่า OF (osmotic fragility test) เพื่อประเมินขนาดเม็ดเลือดแดงโดยประเมินผลที่ได้เป็น ค่าผลบวก และผลลบ การตรวจหาค่า MCV (mean corpuscular volume) ในคนปกติจะมีค่ามากกว่า 80 fl แต่ถ้าค่าที่ได้น้อยกว่า 80 fl แสดงว่าผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก และการตรวจ DCIP หากพบว่าค่าที่ตรวจได้เป็นผลบวก ควรแนะนำให้สามีมารับการตรวจคัดกรอง เพื่อวินิจฉัยว่าเป็นธาลัสซีเมียชนิดใด โดยการส่งตรวจ Hemoglobin typing ต่อไป

การตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป

1. การคัดกรองเบาหวาน จะทำในรายที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวาน เช่น ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว การคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม มีประวัติทารกตายคลอด หรือตายไม่ทราบสาเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการยึดตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO) (ACOG, 2009) การตรวจคัดกรองเบื้องต้นจะตรวจ 50 กรัม Glucose challenge test (GCT) หากพบว่ามีความผิดปกติจะตรวจยืนยันด้วย oral glucose tolerance test (OGTT) รายละเอียดดังนี้

1.1 การตรวจด้วย 50 กรัม Glucose Challenge test (GCT) จะตรวจเมื่อมีข้อบ่งชี้ต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกและตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หรือเมื่อมีน้ำตาลในปัสสาวะมากกว่า +1 หรือน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นกว่า 3 กิโลกรัมต่อเดือน โดยการให้รับประทานกลูโคสขนาด 50 กรัม โดยไม่คำนึงถึงมื้ออาหารที่ผ่านมาจากนั้น 1 ชั่วโมงเจาะเลือดดูระดับ Plasma glucose เท่ากับ 140 มก./ดล แสดงว่ามีความผิดปกติให้ตรวจด้วย 100 กรัม OGTT

1.2 การตรวจด้วย 100 กรัม Oral glucose tolerance test (OGTT) โดยต้องนัดสตรีตั้งครรภ์ล่วงหน้า 3 วัน และในระยะช่วงเวลาดังกล่าวแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อย 200 กรัม/วัน คืนก่อนวันตรวจต้องงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนเจาะเลือดให้สตรีตั้งครรภ์นั่งพักอย่างน้อย 30 นาที ต่อมาเจาะเลือดเพื่อดูค่า fasting blood sugar (FBS) ค่าปกติ ≥ 105 mg/dl หลังจากนั้นให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานกลูโคส 100 กรัม เจาะเลือดชั่วโมงที่ 1, 2, และ 3 ตามลำดับ โดยแปลผลดังนี้

- วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน class A1 ถ้า FBS ปกติ แต่มีค่าผิดปกติ 2 ใน 3 ค่า ของค่าชั่วโมงที่ 1,2,3 หลังรับประทานกลูโคส

- วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน class A2 หรือ overt DM ถ้าค่า FBS ผิดปกติ (ควรตรวจอย่างน้อย 2 ครั้ง)

- ในกรณีตรวจพบความผิดปกติของ 100 กรัม-OGTT 1 ค่า 1 เดือน

- สตรีตั้งครรภ์บางรายจะได้รับการวินิจฉัยเป็น GDM โดยไม่จำเป็นต้องตรวจ 100 กรัม-OGTT ถ้า FBS > 126 มก./ดล. หรือ 50 กรัม-GCT > 200 มก./ดล.

2. การตรวจปัสสาวะ สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการตรวจดูโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ (Urine Protein-Urine Glucose) ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อตรวจคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ มักจะตรวจพบโปรตีน (Protein) ในปัสสาวะ และในรายที่มีภาวะเบาหวานจะตรวจพบน้ำตาล (Glucose) ในปัสสาวะได้ อย่างไรก็ตามในระยะครึ่งหลังของการตั้งครรภ์น้ำตาลในปัสสาวะไม่ควรเกิน +1 และโปรตีนในปัสสาวะอาจพบได้เล็กน้อย (trace หรือ +1)

3. การตรวจเลือดเพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจางและโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจเลือดนอกจากจะตรวจครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์แล้ว แต่จะได้รับการตรวจซ้ำในไตรมาสที่ 3 เพื่อยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิสโดยวิธี venereal disease research laboratory test (VDRL) เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปยังทารก และป้องกันการภาวะแทรกซ้อนและความพิการในทารก สำหรับการตรวจคัดกรองภาวะซีดจะตรวจครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ในกรณีที่ค่า haemoglobin ในเลือดน้อยกว่า 11g/dl หรือน้อยกว่า 10.5 g/dl ควรส่งต่อแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุของภาวะซีด (Osungbade & Oladunjoye, 2012; Reveiz, Gyte, Cuervo, & Casabuenas, 2011)

การตรวจคัดกรองที่สำคัญพิเศษอื่นๆ มีความสำคัญมากในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดความผิดปกติได้ การตรวจวินิจฉัย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และไม่มีโอกาสเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไป ได้แก่ การตรวจคัดกรองความพิการของระบบประสาททารก (Nuchal translucency:NT) การตรวจสารชีวเคมีในเลือดมารดา (triple test และ Quadraple test) การตรวจ cell-free fetal DNA การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) การเจาะเนื้อรก (chorionic villous sampling; CVS) การเจาะเลือดจากสายสะดือทารก (cordocentesis) (สภากา, 2560) ดังรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจคัดกรองความพิการของระบบประสาททารก (Nuchal translucency:NT) เป็นการตรวจดูความโปร่งแสงระหว่างขอบผิวหนังและเนื้อเยื่อที่คลุมกระดูกสันหลังส่วนคอของทารก ทำโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจวัดจะทำเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 11-13 สัปดาห์ หรือเมื่อมีความยาว crown-rump length ระหว่าง 38-84 mm. ค่าปกติคือ NT น้อยกว่า 3 mm. ถ้าตรวจพบว่ามีขนาดมากกว่า 3 mm จะพบความผิดปกติของโครโมโซมพบว่าส่วนใหญ่จะเป็น Down syndrome (Comstock, et al., 2006; Snijders, et al., 1998)

2. การตรวจสารชีวเคมีในเลือดมารดา (triple test และ Quadruple test) จะทำการตรวจในไตรมาสที่ 2 การตรวจ Triple test เป็นการตรวจหาระดับของ alpha-fetoprotein (AFP), hCG หรือ free β -hCG และ unconjugated estriol ในเลือดสตรีตั้งครรภ์ หากทารกในครรภ์มีภาวะ Down syndrome จะพบว่า AFP ในเลือดสตรีตั้งครรภ์จะต่ำกว่าปกติ ระดับ hCG จะสูงกว่าปกติ และระดับของ unconjugated estriol จะต่ำกว่าปกติ แต่ถ้าทารกในครรภ์มีภาวะ trisomy 18 จะผิดปกติทั้ง 3 ค่า คือ alpha-fetoprotein (AFP), hCG และ unconjugated estriol การตรวจ Quadruple test คล้ายกับการตรวจ triple test ส่วนใหญ่จะคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์เมื่อการตั้งครรภ์นั้นเข้าสู่ไตรมาสที่ 2

3. การตรวจ cell-free fetal DNA จะตรวจเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 9 สัปดาห์เป็นต้นไป เป็นการตรวจหาเฉพาะ trisomy 13, trisomy 18, trisomy 21 และเพศทารก

4. การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง สามารถคัดกรองความผิดปกติของทารกในครรภ์และความพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้ยังสามารถตรวจเพื่อยืนยันอายุครรภ์แต่ผลจะแม่นยำเมื่ออายุครรภ์ 6-14 สัปดาห์โดยการวัดระยะของ crown-rump length (CRL) และการตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 8 สัปดาห์เนื่องจากจะได้ยินเสียงหัวใจของทารก

5. การเจาะน้ำคร่ำ (amniocentesis) เป็นการเจาะดูดน้ำคร่ำผ่านทางผนังหน้าท้องของหญิงตั้งครรภ์โดยทำการตรวจในช่วงอายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์ แต่ในบางครั้งสามารถทำได้เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ หากมีข้อบ่งชี้เพื่อส่งตรวจทางพันธุกรรม ตรวจปริมาณสารต่างๆ ในน้ำคร่ำ ตรวจการทำงานของปอดทารก (fetal lung maturity) หรือการตรวจเพื่อพิสูจน์การติดเชื้อในครรภ์

6. การเจาะเนื้อรก (chorionic villous sampling; CVS) เป็นการเก็บตัวอย่างเนื้อรกสามารถทำได้โดยผ่านทางปากมดลูกหรือผนังหน้าท้อง จะทำเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 10-13 สัปดาห์ หากมีความผิดปกติหรือพิการ จะมีผลดีหากต้องยุติการตั้งครรภ์เพราะอายุครรภ์ที่คัดกรองน้อยกว่าการเจาะน้ำคร่ำที่ทำเมื่ออายุครรภ์ 15-20 สัปดาห์

7. การเจาะเลือดจากสายสะดือทารก (cordocentesis) เป็นการดูดเลือดจากเส้นเลือดดำในสายสะดือของทารกผ่านทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์ การตรวจด้วยวิธีนี้ปัจจุบันใช้ลดน้อยลงเนื่องจากจะคุกคามต่อชีวิตทารกโดยตรง อาจทำให้แท้งได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากต้องการตรวจดูความซีดหรือตรวจชนิดของ haemoglobin หรือการตรวจการติดเชื้อของทารกในครรภ์ วิธีนี้ยังสามารถทำได้

การนัดตรวจติดตาม

สตรีที่รับรู้ตัวตนเองตั้งครรภ์และมีการดำเนินของการตั้งครรภ์เป็นไปตามปกติ มีกำหนดการนัดตรวจดังนี้

อายุครรภ์ < 28 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 4 สัปดาห์

อายุครรภ์ 28 ถึง 32 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 3 สัปดาห์

อายุครรภ์ 32 ถึง 36 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 2 สัปดาห์

อายุครรภ์ 36 ถึง 40 สัปดาห์ นัดตรวจทุก 1 สัปดาห์

ช่วงระยะเวลาในการฝากครรภ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความจำเป็นจากการประเมินสุขภาพแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขได้ให้แนวทางในการฝากครรภ์ตามแนวทางใหม่ขององค์การอนามัยโลก (สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติ ไม่มีเกณฑ์เสี่ยงจากการประเมินสตรีตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ทั้งหมด 5 ครั้ง โดยให้ปฏิบัติดังนี้

ครั้งที่ 1 ควรมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์

ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์

แต่ถ้ายังไม่คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบ 41 สัปดาห์แนะนำให้มาโรงพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม จะสามารถช่วยให้ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หรืออาการแทรกซ้อนระยะเริ่มต้นก่อนที่จะกำเริบรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและดูแลสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปจนถึงระยะคลอด และหลังคลอดได้ปกติและปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

- สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Comstock, C.H., et al. (2006). Is there a nuchal translucency millimetre measurement above which there is no added benefit from first trimester serum screening? *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 195, 843-847.
- Odungbade, K.O., & Oladunjoye, A.O. (2012). Preventive treatments of iron deficiency anaemia in pregnancy: a review of their effectiveness and implications for health system strengthening. *Journal of Pregnancy*, 2012, 454601.
- Reveiz, L., Gyte, G.M., Cuervo, L.G., & Casasbuenas, A. (2011). Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review*, 10, CD003094.
- Saunders, W.B. (2003). Pregnancy & weight gain. Instructions for obstetric and gynecologic patients. *Midwifery*, 18, 25-34.
- Snijders, R.J., et al. (1998). UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. Fetal Medicine Foundation First Trimester Screening Group. *Lancet*, 352(9125), 343-346.
- Thanaboonyawat, I., Chanprapaph, P., Puriyapan, A., & Lattalapakul, J. (2012). Association between breastfeeding success rate and nipple length and diameter in Thai pregnant women. *Siriraj Med Journal*, 64, 18-21.
- Vause, S., & Maresh, M. (1996). Antenatal serology testing in pregnancy. *Journal of Obstetric and Gynaecology*, 103, 720-721

การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์

การส่งเสริมสุขภาพสตรีขณะตั้งครรภ์

อาจารย์จันทร์ปภัสร เครือแก้ว

วัตถุประสงค์

1. อธิบายแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้องและเหมาะสมได้
2. อธิบายแนวทางการได้รับโภชนาการ อธิบายรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์และสามีได้ถูกต้อง
3. อธิบายและสาธิตรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
4. อธิบายและสาธิตแนวทางเพื่อการพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
5. อธิบายลักษณะการแต่งกาย และรูปแบบการเดินทางที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง

หัวข้อ

การส่งเสริมสุขภาพสตรีระยะตั้งครรภ์ในด้านต่างๆ

- การให้ภูมิคุ้มกันและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลโภชนาการการมีเพศสัมพันธ์
- การออกกำลังกาย
- การพักผ่อนการแต่งกาย
- การเดินทาง

บทนำ

การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสตรี ในระยะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากการปฏิบัติตัวของมารดาในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ในด้านต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การให้ภูมิคุ้มกันและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์

ในขณะที่ตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบ โดยเฉพาะทางเดินอาหาร และระบบเลือด การเปลี่ยนแปลงของร่างกายมีผลกระทบต่อการศึกษา การกระจายตัวยา (distribution) และการคงสภาพของยา (plasma half life) ตลอดจนการขับออกของยาจากร่างกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การดูดซึม

ระดับฮอร์โมน progesterone ที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ทำให้การบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง และ gastric empty time เพิ่มขึ้น 30-50 % ส่งผลให้ยาถูกดูดซึมช้าลง ซึ่งกรณีนี้จะมี ความสำคัญกับยาที่ต้องการฤทธิ์เร่งด่วน เช่น ยาแก้ปวด ยาต้านอาเจียน โดยพบว่าระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์ (onset) ของยา acetaminophen จะช้ากว่าปกติเมื่อใช้ในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ เนื่องจากยาจะไปถึงลำไส้เล็กซึ่งเป็น บริเวณที่ยาถูกดูดซึมได้ช้า นอกจากนี้พบว่าการทำงานของกระเพาะอาหารของสตรีมีครรภ์จะลดลงประมาณ 40% เมื่อเทียบกับสตรีทั่วไป และมีการสร้างเมือกเพิ่มขึ้นส่งผลให้ pH ในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้ยาที่เป็นกรดอ่อน เช่น aspirin, NSAIDs หลายชนิด (acidic NSAIDs) แตกตัวเป็นไอออนได้มากขึ้นและอาจถูกดูดซึมได้น้อยลงหรืออาจ มีอัตราการดูดซึมช้าลง ส่วนยาที่เป็นด่างอ่อน เช่น narcotic analgesic จะถูกดูดซึมได้มากขึ้น ปัญหาสำคัญที่มีผล ลดการดูดซึมยาในสตรีตั้งครรภ์คือ การเกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาจเกิดจากการที่ระดับฮอร์โมน progesterone หรือ human chorionic gonadotropin (hCG) เพิ่มขึ้น ดังนั้นยาที่ใช้เพียงครั้งเดียวต่อวัน ควรเลือกให้ยาใน ช่วงเวลาที่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนน้อยที่สุด ซึ่งมักจะเป็นในช่วงเวลาตอนเย็น นอกจากนี้การที่สตรีมีครรภ์มักมีการ ใช้วิตามินและแร่ธาตุ โดยเฉพาะธาตุเหล็กและแคลเซียม หรือใช้ยา antacid หรือ sucralfate อาจทำให้มีผลลดการ ดูดซึมยาบางชนิดที่ให้ร่วมกัน ดังนั้น พยาบาลควรรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในการรับประทานยาเพื่อหลีกเลี่ยง ปฏิกริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้นด้วย

สำหรับการดูดซึมยาทางปอดนั้นพบว่า จากการที่ cardiac output และ tidal volume ในสตรีตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้นประมาณ 50% ทำให้มีการไหลเวียนเลือดไปยังปอด (pulmonary blood flow) เพิ่มขึ้นและเกิดภาวะ hyperventilation ส่งผลให้การขนส่งยาไปสู่ถุงลมปอดเพิ่มขึ้นและยาสามารถถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดได้มากขึ้น ได้แก่ ยาhalothane isoflurane และ methoxyflurane ดังนั้นสตรีมีครรภ์จึงควรใช้ยาดังกล่าวคนทั่วไปเนื่องจากยา ถูกดูดซึมได้ดีขึ้น

สตรีระยะตั้งครรภ์มีหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวเพิ่มขึ้น และมีการเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังผิวหนัง ส่งผลให้ยาที่ให้ทางผิวหนัง เช่น ยาที่อยู่ในรูปแบบแปะ มีการดูดซึมมากขึ้น และเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำ ทั้งหมดในร่างกาย (total body water) ในสตรีมีครรภ์ทำให้ปริมาณน้ำบริเวณผิวหนังเพิ่มมากขึ้นเพราะฉะนั้นยาที่ ละลายน้ำได้ดีถูกดูดซึมทางผิวหนังได้มากขึ้น

การกระจายยา

ความเข้มข้นในเลือดของอัลบูมินในสตรีมีครรภ์จะเริ่มลดลงในช่วงไตรมาสที่ 2 และลดลงอย่างต่อเนื่องจนมีความเข้มข้นประมาณ 70-80% ของคนทั่วไปในช่วงการคลอด ร่วมกับการที่กรดไขมันอิสระและสเตอรอยด์ฮอร์โมนมีความเข้มข้นเพิ่มขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์ซึ่งจะสามารถไปแย่งจับกับอัลบูมิน ส่งผลให้ยาซึ่งปกติจะจับกับอัลบูมินได้มากขึ้น มาอยู่ในรูปอิสระมากขึ้นจึงออกฤทธิ์ได้มากขึ้น ดังนั้นควรมีการติดตามผลข้างเคียงของระดับยาในเลือดที่มีความสามารถในการจับกับอัลบูมินสูงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์

การเปลี่ยนสภาพยา

การเปลี่ยนสภาพของยาส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ตับ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมายังตับ (liver blood flow) และการทำงานของเอนไซม์ในตับในสตรีตั้งครรภ์การไหลเวียนเลือดตามยั้งตับจะเพิ่มขึ้นหลังจากอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ดังนั้นยาที่มี extraction ratio สูง (การกำจัดยาขึ้นกับปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมายังตับ) เช่น nicotine, midazolam, morphine อาจถูกกำจัดเพิ่มมากขึ้น

การขับยาออกทางไต

การขับยาออกทางไตขึ้นกับกระบวนการต่างๆ ได้แก่ glomerular filtration, active tubular secretion และ reabsorption โดยเฉลี่ยพบว่า glomerular filtration (GFR) ในสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นประมาณ 50% โดยเริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ การขับยาทางไตในสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นประมาณ 20-65% ซึ่งจากการที่ GFR เพิ่มขึ้นประมาณ 50% ในช่วงตั้งครรภ์นั้นแสดงว่าในส่วนการขับออกที่เพิ่มขึ้นเกินกว่า 50% ซึ่งเกี่ยวข้องกับ active tubular secretion และจากการที่ยาถูกขับทางไตเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปรับเพิ่มขนาดการใช้ของยาบางชนิดซึ่งมีการขับทางไตในรูปที่ไม่เปลี่ยนแปลงเป็นหลัก เพื่อให้ได้ระดับยาในเลือดตามต้องการ

สิ่งสำคัญของการใช้ยาในสตรีตั้งครรภ์คือ ยาทุกชนิดที่ให้สตรีตั้งครรภ์สามารถผ่านรกและเข้าสู่ทารกในครรภ์ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์ (adverse effect) กลุ่มยาที่จัดว่าเป็นอันตรายสำหรับทารกในครรภ์คือ category X และ D

ตารางที่ 8 ยาที่ควรหลีกเลี่ยงขณะตั้งครรภ์พร้อมเหตุผล

ยา	เหตุผล (ความผิดปกติที่พบในทารก)
Valproate (Anticonvulsant)	Neural tube defect
Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor and angiotensin-receptor blocker	Renal tubular dysgenesis, CNS malformation
Fluconazole, Itraconazole	Oral clefts, abnormal face
Tetracycline	Yellowish-brown, discoloration of deciduous teeth
Cyclophosphamide	Skeletal abnormalities, limb defects, cleft palate
Methotrexate	Craniosynostosis, wide nasal bridge, micrognathia and limb abnormalities

ยา	เหตุผล (ความผิดปกติที่พบในทารก)
Anabolic steroid and testosterone	For female fetus: varying degrees of virilisation, ambiguous genitalia
Efavirenz (anti-HIV medication)	CNS anomaly
Radioactive-Iodine 131	Fetal thyroid cancer
Isotretinoin	Fetal face, heart and thymus anomalies

ช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา

ช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยามีความสำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติของตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ รวมถึงลักษณะหรือความรุนแรงของความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น โดยได้มีการแบ่งพัฒนาการของทารกในครรภ์มารดา เป็น 3 ช่วงดังนี้

1) Pre-embryonic period เป็นระยะที่เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงประมาณ 2 สัปดาห์หลังปฏิสนธิซึ่งหากนับตามอายุครรภ์คือช่วงอายุครรภ์ประมาณ 2 สัปดาห์ จนถึง 4 สัปดาห์ (อายุครรภ์เริ่มนับตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายก่อนที่จะตั้งครรภ์) ในช่วงนี้ zygote (ไข่ที่ถูกผสมแล้ว) จะเดินทางจากท่อนำไข่เข้าสู่ภายในโพรงมดลูก โดยระหว่างนี้จะมีการแบ่งตัวจนได้ blastocyst ซึ่งจะมาฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูก การสัมผัสกับยาในช่วง pre-embryonic period จะมีผลในลักษณะ all-or-none effect คือมีการทำลายเซลล์อย่างมากจนเป็นสาเหตุให้เกิดการแท้ง หรือมีการทำลายเซลล์เพียงเล็กน้อยซึ่งเซลล์ที่เหลืออยู่สามารถสร้างทดแทนได้ทำให้ไม่เกิดความผิดปกติใดๆ โดยปกติสตรีทั่วไปจะทราบว่าตนเองตั้งครรภ์นั้นจะเป็นเวลาที่เลยช่วง pre-embryonic period ไปแล้ว จึงเป็นไปได้มากที่ zygote หรือ blastocyst อาจมีการสัมผัสกับยาที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับในช่วงต้นของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งหากการตั้งครรภ์สามารถเข้าสู่ช่วงอายุครรภ์ที่ 5-6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เพิ่งทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ยาที่ได้รับไปก่อนหน้านี้ (ประมาณก่อนช่วงอายุครรภ์ 4 สัปดาห์) ก็จะไม่ส่งผลต่อความผิดปกติหรือความพิการใดๆต่อทารกในครรภ์

2) Embryonic period คือช่วงระหว่าง 3-8 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ (อายุครรภ์ประมาณ 5-10 สัปดาห์) ซึ่งตัวอ่อนกำลังมีการสร้างอวัยวะต่างๆ (organogenesis) ระยะนี้เรียกว่า ระยะวิกฤต (critical period) คือ การที่ตัวอ่อนสัมผัสกับยาในช่วงนี้จะทำให้เกิด major malformations (ความผิดปกติทางโครงสร้างที่อาจทำให้เสียชีวิต ลดช่วงการมีชีวิต ลดความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะ ทำให้เกิดโรค หรือมีผลต่อความสวยงาม ซึ่งต้องการการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด) เช่น แขนขาขาด ปากแหว่ง เพดานโหว่ ความผิดปกติของหัวใจ โดยขึ้นกับว่ามารดาได้รับยาในช่วงที่มีการสร้างอวัยวะใด เช่น ในช่วงประมาณ 4-7 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ จะมีการสร้างแขนขา และเสร็จสมบูรณ์ตอน 8 สัปดาห์หลังปฏิสนธิ ดังนั้นการได้รับยาในช่วงเฉพาะที่ 4 และ 5 หลังปฏิสนธิ อาจพบความพิการแต่กำเนิดทางโครงสร้างของแขนขา

3) Fetal period คือช่วงหลังจาก embryonic period จนถึงครบกำหนดคลอด เป็นช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ โดยระยะนี้เป็นระยะที่ทารกสร้างอวัยวะต่างๆเกือบเสร็จสมบูรณ์และกำลังเจริญเติบโต ดังนั้นผลของยาต่อทารกจึงอาจทำให้การทำงานของอวัยวะบกพร่อง การเจริญเติบโตผิดปกติ หรือทำให้เกิด minor malformations (ความผิดปกติทางโครงสร้างที่ไม่ต้องการการรักษาใดๆ และมีผลน้อยต่อลักษณะภายนอกที่ปรากฏออกมา เช่น นิ้วโก่ง ลิ้นขนาดเล็กกว่าปกติ)

ตารางที่ 9 ตัวอย่างยาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์

ยา	ความผิดปกติ
Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)	หลอดเลือดฝอยผิดปกติ ภาวะไตวายในทารก การสร้างกระดูก กระโหลกศีรษะผิดปกติ
Antithyroid drugs (propylthiouracil และ methimazole)	-ภาวะคอพอกและขาดไทรอยด์ฮอร์โมนในทารก
Carbamazepine	ความผิดปกติที่ท่อประสาท (neural tube defects)
Chlorambucil	ภาวะที่ไตเจริญไม่สมบูรณ์หรือไม่เจริญเลย
Cyclophosphamide	เพดานโหว่ ความผิดปกติของนิ้วและตา หรือระบบประสาทส่วนกลาง การเกิดมะเร็ง
Cytarabine	ความผิดปกติของแขนขาส่วนปลาย หูพิการ
Danazol และ androgenic drugs อื่นๆ	มีลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายในทารกเพศหญิง (masculinization)
Diethylstilbestrol	มะเร็งเยื่อบุช่องคลอด ความผิดปกติอื่นๆ ของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะของทารกเพศชายและหญิง
5-Fluorouracil	ความผิดปกติของอวัยวะภายใน
Iodine	ภาวะคอพอกในทารก
Lithium	ความผิดปกติของหัวใจ
Methotrexate	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและแขนขา
Misoprostol	Moebius syndrome (ความผิดปกติที่เกี่ยวกับแขนขาและ CNS)
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	หลอดเลือดดำที่ตีบ, necrotizing enterocolitis
Phenytoin	เจริญเติบโตล่าช้า ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง
Penicillamine	หนังหย่อน (cutis laxa)
Psychoactive drugs (เช่น barbiturates, opioids และ benzodiazepines)	การใช้ยาในช่วงใกล้คลอดอาจทำให้เกิดภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด
Streptomycin	การเป็นพิษต่อหู
Systemic retinoids (isotretinoin และ etretinate)	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง กระโหลกศีรษะและใบหน้า ระบบหัวใจร่วมหลอดเลือด และอื่นๆ
Tetracycline	ความผิดปกติของฟันและกระดูก
Thalidomide	แขนขาด้านเหลือแต่มือเท้า (phocomelia) สภาวะไร้หู
Valproic acid	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง
Warfarin	Dandy-Walker-syndrome ความผิดปกติของกระดูก ตา

ภาวะกำเนิดทารกวิรูป (Teratogenesis)

Teratogenesis หมายถึง การเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือภาวะกำเนิดทารกวิรูป สารที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์หรือสารก่อวิรูปนั้นจะเรียกว่า teratogen นอกจากนี้ teratogen ยังเป็นสารที่เป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการทำหน้าที่ (functional defect) ของอวัยวะด้วย เช่น ความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางหรือการมีภาวะหูหนวก ความผิดปกติจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญเติบโตหรือการพัฒนาทางด้านร่างกายหรือจิตใจ และความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรม อย่างไรก็ตามเป็นสาเหตุสำคัญหลักในการเกิดความผิดปกติต่อทารก นอกจากคุณสมบัติของตัวยา เช่น ช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา สภาวะของมารดา และปัจจัยทางพันธุกรรม ก็เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติของทารก หากเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาเหล่านี้ ดังแสดงในตารางที่ 2

การให้ภูมิคุ้มกัน (Immunization)

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันก่อนการตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนอย่างน้อย 4 สัปดาห์

1. Human papillomavirus (HPV) ควรฉีดก่อนวัยที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคที่จะเกิดตามมา ช่วงอายุที่แนะนำ คือ 9-26 ปี วัคซีนนี้ไม่แนะนำให้ฉีดในสตรีตั้งครรภ์

การฉีดยานี้ ให้ฉีด 0.5 มล. เข็มละ จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ฉีดในวันที่กำหนดเลือก

ครั้งที่ 2 ฉีดในเดือนที่ 1-2 หลังจากการฉีดครั้งแรก

ครั้งที่ 3 ฉีดในเดือนที่ 6 หลังจากการฉีดครั้งแรก

2. Measles, mumps, rubella (โรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน) ควรให้ในสตรีที่ยังไม่ได้ตั้งครรภ์ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน แต่หากได้รับวัคซีนในช่วงก่อนตั้งครรภ์ภายใน 4 สัปดาห์ หรือได้รับวัคซีนขณะตั้งครรภ์ ก็ไม่ใช่เหตุผลสำหรับยุติการตั้งครรภ์ โรคหัด ระหว่างการตั้งครรภ์สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการคลอดก่อนกำหนดและอาจทำให้แท้งได้โรคคางทูม ถ้าเป็นช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ อาจสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารก

3. Varicella (โรคอีสุกอีใส) มารดาที่ได้รับการติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ในช่วง 20 สัปดาห์แรก เป็นสาเหตุให้เกิด congenital rubella syndrome จะมีอาการ แขนขาเล็ก ศีรษะเล็ก ผิวหนังผิดปกติ และตาบอดได้ พบประมาณร้อยละ 2 ในสตรีทั่วไปที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เมื่อฉีดวัคซีนนี้แล้วควรหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 เดือน

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันขณะตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส (Viral infection) ที่อาจคุกคามต่อสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์ (ศนิตรา,2559) ดังนี้

1) วัคซีนป้องกันโปลิโอ (Polio vaccine) เป็นวัคซีนที่ไม่มีอันตรายต่อทารกในครรภ์

2) วัคซีนหัดเยอรมัน (Rubella) และวัคซีนไขหวัดใหญ่ (Influenza vaccines) เป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็น (live vaccine) ไม่ควรให้ขณะตั้งครรภ์ สามารถให้ก่อนหรือหลังการตั้งครรภ์ได้

3) วัคซีนไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis vaccine) ควรให้ในกลุ่มประเทศเขตร้อนที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ควรให้ขณะตั้งครรภ์ แต่ควรหลีกเลี่ยงในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

4) วัคซีนบาดทะยัก (Tetanus Toxoid, TT) ในปัจจุบันได้เปลี่ยนรูปแบบการให้วัคซีนบาดทะยัก มาเป็น วัคซีนรวม เช่น คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก DTP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis vaccine) หรือ คอตีบ-บาดทะยัก dt (Diphtheria, Tetanus vaccine) เมื่อฝากครรภ์ควรให้ฉีด 3 เข็ม โดยเข็มแรกให้ตอนอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ นัดฉีดเข็มที่สองห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน และเข็มที่สามห่างจากเข็มที่สองอย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก 10 ปี โดยมีหลักการบริหารยา (กรมอนามัย;2554) ดังนี้

การให้วัคซีน dT (diphtheria toxoid) ในสตรีตั้งครรภ์ ยังไม่เคยได้รับวัคซีน ให้ฉีด 3 เข็ม โดยเริ่มให้เข็มแรกทันทีที่มาฝากครรภ์ เข็ม 2 ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน เข็ม 3 ห่างจากเข็ม 2 อย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นกระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี

เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 1 เข็ม ไม่ว่าจะนานเท่าใด ให้ฉีดอีก 2 เข็ม โดยให้เข็ม 2 ทันทีที่มาฝากครรภ์ ห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน เข็ม 3 ห่างจากเข็ม 2 อย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นกระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี

เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 2 เข็ม ไม่ว่าจะนานเท่าใด ให้ฉีดเพิ่มอีก 1 เข็มทันทีที่มาฝากครรภ์ โดยเข็ม 3 ห่างจากเข็ม 2 อย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นกระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี

เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 3 เข็มและเข็มสุดท้ายนานกว่า 10 ปี ให้ ฉีดทันทีที่มาฝากครรภ์ 1 เข็ม จากนั้นให้กระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี

เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว 3 เข็มและเข็มสุดท้ายน้อยกว่า 10 ปี ไม่ต้องให้วัคซีนในระหว่างตั้งครรภ์ครั้งนี้ แต่ให้กระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี

เคยได้รับวัคซีน DTP ครบ 5 เข็ม และ dT เมื่อเรียนอยู่ ชั้น ป. 6 นานกว่า 10 ปี ให้ฉีดทันทีที่มาฝากครรภ์ 1 เข็ม จากนั้นให้กระตุ้นอีก 1 เข็ม ทุก 10 ปี ในกรณีที่ไม่มีทราบประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต ให้ฉีด dT 3 เข็ม โดยให้เข็มแรกเมื่อมาฝากครรภ์ เข็มที่ 2 ห่างจาก เข็มแรกอย่างน้อย 1 เดือน เข็มที่ 3 ห่างจากเข็มที่ 2 อย่างน้อย 6 เดือน

การใช้วิตามินในระยะตั้งครรภ์อย่างสมเหตุสมผล

สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์อย่างเพียงพอเพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของทารกและภาวะสุขภาพที่ดีของสตรีตั้งครรภ์ วิตามินและแร่ธาตุต่างๆ เช่น แคลเซียม ไอโอดีน ฟอสฟอรัส วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินซี โอมก้า3 วิตามินบี 6 วิตามินบี12 ธาตุเหล็ก และโฟเลท โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.แคลเซียม การให้แคลเซียมในสตรีตั้งครรภ์ควรให้ขนาด 1 กรัมต่อวันในสตรีที่รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมต่ำจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิด preeclampsia และการคลอดก่อนกำหนด ขณะตั้งครรภ์จะมีการดูดซึมแคลเซียมในลำไส้เพิ่มขึ้น และมีการคั่งของแคลเซียมประมาณ 30 กรัม ซึ่งส่วนใหญ่จะสะสมอยู่ในเด็ก สำหรับมารดาแคลเซียมส่วนใหญ่จะถูกเก็บไว้ในกระดูกและสามารถถูกนำออกมาใช้เมื่อจำเป็นและสามารถนำออกมาใช้เพื่อการเจริญเติบโตของทารกได้

2.ไอโอดีน สำหรับสตรีตั้งครรภ์สามารถสูญเสียไอโอดีนได้ทางไตมากขึ้น แต่ปกติการรับประทานเกลืออนามัยที่มีไอโอดีนเพียงพอสำหรับความต้องการไอโอดีนระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ขาดไอโอดีน ทารกมีความเสี่ยงในการเกิดcretinism ซึ่งจะส่งผลต่อความผิดปกติของระบบประสาท หากมารดาได้รับประทานสาหร่ายทะเลปริมาณมากหรือไอโอดีนจะทำให้ทารกในครรภ์เกิดคอกพอกได้ จากการที่ต่อมไทรอยด์ถูกกด

3.ฟอสฟอรัส มีอยู่ในอาหารต่างๆ ในปริมาณที่เพียงพอ การรับประทานอาหารตามปกติจึงได้รับฟอสฟอรัสเพียงพอแล้วเพราะฉะนั้นไม่มีความจำเป็นต้องให้ฟอสฟอรัสเสริมขณะตั้งครรภ์

4.วิตามินเอ สตรีตั้งครรภ์ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับเพิ่ม แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์ได้รับปริมาณสูงเกินกว่า 10,000 IU ต่อวัน จะส่งผลให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิด 5 เท่า อย่างไรก็ตามถ้าสตรีตั้งครรภ์ขาดวิตามินเอ จะเพิ่มความเสี่ยงของโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด และหากขาดรุนแรงอาจมีตาบอดกลางคืนได้

5.วิตามินดี เป็น prohormone ซึ่งเปลี่ยนแปลงมาจาก cholesterol vitamin D ยังแบ่งออกเป็น vitamin D3 ซึ่งสร้างมาจากผิวหนังของมนุษย์ และ vitamin D2 ซึ่งสังเคราะห์มาจากพืช ทั้งวิตามิน D2 และ วิตามิน D3 จะถูกดูดซึมจากลำไส้ และนำมาใช้ในมนุษย์ โดยทั่วไปแนะนำให้รับประทาน วิตามินดีวันละ 200-400 IU ต่อวัน วิตามินดีมีส่วนช่วยในการสังเคราะห์ calcium ในร่างกาย สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดวิตามินดี มักจะขาดแคลเซียมด้วย ซึ่งส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด preeclampsia ดังนั้นการให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานวิตามิน ดี ในขนาด 1200 IU ต่อวัน ร่วมกับ calcium 375 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตลงได้ สตรีตั้งครรภ์ที่ขาดวิตามินดีส่งผลให้ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปควรได้รับวิตามิน D เสริมในขนาด 200-400 IUต่อวัน ยกเว้นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่จะขาดวิตามิน ได้แก่ อากาศหนาว ไม่ค่อยถูกแสง ทาครีมกันแดดตลอดเวลา คนผิวคล้ำหรือดำ อ้วน สวมเสื้อผ้าปกปิดมิดชิด อายุมาก และ malabsorptive syndrome สตรีกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวควรได้รับวิตามินดี ในปริมาณ 2000-4000 IU/วัน

6.วิตามินซี สตรีในระยะตั้งครรภ์มีความต้องการเพิ่ม 20% ของสตรีปกติ แต่การรับประทานอาหาร ผัก ผลไม้ตามปกติก็มีความเพียงพออยู่แล้ว อย่างไรก็ตามการได้รับวิตามินซีในขนาด 1 กรัมต่อวันเพื่อป้องกันหวัด

7.โอเมก้า 3 เป็น fatty acids ที่สำคัญและได้จากการรับประทาน การรับประทาน omega-3 fatty acids ที่เพียงพอขณะตั้งครรภ์ จะช่วยเพิ่มความจำและความสามารถในการมองเห็นหลังคลอด โอเมก้า 3 มีบทบาทสำคัญในการยืดอายุครรภ์และป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งพบมากในปลาทะเล และน้ำมันปลา ในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ชอบรับประทานปลาทะเลจึงมีความจำเป็นต้องได้รับ โอเมก้า 3 ในรูปของ fish oil capsules หรือเสริมในยาบำรุงครรภ์ ขนาดที่ควรรับประทานในแต่ละวันควรมี DHA ประมาณ 200-300 มิลลิกรัมต่อวัน

8.วิตามินบี 6 โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องให้เสริม แต่แนะนำให้ 2 มก.ต่อวันในครรภ์แฝด และรายที่มีภาวะทุพโภชนาการ เช่น ใช้สารเสพติด วัณโรค นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการบรรเทาอาการแพ้ท้องในระยะแรกของการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับวิตามินบี 6 มากเกินไปอาจส่งผลให้เกิด dysfunction ของระบบประสาทได้

9.วิตามินบี 12 จะมีเฉพาะเนื้อสัตว์ โดยปกติสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปจะไม่ขาดหากรับประทานอาหารตามปกติ ยกเว้นสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานมังสวิรัตติ อย่างไรก็ตามการรับประทานวิตามินซีในปริมาณมากเกินไปอาจขัดขวางการดูดซึมวิตามินบี 12 และทำให้ขาดได้

10.ธาตุเหล็ก ระหว่างการตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น 1 กรัม ปริมาณธาตุเหล็กที่ต้องการเพิ่มขึ้นนี้ส่วนมากจะถูกนำมาใช้ในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ซึ่งในช่วงนี้การตั้งครรภ์เองต้องการธาตุเหล็กประมาณ 6 มก. ต่อวัน ระหว่างการตั้งครรภ์ 4 เดือนแรก ไม่มีความจำเป็นต้องให้ธาตุเหล็กเสริม เนื่องจากในระยะนี้หากให้ธาตุเหล็กเสริม อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้นโดยไม่จำเป็น ในสตรีตั้งครรภ์ที่โลหิตจางควรได้ยาเสริมธาตุเหล็ก 200 มิลลิกรัมต่อวัน

11.โฟเลต การให้กรดโฟลิกเสริมขณะตั้งครรภ์ จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซีดชนิดเมกะโกลบลาสติก (megaloblastic anemia) และป้องกันการเกิดระบบประสาทพิการในทารก (neural tube defects; NTD) จึงแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานโฟลิกเสริม วันละ 400 ไมโครกรัมในระยะแรกของการตั้งครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติลูกเป็น NTD มาก่อน แนะนำให้รับประทานวันละ 4 มก.ตั้งแต่ 3 เดือนก่อนการตั้งครรภ์

การใช้ยาที่สำคัญในระยะตั้งครรภ์อย่างสมเหตุสมผล

สตรีระยะตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว หรือมีความไม่สุขสบาย เจ็บป่วยในระยะตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยาเพื่อให้การดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามหากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกใช้อาหารได้อย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะพิการในทารกแรกเกิดได้ ดังนี้

1. Isotretinoin เป็นยาที่สตรีส่วนใหญ่ใช้เพื่อรักษาสิว ควรหยุดยาอย่างน้อย 1 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ เนื่องจากการใช้ยาในสตรีในช่วงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์จะส่งผลให้เกิดภาวะ major malformations ได้แก่ การเกิดความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง กะโหลกศีรษะ ใบหน้า หัวใจและต่อมไทมัส

2. การใช้ยารักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาที่ใช้รักษาอาการคลื่นไส้ อาเจียนในสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้แก่ vitamin B6 dimenhydrinate และ metoclopramide ซึ่งไม่มีผลต่อทารกถึงแม้ว่าจะใช้ใน ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก และให้ยาข้างต้นไม่ได้ผลจึงนิยมใช้ยา ondansetron โดยให้ขนาด 4-8 มิลลิกรัม โดยการรับประทานหรือให้ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง ยา ondansetron จัดอยู่ใน category B ซึ่งมีความปลอดภัยสามารถใช้ได้ระหว่างตั้งครรภ์ อาการข้างเคียงที่พบได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงนอน และท้องผูก (Einarson et.al., 2004)

3. การใช้ยาแก้ปวด ยาแก้ปวดที่นิยมใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ paracetamol (category B) ibuprofen (category B) และ naproxen (category C) จากรายงานการศึกษาผลของการใช้ยาแก้ปวดในสตรีตั้งครรภ์มากกว่า 1 ชนิด เช่น paracetamol และ ibuprofen มีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดบุตรชายที่มีภาวะ undescended testes หรือ cryptorchidism มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้ถึง 7 เท่าโดยความเสี่ยงจะพบมากในช่วงอายุครรภ์ 14-27 สัปดาห์ เนื่องจากยาแก้ปวดมีผลกระทบต่อความสมดุลของระดับ male hormone ในทารกเพศชายหากใช้นานเกิน 2 สัปดาห์ ดังนั้นหลักการให้ยาแก้ปวดในสตรีตั้งครรภ์ คือถ้ามีความจำเป็นให้ยาแก้ปวด ให้รับประทานยา paracetamol ขนาดน้อยและในช่วงเวลาสั้นๆ พบว่าจะมีความปลอดภัย หากต้องการใช้ยาแก้ปวด ibuprofen สามารถใช้ได้ไตรมาสที่ 2 ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อลดอาการปวด และอาการอักเสบในกรณีที่ใช้ paracetamol ไม่ได้ผล (Jensen et.al., 2010)

4. การใช้ยารักษา gastroesophageal reflux disease (GERD) ภาวะ GERD พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้กระเพาะอาหารมีความสามารถในการทำงานได้น้อยลง เกิดการไหลย้อนของกรดในกระเพาะอาหารส่งผลให้เกิดอาการแน่นหน้าอกและกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนเพิ่มมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ สำหรับการพยาบาลในเบื้องต้นเริ่มจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทาน อาหาร รับประทานอาหาร น้อยๆ บ่อยๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน รับประทานอาหารก่อนเข้านอน ถ้าไม่ได้ผลควรใช้ยารักษา (Caroline, Bozzo, & Einarson, 2010) ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ Antacids ที่มีส่วนประกอบของ aluminium, calcium และ magnesium (category B) cimetidine, ranitidine, famotidine, nizatidine, omeprazole, pantoprazole, esomeprazole และ rabeprazole ซึ่งสามารถใช้ได้ปลอดภัยในทุกๆระยะของการตั้งครรภ์

5. การใช้ยารักษาอาการท้องผูก อาการท้องผูกพบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง การบรรเทาอาการท้องผูกทำได้โดยการรับประทานอาหารที่มีกากสูง การดื่มน้ำมากๆ และการรับประทานผลไม้โดยเฉพาะลูกพรุน จะสามารถรักษาอาการท้องผูกได้ ในกรณีที่ท้องผูกมากจนมีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ อึดอัดไม่สุขสบาย สามารถใช้ยารักษาอาการท้องผูกซึ่งยาที่ใช้จะอยู่ใน category B หรือ C ยาที่ใช้บ่อย (Vazquez, 2008) ได้แก่ ยาในกลุ่ม Bulk forming laxative (ยาระบายที่ไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย) ยาในกลุ่ม Osmotic laxative (ยาในกลุ่มนี้กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัว) ยาในกลุ่ม Lubricant laxative

(ยาในกลุ่มนี้กระตุ้นให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหว) ยาในกลุ่ม Stool softening laxative (ยาในกลุ่มนี้ทำให้อุจจาระไม่แห้ง) และยาในกลุ่ม Stimulant laxative คือ senokot (กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้)

6. การใช้ยารักษาตกขาว ยาที่ใช้รักษาอาการตกขาวในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยมี 3 กลุ่มอาการ ดังนี้

Bacterial vaginosis (BV) สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการแสดงของ BV โดยมีอาการดังนี้ อาการตกขาว มีกลิ่นเหม็นเหมือนคาวปลา อาการตกขาวเป็นแบบ homogenous, thin white discharge เคลือบช่องคลอด พบ clue cell ยาที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ Metronidazole 500 mg, Metronidazole 250 mg, และ Clindamycin 300 mg

Trichomoniasis สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการและอาการแสดงของ trichomoniasis ซึ่งได้แก่ ตกขาวสีเขียว มีกลิ่นเหม็นและระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอด ควรได้รับการรักษาทันที เพื่อลดอาการแสดงของการติดเชื้อ trichomoniasis และอาจป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ และระบบสืบพันธุ์ และช่วยป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยาที่ใช้รักษา trichomoniasis ในสตรีตั้งครรภ์ได้แก่ metronidazole ขนาด 2 กรัม รับประทานครั้งเดียวในทุกอายุครรภ์

Vulvovaginal candidiasis (VVC) เกิดจากการติดเชื้อ C.albicans แต่อาจเกิดจาก candida ชนิดอื่นก็ได้ อาการและอาการแสดง ได้แก่ คันปากช่องคลอด แสบร้อน เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ปัสสาวะแสบด้านนอก และตกขาวมากผิดปกติ ยาที่นิยมใช้ในการรักษาส่วนใหญ่เป็นยาสอดทางช่องคลอด ได้แก่ Butoconazole 2% cream ขนาด 5 กรัม, Clotrimazole 1-2% cream ขนาด 5 กรัม เป็นต้น

โภชนาการ

ภาวะโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์มีผลต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ คลอดจนการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ เนื่องจากทารกในครรภ์ได้สารอาหารจากมารดาผ่านทางรก หากสตรีตั้งครรภ์รายใดมีภาวะทุพโภชนาการ จะส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า ทารกน้ำหนักน้อย เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรือภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามลักษณะความรุนแรงขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์

1. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์

1.1 อายุของสตรีตั้งครรภ์ สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 16 ปี เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากร่างกายยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ร่างกายจึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารเพื่อการเจริญเติบโตของทารกและตัวสตรีตั้งครรภ์ด้วยตนเอง

1.2 ความรู้ทางด้านโภชนาการ สตรีตั้งครรภ์เมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ก็จะเริ่มให้ความสำคัญกับชนิดและอาหารที่ตนเองรับประทานเพื่อการเจริญเติบโตของทารก เริ่มมีการแสวงหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามพยาบาลควรแนะนำและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ

1.3 จำนวนครั้งและความถี่ห่างของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ 3 ครั้งขึ้นไป หรือมากกว่า 2 ปีอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะทุพโภชนาการ

1.4 สตรีที่มีปัญหาทางด้านการเจริญพันธุ์

1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจและสถานะทางสังคม สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย อาจได้รับปริมาณอาหารและคุณค่าทางโภชนาการที่ไม่เพียงพอเนื่องจากปัญหาทางด้านการเงิน

1.6 ระดับการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์

1.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร สตรีตั้งครรภ์บางรายนิยมรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก หรือเกือบดิบ เช่น ลาบ ก้อย ซูชิ อาจมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียที่เรียกว่า Listeria อยู่เป็นจำนวนมาก ก่อนตั้งครรภ์

และพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลมาในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเกิดการแท้ง และทารกเกิดไว้ชีพ หรือการได้รับเชื้อที่ออกซิพลาสโมซิส (Tosoplasmosis) จากไข่ดิบ ไข่ที่ปรุงไม่สุก หรือนมที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ เป็นต้น

1.8 ความเชื่อและวัฒนธรรมในด้านการบริโภค พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่หลากหลายในการรับประทานของสตรีตั้งครรภ์เพื่อที่จะได้ให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมของสตรีตั้งครรภ์เหล่านั้น และสตรีตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารครบถ้วน และไม่ขัดต่อวัฒนธรรมของสตรีตั้งครรภ์

1.9 การเพิ่มหรือลดลงของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้ความสำคัญของน้ำหนักตัวที่ผิดปกติก่อนการตั้งครรภ์ หรือสตรีที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เนื่องจากพยาบาลจะได้นำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลเพื่อการบริโภคที่เหมาะสม

1.10 ภาวะโลหิตจาง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจำเป็นต้องได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางพบได้บ่อยเนื่องจากการตั้งครรภ์ปริมาตรพลาสมาเพิ่มมากกว่าเม็ดเลือดแดง เรียกภาวะนี้ว่า Physiologic anemia

1.11 การติดสารเสพติด สูบบุหรี่ หรือดื่มเหล้า สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดจะมีความรู้สึกไม่ชอบรับประทานอาหาร และอาจมีเงินไม่เพียงพอในการซื้ออาหาร ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้สารเสพติด พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมรับประทานอย่างละเอียดและใกล้ชิด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาเสพติดดังนี้

1.11.1 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นจะเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของสตรีตั้งครรภ์ให้สูงขึ้น และลดความรู้สึกอยากอาหาร จึงส่งผลให้น้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด หรือแท้ง การสูบบุหรี่ยังทำให้การดูดซึมวิตามินและเกลือแร่ลดลง พยาบาลควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์งดสูบบุหรี่ หรือสูบบุหรี่ให้น้อยลง

1.11.2 กาแฟ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับคาเฟอีนมากกว่า 200-300 มิลลิกรัมต่อวันหรือปริมาณ 2-3 แก้วต่อวัน จะส่งผลให้ขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก แคลเซียม และสังกะสี (Niebyl & Simpson, 2016) หรืออาหารที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ช็อกโกแลต ชาและน้ำอัดลม เป็นต้น

1.11.3 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลของการดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อกลุ่มอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ (Fetal Alcohol Syndrome) แอลกอฮอล์จะสามารถผ่านทางรกไปสายสะดือ และไปทำอันตรายต่อสมอง หัวใจ ไต และอวัยวะต่างๆของทารกในครรภ์ เนื่องจากการขับแอลกอฮอล์ของทารกเป็นไปได้ช้าจึงทำให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของทารกสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ และเกิดพิษของแอลกอฮอล์สะสมอยู่ในตัวของทารกนานกว่าสตรีตั้งครรภ์ โดยอันตรายและความรุนแรงขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม และช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ดื่มในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ เป็นช่วงเวลาที่ยอันตรายและร้ายแรงที่สุดเพราะจะมีผลต่อ หัวใจ ตา แขนขา และอวัยวะเพศ เป็นต้น ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ควรงดดื่มแอลกอฮอล์

1.11.4 ยาเสพติด ยาเสพติดบางตัวมีผลต่อการตอบสนองในการทำงานของอินซูลินต่อกลูโคสให้ร่างกายนำพลังงานออกมาใช้ได้น้อยลง เช่น กัญชา และกระท่อม ส่วนโคเคนจะออกฤทธิ์กดความรู้สึกอยากอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน เป็นยากระตุ้นประสาททำให้รู้สึกไม่อยากอาหาร เพราะฉะนั้นสตรีตั้งครรภ์ต้องงดยาเสพติดทุกประเภท

1.12 การออกกำลังกาย ในระยะตั้งครรภ์ พยาบาลควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายระดับปานกลาง (Moderate exercise) อย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน โดยให้ออกกำลังกายเกือบทุกวัน (ACOG, 2015) แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์เคยออกกำลังกายอยู่เป็นประจำอาจต้องเพิ่มปริมาณอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อนำเอาพลังงานจากอาหารมาใช้เป็นพลังงานในการออกกำลังกาย โดยการเพิ่มมื้ออาหารในช่วงก่อนและหลังการออกกำลังกาย

1.13 ภาวะขาดหรือพร่องเอนไซม์แลคเตส (Lactase intolerance) เกิดจากลำไส้เล็กขาดเอนไซม์แลคเตส ซึ่งมีความจำเป็นต่อการดูดซึมน้ำตาลแลคโตส (Lactose) ซึ่งอยู่ในนม หากสตรีตั้งครรภ์ขาดหรือพร่องเอนไซม์แลคเตส อาจจะต้องดื่มนมเพียงครั้งแก้วพร้อมกับอาหารมื้อหลัก และเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมเสริม โดยการดื่มนมถั่วเหลือง นมที่มีแลคโตสต่ำ หรือยาแคลเซียมเสริมเป็นต้น

2. ปริมาณสารอาหารที่เพียงพอสำหรับสตรีตั้งครรภ์

2.1 พลังงาน (Energy) สตรีขณะตั้งครรภ์ต้องการปริมาณแคลอรีเพิ่มขึ้นประมาณ 300 กิโลแคลอรีต่อวัน การตั้งครรภ์ต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้นทั้งหมด 68,000-80,000 กิโลแคลอรี (American Dietetic Association, 2002) ถ้าหากไม่เพียงพอร่างกายจะดึงเอาโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานแทน แคลอรีที่ได้รับมีผลโดยตรงต่อน้ำหนักแรกคลอดของทารก ดังนั้นในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรียังไม่มีความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น แต่ความต้องการพลังงานต้องการสูงขึ้นในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น 340 กิโลแคลอรี โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยรุ่น และเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ สตรีควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีก 452 กิโลแคลอรี ปริมาณที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในแต่ละไตรมาส ทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับเลือกชนิดและปริมาณที่เคยรับประทานก่อนการตั้งครรภ์ได้ง่ายขึ้น พลังงานส่วนใหญ่ที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับมาจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ซึ่งคาร์โบไฮเดรต และโปรตีน จะให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนัก 1 กรัม ส่วนไขมันให้พลังงาน 9 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนัก 1 กรัม ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 10 แสดงการให้พลังงานของสารอาหารแต่ละประเภท

สารอาหาร	ขณะไม่ตั้งครรภ์	ขณะตั้งครรภ์	ระยะให้นมบุตร
กิโลแคลอรี	2,200	2,500	2,600
โปรตีน (กรัม)	55	71	71
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	-	175	210
กากใย (กรัม)	-	28	29
วิตามิน A (ไมโครกรัม)	800	750-770	1200-1300
วิตามิน D (ไมโครกรัม)	5	5	5
วิตามิน E (มก.)	8	15	19
วิตามิน K (ไมโครกรัม)	-	75-90	75-90
วิตามิน C (มก.)	60	80-85	115-120
กรดโฟลิก (ไมโครกรัม)	180	600	500
ไนอาซิน (มก.)	15	18	17
ไรโบฟลาวิน (มก.)	1.3	1.4	1.6
โฮอามีน (มก.)	1.1	1.4	1.4
วิตามิน B6 (มก.)	1.6	1.9	2.0
วิตามิน B12 (ไมโครกรัม)	2.0	2.6	2.8
แคลเซียม (มก.)	1200	1300	1300
โซเดียม (กรัม)	-	1.2	1.5
โปแตสเซียม (กรัม)	-	4.7	5.1
ฟอสฟอรัส (มก.)	1200	1200	1200

สารอาหาร	ขณะไม่ตั้งครรภ์	ขณะตั้งครรภ์	ระยะให้นมบุตร
ไอโอดีน (ไมโครกรัม)	150	220	290
ธาตุเหล็ก (มก.)	15	27	10
แมกนีเซียม (มก.)	280	320	355
สังกะสี (มก.)	12	11-12	12-13

ที่มา: จาก การฝากครรภ์ (103), กุณขรี และพรรณิ, 2555, กรุงเทพฯ: บริษัท ลักขมีรุ่ง จำกัด.

2.2 ประเภทอาหาร ที่มีความจำเป็นของสตรีตั้งครรภ์ (ประพิมพ์พร, 2556) สามารถจัดหมวดหมู่ดังนี้

2.2.1 คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrates) เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานแก่สตรีตั้งครรภ์ และทารก ซึ่งอาจอยู่ในรูปคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว หรือคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน สำหรับคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว พบใน ผักและผลไม้ ประกอบด้วยไดแซคคาไรด์ ได้แก่ แลคโตส ซูโคส มอลโตส และโมโมแซคคาไรด์ ได้แก่ กลูโคส ฟรุคโตส และกาแลคโตส คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนพบใน ข้าว แป้ง พืชที่มีเส้นใย กลุ่มที่เป็นเส้นใยจะช่วยให้การดูดซึมน้ำและการขับถ่าย กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารประเภทแป้งเพิ่มขึ้น ควรรับประทานข้าวเป็นหลักวันละประมาณ 9 ทัพพี โดยเฉพาะข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือเพราะมีส่วนประกอบของ โปรตีน เกลือแร่ วิตามินบี และเส้นใยอาหาร หรือสามารถทดแทนกับ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีบ และ หลีกเลี้ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง

2.2.2 ไขมัน (fat) ให้รับประทานตามปกติ ไม่ควรเพิ่มปริมาณ เลือกรับประทานไขมัน จากพืช ซึ่งมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงน้อยกว่ากรดไขมันที่มาจากสัตว์ การรับประทานไขมันมีความสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารก เพราะร่างกายจะได้กรดไขมันที่จำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ได้ เช่น โอเมก้า 3 (Omega-3 acids) พบมากในปลาแซลมอน และปลาเฮอริ่ง มีส่วนช่วยในการสร้างระบบประสาท และพัฒนาการการมองเห็น ของทารกในครรภ์ (Blanchard, 2006)

2.2.3 โปรตีน (Protein) ขณะตั้งครรภ์ร่างกายต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างเนื้อเยื่อ ของมารดาและทารกในครรภ์ และเพิ่มปริมาณเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ในคนภาวะปกติต้องการโปรตีนวันละ 55 กรัม ระหว่างตั้งครรภ์ต้องการโปรตีนเพิ่มขึ้น 76 กรัมต่อวัน (Callahan & Caughry, 2007) สตรีควรรับประทานไข่วันละ 1-2 ฟอง นมวันละ 2 แก้ว (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และรับประทาน โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ถั่วต่างๆ ธัญพืช ร่วมด้วย หากสตรีตั้งครรภ์แพ้โปรตีนจากสัตว์สามารถทดแทนโดยรับประทาน โปรตีนจากพืชเช่นเต้าหู้หรือนมถั่วเหลือง

2.2.4 วิตามิน (Vitamins) พยาบาลควรให้คำแนะนำการรับประทานวิตามินและแหล่ง อาหารที่เพียงพอแก่สตรีตั้งครรภ์ วิตามินที่ละลายน้ำได้ ได้แก่ วิตามิน เอ ดี อี และเค โดยจะถูกเก็บสะสมไว้ที่ตับ หากรับประทานมากเกินไปจะเป็นพิษต่อตับ เช่น ได้รับวิตามินเอ มากเกินไป ส่งผลให้ทารกพิการหรือมีความผิดปกติ แต่กำเนิด (fetal defect) วิตามินที่ละลายน้ำได้ เช่น วิตามินบี 6 บี 12 กรดโฟลิก วิตามิน บี1 วิตามินบี 2 และ วิตามินบี 3 วิตามินดังกล่าวจะไม่ถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกายเหมือนวิตามินที่ละลายในไขมัน ดังนั้นการรับประทาน อาหารประจำวันควรคำนึงถึงวิตามินที่ละลายน้ำด้วยเพราะถ้าได้รับปริมาณที่มากเกินไปจะถูกขับออกทางปัสสาวะ จึงไม่เป็นอันตรายแต่จะโดนทำลายในขั้นตอนการปรุงอาหาร เช่น การล้าง หรือการอุ่นอาหาร

กรดโฟลิก ช่วยป้องกันการเกิดความผิดปกติของท่อระบบประสาท (neural tube defects) ของทารกแรกเกิดและป้องกันการเกิดภาวะปากแหว่ง (cleft lip) และเพดานโหว่ (cleft palate) (Peckenpaugh, 2007) จึงควรได้รับวันละ 400 ไมโครกรัมในขณะที่ตั้งครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติคลอดบุตรมีความผิดปกติของท่อระบบประสาทควรรับประทานโฟลิกอย่างน้อย 4 มิลลิกรัมก่อนตั้งครรภ์ 4 สัปดาห์ จนถึงไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (John, Gregory, & Niebyl, 2007) สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการความผิดปกติของท่อระบบประสาทได้ร้อยละ 80 (ElkGrove & Washington, 2007) และเมื่อตั้งครรภ์ควรรับประทานโฟลิกวันละ 600 ไมโครกรัม

ไอโอดีน สตรีตั้งครรภ์สามารถสูญเสียไอโอดีนทางไตมากขึ้น แต่โดยทั่วไปการรับประทานเกลืออนามัยที่มีไอโอดีนก็เพียงพอกับความต้องการขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามควรได้รับ 200-500 ไมโครกรัม/วัน สำหรับรายที่ขาดไอโอดีนรุนแรงก็ส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิด cretinism ซึ่งจะมีความผิดปกติของระบบประสาทหลายอย่าง

2.2.5 เกลือแร่ เกลือแร่ที่ร่างกายสตรีตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องนำมาใช้ในระหว่างตั้งครรภ์และสามารถพบได้ในอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน และปริมาณที่ควรได้รับ ได้แก่ ธาตุเหล็ก แคลเซียม โซเดียม โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.5.1 ธาตุเหล็ก ขณะตั้งครรภ์ร่างกายต้องการธาตุเหล็กประมาณ 1,000 มิลลิกรัมเพื่อใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดา และเก็บสะสมไว้ในทารกโดยเก็บสะสมไว้ที่ตับเพื่อสร้างเม็ดเลือดแดงให้เพียงพอในระยะ 2-3 เดือนแรกหลังคลอด สตรีตั้งครรภ์ต้องการธาตุเหล็กเสริมวันละ 30 มิลลิกรัม แต่ถ้ามีภาวะโลหิตจางอาจจะเพิ่มเป็นวันละ 60-120 มิลลิกรัม โดยจะเริ่มให้ยาธาตุเหล็กเมื่อตั้งครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 2 เพื่อป้องกันการคลื่นไส้ อาเจียน ธาตุเหล็กดูดซึมดีเมื่อกระเพาะอาหารว่าง แต่สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกไม่สุขสบายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดยอดอก ท้องผูก ท้องเสีย ดังนั้นควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานก่อนนอน และเพื่อให้ประสิทธิภาพการดูดซึมดีขึ้นควรดื่มพร้อมน้ำ หรือน้ำผลไม้ ไม่ควรรับประทานพร้อมกับ ชา กาแฟ หรือนม อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว ต่างๆ

2.2.5.2 แคลเซียม สตรีตั้งครรภ์ต้องการแคลเซียมวันละประมาณ 1,200 กรัม (Callahan & Caughey, 2007) เพื่อช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน การแข็งตัวของเลือด และการทำหน้าที่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ อาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม กุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย ปลาไส้ตัน ควรรับประทานแคลเซียมพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานพร้อมกับธาตุเหล็ก ควรรับประทานพร้อมกับวิตามินดี เพื่อช่วยในการดูดซึม

2.2.5.3 โซเดียม ความต้องการโซเดียมในขณะที่ตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดและความต้องการของทารกในครรภ์ โดยทั่วไปอาหารที่มีรสเค็มมีปริมาณโซเดียมเพียงพอกับความต้องการในขณะที่ตั้งครรภ์

2.2.6 น้ำ ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือด และเป็นส่วนประกอบในการเพิ่มเนื้อเยื่อของสตรีและทารกในครรภ์ สตรีในระยะตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำวันละ 240 มิลลิลิตร หรือประมาณ 8 แก้ว (Jackson & Hayden, 2009)

2.3 การพยาบาลด้านโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ ควรใช้หลักกระบวนการทางการพยาบาล เช่น การรวบรวมข้อมูล การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล และการประเมินผลดังนี้

2.3.1 การรวบรวมข้อมูล การซักประวัติหรือการสอบถามความรู้สึกอยากรับประทานอาหารในแต่ละไตรมาส โดยเฉพาะไตรมาสที่ 1 ที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจส่งผลทำให้เสียสมดุลเกลือแร่ใน

ร่างกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนตั้งครรภ์ อาหารที่ขอรับประทาน หรืออิทธิพลทางด้านสังคมและจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการรับประทานอาหารและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์

2.3.2 การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงก่อนการตั้งครรภ์ ควรชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหาร เช่น ซีด ฮีโมโกลบินต่ำ อ่อนเพลีย หรือติดเชื้อง่าย

2.3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจดูภาวะซีดโดยดูจากค่าของ ฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริต

2.3.4 การวินิจฉัยปัญหาและการวางแผนการพยาบาล เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เช่น สตรีตั้งครรภ์มีภาวะซีด หรือขาดความรู้ ที่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร ได้แก่ อธิบายเกี่ยวกับสาอาหารที่จำเป็นขณะตั้งครรภ์ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อป้องกันท้องผูก เสริมแรงโดยการให้คำชมเชยเมื่อรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม การประเมินน้ำหนัก การประเมินภาวะโภชนาการ หรือส่งปรึกษาแพทย์หากมีน้ำหนักเกินหรือลดลงเกินเกณฑ์มาตรฐาน

2.3.6 การประเมินผล ประเมินจากการรับประทานอาหารได้ครบตามสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับสตรีตั้งครรภ์ เปรียบเทียบดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส เป็นต้น

มีเพศสัมพันธ์

สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความอายและกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างตั้งครรภ์ พยาบาลควรตระหนัก และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์เปิดโอกาสให้ซักถาม อย่างไรก็ตาม ใดๆก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์โดยทั่วไปแล้วสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตลอดในช่วงตั้งครรภ์ ทั้งทางช่องคลอดและปาก (วิหวัศ, 2011) โดยมีรายละเอียดและแนวทางการมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์ดังนี้

ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในขณะตั้งครรภ์

การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะมีการลดลงในช่วงไตรมาสที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการตั้งครรภ์ ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดในช่วงไตรมาสที่ 2 มีความใกล้เคียงกับไตรมาสที่ 1 และจะเริ่มมีการลดลงในไตรมาสที่ 3 เนื่องจากสาเหตุ ดังนี้

1. ไตรมาสที่ 1 มักมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ แพ้ท้อง อ่อนเพลีย กลัวแท้ง ส่งผลให้ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศ ความเสียวชาน การถึงจุดสุดยอดทางเพศและความพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

2. ไตรมาสที่ 2 สตรีตั้งครรภ์จะมีความต้องการทางเพศมากขึ้นเนื่องจากระยะนี้จะมีเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณอุ้งเชิงกรานเพิ่มมากขึ้น ระยะนี้กิจกรรมทางเพศไม่ได้เพิ่มมากขึ้น อาจเป็นเพราะว่ารู้สึกอึดอัดที่หน้าท้องเริ่มขยายขนาดโตขึ้น ความรู้สึกกังวลต่ออุปสรรคที่เปลี่ยนแปลงไป รูปร่างไม่สวยงามเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ขาดความมั่นใจ สีผิวเปลี่ยนแปลง บางรายมีสีด่างดำมากขึ้น มีรอยแตกกลาย และมีรอยผื่นคันตามตัวจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์

3. ไตรมาสที่ 3 ในระยะนี้ขนาดหน้าท้องโตขึ้นมากเมื่อเทียบกับไตรมาสที่ 2 ส่งผลให้กิจกรรมทางเพศลดลงมาก อาจเป็นเพราะอึดอัด เคลื่อนไหวลำบาก สตรีบางรายอาจกลัวการคลอดก่อนกำหนด กลัวถุงน้ำคร่ำจะแตกก่อนเวลา กลัวทารกจะมีอันตราย เป็นต้น

ท่าที่ใช้ในการร่วมเพศในขณะตั้งครรภ์

หลักการคือควรเป็นท่าที่ฝ่ายชายไม่ลงน้ำหนักทับลงทางหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ร่างกายอยู่ในท่าทางที่ผ่อนคลายสุขสบายทั้งคู่
2. สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงในการนอนหงายหรือนอนตะแคงขวาเป็นเวลานาน
3. ท่านอนตะแคง (Side by side position) ท่านี้อ่อนข้างสบายเพราะไม่มีแรงกดทับบริเวณหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์ ฝ่ายชายอยู่ด้านหลังและเลือกมุมในการสอดใส่
4. ท่าที่สตรีตั้งครรภ์อยู่ด้านบน (Woman on top position) ท่านี้ฝ่ายหญิงกำหนดได้เองในมุมไหน ลึกแค่ไหน ออกแรงขนาดใด ในการมีเพศสัมพันธ์

ข้อห้ามในการร่วมเพศในขณะตั้งครรภ์

1. มีประวัติแท้ง
2. มีภาวะรกเกาะต่ำขณะตั้งครรภ์
3. มีเลือดออกทางช่องคลอดขณะตั้งครรภ์
4. มีตกขาวมากหรือมีภาวะติดเชื้อทางช่องคลอดหรืออุ้งเชิงกรานขณะตั้งครรภ์
5. มีภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (Premature Rupture of Membranes: PROM)
6. ตั้งครรภ์แฝด
7. มีประวัติปากมดลูกหลวม (incompetent cervix)
8. มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด

การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (Exercise and Physical activity)

ในสตรีตั้งครรภ์การออกกำลังกายจะช่วยให้รู้สึกสบายตัว ลดอาการปวดเมื่อย เพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ลดอาการของเส้นเลือดขอด ริดสีดวงทวาร ลดอาการท้องผูก ทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารดีขึ้น และยังช่วยให้สตรีตั้งครรภ์นอนหลับและพักผ่อนได้ดีขึ้น สำหรับการออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์มีหลักการที่สำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ดังต่อไปนี้

การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายที่มีการวางแผน มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการกระทำซ้ำๆ หรือสม่ำเสมอของการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีจุดประสงค์เพื่อสมรรถภาพทางกาย (physical fitness) สำหรับแนวปฏิบัติของ Department of Health and Human Services ในการมีกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (ACSM, 2014; WHO, 2010) และสตรีหลังคลอดที่มีสุขภาพดีแนะนำให้ทำกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ เน้นกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็วๆ ในสตรีตั้งครรภ์บางรายเคยทำกิจกรรมที่ทางกายระดับหนักมาก่อนการตั้งครรภ์ เช่น การวิ่ง สามารถทำกิจกรรมทางกายระดับหนักนี้ได้ตลอดการตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถออกกำลังกายได้ แต่ไม่ควรออกกำลังกายมากเกินไป จนกระทั่งรู้สึกอ่อนเพลีย หรือออกกำลังกายชนิดที่เป็นอันตรายต่อสตรีและทารกในครรภ์ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างหนักขณะตั้งครรภ์ อาจมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวของทารกส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักน้อย แต่ถ้าออกกำลังกายระดับปานกลางจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยป้องกันภาวะเลือดคั่งที่ส่วนปลายของร่างกาย พยาบาลควรกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย และมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนถึงข้อห้ามในการออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์

ข้อห้ามในการออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (ACOG, 2015)

1. ข้อห้ามอย่างเด็ดขาดในการออกกำลังกาย (Absolute contraindications) ได้แก่

- 1.1 โรคหัวใจที่มีการทำงานของหัวใจไม่ได้อย่างชัดเจน
- 1.2 โรคปอดที่มีการจำกัดการขยายตัวของปอด
- 1.3 ภาวะปากมดลูกหลวม (Incompetent cervix)
- 1.4 การตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์มากกว่า 1 คนเป็นต้นไป (Multiple gestation)
- 1.5 การมีเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์
- 1.6 ภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป
- 1.7 ในการตั้งครรภ์ปัจจุบันมีภาวะคลอดก่อนกำหนด (Premature labor)
- 1.8 ถุงน้ำคร่ำแตก (Ruptured membranes)
- 1.9 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy-induced hypertension)
- 1.10 ภาวะซีดรุนแรง (severe anemia) หมายถึง ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีค่า Hb น้อยกว่า 7 กรัม/

เดซิลิตร

2. ข้อห้ามที่ไม่ได้ห้ามอย่างเด็ดขาด (Relative contraindications) ได้แก่

- 2.1 ภาวะซีด
- 2.2 ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ
- 2.3 โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง
- 2.4 BMI \geq 40-44.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Extreme morbid obesity)
- 2.5 BMI $<$ 12 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Extreme underweight) (ACOG, 2015)
- 2.6 ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้า
- 2.7 มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ
- 2.8 โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมได้
- 2.9 ภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ
- 2.10 สตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 20 มวนต่อวัน หรือ 20 ท่อใน 1 ปี

คำแนะนำการออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ควรออกกำลังกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 20-30 นาที 5 วันต่อสัปดาห์ หรือเกือบทุกวันต่อสัปดาห์ โดยที่ชีพจรของสตรีตั้งครรภ์ขณะออกกำลังกายไม่ควรมากกว่า 140 ครั้งต่อนาที (8,12) โดยใช้เวลา 5 นาทีเพื่ออบอุ่นร่างกาย (Warm-up) และระยะเวลาออกกำลังกาย (Stimulus) เป็นเวลา 20 นาที และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Cool-down) เป็นเวลา 5 นาทีสำหรับชนิดของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับความสนใจของสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

การออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ควรใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การเดิน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนระดับความรุนแรงของการออกกำลังกายควรเป็นระดับปานกลาง (Moderate intensity) (Pillitteri, 2010) สำหรับในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ควรหลีกเลี่ยงการวิ่ง เนื่องจากจะทำให้เกิดแรงกระแทก (High impact) ที่หัวเข่า และกระดูกเชิงกราน อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์บาดเจ็บได้ (Kramer & McDonald, 2009) การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดีของสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน เพราะช่วยลดอาการปวดหลัง (Young & Jewell, 2009) แต่มีข้อห้ามในสตรีตั้งครรภ์ที่มีถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด

แนวทางการออกกำลังกายสำหรับสตรีในระยะตั้งครรภ์

1. ควรออกกำลังกายภายหลังจากรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง และไม่ควรออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2. ความดันโลหิตไม่ควรเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ควรออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง และควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย
4. ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตลอดสัปดาห์ ดีกว่าการออกกำลังกายเป็นเวลานานๆ ภายในหนึ่งวัน
5. ประเมินระดับความหนัก-เบาของการออกกำลังกาย ถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถร้องเพลงได้ขณะออกกำลังกาย แสดงว่าเป็นการออกกำลังกายระดับเบา แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถพูดได้เป็นคำๆ ขณะออกกำลังกาย แสดงว่าเป็นการออกกำลังกายระดับปานกลาง (Pillitteri, 2010)
6. ดื่มน้ำบ่อยๆ ก่อนออกกำลังกาย ขณะออกกำลังกาย และหลังออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
7. ไม่ควรออกกำลังกายในที่นอนหงาย หลังจากไตรมาสแรกไปแล้ว
8. ถ้ามีไข้ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ควรงดการออกกำลังกาย

การพักผ่อนและการผ่อนคลาย

ปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์ยังคงทำงานได้ตามสิทธิทางกฎหมาย ไม่มีสิทธิ์เลิกจ้างงานสตรีในขณะตั้งครรภ์ ควรทำงานตามสบาย ไม่เร่งรีบ ไม่หักโหมจนเกินไป หากรู้สึกเมื่อยล้า ควรหยุดพัก หากทำงานที่ต้องยืนนานมากกว่า 8 ชั่วโมง ต้องมีระยะเวลาพักในช่วงการทำงาน

แนวทางในการทำงานของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ควรปฏิบัติดังนี้ (Pillitteri, 2010)

1. ไม่ควรยืนทำงานนานมากกว่า 4 ชั่วโมง
2. ไม่ควรก้มตัวลง มากกว่า 2 ครั้งต่อชั่วโมง
3. การขึ้นลงบันได ไม่ควรมากกว่า 4 ครั้งต่อการทำงาน 1 กะ โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์
4. ไม่ควรยกของหนักมากกว่า 11.4 กิโลกรัม เป็นเวลานานๆ
5. การนั่ง หรือยืนทำงานเป็นเวลา 8 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการอ่อนเพลีย ควรมีการหยุดพักระหว่างการทำงาน และพยายามหาเวลาพักผ่อนในช่วงพักรับประทานอาหารกลางวันโดยการนั่งยกเท้าทั้งสองข้างสูงระดับเดียวกับสะโพก เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลาย
6. ควรลุกไปปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
7. ขณะทำงานควรระวังภาวะ Hyperthermia เนื่องจากอุณหภูมิร่างกายร้อนมากเกินไป อาจเกิดจากลักษณะของงานที่ต้องใช้แรงมาก หรือสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานมีอากาศร้อนเกินไป

ระหว่างการตั้งครรภ์สตรีควรได้รับการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้นอนพักผ่อนร่วมกับการยกขาสูงในตอนกลางคืนโดยเอาหมอนซ้อนกันหนุนที่ปลายเท้า การพักผ่อนอย่างเต็มที่ที่มีความจำเป็น สตรีตั้งครรภ์ควรนอนวันละ 8-10 ชั่วโมง หรือนอนให้มากพอจนสตรีตั้งครรภ์หายเพลีย เมื่อต้องนอนเป็นระยะเวลาดำเนินขางยาวนานในตอนกลางคืน ควรเปลี่ยนท่านอนจะช่วยให้ลดการกดทับตำแหน่งใดตำแหน่งเดิมเป็นเวลานาน เพื่อให้ระบบไหลเวียนดีขึ้น สำหรับท่านอนที่เหมาะสมสำหรับการพักผ่อนของสตรีตั้งครรภ์ คือ ท่านอนตะแคง เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำหนักกดถูกกดทับเส้นเลือดดำ (inferior vena cava) เส้นเลือดแดงบริเวณท้อง (abdominal aorta) และเส้นเลือดดำที่อุ้งเชิงกราน (iliac vein) ซึ่งจะทำให้เลือดไหลกลับหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้

การแต่งกาย

พยาบาลควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย หลวมๆ ไม่รัดรูป เนื้อผ้าที่ใส่ควรเบาใส่แล้วรู้สึกสบาย สตรีตั้งครรภ์ที่มีท้องยื่นจาก pendulus abdomen พยาบาลควรแนะนำให้ใส่กางเกงในแบบมีแผ่นพยุงหน้า

ท้อง (Corset) เพื่อลดอาการเจ็บเอ็นยึดมดลูก และปวดหลัง ชุดชั้นในควรใช้ขนาดพอเหมาะกับเต้านมที่ขยายใหญ่ขึ้น รองเท้าที่เหมาะสม ควรเป็นรองเท้าสันเตี้ย ฐานกว้างพอสมควร สวมใส่สบาย ขนาดพอดีกับเท้า เพื่อลดอาการปวดหลังจากหน้าท้องที่ใหญ่ และถ่วงไปด้านหน้า ทำให้หลังแอ่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม และไม่ควรสวมใส่รองเท้าที่ไม่มีสัน เพราะเวลาที่สตรีตั้งครรภ์เดินจะต้องเกร็ง และเป็นสาเหตุให้ปวดขา ปวดหลังและเหนื่อยง่าย

การเดินทาง

การเดินทางสำหรับสตรีตั้งครรภ์โดยทั่วไปไม่มีข้อห้าม แต่การเดินทางไกล ใช้ระยะเวลาหลายชั่วโมงจะส่งผลให้ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์อ่อนเพลีย ยิ่งใกล้คลอดไม่ควรเดินทางไกล เพราะมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงที่แออัด การขึ้นรถประจำทางที่ผู้โดยสารแน่นเกินไป จะส่งผลเสียกับสตรีตั้งครรภ์ เช่น หน้ามืด เป็นลมได้ง่าย เพราะสตรีตั้งครรภ์ต้องการได้รับออกซิเจน เพื่อถ่ายเทไปสู่ทารกในครรภ์ หลักการเดินทางโดยยานพาหนะต่างๆ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ เป็นดังนี้

1. การนั่งซ้อนท้ายหรือขับขี่รถจักรยานยนต์ หากอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสแรก อาจจะไม่มีการห้าม แต่ควรขับขี่หรือซ้อนท้ายด้วยความระมัดระวัง ไม่ควรใช้ความเร็วมากนัก และควรระวังให้มากหากพื้นผิวถนนขรุขระ อาจเกิดการกระแทก ส่งผลให้แท้งบุตรได้ และเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การทรงตัวซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ หรือการขับขี่ด้วยตนเองจะทำได้ยาก ไม่กระชับกระเฉง มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น พลัดตกจากรถ รถมล้ม บางครั้งอาจล้มทับสตรีตั้งครรภ์ได้ การเกิดอุบัติเหตุที่มีการกระแทกอย่างแรง อาจส่งผลทำให้รกหลุดตัวก่อนกำหนดได้

2. การขับรถยนต์ หรือการนั่งโดยสาร แต่ในไตรมาสที่ 1 สามารถทำได้แต่ถ้ามีอาการแพ้ท้องมาก อ่อนเพลีย เป็นลม การขับรดด้วยตนเองอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นช่วงไตรมาสที่ 3 ท้องอาจจะโตค้ำพวงมาลัย อาจมีการกดทับหลอดเลือดและเส้นประสาทจากการที่มีหน้าท้องขยายขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการชาบริเวณขา หรือเป็นตะคริวได้ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์รายใดที่เป็นตะคริวบ่อยๆ ไม่ควรขับรดด้วยตนเอง นอกจากนี้การเบรกอย่างกะทันหันอาจทำให้มดลูกโดนกระแทกกับพวงมาลัย อาจส่งผลให้รกหลุดตัวก่อนกำหนดได้

3. การเดินทางโดยเครื่องบินโดยสาร สตรีตั้งครรภ์สามารถเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารได้อย่างปลอดภัยแต่อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์ควรขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อวางแผนในการเดินทางโดยเครื่องบิน สำหรับแนวทางการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์เพื่อการโดยสารเครื่องบิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป ต้องมีใบรับรองแพทย์ลงวันที่ภายใน 10 วันนับจากวันเดินทางออกนอกประเทศครั้งแรก โดยแพทย์ต้องระบุว่า เป็นการตั้งครรภ์ทารกคนเดียวหรือแฝด ประเมินการณ์ของจำนวนสัปดาห์ การตั้งครรภ์ กำหนดวันคลอด (EDC) และภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ต้องเป็นภาวะสุขภาพดี และเหมาะสมสำหรับการเดินทาง

อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ บางสายการบินจะอนุญาตเฉพาะผู้โดยสารที่มีการตั้งครรภ์แฝดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีอายุครรภ์สูงสุดได้ 32 สัปดาห์ 6 วัน

อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ที่ตั้งครรภ์และมีทารกเพียงคนเดียว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถโดยสารเครื่องบินได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 35⁺ สัปดาห์จนถึง 36 สัปดาห์

อย่างไรก็ตามกฎระเบียบการเดินทางโดยเครื่องบินโดยสารนั้นขึ้นกับแต่ละสายการบิน สตรีตั้งครรภ์ควรศึกษารายละเอียดข้อมูลการเดินทาง และปรึกษาแพทย์ให้พร้อมก่อนตัดสินใจเดินทางโดยเครื่องบินต่อไป

การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จนอาจส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลกลัวภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองและทารก การดูแลจากพยาบาลในขณะตั้งครรภ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โภชนาการ การมีเพศสัมพันธ์ การออกกำลังกาย การทำงานการพักผ่อนและการ

เดินทาง จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ มีความเข้าใจและนำไปปฏิบัติใช้เพื่อการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องเพื่อให้เป็นการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤษตรี ไตรศรีศิลป์และพรณี ศิริวรรณานา. (2555). การฝากครรภ์. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (หน้า 88-194). กรุงเทพมหานคร: ลักขมีรัฐ จำกัด.
- กฤษตรี ไตรศรีศิลป์ และพรณี ศิริวรรณานา. (2555). การฝากครรภ์ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (หน้า103) (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ลักขมีรัฐ จำกัด.
- คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. (2558). *คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ* ยาที่ใช้
- ทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา.เข้าถึงได้จาก:
http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/main_drug_file/20171115141850.pdf.
- วิบูลย์ เรื่องชัยนิคมและคณะ. (2556). เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัยในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- วิทวัส เขยพันธ์. (2011). การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์. สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2561,จาก
http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=arti
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2551). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ (2553). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศนิตรา อนุวัฒน์วิน. (2559). การฉีดวัคซีนในสตรีตั้งครรภ์ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร (บรรณาธิการ), *สูตินรีเวชทันยุค* (หน้า 23-33) (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: พีเอลิฟวิง.
- American Dietetic Association. (2002). Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of American DietAssociation, 102*,1479
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Committee opinion number 650* (December):1-8.
- American College of Sports Medicine. (2014). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*.9th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. (2015). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. Committee opinion; 650(December):1-8.
- Blanchard, D.S. (2006). Omega-3fatty acid supplementation in perinatal settings. *MCN The American Journal of Maternal & Child Nursing, 31*, 250-256.
- Callahan, T.L., & Caughey, A.B. (2007). *Complications of labor and delivery*. Philadelphia: Quebecor world Dubuque.
- Caroline, R.L., Bozzo, M.P., Einarson, A. (2010). Treatment of heartburn and acid reflux associated with nausea and vomiting during pregnancy. *Can Family Physician;56*:143-144.
- Department of Health and Human Service. (2010).*2008 physical activity guidelines for Americans [Internet]*.Geneva: WHO [cited 2015 August 18].Available from:
<http://health.gov/paguidelines>.

- Einarson, A., Maltepe, C., Navioz, Y., Kennedy, D., Tan, M.P., & Koren, G. (2004). The safety of ondansetron for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective comparative study. *BJOG*; 111:940-943
- ElkGrove, V.I., & Washington, D.C. (2007). American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care 6th.
- Jackson, C., & Hayden, M.D. (2009). *Maternal-child nursing*. 3rd ed. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Jensen, M.S., Rebordosa, C., Thulstrup, A.M., Toft, G., Sørensen, H.T., Bonde, J.P., Henriksen, T.B., Olsen, J. (2010). Maternal use of acetaminophen, ibuprofen, and acetylsalicylic acid during pregnancy and risk of cryptorchidism. *Epidemiology*; 21:779-785.
- Johnson, T.B., Gregory, K.D., & Niebyl, J.R. (2016). Preconception and prenatal care: Part of the continuum. In: Gabble SG, Niebyl, J.R., & Sompson, J.L., editors. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Kramer, M.S., & McDonald, S.W. (2009). Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1; CD000180.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2016). *Maternity nursing* (11th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Niebyl, J.R., & Simpson, J.L. (2016). Drugs and environmental agents in pregnancy and lactation: Embryology, teratology, epidemiology. In: Gabble SG, Niebyl, J.R., & Sompson, J.L., editors. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Pechenpaugh, N.J. (2007). *Nutrition essentials and diet therapy*. 10th ed. Philadelphia: Saunders.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & Child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Steven, G., et al. (2017). *Obstetrics normal and problem pregnancies*. (7th ed.). John F Kennedy, Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Vazquez, J.C. (2008). Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *Clinical Evidence*; 02:1411.
- Young, G.L., & Jewell, D. (2009). Interventions for leg cramps in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1; CD000121.

การเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชุนวล
ดร.วิไลพร สมานกสิกรรม

วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดการสอน นักศึกษาสามารถ

1. อธิบายความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดได้ถูกต้อง
2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดได้ถูกต้อง
3. อธิบายแนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดได้ถูกต้อง
4. อธิบายขั้นตอนที่ใช้ในการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อ

1. ความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมคลอด
2. วัตถุประสงค์ของการเตรียมคลอด
3. แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมคลอด
4. ขั้นตอนที่ใช้ในการเตรียมคลอด

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นเพื่อขับทารก รก น้ำคร่ำ และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูกผ่านทางช่องคลอด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน (เจียรนัย, 2544; นันทพร และสุกัญญา, 2558; Ward & Hisley, 2016) อย่างไรก็ตามการคลอดถือเป็นปรากฏการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์และถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิตสตรี การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญเพราะเป็นช่วงเวลา que ทุกคนในครอบครัวรอคอยที่จะได้พบกับสมาชิกใหม่ (Chunuan, Somsap, Tiansawad, Nangham, & Jearmamornrat, 2007) ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติ (เจียรนัย, 2544) แต่การคลอดเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้คลอดต้องประสบกับความไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความปวดที่รุนแรง และเป็นความปวดที่แตกต่างจากอาการปวดอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน (Whitburn, Jones, Davey, & Mcdonald, 2018) สตรีเกิดความวิตกกังวล ความเครียด และกลัวการคลอดได้ (นันทพร, 2556; สมใจ และศิริพร, 2554; Zauderer, 2016) จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการคลอดเป็นเรื่องที่น่ากลัวและทุกข์ทรมาน (Chuahorm, Sripichyakarn, Tungpunkom, Klunklin, & Kennedy, 2007) ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความกลัวการคลอดได้แก่ ประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ (นันทพร, 2556) จากการศึกษาของธวัชรัตน์, นันทพร, และ กรรณิการ์ (2556) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดคือ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งการมาอยู่ในโรงพยาบาลอันเป็นสถานที่และสิ่งแวดล้อมใหม่ รวมทั้งยังถูกจำกัดการติดต่อกับบุคคลในครอบครัว (เจียรนัย, 2544; Chunuan et al., 2007) จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความกลัวเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการคลอดมีผลทั้งทางบวกและทางลบ ด้านบวกทำให้เกิดความสุขที่จะมีสมาชิกใหม่เกิดขึ้นในครอบครัว ส่วนด้านลบเป็นผลจากความเจ็บปวด (เกศินี, ธัญญมล, และกิตติพร, 2560)

สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์หลายประการเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลังเป็นตะคริว เป็นต้น บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่นภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะช็อค ซึ่งอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การตั้งครรภ์และการคลอดแม้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่แต่ละครอบครัวต้องการ แต่ก็ส่งผลให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลได้ ยิ่งเมื่อใกล้คลอดสตรีตั้งครรภ์จะเกิดความวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ กลัวความปวดและความทุกข์ทรมานจากการคลอด กลัวว่าตนเองและบุตรจะเป็นอันตราย กลัวสิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ไม่มั่นใจว่าจะสามารถเผชิญกับการคลอดได้ (วรารคนา, ศศิกานต์, สุรีย์พร, วัชรวิ, และกัลยาณี, 2555) ที่สำคัญผู้คลอดไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บครรภ์ได้เพราะเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการหดตัวของมดลูก การถ่างขยายของปากมดลูก และมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย การจัดการที่ดีคือช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และมีความพร้อมในการจัดการกับความปวดในระยะคลอดได้เหมาะสม

หากสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดเพื่อลดความกลัว ความเครียด หรือความวิตกกังวล ก็จะมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์มีทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ผลต่อร่างกายทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Wijma, Alehagen, & Wijma, 2002) ความกลัวมีผลให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หายใจลำบาก (Melender & Lauri, 1999) ทำให้นอนไม่หลับและมีผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Hall et al., 2009) สำหรับด้านจิตใจความกลัวการคลอดส่งผลให้มีการรับรู้ต่อความปวดในระยะคลอดที่รุนแรง ส่งผลให้ไม่ต้องการคลอดเอง จึงเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง (Tsui et al., 2006) จากการศึกษาพบว่าความกลัวการ

คลออดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดและความเหนื่อยล้าในระยะคลออด (ชนิดาภา, สร้อย, และสุพรรณิ, 2554) ความกลัวการคลออดมีผลให้สตรีในหลายประเทศเลือกการผ่าตัดคลออดเอาทารกออกทางหน้าท้อง (นันทพร, 2556) ผลกระทบต่อทารกในครรภ์เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความกลัวทำให้เกิดการคลออดล่าช้ามีผลให้ทารกเกิดความเครียดในระยะคลออด ทำให้มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลออด ส่งผลให้ต้องได้รับการช่วยคลออดด้วยวิธีสูติศาสตร์หัตถการ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวให้มีความกลัวการคลออดน้อยที่สุด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์จัดการกับความกลัวได้เหมาะสม ช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและทารกในครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีแนวทางหลายวิธีที่ใช้ส่งเสริมการคลออดธรรมชาติในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลออด การจัดอบรมให้ความรู้ การให้คำปรึกษารายคู่ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และได้ฝึกวิธีการลดปวดต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในระยะคลออด สำหรับในระยะคลออดเน้นการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล (เกศินี, ธัญญมล, และกิตติพร, 2560) โดยมีการสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูล และการเป็นตัวแทนผู้คลออด พยาบาลช่วยบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่นการอยู่เป็นเพื่อน การนวด การส่งเสริมให้เปลี่ยนท่า ช่วยจัดทำให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย สำหรับโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ญาติเฝ้าคลออดได้ก็สามารถให้ญาติสนับสนุนสตรีในระยะคลออด ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการให้ญาติเฝ้าคลออด (Chunuan et al., 2007) มีการศึกษาหลายงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการสนับสนุนจากญาติช่วยให้เกิดผลลัพธ์การคลออดที่ดี ได้แก่ การมีระยะเวลาคลออดที่สั้นลง (Ntombana, Sindiwe, & Ntombodidi, 2014) ช่วยลดความเครียด (ดารุณี, กริยากร, และจันทร์เพ็ญ, 2556) ช่วยทำให้ความกลัวลดลง (สร้อย และปราณิสยา, 2556; อาทิตยา, 2550) ความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ณัฐจิรา, เยาวลักษณ์, ปิยะนันท์, และวรรณ, 2556; สร้อย และปราณิสยา, 2556; ศิริวรรณ และนันท์นภัส, 2554; Chunuan et al., 2009) ช่วยลดความปวด (ทิวากร และพัทรวีโร, 2553; สร้อย และปราณิสยา, 2556; ศิริวรรณ และนันท์นภัส, 2554) ช่วยส่งเสริมให้ผู้คลออดมีการรับรู้ประสบการณ์คลออดที่ดี (ดารุณี และคณะ, 2556, พรพรรณทิพย์, อำไพ, และจันทร์รัตน์, 2557; ศิริวรรณ และนันท์นภัส, 2554) ช่วยลดอัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการ และการ ผ่าตัดคลออดลดลง (อาทิตยา, 2550; Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเตรียมสตรีและครอบครัวเพื่อการคลออดมีประโยชน์ทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัวและประเทศชาติ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการความปวด ลดภาวะเครียด ลดความกลัว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ จึงทำให้ช่วยลดค่ารักษาพยาบาล เป็นการช่วยชาติทางอ้อม

การเตรียมตัวสตรีและครอบครัวเพื่อการคลออดจึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความพร้อม มีความมั่นใจ เชื่อมมั่นในศักยภาพของตนเอง ปราศจากความกลัว ขจัดความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กระบวนการคลออด ได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับการคลออด โดยมีการให้ความรู้และการฝึกฝนวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดระยะคลออด ทำให้มีการรับรู้ประสบการณ์การคลออดที่ดี รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือบุคคลใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อการรับบทบาทการเป็นมารดาในอนาคต พยาบาลผดุงครรภ์ต้องให้ความรู้ อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจสิ่งต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลออด และวิธีการจัดการกับปัญหาหรือความไม่สุขสบายในระหว่างการฝากครรภ์ การเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลออดเน้นให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้มีความพร้อมในด้านจิตใจเพื่อให้การคลออดดำเนินไปตามปกติ

ความสำคัญและประโยชน์ของการเตรียมคลออด

การเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลออด มีประโยชน์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ครอบครัว และต่อเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในระยะคลออด การเตรียมสตรีเพื่อการคลออดมีมานานมากกว่า 60 ปี ในประเทศที่พัฒนาแล้ว

(Zauderer, 2016) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะบูรณาการไปกับการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ปกติ มีบางสถาบันที่มีหลักสูตรการจذبหรือการจัดการเรียนการสอนที่เฉพาะ ประโยชน์ของการเตรียมคลอดมีดังนี้

1. ส่งเสริมความผาสุกทางจิตใจโดยช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียด (พรหมทิพย์ และคณะ, 2557; Masourmi et al., 2016)
2. เพิ่มความรู้และทักษะในการเผชิญความเจ็บปวด และการจัดการความเครียด
3. เพิ่มความพึงพอใจและประสบการณ์การคลอดที่ดีต่อการคลอด (Akca et al., 2017)
4. ทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความมั่นใจในการคลอด สามารถควบคุมตนเองได้ดี สามารถวางแผนการคลอดและเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม สตรีที่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเลือกการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าการผ่าตัด (Masourmi et al., 2016)
5. มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ การคลอด ทำให้มีการคลอดธรรมชาติ หรือเลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอด
6. ช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่าง บิดา มารดา และทารกดี
7. ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในระยะคลอดต่อตัวผู้คลอด และทารกในครรภ์
8. ช่วยให้ทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาดี และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนเพิ่มขึ้น
9. ทำให้ทราบความคาดหวังของสตรีตั้งครรภ์ก่อนคลอด ช่วยให้พยาบาลให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการคลอด รู้สึกปลอดภัยเพิ่มขึ้น (กมลทิพย์, 2560)

วัตถุประสงค์ของการเตรียมคลอด

วัตถุประสงค์หลักๆ ในการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด มีดังนี้ (อภิรัช, 2554)

1. เพื่อเตรียมให้สตรีตั้งครรภ์และสามีหรือผู้ที่ทำหน้าที่ประคับประคองสตรีในระยะคลอดให้มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด
2. ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดความเจ็บปวดและการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดโดยไม่ต้องพึ่งยาระงับปวด
3. เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้ฝึกทักษะการเผชิญความเจ็บปวด
4. เพื่อสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีในระยะมีบุตร ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะแรกหลังคลอดได้เหมาะสม

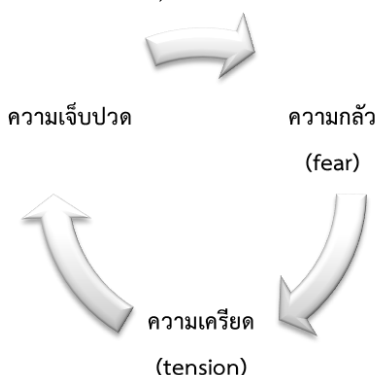
จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ทั้งนี้การเตรียมตัวเพื่อการคลอดเป็นบริการสุขภาพที่มุ่งให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กระบวนการคลอด มีการเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับการคลอด โดยมีการให้ความรู้และการฝึกฝนวิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด ทำให้มีประสบการณ์คลอดที่ดี เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุตร ซึ่งมีผลต่อการรับบทบาทการเป็นมารดาในอนาคต ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ขั้นตอนการเตรียมตัวเพื่อคลอดให้เข้าใจอย่างถ่องแท้

แนวคิด/ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมคลอด

การเตรียมตัวเพื่อการคลอด เป็นการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ เริ่มมาจากแนวคิดทางสังคมตะวันตกในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 โดยกาชาดของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Red Cross) (อภีรัช, 2554); มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ ต่อมาได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการเผชิญความเจ็บปวดขณะคลอด และพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อหาวิธีที่จะช่วยให้สตรีสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด เมื่ออยู่ในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาได้เหมาะสม

ปัจจุบันมีแนวคิดในการเตรียมตัวคลอดที่นิยมใช้ 3 แนวคิดสำคัญๆ คือ (1) การเตรียมตัวคลอดโดยวิธีธรรมชาติ (2) การเตรียมคลอดโดยวิธีจิตป้องกัน (3) การเตรียมคลอดโดยวิธีการคลอดด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้ (อภีรัช, 2554; Pillitteri, 2014; Ward & Hisley, 2016; Zauderer, 2016)

1. การเตรียมตัวคลอดโดยวิธีธรรมชาติ (natural childbirth) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าความกลัวเกิดจากความไม่รู้ ในปี ค.ศ. 1933 สูติแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ นายแพทย์ แกรนท์ลีย์ ดิค-รีด (Grantley Dick-Read) เชื่อว่า การเจ็บครรภ์คลอดเป็นวงจรที่เกิดต่อเนื่องกันกับความเครียด (tension) และความกลัว (fear) อธิบายได้ว่าเมื่อใดที่สตรีตั้งครรภ์มีความกลัวต่อการคลอด กลัวเจ็บปวด เกิดความเครียด จะยิ่งทำให้รับรู้ความปวดเพิ่มมากขึ้น เมื่อปวดมากขึ้น สตรีไม่สามารถควบคุมและจัดการกับความเจ็บปวดนั้นได้ ก็จะทำให้ยิ่งกลัว ยิ่งเครียด ยิ่งปวด เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไปสามารถทำให้ความกลัว ความเครียด ลดลงโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย และการหายใจ จะช่วยลดความเครียดช่วยให้เกิดการคลอดธรรมชาติ (Dick-Read & Gaskin, 2013)



รูปที่ 24 วงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด

2. การเตรียมคลอดโดยวิธีจิตป้องกัน (psychoprophylaxis [PPM]) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดเกิดจากการตอบสนองเงื่อนไข (Pavlov's conditioning) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสร้างเงื่อนไขของเวลโอฟสกี (Velvovsky) เป็นผู้ซึ่งได้ทดลองนำเงื่อนไขแบบพาฟลอฟ (Pavlovian principles of behavior) มาปรับใช้กับการคลอด ในปี ค.ศ. 1930 โดยมีการใช้เทคนิคการหายใจ การเพ่งจุดสนใจ เพื่อเบี่ยงเบนต่อความรู้สึกเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของวิธีเตรียมตัวเพื่อการคลอด โดยวิธีจิตป้องกันของลามาช ซึ่งลามาชเป็นสูติแพทย์ชาวฝรั่งเศส ได้นำผลการทดลองแบบเงื่อนไขของพาฟลอฟ ไปพัฒนาและทดลองใช้ โดยวิธีการเตรียมคลอดของลามาช ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสรีระ กายวิภาคของการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอด และการคลอดร่วมกับวิธีจิตป้องกัน คือ การใช้เทคนิคการหายใจ และการบริหารร่างกาย (Pillitteri, 2014) ซึ่งหลักการวิธีจิตป้องกัน (Psychoprophylaxis) ของลามาชประกอบด้วยหลักการพื้นฐาน 3 ประการคือ

1. การกำหนดเงื่อนไข (conditioning) เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้คลอด มีการใช้เทคนิคการหายใจ โดยเมื่อมีการหดตัวของมดลูก ให้หายใจเข้าลึกๆ และเป่าลมออกทางปาก 6-8 ครั้งต่อนาที การฝึกปฏิบัติจะเริ่มด้วยการมีผู้ออกคำสั่ง (โค้ช) โดยพูดว่า "มดลูกหดตัว" และจบลงด้วยคำพูดว่า "มดลูกคลายตัว" การใช้วิธีนี้ช่วยให้ผู้คลอดควบคุมพฤติกรรมตนเองได้

2. การเพ่งจุดสนใจ (concentrating on a focal point) การมุ่งสนใจอยู่ที่การใช้เทคนิคการหายใจ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด

3. การควบคุมตนเอง (discipline) เป็นการฝึกปฏิบัติตามเทคนิคซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง ทั้งผู้คลอด และโค้ช ต้องควบคุมตนเองในการฝึกจนสามารถทำได้ตามเงื่อนไข และผู้คลอดจะต้องสามารถปฏิบัติตามการใช้เทคนิคการหายใจได้เอง โดยไม่ต้องมีผู้กำกับ

ซึ่งวิธีการเตรียมคลอดของลามาช (Lamaze Method) ได้รับความนิยมนอย่างแพร่หลายทั้งในยุโรป จีน และอเมริกา และจากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดของลามาช ในสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าหากผู้คลอดเริ่มใช้เทคนิคการหายใจเร็วเกินไปทำให้ผู้คลอดมีแนวโน้มที่จะเหนื่อยล้า และโอกาสหยุดการใช้เทคนิคการหายใจได้ ดังนั้นจึงได้มีการปรับรูปแบบการหายใจ ให้มีการปฏิบัติได้ง่ายกว่าเดิม (อภิรัช, 2554) ไม่เน้นการหายใจที่เข้มงวด และในการเตรียมคลอดได้เพิ่มเทคนิคอื่นๆ เพื่อช่วยการผ่อนคลาย โดยการนวด การเปลี่ยนท่า การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในระยยะคลอด มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาเกี่ยวกับการโภชนาการ การให้นมทารกแรกเกิดและภาวะเสี่ยงต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอดเพิ่มขึ้น

ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่ง เปิดโอกาสให้สามี หรือผู้ใกล้ชิดได้เข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในระยยะคลอด ดังนั้นการเตรียมตัวเพื่อการคลอดนอกจากจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ มีความพร้อมสำหรับการคลอดแล้ว ยังช่วยให้สามีหรือผู้ใกล้ชิดมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ กระบวนการคลอด ความเจ็บปวดในระยยะคลอด และยังสามารถให้ความช่วยเหลือตามความสามารถขณะที่อยู่เป็นเพื่อนในระยยะรอคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้แบรดลีย์ (Robert Bradley) สูติแพทย์ชาวอเมริกา ได้เสนอ Bradley Method ซึ่งทฤษฎีนี้เน้นการคลอดวิถีธรรมชาติ ไม่ใช่ยา และให้สามีมีส่วนร่วมช่วยเหลือภรรยาในขณะคลอด เช่น นวดหลัง อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ ช่วยเหลือปลอบโยนเท่าที่ทำได้เมื่อภรรยาเจ็บปวด เป็นต้น

3. การเตรียมการคลอดโดยวิธีการคลอดด้วยตนเอง (active birth) เป็นแนวคิดที่เน้นการคลอดด้วยวิถีธรรมชาติ แนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติประกอบด้วย การสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการคลอดวิถีธรรมชาติ การส่งเสริมกระบวนการทำงานตามธรรมชาติของการคลอด การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยยะคลอด หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นกิจวัตร ลดการแทรกแซงการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเสี่ยง การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา และการสนับสนุนให้มารดา และทารกอยู่ด้วยกัน (พิริยา, 2550; เอกชัย, 2551; Lothain, 2009) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นกระบวนการให้ความรู้ การสร้างความเชื่อมั่นต่อการคลอดวิถีธรรมชาติ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเชื่อว่าร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ถูกสร้างมาสำหรับการคลอด การให้ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยยะคลอด การฝึกบริหารร่างกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและช่องเชิงกรานแข็งแรง พร้อมสำหรับการคลอด รวมทั้งการฝึกทักษะการบรรเทาความปวดในระยยะคลอด ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2. การส่งเสริมกระบวนการทำงานตามธรรมชาติของการคลอด คือ การใช้ความสามารถและธรรมชาติของร่างกายช่วยสนับสนุนให้กระบวนการคลอดดำเนินตามปกติ และทำงานได้อย่างเต็มที่โดยมีหลักการส่งเสริมดังนี้

2.1 การส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ และใช้ท่าแนวตั้งในระยะคลอด เช่น ท่า นั่ง ท่ายืน ท่า นั่งยอง นั่งคุกเข่า คุกเข่าชิดอก โดยอาศัยหลักการใช้แรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเสริมระบบตามธรรมชาติของการคลอด

2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการคลอด ห้องคลอดและห้องคลอดควรจัดให้มีลักษณะคล้ายบ้าน คือ มีความเป็นส่วนตัว มืดซิด เงียบสงบ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกครบถ้วน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการคลอดช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ส่งเสริมร่างกายให้หลังฮอร์โมนออกซิโทซินที่ช่วยให้มดลูกหดรัดตัวอย่างมีประสิทธิภาพ และการหลังสารเอนโดฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสุขสบาย ลดปวด เอนโดฟิน เป็นสารที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ช่วยให้กระบวนการคลอดสามารถดำเนินไปได้ตามปกติ

3. การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด โดยการปฏิบัติต่อหญิงตั้งครรภ์ด้วยความเคารพ เห็นใจ เข้าใจ ให้กำลังใจ เอาใจใส่ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย แสดงความเห็นใจ ให้กำลังใจเมื่อมีอาการปวด ให้ข้อมูล บอกความก้าวหน้าของการคลอด การสนับสนุนทางด้านร่างกาย อารมณ์ และข้อมูล ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความผ่อนคลาย รวมถึงการอยู่เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ และจัดให้มีผู้สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ซึ่งเป็นบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกคุ้นเคย ไว้วางใจ ได้แก่ สามี ญาติ สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน เข้ามาอยู่ร่วมในกระบวนการ

4. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นกิจวัตร ลดการแทรกแซงการคลอด คือ การไม่โกนขนหัวหน่าว การไม่สวนอุจจาระ การไม่งดน้ำและอาหารในระยะคลอด การไม่ตัดฝีเย็บ การไม่ให้ยาเร่งคลอด การไม่เจาะถุงน้ำคร่ำในระยะคลอด

5. ส่งเสริมการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นแนวทางสำคัญในการคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นวิธีที่ปลอดภัย ทำได้ง่าย และประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ผ่านกระบวนการคลอดโดยไม่ใช้หัตถการ และยาบรรเทาความปวด หลักการสำคัญของวิธีนี้คือ การให้ความรู้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สามารถจัดการกับความปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และการฝึกทักษะบรรเทาความปวดวิธีต่างๆได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย ท่าในแนวตั้ง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม กับการคลอดดนตรีบำบัด บำบัดด้วยกลิ่นหอม การนวด การประคบความร้อนและเย็น การเบี่ยงเบนความสนใจ และการลูบหน้าท้องจากการศึกษาของ

6. การสนับสนุนให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกัน หรือภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ให้มารดาได้สัมผัสทารกทันที โดยการวางทารกไว้บนหน้าอก

ขั้นตอนที่ใช้ในการเตรียมคลอด

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดทุกขั้นตอน การจัดการเตรียมการคลอดมักจัดเป็นกลุ่มย่อย มีกิจกรรมหลายประเภทผสมผสานกัน ทั้งการบรรยาย การใช้สื่อภาพ และเสียงประกอบ การสาธิต และให้ผู้เข้าร่วมการเตรียมการคลอดฝึกฝนด้วยตนเอง และการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งจะเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์และสามีได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด ประสบการณ์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด กับคู่สมรสอื่นๆ และบุคลากรทางการแพทย์ นับเป็นการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่าร่วมกัน (สมใจ และศิริพร, 2554)

ขั้นตอนในการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มี 3 ขั้นตอน คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด
2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

3. การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด หน่วยฝากครรภ์ควรวางแผนร่วมกันกับห้องคลอดและหน่วยหลังคลอด เพื่อให้การสอนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (วัฒนา, 2555) การให้ความรู้ส่วนใหญ่มักจัดในลักษณะของการบรรยาย โดยจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย มักจัดในหน่วยฝากครรภ์ ให้สตรีตั้งครรภ์และสามีเข้าร่วมฟังการบรรยายร่วมกัน ซึ่งการให้ความรู้ในแต่ละไตรมาสจะต้องมีการเชื่อมโยงและเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และสามีหรือผู้ใกล้ชิด มีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะปฏิบัติได้ด้วยเอง โดยความรู้ที่จะให้ในแต่ละไตรมาสมีดังนี้ (Riedmann, 2008)

1. ไตรมาสแรก ให้ความรู้เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้ที่จะครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ความสำคัญของการฝากครรภ์และการมาฝากครรภ์ตามนัด
- 1.2 อนามัยเจริญพันธุ์และกายวิภาคที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์
- 1.3 โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์
- 1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์
- 1.5 อาการไม่สุขสบายในระยะตั้งครรภ์และการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น
- 1.6 การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์
- 1.7 ความสำคัญของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองความเสี่ยง
- 1.8 การดูแลตนเองให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ปราศจากมลพิษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ทารกในครรภ์
- 1.9 การลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นต้น
- 1.10 การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยส่วนบุคคล การบริหารร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลความปลอดภัยของตนเองเมื่อขับขีพาทะนะ
- 1.11 การมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์
- 1.12 อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเลือดออก อาเจียนไม่สงบ เป็นต้น

2. ไตรมาสที่สอง ในไตรมาสนี้ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น หัวข้อที่จะให้ความรู้ก็จะคล้ายกันกับในไตรมาสแรก แต่ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่มีผลต่อภาพลักษณ์ เช่น มีฝ้าหรือสิวขึ้นที่ใบหน้า หลัง ผิวหนังแตกเป็นลายบริเวณหน้าท้อง บั้นเอว สะโพก เป็นต้น
- 2.2 การเตรียมและสนับสนุนให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
- 2.3 การเตรียมความพร้อมด้านค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการคลอด
- 2.4 การให้เข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมคลอด
- 2.5 การมาพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

3. ไตรมาสที่สาม เป็นระยะใกล้คลอด สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกอึดอัด ไม่สุขสบายมากขึ้น บางรายเริ่มวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ความรู้ที่ให้ในไตรมาสนี้จะเชื่อมโยงต่อเนื่องมาจากไตรมาสที่หนึ่งและสอง โดยเพิ่มเนื้อหา ดังนี้

- 3.1 การดูแลสุขภาพทารกในครรภ์ เช่น การสอนนับเด็กดิ้น หรือการได้รับการตรวจประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ (non stress test) เป็นต้น
- 3.2 อาการแสดงว่าเข้าสู่ระยะคลอด
- 3.3 อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

3.4 การตรวจและการดูแลที่จะได้รับเมื่อมาคลอด

3.5 กระบวนการคลอด เทคนิคการลดความเจ็บปวด และยาที่ใช้ในการระงับความเจ็บปวดขณะรอคลอดและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

3.6 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะหลังคลอด

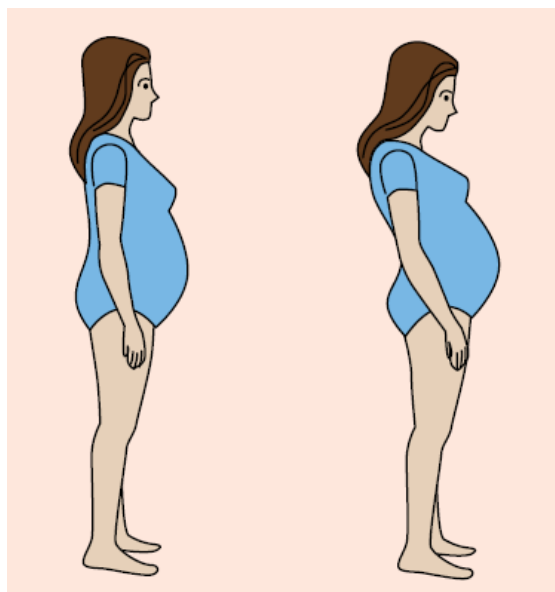
3.7 การเตรียมบทบาทการเป็นบิดา มารดา

3.8 การดูแลทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย การอยู่ในท่าทางที่ถูกต้องและการบริหารร่างกาย จะช่วยบรรเทาความไม่สบายที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ และเพื่อให้กล้ามเนื้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคลอด เช่น กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง ฝึบยืดขยายได้ดีขณะคลอด กล้ามเนื้อช่องคลอดกลับคืนสู่สภาพปกติหลังคลอดได้ดี

2.1 การอยู่ในท่าทางที่ถูกต้อง ท่าทางที่ถูกต้องจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกสบาย ผ่อนคลาย และการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น ซึ่งท่าทางต่างๆ ประกอบด้วย ท่ายืน ท่านั่ง ท่าหีบของ ท่านอน

2.1.1 ท่ายืน การยืนที่ถูกต้องต้องยืนตัวตรง ศีรษะตรง ยึดอก เท้าแยกห่างจากกันเล็กน้อย เหยียดเข่าตรง ลงน้ำหนักให้ผ่านศูนย์กลางของข้อเข่าด้านหน้าของเท้าให้เท่ากันทั้งสองข้าง ปล่อยไหล่และสะโพกตามสบาย ไม่เกร็ง



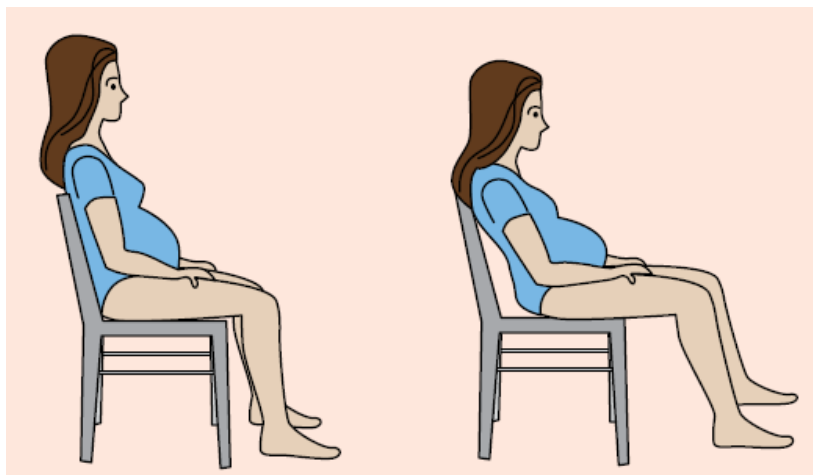
ท่ายืนที่ถูกต้อง

ท่ายืนที่ไม่ถูกต้อง

รูปที่ 25

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.1.2 ท่านั่ง ควรนั่งหลังตรง ไหล่ตรง สะโพกชิดเก้าอี้ การนั่งเก้าอี้ ควรนั่งเก้าอี้ที่มีความสูงพอเหมาะกับการวางเท้าให้พอดี โดยข้อเข่าอยู่ระดับเดียวกับข้อสะโพก หรืออาจหาเก้าอี้เตี้ยๆ มารองเท้าได้หากต้องนั่งนานๆ เพื่อลดอาการบวมที่ปลายเท้า นั่งแยกเข่าออกจากกันเล็กน้อย ปล่อยตัวตามสบาย ถ้าต้องการลุกขึ้นยืน ให้ขยับตัวมาข้างหน้า ถ้าวางเท้าไว้บนเก้าอี้รองเท้า ให้เอาเท้าวางลงบนพื้น ให้กล้ามเนื้อขาและแขนในการยกตัวขึ้น และไม่ควรจะนั่งท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ไม่ควรนั่งพับเพียบบนพื้น เพราะจะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก



ท่านั่งที่ถูกต้อง

ท่านั่งที่ไม่ถูกต้อง

รูปที่ 26

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.1.3 ท่าหีบของ การหีบของที่อยู่ในระดับต่ำ ควรยืนห่างจากของที่ต้องการจะหีบพอสมควร แยกเท้าออกจากกันพอสมควร ย่อเข่าลงช้าๆ เพื่อนั่งยองๆ หลังตรง หีบของที่ต้องการแล้วจึงจะลุกขึ้นยืนในท่าที่หลังตรง ไม่ควรโค้งคองหีบของ เพราะจะทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

2.1.4 ท่านอน

2.1.4.1 ท่านอนหงาย ให้ใช้หมอนรองศีรษะและไหล่ 1-2 ใบ ให้ศีรษะสูงขึ้นพอประมาณ ใช้หมอนอีกใบรองใต้เข่าให้เข่างอเล็กน้อย วางมือข้างลำตัว งอศอกเล็กน้อย ควรหลีกเลี่ยงการนอนหงายนานๆ เนื่องจากน้ำหนักของมดลูกและทารกจะกดทับหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกอาจขาดออกซิเจนได้

2.1.4.2 ท่านอนตะแคง ให้ใช้หมอนรองใต้ศีรษะ หน้าท้องและระหว่างขา แขนด้านบนวางไว้บนสะโพก แขนด้านล่างวางไว้ข้างศีรษะในลักษณะงอ



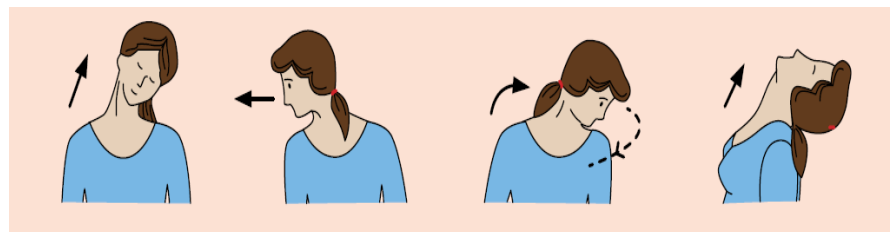
รูปที่ 27

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2 การบริหารร่างกาย สตรีตั้งครรภ์ควรเริ่มบริหารร่างกายในท่าที่ง่าย ๆ ไม่ใช่กำลังมากนักแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มทีละน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อเคยชิน ทำออกกำลังกายที่จำเป็นมีดังนี้

2.2.1 การบริหารกล้ามเนื้อคอ

ยืนตรง แยกขา หรือนั่งพิงพนักในท่าที่ผ่อนคลาย เอียงศีรษะไปด้านซ้ายขวา และก้ม-เงยศีรษะ

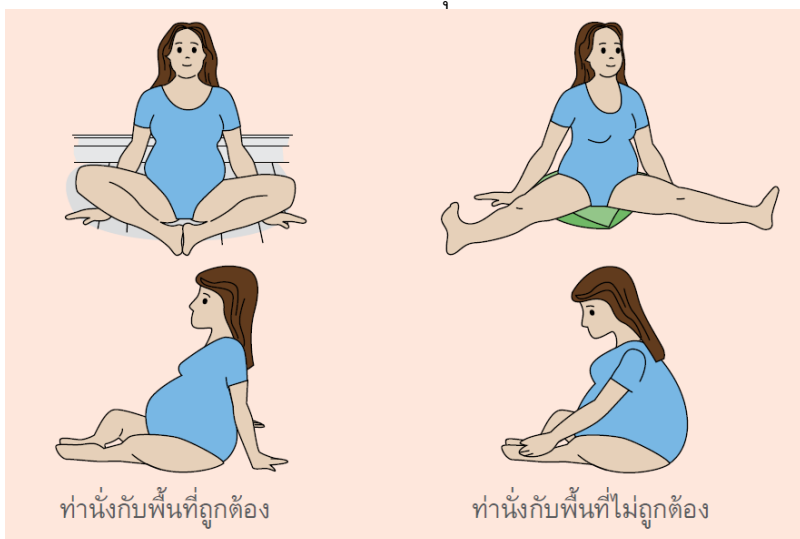


รูปที่ 28

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.2 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

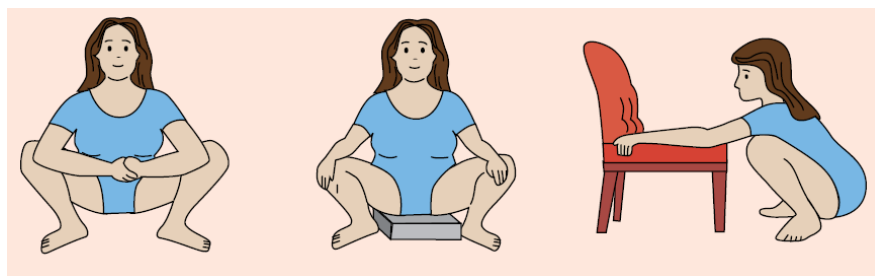
2.2.2.1 ทำนั่งแบบแยกขา อุ้งเท้าชิด และแบบแยกขาเหยียด ให้สตรีตั้งครรภ์นั่งหลังตรง พิงกำแพง ฝ่ามือทั้งสองข้างวางราบไว้กับพื้นด้านข้างลำตัว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการยืดตึงของกล้ามเนื้อมากเกินไป และไม่ให้เกิดเมื่อยขา ทำนี้จะช่วยเพิ่มการยืดขยายของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน



รูปที่ 29

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.2.2 ทำนั่งยอง (Squatting) เป็นท่านั่งทำให้กล้ามเนื้อฝีเย็บยืดขยาย ให้สตรีตั้งครรภ์นั่งยองๆ เช่าแยกจากกัน ฝ่าเท้าวางราบกับพื้น หรือมีเบาะนั่งเดี่ยวช่วยพยุงหรือใช้เก้าอี้ช่วยจับพยุงขณะนั่ง ทำนี้ยังสามารถใช้เป็นท่าคลอดได้อีกด้วย



รูปที่ 30

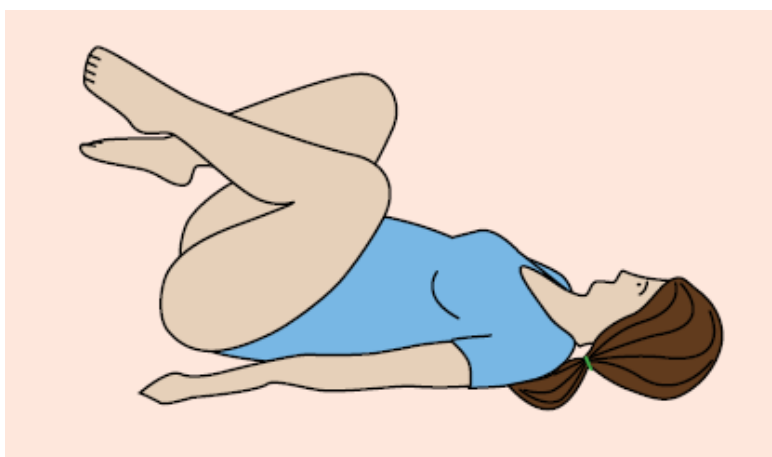
แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการผ่าตัดคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.2.3 ทำนั่งขัดสมาธิหลวมๆ (Tailor sitting) เป็นท่าที่ช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าขาแข็งแรง และฝึบยืดขยาย โลหิตไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณส่วนล่างได้ดี ให้สตรีตั้งครุรรนั่งหลังตรง ขาทั้งสองข้างขนานกัน ไม่ควรให้ขาทั้งสองข้างทับซ้อนกัน ขณะนั่งทำนี้ให้กดหัวเข้ากับพื้นเบาๆ จะรู้สึกว่ามีฝึบยืดขยาย สตรีตั้งครุรรควรนั่งทำนี้วันละ 15 นาทีทุกวัน โดยนั่งพร้อมกับทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือนั่งคุยกับเพื่อนได้

2.2.2.4 การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic floor contraction or Kegel exercise) เป็นท่าที่ช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณฝึบแข็งแรง พร้อมสำหรับการคลอด และยังช่วยให้การหายของแผลฝึบเย็บในระยะหลังคลอดเร็วขึ้น ป้องกันการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ภายหลังคลอด เพิ่มประสิทธิภาพในการมีเพศสัมพันธ์ ทำนี้สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลาในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขณะนั่งเก้าอี้ทำงานหรือทำงานบ้าน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะเห็นผลเมื่อปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 6 สัปดาห์ วิธีการบริหาร ให้เกร็งกล้ามเนื้อรอบๆ (ขมิบ) ช่องคลอดเช่นเดียวกับเวลากลั้นปัสสาวะ เกร็งไว้ 3 วินาทีแล้วคลายออก การขมิบช่องคลอดนี้สามารถทำได้ สามารถทำได้บ่อยครั้งในแต่ละวัน

2.2.3. การบริหารกล้ามเนื้อหลัง

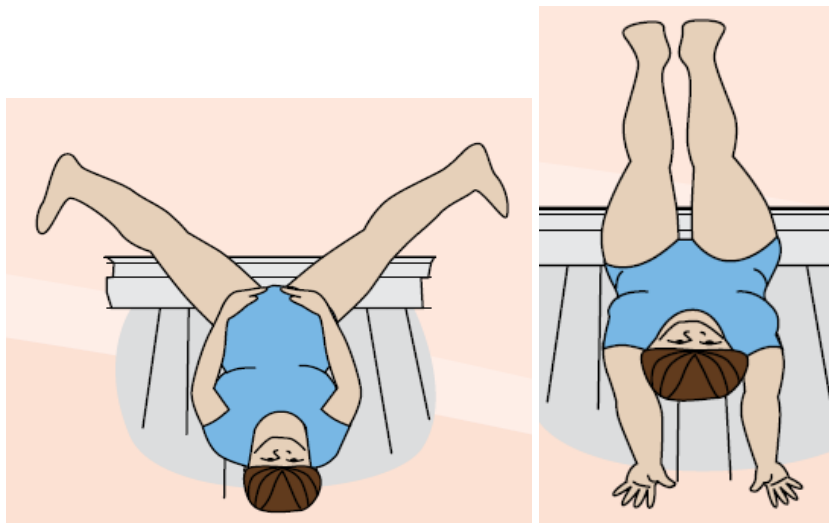
2.2.3.1 ทำนอนหงายงอขาไขว้เท้า หมุนเท้าที่ไขว้เป็นวงกลมกลับไปมา ทำนี้คล้ายกับได้มีการยืดกล้ามเนื้อเชิงกรานส่วนหลัง



รูปที่ 31

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการผ่าตัดคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

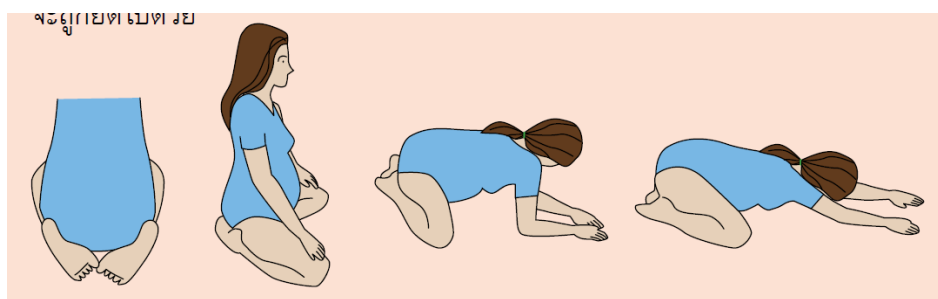
2.2.3.2 ทำยืดกล้ามเนื้อหลังกับผนัง นอนราบกับพื้น ยกขาทั้งสองข้าง พิงไปกับผนังพักขา ตรงสักรู้ จากนั้นแยกขาออกจากกันในมุมที่สบายที่สุด พักสักรู้จึงกลับมาทำเดิม กรณีปวดหลังให้ยืดแขนออกมาทางศีรษะ ให้รู้สึกเหมือนสะโพกขยับได้เล็กน้อย จะช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง ขณะทำหากรู้สึกเวียนศีรษะให้หยุดทำ เพราะการนอนหงายน้ำหนักของมดลูกจะกดลงบนหลอดเลือดบริเวณส่วนหลัง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง



รูปที่ 32

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการฝากคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.3.3 ทำนั่งคุกเข่า คู้ตัวไปข้างหน้า เริ่มด้วยการนั่งไปบนเท้าด้านในและเลื่อนสะโพกมานั่งบนพื้น เข่าทั้งสองข้างแยกจากกันให้กว้างเท่าที่สบายที่สุด โน้มลำตัวมาข้างหน้า กล้ามเนื้อหลังจะถูกยืด (หลังเหยียดตรง ให้หมอนรองรับเข่า หรือสอดระหว่างเข่าได้)



รูปที่ 33

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการฝากคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.3.4 ทำบริหารเชิงกราน (Pelvic rocking) เป็นท่าที่ช่วยบรรเทาอาการปวดหลังในสตรีตั้งครรภ์ ด้วยการทำให้กระดูกสันหลังบิดโค้งงอให้มาก (flexion) โดยให้สตรีตั้งครรภ์คุกเข่าอยู่ในท่าคลาน แขนทั้งสองข้างยันกับพื้นและเหยียดตรง หายใจเข้าลึกๆ พร้อมโก่งส่วนหลังบริเวณบั้นเอวขึ้นช้าๆ ให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้

กัมศิระชะลงประมาณ 1 นาที แล้วหายใจออกพร้อมกับค่อยๆ แอ่นหลังบริเวณบั้นเอวลงช้าๆ สตรีตั้งครรภ์สามารถทำท่านี้ในเวลากลางคืนวันละ 5 ครั้ง ท่านี้ช่วยลดอาการปวดหลังที่มักเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์

2.2.4 การบริหารกล้ามเนื้อขา และยืดกล้ามเนื้อน่อง เป็นท่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นตะคริวที่ขาและน่อง

2.2.4.1 การยืดกล้ามเนื้อขา ให้ยืนหันหลังชิดกำแพง เท้าห่างจากกำแพงประมาณ 1-1.5 ฟุต แยกเท้าออกพอสบายและยืนได้มั่นคง จากนั้นค่อยๆ เลื่อนตัวลงงอขาและเข่าลงเรื่อยๆ จนรู้สึกตึงขา และน่อง นับ 1-20 จึงยืดตัวเหยียดขึ้นไปใหม่ทำประมาณ 5 ครั้ง

2.2.4.2 การยืดกล้ามเนื้อน่อง ยืนหันหน้าเข้าหากำแพง ให้น้ำหนักตัวทิ้งลงไปที่ขาหลัง (ขาที่เหยียด) ทำประมาณ 5 ครั้ง



รูปที่ 34

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.5 การบริหารข้อเท้า นั่งพิงฝาผนัง หลังตรง ขาเหยียดตรง วางมือข้างลำตัว สันเท้าวางอยู่กับที่ หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม ทำประมาณ 10 ครั้ง จากนั้นเปลี่ยนมากระดกปลายเท้าขึ้นลง ทำประมาณ 10 ครั้ง ท่านี้ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า



รูปที่ 35

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2.2.6 การบริหารกล้ามเนื้อซี่ข้าง (rib cage lifting) นั่งขัดสมาธิหลวม ตัวตรง วางมือบนตัก ยกมือขวาขึ้นเหนือศีรษะให้มากที่สุดจนรู้สึกว่าการยกซี่ข้างขวายืดตึง เอียงลำตัวไปข้างซ้ายพร้อมสูดหายใจเข้า ค่อยๆ ดึงตัวกลับมาอยู่ในท่าตัวตรงพร้อมผ่อนลมหายใจออก เปลี่ยนมายกมือซ้าย ทำในลักษณะเดียวกันกับข้างขวา ทำนี้ช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณซี่ข้างทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ทำให้หายใจสะดวกขึ้น

2.2.7 การบริหารกล้ามเนื้อไหล่และแขน นั่งขัดสมาธิหลวม ตัวตรง มือทั้งสองข้างกำหลวม ชูข้างขวาขึ้นเหนือศีรษะพร้อมหายใจเข้า จนแขนเหยียดสุด ค่อยๆ ดึงแขนลงพร้อมหายใจออก ชูข้างซ้ายขึ้น ทำลักษณะเดียวกันกับข้างขวา การบริหารกล้ามเนื้อไหล่และแขนนี้ ทำในลักษณะคล้ายกับการชกกรอก

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด มีพื้นฐานจากแนวคิดของ Dick-read ที่ว่า การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ การจัดการกับความเจ็บปวด จึงต้องขจัดความกลัว และความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อตัดวงจร กลัว-เครียด-ปวด (fear-tension-pain) เพราะความกลัวและความเครียดมีผลให้ร่างกายหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) คอติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนออกซิโทซิน ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า และยังมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง มีผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลง (Fahy, Foureur, & Hastie, 2008) นอกจากนี้การใช้วิธีจิตป้องกันของลามาช ในการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด สามารถควบคุมและเผชิญกับความเจ็บปวดนั้นได้อย่างเหมาะสม การให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในประสบการณ์การคลอดสตรี เป็นสิ่งสำคัญ เพราะการให้บุคคลในครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยในระยะคลอด ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และยังเป็นกำลังใจส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ให้มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดา และทารก (นวพร, ศรีสมร และ อรพินธ์, 2552)

วิธีการจัดการกับความเจ็บปวดในระยะคลอด

3.1 วิธีจิตป้องกันของลามาช เป็นการสอนและฝึกปฏิบัติให้สตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้นำไปใช้ในการเผชิญกับความเจ็บปวดระยะคลอด ได้แก่

3.1.1 การเพ่งจุดสนใจหรือสร้างจินตนาการ (focusing or imagery) เป็นวิธีการที่ใช้เบี่ยงเบนความสนใจไปจากความเจ็บปวด ที่เกิดขึ้นในขณะที่มดลูกหดตัว ช่วยให้ผู้คลอดสามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อมีการหดตัวของมดลูก โดยเมื่อมดลูกเริ่มหดตัว (เริ่มเจ็บครรภ์) ผู้คลอดลืมหันมองเพ่งไปยังจุดใดจุดหนึ่ง ซึ่งเป็นจุดที่ไม่เคลื่อนไหวและอยู่ในระดับสายตา จนกว่ามดลูกจะคลายตัว หรือผู้คลอดบางคนอาจใช้จินตนาการถึงภาพหรือสถานที่บางแห่ง เช่น ทะเล ภูเขา พยาบาลไม่ควรถามคำถามหรือชวนผู้คลอดสนทนา ในขณะที่กำลังใช้เทคนิคนี้ เพราะจะเป็นการรบกวนสมาธิของผู้คลอด

3.1.2 การลูบหน้าท้อง (effleurage) เป็นเทคนิคที่จะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว ซึ่งจะใช้ร่วมกับการหายใจ โดยการวางมือทั้งสองข้างเหนือหัวเหน่า สูดหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ซ้ำๆ พร้อมกับลูบมือขึ้นทางด้านข้างของหน้าท้องไปจนถึงยอดมดลูก เมื่อหายใจออก ใช้มือลูบลงตรงแนวกึ่งกลางหน้าท้องจนถึงหัวเหน่า ทำเช่นนี้จนมดลูกคลายตัว

ในกรณีที่ผู้คลอดมีการติดเครื่องมือทางการแพทย์บริเวณหน้าท้อง ให้ลูบหน้าท้องที่ส่วนบนและส่วนล่าง หรือที่หน้าขาทั้งสองข้าง ในกรณีที่สามีอยู่ในห้องคลอด อาจให้สามีช่วยลูบหน้าท้องภรรยา จะเป็นการประคับประคองจิตใจให้ภรรยาได้เป็นอย่างดี

3.1.3 การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) การฝึกการผ่อนคลายร่างกาย เป็นวิธีการที่จะช่วยให้สตรีรู้จักผ่อนคลายในระยะคลอด เพราะการเกร็งร่างกายในขณะที่เจ็บครรภ์ จะมีผลเสียทำให้กล้ามเนื้อเกิด

ความเครียด และอ่อนเพลียโดยไม่จำเป็น หลักการฝึก คือ การทำให้สตรีสามารถแยกได้ว่า เมื่อใดมีการเกร็ง และเมื่อใดมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน จนครบทุกส่วนของร่างกาย เริ่มจากให้สตรีตั้งครรรณ์นั่งหรือนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งในท่าที่สบาย หนุนหมอน ปลอ่ยร่างกายตามสบาย พังสายตาไปที่จุดใดจุดหนึ่ง จากนั้นฝึกการเกร็งสลับการผ่อนคลายร่างกายทีละส่วน โดยต้องฝึกการหายใจควบคู่ไปด้วย โดยการหายใจลึกๆเข้าทางจมุกในขณะที่เกร็งกล้ามเนื้อ และหายใจออกทางปากช้าๆ เมื่อคลายกล้ามเนื้อ การฝึกจะเริ่มจากบริเวณศีรษะเรื่อยมาจนถึงบริเวณขาและเท้า

3.1.4 การฝึกการควบคุมการหายใจ(controlled breathing) การฝึกเทคนิคการหายใจ จะช่วยให้สตรีตั้งครรรณ์สามารถควบคุมตนเองได้ เมื่อมีความเจ็บปวดขณะอยู่ในระยะคลอด การควบคุมการหายใจจะช่วยเพิ่มขนาดของทรวงอก ทำให้ปอดมีความจุเพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดมากขึ้น ช่วยให้สตรีและทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น และที่สำคัญคือเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ จากการเจ็บครรภ์ในขณะที่มดลูกหดรัดตัว ทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดบรรเทาลง และสตรีสามารถควบคุมตัวเองขณะคลอดได้

รูปแบบการหายใจที่นำมาใช้เพื่อเผชิญความปวดในระยะที่หนึ่งของการคลอด (ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร) มี 4 รูปแบบ ซึ่งแต่ละรูปแบบการหายใจมีความยากง่ายต่างๆกันไป โดยปรับใช้ตามความก้าวหน้าของการคลอด และตามลักษณะเฉพาะบุคคล สามารถฝึกปฏิบัติได้ตั้งแต่ตั้งครรรณ์ สามีหรือผู้ใกล้ชิดสามารถเข้ามามีบทบาทในการฝึกได้โดยเป็นผู้ช่วยกำหนดจังหวะ เพราะในระหว่างการฝึกจะต้องมีคำสั่งว่า “มดลูกเริ่มหดรัดตัว” และ “มดลูกเริ่มคลายตัว” ทุกครั้ง และยังต้องจับเวลา เนื่องจากเป็นการฝึก เพื่อให้สตรีตั้งครรรณ์เกิดความเคยชินว่า การหายใจจะต้องสัมพันธ์กับการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งปกติการหดรัดตัวของมดลูกในระยะคลอดจะมีระยะเวลาประมาณ 45-60 วินาที เมื่ออยู่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เมื่อได้รับการฝึกอย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมการหายใจได้โดยอัตโนมัติเมื่อมดลูกหดรัดตัวจริง

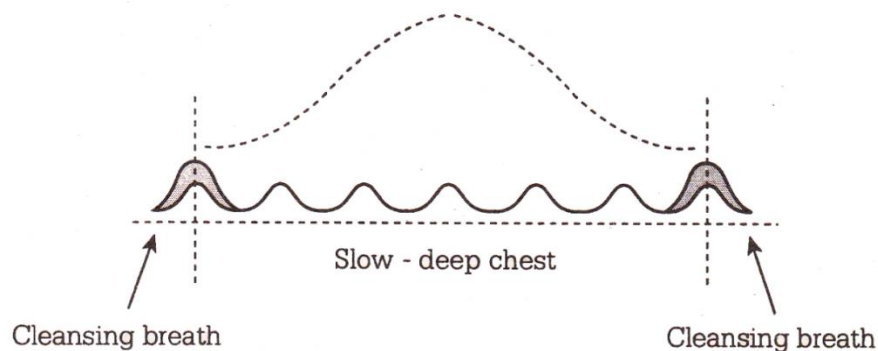
รูปแบบการหายใจในระยะที่หนึ่งของการคลอด มีดังนี้

1. การหายใจล้างปอด (cleansing breath or complete breath) เป็นรูปแบบการหายใจที่ใช้ เมื่อเริ่มและสิ้นสุดรูปแบบการหายใจ ที่จะได้กล่าวถึงต่อไป การหายใจล้างปอดจะช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น และเป็นการป้องกันการหายใจมากเกินไป (hyperventilation) ที่เกิดจากการหายใจเร็วๆด้วย

วิธีการปฏิบัติ

1. สตรีตั้งครรรณ์นั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบาย ผ่อนคลาย
2. สามีหรือบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้ใช้คำสั่ง “มดลูกเริ่มหดรัดตัว” และ “มดลูกคลายตัว”
3. ทุกครั้งเมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มหดรัดตัว” ให้สตรีตั้งครรรณ์หายใจเข้าลึกๆ ทางจมุกช้าๆ และเมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกคลายตัว” ให้ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ

2. การหายใจแบบช้า (slow chest breathing) ใช้เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์จนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร หรือในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ซึ่งความเจ็บปวดยังไม่รุนแรงนัก มดลูกหดรัดตัวทุก 5-20 นาที หดรัดตัวครั้งหนึ่งนาน 10-30 วินาที

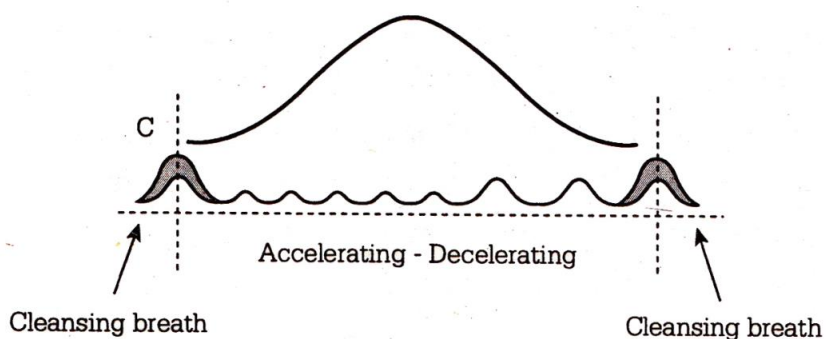


รูปที่ 36 รูปแบบการหายใจแบบช้า

ที่มา: การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.

วิธีการปฏิบัติ

1. สตรีตั้งครรภ์นั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบาย ผ่อนคลาย
2. สามีหรือบุคคลใกล้ชิด จับเวลา 1 นาที และเป็นผู้ใช้คำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” และ “มดลูกคลายตัว”
3. สตรีตั้งครรภ์เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” หายใจล้างปอด 1 ครั้ง แล้วหายใจให้ลมเข้าทรวงอก โดยหายใจเข้าทางจมูก และหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำเช่นนี้ 6-12 ครั้ง/นาที เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกคลายตัว” ให้หายใจล้างปอด
4. การหายใจแบบหายใจเข้าสลับเร็วตื้น (shallow accelerated-decelerated breathing) เป็นการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ระยะนี้มดลูกหดตัวแรงขึ้น นานขึ้น และถี่ขึ้น ผู้คลอดจะเจ็บครรภ์มากขึ้น มดลูกหดตัวทุก 3 นาที นาน 45-60 วินาที/ครั้ง

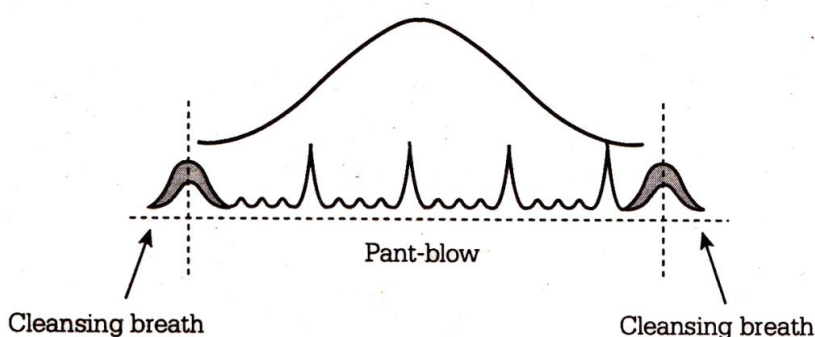


รูปที่ 37 รูปแบบการหายใจแบบหายใจเข้าสลับเร็วตื้น

ที่มา: การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.

วิธีการปฏิบัติ

1. สตรีตั้งครรภ์นั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบาย ผ่อนคลาย
2. สามีหรือบุคคลใกล้ชิด จับเวลา 1 นาที เป็นผู้ใช้คำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” “มดลูกหดตัวเต็มที่” “มดลูกเริ่มคลายตัว” และ “มดลูกคลายตัว”
3. สตรีตั้งครรภ์เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” หายใจล้างปอด 1 ครั้ง แล้วหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกหดตัวเต็มที่” ให้หายใจเร็วๆ สั้นๆ ตื้นอยู่ระดับคอ ไปเรื่อยๆ จนกระทั่งได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มคลายตัว” หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกคลายตัว” จึงหายใจล้างปอด
4. การหายใจแบบเป่าเทียน (pant-blow breathing) เป็นการหายใจในช่วงปลายของระยะที่หนึ่งของการคลอด (transitional phase) ปากมดลูกเปิดประมาณ 7-9 เซนติเมตร ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้คลอดอยากเบ่ง แต่ยังไม่สามารถเบ่งได้ เนื่องจากปากมดลูกยังไม่เปิดเต็มที่ ระยะนี้มดลูกจะหดตัวรุนแรงขึ้น นานขึ้นประมาณ 45-60 วินาที และถี่มากขึ้นเป็นทุก 2 นาที จะรู้สึกเจ็บปวดมาก นอกจากนี้ความรู้สึกคล้ายอยากเบ่งถ่ายและควบคุมไม่ได้ เกิดจากการที่ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมากบริเวณ rectum ของผู้คลอด ไปกระตุ้นของเส้นประสาท ทำให้รู้สึกอยากเบ่งถ่าย การหายใจด้วยวิธีนี้จึงเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ลดแรงดันจากมดลูก และความรู้สึกอยากเบ่งของผู้คลอด



รูปที่ 38 รูปแบบการหายใจแบบเป่าเทียน

ที่มา: การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2548.

วิธีการปฏิบัติ

1. สตรีตั้งครรภ์นั่งหรือนอนในท่าที่สุขสบาย ผ่อนคลาย
2. สามีหรือบุคคลใกล้ชิด จับเวลา 1 นาที เป็นผู้ใช้คำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” และ “มดลูกคลายตัว”
3. สตรีตั้งครรภ์เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” หายใจล้างปอด 1 ครั้ง ตามด้วยการหายใจเร็วๆ ตื้นๆ 4 ครั้ง เป่าออก 1 ครั้ง (ลักษณะการเป่าออก เหมือนการเป่าเทียนแต่เปลวไฟไม่ดับ) ทำเช่นนี้สลับไปเรื่อยๆ จนได้ยินคำสั่ง “มดลูกคลายตัว” หายใจล้างปอด 1 ครั้ง

รูปแบบการหายใจในระยะที่สองของการคลอด คือ

การหายใจเพื่อเบ่งคลอด (pushing breath) เมื่อปากมดลูกเปิดหมด การรับรู้ต่างๆของผู้คลอดจะลดลง ผู้คลอดจะมีความรู้สึกทรมานทรมาย และเหนื่อยล้า พยายามเบ่งเพื่อให้ทารกออกมา เพื่อให้การเบ่งคลอดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สตรีตั้งครรภ์จึงควรฝึกเทคนิคการหายใจนี้

วิธีการปฏิบัติ

1. สามีหรือบุคคลใกล้ชิด จับเวลา 1 นาที เป็นผู้ใช้คำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” และ “มดลูกคลายตัว”
2. สตรีตั้งครรภ์เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกเริ่มหดตัว” หายใจลึกลงไป 1 ครั้ง แล้วสูดลมหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุด จากนั้นก้มหน้า กลั้นหายใจ แล้วเบ่งให้แรงลงไปที่ก้น คล้ายเบ่งถ่ายอุจจาระ เบ่งแต่ละครั้งนานประมาณ 6 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออก ทำซ้ำ 2-3 ครั้งติดต่อกันจนมดลูกคลายตัว เมื่อได้ยินคำสั่ง “มดลูกคลายตัว” จึงหายใจลึกลงไป 2 ครั้ง

การฝึกในขณะตั้งครรภ์ จะให้สตรีตั้งครรภ์นั่งในท่าที่เหมาะสมต่อการเบ่งคลอด เช่น ท่านั่งยอง ท่านั่งตรง ท่านั่งพิงสามมี โดยไม่ให้มีการเบ่งจริง เพราะแรงเบ่งที่รุนแรงอาจทำให้ถุงน้ำคร่ำแตกได้ (สมใจ และศิริพร, 2548) ช่วงที่เบ่งให้เปลี่ยนมาเป็นนับ 1-10 ในใจ เมื่อได้ยินคำสั่งมดลูกคลายตัวให้ผ่อนลมหายใจออก แล้วหายใจลึกลงไป

ข้อควรระวังในการใช้เทคนิคการหายใจ การหายใจลึกและเร็ว เป็นการหายใจที่ไม่ถูกวิธี ทำให้เกิดอาการปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ริมฝีปากและนิ้วชา ซึ่งสามารถแก้ไขได้ โดยให้สตรีตั้งครรภ์หายใจช้าๆ ในถุงกระดาษหรือหายใจในอุ้งมือสีกครู่ อาการก็จะดีขึ้น

3.2 การนวด

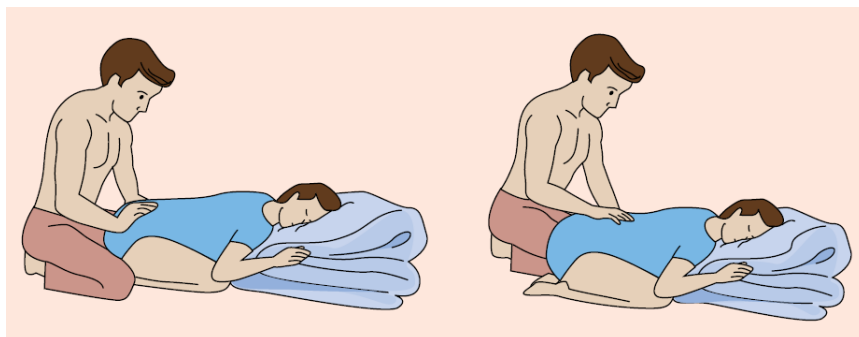
การนวดในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อการผ่อนคลาย ลดการปวดเมื่อย และเป็นการเพิ่มการไหลเวียน ผู้คลอดจะรู้สึกว่าได้พัก และสบายตัวมากขึ้น

เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกอึดอัด ไม่คล่องตัว ปวดเมื่อยตามหลัง และแขนขา ดังนั้นควรเรียนรู้การนวดด้วยตนเองในบางท่า และได้รับการนวดจากสามีหรือผู้ใกล้ชิดในบางท่า ที่ไม่สามารถนวดด้วยตนเองได้

3.2.1 การนวดหลังหรือการนวดส่วนต่างๆ ทางด้านหลัง

ท่านั่ง

1. สตรีตั้งครรภ์นั่งคุกเข่า โนมตัวไปข้างหน้า ชบหน้ากับหมอนแยกเข่าออกจากกัน ปลายเท้า ชี้เข้าหากัน หรือนั่งคร่อมเก้าอี้หันหน้าชบบนพนักพิง สามีหรือผู้นวดนั่งคุกเข่าอยู่ด้านหลังในท่าหลังตรง



รูปที่ 39

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

2. วางฝ่ามือทาบบริเวณส่วนปลายของกระดูกสันหลัง ให้สันมืออยู่ใกล้กับกระดูกก้นกบมากที่สุด แล้วใช้แรงจากฝ่ามือกดเดินสลับซ้ายและขวาเบาๆ ขณะที่มดลูกมีการหดตัว กดจากก้นกบไปตามแนวข้างกระดูกสันหลัง จนถึงส่วนบนบริเวณกล้ามเนื้อสะบักและไหล่ หรือใช้ฝ่ามือลูบโดยลงน้ำหนัก หรือใช้นิ้วกดคลึง ขึ้นลงไปตามแนวเดิม เมื่อมดลูกคลายตัวให้หยุดพัก นอกจากนี้จึงหะการนวดควรสอดคล้องกับจังหวะการหายใจ และควรสอบถามความรู้สึกของสตรีตั้งครรถ์ไปด้วย เพื่อให้การนวดนั้นสามารถช่วยผ่อนคลายและรู้สึกสบายมากที่สุด

ในระยะคลอดการนวดบริเวณก้นกบ (coccyx) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกระดับไขสันหลัง จะเป็นการกระตุ้นทำให้ประตูความเจ็บปวดปิด ตามทฤษฎีควบคุมประตูความเจ็บปวด (gate control theory of pain) ทำให้ผ่อนคลายและลดความเจ็บปวดได้



รูปที่ 40

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

ทำนอนตะแคง

1. สตรีตั้งครรถ์นอนตะแคง ในลักษณะขาข้างเหยียดตรง ขาบนงอเล็กน้อยมีหมอนสอดรองระหว่างขา ผู้นวดนั่งด้านหลัง เพื่อนวดหลังและสะโพก

นวดหลังทำนอนตะแคง โดยใช้ฝ่ามือคลึงหรือลูบจากสะโพกไปถึงไหล่ โดยฝ่ามืออยู่ข้างแนวกระดูกสันหลัง นวดไปตามแนวยาวของลำตัว จนถึงสะบักหรือไหล่ ถ้าสตรีตั้งครรถ์ชอบแบบลงน้ำหนัก อาจใช้การนวดแบบกดคลึง คือการใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงไปตรงๆ นิ่งๆ นานประมาณ 10 วินาที จึงย้ายตำแหน่งให้ทั่วบริเวณ

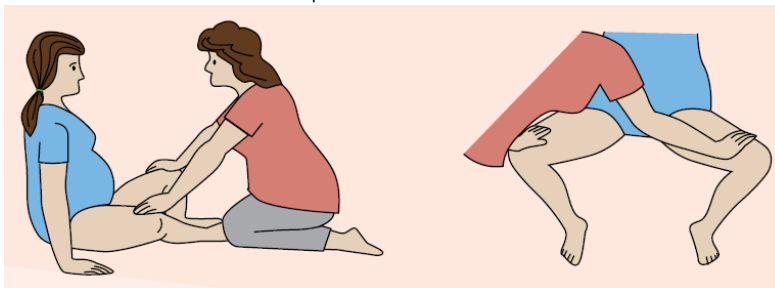


รูปที่ 41

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

3.2.2 การนวดขาส่วนบน น่องและเท้า

1. นั้งบนเก้าอี้ หรือนั่งกับพื้นด้วยท่าที่สบาย แยกขา ผู้นวดนั่งคุกเข่าตรงหน้า ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้าง กดนวดเดินสลับมือ จากเข่ามายังต้นขาด้านในถึงขาหนีบ ทำซ้ำเป็นจังหวะให้สอดคล้องกับการหายใจ
2. กรณีที่เป็นตะคริว ให้วางเท้าข้างหนึ่งบนตักผู้นวด ผู้นวดช่วยผลักปลายเท้าเข้าหาตัวผู้คลอด แล้วใช้มือนวดคลึงหลังเท้า ข้างเท้าและข้อเท้าเบาๆ



รูปที่ 42

แหล่งที่มา คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557

การเตรียมบทบาทการเป็นบิดามารดา

การเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอดควรเน้นเกี่ยวกับการเตรียมบทบาทการเป็นบิดามารดาด้วย โดยผู้เป็นสามีต้องทำบทบาทดังนี้ (วัฒนา, 2555)

1. พากรรยาไปฝากครรภ์ เพราะจะได้คอยให้กำลังใจนอกจากนี้เวลาแพทย์ตรวจหรือแนะนำอะไรสามีก็จะได้รับรู้ด้วย และหากมีปัญหาที่ต้องตัดสินใจ จะช่วยตัดสินใจและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด
2. เข้าใจการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ และช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจไม่ว่าจะด้วยการพูดจาให้กำลังใจ ช่วยทำงานบ้าน หาลาอาหารให้ทาน หรือช่วยปีนวดแก้อาการปวดน่อง ปวดขา ปวดหลัง เป็นต้น
3. เข้ารับการอบรมเพื่อการเตรียมตัวเป็นคุณพ่อเพื่อช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจในห้องคลอดต่อไป

การเตรียมบทบาทการเป็นมารดา

1. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์เพื่อดูแลตนเองจากญาติที่ใกล้ชิดหนังสือ, ทีวี, วิทยู จากคลินิก โรงพยาบาลต่างๆ
2. เตรียมตัวที่จะรับสมาชิกใหม่ให้กับบุตรคนโตที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี โดยให้บุตรคนโตพูดคุยกับทารกในครรภ์ พร้อมกับสัมผัสทารกทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันการอิจฉาน้อง นอกจากนี้ควรให้ความเอาใจใส่บุตรคนโตให้มาก
3. ฝึกบทบาทการเป็นมารดา โดยประเมินความก้าวหน้าในการแสดงบทบาทที่ผ่านมา ความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา และร่วมกันวางแผนว่าจะทำสิ่งใดให้กับทารก

การเตรียมตัวสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด เป็นการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ เหมาะสมสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อลดปวด และได้รับการสนับสนุนจากสามี หรือบุคคลใกล้ชิดที่ได้เข้ารับการเตรียมคลอด ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจ มีประสบการณ์การคลอดที่ดี ช่วยส่งผลดีต่อการแสดงบทบาทเป็นบิดามารดา

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ตั่งหลักมันคง. (2560). ความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริงในการคลอดบุตรของผู้หญิงไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(3)*, 525-532.
- เกศินี ไชยโม, ธัญญมล สุรียนามิตสุข, และกิตติพร ประชาศรัยสรเดช. (2560). การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด. *วารสาร มนก. วิชาการ, 20(40)*, 141-150.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติในการเฝ้าคลอด*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เจียรนัย โพธิ์ไทรย์. (2544). *หลักการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเอง*. เชียงใหม่: แพรการพิมพ์.
- ชนิดาภา เนียนปชชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณณี อึ้งปัญสัตวงศ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 34(4)*, 56-64.
- ณัฐจิรา วินิจนัย, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, และวรรณภา พาหุวัฒน์นกร. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความวิตกกังวลในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการเร่งคลอด ด้วยยาออกซิโทซิน. *วารสารสภาการพยาบาล, 28(4)*, 44-54.
- ทิวากร ชำนิกุล, และพักตร์วิไล ศรีแสง. (2553). ผลของโปรแกรมเร่งสนับสนุนจากญาติต่อความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 33(1)*, 33-42.
- ดารุณี จันญาไชย, กริยากร ธิระโต, และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว. (2556). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนประคับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลพระอาจารย์พิน อจาโร. *วารสารสภาการพยาบาล, 28(1)*, 100-110.
- ธวัชรรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ณ กั้นระรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร, 40* (ฉบับพิเศษธันวาคม). 12-21.
- นวพร มามาก, ศรีสมร ภูมณสกุล, และอรพินธ์ เจริญผล. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในระหว่างการจัดครรภ์และการคลอด ต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดา มารดาและทารก. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 14*, 258-271.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. *พยาบาลสาร, 40* (ฉบับพิเศษมกราคม), 103-112.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และสุกัญญา (2558). *การพยาบาลในระยะคลอด*. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- พิริยา ศุภศรี. (2550). การคลอดธรรมชาติ: การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 15*, 16-26.
- พรรณทิพย์ โขมขุนทด, อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, และจันทรรัตน์ เจริญสันติ. (2557). ผลของการเตรียมตัวเพื่อการคลอดต่อระดับความเจ็บปวดระยะเวลาของการคลอดและการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร, 41(1)*, 13-24.
- วรางคณา ชัชเวช, ศศิกานต์ กาละ, สุรีพรีย์ กฤษเจริญ, วชิรี จงไพบุลย์พัฒนะ และกัลยาณี บุญสิน. (2555). การพัฒนารูปแบบการเตรียมตัวเพื่อการคลอดสำหรับสตรีที่ตั้งครรภ์และผู้ช่วยเหลือ. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 30(3)*, 143-151.

- วัฒนา ศรีพจนารถ. (2555). หลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ใน *คู่มือการเรียนการพยาบาลมารดาและทารก*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิธร พุมดวง. (2559). *สูติศาสตร์ระยะคลอด (ฉบับปรับปรุง)*. ชานเมืองการพิมพ์: สงขลา.
- ศิริวรรณ ยืนยง, และนันทน์ภัส รักไทย. (2554). ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดจากญาติใกล้ชิดต่อความเจ็บปวดความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19 (ฉบับพิเศษ2), 67-82.
- สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และศิริพร พงษ์โกคา. (2554). การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีในระยะให้กำเนิดบุตร ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6 (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. ม.ป.ท.: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และปราณิสรา กิตติปัญญา. (2556). ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติ ต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 23-31.
- อาทิตยา เพิ่มสุข.(2550). *ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดโดยสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงต่อผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก*. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). การเตรียมสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อการคลอด. ใน *อำไพ จารุวัชรพานิชกุล (บรรณาธิการ). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1*. (หน้า 287-303). เชียงใหม่: ครอบคลุมพรินติ้ง.
- เอกชัย โควาวีสารัช. (2551). *คลอดเองได้ง่ายนิดเดียว (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: บริษัท รักลูกกรุ๊ปจำกัด.
- Akca, A., Esmer, A. C., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecology Obstetrics*, 295, 1127-1133. Doi10.1007/s00404-017-4345-5
- Balascas, J. (1983). *Active birth*. London: Thorsons.
- Chunuan, S., Somsap, Y., Tiansawad, S., Nangham, S., & Jearmamornrat, A. (2007). An evaluation of childbirth policy in Thailand: A case study in the southern part of Thailand. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(4), 227-239.
- Chuahorm U., Sripichyakarn, K., Tungpunkom P., Klunklin A., & Kennedy, H. P. (2007). Fear and suffering during childbirth among Thai women, *Thai Journal of Nursing Research*, 11(1), 49-61.
- Dick-Read, G., & Gaskin, I. M. (2013). *Childbirth without fear: The principles & practice of natural childbirth*. London, UK: Pinter & Martin.
- Fahy, K., Foureur, M., & Hastie, C. (2008). *Birth territory and midwifery guardianship*. China: Butterworth Heinemann Elsevier.
- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwiek, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant woman. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 38(5), 567-576.

- Lothian, J. A. (2009). Safe, healthy birth: What every pregnant women needs to know. *Journal of Perinatal Education, 18*, 43-54.
- Manizheh, P. & Leila, P. (2009). Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction and Infertility, 10*(3), 217-23.
- Martin, H. (2012). The importance of education in preparing women for childbirth. *Nurse Education in Practice, 12*, 240-241. doi: 10.1016/j.nepr.2012.05.012
- Masourmi, S. Z., Kazemi, F., Oshvandi, K., Jalali, M., Esmaeili-Vardanjani, A., & Rafiei, H. (2016). Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Family and Reproductive Health, 10*(3), 115-121. Retrieved from <http://jfrh.tums.ac.ir>.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (1999). Fear associated with pregnancy and childbirth-experiences of woman who have recently given birth. *Midwifery, 15*(3), 177-182.
- Melender, H. L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant woman. *Birth, 29*(2), 101-111.
- Ntombana R., Sindiwe, J., & Ntombodidi, T. (2014). Opinions of laboring women about companionship in labour wards. *African Journal of Midwifery & Women's Health, 8*(3), 123-127.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing, care of the child bearing & childrearing family* (7th ed.). Lippincott: Williams, &Wilkins
- Riedmann, G. L. (2008). *Education for childbirth*. Global library of women's medicine. doi: 10.3843/GLOWM.10109
- Tampawiboon, K. (2005). *Effect of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction*. Unpublished thesis. Mahidol University.
- Tsui, M. H., Pang, M. W. Melender, H. L., Xu, L., Lau, T. K., & Leung, T. N. (2006). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women Health, 44*(4), 79-92.
- Waldestrom U., Hildingsson I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 23*(2), 638-646. Retrieved from DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x www.blackwellpublishing.com/bjog
- Ward, S. L., & Hisle, S. M. (2016). *Maternal-child nursing care: Optimizing outcomes for mothers, children and families*. Philadelphia, PA : F.A. Davis Company.
- Wijma, K., Alehagen, S., & Wijma, B. (2002). Development of the delivery fear scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 23*(2), 97-107.

Zauderer, C. R. (2016). *Maximizing comfort for the laboring women*. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, K. R. Alden, & E. F. Olshansky (Eds.), *Maternity & women health care* (11 th ed. pp. 381-409). St. Louis, MO: Elsevier.

การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

- วัตถุประสงค์** ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถ
1. บอกความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง
 2. บอกวิธีการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง

เนื้อหา

การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

1. ความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์
2. วิธีการกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์

การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

ความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

ในอดีตการที่ทารกคลอดออกมารอดปลอดภัย สมบูรณ์แข็งแรง มารดาและครอบครัวก็มีความสุขและพึงพอใจ แต่ปัจจุบันมีข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ มากมาย แนะนำให้มีการกระตุ้นพัฒนาการสมองของทารกตั้งแต่ในครรภ์ มารดา เพื่อให้ทารกที่คลอดออกมามีสติปัญญาดี อารมณ์ดี เลี้ยงง่าย นอกจากนี้ความรู้ทางการแพทย์ที่ก้าวหน้ามากขึ้นทำให้ทราบถึงพัฒนาการของสมองของทารกในครรภ์ และทารกในครรภ์สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้ารอบตัวได้ สตรีตั้งครรภ์จึงควรดูแลใส่ใจตนเอง พยายามสร้างและรักษาสภาพแวดล้อมที่ดีเพื่อลูกในครรภ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ สภาพแวดล้อมที่พอเหมาะจะพัฒนาเซลล์สมองทารกและทำให้มีเส้นใยประสาทมากขึ้น จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและอาหารที่มีผลต่อการเจริญของสมองทารกในครรภ์ มากกว่าปัจจัยด้านพันธุกรรม (Zamenhof & Marthens, 1974)

เนื่องจากเซลล์สมองของทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของสมองคือ 1) พันธุกรรม (gene/ chromosome) 2) สารอาหารจากมารดาในระยะตั้งครรภ์ และ 3) การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่พอเหมาะ จะช่วยพัฒนาเซลล์สมองของทารกให้มีการเจริญเติบโต และมีเส้นใยประสาทมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างพัฒนาการของทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาตั้งครรภ์ 270 วัน เป็นช่วงที่สมองมีการพัฒนาทั้งการสร้างเซลล์และการเชื่อมโยงจนเกิดเป็นโครงข่ายของเส้นใยประสาทนับพันล้านโครงข่าย (นัยพินิจ, 2559) ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ทารกในครรภ์มีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและเซลล์สมองที่ดีนั้นขึ้นกับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกของสตรีตั้งครรภ์ และสภาพแวดล้อมภายหลังคลอด (นิตยา, 2554) ดังนั้นการกระตุ้นพัฒนาการของทารกจะต้องเริ่มกระทำตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์

วิธีการกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์

ทารกในครรภ์สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้ารอบตัวได้ ขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ และสภาพแวดล้อมที่ดี การที่มารดาพยายามสร้างและรักษาสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อลูกในครรภ์ นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างมารดาทารกแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์อีกด้วย วิธีการกระตุ้นพัฒนาการมีหลายวิธีดังนี้ (วิทยา, 2553)

1. ด้านอารมณ์ สตรีตั้งครรภ์ควรปรับอารมณ์ให้ดีอยู่เสมอ ลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด จากการ ศึกษาทางการแพทย์พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อารมณ์ดีอยู่เสมอจะทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารแห่งความสุขที่เรียกว่า เอ็นดอร์ฟิน (endorphin) ออกมาผ่านทางสายสะดือไปยังทารกในครรภ์ ทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ดีทั้งสมอง (IQ) และอารมณ์ (EQ) ในทางตรงข้ามสตรีตั้งครรภ์ที่มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ร่างกายจะหลั่งสารแห่งความเครียดที่เรียกว่า อะดรีนาลิน (adrenalin) ออกมา ทำให้ทารกเมื่อคลอดออกมา งอแง เลี้ยงยาก และมีพัฒนาการช้า (วิทยา, 2553)

2. ระบบรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหว เมื่อทารกในครรภ์อายุประมาณ 5 เดือนขึ้นไป ระบบประสาทการเคลื่อนไหวของทารกจะมีความพร้อมต่อการรับรู้การสัมผัสของมารดา

- 2.1 การลูบและสัมผัสทารกในครรภ์โดยผ่านทางผนังหน้าท้องนั้น จะพัฒนาเส้นใยประสาทของ

สมองส่วนรับรู้ความรู้สึก เพิ่มประสิทธิภาพและความไวในการรับรู้ของทารก ส่งเสริมให้ทารกอารมณ์ดี ไม่ก้าวร้าว และช่วยสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา บิดาและทารกในครรภ์ ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

วิธีทำ ใช้มือลูบวนบริเวณท้องเป็นวงกลมช้าๆ และตบหน้าท้องเบาๆ หรือลูบขึ้นไปทางซี่ข้างพร้อมกับหายใจเข้าและลูบลงตรงกลางหน้าท้องพร้อมกับการหายใจออกช้าๆ ควรลูบหน้าท้องช้าๆสม่ำเสมอตั้งแต่อายุครรภ์ 5 เดือนขึ้นไป ทำช่วงเวลาใดและนานเท่าไรก็ได้

2.2 การนึ่งบนแก้อั๊กไปมานั้น นอกจากจะกระตุ้นเซลล์สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวแล้ว ยังทำให้ทารกในครรภ์ได้ปรับตัวเข้าหาสิ่งแวดล้อมได้ดี เพราะการโยกตัวอย่างเป็นระบบ จะทำให้ทารกในครรภ์รู้จักการต้านแรง ส่งผลให้มีการพัฒนากล้ามเนื้อ เกิดอารมณ์สงบกับการโยก ในระยะหลังคลอดเมื่อทารกร้องกวน ถ้าอุ้มนึ่งบนแก้อั๊ก ทารกจะสงบเร็วขึ้น อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์ยังรู้สึกผ่อนคลายอีกด้วย

วิธีทำ นึ่งโยกตัวไปด้านหน้าและหลังหรือซ้ายและขวา โดยนึ่งโยกเป็นระบบสม่ำเสมอ ควรทำในที่ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก เงียบสงบ ควรทำสม่ำเสมอ ทำช่วงเวลาใดและนานเท่าไรก็ได้

นอกจากนั้นการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวของมารดา เช่น การว่ายน้ำ การเดินรำ ทำทางการเคลื่อนไหวที่นุ่มนวล ก็สามารถช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกายของทารกในครรภ์ได้เช่นกัน (anymous, n.d) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกาย ลูกในครรภ์จะมีการเคลื่อนไหวตามไปด้วย เป็นการกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสของทารกให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น สตรีตั้งครรภ์ควรเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่หักโหมเกินไป

3. ระบบการได้ยิน เมื่อทารกในครรภ์อายุประมาณ 5 เดือนขึ้นไป ระบบการได้ยินของทารก จะมีการพัฒนาเต็มที่ โดยรับรู้และตอบสนองต่อเสียงที่อยู่รอบตัวได้ คลื่นเสียงจะไปกระตุ้นให้ระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน มีการพัฒนาระบบการทำงานได้เร็วขึ้น จะช่วยให้ทารกที่คลอดออกมามีพัฒนาการด้านร่างกายและไอคิวสูง เพราะสามารถจัดลำดับความคิดในสมองและจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ทารกมีอารมณ์แจ่มใส ไม่ร้องกวน และหลับง่ายขึ้น จึงมีการนำเอาเสียงภายนอกมาช่วยเสริมสร้างพัฒนาการของทารกในครรภ์ ให้ทารกเคยชินต่อเสียง และเป็นการพัฒนาภาษาพร้อมกันไปด้วย ได้แก่

3.1 การใช้เสียงดนตรี เลือกเพลงบรรเลงเย็นๆ หรืออาจจะเป็นเพลงที่มีความไพเราะและสตรีตั้งครรภ์ชอบ เปิดให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ฟังไปพร้อม ๆ กัน งานวิจัยพบว่าดนตรีส่งเสริมการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ (Pirhadi, 2015) การได้ยินเสียงมารดาและการสัมผัสทางหน้าท้องทำให้ทารกมีการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น (Marx & Nagy, 2015)

วิธีทำ ควรเปิดเสียงเพลงดังพอประมาณเปิดเพลงวันละครั้ง ครั้งละ 10-15 นาทีอาจเลือกเปิดหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ ซึ่งเป็นเวลาที่ทารกตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับฟังเสียงได้ โดยสังเกตได้จากการดิ้นของทารก ปัจจุบันมีการผลิตอุปกรณ์ใช้พูดคุยกับทารกในครรภ์เรียกว่า infant phone ปลายหนึ่งครอบไว้ที่หน้าท้องของมารดา บริเวณใกล้กับศีรษะของทารกในครรภ์ อีกปลายหนึ่งไว้ให้มารดาพูดคุยกับทารก หรือนำแก้วกระดาษ 2 ใบ มาเจาะรูสอดเชือกเป็นสายโทรศัพท์ คุณแม่พูดที่แก้วใบหนึ่ง อีกใบหนึ่งก็จ่อที่หน้าท้อง



รูปที่ 43: แสดง infant phone from <https://www.google.co.th/search?q=infant+phone&biw>

3.2 เสียงพูดคุยของสตรีตั้งครรภ์ เสียงเล่านิทานของสตรีตั้งครรภ์ถือได้ว่าเป็นเสียงธรรมชาติ และเป็นสิ่งแวดล้อมที่ดี ที่จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพของทารกในครรภ์ได้ เสียงที่นุ่มนวล เสียงร้องเพลง จะช่วยให้ทารกจดจำเสียงนั้นได้และรู้สึกคุ้นเคยเมื่อคลอดออกมา

4. ระบบการมองเห็น ทารกสามารถกะพริบตาเพื่อตอบสนองต่อแสงไฟที่มากกระตุ้นได้ และรับรู้ผ่านการมองเห็นได้เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 7 เดือนขึ้นไป ลูกน้อยในครรภ์สามารถกะพริบตาเพื่อตอบสนองต่อแสงไฟที่กระตุ้นได้ การส่องไฟที่หน้าท้องเชื่อว่าจะทำให้เซลล์สมองและเส้นประสาทส่วนรับภาพและการมองเห็น มีพัฒนาการดีขึ้น และเตรียมพร้อมสำหรับการมองเห็นภายหลังคลอด โดยไม่จำเป็นต้องเล็งว่าแสงจะเข้าตรงกับนัยน์ตาของทารก

5. สมอง คืออวัยวะที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ เป็นส่วนกลางของระบบประสาท มีหน้าที่ควบคุมระบบต่าง ๆ ของร่างกายและเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การก่อตัวของสมองเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 2 สัปดาห์ โดยเมื่อทารกในครรภ์อายุ 8 สัปดาห์ เซลล์ประสาทต่าง ๆ ในสมองก็เริ่มพัฒนาเชื่อมต่อกันกับเนื้อสมอง และพัฒนาเชื่อมโยงกันเอง เกิดเป็นข่ายใยเส้นประสาทจำนวนมาก เพื่อทำหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเซลล์สมองจะพัฒนาจนถึงอายุ 2 ปี หลังจากนั้นพัฒนาการของสมองจะลดลง อาหารที่บำรุงสมอง เนื้อสมองของทารกในสาหร่ายทะเล และเออาร์เอ (ARA) ซึ่งมีมากในอาหารพวกน้ำมันพืช เช่น น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน และน้ำมันข้าวโพด (วิทยา, 2553) สตรีตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมสมองและกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์ด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรดโฟเลต กรดไขมัน (พิชญา, 2559) การเลือกรับประทานอาหารที่มีสารอาหารดังกล่าวให้เพียงพอ จะทำให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างเนื้อสมอง และระบบเส้นใยประสาทที่มีคุณภาพต่อไป นอกจากนี้ การให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศดี การกระตุ้นระบบประสาททารกในครรภ์ ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับความรู้สึก และการเคลื่อนไหว จะช่วยให้ทารกมีศักยภาพในการเรียนรู้ภายหลังคลอดได้ในระดับสูงสุด

เซลล์สมองของทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อายุครรภ์ ทารกในครรภ์สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ ดังนั้นการกระตุ้นและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี จึงเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาทารก สภาพแวดล้อมที่พอเหมาะจะพัฒนาเซลล์สมองทารกให้มีขนาดใหญ่ มีเส้นใยประสาทมากขึ้น เป็นการเสริมสร้างพัฒนาการของทารกในครรภ์ในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา

ครรภ์มีองค์ประกอบเป็นไขมัน โดยเฉพาะไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวถึงร้อยละ 60 ได้แก่ กรดไขมันดีเอช เอ (DHA) ซึ่งมีมากในอาหารพวกปลาทะเลและ

สื่อที่ใช้: วิดีทัศน์วิธีกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- นิตยา คชภักดี. (2554). ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นัยพินิจ คชภักดี. (2559). พัฒนาการของสมอง. ค้นเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2562, จาก http://neuroscience.mahidol.ac.th/NBBC2009/NK_BrainDevelopment2008.pdf
- พิชญา อังคะนาวิน. (2559). การส่งเสริมสมองเพื่อพัฒนาการของทารกในครรภ์. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 162-171.
- วิทยา ถิฐาพันธ์. (2553). *อยากกระตุ้นให้ลูกฉลาดตั้งแต่วัยในท้อง*. Siriraj E-Pulic Library ความรู้สู่ประชาชน. ค้นเมื่อ 28 กรกฎาคม 2561, เว็บไซต์: www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=425
- Anonymous (n.d). *12 Prenatal stimulation exercises*. Retrieved July 19, 2018 from <https://youaremom.com/12-prenatal-stimulation-exercises>
- Marx, V., & Nagy, E. (2015). Fetal behavioral responses to maternal voice and touch. *PLoS ONE*, 10(6), e0129118. doi:10.1371/journal.pone.0129118.
- Pirhadi, M. (2015). The effect of vibroacoustic stimulation and music on fetal movement. *International Journal of Pediatrics*, 3(21), 903-908.
- Zamenhof, S., & Van Marthens, E. (1974). Study of factors influencing prenatal brain development. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 4, 157-168.