

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 Nursing care during labour and delivery	1
- การพยาบาลในระยะคลอด	2
บทที่ 5 Nursing care during the Postpartum period	95
- การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของมารดาหลังคลอด	96
และการปรับตัวด้านจิตสังคม	
- การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	118
- การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด	148
- การสร้างสัมพันธภาพบิดามารดาและทารก	161
ในระยะตั้งครรภ์	
- การเตรียมบทบาทการเป็นบิดามารดาในระยะตั้งครรภ์	167
- การส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกหลังคลอด	179
บทที่ 6 Nursing care of the normal newborn	185
- การพยาบาลทารกแรกเกิด	186

บทที่ 4

Nursing care during labour and delivery

การพยาบาลในระยะคลอด

Nursing Care During Labor and Delivery

ศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง

วัตถุประสงค์เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

- 1) อธิบายการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 2) อธิบายนิยามการคลอดและระยะของการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 3) อธิบายปัจจัยชักนำให้เกิดการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 4) อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 5) อธิบายกลไกการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 6) การรับผู้คลอดใหม่ได้อย่างถูกต้อง
 - 7) อธิบายการพยาบาลในระยะ 1 ของการคลอด ได้อย่างถูกต้อง
 - 8) อธิบายการพยาบาลในระยะ 2 ของการคลอด ได้อย่างถูกต้อง
 - 9) อธิบายการทำคลอดทารกปกติได้อย่างถูกต้อง
 - 10) อธิบายการพยาบาลระยะที่ 3 ของการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 11) อธิบายการฉีกขาด/การตัดและการซ่อมแซมฝีเย็บได้อย่างถูกต้อง
 - 12) อธิบายการพยาบาลระยะที่ 4 ของการคลอดได้อย่างถูกต้อง
 - 13) อธิบายการพยาบาลด้านสรีรจิตสังคมแก่มารดาในระยะคลอดได้อย่างถูกต้อง
- ถูกต้อง
- 14) อธิบายการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
- ถูกต้อง
- 15) อธิบายการส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอดได้อย่างถูกต้อง

หัวข้อเรื่อง

1. การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอด
 - 1.1 อาการนำก่อนเข้าสู่ระยะคลอด
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม
 - 1.5 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ
2. นิยามการคลอดและระยะของการคลอด
 - 2.1 ความหมายของการคลอด
 - 2.2 การเจ็บครรภ์จริงและการเจ็บครรภ์เตือน
 - 2.3 การหดรัดตัวของมดลูก
 - 2.4 ระยะของการคลอด

3. ปัจจัยชักนำให้เกิดการคลอด
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด
5. การรับผู้คลอดใหม่
6. การพยาบาลในระยะ 1 ของการคลอด
 - 6.1 การพยาบาลในระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด
 - 6.2 การพยาบาลในระยะก้าวหน้าของการคลอด
 - 6.3 การพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่านของการคลอด
 - 6.4 การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์
 - 6.5 การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด
 - 6.6 การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด
 - 6.7 สิ่งที่ต้องคำนึงเกี่ยวกับลักษณะห้องคลอด
7. การพยาบาลในระยะ 2 ของการคลอด
 - 7.1 กลไกการคลอด
 - 7.2 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการคลอด
 - 7.3 การช่วยคลอดทารก
 - 7.4 การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด
 - 7.5 การพยาบาลลดการฉีกขาดของทางคลอด
 - 7.6 หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดทันที
 - 7.7 การประเมินสภาพทารกแรกเกิด
8. การพยาบาลระยะที่ 3 ของการคลอด
 - 8.1 การเร่งการคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด
 - 8.2 การลอกตัวของรก
 - 8.3 การทำคลอดรก
 - 8.4 การตรวจรก
9. การฉีกขาดและการซ่อมแซมฝีเย็บ
10. การพยาบาลระยะที่ 4 ของการคลอด
11. การพยาบาลด้านสรีรจิตสังคมแก่มารดาในระยะคลอด
12. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา
 - 12.1 ทฤษฎี Gate Control
 - 12.2 การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา
 - 12.3 ประโยชน์ของการลดปวดในระยะคลอด
13. การส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งพยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับ 1.การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอด 2.นียมการคลอดและระยะของการคลอด 3.ปัจจัยชักนำให้เกิดการคลอด 4.ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด 5.การรับผู้คลอดใหม่ 6.การพยาบาลในระยะ 1 ของการคลอด 7.การพยาบาลในระยะ 2 ของการคลอด 8.การพยาบาลระยะที่ 3 ของการคลอด 9.การฉีกขาดและการซ่อมแซมฝีเย็บ 10.การพยาบาลระยะที่ 4 ของการคลอด 11.การพยาบาลด้านสรีรจิตสังคมแก่มารดาในระยะคลอด

12. การดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา และ 13. การส่งเสริมความสบายในระยะคลอด

1. การเปลี่ยนแปลงในระยะคลอด

ระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ในหัวข้อนี้จะได้กล่าวถึงอาการนำก่อนเข้าสู่ระยะคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาและทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ

1. 1 อาการนำก่อนเข้าสู่ระยะคลอด (Premonitory signs of labor)

อาการนำก่อนการเข้าสู่ระยะคลอดมีดังนี้

1. ท้องลด (lightening) อาการท้องลดมักเกิดก่อนคลอด 10-14 วัน และมักเกิดในมารดาครรภ์แรก (Ricci, 2009; Varney, Kriebs, & Gegor, 2004) และบ้างเชื่อว่าท้องลดเกิดก่อนการเจ็บครรภ์จริง 4 สัปดาห์ เกิดเมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อนเข้ามาในช่องเข้าของเชิงกรานจากการข้อมการหดตัวของมดลูก (King et al., 2015; Varney et al., 2004) ซึ่งทำให้ช่องอกของมารดากว้างขึ้น มารดาหายใจสะดวกขึ้น (Budin, 2007) อย่างไรก็ตามหลังท้องลดมารดาอาจมีอาการเหล่านี้

1.1) เป็นตะคริวและปวดขา เนื่องจากการกดทับเส้นประสาทในช่องเชิงกรานที่มาเลี้ยงบริเวณขา (greater sciatic foramen) (King et al., 2015; Varney et al., 2004)

1.2) ความดันในช่องเชิงกรานเพิ่มขึ้น ทำให้มารดาารู้สึกอึดอัดเหมือนเด็กจะหลุดออกมาหรือปวดถ่ายอุจจาระ นอกจากนี้มีการคั่งของเลือดส่วนล่าง (venous stasis) ทำให้ขาบวม (King et al., 2015; Varney et al., 2004)

1.3) ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากการคั่งของน้ำ (congestion) บริเวณอุ้งเชิงกราน และการยึดของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอาจทำให้หูรูดของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะทำงานได้ไม่ดีและอาจมีอาการปัสสาวะเล็ดได้ (Cassidy, 1993) และอาการปัสสาวะบ่อยเกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะถูกกดจากการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (King et al., 2015; Varney et al., 2004)

1.4) สารคัดหลั่งจากช่องคลอดเพิ่มขึ้น

2. ปวดหลัง จากการที่มีการยึดขยายของเอ็นที่ยึดอุ้งเชิงกราน (pelvic joint) จากผลของฮอร์โมนรีแล็กซิน เมื่อมีการเดินจะมีอาการปวดหลังได้ เนื่องจากการเคลื่อนและการกดทับของข้อต่อซาโครอิลิแอค (sacroiliac joint) (Budin, 2007; Cassidy, 1993) ซึ่งยึดกระดูกขาครัมและไอเลียม อาการปวดหลังอาจเป็นผลต่อเนื่องจากท่าทางของมารดาในระยะตั้งครรภ์ (Budin, 2007)

3. น้ำหนักลด 0.5-1.5 กก. ในช่วง 1 เดือนก่อนคลอดเนื่องจากการสูญเสียสารน้ำและการเคลื่อนที่ของสารเกลือแร่จากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010)

4. การข้อมการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงมากขึ้น (stronger Braxton Hicks contractions) โดยทั่วไประยะเวลาของการหดตัวของมดลูก (duration) นาน 30 วินาที และบางรายอาจนานถึง 2 นาที (Ricci, 2009) แต่การหดตัวของมดลูกไม่สม่ำเสมอ มารดาจะรู้สึกเหมือนมดลูกถูกบีบ ส่วนใหญ่ไม่มีความปวด (Budin, 2007) แต่อาจมีอาการคล้ายกับการปวดประจำเดือนหรืออาจมีอาการปวดท้องน้อยและปวดหลังร่วมด้วยได้ ซึ่งส่วนใหญ่มารดาอาจรู้สึกว่ามีมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ จึงมักทำให้การวินิจฉัยการเจ็บครรภ์จริงผิดพลาด (Khan & Razi, 2005 as cited in Budin, 2007) เมื่อมารดาเดินหรือเปลี่ยนท่า การหดตัวของมดลูกจะลดลง (Ricci, 2009) สาเหตุการเกิดการหดตัวมากขึ้นเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนและความตึงตัวของมดลูกที่มากขึ้น (uterine distension) (Khan & Razi, 2005 as cited in Budin, 2007) การข้อมการหด

ตัวของมดลูกช่วยให้ปากมดลูกสุกหรือนุ่มและทำให้ตำแหน่งของปากมดลูกเคลื่อนจากด้านหลังมาด้านหน้า (Ricci, 2009)

5. มีการเพิ่มของพลังงานอย่างมาก (surge of energy) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงก่อนคลอด มารดาจะมีพลังงานมาก สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าอาจเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอิพิเนพรีน เนื่องจากการลดระดับของฮอร์โมน โพรเจสเตอโรน (Cheng & Caughey, 2007 as cited in Ricci, 2009; Pillitteri, 2007) มารดามีการจัดเตรียมสถานที่และของใช้ต่างๆ สำหรับทารก (Budin, 2007)

6. มีมูกเหนียว (mucous plug) หรืออาจมีสารคัดหลั่งเป็นมูกสีชมพูทางช่องคลอด ซึ่งเกิดจากการหลุดลอกของมูกบริเวณปากมดลูก จากการบางและการขยายของปากมดลูกหรือจากการนุ่มของปากมดลูก และแรงจากการกดของส่วนนำของทารก นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการตรวจภายในก่อนคลอด 2-3 สัปดาห์ก็อาจมีเลือดออกทางช่องคลอดได้ (Khan & Razi, 2005 as cited in Budin, 2007; Ricci, 2009)

7. ปากมดลูกสุก (ripening) หรือปากมดลูกนุ่มเกิดก่อนเจ็บครรภ์จริง 4 สัปดาห์ (King et al., 2015) เนื่องจากเอนไซม์คอลลาจีเนส (enzyme collagenase) และเอนไซม์อีลาสเตส (enzyme elastase) (King et al., 2015) บ้างกล่าวว่าเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโพรสเตแกลนดินและแรงกดจากการซ้อมการหดตัวของมดลูก (Ricci, 2009)

8. มีการแตกของถุงน้ำคร่ำการแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนเจ็บครรภ์จริงพบ 12-25% (Institute of Medicine, 2007 as cited in Ricci, 2009)

9. ท้องเดิน มารดาอาจมีอาการท้องเดินซึ่งอาจเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโพรสเตแกลนดิน (Budin, 2007)

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ในระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาระบบต่างๆ ของมารดา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับมดลูกและปากมดลูก

มดลูกจะมีการหดตัวสลับกับการคลายตัวเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอทั้งความถี่ ระยะเวลาของการหดตัวแต่ละครั้ง (duration) และความรุนแรงของการหดตัว (intensity) การหดตัวของมดลูกเริ่มต้นที่ยอดมดลูกและขยายลงมาถึงปากมดลูก เพื่อให้เกิดการขับทารก ช่วงที่มดลูกคลายตัวเลือดจะไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี การหดตัวของมดลูกถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ อย่างไรก็ตามการเดินจะช่วยทำให้มดลูกหดตัวมากขึ้น (Simkin & Ancheta, 2000) ส่วนความวิตกกังวลและความเครียดจะทำให้มดลูกหดตัวลดลง (Ricci & Kyle, 2009)

จากการหดตัวของมดลูกทำให้มดลูกถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือมดลูกส่วนบนและส่วนล่างรอยต่อระหว่างมดลูกส่วนบนและส่วนล่างเรียกว่าฟิสิโอโลจิก รีแทรกชันริง (physiologic retraction ring) เมื่อมีการหดตัวของมดลูกจะทำให้มดลูกส่วนบนหนามาก เมื่อความก้าวหน้าของการคลอดมากขึ้นกล้ามเนื้อมดลูกจะย่นและหนาขึ้นและไม่กลับสู่สภาพเดิม ซึ่งเรียกว่า เบรคิสเตซิส (brachystasis หรือ retraction) มดลูกส่วนล่างประกอบด้วยตัวมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment) และปากมดลูก จะถูกขยายออกและบางมากขึ้นเมื่อการคลอดก้าวหน้า (Olds, London, & Ladewig, 2000)

การที่มดลูกหดตัวแต่ละครั้งทำให้กล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนสั้นจึงเกิดแรงดึงขึ้นในแนวตั้ง ทำให้ปากมดลูกถูกดึงขึ้นทำให้เกิดการบางของปากมดลูก (effacement) ปากมดลูกจะเปลี่ยนแปลงจาก

เต็มที่ยาวและหนาเป็นบางมากเหมือนขอบกระดาษ เรียกว่ามีการบาง 100% ถ้าปากยังคงหนา 2 ซม. จะมีความบาง 0% ในมารดาครรภ์แรกมักจะเกิดความบางของปากมดลูกนำมาก่อนเกิดการขยายของปากมดลูก (King et al., 2015)

การหดตัวของมดลูกทำให้เกิดการยวบขึ้นของมดลูก จะทำให้ขนาดของมดลูกในแนวขวางลดลง ทำให้เกิดการดึงทารกให้ตรงและกดทารกบริเวณส่วนบนซึ่งส่วนใหญ่เป็นกัน ส่งผลให้เกิดการส่งแรงกดส่วนนำทำให้เคลื่อนต่ำลงมา ซึ่งแนวแกนแรงนี้เรียกว่า “ฟิโวลแอกซิส เพรสเชอ” (fetal axis pressure) นอกจากนี้จะเกิดแรงดันน้ำของน้ำคร่ำ (hydrostatic pressure) เนื่องจากแรงเสริมจากส่วนบนที่ผ่านมาจากน้ำคร่ำ ทั้งแรงจากแนวแกนแรงผ่านตัวทารกและแรงดันของน้ำคร่ำทำให้เกิดการขยายของปากมดลูก (Olds et al., 2000) การหดตัวที่มากขึ้นแสดงถึงความก้าวหน้าของการคลอด

ในระยะคลอดผนังมดลูกจะบางมากคือ 5-10 มม. (Coad, 2005) ในระยะหลังคลอดทันทีปากมดลูกจะนุ่มและจะไม่ปิดอย่างรวดเร็วหรือหดตัวอย่างเร็วเหมือนมดลูก พบว่า มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดส่วนใหญ่จะมีการฉีกขาดของปากมดลูกเล็กน้อย โดยเฉพาะด้านข้างของปากมดลูก (Cunningham et al., 2010)

นอกจากนี้ในระยะคลอดยังมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำคร่ำดังนี้

เมื่อมีการหดตัวของมดลูกน้ำคร่ำจะช่วยป้องกันทารกจากการบีบรัดของมดลูกโดยตรงเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ เมื่อมดลูกหดตัวมากขึ้นจะทำให้ศีรษะทารกส่วนสืบออกซิปีโตเบรมาติก (suboccipito bregmatic: SOB) แนบสนิทกับมดลูกส่วนล่างทำให้เกิดการอุดกั้นของน้ำคร่ำเรียกว่าบอลวอลแอกชั่น (ball valve action) น้ำคร่ำจะถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนล่างซึ่งเป็นน้ำส่วนหน้าหรือส่วนล่าง (fore water) เรียกว่าถุงน้ำคร่ำทวนหัว ส่วนน้ำส่วนหลัง (hind water) เป็นน้ำคร่ำส่วนหลัง ดังนั้นเมื่อมดลูกหดตัวเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ความดันของน้ำส่วนหลัง (hind water) เพิ่มมากขึ้น ส่วนความดันของน้ำคร่ำส่วนหน้าจะไม่เปลี่ยนแปลง การหดตัวของมดลูกทำให้ความดันของน้ำส่วนหลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จึงช่วยขยายมดลูกส่วนล่างและปากมดลูก ข้อดีของบอลวอลแอกชั่น (ball valve action) ยังช่วยไม่ให้น้ำคร่ำส่วนหลังไหลออกมามากเกินไป กรณีที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ (วารวุธ, 2545) ลักษณะน้ำคร่ำที่ปกติควรมีลักษณะใสอาจมีขนอ่อนหรือไขของทารกปน ถ้ามีสีคล้ำเหลืองกลิ่นเหม็นอาจเกิดจากการติดเชื้อ ถ้ามีขี้เทา (meconium) ปน จะแสดงถึงภาวะขาดออกซิเจนของทารก (Olds et al., 2000)

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

ในระยะคลอดมารดามีความปวดเนื่องจากมดลูกหดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลงทำให้กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจน จึงทำให้มารดารู้สึกปวด นอกจากนี้ความปวดเกิดจากการถ่างขยายของปากมดลูก (Pillitteri, 2010) มารดาในระยะคลอดจะมีความปวดในระดับสูง (Nakano, Ferreira, Almeida, & Gomes, 2012) แต่อย่างไรก็ตามระดับความทนต่อความปวดในระยะคลอดจะสูงขึ้น (Ohel, Walfisch, Shitenberg, Sheiner, & Hallak, 2007) สามารถแบ่งระยะของความปวดในระยะคลอดได้ดังนี้

ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นความปวดที่เกิดจากการหดตัวของมดลูกทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และปวดจากการถ่างขยายของปากมดลูก (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2013) โดยความปวดเกี่ยวข้องกับกระแสประสาทที่ตำแหน่งที่ 10 ถึง แอล 1 (T₁₀-L₁) (Wesselmann, 2008) เชื่อว่าเมื่อเริ่มเข้าสู่ระยะคลอดมารดาจะรู้สึกตื่นเต้นและมีการหลั่งของเอ็นดอร์ฟิน (endorphins) เพิ่มขึ้น เพื่อให้มารดาทนกับความปวดได้เพิ่มขึ้น (Bobak & Jensen, 1993) อย่างไรก็ตามระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นตลอด (Phumdoung, Rattanaparikonn, &

Maneechot, 2004) ปลายระยะที่ 1 ของการคลอดมดลูกหดตัวถี่ขึ้นและแรงขึ้นจึงทำให้มารดาปวดมากขึ้น มารดาจะมีความกังวลและควบคุมตัวเองได้ไม่ดี (Smith, 2008) และจะปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำเมื่อส่วนนำเคลื่อนต่ำทำให้เกิดความปวดจากการกดท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ส่วนเรคตัม (rectum) (Smith, 2008)

ความปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด เกิดจากสาเหตุเช่นเดียวกับระยะที่ 1 ของการคลอด และปวดจากการยืดขยายของช่องทางคลอดส่วนล่าง อุ้งเชิงกรานและฝีเย็บจากการกดของส่วนนำ (Wesselmann, 2008) นอกจากนี้การปวดยังร้าวไปยังกล้ามเนื้อหน้าท้อง เชิงกรานส่วนหลังและส่วนหน้า ก้น และหน้าขา (Piotrowski, 2004) ส่วนการรับรู้ความรู้สึกปวดบริเวณฝีเย็บจะลดลงเนื่องจากการกดของส่วนนำ (Wesselmann, 2008) โดยกระแสประสาทที่เกี่ยวข้องกับความปวดคือกระแสประสาทส่วนซาครัม (S₂-S₄) (Wesselmann, 2008)

ความปวดในระยะที่ 3 ของการคลอด ความปวดในระยะนี้จะเป็นความปวดด้านร่างกาย (somatic pain) ความปวดเกิดจากการบาดเจ็บของทางคลอด การตัดฝีเย็บ (Smith, 2008) รวมทั้งจากการลอกตัวของรก (Burroughs, 1992) นอกจากนี้ความปวดยังเกิดจากการหดตัวของมดลูก โดยระดับความปวดมดลูกจะคล้ายกับระยะเริ่มต้นของระยะที่ 1 ของการคลอด (Piotrowski, 2004)

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการรับรู้ความปวดดังนี้ อายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการปวดประจำเดือน ความกลัวและความวิตกกังวล วัฒนธรรม การได้รับการเตรียมการคลอด และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของมารดา (ศศิธร, 2552; Lowdermilk & Perry, 2004)

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและไหลเวียน

ในระยะคลอด ระบบหัวใจและไหลเวียนทำงานหนักเนื่องจากการหดตัวของมดลูก ความปวด และความวิตกกังวลเป็นต้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) เพิ่มขึ้น เมื่อมดลูกหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้น้อยทำให้เกิดการกระจายกลับ (redistribution) ของเลือด 300-500 มล. (Olds et al., 2000) หรือ 400 มล. ไปยังส่วนปลายของร่างกายเพิ่มขึ้น (Lowdermilk, 2010) และประกอบกับความดันในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (systolic และ diastolic) เพิ่มขึ้น ซีพจรจะช้า เลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น 31% (Olds et al., 2000)

ท่านอนตะแคงของมารดาทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น 22% ส่วนซีพจรจะลดลง 6 ครั้ง/นาที ถ้ามารดานอนหงายเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น 25% ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมาก แต่ซีพจรลดลง (Olds et al., 2000)

ในขณะที่มารดาเบ่งคลอด ซึ่งจะต้องหายใจเข้าลึกๆ และกลั้นหายใจแล้วจึงเบ่ง การเบ่งโดยปิดปากปิดจมูกเรียกว่า วาลซาลวาร์ แมนูเวอ์ (Valsalva maneuver) ทำให้ความดันในช่องอกเพิ่มขึ้น เลือดในปอดจะถูกดันเข้าหัวใจห้องบนซ้าย (left atrium) จึงเกิดภาวะของเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นชั่วคราว อย่างไรก็ตามการที่ความดันในช่องอกเพิ่มขึ้น ทำให้การไหลกลับของเลือดดำน้อยลง จึงเกิดการลดลงของเลือดที่ออกจากหัวใจในที่สุดรวมถึงการลดลงของความดันโลหิตและการลดลงของช่วงต่างของความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก (pulse pressure) เมื่อมารดาหายใจเข้าเลือดจะไหลกลับตามปกติ และเลือดที่ออกจากหัวใจกลับสู่ปกติ (Olds et al., 2000)

หลังคลอดทันทีจะมีการเพิ่มขึ้นของเลือดที่ออกจากหัวใจ 80% และหลังจากนั้น 10 นาทีเลือดออกจากหัวใจลดลง 20-25% หลังจากนั้นจะลดลงเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามใน 24 ชั่วโมงแรกเลือดที่ออกจากหัวใจจะยังคงมากกว่าปกติ (Olds et al., 2000)

การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอุณหภูมิ

ในระยะที่ 1 ของการคลอดความดันซิสโตลิก/ไดแอสโตลิก (systolic/diastolic) เพิ่ม 35/25 มม.ปรอท และอาจเพิ่มมากขึ้นในระยะเบ่งคลอด ≥ 35 มม.ปรอท สำหรับความดันซิสโตลิก ส่วนความดันไดแอสโตลิกเพิ่ม 65 มม.ปรอท ความดันโลหิตเพิ่มสูงเมื่อมดลูกหดตัว ความดันโลหิตอาจลดต่ำได้ถ้ามารดานอนหงายเนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ที่มาเลี้ยงช่องท้องถูกกด (aortocaval compression) (Olds et al., 2000; Ricci & Kyle, 2009) มารดาที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ที่มาเลี้ยงช่องท้องถูกกด เช่น มารดาที่มีครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำและมารดาอ้วน ส่วนอุณหภูมิร่างกายของหญิงระยะคลอดจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการที่กล้ามเนื้อมีความตึงตัว (Pillitteri, 2014; Ricci & Kyle, 2009)

การเปลี่ยนแปลงของสารน้ำและเกลือแร่

ในระยะคลอดมารดาจะมีภาวะหายใจเร็ว (hyperventilation) (Olds et al., 2000) ทำให้มีการเสียน้ำของเกลือแร่และน้ำและการที่กล้ามเนื้อมีการเผาผลาญสูง ยังทำให้เหงื่อออกมาก (perspiration หรือ diaphoresis) (Olds et al., 2000; Pillitteri, 2010) จึงทำให้สูญเสียน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น (Olds et al., 2000)

การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ

มารดาจะมีความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น โดยเริ่มสูงขึ้นในช่วงต้นของระยะที่ 1 ของการคลอดเนื่องจากการหดตัวของมดลูก ส่วนความวิตกกังวลและความปวดทำให้เกิดภาวะหายใจเร็ว และทำให้ค่าความดันบางส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง (PaCO_2) ต่ำลง จึงทำให้เกิดภาวะหายใจเป็นด่าง (respiratory alkalosis) (Billings, 1998) เมื่อการคลอดก้าวหน้าจะทำให้เกิดการหายใจเร็วมากขึ้น ในตอนปลายของระยะที่ 1 ของการคลอด จะมีภาวะเป็นกรดจากการเผาผลาญในระดับปานกลาง (mild metabolic acidosis) แต่จะถูกชดเชยโดยภาวะหายใจเป็นด่าง ในขณะเบ่งคลอดระดับความดันบางส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นและเกิดภาวะหายใจเป็นกรด (respiratory acidosis) เมื่อระยะคลอดเสร็จสิ้นยังคงมีภาวะเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) แต่ไม่มีการชดเชยโดยการหายใจเร็ว และกลับสู่ปกติหลังคลอด 24 ชั่วโมง (Blackburn & Loper, 1992)

พบว่าในระยะที่ 2 ของการคลอดมารดาที่ไม่ได้รับยาคลอดจะมีการใช้ออกซิเจนสูงถึง 2 เท่า และความวิตกกังวลก็เป็นปัจจัยเสริมให้มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น (Bobak & Jensen, 1993) ซึ่งมีผลทำให้การหายใจเร็วขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ

ในระยะคลอดฐานของกระเพาะปัสสาวะจะถูกดันไปด้านหลังและสูงขึ้น กระเพาะปัสสาวะจะถูกกดทำให้การไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองไม่ดี จึงเกิดการบวมของเนื้อเยื่อ (Cunningham et al., 1997 as cited in Olds et al., 2000) มารดาอาจปัสสาวะลำบากเนื่องจากการกดของส่วนนำและจากความไม่สุขสบาย รวมทั้งจากการได้ยาคลอด (Bobak & Jensen, 1993; Lowdermilk, 2010) อาจมีโปรตีนในปัสสาวะ +1 ได้จัดเป็นภาวะปกติ (Lowdermilk, 2010; Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000) ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ (Lowdermilk et al., 2000) นอกจากนี้ในระยะคลอดยังมีการเพิ่มของเรนิน (rennin) และแองจิโอเทนซิน (angiotensin) ทำให้มีน้ำและเกลือเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียน ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกมากขึ้น (Blackburn & Loper, 1992) นอกจากนี้พบว่าการคั่งของปัสสาวะซึ่งพบได้บ่อยในระยะคลอด (Leifer, 2005) เป็นปัจจัยที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร

ระบบทางเดินอาหารของหญิงระยะคลอดทำงานลดลง (Pillitteri, 2014) การทำงานของกระเพาะอาหารลดลง ทำให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น (gastric emptying time นานขึ้น) ปริมาณน้ำย่อยมากกว่า 25 มล. ทำให้มีความเป็นกรดมากขึ้น ($\text{pH} < 2.5$) การดูดซึมอาหารลดลง การที่อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานทำให้มารดาเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันได้ง่ายในระยะคลอด และถ้ามารดาได้รับยาลดปวดก็มีโอกาสอุดตันอาหารได้มากขึ้น (Ricci, 2009; Sinclair, 2004)

การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน และเม็ดเลือด

ในระยะคลอดเม็ดเลือดขาวสูงถึง 25,000-30,000 เซลล์/ลบ.มล. (Pillitteri, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (neutrophil) สาเหตุที่เม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงมากยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าเกิดจากการทำลายของเนื้อเยื่อและภาวะเครียด และความเหนื่อยล้า (Pillitteri, 2014; Ricci, 2009; Ricci & Kyle, 2009) การที่เม็ดเลือดขาวสูงมากทำให้ยากในการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ (Olds et al., 2000)

ส่วนเลือดจะมีระดับน้ำตาลต่ำลงเนื่องจากใช้เป็นแหล่งพลังงานในการหดตัวของมดลูกและจากภาวะเครียด (Blackburn & Loper, 1992; Ricci, 2009)

การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับทารกในครรภ์

เมื่อการคลอดก้าวหน้ามากขึ้นลำตัวทารกจะถูกยึดตามการหดตัวของมดลูกทำให้เกิดแนวแกนแรงของตัวทารก (fetal axis pressure) ซึ่งทำให้ศีรษะทารกก้ม และศีรษะทารกส่วนสืบออกซิปีโตเบรกกมา (sub occipitomental bregma: SOB) จะกดมดลูกส่วนล่างทำให้เกิดการแบ่งน้ำคร่ำเป็นสองส่วนเรียกว่า บอลวอล แอคชั่น (ball valve action) ดังได้กล่าวแล้ว

ทารกที่มีหน้าผากเป็นส่วนนำ (brow presentation) อาจก้มหรือเงยมากขึ้น ดังนั้นทารกอาจเปลี่ยนทรง (attitude) จากหน้าผาก (brow) เป็นกระหม่อมหน้า (bregma) โดยการก้ม และเป็นหน้า (face) โดยการเงย สาเหตุเนื่องจากแนวแกนแรงของตัวทารก (fetal axis pressure) ตกลงระหว่างส่วนหน้าและส่วนหลังของศีรษะทารกเท่ากัน (วรารุช, 2545)

ทารกที่มีหน้าเป็นส่วนนำ (face presentation) หน้าจะยิ่งแหงนมากขึ้น การก้ม (flexion) ของทารกนอกจากขึ้นอยู่กับแนวแกนแรงของตัวทารกแล้ว ยังขึ้นอยู่กับลักษณะเชิงกรานซึ่งโค้งลาดแรงบีบจากผนังทางคลอดและแรงเสียดทานของช่องเชิงกรานและฐานเชิงกราน (pelvic floor) (วรารุช, 2545)

แนวแกนแรงของตัวทารก (fetal axis pressure) จะไม่เกิดในรายที่ทารกท่าก้นหรือท่าขวาง ทารกไม่ครบกำหนด ครรภ์แฝดหรือแฝดน้ำ (วรารุช, 2545)

การไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงในระยะคลอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลจากการหดตัวของมดลูก ซึ่งทำให้รกและทารกมีเลือดไปเลี้ยงน้อยหรือขาดเลือด อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปทารกจะทนต่อภาวะนี้ได้ (Bobak & Jensen, 1993)

เมื่อความดันในมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 40-55 มม.ปรอท ศีรษะทารกจะถูกกด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงแบบ เออิลีดีซีเลอเรชั่น (early deceleration) ซึ่งจัดเป็นภาวะปกติ (Olds et al., 2000)

เนื่องจากทางคลอดส่วนกระดูกเชิงกรานจะไม่มีการยืดหยุ่นและเป็นทางโค้งดังนั้นทารกจะถูกเปลี่ยนแปลงด้วยกลไกการคลอด สำหรับรูปร่างของศีรษะทารกนอกจากมีการหมุนแล้วยังมีการเคลื่อนขบกัน (molding) ของกระดูกศีรษะทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางไบพาเรียทล (biparietal diameter) ลดขนาดได้ 1 ซม. ส่วนเส้นผ่าศูนย์กลางกระดูกท้ายทอยถึงคาง (occipito-mentum) จะยาวขึ้นซึ่งภาวะเหล่านี้จะหายไปเองหลังคลอด (วรารุช, 2545) นอกจากนี้จากการกดของศีรษะทารก

ต่อทางคลอดทำให้เกิดการบวมของหนังหุ้มศีรษะ (caput succedaneum) จัดเป็นภาวะปกติจะหายภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด (เกรียงศักดิ์ และ วิณา, 2551)

1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

ในระยะเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์ (early labor) มารดาจะตื่นเต้นและพูดคุยมก และมีความกังวล เมื่อเข้าสู่ระยะก้าวหน้าของการคลอดจะมีความปวดมากอาจร้องเมื่อปวดและตึงเครียดมาก ส่วนระยะเปลี่ยนผ่านจะปวดมากที่สุดควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องการการสนับสนุนให้แรงเสริมทางบวก เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด จะมีการตอบสนองหลากหลายจะตื่นเต้นที่จะได้เห็นหน้าทารก อาจวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก (Hatfield, 2014)

กล่าวได้ว่าการคลอดก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดาเป็นส่วนใหญ่ ในมารดาที่มีความปวดกลัว และวิตกกังวล ยิ่งทำให้เกิดภาวะเครียดได้สูง ซึ่งจะขัดขวางความก้าวหน้าของการคลอดเนื่องจากร่างกายต้องใช้น้ำตาลมากขึ้น ทำให้การนำน้ำตาลไปใช้ในการหดตัวของมดลูกได้ไม่ดี มีการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamines) มาก ทำให้ตัวรับเบต้า (beta receptor) ของมดลูกถูกกระตุ้นจึงยับยั้งการหดตัวของมดลูก (Bogaerts, 2013) สารจากต่อมหมวกไตทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง นอกจากนี้มารดาทนต่อความปวดได้น้อยสิ่งเหล่านี้ยิ่งทำให้มารดาเครียดมากขึ้นเป็นลูกโซ่

มารดาในระยะคลอดจะมีความกลัวตาย กลัวทารกไม่ปลอดภัย (Nakano et al., 2012; Walsh, 2001) กลัวปวด กลัวทุกข์ทรมาน และกลัวการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่า (Walsh, 2001) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครรภ์แรกจะมีความกลัวมาก กลัวเวลาในระยะคลอดนาน และกลัวทุกข์ทรมานจากการปวด (Oweis & Abushaikha, 2004)

นอกจากนี้มารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับเวลา โดยมารดาจะรู้สึกว่าเวลาในปลายระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดนานมากเหมือนจะไม่สิ้นสุดและความสามารถในการคิดไม่ชัดเจน (Beck, 1994) จากการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะสุขภาพดี ($N = 301$) พบว่าสิ่งที่มารดาต้องการคือ การได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง การได้รับการลดปวดที่มีประสิทธิภาพ การประเมินการเต้นของหัวใจทารกอย่างใกล้ชิด ลักษณะห้องคลอดที่คล้ายกับบ้าน การได้รับการดูแลจากแพทย์ร่วมด้วย และการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น (Hundley, Ryan, & Graham, 2001) มารดาต้องการให้การคลอดดำเนินเป็นไปตามปกติ (O'Brien, Rauf, Alfirevic, & Lavender, 2013) ในบางประเทศได้จัดให้มีผู้หญิงที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลมารดาในระยะคลอดมาอยู่เป็นเพื่อนเรียกว่าดูลา (doula) ทำให้การใช้ยาลดปวดของมารดาลดลง และมารดามีประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Sinclair, 2004) นอกจากนี้มารดาในระยะคลอดต้องการควบคุมสถานการณ์และต้องการมีส่วนร่วม (Gibbins & Thomson, 2001; Lally, Murtagh, Macphail, & Thomson, 2008; Oweis, 2009) แต่ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์จะน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ (Lally et al., 2008; Oweis, 2009)

1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

ในระยะคลอดมารดาต้องมานอนโรงพยาบาล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของมารดา เช่นมารดาต้องลางานและสามีต้องลางานมาเฝ้ามารดาหรือดูแลบุตรที่อยู่ที่บ้าน หรือต้องให้บิดามารดามาช่วยเลี้ยงดูบุตรที่บ้านหรือเฝ้าบ้านให้ ครอบครัวมีการสูญเสียรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น บางครอบครัวอาจมีภาวะเครียดทางด้านเศรษฐกิจได้

นอกจากนี้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงคือ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทารก จัดหาสิ่งต่างๆ ไว้รองรับมารดาและทารก มีหน้าที่เลี้ยงดูทารกและให้การช่วยเหลือมารดา มีการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ในครอบครัว และการคลอดของมารดาอาจทำให้ครอบครัวของมารดา

อยู่ในภาวะวิกฤติ สามีที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวจะมีความเครียดได้สูง (Littleton & Engebretson, 2002) อย่างไรก็ตามในสามีบางรายอาจมีความตื่นเต้นยินดีที่จะได้เห็นหน้าบุตร

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ

การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก แต่อย่างไรก็ตามนักทฤษฎีทางตะวันตกได้รวบรวมงานวิจัยต่างๆ และได้สรุปแนวคิดขององค์ประกอบของจิตวิญญาณเป็น 7 ด้านคือ (Hall, 2008)

1. การเห็นแจ้ง (transcendence)
2. การเสาะหาความหมายและเป้าหมาย (searching for meaning and purpose)
3. การเป็นเจ้าของและการเกี่ยวพัน (belonging and connecting)
4. การเกี่ยวข้อง (relational aspects)
5. การตระหนักในตนเอง (self-awareness)
6. ความหวังและศรัทธา (hope and faith)
7. การคิดสร้างสรรค์ (creativity)

สำหรับระยะคลอดได้มีการศึกษาด้านจิตวิญญาณดังนี้ จากการศึกษาในมารดา 17 ราย พบว่ามารดาที่ควบคุมตัวเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีในระยะคลอดจะมีประสบการณ์การคลอดในทางบวก (Hardin & Buckner, 2004) และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลหรือกับผู้ที่มาเฝ้าก็ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดา (Parratt, 2002)

ในระยะคลอดมารดามีประสบการณ์ได้หลากหลาย เช่นมารดาที่ได้รับการให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ บางรายมักจะคิดว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและรู้สึกว่าตนเองสูญเสียการควบคุมสถานการณ์ หรือสูญเสียพลังอำนาจ (Sinclair, 2004) ส่วนการศึกษาในมารดาชาวฮิวพบว่าในระยะคลอดมารดามีประสบการณ์ว่าการคลอดมีทั้งความทุกข์และความสุข (birth as a bittersweet paradox) มีความรู้สึกที่ตนเองมีพลัง (sense of empowerment) การคลอดมีคุณค่า และการคลอดเป็นประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ (Callister, Semenic, & Foster, 1999; Hall, 2008) มารดาที่การคลอดเป็นไปตามความคาดหวังจะทำให้มารดาารู้สึกมีคุณค่า ความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคลเป็นมิติทางจิตวิญญาณ ส่วนมารดาที่การคลอดไม่เป็นไปตามความคาดหวัง เช่นควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจมีความรู้สึกกละอายผิดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าลดลง (Littleton & Engebretson, 2002)

สรุป ในระยะคลอดมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง โดยมีการเปลี่ยนแปลงนำก่อนเข้าสู่ระยะคลอด การเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาและทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการดูแลมารดาแบบองค์รวมจึงมีความสำคัญ

2. นิยามการคลอดและระยะของการคลอด

2.1 ความหมายของการคลอด

การคลอด เป็นกระบวนการขับทารก รก และเยื่อหุ้มรก ออกทางช่องคลอด (Lowdermilk, Perry, & Bobak, 2000)

การคลอดปกติ (normal labor, normal childbirth) หมายถึงการคลอดเกิดขึ้นเมื่อครรภ์ครบกำหนด 40 ± 2 สัปดาห์ (Cassidy, 1993) สำหรับองค์การอนามัยโลกนับอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ (Beech & Phipps, 2004; World Health Organization [WHO], 1997) และมีการเริ่มต้นการคลอดตามธรรมชาติมีศีรษะทารกเป็นส่วนนำ โดยที่ท้ายทอยของทารกในครรภ์อยู่ด้านหน้าของเชิงกรานมารดา กระบวนการคลอดสิ้นสุดภายในเวลาไม่เกิน 18 ชั่วโมงหรือ 24 ชั่วโมง และปราศจาก

ภาวะแทรกซ้อนตลอดการคลอด (The Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC], 2008; WHO, 1997) นอกจากนี้สมาคมสูตินรีแพทย์ของแคนาดาได้เสนอว่าการคลอดปกติยังสามารถรวมถึงการช่วยเสริมการหดตัวของมดลูก การเจาะถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาลดปวดและการลดปวดแบบไม่ใช้ยา (SOGC, 2008) กล่าวได้ว่าการคลอดปกติมีทั้งการคลอดโดยไม่ใช้เทคโนโลยีและการคลอดที่ใช้เทคโนโลยี (Waldenstrom, 2007)

สำหรับการคลอดที่ไม่ปกติมีดังเช่น การช่วยเหลือการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) การช่วยคลอดด้วยคีม (forceps extraction) และการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction) การให้ยาชาทางไขสันหลัง การดมยาสลบ และการคลอดที่ท่าของทารกในครรภ์ผิดปกติ (SOGC, 2008)

2.2 การเจ็บครรภ์จริงและการเจ็บครรภ์เตือน

การเริ่มต้นของการคลอด (onset of labor) หมายถึงการเริ่มมีการหดตัวของมดลูก อย่างน้อย 20 นาที/ครั้ง (Turley, 2000) และมดลูกหดตัวสม่ำเสมอ หรือมีการหดตัวของมดลูก 2-3 ครั้ง/ชั่วโมง แสดงถึงการเริ่มต้นเจ็บครรภ์จริง การเริ่มต้นเจ็บครรภ์มักเกิดเมื่อเที่ยงคืนจนกระทั่งเวลา 4.00 น. (Noller, Resseguie, & Voss, 1996 as cited in Navitsky, Greene, & Curry, 2000) สำหรับการเจ็บครรภ์เตือนจะตรงข้ามกับการเจ็บครรภ์จริงดังแสดงในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเจ็บครรภ์จริงและการเจ็บครรภ์เตือน

เจ็บครรภ์จริง	เจ็บครรภ์เตือน
1.การหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอ (ห่างกันทุก 4-6 นาที หดตัวนาน 30-60 วินาที)	1.การหดตัวของมดลูกไม่สม่ำเสมอ
2.ความถี่ของการหดตัวของมดลูก เพิ่มขึ้น	2.ความถี่ของการหดตัวของมดลูกไม่เปลี่ยนแปลง
3.ไม่สุขสบายบริเวณหลังและท้อง	3.ไม่สุขสบายบริเวณท้อง
4.ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นเมื่อเดิน	4. การเดินไม่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดของการหดตัวของมดลูก
5. ปากมดลูกถ่างขยายเพิ่มขึ้นและบางลง	5.ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก

Note. From “Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach,” (p. 485), by S. B. Olds, M.L. London, & P. A. W. Ladewig, 2000, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health. And “Maternity and pediatric nursing,” (:p.458), by S.S. Ricci, T. Kyle, & S. Carman, 2017, Philadelphia: Wolters Kluwer.

นอกจากนี้การเจ็บครรภ์จริงจะมีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอด (show) ในขณะที่เจ็บครรภ์เตือนไม่มีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอด (Martin, 2002) จะเริ่มด้วยเมือกเหนียวๆ (mucous plug) มูกปนเลือด (mucous show) และเลือด (bloody show) แต่ถ้าเป็นเลือดสดๆ และปริมาณมากอาจเป็นภาวะแทรกซ้อน (Reeder, Martin, & Koniak-Griffin, 1997)

2.3 การหดตัวของมดลูก

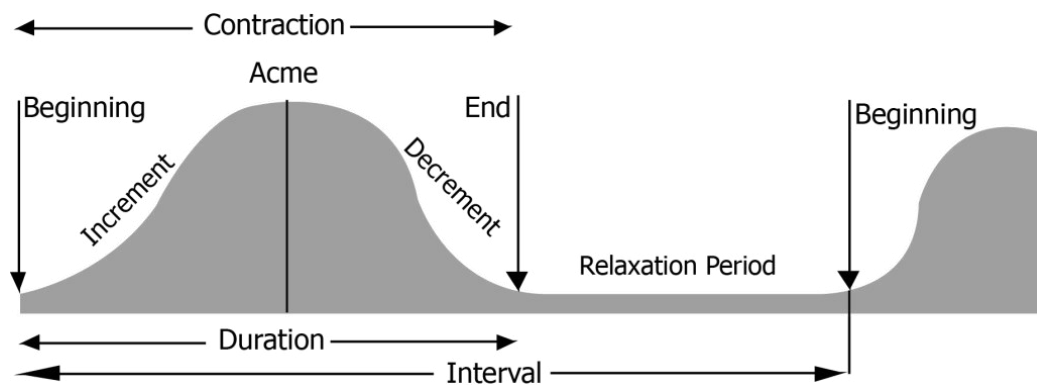
การหดตัวของมดลูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติมารดาไม่สามารถควบคุมได้ (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) มดลูกจะมีการหดตัวสลับกับการคลายตัว จะเพิ่มอย่างสม่ำเสมอทั้งความถี่ ระยะเวลาของการหดตัวแต่ละครั้ง (duration) และความรุนแรงของ

การหดตัว (intensity) การหดตัวของมดลูกเริ่มต้นที่ยอดมดลูกและขยายลงมาที่ปากมดลูก เพื่อให้เกิดการขับทารก ช่วงที่มดลูกคลายตัวเลือดจะไปเลี้ยงมดลูกและรกได้ดี นอกจากนี้การเดินจะทำให้มดลูกหดตัวมากขึ้น (Balaskas, 1992) ส่วนความวิตกกังวลและความเครียดจะทำให้มดลูกหดตัวลดลง (Ricci & Kyle, 2009)

- ระยะเวลาที่มดลูกหดตัว (duration) หมายถึงระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกจนกระทั่งคลายตัวแต่ละครั้ง มดลูกเริ่มหดตัวจนกระทั่งหดตัวสูงสุดเรียกว่าอินครีเมนต์ (increment) จุดที่มดลูกหดตัวสูงสุดเรียกว่าแอกมี (acme) และเมื่อมดลูกเริ่มคลายตัวจนกระทั่งคลายตัวเต็มที่เรียกว่า ดีครีเมนต์ (decrement) ดังนั้นระยะเวลาของการหดตัวแต่ละครั้ง (duration) หมายถึงระยะของ increment acme และ decrement รวมกัน หลังการคลายตัวเต็มที่จะเป็นระยะผ่อนคลายของมดลูก หรือระยะพัก (relaxation period หรือ resting period) (Ricci, 2009) ดังแสดงในรูปที่ 4-1

- ช่วง (interval) หรือความถี่ (frequency) หมายถึงระยะเวลาจากการเริ่มหดตัวของมดลูกจนกระทั่งมดลูกเริ่มหดตัวอีกครั้ง ดังนั้นช่วง (interval) หมายถึงระยะของ duration และ relaxation รวมกัน (Ricci, 2009) ดังแสดงในรูปที่ 4-1

- ความแรงของการหดตัวของมดลูก (intensity) เป็นความแรงของการหดตัวของมดลูกในช่วงที่มดลูกหดตัวสูงสุด สามารถประเมินได้ทั้งจากการติดเครื่องภายในโพรงมดลูก (intrauterine monitoring) หรือบริเวณหน้าท้อง (electronic fetal monitoring: EFM) และการคลำด้วยมือ (Ricci, 2009)



รูปที่ 1 แสดงการหดตัวของมดลูก

จากการติดเครื่องบันทึกในโพรงมดลูก (intrauterine monitoring) พบว่าความแรงของการหดตัวของมดลูกมีดังนี้ (Olds et al., 2000)

- ระยะพัก (resting period) 10-12 มม.ปรอท
- ระยะไม่ก้าวหน้า (latent phase) 25-40 มม.ปรอท
- ระยะก้าวหน้า (active phase) 50-70 มม.ปรอท
- ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase) 70-90 มม.ปรอท
- ระยะที่ 2 ของการคลอด 70-90 มม.ปรอท

สำหรับการใช้มือคลำทางหน้าท้อง สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกดังนี้ 1) ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกน้อย (mild intensity: +1) หมายถึง ผนังมดลูกไม่ตึงมากคลำส่วนของทารกได้ง่าย 2) ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกปานกลาง (moderate intensity: +2) หมายถึงผนังมดลูกตึงมากขึ้น คลำส่วนทารกไม่ค่อยได้ และ 3) ความ

รุนแรงของการหดรัดตัวของมดลูกมาก (strong intensity; +3) หมายถึง ผนังมดลูกตึงมาก ไม่สามารถคลำส่วนของทารกได้ (Olds et al., 2000)

เกี่ยวกับการวัดการหดรัดตัวของมดลูก (duration) จะมีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างการรับรู้ของมารดา การตรวจด้วยมือของผู้ตรวจและการใช้เครื่องวัดในโพรงมดลูก (internal monitoring)

การหดรัดตัวของมดลูกเมื่อมีความแรง (intensity) ประมาณ 40 มม.ปรอท จะมีผลทำให้เลือดหยุดไปเลี้ยงมดลูกซึ่งเรียกว่า ฟิสิโอโลจิคอล ไอโซเลชัน (physiologic isolation) อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการเกิดจะสั้นจึงทำให้ทารกทนต่อภาวะนี้ได้ เมื่อมดลูกเริ่มคลายตัวจะมีการเปิดของเส้นเลือดแดงในมดลูกตามมาด้วยการเปิดของเส้นเลือดดำ จึงมีการไหลของเลือดผ่านรกมายังทารกได้ (Martin, 2002)

2.4 ระยะของการคลอด

ระยะคลอดแบ่งได้เป็น 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ของการคลอด (first stage of labor) ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor) ระยะที่ 3 ของการคลอด (third stage of labor) และระยะที่ 4 ของการคลอดซึ่งเป็นระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด (Lowdermilk, 2010) หรือ 1-4 ชั่วโมงหลังคลอด เป็นระยะการฟื้นตัวด้านร่างกายของมารดา (McKinney, James, Murray, Nelson et al., 2013; Murray & McKinney, 2014) อย่างไรก็ตามหนังสือส่วนใหญ่แบ่งระยะคลอดออกเป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1-3 ของการคลอด (Henderson & Macdonald, 2004) รายละเอียดที่สำคัญเกี่ยวกับระยะเวลา การเปิดของปากมดลูกและการหดรัดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอด แสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลา การเปิดของปากมดลูกและการหดรัดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด

	ระยะที่ 1 ของการคลอด			ระยะที่ 2 ของการคลอด
	ระยะไม่ก้าวหน้า	ระยะก้าวหน้า	ระยะเปลี่ยนผ่าน	
-ระยะเวลา				
ครรภ์แรก	8.6 ชม.	4.6 ชม.	3.6 ชม.	อาจถึง 3 ชม.
ครรภ์หลัง	5.3 ชม.	2.4 ชม.	หลากหลาย	0-30 นาที
-ปากมดลูกเปิด				
	0-3 ชม.	4-7 ชม.	8-10 ชม.	
-การหดรัดตัวของมดลูก				
ความถี่	3-30 นาที	2-3 นาที	1 ½-2 นาที	1 ½ -2 นาที
Duration	20-40 วินาที	40-60 วินาที	60-90 วินาที	60-90 วินาที

	ระยะที่ 1 ของการคลอด			ระยะที่ 2 ของการคลอด
	ระยะไม่ก้าวหน้า	ระยะก้าวหน้า	ระยะเปลี่ยนผ่าน	
-Intensity	เริ่มต้นจากการหดรัดตัวของมดลูกเล็กน้อย (+1) และก้าวหน้าสู่ปานกลาง (+2); ความแรงของการหดรัดตัว 25-40 มม.ปรอท	มดลูกหดรัดตัวปานกลางและก้าวหน้าสู่รุนแรงมากขึ้น (+3) ความแรงของการหดรัดตัว 50-70 มม.ปรอท	มดลูกหดรัดตัวสามารถคลำทางหน้าท้องได้ชัดเจน ความแรงของการหดรัดตัว 70-90 มม.ปรอท(+3)	มดลูกหดรัดตัวรุนแรงโดยการคลำทางหน้าท้องได้ชัดเจน ความแรงของการหดรัดตัว 70-100 มม.ปรอท (+3)

Note. From “OLDS’ Maternal–newborn nursing & women’s health across the lifespan,” (p.541), by M. R. Davidson, M. L. London, & P. A. W. Ladewig, 2012, Boston: Pearson.

ระยะที่ 1 ของการคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอดประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะไม่ก้าวหน้า (latent phase)

เป็นระยะที่เริ่มจากการเจ็บครรภ์จริง (onset of labor) จนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 ซม. ในครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 8.6 ชั่วโมง และเวลาต้องไม่เกิน 20 ชั่วโมง ในครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย 5.3 ชั่วโมง และเวลาต้องไม่เกิน 14 ชั่วโมง ในระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด การหดรัดตัวของมดลูกจะไม่มีมารดามักทนต่อความปวดได้ ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีการตื่นเต้นทั้งตัวมารดาเองและญาติ (Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) และมักจะมีถุงน้ำคร่ำแตก (Olds et al., 2010)

ระยะก้าวหน้า (active phase)

เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. ระยะก้าวหน้าของการคลอดมีการเคลื่อนต่ำของทารก ในครรภ์แรกปากมดลูกขยาย 1.2 ซม./ชั่วโมง และในครรภ์หลังปากมดลูกขยาย 1.5 ซม./ชั่วโมง (Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) ระยะนี้มารดาปวดมากขึ้นและต้องการการลดปวด (Littleton & Engebretson, 2002)

ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase)

เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. (Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) การหดรัดตัวของมดลูกเพิ่มมากขึ้น และนานขึ้นเป็น 60-90 วินาที มารดามักจะมีความวิตกกังวล กลัว กระสับกระส่าย และมีอาการอื่นๆ เช่น หายใจเร็ว (hyperventilation) ไม่มีสมาธิ ปวดจนต้องขอยาลดปวด และอาจคลื่นไส้อาเจียน (Olds et al., 2000)

บางตำรารวมระยะก้าวหน้าและระยะเปลี่ยนผ่านเป็นระยะเดียวกันเรียกว่าระยะก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งระยะนี้ในครรภ์แรกมีค่าเฉลี่ย 7.8 ชั่วโมง $SD = 5.1$ ชั่วโมง (Albers, 1999) สำหรับการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง สามารถใช้กราฟฟรายด์แมน (Graph Friedman’s curve) ได้ (Oxorn, 2000)

สำหรับลักษณะความก้าวหน้าของการคลอดที่ช้ากว่าปกติในระยะก้าวหน้าและระยะเปลี่ยนผ่าน สามารถประเมินได้ดังนี้ ถ้าไม่มีการเปิดของปากมดลูกเป็นเวลามากกว่า 2 ชั่วโมงทั้งที่มดลูกหดตัวดี เรียกว่าเกิดการหยุดการขยายของปากมดลูก (arrest of dilation) ส่วนการขยายของปากมดลูกช้ากว่าปกติจะเรียกว่าเป็นการชะงักของการคลอด (protracted labor) (Lee & Miller, 2008)

ระยะที่ 2 ของการคลอด (second stage of labor)

ระยะที่ 2 ของการคลอดเริ่มเมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม.จนกระทั่งทารกคลอด ครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังใช้เวลาเฉลี่ย ½ ชั่วโมงไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง มารดาอาจรู้สึกโล่งใจว่าใกล้คลอดและสามารถเบ่งคลอดได้ มารดาบางรายควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น บางรายอาจกลัวและควบคุมตัวเองได้ไม่ดี ส่วนใหญ่จะรู้สึกปวดมากขึ้น รวมทั้งปวดร้อนจากการยึดของฝีเย็บ บางรายอาจปวดเหมือนร่างกายแยกเป็นส่วนๆ (Olds et al., 2000) นอกจากนี้ระยะที่ 2 ของการคลอดสามารถแบ่งเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกคือระยะปากมดลูกเปิดหมด จะมีแรงเบ่งน้อย และตามด้วยระยะเบ่งคลอด ในระยะเบ่งคลอดนี้แรงเบ่งอาจเกิดขึ้นมากขณะที่เห็นส่วนนำของทารกจากภายนอก (Roberts & Woolley, 1996) อย่างไรก็ตามบางท่าน (Cashion, 2010) ได้แบ่งระยะที่ 2 ของการคลอดเป็น 3 ระยะคือ 1) *ระยะพัก* (latent phase หรือ resting phase) ซึ่งเป็นระยะที่ไม่มีแรงเบ่งหรือมีแรงเบ่งน้อย การหดตัวของมดลูกลดลงคล้ายกับการหดตัวของมดลูกเมื่อปากมดลูกเปิด 8-9 ซม. 2) *ระยะก้าวหน้า* (active phase) เมื่อส่วนนำเคลื่อนต่ำ ระยะนี้อาจเรียกว่าระยะเคลื่อนต่ำก็ได้ มารดามีแรงเบ่งมากขึ้นเนื่องจากส่วนนำกดกล้ามเนื้อเชิงกราน (Roberts, 2003) ทำให้เกิดเพอร์กูสชันรีเฟล็กซ์ โดยจะเบ่ง 3-5 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก โดยเบ่งนานครั้งละ 4-6 วินาที และ 3) *ระยะเปลี่ยนผ่าน* (transition phase) เมื่อเห็นส่วนนำของทารก การหดตัวของมดลูกอาจมากขึ้นหรือลดลงก็ได้ เป็นระยะสั้นๆ ก่อนทารกคลอด

ในระยะที่ 2 ของการคลอดถ้ามีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ < 1 ซม./ชั่วโมง ในมารดาครรภ์แรก และ < 2 ซม./ ชั่วโมงในมารดาครรภ์ หลังเรียกว่าเกิดการชะงักของการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (protracted of fetal descent) (Lee & Miller, 2008)

ระยะที่ 3 ของการคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด เป็นระยะที่รกคลอด เริ่มหลังจากทารกคลอดจนกระทั่งรกคลอด เวลาไม่ควรเกิน 30 นาที เนื่องจากมดลูกมีขนาดลดลง ทั้งนี้จะเริ่มมีสัญญาณแสดง (sign) ของรกลอกตัวใน 5 นาทีหลังทารกคลอด โดยมดลูกจะกลมแข็ง (globular-shaped uterus) และลอยตัวสูงขึ้น สายสะดือเคลื่อนต่ำ มีเลือดไหลออกมามากในรายที่รกลอกตัวแบบเซาะด้านข้าง (Olds et al., 2000)

นอกจากนี้บางตำรา ได้กล่าวถึงระยะคลอดในระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะ 2 ชั่วโมงหลังรกคลอด (Olds et al., 2000) บ้างกล่าวว่าเป็นระยะ 4 ชั่วโมงหลังรกคลอด (Littleton & Engebretson, 2002) เป็นระยะการปรับตัวทางด้านร่างกายของมารดา (physiologic readjustment) (Olds et al., 2000) มารดาจะเสียเลือดประมาณ 250-500 มล.ทำให้ความดันโลหิตอาจลดลง ความต่างของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (pulse pressure) จะกว้าง หัวใจอาจเต้นเร็ว มดลูกจะอยู่ระดับสะดือ ปากมดลูกจะหนาตัวขึ้น มารดาบางรายอาจมีอาการสั่น กระเพาะปัสสาวะอาจมีความตึงตัวน้อยทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ (Olds et al., 2000)

3. ปัจจัยชักนำให้เกิดการคลอด

สาเหตุการเริ่มต้นเจ็บครรภ์จริงยังไม่ทราบแน่ชัด (Budin, 2007; Ricci, 2009) อย่างไรก็ตามมีการกล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์ประกอบด้วย ทฤษฎีโปรเจสเทอโรน ทฤษฎีออกซิโท

ซิน ทฤษฎีโปรสตาแกลนดิน ทฤษฎีเอสโตรเจน ทฤษฎีปัจจัยด้านทารก และทฤษฎีอื่นๆ (Blackburn & Loper, 1992; Budin, 2007) ดังนี้

ทฤษฎีโปรเจสเทอโรน ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึงหน้าที่ของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนคือยับยั้งการหดตัวของมดลูก ทำงานตรงข้ามกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะใกล้คลอดจะมีการลดลงของฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนในขณะที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นจึงทำให้มีการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูกหรือมีการเริ่มต้นการเจ็บครรภ์จริง (onset of labor) (Budin, 2007; Navitsky et al., 2000)

ทฤษฎีออกซิโทซิน ทฤษฎีนี้อธิบายการเจ็บครรภ์เกิดจากการหลั่งของออกซิโทซินจากต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง ทำให้กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยตรง (Greenstein, 1994) และทำให้เยื่อมดลูก (decidual) หลังสารโปรสตาแกลนดินเพิ่มขึ้น มดลูกจะไวต่อออกซิโทซินมากขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น (Reeder et al., 1997) โดยในระยะใกล้คลอดตัวรับฮอร์โมนออกซิโทซินในมดลูกเพิ่มจำนวนมากขึ้น 100-200 เท่า ทำให้มดลูกมีความไวต่อออกซิโทซิน (Blackburn & Loper, 1992) จึงทำให้มีการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูก (Budin, 2007) และออกซิโทซินหลั่งมากในระยะที่ 2 ของการคลอด (Reeder et al., 1997) นอกจากนี้ปากมดลูกสุกหรือนุ่มจะทำให้ฮอร์โมนออกซิโทซินส่งเสริมการหดตัวของมดลูกได้ดีขึ้น นอกจากนี้ออกซิโทซินยังทำงานเสริมกับโปรสตาแกลนดินทำให้มดลูกหดตัวมากขึ้น (Pillitteri, 2014)

ทฤษฎีโปรสตาแกลนดิน ทฤษฎีกล่าวถึงฮอร์โมนโปรสตาแกลนดินทำให้มดลูกหดตัว ซึ่งโปรสตาแกลนดินผลิตโดย เยื่อมดลูก สายสะดือ และเยื่อหุ้มทารกชั้นแอมเนียน (amnion) (Reeder et al., 1997; Ricci, 2009) เชื่อว่าโปรสตาแกลนดินเป็นตัวหลักที่ก่อให้เกิดการเริ่มต้นของการหดตัวของมดลูกหรือการเริ่มเจ็บครรภ์คลอด (a central role in initiation of labor) (Blackburn & Loper, 1992) บางนักทฤษฎีกล่าวว่าโปรสตาแกลนดินเป็นฮอร์โมนตัวกลางหรือตัวพื้นฐาน (chemical mediator หรือ local hormone) ที่ช่วยในการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูก (Budin, 2007)

โปรสตาแกลนดินอี 2 (PGE₂) และ โปรสตาแกลนดินเอฟ 2 แอลฟา(PGF_{2α}) ที่เพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อการเกิดการเพิ่มขึ้นของช่องทางสื่อสารระหว่างเซลล์ (gap junction) (Blackburn & Loper, 1992; Keelan, Coleman, & Mitchell, 1997) ขนาดของช่องทางสื่อสารระหว่างเซลล์จะเพิ่มขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ทำให้แคลเซียมในไซโทพลาสซึมของกล้ามเนื้อมดลูกเพิ่มขึ้น แคลเซียมจะทำให้มีการหดตัวของมดลูกและเกิดการขยายของปากมดลูกตามมาและพบว่าโปรสตาแกลนดินอี 2 ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสุกของปากมดลูกอีกด้วย (Blackburn & Loper, 1992; Heffner, 2001) ในการสังเคราะห์โปรสตาแกลนดิน มีสารตั้งต้นคือสารพวกไขมัน (phospholipids) ทำให้ได้โปรสตาแกลนดินชนิดต่างๆ ทำให้มดลูกหดตัว (Blackburn & Loper, 1992)

ทฤษฎีเอสโตรเจน ฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มดลูกหดตัว ฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นมากเมื่อตั้งครรภ์ได้ 34-35 สัปดาห์ (Budin, 2007; McNabb, 2004) ตัวรับ (receptor) ของเอสโตรเจนที่เยื่อมดลูกเพิ่มขึ้น (Blackburn & Loper, 1992) มีการเพิ่มของช่องทางสื่อสารระหว่างเซลล์เป็น 1,000 เท่า (Blackburn & Loper, 1992; McNabb, 2004) เอสโตรเจนทำให้เพิ่มการหลั่งของออกซิโทซินและโปรสตาแกลนดินจึงทำให้มดลูกหดตัว (Blackburn & Loper, 1992; Budin, 2007)

ทฤษฎีปัจจัยด้านทารก คอร์ติซอล (cortisol) หลังจากต่อมหมวกไตของทารกทำให้เกิดการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูกเช่นกัน (Budin, 2007) เมื่อครรภ์ครบกำหนดต่อมหมวกไตของทารกจะหลั่งสารคอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) (Murray & McKinney, 2010) การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน-รีลีสซิ่ง (corticotropin-releasing hormone) และ คอร์ติซอลจากทารกในระยะ ครบ กำหนด คลอด จะ กระตุ้น ให้ มี การ หลั่ง โปรสตา แกลน ดิน อี 2

โพรสตาแกลนดินเอฟ และโพรสตาแกลนดินเอฟ 2 แอลฟาเพิ่มขึ้นจากเยื่อหุ้มทารก (Blackburn & Loper, 1992; Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) จึงทำให้มดลูกหดตัว (McNabb, 2004) นอกจากนี้การที่ฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลีสซิ่งเพิ่มขึ้นยังทำให้รกสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Navitsky et al., 2000)

ทฤษฎีอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์ มีดังเช่นการตั้งตัวอย่างมากของมดลูก (overdistention of uterus) การระคายเคืองของมดลูกและปากมดลูกถูกกดโดยส่วนนำของทารก เมื่อครรภ์ครบกำหนด (Jane, 2011; Murray & McKinney, 2010) รวมทั้งการเสื่อมของรกทำให้เกิดการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูก (Jane, 2011) นอกจากนี้การติดเชื่อก็ก่อให้เกิดการหลั่งของโพรสตาแกลนดินเช่นกันจึงทำให้มีการเริ่มต้นการหดตัวของมดลูก (Budin, 2007) และการเพิ่มของฮอร์โมนรีแลกซินยังช่วยทำให้ปากมดลูกสุก อย่างไรก็ตามกลไกการทำงานของฮอร์โมนรีแลกซินยังไม่ทราบแน่ชัด (Blackburn & Loper, 1992) ซึ่งอาจทำให้ออกซิโทซินทำงานได้ดีขึ้น จึงทำให้มดลูกหดตัว (Budin, 2007) นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์คลอดเกิดจากความดันของบรรยากาศต่ำลง และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้มีผลต่อระบบประสาทและฮอร์โมนของมารดา (Naeye, 1982 as cited in Akutagawa, Nishi, & Isaka, 2007)

ในทำนองเดียวกันมีการกล่าวสรุปว่า การเจ็บครรภ์จริงเกิดจาก 1) ระบบสมองส่วนทาลามัสต่อมใต้สมองและต่อมหมวกไตของทารก (fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axis) ระบบนี้ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของคอร์ติซอลในทารกที่ครบกำหนด 2) การหลั่งของฮอร์โมนต่างๆ ทำให้เกิดการเริ่มต้นหดตัวของมดลูก และ 3) ตัวรับฮอร์โมนที่มดลูกมีความไวขึ้น (active) ทำให้เกิดการส่งสัญญาณจึงทำให้เกิดการเจ็บครรภ์จริง (Romano & Lothian, 2008) กล่าวได้ว่าฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บครรภ์คลอดหรือการหดตัวของมดลูกสร้างจาก มารดา รก และทารก

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

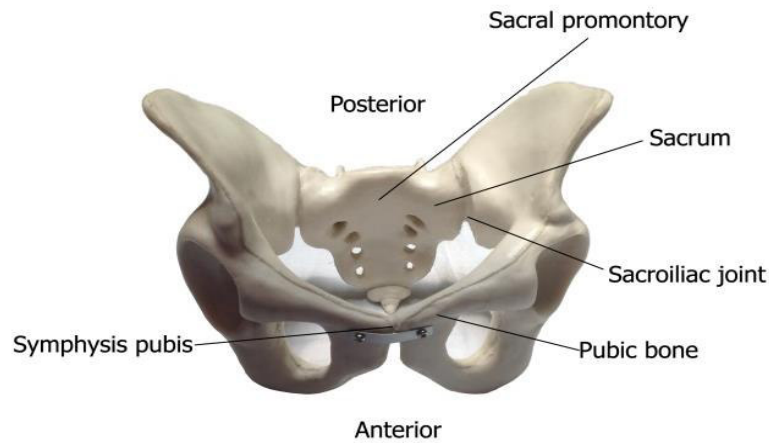
ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอด มี 5 ประการหลัก (5P) คือ 1) ทางคลอด (passage) 2) ทารก (passenger) 3) แรง (power) 4) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และ 5) ท่าของมารดา (position) (Lowdermilk, 2012; Olds et al., 2000) แต่อย่างไรก็ตามบางตำรากล่าวว่ามี 10 ประการหลัก (10 P) โดย 5P แรกเช่นเดียวกัน ส่วน 5P หลังได้แก่ ปรัชญาหรือความเชื่อ (philosophy) สามีหรือผู้ช่วยเหลือ (partners) ความอดทนรอต่อเวลาตามธรรมชาติ (patience for natural timing) การได้รับการเตรียมเพื่อการคลอด (patient preparation) และการจัดการความปวด (pain management) (Ricci, 2009; Ricci & Kyle, 2009) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ทางคลอด (Passage)

ทางคลอดประกอบด้วยปัจจัยด้านกระดูกเชิงกราน (bony passage) ได้แก่ขนาดของช่องเชิงกราน ลักษณะและประเภทของช่องเชิงกราน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านเนื้อเยื่ออ่อน (soft passage) เช่น ความสามารถในการถ่างขยายและความบางของปากมดลูก (Ricci, 2009) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ขนาดของช่องเชิงกราน

กระดูกเชิงกราน ประกอบด้วยการเชื่อมกันของกระดูกไอเลียม (ilium) กระดูกอิสเชียม (ischium) กระดูกพิวบิส (pubis) และ กระดูกซาครัม (sacrum) และมีจุดเชื่อมหรือเอ็นเชื่อม 4 ตำแหน่ง คือ ซิมฟายซิสพิวบิส (symphysis pubis) ซาโครไอเลียแอก (sacroiliac joint) และซาโครคอกซิเจียน (sacrococcygeal joint) (Bobak & Jensen, 1993) รูปที่ 4-2 แสดงเชิงกรานของสตรี



รูปที่ 2 แสดงเชิงกรานของสตรี

กระดูกเชิงกรานแบ่งเป็น 2 ระดับ คือเชิงกรานเทียม (false pelvis) และเชิงกรานแท้ (true pelvis) ซึ่งเชิงกรานเทียมจะอยู่เหนือเชิงกรานแท้ และไม่เกี่ยวข้องกับการคลอด สำหรับเชิงกรานแท้ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ช่องเข้าช่องกลางและช่องออก (Ricci, 2009)

ช่องเข้า (inlet หรือ brim) เป็นด้านหน้าของขอบบนของกระดูกพิวบิกหรือกระดูกหัวหน้า ด้านข้างเป็นกระดูกไอเลียม และโค้งตลอดตามแนวของกระดูกจนถึงด้านหลัง ซึ่งเป็นขอบบนของกระดูกซาครัม (sacral prominence) (Bobak & Jensen, 1993; Ricci, 2009) จะมีรูปรีตามขวาง แนวหน้าหลังที่สั้นที่สุดของช่องเข้าคือ เส้นผ่าศูนย์กลางสูติศาสตร์ (obstetric conjugate) สามารถคำนวณโดยลบออกจากค่าเส้นผ่าศูนย์กลางไดอะโกนอลคอนจูเกท (diagonal conjugate) 1.5-2 ซม. (Littleton & Engebretson, 2002) ซึ่งเส้นผ่าศูนย์กลางไดอะโกนอลคอนจูเกท ยาวประมาณ 12-13 ซม. หรือ ≥ 11.5 ซม. (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2005) และสามารถวัดได้จากการตรวจทางช่องคลอด

ช่องกลาง (midpelvis หรือ pelvic cavity) จะเป็นทางโค้ง ด้านหน้าจะสั้น ด้านหลังกว้าง ขอบเขตคือซิมฟายซีสพิวบิส (symphysis pubis) กระดูกอิสเชียม (ischium) ส่วนของไอเลียม (portion of the ilium) กระดูก ซาครัม (sacrum) และกระดูกก้นกบ (coccyx) (Bobak & Jensen, 1993) มีรูปร่างเกือบกลม ช่องที่แคบที่สุดคือแนวขวางระหว่างอิสเชียล สปาย (ischial spines) ทั้งสองข้าง เรียกว่าเส้นผ่าศูนย์กลางอินเตอร์สไปนัส (interspinous diameter) (Littleton & Engebretson, 2002) มีความยาว ≥ 10.5 ซม. (Perry et al., 2010)

ช่องออก (pelvic outlet) เป็นส่วนล่างสุดของเชิงกรานแท้ (true pelvic) ขอบเขตด้านหน้าเป็นพิวบิกอาท (pubic arch) ด้านข้างเป็นอิสเชียล ทิวเบอร์รอสซิตี (ischial tuberosities) และด้านหลังเป็นปลายของกระดูกก้นกบ (coccyx) (Bobak & Jensen, 1993) มีรูปรีตามยาวหน้าหลัง ช่องที่แคบที่สุดคือระหว่างกระดูกอิสเชียลทิวเบอร์รอสซิตี เรียกว่าเส้นผ่าศูนย์กลางไบอิสเชียล (biischial diameter) (Littleton & Engebretson, 2002) มีความยาว 8 ซม. ขึ้นไป เกี่ยวกับความกว้างของพิวบิกอาท ได้มีการศึกษาในมารดาจำนวน 32 ราย ที่มีพิวบิกอาท $< 90^\circ$ เปรียบเทียบกับมารดาจำนวน 102 ราย ที่มีพิวบิกอาท $\geq 90^\circ$ พบว่าระยะที่ 2 ของการคลอดของมารดาในกลุ่มแรก ยาวนานกว่ากลุ่มหลัง (Frudinger et al., 2002)

สำหรับความกว้างของกระดูกเชิงกราน ในแนวต่างๆ (แนวหน้าหลัง แนวเฉียง และแนวขวาง) ทั้งช่องเข้า ช่องกลาง และช่องออก แสดงดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 3 แสดงความกว้างของช่องเชิงกราน

ช่องเชิงกราน	หน้าหลัง Anteroposterior (ซม.)	แนวเฉียง Oblique (ซม.)	แนวขวาง Transverse (ซม.)
ช่องเข้า	11	12.75	≥ 13
ช่องกลาง	11.5-12	12	10.5
ช่องออก	11.9-13.5	12	≥ 8

Note. From “Maternity & gynecologic care: The nurse and the family,” (p. 354), by I. M. Bobak & M. D. Jensen, 1993, Philadelphia: Mosby. & From “Obstetrics by ten teachers,” (p. 221), by P. N. Baker, 2006, London: Hodder Education.

1.2 ประเภทของช่องเชิงกราน

เชิงกรานพื้นฐานมี 4 ประเภท เชิงกรานโกเนคอย (gynecoid) เป็นเชิงกรานที่พบในผู้หญิงทั่วไปมากที่สุด (50%) การคลอดมักเป็นไปตามปกติ เชิงกรานแอนดรอย (android) เป็นเชิงกรานคล้ายเชิงกรานผู้ชาย การคลอดมักไม่เป็นไปตามปกติ เชิงกรานแอนโทรปอย (anthropoid) คล้ายเชิงกรานลิง พบ 20-30% การคลอดมักไม่เป็นไปตามปกติแต่คลอดเองได้มากกว่าเชิงกรานแบบแพลทเพลลอยและแอนดรอย เชิงกรานแพลทเพลลอย (platypelloid) เป็นเชิงกรานลักษณะแบน พบ 5% สามารถคลอดเองได้ (Bobak & Jensen, 1993; Lowdermilk & Perry, 2004; Ricci, 2009) ตารางที่ 4-4 เปรียบเทียบลักษณะของช่องเชิงกรานแต่ละแบบ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะของช่องเชิงกราน

	Gynecoid	Android	Anthropoid	Platypelloid
-ช่องเข้า	รีตามขวาง	รูปหัวใจ	รีแนวหน้าหลัง	แบนแนวหน้าหลัง และกว้างตามแนวขวาง
-ความลึก	ปานกลาง	ลึก	ลึก	ตื้น
-ผนังเชิงกราน	ตรง	เกือบตรง	ตรง	ตรง
-Ischial spines	ทู่และห่าง	แหลมและแคบ	แหลมและแคบ	ทู่และห่าง
-Sacrum	ลึกและโค้ง	โค้งและคล้ายจะงอย	โค้งเล็กน้อย	โค้งเล็กน้อย
-Subpubic arch ¹	กว้าง	แคบ	แคบ	กว้าง
-ชนิดของการคลอด	คลอดทางช่องคลอด	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือคลอดโดยการใช้คีมช่วย	คลอดโดยการ ใช้คีมช่วย	คลอดทางช่องคลอด ²

Note. From “Maternity & women’s health care,” (p.476), by D. L. Lowdermilk & S. E. Perry, 2004, St Louis, MO: Mosby. & From “Obstetrics by ten teachers,” (p. 222-223),

by P. N. Baker, 2006, London: Hodder Education.¹= Subpubic arch ค่าปกติ 85-90°,² = บางตำรากล่าวว่าคลอดทางช่องคลอดเองไม่ได้.

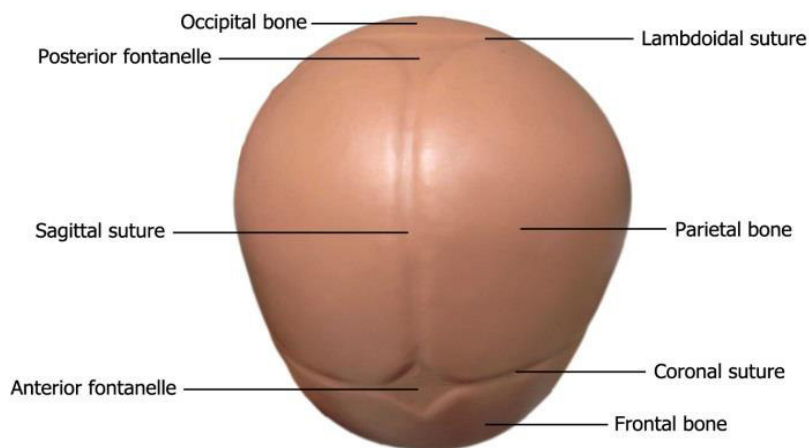
1.3 ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่ออ่อน

การยืดขยายของมดลูกส่วนล่าง จากการหดตัวของมดลูกที่มากขึ้น การขยายของปากมดลูกและความบางของปากมดลูก จะช่วยให้เกิดการเคลื่อนต่ำของทารก (descending) กล้ามเนื้อของเชิงกรานจะช่วยให้เกิดการหมุนของทารกแบบไปด้านหน้า การยืดหยุ่นของช่องทางคลอดซึ่งเนื้อเยื่อของช่องทางคลอดได้มีการพัฒนาตลอดระยะการตั้งครรภ์ ก็ช่วยในการขับทารกผ่านออกมาภายนอกได้ (Bobak & Jensen, 1993)

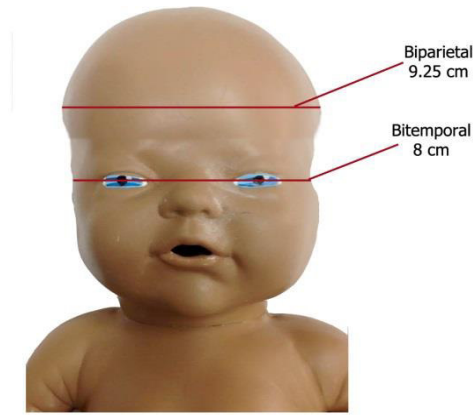
2. ทารก (Passenger)

ปัจจัยด้านทารกที่มีผลต่อการคลอดได้แก่ขนาดของศีรษะ ขนาดความกว้างของไหล่ ทรง (attitude) แนว (lie) ส่วนนำ (presentation) ท่าของทารก (position) และตำแหน่งการฝังตัวของรก (Lowdermilk & Perry, 2004; Olds et al., 2000)

ขนาดศีรษะของทารก และการยืดหยุ่นของกระดูกศีรษะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด (Lowdermilk, 2012) กระโหลกศีรษะของทารกประกอบด้วย กระดูกพาเรียทัล (parietal bone) 2 ชิ้น กระดูกเทมเพอรัล (temporal bone) 2 ชิ้น กระดูกฟรอนทัล (frontal bone) 1 ชิ้น และกระดูกออกซิพิทัล (occipital bone) 1 ชิ้น ซึ่งกระดูกเหล่านี้จะเชื่อมกันด้วยเนื้อเยื่อระหว่างร่องกระดูก (membranous sutures) และมีกระดูก 2 กระดูก คือ กระดูกหน้า (anterior fontanelle หรือ bregma) และกระดูกหลัง (posterior fontanelle) ซึ่งเล็กกว่ากระดูกหน้า (Bobak & Jensen, 1993) ดังแสดงในรูปที่ 4-3 ระยะคลอดจะมีการเคลื่อนทับของกระดูกส่วนที่เป็นรอยต่อ (suture) เรียกว่าโมลดิ้ง (molding) เพื่อลดขนาดของศีรษะทารก ทำให้การคลอดดำเนินไปได้ รูปที่ 4-4 แสดงเส้นผ่าศูนย์กลางของศีรษะทารกส่วนไบเทมเพอรัล (bitemporal) ซึ่งยาว 8 ซม. และ ไบพาเรียทัล (biparietal) ซึ่งยาว 9.25 ซม. (Olds et al., 2000)



รูปที่ 3 แสดงกระดูกศีรษะของทารก (ภาพจากด้านบน)



รูปที่ 4 แสดงเส้นผ่าศูนย์กลางของศีรษะทารก

แนว (lie) เป็นความสัมพันธ์ของกระดูกสันหลัง (long axis) ของทารกกับกระดูกสันหลังของมารดา แนวของทารกมีได้ทั้งแนวตั้งตรง (longitudinal หรือ vertical) แนวขวาง (transverse) และแนวเฉียง (oblique) ซึ่งจะไม่คงที่ (Bobak & Jensen, 1993) ทารกที่มีแนวตรง (ยาว) ส่วนนำอาจจะ เป็นศีรษะหรือ ก้น แนวของทารกมีส่วนต่อการเคลื่อนต่ำของทารก ทารกที่อยู่ในแนวขวางจะเป็น อุปสรรคต่อการเคลื่อนต่ำของทารก

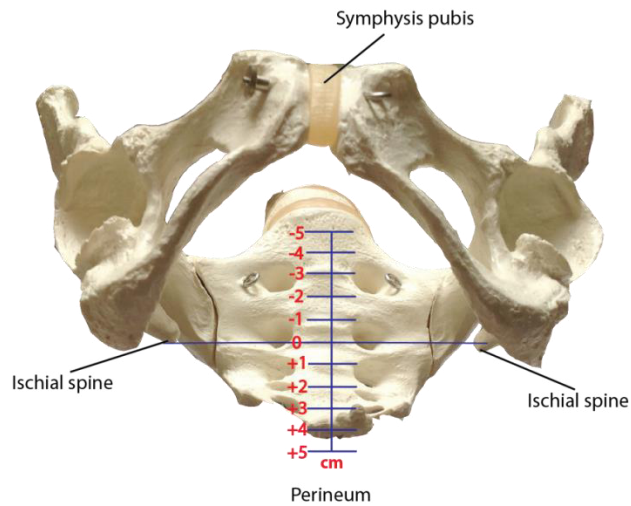
ทรง (attitude) เป็นความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ของทารกเอง ทรงปกติ ของทารกมีลักษณะ หลังงอ (flex) เพื่อปรับตัวอยู่ในมดลูก ศีรษะก้มชิดอก งอเข้าและขาอืดท้อง แขนงอวางบนหน้าอก เหนือเข้าที่งอ สายสะดือจะอยู่ระหว่างขาที่งอและแขน ทรงที่ผิดไปจากนี้อาจมีผลทำให้คลอดยาก หรือการเคลื่อนต่ำของทารกได้ไม่ดีจากขนาดของศีรษะไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกรานของมารดา เช่น ทรงงอ (Perry et al., 2010)

ส่วนนำ (presentation) หมายถึงส่วนของทารกที่มีการเคลื่อนต่ำลงผ่านเข้าช่องเข้าเพื่อลงสู่เชิงกรานที่แท้จริง (true pelvic) ส่วนนำที่พบเป็นศีรษะ 96% ก้น 3% และไหล่ 1% (Perry et al., 2010)

ท่าของทารก (position) หมายถึงความสัมพันธ์ของส่วนนำกับเชิงกรานของมารดา (Perry et al., 2010)

การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (engagement) หมายถึงส่วนนำที่ระดับเส้นผ่าศูนย์กลางไบพาเรียทัล (biparietal diameter) ของศีรษะได้เคลื่อนผ่านช่องเข้าของเชิงกรานแล้ว (Perry et al., 2010) เส้นผ่าศูนย์กลางแนวขวาง (transverse diameter) ของส่วนนำที่กว้างมากที่สุดคือเส้นผ่าศูนย์กลางไบพาเรียทัล (biparietal diameter) ยาว 9.25 ซม. (Olds et al., 2000)

ระดับส่วนนำ (station) หมายถึงระดับของส่วนนำเมื่อเปรียบเทียบกับเส้นที่ลากผ่านอิสเชียลสปาย (ischial spines) ทั้งสองข้าง หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร เช่น ส่วนนำอยู่ระดับอิสเชียลสปาย จะมี station 0 ถ้าส่วนนำอยู่ระดับต่ำกว่าอิสเชียลสปาย 1 ซม. จะมี station +1 (Perry et al., 2010) รูปที่ 4-5 แสดงระดับของส่วนนำ



รูปที่ 5 แสดงระดับของส่วนนำ

3. แรงในการคลอด (Power)

แรงในการคลอดประกอบด้วยแรงปฐมภูมิ และแรงทุติยภูมิ (primary and secondary powers) ดังนี้ (Olds et al., 2000)

3.1 แรงปฐมภูมิ (primary power)

เกิดจากการหดตัวของมดลูก เช่น ความถี่ (frequency หรือ interval) ความแรงของการหดตัว (intensity) และ ระยะเวลาของการหดตัว (duration) มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด ความบาง (effacement) และการถ่างขยายของปากมดลูก โดยปกติปากมดลูกยาวประมาณ 2-3 ซม. และหนา 1 ซม. กลไกการถ่างขยายของปากมดลูกยังเกิดจากเมื่อส่วนนำเคลื่อนต่ำจะทำให้มีการยืดของปากมดลูกจึงทำให้กระตุ้นตัวรับที่ช่องคลอดส่วนหลัง จึงทำให้เกิดการหลั่งของออกซิโทซินจากต่อมใต้สมองมากขึ้นซึ่งเรียกกลไกนี้ว่าปฏิกิริยาสะท้อนเฟอร์กูสัน (Ferguson reflex) (Lowdermilk & Perry, 2004)

3.2 แรงทุติยภูมิ (secondary power)

เป็นแรงเบ่งที่เกิดจากกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อของช่องท้อง (Downe, 2004) การเบ่งคลอดที่เหมาะสมกับเวลาและเบ่งได้ถูกวิธีจะทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นปกติไม่ยาวนาน

นอกจากนี้ระยะเวลาในกระบวนการคลอดที่ยาวนานจะทำให้กล้ามเนื้อมดลูกล้า การหดตัวของมดลูกไม่ดี ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า (prolonged labor) (London, Ladewig, Ball, Bindler, & Cowen, 2011)

4. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

อารมณ์ของมารดาทั้งก่อนคลอดและในระยะคลอดมีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอด มารดาที่มีความกังวล ไม่สบายใจมีผลต่อสรีระวิทยาการคลอด มารดาที่มีระดับสารนอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) และอีพิเนฟริน (epinephrine) สูงจะกระตุ้นตัวรับแอลฟา (α receptor) และ ตัวรับเบต้า (β receptor) ของกล้ามเนื้อมดลูกทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก มดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ระยะคลอดยาวนานได้ (Budin, 2007) ตัวอย่างปัจจัยที่มีผลต่อจิตสังคมของมารดามีดังนี้ (Olds et al., 2000)

1) การได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด มารดาที่ได้รับการเตรียมการคลอดจะมีความพร้อมในระยะคลอด มีความวิตกกังวลน้อย และการคลอดก้าวหน้าไปได้ด้วยดี

2) ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ผู้ที่มีประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีจะทำให้มีความวิตกกังวลสูง อาจทำให้การคลอดล่าช้าได้

3) การได้รับการดูแลในระยะคลอดและการได้รับการสนับสนุนในระยะคลอด ทำให้มารดามีกำลังใจ เผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีที่สุด ก้าวหน้าของการคลอดเป็นไปตามปกติ

4) สภาวะของอารมณ์ มารดาที่มีความวิตกกังวลสูง การคลอดมักจะล่าช้า ส่วนมารดาที่ไม่กลัวการคลอด การคลอดมักเป็นไปตามปกติ

5. ท่าของมารดา (Position)

ท่าของมารดา มีผลต่อการดำเนินการคลอดเช่นกัน ท่าของมารดาในแนวตั้ง (upright) จะช่วยให้มีความก้าวหน้าของการคลอดได้ดี เนื่องจากแรงโน้มถ่วงของโลกทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของทารกเร็วขึ้น (Bobak & Jensen, 1993) จากการวิจัยพบว่า การอยู่ในท่า PSU Cat (The Prince of Songkla University Cat) ซึ่งเป็นท่าแนวตั้งสลับศีรษะสูงและฟิงดนตรีในระยะก้าวหน้าของการคลอด ช่วยลดเวลาของระยะก้าวหน้าได้เหลือค่าเฉลี่ย 3.1 ชั่วโมง ($SD = 1.9$ ชั่วโมง)

ซึ่ง น้อย กว่า กลุ่ม แนวนราบ (Phumdoung, Youngvanichsate, Jongpaiboonpatana, & Leetanaporn, 2007) นอกจากนี้ในระยะที่ 2 ของการคลอด การให้มารดาอยู่ในท่า PSU Locked-Upright (Prince of Songkla University Locked-Upright) ซึ่งเป็นท่าที่ใช้หมอนหนุนบริเวณเอวให้สูง $30-40^{\circ}$ และยกศีรษะสูง $45-60^{\circ}$ ขาอยู่ในท่าเข้าชิดอกหรือขึ้นขาหยั่ง พบว่าค่าเฉลี่ยของเวลาระยะที่ 2 ของการคลอดของมารดาน้อยกว่ามารดาในท่าแนวนราบ (Phumdoung, Morkruengsai, Tachapattarakul, Lawantrakul, & Junsuwan, 2010)

6. ปรัชญาหรือความเชื่อ (Philosophy)

ปรัชญาหรือความเชื่อต่อการคลอดเป็นสิ่งสำคัญ เช่นการคิดว่าการคลอดทำให้มารดาไม่สามารถจัดการตนเองได้ หญิงตั้งครรภ์บางรายอาจเชื่อว่าตนเองยังคงมีความสามารถในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการคลอดได้ ในปัจจุบันส่วนใหญ่มักจะเชื่อว่าหญิงระยะคลอดช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล จึงมักถูกจัดการตามแนวทางการดูแลที่โรงพยาบาลได้กำหนดไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ยาหรือให้สารน้ำให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากเป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการคลอด (Ricci & Kyle, 2009)

7. สามีหรือผู้ช่วยเหลือ (Partners)

สามีหรือผู้ช่วยเหลือในระยะคลอดสามารถช่วยสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณของมารดา (Ricci & Kyle, 2009) นอกจากนี้พบว่าการมีผู้ช่วยเหลือในระยะคลอด (doula) ทำให้ลดการใช้ยาในระยะคลอด ลดการทำสูติศาสตร์หัตถการ และลดระยะเวลาในการคลอด (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2013)

8. ความอดทนต่อเวลาตามธรรมชาติ (Patience for natural timing)

การที่เจ้าหน้าที่มีความอดทนต่อเวลาในการคลอด ไม่ไปแทรกแซงหรือจัดการเกี่ยวกับการคลอดก่อนเวลา ช่วยทำให้มารดาใช้เวลาเพียงพอทำให้การคลอดมักเป็นไปตามปกติได้ และลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ (Ricci & Kyle, 2009) ซึ่งมีการปฏิบัติในการคลอดวิถีธรรมชาติ (Romano & Lothian, 2008)

9. การได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด (Patient preparation)

การได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมีผลต่อการคลอดเนื่องจากทำให้มารดาที่มีความมั่นใจในการควบคุมตนเองได้ดี การคลอดเป็นไปตามปกติ ไม่ต้องใช้ยาช่วยในระยะคลอด (Gagnon, 2006)

10. การจัดการความปวด (Pain management)

ความปวดทำให้มารดากลัวและวิตกกังวลจึงทำให้ปวดมากขึ้นและทำให้ระยะเวลาในการคลอดยาวนานได้ ดังนั้นการจัดการความปวดจึงมีผลต่อการคลอด (Ricci & Kyle, 2009)

สรุป การคลอดเป็นกระบวนการซับซ้อน รก และเยื่อหุ้มทารก ออกจากมดลูก การคลอดปกติต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเสร็จสิ้นกระบวนการคลอดไม่เกิน 24 ชั่วโมง การเจ็บครรภ์จริงมดลูกหดตัวสม่ำเสมอและเพิ่มขึ้น การพักไม่ช่วยทุเลาอาการปวด ปัจจัยชักนำให้เกิดการคลอดมีปัจจัยสำคัญดังเช่น การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน ออกซิโทซิน โพรสตาแกลนดิน และการลดต่ำของโปรเจสเตอโรน จึงทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก และมีปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าของการคลอดหลายประการ (10 P)

5. การรับผู้คลอดใหม่

การรับใหม่ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1.การซักประวัติ 2.การตรวจร่างกายทั่วไป 3.การตรวจครรภ์ 4.การตรวจภายใน 5.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6.การเตรียมเพื่อการคลอด และ 7. การรายงานแพทย์

1. การซักประวัติ

1.1 ประวัติการเจ็บครรภ์

การซักประวัติการเจ็บครรภ์จริงและการเจ็บครรภ์เตือน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้รู้ว่ามารดามีการเจ็บครรภ์เตือนหรือเจ็บครรภ์จริง ควรซักเกี่ยวกับ 1) ความสม่ำเสมอของการหดตัวของมดลูก 2) ความถี่ของการหดตัว 3) ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก (intensity) 4) ความไม่สบายบริเวณหลังและท้อง และ 5) ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นเมื่อเดิน (Olds et al., 2000) รวมถึงการมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งช่วยให้ทราบว่ามีอาการเจ็บครรภ์จริงได้เช่นกัน (Martin, 2002) นอกจากนี้ซักประวัติน้ำเดิน ส่วนรายที่ไม่แน่ใจว่ามีน้ำเดิน ให้ทำการตรวจโดยการให้มารดาไอ (cough test) เพื่อดูว่าเมื่อมารดาไอน้ำคร่ำไหลออกมาทางช่องคลอดหรือไม่ หรือทดสอบไนตราซีน (nitrazine test) ถ้ากระดาษลิทมัสเปลี่ยนสีจากสีเหลืองเป็นสีน้ำเงินแถมเขียวแสดงว่าเป็นน้ำคร่ำ เนื่องจากน้ำคร่ำเป็นด่างถ้าสารคัดหลั่งเป็นเลือดจะได้ผลเป็นบวกปลอม (false positive) (Cox, Hoffman, Werner, & Cunningham, 2005) นอกจากนี้อาจใช้การตรวจ fern test ถ้าเป็นน้ำคร่ำจะได้รูปใบเฟิร์น (Callahan, Caughey, & Heffner, 2004) และควรซักประวัติให้ได้ว่าลักษณะน้ำคร่ำที่ออกมาเป็นอย่างไร ถ้ามีสีไหม้ปนถือว่าปกติ ถ้ามีสีเขียวแสดงว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) ถ้าน้ำคร่ำมีกลิ่นเหม็นแสดงว่ามีการติดเชื้อ

1.2 ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน

การซักประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบันประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอด ความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ ความสม่ำเสมอของการฝากครรภ์ การรับประทานยาบำรุง ประวัติการได้รับวัคซีนกันบาดทะยัก รวมทั้งควรซักภาวะเสี่ยงต่างๆ ส่วนในรายที่ไม่ได้ฝากครรภ์ให้เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, VDRL, HBsAg และ Anti HIV ในการซักประวัติสามารถดูข้อมูลบางส่วนได้จากสมุดฝากครรภ์ได้

1.3 ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต

ให้สอบถามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น การป่วยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การป่วยด้วยโรคครรภ์เป็นพิษ การป่วยด้วยโรคหัวใจชนิดของการคลอด เช่น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการระมัดระวังมดลูกแตกถ้าให้คลอดทางช่องคลอด นอกจากนี้ซักถามประวัติการคลอดที่ต้องล้วงรก หรือประวัติการแท้งและขูดมดลูก

เพื่อให้เกิดการระมัดระวังในระยะที่ 3 ของการคลอดและการตกเลือดหลังคลอด ชักถามน้ำหนักทารกในแต่ละครั้งของการคลอด เพื่อได้ทราบว่าทารกตัวโตหรือไม่ ไว้ประกอบการประเมินการคลอดได้เองหรือคลอดเองไม่ได้ในครรภ์ปัจจุบัน ในการซักประวัติสามารถดูข้อมูลบางส่วนจากสมุดฝากครรภ์ได้

1.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ควรถามถึงการป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่จะมีผลต่อการคลอด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ กามโรค โรคเลือด และการผ่าตัดในช่องท้องและอุ้งเชิงกราน

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ควรซักประวัติบุคคลในครอบครัวว่าป่วยด้วยโรคติดต่อหรือ โรคทางพันธุกรรมหรือไม่ นอกจากนี้ควรซักว่าญาติสายตรงมีครรภ์แฝดหรือไม่

2. การตรวจร่างกายทั่วไป/การวัดสัญญาณชีพ

การตรวจร่างกายทั่วไป ให้ตรวจตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ตรวจเยื่อบุตาว่ามีภาวะซีดหรือไม่ ตรวจต่อมไทรอยด์ว่าเป็นปกติหรือไม่ ฟังปอดและเสียงหัวใจ (S1, S2) ว่าเป็นอย่างไร ในหญิงตั้งครรภ์อาจมีเสียงแทรกเล็กน้อยซึ่งจัดเป็นภาวะปกติ (McKinney et al., 2009)

ควรตรวจเต้านมว่ามีก้อนหรือไม่ ตรวจร่างกายว่ามีการบวมหรือไม่ ประเมินดูความสะอาดของร่างกาย นอกจากนี้เฝ้าระวังให้วัดสัญญาณชีพทุกราย เพื่อคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงและการติดเชื้อ (McKinney, James, & Murray, 2018)

3. การตรวจครรภ์

การตรวจครรภ์ให้ใช้หลักลีโพลแมนูเวอร์ (Leopold's Maneuvers) ซึ่งประกอบด้วย การตรวจ 4 ท่า (Gorrie, McKinney, & Murray, 1998) นอกจากนี้ให้ฟังเสียงหัวใจทารกที่บริเวณหลังของทารก นับอัตราการเต้นของหัวใจทารก 1 นาที และรวมทั้งซักถามการดิ้นของทารกว่าเป็นอย่างไร

การแปลผลการตรวจครรภ์ บอกอายุครรภ์จากระดับของยอดมดลูก ส่วนนำทารก และการลงสู่อุ้งเชิงกราน นอกจากนี้ให้ประเมินน้ำหนักของทารกจาก ส่วนสูงของมดลูกหน่วยเป็นซม.คูณ เส้นรอบวงของท้องของมารดาบริเวณสะดือ หน่วยเป็นซม. จะได้ค่าคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์หน่วยเป็นกรัม (ขจรศิลป์, 2550)

นอกจากนี้ประเมินการหดตัวของมดลูกโดยคลำที่ยอดมดลูก การหดตัวของมดลูกจะเริ่มต้นที่ยอดมดลูกที่คอร์นุ (cornu) ของมดลูกด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อดูระยะเวลาการหดตัวของมดลูก (duration) ความถี่ของการหดตัว (frequency) และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก (severity หรือ intensity)

4. การตรวจภายใน

การตรวจภายในทำให้ทราบว่ามารดาอยู่ในระยะใดของการคลอด ผลการตรวจภายในควรประกอบด้วย ส่วนนำ ระดับของส่วนนำ ถูงน้ำคร่ำแตกหรือไม่ แนวของร่องกระดูก (sagittal suture) และตำแหน่งของกะหม่อมหน้ากะหม่อมหลัง เมื่อตรวจภายในเสร็จให้ลงบันทึกในใบบันทึก (labor record) หรือพาโทกราฟ (Partograph)

ให้ตรวจภายในในมารดาที่เจ็บครรภ์จริง ไม่ตรวจภายในในมารดาที่ไม่เจ็บครรภ์ และมีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอดเพราะอาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ และไม่ตรวจภายในในมารดาที่มีน้ำเดินแต่ไม่มีการหดตัวของมดลูก

นอกจากนี้ควรตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เช่น ตรวจดูว่ามีรอยโรคของการเป็นริ้วหรือไม่ ถ้ามีไม่ควรถูกห้ามมารดาคลอดทางช่องคลอด มีหลอดเลือดดำขอดหรือไม่ ถ้ามีอาจทำให้เลือดออกมากเมื่อตัดฝีเย็บ

5. การประเมินสภาพด้านจิตสังคม

การประเมินด้านจิตสังคม ได้แก่การประเมิน อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ บทบาททางสังคม ประวัติการสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ความต้องการมีบุตร การเตรียมตัวเพื่อการคลอด ความคาดหวังในการตั้งครรภ์ วัฒนธรรมและความเชื่อที่มีผลต่อสุขภาพ และความวิตกกังวล

6. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรประกอบด้วย การตรวจเลือดดูฮีโมโกลบิน และระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง มารดาที่ไม่มีภาวะซีดควรมีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง 32-42% ฮีโมโกลบิน 10-14 gm/dL (Olds et al., 2000) บางตำราให้ค่าต่ำสุดของความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ 33% ว่าไม่มีภาวะซีด ติดตามผลการตรวจไวรัสตับอักเสบบี ผลการตรวจเอชไอวี (HIV) ผลการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อซิฟิลิส (venereal disease research laboratory: VDRL) ผลปกติ (non reactive) ผลผิดปกติ (reactive) (สุตารัตน์, 2545) ตรวจหาโปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ ระดับปกติควรเป็นลบ (negative) หรือพบเล็กน้อย (trace)

7. การเตรียมเพื่อการคลอด

พยาบาลสามารถสวนอุจจาระให้มารดาโดยใช้ยูนีสันอีนิมา (unison enema) 50 มล. แต่ต้องงดการสวนอุจจาระในมารดาต่อไปนี้ (พิริยา, 2551; Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1995)

- ครรภ์แรกปากมดลูกเปิด > 7 ซม.
- ครรภ์หลังปากมดลูกเปิด > 5 ซม.
- น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์
- น้ำเดินแล้วแต่ส่วนน้ำยังไม่เข้าสู่ช่องเชิงกราน
- มีเลือดออกทางช่องคลอด
- มีภาวะทารกขาดออกซิเจน
- อุจจาระร่วงภายใน 24 ชั่วโมง

นอกจากนี้ให้โภชนาการบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือรวมทั้งหน้าท้องในกรณีเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือคาดว่าจะได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเช่น ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ และครรภ์แฝด

8. การรายงานแพทย์

ในกรณีที่มารดามีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพและเห็นว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพให้รายงานแพทย์ทราบ (พิริยา, 2551) เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะเบาหวาน มีเลือดออกทางช่องคลอด มีน้ำเดินโดยไม่เจ็บครรภ์ หรือเด็กด้นน้อย เป็นต้น

6. การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

หลักการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ คือการพยาบาลระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด การพยาบาลระยะก้าวหน้าของการคลอด และการพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของการคลอด ดังต่อไปนี้

6.1 การพยาบาลระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด

การพยาบาลมารดาในระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอดมีดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ยกเว้นอุณหภูมิวัดทุก 4 ชั่วโมง แต่ถ้ามีไข้ อุณหภูมิ > 37.6 องศาเซลเซียส หรือมีอุณหภูมิต่ำกว่าปกติให้วัดอุณหภูมิทุก 2 ชั่วโมง (Olds et al., 2000)

2) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที (Olds et al., 2000) แต่ในทางปฏิบัติมักจะประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง

3) ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุก 1 ชั่วโมงในรายที่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพใดๆ แต่ถ้ามารดามีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพให้ประเมินทุก 30 นาที (Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) การประเมินการเต้นของหัวใจทารกอาจใช้เครื่องหูฟัง หรือใช้เครื่องบันทึกทางหน้าท้อง (EFM) ก็ได้ ข้อดีของการใช้เครื่องบันทึกทางหน้าท้อง ทำให้ทราบรูปแบบของการเต้นของหัวใจทารกได้ชัดเจน ทำให้การวินิจฉัยภาวะผิดปกติทำได้เร็ว

4) ประเมินสารคัดหลั่งที่ออกทางช่องคลอดทุก 30-60 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004)

5) ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และการเหนื่อยล้าทุก 30 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004)

6) ประเมินและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด สำหรับการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดควรตรวจภายในทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีการก้าวหน้าของการคลอดมากขึ้น สำหรับการศึกษาระยะคลอดของมารดาในช่องกพบพบว่า มารดาส่วนใหญ่จะปวดจากการตรวจและรู้สึกอึดอัด (Lai & Levy, 2002) ดังนั้นจึงควรตรวจเมื่อมีความจำเป็น ส่วนการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดควรจัดให้มารดาอยู่ในท่าแนวตั้งและส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้กล่าวแล้วในบทที่ 4 เพื่อไม่ให้เกิดการล่าช้าของการคลอด สำหรับมารดาที่มีการคลอดล่าช้าพบว่ามารดาได้รับรู้ถึงการคุกคามต่อชีวิตและปวดมาก (Nystedt, Hogberg, & Lundman, 2006)

7) ประเมินการแตกของถุงน้ำคร่ำ และประเมินลักษณะน้ำคร่ำ

8) ให้การพยาบาลดูแลอนามัยส่วนบุคคล เพื่อให้มารดาสุขสบายและลดการติดเชื้อ

9) การดูแลให้การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยการดูแลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ เพื่อเพิ่มพลังงานให้กับร่างกายและการดูแลให้ได้รับน้ำเพียงพอจะช่วยลดความล่าช้าในการคลอดได้ (Simkin & Ancheta, 2000) ภาวะที่มีน้ำเพียงพอทำให้การไหลเวียนของเลือดดี ร่างกายได้รับอาหารเพียงพอ และช่วยการหดตัวของมดลูก สำหรับประเภทของอาหารยังมีการปฏิบัติไม่เหมือนกันในแต่ละโรงพยาบาล บ้างจำกัดอาหารบ้างไม่จำกัดอาหาร ซึ่งยังมีความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Parsons, 2004)

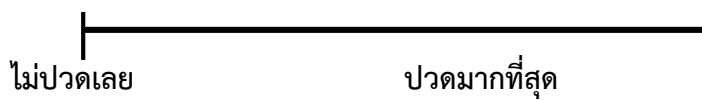
นอกจากนี้ดูแลระบบขับถ่าย สวมอุ้งจระเข้เมื่อแรกจับ การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างก็เป็น การส่งเสริมการหดตัวของมดลูกเช่นกัน และยังลดการขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนนำ และพยาบาลควรให้การช่วยเหลือให้มารดาสร้างสภาวะผ่อนคลาย ปากฟันสะอาด ทำให้มารดาสุขสบายร่างกายสดชื่น (ศศิธร, 2549)

10) ประเมินความปวดและให้การพยาบาลลดปวด ควรประเมินการเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ลดปวดในระยะคลอดของมารดา เนื่องจากมีการศึกษาพบว่ามารดาครรภ์แรกมีการเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาลดปวดน้อย (Raynes-Greenow, Roberts, McCaffery, & Clarke, 2007) การประเมินความปวดควรเป็น ระดับความปวดที่มารดาบอกเอง (subjective data หรือ self rating pain) เพราะจากการวิจัยพบว่า 49% ของแพทย์และพยาบาลประเมินความปวดไม่สอดคล้องกับความปวดของมารดา (Sheiner et al., 2000) วิธีการประเมินระดับความปวดโดยให้มารดาบอกความปวดเองมีดังนี้ (Chapman & Syrjala, 1990; Jensen, 2010)

1) การประเมินความปวดโดยใช้คำบรรยาย (Verbal Descriptive Scale: VDS) ซึ่งการวัดความปวดโดยใช้คำบรรยาย คือ ปวดเล็กน้อย ปวดและไม่สุขสบายปานกลาง ปวดและไม่สุขสบายมาก ปวดมาก และปวดมากที่สุด

2) การประเมินความปวดโดยใช้ตัวเลข (Numerical Rating Scale: NRS) ซึ่งการวัดความปวดแบบตัวเลข มีลักษณะคือ ไม่ปวดเลยคะแนนเป็น 0 ปวดเล็กน้อยคะแนน 1-4 ปวดปานกลางคะแนน 5 ปวดมากคะแนน 7-9 และปวดมากที่สุดคะแนน 10

3) การประเมินด้วยมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale: VAS) ซึ่งมาตรวัดความปวดด้วยสายตามีความยาว 100 มม. สามารถอธิบายได้ดังนี้ สเกลด้านซ้ายสุดคือไม่ปวดเลย สเกลด้านขวาสุดแสดงถึงการปวดมากที่สุด ส่วนกลาง ๆ หมายถึงปวดในระดับกลางๆ รูปที่ 4-6 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยสายตา



รูปที่ 6 แสดงมาตรวัดความปวดด้วยสายตา

ในการประเมินความปวดควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความปวดประกอบด้วย เช่น การศึกษา อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการได้รับการเตรียมการคลอด (Phumdoung & Rattanaparikonn, 2003) รวมทั้งควรประเมินความกลัวและประสบการณ์การคลอด ซึ่งความกลัวและประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีมีผลทำให้มารดาต้องการได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูง (Nieminen, Stephansson, & Ryding, 2009) และจากการวิจัยพบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการได้รับยาลดปวดไม่เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่มารดา (Raynes-Greenow et al., 2007)

การพยาบาลเพื่อลดความปวด มีดังเช่น การลูบหน้าท้อง การหายใจลดปวดแบบช้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามการหายใจแบบมีแบบแผนในระยะนี้ทำให้มารดาอ่อนเพลียมาก (Pugh, Milligan, Gray, & Strickland, 1998) จึงต้องมีการประเมินความเหนื่อยล้าประกอบด้วย

นอกจากนี้จากการวิจัยพบว่ามารดาต้องการการลดปวดหลายวิธี (Hundley et al., 2001) การจัดการลดปวดแบบไม่ใช้ยา มีหลัก 3 ประการตามทฤษฎีควบคุมประตู (The Gate Control theory) คือ 1) การลดตัวกระตุ้นความปวด 2) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย และ 3) การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสความปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง (Simkin, 1991) สำหรับการลดปวดวิธีต่างๆ ได้นำเสนอในหัวข้อ 12 การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา

6.2 การพยาบาลระยะก้าวหน้าของการคลอด

การพยาบาลมารดาในระยะก้าวหน้าของการคลอดมีดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ยกเว้นอุณหภูมิวัดทุก 4 ชั่วโมง เช่นเดียวกับระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด (Olds et al., 2000)

2) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกทุก 30 นาที (Olds et al., 2000) และระมัดระวังการเกิดแบนเดิลริง (Bandl's ring หรือ pathologic retraction ring) ซึ่งจัดเป็นภาวะวิกฤติ และมดลูกอาจแตกได้ รอยคอดจะสูงระดับสะดือ (วรารูธ, 2545) นอกจากนี้ให้ระมัดระวังการเกิดการหดรัดตัว

ของมดลูกแบบไม่คลาย (tetanic contraction) ซึ่งหมายถึงการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ถี่และคลายตัวของมดลูกสั้นกว่า 1 นาที 30 วินาที (วรารุช, 2545) การหดตัวของมดลูกที่มากและถี่ทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะเลือดเป็นกรดได้มาก (Bakker, Kurver, Kuik, & van Geijn, 2007)

3) ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที สำหรับมารดาที่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และทุก 15 นาทีสำหรับมารดาที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Murray & McKinney, 2010; Olds et al., 2000) ราคานี้มารดาอาจได้รับยากระตุ้นการคลอด จึงควรมีการติดเครื่องตรวจอัตราการเต้นของหัวใจทารกทางหน้าท้อง (EFM)

4) ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และการเหนื่อยล้าทุก 15 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004)

5) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในเมื่อจำเป็น นอกจากนี้ควรประเมินสารคัดหลั่งทางช่องคลอดทุก 15 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004)

6) ในกรณีที่มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ ให้ฟังเสียงหัวใจทารกทันที และประเมินลักษณะของน้ำคร่ำ โดยลักษณะปกติจะมี สีใส มีไขขาวๆ ปน และมีขนทารกปน

7) ส่งเสริมให้ญาติหรือหญิงผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการฝึกดูแลมารดาในระยะคลอด (doula) มาอยู่เป็นเพื่อน จากการศึกษาในมารดาชาวไอร์แลนด์ พบว่าหญิงระยะคลอดส่วนใหญ่มีความกังวลและรู้สึกโดดเดี่ยว (Larkin, Begley, & Devane, 2012) จากการศึกษาการรับรู้ของพยาบาลผดุงครรภ์เกี่ยวกับการมีหญิงผู้ช่วยเหลือแก่ชาวต่างด้าวที่มาคลอดในสวีเดน พบว่ามารดาในระยะคลอดสงบและรู้สึกปลอดภัย (Akhavan & Ludgren, 2012) อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญกับสามีที่ดูแลมารดาในระยะคลอดด้วย (Walker, 2018) จากการศึกษาในชายชาวเนปาลที่มาดูแลมารดาในระยะคลอด พบว่ามีประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ สำหรับด้านลบเช่น รู้สึกสับสน และการตอบสนองด้านอารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น (Sapkota, Kobayashi, & Takase, 2012)

8) ประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวลต่อการคลอดและให้การพยาบาลช่วยเหลือ

9) การประเมินความปวดให้ทำเช่นเดียวกับระยะไม่ก้าวหน้า (latent phase) ส่วนการพยาบาลเพื่อลดปวดควรใช้การลดปวดหลายวิธีร่วมกัน

การใช้น้ำบำบัดควรเริ่มทำในระยะก้าวหน้าของการคลอด (Lowdermilk & Perry, 2004) การบำบัดด้วยน้ำ เช่นอาจให้แช่ในอ่างน้ำอุ่น หรืออาบน้ำอุ่น จากการศึกษาพบว่าการแช่ในน้ำอุ่นช่วยลดความปวดในระยะคลอดและลดความกังวลของมารดาในระยะคลอดได้ (Eriksson, Mattsson, & Ladfore, 1997; Gillot-de-Vries et al., 1987)

ในระยะนี้ควรช่วยนวดให้มารดา เช่นนวดบริเวณก้นกบและต้นขา ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิดข้อมูลความปวดไม่ถูกส่งไปยังสมอง

นอกจากนี้ในมารดาบางรายอาจได้รับยาลดปวด เช่น ยาเพทิดีน (pethidine) ทำให้เกิดการกดระบบประสาทส่วนกลางทำให้มารดามึนงงได้ (Wood & Wood, 1990) ดังนั้นจึงควรระมัดระวังอุบัติเหตุ ควรยกไม้กั้นเตียงขึ้น เอาหมอนนอนมาให้ปัสสาวะที่เตียง (Green & Wilkinson, 2004) นอกจากนี้ควรประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยายังมีผลทำให้หัวใจทารกในครรภ์เต้นช้าลง จึงควรมีการประเมินอย่างใกล้ชิด ถ้าทารกคลอดก่อน 1 ชั่วโมงหลังได้ยาจะไม่มีอาการข้างเคียงในทารก แต่ถ้าทารกคลอดหลังได้ยาแล้ว 2 ชั่วโมงจะกตการหายใจของทารกแรกเกิด (Leifer, 2011)

การพยาบาลอื่นๆ เช่นเดียวกับพยาบาลมารดาในระยะไม่ก้าวหน้า

6.3 การพยาบาลระยะเปลี่ยนผ่านของการคลอด

การพยาบาลมารดาในระยะเปลี่ยนผ่านมีดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ยกเว้นอุณหภูมิ วัดทุก 4 ชั่วโมง (Olds et al., 2000; Ricci & Kyle, 2009)

2) ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก (frequency, duration, intensity) ทุก 15 นาที หรืออาจทุก 30 นาที (Olds et al., 2000; Ricci & Kyle, 2009) และอาจใช้เครื่องตรวจบันทึกทางหน้าท้อง (EFM) (Ricci & Kyle, 2009) การหดรัดตัวที่รุนแรงขึ้นสามารถบอกได้ถึงความก้าวหน้าของการคลอดที่มากขึ้น

3) ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุก 30 นาที สำหรับมารดาที่ไม่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และทุก 15 นาทีสำหรับมารดาที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Olds et al., 2000; Ricci & Kyle, 2009; Walker, 2018)

4) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในตามที่จำเป็น (Ricci & Kyle, 2009) นอกจากนี้ประเมินสารคัดหลั่งทางช่องคลอดทุก 15 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004) ระวังมีมารดาอาจมีเลือดออกทางช่องคลอด (bloody show) ได้

5) แนะนำให้หายใจลดปวดตามที่ได้รับการสอนในระยะตั้งครรภ์หรือระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด ให้มารดาหายใจแบบเป่าหอบ นอกจากนี้ควรเลือกวิธีลดปวดอื่นๆ ตามความเหมาะสม

6) ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความเหนื่อยล้าทุก 5 นาที (Lowdermilk & Perry, 2004)

7) ประเมินสภาพจิตใจเช่น ความกลัว ความวิตกกังวลต่อการคลอด การควบคุมตนเอง และความสามารถในการเผชิญความปวด (Ricci & Kyle, 2009) และให้การพยาบาลช่วยเหลือ

8) ส่งเสริมการควบคุมตนเอง โดยให้การดูแลลดปวด อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ในระยะคลอดพบว่า การควบคุมตัวเองไม่ดี อาจเป็นสาเหตุร่วมทำให้เกิดภาวะตึงเครียดจากภาวะวิกฤตในระยะหลังคลอดได้ (posttraumatic stress disorder: PTSD) (Allen, 1998) จากการศึกษาในมารดาชาวอังกฤษ 42 ราย พบว่า การเกิดภาวะตึงเครียดจากภาวะวิกฤต สัมพันธ์กับการควบคุมตนเองไม่ได้ในระยะคลอด (Lyons, 1998) และจากการศึกษาในมารดาชาวอเมริกันครรภ์แรก 31 ราย พบว่ามารดาที่ควบคุมตัวเองในระยะคลอดได้ดีจะมีประสบการณ์คลอดในทางบวก (Fair & Morrison, 2012)

9) ส่งเสริมการก้าวหน้าของการคลอด ระยะนี้สามารถให้มารดาอยู่ท่าแนวตั้ง เช่น จัดท่า PSU Cat สลับศีรษะสูงร่วมกับฟังดนตรีได้เช่นกัน เพื่อให้มีความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น (Phumdoung, Youngvanichsate, Jongpaiboonpatana et al., 2007)

10) ย้ายมารดาจากห้องรอคลอดเข้าห้องคลอด ควรย้ายมารดาครรภ์แรกเข้าห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม. ส่วนมารดาครรภ์หลังควรย้ายเมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 8 ซม. เพื่อสามารถเตรียมการช่วยคลอดได้ทันเวลา (Varney et al., 2004)

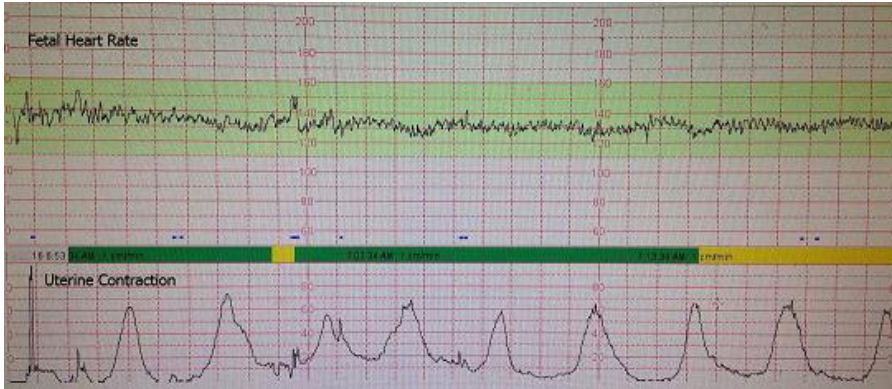
ส่วนการพยาบาลอื่นๆ เช่นเดียวกับระยะก้าวหน้าของการคลอด

กล่าวได้ว่าการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด มีหลักสำคัญคือให้การพยาบาลทั้งด้านกาย จิต สังคม และค่านึงถึงจิตวิญญาณของมารดา ประเมินภาวะสุขภาพของทารก นอกจากนี้ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมหรือควบคุมตนเองของมารดา จากการวิจัยพบว่ามารดาในระยะคลอดต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลที่ต่อเนื่อง (Hundley et al., 2001)

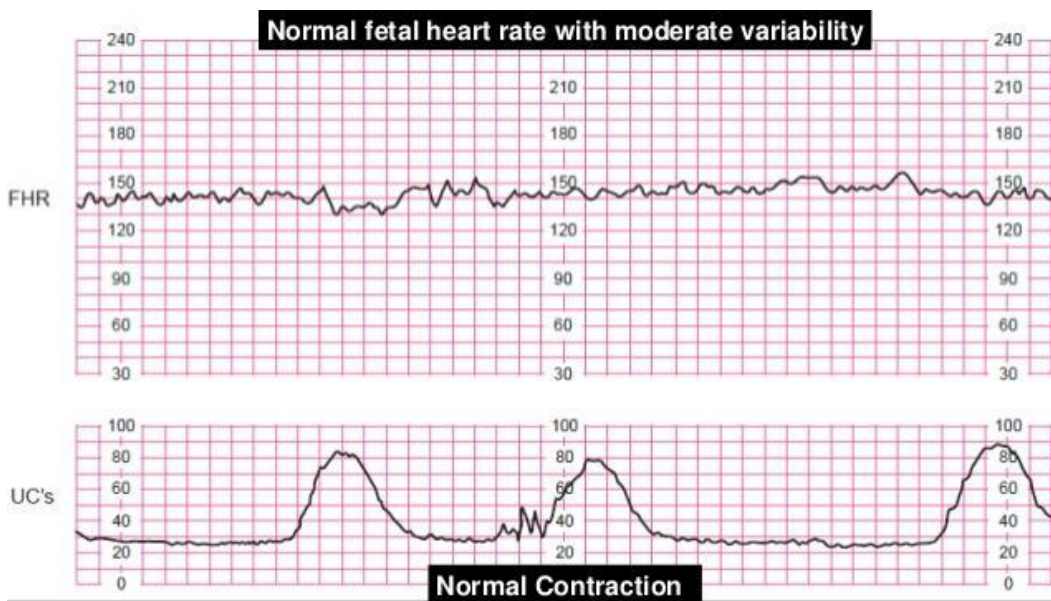
6.4 การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

ควรมีการประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ รวมทั้งควรติดตามรูปแบบการเต้นของหัวใจทารกโดยใช้เครื่องบันทึกทางหน้าท้อง (electronic fetal monitoring: EFM) ลักษณะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์มีดังนี้

1. หัวใจเต้นปกติ (nomal fetal heart rate) สำหรับทารกที่ครบกำหนดจะมีอัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้ง/นาที (Freeman, Garite, & Nageotte, 2003) หรือ 110-160 ครั้ง/นาที และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่สม่ำเสมอ (variability) (Perry et al., 2010) ดังรูปที่ 4-7, 4-8



รูปที่ 7 แสดงอัตราการเต้นปกติของหัวใจทารกในครรภ์
หมายเหตุ. ได้รับอนุญาต.



รูปที่ 8 การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ที่ปกติ

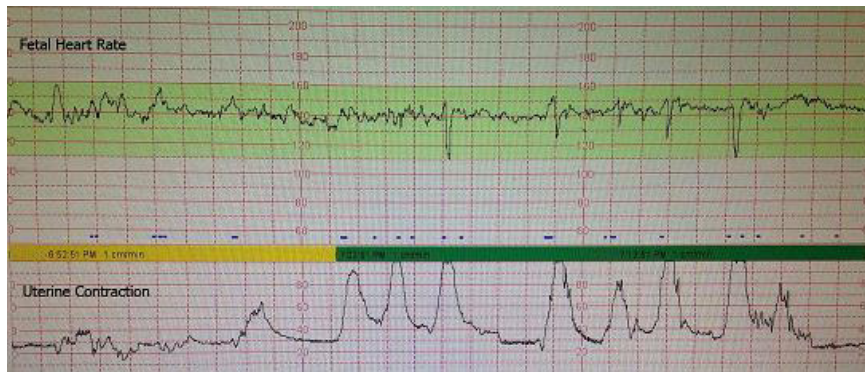
Note. Retrived from https://www.nur.psu.ac.th/nur/file_unit/18420161226154003.pdf

2. หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) เป็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจทารก >160 ครั้ง/นาที เป็นเวลา ≥ 10 นาที เมื่อความดันในเส้นเลือดแดงต่ำลง ทำให้มีการกระตุ้นบาโรรีเซปเตอร์ (baroreceptors) ซึ่งอยู่ที่ผนังเอออร์ติก อาร์ค(aortic arch) และส่วนแคโรติด (carotid body) น้อยลง จึงทำให้หัวใจทารกเต้นเร็วขึ้น และสาเหตุของการเกิดการเต้นเร็วของหัวใจทารกยังเกิดได้จากภาวะต่อไปนี้ มารดามีไข้ ขาดน้ำ และผลของยา และสาเหตุที่เกิดจากทารกคือ ภาวะขาดออกซิเจน และมีภาวะเลือดเป็นกรด วิธีแก้ไขแก้ที่สาเหตุ เช่นหยุดให้ออกซิโทซิน ให้มารดาเปลี่ยนท่า

ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในกรณีไม่มีข้อห้าม และให้ออกซิเจนแก่มารดา 8-10 ลิตร/นาทีทาง หน้ากาก (Manihan & Kopel, 2008)

3. หัวใจเต้นช้า (bradycardia) เป็นการลดลงของการเต้นของหัวใจทารก หัวใจเต้น < 110 ครั้ง/นาที เป็นเวลา ≥ 10 นาที สาเหตุเกิดได้จากภาวะขาดออกซิเจนเช่น สายสะดือพลัดต่ำหรือ ถูกกด รกลอกตัวก่อนกำหนด และมดลูกแตก ส่วนสาเหตุที่เกิดจากการไม่ขาดออกซิเจนเช่น มารดามี ภาวะอุณหภูมิต่ำ การได้รับการกระตุ้นเส้นประสาททวารอกอลในระยะที่ 2 ของการคลอด (Vagal nerve stimulation) วิธีการแก้ไข หาสาเหตุ ตรวจภายในเพื่อดูว่ามีสายสะดือพลัดต่ำหรือไม่ หยุดให้ยาออกซิโทซิน เพิ่มสารน้ำให้มากขึ้นในกรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม ให้ออกซิเจน 8-10 ลิตร/นาที ทางหน้ากาก ประเมินการหดตัวของมดลูกและประเมินสัญญาณชีพของมารดา (Manihan & Kopel, 2008)

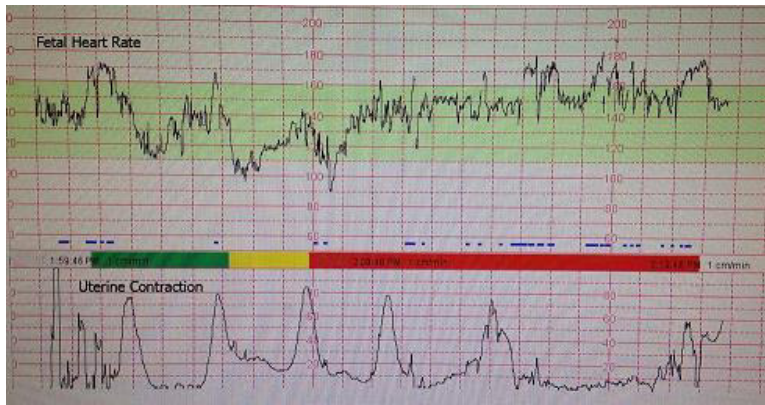
4. การลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกขณะมดลูกหดตัว (early deceleration) การเกิดการลดต่ำของการเต้นของหัวใจเมื่อเริ่มต้นมีการหดตัวของมดลูก เกิดจากศีรษะทารกถูกกด จากการหดตัวของมดลูก ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก นอกจากนี้อาจพบ ในภาวะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน การลดต่ำของส่วนน้ำ การตรวจปากมดลูก มักพบในปลาย ระยะเวลาก้าวหน้าของการคลอด ส่วนใหญ่มีการลดต่ำของการเต้นของหัวใจทารก > 15 ครั้ง/นาทีจากค่า ปกติ ลักษณะกราฟการเต้นของหัวใจทารกแสดงดังรูปที่ 4-9 จะมีลักษณะคล้ายภาพในกระจกเงากับ การหดตัวของมดลูก (Manihan & Kopel, 2008)



รูปที่ 9 แสดง early deceleration

หมายเหตุ. ได้รับอนุญาต.

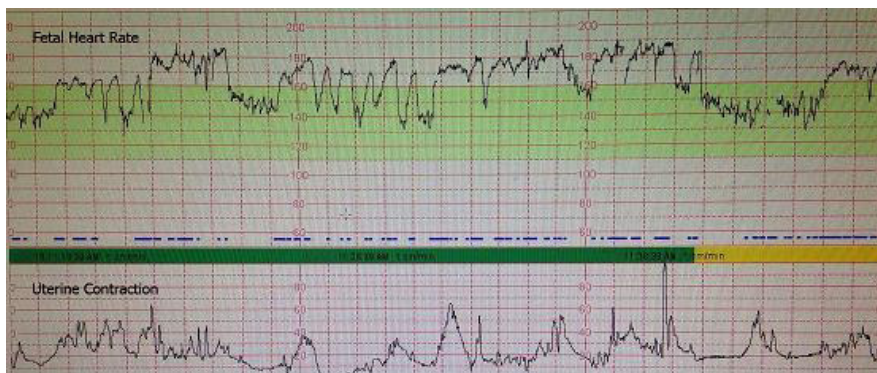
5. การลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกหลังมดลูกคลายตัว (late deceleration) เป็นการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกหลังมดลูกหดตัวและต่ำสุดเมื่อมดลูกคลายตัว และไม่กลับคืนปกติหลังการหดตัวของมดลูกเสร็จสิ้น โดยพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลง >15 ครั้ง/ นาที ดังรูปที่ 4-10 สาเหตุเกิดจากเลือดไปเลี้ยงมดลูกน้อยทำให้ทารกขาดออกซิเจน ส่วนใหญ่มักจะ เกิดเมื่อได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Manihan & Kopel, 2008; Perry et al., 2010) การแก้ไขต้องหยุดให้ยากระตุ้น ให้นอนตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน และรายงานแพทย์เพื่อให้การ ช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป



รูปที่ 10 แสดง late deceleration

หมายเหตุ. ได้รับอนุญาต.

6. การลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกไม่เป็นรูปแบบ (variability deceleration) เป็นการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารก < 5 ครั้ง/นาที (Gibb & Arulkumaran, 2008) บ้างให้คำจำกัดความว่าเป็นการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างน้อย 15 ครั้ง/นาที ลักษณะจะเป็นรูป U, V และ W และไม่เป็นไปตามการหดตัวของมดลูกหรือไม่มีรูปแบบ มีการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจเร็วและกลับสู่ปกติเร็ว (Manihan & Kopel, 2008; Perry et al., 2010) สาเหตุการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจเกิดจากสายสะดือถูกกด สายสะดือพันคอทารก สายสะดือสั้น และสายสะดือพลัดต่ำ การแก้ไขเปลี่ยนแปลงท่าจะดีขึ้น หยุดให้ยากระตุ้นการคลอด ให้ออกซิเจน 8-10 ลิตร/นาที ทางหน้าากแก่มารดา ถ้าเกิดในระยะที่ 2 ของการคลอดวิธีแก้ไขให้มารดาเบ่งคลอดให้สั้นลงและให้มีเสียงออกทางคอเมื่อเบ่ง (Gibb & Arulkumaran, 2008; Perry et al., 2010) รูปที่ 4-11 แสดงการลดต่ำของอัตราการเต้นของหัวใจทารกอย่างไม่เป็นรูปแบบ



รูปที่ 11 แสดง variability deceleration

หมายเหตุ. ได้รับอนุญาต.

สำหรับช่วงเวลาในการประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดได้กล่าวไว้ในการพยาบาลระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด

6.5 การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

การประเมินความก้าวหน้าของการคลอดแบ่งได้ 3 ระยะดังนี้

1. ระยะไม่ก้าวหน้า (latent phase)

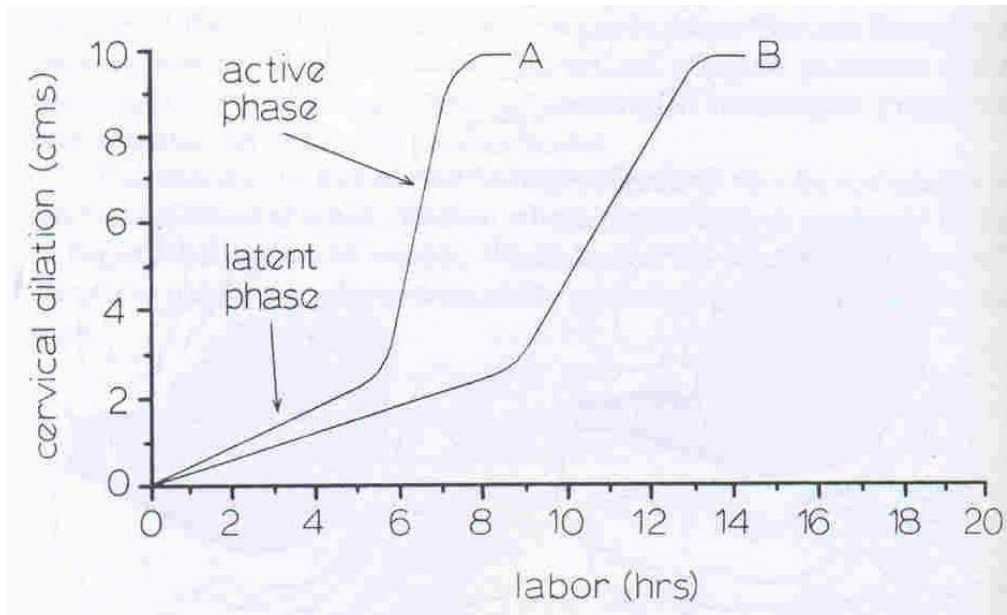
ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในเมื่อจำเป็นเช่นเมื่อมดลูกหดรัดตัวมากขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2004) การตรวจภายในนอกจากช่วยให้ทราบความก้าวหน้าของการคลอดแล้วยังทราบเกี่ยวกับสภาพของถุงน้ำคร่ำ เช่น ถุงน้ำคร่ำยังอยู่ (membranes intact: MI) ถุงน้ำคร่ำแตก (membranes rupture: MR) ถุงน้ำคร่ำรั่ว (membranes leak: ML) อย่างไรก็ตามจากการวิจัยพบว่าการตรวจภายในทำให้มารดาปวดได้มาก ไม่สุขสบาย รู้สึกกระหายเคือง อาย และกลัว (Phumdoung & Youngvanichsate, 2009) และรู้สึกไม่สุขสบายมาก (Murphy, Grieg, Garcia, & Grant, 1986) และอาจมีโอกาสดิตเชื้อได้ จึงควรมีความระมัดระวังตรวจภายในเมื่อจำเป็นเท่านั้น และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของมารดา (Lewin, Fearon, Hemmings, & Johnson, 2005)

2. ระยะก้าวหน้า (active phase)

ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในเมื่อจำเป็นเช่นเมื่อมดลูกหดรัดตัวมากขึ้น (Lowdermilk & Perry, 2004) และบันทึกกราฟ (plot graph) ในพาโทกราฟ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและวินิจฉัยภาวะผิดปกติ เช่น จุดกราฟตกอยู่ระหว่างเส้นแรก (alert line) และเส้นหลัง (action line) ให้หาสาเหตุของการล่าช้าของการคลอด ส่วนถ้าจุดกราฟตกหลังเส้นหลัง แสดงว่ามีความล่าช้าของการคลอด ให้รายงานแพทย์ทราบ โดยทั่วไปในระยะก้าวหน้าของการคลอดในครรภ์แรกปากมดลูกจะเปิด 1.2 ซม./ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังปากมดลูกจะเปิด 1.5 ซม./ชั่วโมง (Olds et al., 2000)

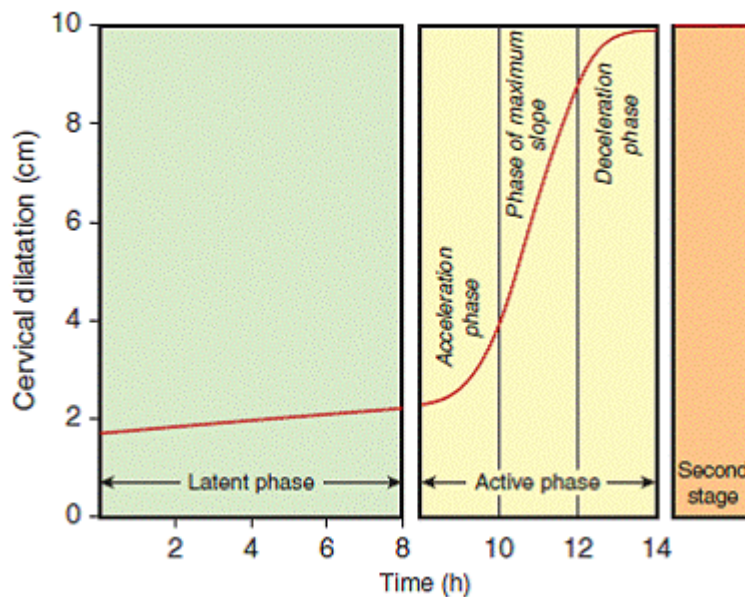
3. ระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase)

ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจภายในเมื่อจำเป็น (Lowdermilk & Perry, 2004) เมื่อปากมดลูกเปิดมากขึ้นมารดาจะมีแรงเบ่ง หรือรู้สึกเหมือนอยากถ่ายอุจจาระก็ควรทำการตรวจภายใน ถ้ามีความก้าวหน้าของการคลอดมากให้ย้ายมารดาเข้าห้องคลอด โดยมารดาครรภ์หลังปากมดลูกเปิด 8 ซม. ขึ้นไป ส่วนมารดาครรภ์แรกปากมดลูกเปิด 10 ซม. จึงจะย้ายเข้าห้องคลอด ประเมินอาการที่แสดงว่ามารดาเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เช่น มารดาบอกว่าอยากเบ่งเมื่อเบ่งมีฝึเย็บโป่งตึง นอกจากนี้การมีเลือดออกทางช่องคลอด (bloody show) สามารถช่วยบ่งบอกถึงความก้าวหน้าของการคลอดที่มากขึ้น รูปที่ 4-12 และ 4-13 แสดงกราฟ Friedman รูปที่ 4-14 แสดง Patograph รูปที่ 4-15 แสดงตัวอย่างการ plot Partograph



รูปที่ 12 Graph Friedman

Note. From "Human labor & birth (5th ed., p. 120)," By H. Oxorn, 2000, New York: The McGraw-Hall Companies. A = ครรภ์หลัง, B= ครรภ์แรก.

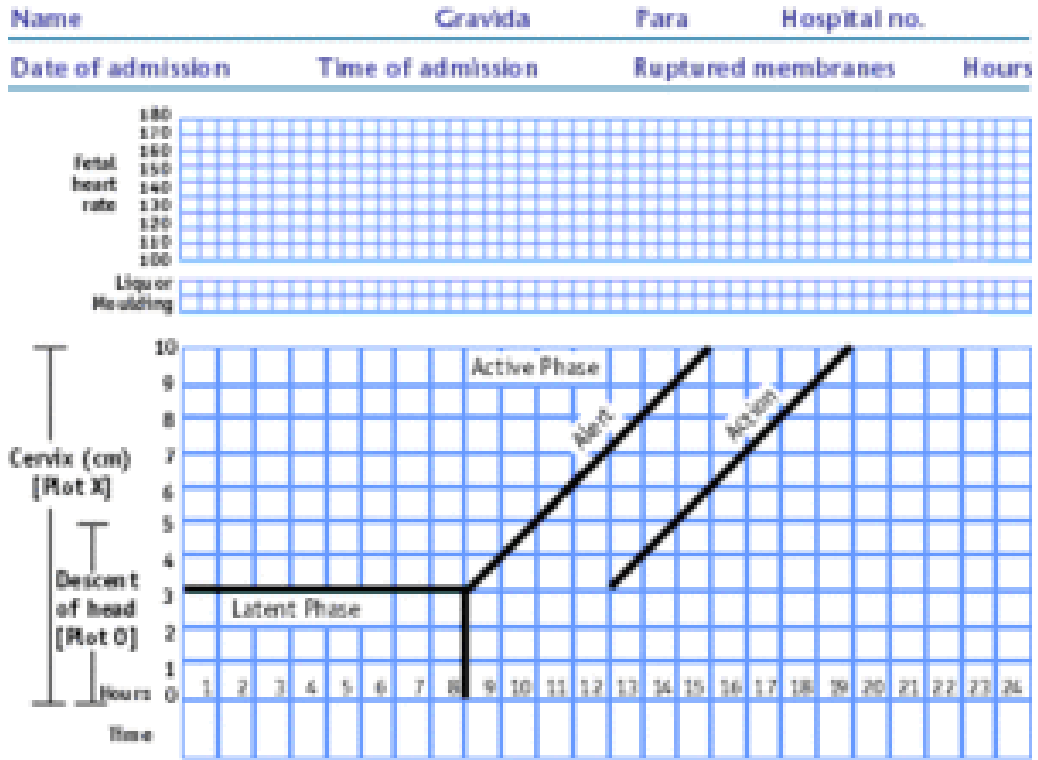


รูปที่ 13 Friedman Curve ในหญิงระยะคลอดครรภ์แรก

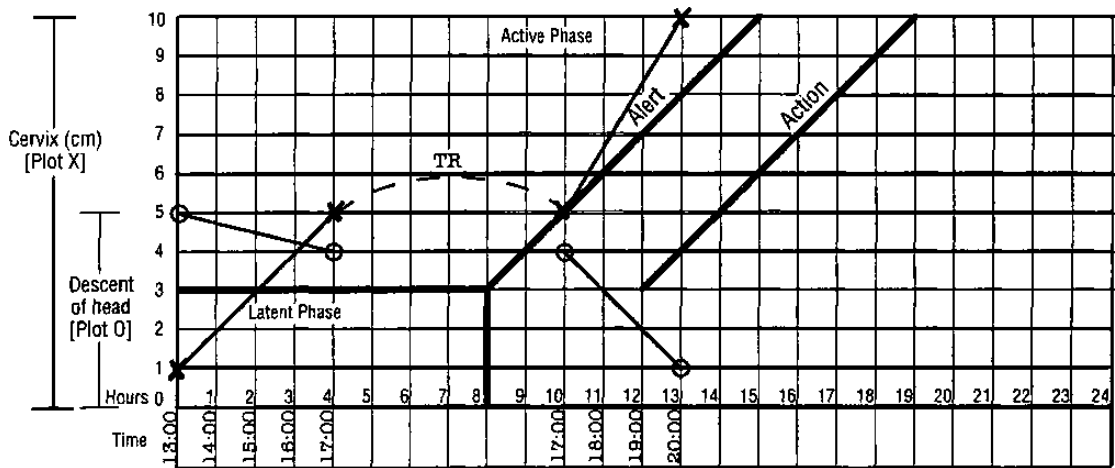
Note. From "Williams obstetric" By F.G. Cunningham, K.J. Leveno, S.L. Bloom, J.C. Hawth, D.J. Rouse, & C.Y. Spong, 2010, (p. 388). New York: McGraw-Hill Medical.

Cervical dilatation in Acceleration phase 3-4 cm, Maximum slope 4-9 cm, Deceleration phase 9-10 cm.

PARTOGRAPH



รูปที่ 14 WHO Partograph



รูปที่ 15 แสดงตัวอย่างการ plot Partograph

6.6 การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

1. ระยะไม่ก้าวหน้าของการคลอด (latent phase)

1.1 ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หรือกระตุ้นให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง (Lowdermilk & Perry, 2004) เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนนำ ถ้ากระเพาะปัสสาวะโป่งตึงจะขัดขวางการหดรัด

ตัวของมดลูก และจะมีการยึดของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มารดาปัสสาวะเองไม่ได้ในระยะหลังคลอด (Lowdermilk & Perry, 2004; Perry et al., 2010; Piotrowski, 2012)

1.2 จัดทำให้นอนศีรษะสูงหรือกระตุ้นให้เดินในกรณีที่ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก การอยู่ในท่าหัวสูงช่วยส่งเสริมการเคลื่อนตัวของส่วนน้ำ

1.3 ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ การพักผ่อนที่เพียงพอทำให้มารดามีพลังงานสำรอง ช่วยให้มดลูกหดตัวได้ดี

1.4 ดูแลให้ได้รับอาหารอ่อนและน้ำให้เพียงพอ (Lowdermilk & Perry, 2004)

1.5 ดูแลด้านจิตใจ การส่งเสริมให้มารดาไม่กลัวการคลอด การช่วยลดความกังวล และการให้กำลังใจ จะช่วยให้มารดามีความเครียดน้อย เผชิญกับความปวดได้ดีและควบคุมตัวเองได้ดี

2. ระยะก้าวหน้าของการคลอด (active phase)

การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดสามารถใช้วิธีต่างๆ ดังได้กล่าวแล้วในระยะไม่ก้าวหน้า เช่น การจัดให้มารดาอยู่ในท่าศีรษะสูงหรือท่าแนวตั้ง ซึ่งจากการศึกษาในมารดาในระยะคลอด พบว่าการให้มารดาเดินทำให้มดลูกหดตัวแรงแต่ความถี่ลดลง การก้าวหน้าของระยะที่ 1 ของการคลอดของมารดาในกลุ่มที่ให้เดินจึงเร็วกว่ามารดาในกลุ่มนอนราบอย่างมีนัยสำคัญ โดยมารดาในกลุ่มเดินมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด 4.1 ชั่วโมง ในขณะที่มารดาในกลุ่มท่านอนราบใช้เวลาเฉลี่ย 6.7 ชั่วโมง (Flynn et al., 1978) เช่นเดียวกับอีกการศึกษาแบบทดลองในมารดาครรภ์แรก โดยแบ่งเป็นกลุ่มท่านอนราบ (ยืน เดิน นั่ง นิ่ง ยอง เอนตัวไปข้างหน้า) ($n = 20$) และกลุ่มท่านอนราบ ($n = 20$) พบว่าระยะเวลาของระยะก้าวหน้าของการคลอด (maximum slope: ปากมดลูกเปิด 4-9 ซม.) ในมารดาในกลุ่มท่านอนราบตั้งสั้นกว่ามารดาในกลุ่มท่านอนราบ โดยค่าเฉลี่ยเวลาในระยะก้าวหน้าของการคลอด (ปากมดลูกเปิด 4-9 ซม.) ในกลุ่มท่านอนราบตั้ง 3.9 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มมารดาท่านอนราบมีค่าเฉลี่ยระยะก้าวหน้าของการคลอด 5.41 ชั่วโมง มารดาในกลุ่มท่านอนราบตั้งมีการหดตัวของมดลูกบ่อย มดลูกหดตัวแรง และระยะของการหดตัว (duration) นานกว่ามารดาในกลุ่มท่านอนราบ ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างเรื่องความสุขสบาย (Andrews & Chrzanowski, 1990)

นอกจากนี้สามารถใช้ท่า PSU Cat สลับกับศีรษะสูงและฟังดนตรี จะช่วยลดเวลาในระยะก้าวหน้าของการคลอด (ปากมดลูก 3-4 ซม. จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด) เหลือค่าเฉลี่ยเพียง 3.1 ชั่วโมง ($SD = 1.9$ ชั่วโมง) เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาในกลุ่มท่านอนราบใช้เวลาเฉลี่ย 6.33 ชั่วโมง ($SD = 2.11$ ชั่วโมง) (Phumdong, Youngvanichsate, Jongpailoonpatana et al., 2007)

นอกจากนี้สามารถส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ บางโรงพยาบาลอาจให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากในระยะนี้เป็นต้นไป อย่างไรก็ตามหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการให้อาหารแก่มารดาในระยะคลอดยังหาข้อสรุปไม่ได้ในการให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก (Walker, 2018) จึงควรดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

หลักการพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด ที่สำคัญคือ การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การให้การพยาบาลเพื่อลดปวด การส่งเสริมความสุขสบาย และการประเมินภาวะสุขภาพของทารก นอกจากนี้พยาบาลควรทราบเกี่ยวกับลักษณะห้องคลอดที่เหมาะสม

6.7 สิ่งที่ควรคำนึงเกี่ยวกับลักษณะห้องคลอด

สิ่งแวดล้อมในห้องคลอดที่เหมาะสมมีผลทำให้มารดารู้สึกสามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกปลอดภัย และมีความพึงพอใจการคลอด (Newburn & Singh, 2005 as cited in Foureur, Davis, et al., 2010) การจัดโครงสร้างพื้นฐานของห้องคลอดและสิ่งอำนวยความสะดวกในการคลอดมีดังนี้

1. ห้องคลอดต้องมีความปลอดภัยต่อมารดาและเจ้าหน้าที่ มีการตรวจสอบเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงจากอค์ศึภัย วัสดุของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ มีระบบไฟฟ้าสำรองในจุดที่จำเป็น (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551)

2. ห้องคลอดต้องมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อช่วยส่งเสริมความรู้สึกควบคุมของมารดา มีหน้าต่างและมีการปกปิดที่มิดชิดเป็นส่วนตัว (Jenkinson, Josey, & Kruske, 2013) โดยประตูต้องไม่อยู่ตรงกับห้องคลอดเมื่อเปิดเข้าไป เพื่อเคารพสิทธิของมารดา (The Royal College of Midwives, 2012) มารดาในระยะคลอดต้องการสิ่งแวดล้อมที่เสมือนอยู่ที่บ้าน มีการปิดม่านบางส่วน หรือมีห้องที่เป็นสัดส่วนมีความเป็นส่วนตัวจึงมีความสำคัญ (ศศิธร, 2549)

3. ห้องคลอดต้องมีเนื้อที่กว้างขวางสำหรับการเคลื่อนไหว (Igarashi, Wakita, Miyazaki, & Nakayama, 2014) มีเตียงที่เหมาะสม และควรอยู่กลางห้อง (Jenkinson et al., 2013) บ้างให้ความเห็นว่าเตียงอาจวางไว้ใกล้ผนังไม่ควรอยู่กลางห้อง (Walsh, 2007) และห้องควรมีที่ว่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการอยู่ในท่าแนวตั้งของมารดาได้ดี (Jenkinson et al., 2013; Walsh, 2007) และยังมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ช่วยเหลือ (supporter) ในการช่วยเหลือมารดาในระยะคลอด (Harte, Sheehan, Stewart, & Foureur, 2013) นอกจากนี้ห้องคลอดควรมีพื้นที่ในการจัดการเพื่อให้มารดาได้รับอาหารและน้ำที่เหมาะสม (The Royal College of Midwives, 2012)

4. มีอ่างน้ำ และฝักบัวสำหรับอาบน้ำ จะช่วยลดการใช้ยาลดปวดและช่วยลดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด นอกจากนี้การได้อาบน้ำหรือแช่น้ำยังช่วยให้มารดาผ่อนคลาย (Jenkinson et al., 2013)

5. มีแสงสว่างที่เหมาะสม แสงไม่จ้าเกินไป และสีของห้องต้องเป็นสีที่ให้ความรู้สึกบรรยากาศสงบ (Jenkinson et al., 2013; Stenglin & Foureur, 2013) มีเฟอร์นิเจอร์ และการตกแต่งที่มีลักษณะเป็นธรรมชาติ สีไม่ฉูดฉาด ตัวอย่างจากการวิจัยโดยการจัดห้องแบบ ซานูสซีเลน (Snoezelen room) ซึ่งเป็นห้องที่มีลักษณะการตกแต่งสีโทนธรรมชาติ เช่น สีเขียว สีน้ำตาล สีคล้ายดินเผาและสีเหลือง ผนังห้องสีเขียว อ่อนๆ มีมุมนั่งเล่น มีเก้าอี้เพื่อเอนพักหลัง มีแสงไฟที่ค่อยๆ เปลี่ยนสี จัดให้แก่มารดาในระยะคลอด พบว่าทำให้มารดาเบี่ยงเบนจากความปวด ผ่อนคลาย สุขสบาย รู้สึกควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ดี และรู้สึกปลอดภัย (Hauck, Rivers, & Doherty, 2008)

6. ห้องไม่มีกลิ่นอับ ต้องเป็นธรรมชาติ (Jenkinson et al., 2013) จากการวิจัยพบว่าห้องที่เป็นธรรมชาติช่วยทำให้มารดาในระยะคลอดมีความรู้สึกในทางบวกมากกว่ามารดาที่อยู่ในห้องคลอดที่จัดโดยทั่วไป และการใช้ยาออกซิโทซินช่วยคลอดน้อยกว่ามารดาห้องคลอดทั่วไป และผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการทำวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในผลของการวิจัย (Hodnett, Stremmer, Weston, & McKeever, 2009)

7. มีอุปกรณ์ในการให้การช่วยเหลือและง่ายสำหรับการช่วยเหลือ เพื่อให้มารดาารู้สึกสบาย เช่นการใช้ลูกบอลเพื่อการคลอด (birth ball) ควรมีการจัดอุปกรณ์ต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมการคลอด เช่น บาร์โหนเพื่อส่งเสริมการอยู่ในท่าแนวตั้งของมารดา (Jenkinson et al., 2013)

8. การจัดห้องคลอดต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้คลอด (Jenkinson et al., 2013) โดยต้องคำนึงถึงความต้องการของมารดา ทศนคติ และความเชื่อของมารดา (Queensland Health, 2012 as cited in Jenkinson et al., 2013)

การจัดห้องคลอดข้างต้นมีเป้าหมายหลักคือ ทำให้มารดาารู้สึกปลอดภัย ผ่อนคลายในระยะคลอด เป็นส่วนตัว สิ่งแวดล้อมเสมือนกับอยู่ที่บ้าน และส่งเสริมความรู้สึกควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ (Jenkinson et al., 2013) จากการวิจัยลักษณะห้องคลอด 18 รูปแบบ พบว่ามีลักษณะที่สำคัญร่วมกัน 4 ประการคือ ห้องคลอดต้องมีลักษณะไม่ทำให้มารดาารู้สึกกลัว มีสิ่งอำนวยความสะดวก

ความสะดวก การจัดห้องมีสุนทรียศาสตร์ และเอื้อต่อการช่วยเหลือมารดา รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ช่วยเหลือ (Foureur, Leap, Davis, Forbes, & Homer, 2010) ซึ่งเชื่อว่าการทำให้มารดาไม่กลัวไม่เครียดสามารถช่วยให้การคลอดเป็นไปตามปกติ (Stenglin & Foureur, 2013) และจากการวิจัยพบว่าห้องคลอดที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมไว้ดี รวมทั้งการได้รับการดูแลที่อบอุ่นจากพยาบาลจะช่วยให้มีการหลั่งออกซิโทซินได้ดี (Hammond, Foureur, Homer, & Davis, 2013) ทำให้การคลอดมีความก้าวหน้าได้ดี

กล่าวได้ว่าการจัดห้องคลอดและสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องคลอดต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความพร้อมในการให้การช่วยเหลือ เพื่อให้มารดารู้สึกปลอดภัย เป็นส่วนตัว ควบคุมตัวเองได้ดี มีความพึงพอใจการคลอดทำให้การคลอดดำเนินไปด้วยดี

7. การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด

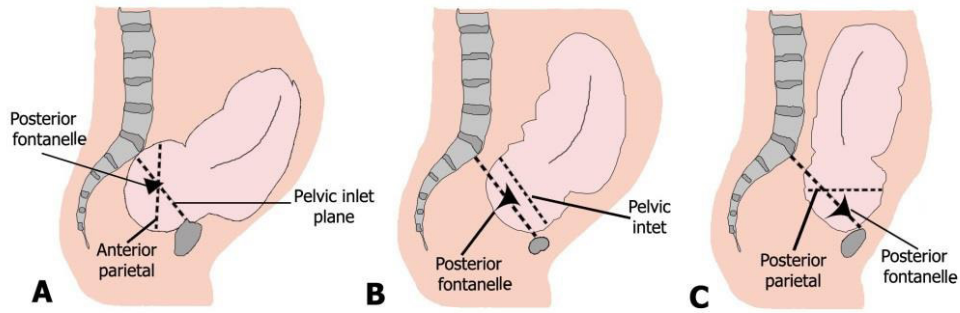
ระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นระยะตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 10 ซม. จนกระทั่งทารกคลอด บทนี้จะกล่าวถึง กลไกการคลอด การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการคลอด การจัดทำในการคลอด การช่วยคลอดทารก หลักการพยาบาลมารดาและทารกในระยะที่ 2 ของการคลอด การพยาบาลลดการฉีกขาดของทางคลอด หลักการพยาบาลทารกแรกเกิด และการประเมินสภาพทารกแรกเกิด

7.1 กลไกการคลอดทารก

การเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการคลอดมีความสำคัญในการประเมินการคลอดและการช่วยเหลือการคลอด กลไกการคลอดมี 8 ขั้นตอน คือ 1) ส่วนนำเคลื่อนเข้าสู่เชิงกราน 2) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ 3) การก้ม 4) การหมุนศีรษะภายใน 5) การแหงนของศีรษะ 6) การสับัดของศีรษะ 7) การหมุนศีรษะภายนอก และ 8) การคลอดตัวทารก (Baker, 2006) ดังต่อไปนี้

1) ส่วนนำเคลื่อนเข้าสู่เชิงกราน (Engagement)

การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ หมายถึงส่วนที่กว้างที่สุดของส่วนนำ คือศีรษะทารกตำแหน่งไบพาเรียล (biparietal diameter) เคลื่อนผ่านช่องเข้าของเชิงกราน (pelvic inlet) (Cunningham et al., 2010) ในครรภ์แรกส่วนใหญ่จะเกิดการเคลื่อนต่ำก่อนการเจ็บครรภ์จริงส่วนในครรภ์หลังอาจเกิดในระยะเจ็บครรภ์คลอด (Lowdermilk, 2010) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำเข้าสู่เชิงกรานทำให้ระดับของมดลูกลดลง เรียกว่า เกิดท้องลด (lightening) ในขณะที่ศีรษะทารกเข้าสู่ช่องเข้าของเชิงกราน (pelvic inlet) จะเกิดการตะแคงศีรษะ เนื่องจากแนวลำตัวของทารกในโพรงมดลูกอยู่ไม่ตรงกับแนวของทางคลอดส่วนบนหรือไม่ตั้งฉากกับระดับของช่องเชิงกราน จึงทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนลงต่ำไม่พร้อมกัน ซึ่งถ้าพบศีรษะทารกผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานโดยร่องกระดูกซาจิททอล (sagittal suture) อยู่แนวตรงกลางระหว่างกระดูกหัวหน่าวกับผนังหลังของกระดูกเชิงกรานแสดงว่าศีรษะทารกขนานกับช่องเชิงกราน เรียกว่าซินไครติซึม (synclitism) และถ้าศีรษะทารกผ่านช่องเชิงกรานโดยร่องกระดูกซาจิททอลไม่อยู่ตรงกลางระหว่างกระดูกหัวหน่าวกับกระดูกซาครัมเรียกว่า อะซินไครติซึม (asynclitism) ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือแอนทีเรียอะซินไครติซึม (anterior asynclitism) และโพสทีเรียอะซินไครติซึม (posterior asynclitism) ดังรูปที่ 4-16 ถ้ามีการเกิดอะซินไครติซึมมากเกินไปจะทำให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมาไม่ดี ทำให้เกิดการไม่ได้สัดส่วนของตัวทารกกับเชิงกรานมารดาได้ (cephalopelvic disproportion: CPD) (Lowdermilk, 2010)



รูปที่ 16 แสดงศีรษะทารกผ่านเข้าช่องเชิงกราน

Note. A = anterior asynclitism, B = normal synclitism, C = posterior asynclitism.

การเปลี่ยนแปลงศีรษะทารกให้เหมาะสมกับช่องเชิงกรานในขณะที่มีส่วนนำเคลื่อนเข้าสู่เชิงกราน (engagement) นั้น จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของศีรษะทารกบางส่วนให้มีขนาดเล็กลงจากการเคลื่อนขบกันของกระดูกศีรษะ (molding)

การตรวจสอบการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

สามารถทราบการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกเข้าสู่ช่องเข้าของเชิงกรานได้โดย

- 1) จากหญิงมีครรภ์บอกว่า ท้องลด (lightening) และ ปัสสาวะบ่อย
- 2) จากการตรวจทางหน้าท้อง โดยท่าที่ 3 ของลีโอโพลแมนนูเวอร์ (third Leopold's maneuver) พบว่าไม่สามารถยับศีรษะทารกไปมาได้ หรือจากการตรวจท่าที่ 4 (fourth Leopold's maneuver) พบว่าปลายมือทั้งสองข้างที่ตามส่วนนำของทารกลงไปหากระดูกหัวหน่าวนั้นจะไม่สามารถสอบเข้าหากันได้
- 3) จากการตรวจทางช่องคลอดหรือทวารหนัก จะพบว่าส่วนล่างของศีรษะทารกเคลื่อนลงมาถึงระดับ 0 (station 0) ซึ่งเป็นระดับของอิสเชียลสปาย (ischial spine) แล้ว ถ้าลงมาได้ถึงระดับนี้ แสดงว่ากระดูกศีรษะบริเวณไบพาเรียทัลของทารกเคลื่อนผ่านช่องเข้าของเชิงกรานแล้ว

2) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ (Descent)

ส่วนนำจะมีการเคลื่อนต่ำผ่านช่องทางคลอดลงมา กลไกนี้จะเกิดร่วมกับกลไกอื่นๆ ทุกขั้นตอนในระยะก้าวหน้าของการคลอด การเคลื่อนต่ำของส่วนนำประมาณ 1 ซม./ชั่วโมง (Martin, 2002)

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอาจเกิดจากแรงต่อไปนี้ (Davidson et al., 2012; Lowdermilk, 2010; Ricci & Kyle, 2009)

- 1) แรงดันจากน้ำคร่ำ (hydrostatic pressure) เกิดขึ้นขณะที่มดลูกหดตัว โพรงมดลูกจะถูกบีบให้เล็กลง จึงเกิดแรงดันภายในโพรงมดลูกเพิ่มขึ้นและแรงดันนี้จะแผ่กระจายไปทั่วภายในโพรงมดลูกโดยผ่านไปในน้ำคร่ำ
- 2) แรงที่กดบนส่วนยอดมดลูกโดยตรงต่อทารกจากการหดตัวของมดลูกและการเหยียดของลำตัวทารก (fetal axis pressure) เกิดขึ้นในขณะที่ยอดมดลูกหดตัว จะมีแรงผลักดันยอดมดลูกกดลงที่ก้นของทารกผ่านมาตามแนวกระดูกสันหลังของทารก แรงนี้จะดันตัวทารกให้เคลื่อนต่ำลงมากกับหนทางคลอดหรืออู่เชิงกราน

3) การหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม แรงแนี้เกิดขึ้นในระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้ความดันภายในช่องท้องเพิ่มมากขึ้นส่งผลช่วยผลักดันให้ทารกเคลื่อนผ่านช่องทางคลอดออกมาได้ แรงแนี้ต้องใช้ร่วมกับการหดตัวของมดลูกจึงจะได้ผลดี

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกเป็นไปด้วยดีคือ การอยู่ในท่าแนวตั้งต่างๆ

การตรวจสอบกลไกการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

การตรวจสอบการเคลื่อนต่ำของส่วนนำมีดังนี้

1) การถามถึงความรู้สึกของผู้คลอด ผู้คลอดจะรู้สึกปวดและอยากเบ่งคล้ายอยากถ่ายอุจจาระ

2) จากการสังเกตด้วยตา จะเห็นบริเวณฝีเย็บมีการยืดขยาย (gaping of vulva) และทวารหนักบาน

3) การคลำทางหน้าท้อง จะคลำได้ส่วนของทารกโดยเฉพาะศีรษะเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ

4) การฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก ตำแหน่งการฟังเสียงหัวใจทารกจะเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ

5) การตรวจทางช่องคลอด คลำหาระดับของส่วนนำ พบระดับของส่วนนำต่ำลงมาเรื่อยๆจากระดับ -1 0 เป็น +1 +2 และ +3 (Lowdermilk, 2010)

3) การก้ม (Flexion)

การก้มของศีรษะทารก เป็นการเปลี่ยนแปลงทรง (attitude) ของศีรษะทารกขณะที่ผ่านลงมาในหนทางคลอดดังรูปที่ 4-17

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการก้ม

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการก้มมีดังนี้

1) แนวแกนแรงของทารก (fetal axis pressure) คือแรง ผลักดันจากยอดมดลูกที่พุ่งตรงมาตามแนวกระดูกสันหลังของทารก ซึ่งแรงนี้ผ่านข้อต่ออันแรกของกระดูกสันหลังคือ ออกซิพิโตเวอทิบรอล (occipito-vertebral) ในท่าที่ส่วนนำเป็นศีรษะ(vertex presentation)เนื่องมาจากระยะห่างจากข้อต่อออกซิพิโตเวอทิบรอลถึงด้านหน้าทารกจะยาวกว่าทางด้านท้ายทอย เมื่อมีแรงจากแนวแกนแรงของทารกผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมาในช่องทางคลอดจึงเกิดแรงต้านทานสวนขึ้นไปด้วยรอบศีรษะทารก ดังนั้นศีรษะทารกจึงเปรียบเสมือนคานกระดกที่มีข้อต่อออกซิพิโตเวอทิบรอลเป็นจุดหมุน ถ้าแรงสวนขึ้นไปที่ด้านหน้ามีมากกว่า จะผลักดันให้ศีรษะทารกก้มคางชิดอก (Lowdermilk, 2010)

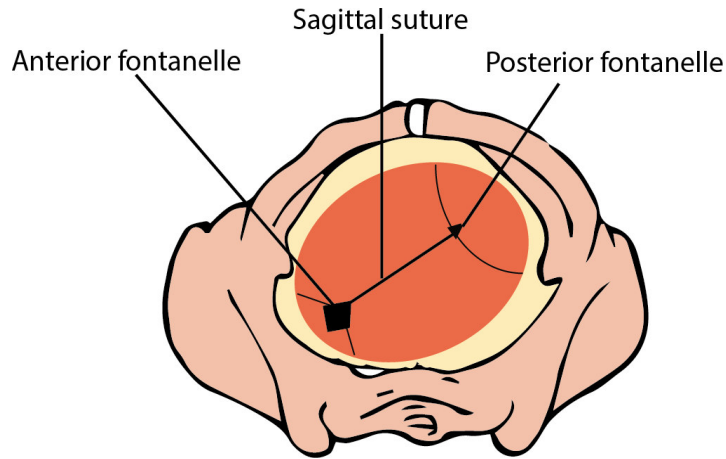
2) ลักษณะของช่องเชิงกรานเนื่องจากด้านหลังของเชิงกรานบริเวณกระดูกซาครัมมีส่วนเว้าและลาดเอียงลงไปทางด้านหลัง ทารกในท่าปกติคือท้ายทอยอยู่ด้านหน้าของเชิงกรานมารดา (occipito anterior) เมื่อผ่านเข้าช่องเชิงกรานแรงถ่วงจากน้ำหนักศีรษะทารกจะทำให้ทารกก้มมากขึ้น

3) แรงบีบจากผนังทางคลอดโดยรอบศีรษะเนื่องจากศีรษะทารกไม่กลมโดยรอบ มีบางส่วนที่นูน ดังนั้นขณะที่มีการเคลื่อนต่ำลงมาในช่องทางคลอดแรงเสียดสีและแรงบีบจากผนังทางคลอดที่กดลงบนศีรษะทารกโดยรอบในแต่ละจุดจึงไม่เท่ากัน บริเวณส่วนที่นูนกว่าจุดอื่นๆ ได้แก่ หน้าผาก ท้ายทอย และพาเรียลลิมิแน้น (parietal eminence) จะเกิดแรงบีบมากกว่าบริเวณอื่น ในกรณีที่ศีรษะทารกก้มบ้างแล้วส่วนนูนของท้ายทอยและหน้าผากไม่อยู่ในระดับเดียวกัน มีผลทำให้แรงผลักดันจากผนังมดลูกที่เกิดขึ้นกับบริเวณทั้งสองนี้ไม่อยู่ตรงแนวกันและเป็นแรงขนานที่สวนทางกัน ทำให้เกิดแรงหมุนขึ้น แรงหมุนที่เกิดขึ้นจะผลักดันท้ายทอยมาทางด้านหน้าและผลักดันหน้าผากให้จุ่มเข้าหาอกทำให้ศีรษะทารกก้มมากขึ้น

4) แรงต้านทานเสียดสีของทางคลอดที่ขวางทางการเคลื่อนผ่านของทารก ผลจากแรงผลักดันที่ทำให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมานั้น ทำให้เกิดมีแรงต้านทานขึ้นและตำแหน่งที่เกิดแรงนี้มาก คือ บริเวณช่องทางเข้าเชิงกราน ผนังของช่องเชิงกราน ช่องออกเชิงกราน และอุ้งเชิงกราน (pelvic floor) โดยเฉพาะบริเวณอุ้งเชิงกรานจะเป็นจุดสุดท้ายทำให้มีการกั้มของศีรษะทารกเต็มที่ ก่อนจะเกิดการหมุนของศีรษะทารก

การตรวจสอบกลไกการกั้มของศีรษะ

ทำได้โดยการตรวจทางช่องคลอด โดยคลำหาตำแหน่งของกระดูกหม่อม โดยเฉพาะกระดูกหม่อมหลังถ้ายังต่ำมากแสดงว่าทารกมีการกั้มมาก



รูปที่ 17 แสดงการกั้มของศีรษะทารก

4) การหมุนศีรษะภายใน (Internal rotation)

การหมุนของศีรษะทารกที่เกิดขึ้นภายในช่องเชิงกราน จะเริ่มเมื่อส่วนนำอยู่ระดับอิสเซียลสพาย (ischial spines) (Lowdermilk, 2010) โดยจะหมุนศีรษะไป 45° ขึ้นมาทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดาเพื่อให้ศีรษะส่วนที่กว้างอยู่ในแนวหน้าหลัง (antero-posterior) ซึ่งเป็นการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับช่องออกของเชิงกราน (Ricci & Kyle, 2009) ดังรูปที่ 4-18

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการหมุนศีรษะภายใน

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการหมุนศีรษะภายในมีดังนี้

1) ลักษณะของช่องเชิงกราน ที่มีรูปร่างและเส้นผ่าศูนย์กลาง แตกต่างกัน ช่องเข้าเป็นรูปรีตามขวาง ช่องกลางเป็นรูปกลม ช่องออกเป็นรูปรีตามแนวหน้าหลัง และทางด้านหลังมีส่วนเว้าของผนังหน้ากระดูกซาครัม

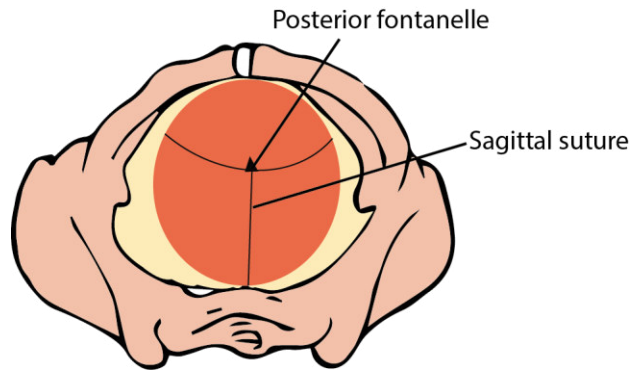
2) ศีรษะทารกมีแนวหน้า-หลังยาวกว่าทางด้านขวางในทุกๆ ส่วน จึงทำให้ทารกพยายามปรับให้ศีรษะที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางยาวที่สุดไปอยู่ในแนวเดียวกันกับเส้นผ่าศูนย์กลางที่ยาวที่สุดของช่องเชิงกราน ศีรษะทารกที่กั้มด้านหน้าฉากจะหมุนกว่าด้านท้ายทอย จึงหมุนเอาส่วนหน้าฉากไปอยู่ในส่วนเว้าของกระดูกซาครัม

3) อุ้งเชิงกรานเป็นปัจจัยที่สำคัญโดยมีกล้ามเนื้อลิเวเตอร์แอนไน (Levator ani muscles) และกระดูกเชิงกราน ที่ทำให้มีการหมุนภายใน (internal rotation) (Lowdermilk, 2010) กลไกการหมุนเกิดขึ้นเมื่อศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากดกับอุ้งเชิงกรานที่ขวางอยู่ ทำให้มีแรงต้านสวนขึ้นมา ส่งผลให้ศีรษะทารกมีการกั้มมากขึ้น และเคลื่อนแฉลบไปตามแนวลาดโค้งเว้าของอุ้งเชิงกราน ซึ่งมี

ลักษณะเหมือนชามอ่าง ศีรษะทารกจึงเกิดการหมุนขึ้น การหมุนของศีรษะทารกจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ โดยส่วนกระดูกท้ายทอยหมุนไปทางด้านหน้าส่วนหน้าผากที่นูนเด่นกว่าจะหมุนไปทางด้านหลังไปอยู่ที่ส่วนเว้าของกระดูกซาครัม การหมุนจะหยุดลง เมื่อแรงกดต้นบนอุ้งเชิงกรานเท่ากันหรือใกล้เคียงกันทุกจุด ซึ่งศีรษะทารกจะเข้ากับสภาพของทางออกของช่องเชิงกรานพอดี โดยแนวร่องกระดูกซาคีทอล (sagittal suture) ของศีรษะทารกหมุนมาอยู่ในแนวหน้าหลังของเชิงกรานมารดา

การตรวจสอบกลไกการหมุนศีรษะภายใน

ทำได้โดยการตรวจทางช่องคลอด เมื่อมีการหมุนของศีรษะทารกสมบูรณ์แล้วจะพบรอยต่อแฉกกลางของศีรษะอยู่ในแนวหน้าหลังของช่องออกของเชิงกราน



รูปที่ 18 แสดงการหมุนศีรษะภายในของทารก

สำหรับในระยะที่ 2 ของการคลอดจะมีการเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำที่เร็วขึ้น มีการหมุนภายในของศีรษะทารก รวมทั้งเกิดการก้มของศีรษะมากขึ้น (OGCCU, 2012)

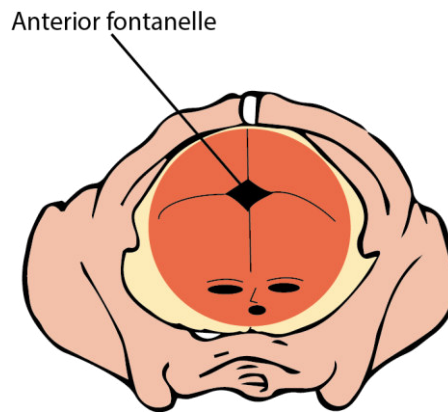
5) การแหงนของศีรษะ (Extension)

การแหงนของศีรษะหมายถึงการเงยของศีรษะทารกผ่านพ้นช่องทางคลอดออกมาภายนอก โดยการมีการโผล่ของศีรษะออกมาเรียกว่ามีคราวน์ (crowning) มีท้ายทอย (occiput) เป็นตัวยันใต้กระดูกขิมพายซีส ทำให้ศีรษะทารกคลอออกมาตามลำดับคือ ศีรษะบริเวณกระหม่อมหน้า หน้าและคาง ในที่สุดศีรษะคลอผ่านช่องเชิงกราน (hollow of sacrum) และผ่านฝีเย็บออกมาตามลำดับ (Baker, 2006) ดังรูปที่ 4-19

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการแหงนของศีรษะ

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดการแหงนของศีรษะมีดังนี้

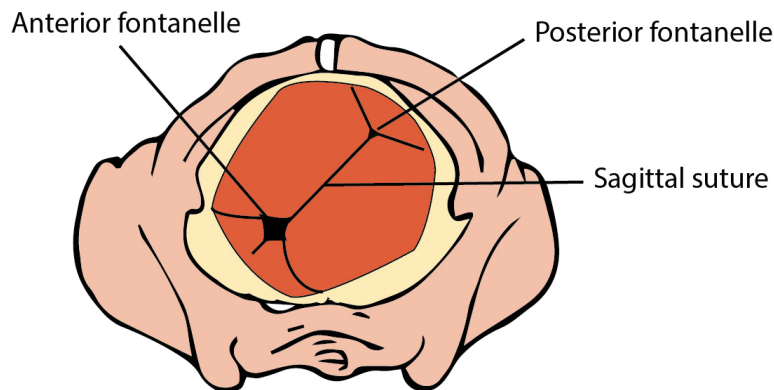
- 1) ช่องทางคลอดที่มีทิศทางหักมุมโค้งขึ้นมาจากด้านหน้า
- 2) แรงต้านทานที่บริเวณทางคลอดส่วนล่างจากพื้นเชิงกรานและฝีเย็บซึ่งเป็นแรงสำคัญที่ช่วยผลักให้ทารกขึ้นมาจากด้านหน้าซึ่งมีแรงต้านน้อยกว่าคือ บริเวณปากช่องคลอด
- 3) ตัวทารกมีข้อต่อต่างๆ ซึ่งสามารถทำให้ส่วนของทารกเคลื่อนไปได้ตามทิศทางคลอดที่หมุนไปทางด้านหน้าของเชิงกรานมารดา



รูปที่ 19 แสดงการแหงนของศีรษะทารก

6) การเสกบ้ดของศีรษะ (Restitution)

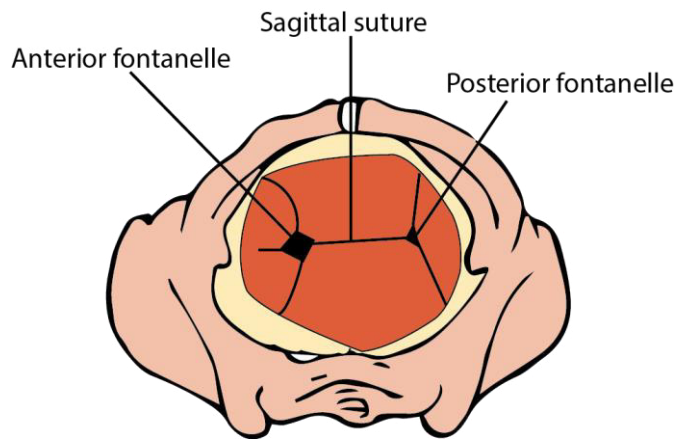
การเสกบ้ดของศีรษะภายนอก หมายถึงการหมุนกลับของศีรษะทารกภายนอกช่องคลอดไปประมาณ 45° เพื่อให้สัมพันธ์กับไหล่ที่อยู่ภายในช่องทางคลอด ทั้งนี้เนื่องจากศีรษะทารกคลอดออกมาในลักษณะก้มหน้ามีรอยต่อแสดกกลางอยู่ในแนวหน้าหลัง ส่วนไหล่จะอยู่ในช่องเชิงกรานในแนวเฉียง ศีรษะที่อยู่นอกช่องทางคลอดจึงหมุนอิสระไปอยู่ในลักษณะที่สัมพันธ์กับไหล่ซึ่งอยู่แนวเฉียง และลำตัวที่อยู่ในช่องทางคลอดโดยศีรษะจะหมุนกลับไปประมาณ 45° (Baker, 2006; Ricci & Kyle, 2009) ดังรูปที่ 4-20



รูปที่ 20 แสดงการเสกบ้ดกลับของศีรษะทารก

7) การหมุนศีรษะภายนอก (External rotation)

การหมุนของศีรษะทารกภายนอก เกิดขึ้นภายนอกช่องทางคลอดต่อจากการเสกบ้ดกลับอีก 45° เพื่อให้สัมพันธ์กับไหล่ซึ่งมีการหมุนภายใน (internal rotation of shoulder) ภายในช่องเชิงกราน (Ricci & Kyle, 2009) ดังนั้นจะพบว่าศีรษะทารกจะอยู่ในลักษณะตะแคงอยู่ สรุปล้แล้วตั้งแต่ศีรษะทารกคลอดจนถึงการหมุนภายนอกจะหมุนทั้งหมด 90° ดังรูปที่ 4-21



รูปที่ 21 แสดงการหมุนศีรษะภายนอกของทารก

8) การคลอดตัวทารก (Expulsion)

การคลอดตัวทารก หมายถึงการขับเคลื่อนของไหล่และลำตัวทารกออกมาภายนอกทั้งหมด เดิมส่วนไหล่หรือไบซาโครเมียล (bisacromial diameter) เข้าสู่ช่องเชิงกรานในแนวขวาง ต่อมาเมื่อไหล่มีการเคลื่อนต่ำและมีการหมุนภายในครบสมบูรณ์ ทำให้ไหล่อยู่ในแนวหน้าหลังของทางออกของเชิงกราน ไหล่บนจะยันใต้ซิมฟายซีสพิวบีส เมื่อมีแรงผลักดันลงมาไหล่บนจะคลอດออกมาตามช่องเชิงกราน (hollow of sacrum) และผีเย็บแล้วไหล่ล่างก็คลอດตามออกมา เมื่อไหล่คลอດเรียบร้อยแล้ว ส่วนอก ท้อง สะโพก และขาจะคลอດออกมาโดยง่ายเพราะเป็นส่วนที่มีขนาดเล็ก (Baker, 2006)

สรุป กลไกการคลอดทารกประกอบด้วยกลไกหลัก 8 ขั้นตอน โดยมีการเปลี่ยนแปลงกลไกต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวมารดา

7.2 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการคลอด

การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เพื่อเตรียมพร้อมในการคลอด สำหรับในต่างประเทศที่ห้องรอลคลอดและห้องคลอดเป็นห้องเดียวกัน สำหรับมารดาครรภ์แรกจะเตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอด เมื่อเห็นส่วนนำทารกทางช่องคลอดขนาด 0.5-1 ซม. หรือเมื่อปากมดลูกเปิดหมดและมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ส่วนมารดาครรภ์หลังให้เริ่มเตรียมเมื่อปากมดลูกเปิด 9-10 ซม. (Pillitteri, 2010) สำหรับในทางปฏิบัติโดยทั่วไปของไทยซึ่งห้องคลอดมักแยกจากห้องรอลคลอด จะย้ายมารดาเข้าห้องคลอดสำหรับมารดาครรภ์แรกย้ายเมื่อปากมดลูกเปิด 10 ซม. ส่วนมารดาครรภ์หลังย้ายเมื่อปากมดลูกเปิด 8 ซม. เพื่อได้มีเวลาในการเตรียมสถานที่และอุปกรณ์การช่วยคลอดได้ทัน รูปที่ 4-22 แสดงอุปกรณ์ในการทำคลอด



รูปที่ 22 แสดงอุปกรณ์ในการทำคลอด

7.3 การช่วยคลอดทารก

การจัดท่าในการคลอด

การจัดท่าควรให้มารดาอยู่ในท่าแนวตั้ง เช่น ท่านั่ง ท่าคล้ายท่าแมว ท่านั่งยอง แต่ถ้าเมื่อใกล้คลอดสามารถนอนศีรษะสูงได้ (Balaskas, 1992) ซึ่งการนอนหงายกึ่งศีรษะสูง 45° (semirecumbent) ทำให้ง่ายต่อการควบคุมฝีเย็บ (safe perineum) ในการช่วยคลอด (The Royal College of Midwives, n.d.)

ระยะนี้ส่วนนำของทารกกดช่องเชิงกราน (pelvic floor) และเรคตัม (rectum) ทำให้มารดามีแรงเบ่งโดยที่ควบคุมไม่ได้ (involuntary pushing) ระยะนี้เป็นระยะที่ต้องช่วยคลอดทารก โดยต้องมีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการทำคลอด และผ้าปราศจากเชื้อต่างๆไว้ให้พร้อม ดังรูปที่ 4-22

การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดา

ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนบุผ้าแสดงดังรูปที่ 4-23 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของมารดาโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเช่น น้ำยาฮิบิเทน (hibitane) เข้มข้นผสมกับน้ำเกลือปราศจากเชื้อ (NSS) น้ำยาฮิบิเทนเจือจาง (hibitane 1:10 in water) หรือน้ำยาเซฟลอน (savlon 1:30 หรือ 1:100) เป็นต้น วิธีทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกทำความสะอาดโดยใช้สำลีชุบน้ำยาทำความสะอาดดังนี้ (Varney et al., 2004)

สำลีก้อนที่ 1 พอกบริเวณหัวหน่าวตั้งแต่ระดับปุ่มกระสันและพอกขึ้นเหนือหัวหน่าวบริเวณหน้าท้องแบบย้อนไปมา

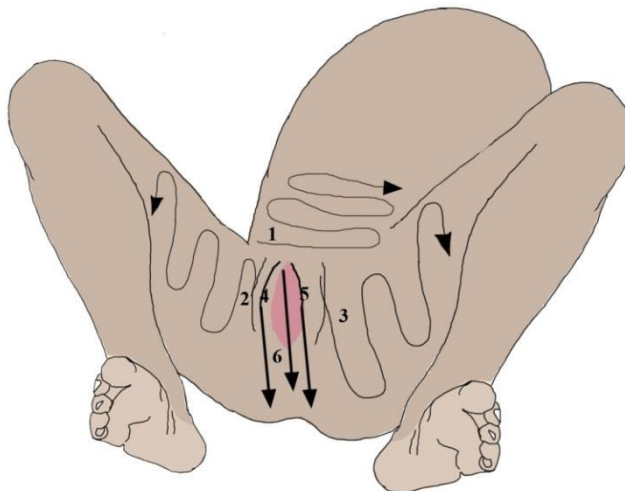
สำลีก้อนที่ 2 พอกขาหนีบและด้านในของขา โดยพอกจากขาหนีบออกไปให้กว้างประมาณครึ่งขา และพอกมาถึงแก้มก้น อาจพอกตามยาวหรือตามแนวขวางของขาก็ได้

สำลีก้อนที่ 3 พอกขาหนีบและขาด้านใกล้ตัวเหมือนก้อนที่ 2

สำลีก้อนที่ 4 พอกแคมใหญ่จากปุ่มกระสันลงไปถึงทวารหนัก

สำลีก้อนที่ 5 พอกแคมใหญ่ด้านตรงข้ามลงไปถึงทวารหนัก

สำลีก้อนที่ 6 พอกบริเวณเวสติบูล (vestibule) ซึ่งรวมแคมเล็ก (labia minora) จากข้างบนลงมาถึงทวารหนัก



รูปที่ 23 แสดงการทำความสะดวกคลอดด้วยวิธีสูบน้ำนม

การสูบน้ำนม

ในกรณีที่ไม่เร่งด่วน ผู้ทำคลอดควรสูบน้ำนมดังนี้ (พิริยา, 2551)

- สวมถุงเท้าด้านใกล้ตัวผู้ทำคลอดก่อน จากนั้นสวมถุงเท้าด้านไกลตัว (กรณีไม่ถอดปลายเตียง)

- สูบน้ำนมที่เหลื่อมบริเวณหน้าท้องถึงหัวหน้าโดยพับเป็นสองทบ วางสันไว้บริเวณยอดมดลูกเพื่อสามารถแก้ไขได้ถ้ามารดาเอามือมาโดนผ้าชิ้นนี้ จะได้สอดมือเข้าไปใช้ด้านในที่สะดวกแทน ต่อมาให้พับผ้ารองกันโดยพับผ้าเข้ามา 1 ใน 4 ส่วน หงายมือทั้งสองข้างสอดเข้าใต้ผ้าที่พับลง แล้วสอดเข้าใต้กันของมารดา ขณะถอยมือออกต้องระวังไม่ให้มือไปโดนกันของมารดา

การจัดเรียงเครื่องมือ

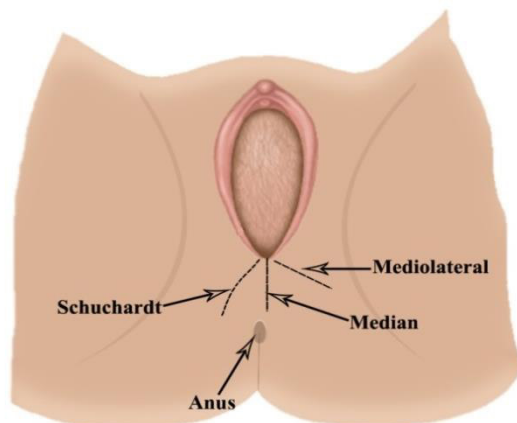
ให้จัดเรียงเครื่องมือไว้เพื่อสะดวกในการใช้ดังนี้ กรรไกรตัดแผลฝีเย็บ ผ้าควบคุมฝีเย็บ ถ้วยใส่สำลีซุบกรดโบริก (boric acid 3%) หรือสำลีแห้ง ลูกสูบล้างแดง แคลมป์หนีบสายสะดือ 2 อัน และกรรไกรตัดสายสะดือ (พิริยา, 2551) และถ้วยใส่สำลีแห้ง ดังรูปที่ 4-22

การตัดฝีเย็บ

เมื่อส่วนนำลงมาต่ำและมีการโป่งของวาลวา (vulva) และมีการ โพล์ของศีรษะประมาณ 4-5 ซม. เรียกว่า เกิดคลาวนิง (crowning)

เกิดเมื่อส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารก (biparietal diameter)

ขยายบริเวณวาลวา (vulva) ฝีเย็บบางตึงใสและศีรษะไม่หดกลับเข้าไปอีกเมื่อมดลูกคลายตัว เป็นเวลาที่เหมาะสมในการตัดฝีเย็บ (พิริยา, 2551; McKinney et al., 2005; Walker, 2016) วัตถุประสงค์ของการตัดฝีเย็บเพื่อให้ช่องทางคลอดกว้างขึ้น และลดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ (Walker, 2016) การตัดฝีเย็บมี หลายวิธี เช่น ตัดแบบเฉียง (mediolateral episiotomy) โดยทำมุม 45° กับแนวกึ่งกลาง (midline) ตัดแบบตรง (median episiotomy หรือ midline) ตัดแบบขวาง (lateral) ตัดแบบรูปตัวเจ (J-shape) คือตัดที่รอยต่อของแคมเล็กด้านล่าง (fouchette) ไปยังด้านล่างแล้วเบนปลายกรรไกรเฉียงออก 45° เพื่อเลี่ยงการตัดถูกทวารหนัก ตัดแบบอ้อมจากรอยต่อของแคมเล็กด้านล่างไปยังทวารหนัก (Schuchardt) (พิริยา, 2551) สำหรับการตัดฝีเย็บแนวขวาง (lateral) จะทำให้มีการทำลายต่อมบาร์โทลิน (Kettle, 2004) รูปที่ 4-24 แสดงการตัดฝีเย็บ



รูปที่ 24 แสดงการตัดฝีเย็บ

การตัดแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียต่างกัน เช่น ตัดแบบตรงมีข้อดีคือเย็บซ่อมแซมได้ง่าย ข้อเสียถ้าควบคุมฝีเย็บไม่ดีมีโอกาสฉีกขาดถึงทวารหนักได้ การตัดแบบอ้อม (Schuchardt) ใช้ในกรณี ทารกทำกันหรือทารกตัวโต ข้อเสียตัดถูกชั้นกล้ามเนื้อลึก (พิริยา, 2551) เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการตัดแผลฝีเย็บแบบตรงกลาง (median) และแบบเฉียง (mediolateral) แสดงดังตารางที่ 4-5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการตัดฝีเย็บแบบตรงกลาง (median) และแบบเฉียง (mediolateral)

แบบตรงกลาง	แบบเฉียง
1. แผลซ่อมแซมง่าย	1. แผลซ่อมแซมยากกว่า
2. แผลติดดีกว่า	2. แผลหายแล้วมีลักษณะผิดปกติได้มากกว่า
3. มีรอยแผลน้อยกว่า	3. มีรอยแผลเป็นเห็นชัด
4. เสียเลือดน้อยกว่า	4. เสียเลือดมากกว่า
5. มีภาวะเจ็บปวดเมื่อร่วมเพศ (dyspareunia) น้อยกว่า	5. มีภาวะเจ็บปวดเมื่อร่วมเพศมากกว่า
6. การฉีกขาดถึงหูรูดทวารหนักได้มากกว่า	6. การฉีกขาดต่อถึงหูรูดและทวารหนักน้อยกว่า

Note. From “Williams obstetric,” (p.402), by F. G. Cunningham, K. J. Leveno, S. L. Bloom, J. C. Hauth, D. J. Rouse, & C. Y. Spong. (2010). New York: McGraw-Hill Medical. & From “Introduction to maternity & pediatric nursing,” (p. 179), by G. Leifer, 2011, Malaysia: Elsevier (Singapore).

การช่วยท่าคลอดศีรษะทารก

เมื่อตัดฝีเย็บแล้วส่วนนำจะเคลื่อนต่ำลงมาจากศีรษะทารกใกล้คลอด ให้ควบคุมการคลอดศีรษะ โดยเอานิ้วชี้และนิ้วกลางของมือกอดบริเวณใต้ท้ายทอยของศีรษะทารกไว้ เพื่อไม่ให้เงยเร็วเกินไป หรือให้ทารกเอาส่วนนำที่กว้างสุดแนวหน้าหลัง ออกมาคือตำแหน่งเส้นผ่าศูนย์กลาง SOB (suboccipito bregmatic diameter; 9.5 ซม.) (King et al., 2015) มืออีกข้างควบคุมแผลฝีเย็บโดยรวบเนื้อและผิวหนังบริเวณแผลฝีเย็บไว้ และดันศีรษะ เมื่อศีรษะส่วนที่กว้างที่สุดคือ ไบพาเรียทัลอิมิแนน (biparietal eminence) ผ่านพ้นช่องคลอดมาแล้วให้เปลี่ยนที่กอดบริเวณใต้ท้ายทอยมาโกยศีรษะทารกให้เงยขึ้นช้าๆ จนคางผ่านพื้นฝีเย็บ ในขั้นตอนที่ไบพาเรียทัลอิมิแนน ผ่านพ้นช่องคลอดหรือศีรษะทารกที่ออกมามีเส้นผ่าศูนย์กลาง ≥ 5 ซม. อาจช่วยคลอดศีรษะทารกต่อโดยใช้วิธีริทเกิน (Ritgen maneuver) (Cunningham et al., 2010) โดยมีกอดที่ศีรษะข้างบนและอีกมือกอดฝีเย็บเข้าหาหน้าของทารก (Gorrie et al., 1998) แล้วทั้งฝ่าควบคุมฝีเย็บลงถึงขยะเพื่อป้องกันการติดเชื้ ส่วนนำที่ออกมาตามลำดับคือ SOB (suboccipito bregmatic) SOF (suboccipito frontal) ซึ่งเป็นส่วนที่เล็กที่สุด และ SOM (suboccipito mentum) เมื่อศีรษะทารกผ่านพื้นฝีเย็บอาจจะก้มเล็กน้อยด้วยแรงถ่วงจากน้ำหนักศีรษะทารกเอง ศีรษะทารกจะมีการสะบัดเฉียงไปตามแผ่นหลังทารก (restitution) ผู้ช่วยคลอดต้องช่วยทำการหมุนภายนอก (external rotation) ตามกลไกการคลอดของศีรษะ โดยหันให้ท้ายทอยอยู่ด้านหลังหรืออาจหมุนหน้าทารกเกือบแหงนมาทางด้านหน้าเพื่อความสะดวกในการดูสสารคัดหลั่งจากปากและจมูกของทารก (พิริยา, 2551)

- ภายหลังศีรษะทารกคลอดแล้ว ผู้ช่วยคลอดต้องบอกไม่ให้ผู้คลอดเบ่งและให้อ้าปาก หายใจยาวๆ ลึกๆ

- เช็ดตาทารกด้วยสำลีแห้ง หรือสำลีซุบกรดโบริก (boric acid 3%) ตามที่ปฏิบัติในโรงพยาบาล

- ปีบลมออกจากลูกยางแดงแล้วดูดสารคัดหลั่งจากปากและจมูกทารกให้มากที่สุดก่อนที่ทารกจะหายใจครั้งแรก เพราะอาจเกิดการสูดสำลักได้

- สอดนิ้วเข้าไปคลำรอบคอทารก เพื่อดูว่ามีสายสะดือพันคอหรือไม่ หากคลำพบให้การช่วยเหลือดังนี้ 1) หากสายสะดือพันคอหลวม ๆ ให้คลายออกโดยดึงรูดผ่านทางท้ายทอยและผ่านทางหน้าทารก 2) หากสายสะดือพันคอแน่น ให้หนีบด้วยแคลมป์หนีบสายสะดือ 2 อัน แล้วตัดสายสะดือระหว่างที่หนีบไว้ คลายสายสะดือให้หลุดจากคอแล้วทำคลอดไหล่ (Varney et al., 2004)

การช่วยคลอดไหล่

เมื่อศีรษะคลอดแล้ว ไหล่จะมีการหมุนภายในตามกลไกการคลอด เพื่อให้ความกว้างของไหล่มาอยู่แนวหน้าหลังของช่องออก ให้ผู้ช่วยคลอดทำคลอดไหล่บน โดยใช้ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างจับบริเวณกระดูกขมับ (temporal bone) 2 ข้างของทารกไว้แล้วโน้มศีรษะทารกกลางอย่างนิ่มนวล เมื่อเห็นขอกกรักแร้ของไหล่บน ให้ช่วยคลอดไหล่ล่าง โดยโน้มศีรษะทารกขึ้นประมาณ 45° กับแนวตั้ง ขณะโน้มขึ้นให้สังเกตบริเวณฝีเย็บด้วย ค่อยๆ โน้มและควบคุมไม่ให้มารดาเบ่ง เนื่องจากขณะคลอดไหล่ล่างมีฝีเย็บมีโอกาสฉีกขาดเพิ่มขึ้นได้ หากมารดาเบ่งดันทารกออกมาตรงๆ โดยที่ผู้ช่วยคลอดโน้มศีรษะทารกขึ้นไม่ทัน (พิริยา, 2551)

ต่อมาช่วยคลอดลำตัว แขน และขา ลำตัวและแขนขาจะไม่กระชับกับช่องคลอดจึงเคลื่อนออกมาได้ง่าย ผู้ช่วยคลอดเปลี่ยนมือที่จับบริเวณขมับทารกด้านบนมารองรับลำตัวแทน แล้วลูบไปตามสี่ข้างลำตัวจนจับขาทั้ง 2 ข้างไว้ได้ โดยให้นิ้วชี้อยู่ระหว่างข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง นิ้วที่เหลือรวบข้อเท้าไว้ วางทารกไว้ที่หน้าท้องมารดา หรือในกรณีมีปลายเตียงให้วางทารกหันด้านหลังเข้าหาช่องคลอดของมารดา ดูตมูกหรือสารคัดหลั่งในปาก จมูก ลำคออีกครั้ง และกระตุ้นให้ร้อง (พิริยา, 2551)

การตัดสายสะดือ

หนีบสายสะดือทั้ง 2 ข้าง โดยใช้แคลมป์หนีบ แล้วตัดตรงกลางระหว่างที่หนีบห่างจากหน้าท้องทารก 4-5 ซม. หลังจากนั้นให้ใช้สายเทปผูกหรือห่วงยางรัด โดยผูกห่างจากหน้าท้องทารกประมาณ 3 ซม. (Cunningham et al., 2010) การดึงผูกสายเทปนี้ให้จับปลายสายเทปทั้ง 2 ข้างด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ และให้สายเทปอยู่ในอุ้งมือ ใช้สันนิ้วก้อยของมือทั้งสองข้างช่วยดึงสมทบ อ้อมสายเทปทั้งสองข้างมาบรรจบกัน แล้วผูกอีกรอบหนึ่งตามด้วยการผูกแบบเงื่อนกระดูกไว้บนรอยเดิม

ทำความสะอาดสายสะดือเหนือบริเวณที่ผูกสายเทป ประมาณ 1 ซม. ด้วยสำลีซุบแอลกอฮอล์ 70% ปีบเลือดบนสายสะดือเหนือตำแหน่งที่ย่างรัดแล้วเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70% อีกครั้ง ทำการทดสอบว่ามีเลือดออกจากสายสะดือหรือไม่ ทำโดยการบีบใต้สายยางรัดดูว่ามีเลือดไหลซึมออกมาหรือไม่ หากการรัดสายสะดือไม่แน่นจะมีเลือดออกจากตัวทารก จะได้แก้ไขเพื่อไม่ให้ทารกเสียเลือด

เช็ดเมือก เลือด และน้ำคร่ำออกจากตัวทารก พร้อมกับประเมินสภาพทารกโดยใช้คะแนนแอฟการ์เป็นหลักในการประเมิน หากทารกมีความผิดปกติหรือพิการให้แจ้งมารดาทราบก่อนนำทารกออกจากเตียง

อุ้มทารกให้ผู้คลอดดู โดยใช้นิ้วสอดเข้าระหว่างข้อเท้าทารก มืออีกข้างรองรับบริเวณลำคอและศีรษะ ยกทารกให้มารดาดูหน้าและอวัยวะเพศ ผูกปายข้อมือและข้อเท้าต่อหน้ามารดา โดยก่อนผูกปายให้มารดาตรวจสอบความถูกต้องก่อน หลังจากนั้นจึงนำทารกไปเช็ดทำความสะอาดคราบไขและเลือดต่อไป

7.4 การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด

การพยาบาลมารดาและทารกในระยะที่ 2 ของการคลอดมีดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที (Ricci, Kyle, & Carman, 2017)
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุกการหดตัว (Ricci, Kyle et al., 2017)
3. ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาทีสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงต่ำ ส่วนมารดาที่มีความเสี่ยงสูงให้ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุก 5-15 นาที หรือติดเครื่อง EFM ตลอดเวลา (Ricci, Kyle et al., 2017) แต่โดยทั่วไปในทางปฏิบัติให้ฟังเสียงหัวใจทารกทุกครั้งที่มีมดลูกคลายตัว (ระยะ resting period)
4. ควบคุมมารดาให้เบ่งคลอดถูกวิธี โดยเมื่อเริ่มต้นมดลูกหดตัวให้หายใจแบบลึก (deep breathing) 2 ครั้ง ขณะมดลูกหดตัวให้หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนไว้ แล้วเบ่งลงกัน ทำอย่างนี้ 3-4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งควรเบ่งนาน 7 วินาที อาจมีเสียงได้เล็กน้อย (Simkin & Ancheta, 2000) เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจแบบลึกอีก 2 ครั้ง

ได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเบ่งคลอดดังนี้ (Hanson, 2006)

- 1) อยู่เป็นเพื่อนในปลายระยะที่ 1 ของการคลอดและสังเกตการณ์มเบ่งของมารดา
- 2) ในการเบ่งสามารถให้มารดาเบ่งโดยมีเสียงผ่านทางคอได้เล็กน้อย
- 3) ไม่ควรควบคุมให้มีการเบ่ง การเบ่งควรจะเป็นไปตามธรรมชาติ

นอกจากนี้จากการวิจัยในมารดาในระยะที่ 2 ของการคลอด ($N = 73$) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มเบ่งเองตามธรรมชาติและกลุ่มเบ่งโดยถูกควบคุม พบว่ากลุ่มเบ่งโดยธรรมชาติมีระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดนานกว่ากลุ่มที่เบ่งโดยถูกควบคุมแต่มีความอ่อนล้าเมื่อ 15 นาที และ เมื่อ 24 ชั่วโมง หลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มเบ่งโดยถูกควบคุม (Lam & McDonald, 2010) ในทำนองเดียวกันพบว่าการให้มารดานอนศีรษะสูงและเบ่งเองโดยธรรมชาติ ($n = 33$) เปรียบเทียบกับมารดาที่เบ่งแบบ valsalva (เบ่งแบบไม่มีเสียง) ($n = 33$) ตามการควบคุม พบว่ามารดากลุ่มแรกมีความปวด อ่อนเพลียน้อยกว่า และมีประสบการณ์คลอดในทางบวกมากกว่ากลุ่มที่ 2 (Chang et al., 2011) ดังนั้นในการเบ่งคลอดควรให้มารดาเบ่งเมื่อรู้สึกอยากเบ่งในขณะที่มดลูกหดตัวและให้สูดลมหายใจเข้าลึกๆ กลืนไว้หลังจากนั้นจึงเบ่ง (Lowdermilk & Perry, 2004) ระยะเวลาในการเบ่งคลอดในครรภ์แรกไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง และครรภ์หลังไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง เพราะถ้านานกว่านี้จะเกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012).

5. ประเมินอาการปวดมดลูก ปากมดลูกและบริเวณฝีเย็บ และขณะที่มารดานอนท่าขบนิ้วหรือชันขาหยั่ง (lithotomy) ควรใช้ผ้าหรือหมอนขนาดเล็กหนุนบริเวณเอวเพื่อลดการดึงของกล้ามเนื้อหลัง

6. ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ปัจจุบันได้มีงานวิจัยที่มีการใช้ท่า PSU Locked-Upright (The Prince of Songkla University Locked-Upright Position) โดยผู้เขียนและคณะพบว่าระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และการปวดหลังในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Phumdoung, Morkruengsai et al., 2010) และต่อมาได้มีการทำวิจัยของผู้เขียนและคณะโดยการประดิษฐ์เตียงคลอด PSU (The Prince of Songkla University Birthing Bed) ซึ่งสามารถจัดให้มารดานอนในท่า PSU Locked-Upright ได้ตลอดเวลา โดยมีศีรษะสูง $45-60^{\circ}$ และยกบริเวณเอวสูง $30-40^{\circ}$ ตามที่มารดาสุขสบาย และมีที่ยันฝ่าเท้า ทำให้ขาแยกออกเข่าเกือบชิดอก และการนอนในท่างานี้จะคล้ายกับท่านั่งของแต่อยู่ในท่านอน ทำให้มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำเร็วตามแรงโน้มถ่วงของโลก จากศีรษะสูง และการอยู่คล้ายท่านั่งของช่วยทำให้ช่องเชิงกรานกว้างขึ้นก็ช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของส่วนนำอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีบาร์โหนดซึ่งอยู่สูงมาทางด้านหน้ามารดา จากแรงที่แขนดึง (Fn) ซึ่งทำมุมกับลำตัวประมาณ 45° ทำให้แตกแรงมาที่ท้องได้เป็น $F_n \cos\theta$ ทำให้มีแรงในการเบ่งซึ่งเป็น

แรงทุติยภูมิ (secondary power) ผลการวิเคราะห์ห้ข้อมูลพบว่ามารดาในกลุ่มใช้เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์ โหนและเตียงคลอด PSU มีบาร์โหน คลอดได้เร็วมาก นอกจากนี้มารดาที่มีความปวดและตึงเครียดจากการปวดน้อยกว่ามารดาที่นอนเตียงคลอดตามปกติ และมารดาในกลุ่มใช้เตียงคลอด PSU สุขสบายมากกว่ามารดาในกลุ่มเตียงคลอดปกติ (ศศิธร, บุญเรือง, และคณะ, 2555; Phumdoung, Manasurakam, et al., 2013)

นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินสาเหตุที่ทำให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำล่าช้า ซึ่งได้แก่

- 1) การหดตัวของมดลูกไม่ดี
- 2) แรงเบ่งไม่ดี
- 3) กระเพาะปัสสาวะเต็ม
- 4) เชิงกรานแคบ หรือท่าของทารกในครรภ์ผิดปกติ

การเคลื่อนต่ำของส่วนนำในครรภ์แรก ควรเป็น 1 ซม./ชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลัง 2 ซม./ชั่วโมง (พิริยา, 2551) ถ้าการเคลื่อนต่ำล่าช้ากว่านี้เรียกว่ามีภาวะชะงักของระยะที่ 2 ของการคลอด (protracted second-stage labor) (Walsh, 2001)

7. การพยาบาลด้านจิตใจในระยะคลอดก็มีความสำคัญ มารดาที่มีความกลัวและปวดมาก ควรอยู่กับมารดาตลอดเวลา แสดงความเข้าใจและยอมรับในการปวดหรือการแสดงออกของมารดา

7.5 การพยาบาลลดการฉีกขาดของทางคลอด

การพยาบาลลดการฉีกขาดของทางคลอดหรือฝีเย็บสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และการจัดการในระยะคลอดดังนี้

1. การจัดทำที่เหมาะสมในระยะที่ 2 ของการคลอด จากการวิจัยในมารดาในระยะที่ 2 ของการคลอด ($N = 3,049$) พบว่ามารดาที่อยู่ในท่านอนตะแคง หรือท่าคล้ายแมว (hands-knee position) มีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าการอยู่ในท่านอนหงาย ท่านั่งยอง หรือนอนหงายชันขาห้อย (Albers et al., 1996) อีกการวิจัย ($N = 2,891$) พบว่าท่านอนตะแคงทำให้ไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บสูงถึง 66.6 % (Shorten, Donsante, & Shorten, 2002) การให้มารดาอยู่ในท่าคล้ายท่าแมวช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บได้ (Gannon, 1992) และการให้มารดาอยู่ในท่าแนวตั้ง ท่าคลอดในท่านอนตะแคง ศีรษะสูงจะช่วยลดการฉีกขาดของช่องทางคลอดได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอาจมีเลือดออกได้มากกว่าการนอนราบ ซึ่งอาจเนื่องจากสามารถประเมินปริมาณเลือดได้ดีกว่าท่าแนวราบ (World Health Organization [WHO], 1997) อีกการวิจัย ($N = 198$) พบว่ามารดาที่อยู่ในท่านั่ง ท่านั่งยอง และท่าคล้ายท่าแมว (kneeling/hands-and knees) มีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ามารดาท่านอนราบ และการบวมของวาลวา (vulva edema) น้อยกว่ามารดาในท่านอนราบ (Terry, Westcott, O'Shea, & Kelly, 2006) อีกการวิจัยพบว่ามารดาที่อยู่ในท่าแนวตั้งทำให้มารดาจำนวนมากไม่มีการฉีกขาดของฝีเย็บ และท่าที่มารดาชอบมากคือท่าคล้ายท่าแมว (kneeling) ส่วนท่านั่งยองมารดาไม่สามารถอยู่ในท่านี้ได้นาน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มารดาได้อยู่ในท่าคล้ายท่าแมวในระยะที่ 2 ของการคลอด (Gardosi, Sylvester, & B-Lynch, 1989)

2. การนวดบริเวณฝีเย็บในระยะตั้งครรภ์และระยะที่ 2 ของการคลอดช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บ จากการวิจัยในมารดาครรภ์แรก ($N = 861$) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและนวดบริเวณฝีเย็บในปลายไตรมาสที่ 3 (ก่อนคลอด 6 สัปดาห์) โดยการนวดฝีเย็บครั้งละ 4 นาที ทำสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง อีกกลุ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างเดียว พบว่ากลุ่มที่นวด

บริเวณฝีเย็บมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฉีกขาด (69% vs 75.1%) (Shipman, Boniface, Tefft, & McCloghry, 1997)

เช่นเดียวกับอีกการศึกษาในมารดาครรภ์แรก ($N = 90$) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกใช้วาสลินนวดฝีเย็บ (ปุ้มกระสัน แคมใหญ่ แคมเล็ก และเวสทิบูล) ของมารดาในระยะที่ 2 ของการคลอด กลุ่มที่ 2 กลุ่มไม่ได้รับการนวดฝีเย็บ พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการนวดฝีเย็บ ฝีเย็บไม่ฉีกขาดมีจำนวนมากกว่า การตัดฝีเย็บน้อยกว่า แต่การฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 1 และระดับ 2 มากกว่ามารดาในกลุ่มไม่ได้รับการนวดฝีเย็บ (Geranmayeh et al., 2012) แต่บางงานวิจัยในมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลัง ($N = 1,340$) อีก 2 การศึกษา ($N = 2,147$) พบว่าการนวดฝีเย็บช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และระดับ 4 ของมารดาได้มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการนวด ($RR = 0.52$, 95% CI, 0.29 to 0.94) (Aasheim, Nilsen, Lukasse, & Reinar, 2011)

จะเห็นได้ว่าการนวดฝีเย็บสามารถทำได้ตั้งแต่ปลายไตรมาสที่ 3 และสามารถทำได้ในระยะที่ 2 ของการคลอดซึ่งมีผลดีช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บได้เช่นกัน

3. การประคบอุ่นบริเวณฝีเย็บในระยะที่ 2 ของการคลอด จากการวิเคราะห์งานวิจัยในมารดาระยะคลอดที่มีภาวะสุขภาพปกติ (2 trials, $N = 1,525$) พบว่าการประคบอุ่นที่ฝีเย็บในระยะที่ 2 ของการคลอดสามารถช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และระดับ 4 ของมารดาได้มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการประคบด้วยความอุ่น (risk ratio (RR) = 0.48, 95% CI, 0.28 to 0.84) (Aasheim et al., 2011)

4. ตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็นเท่านั้น การตัดฝีเย็บทำเมื่อจำเป็นเท่านั้นมีผลดีต่อมารดามากกว่าการทำเป็นกิจวัตร (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012; Patterson & Winslow, 2008) การตัดฝีเย็บทำให้ช่องออกส่วนเนื้อเยื่ออ่อนกว้างขึ้นจะช่วยลดเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดลง ควรทำเมื่อประเมินแล้วว่าจะมีการฉีกขาดของฝีเย็บมาก เช่น มารดาครรภ์แรก บุตรตัวโต (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012; Patterson & Winslow, 2008; Smith, Price, Simonite, & Burns, 2013) หรือทารกที่มีท้ายทอยอยู่หลังเชิงกรานของมารดา (occiput posterior position: OPP) เพราะเสี่ยงต่อการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และระดับ 4 (London, Ladewig, Ball et al., 2011; Thakar & Sultan, 2009) และการตัดฝีเย็บควรทำในรายที่ได้ยาระงับปวดทางไขสันหลัง (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012) การตัดฝีเย็บจะมีเลือดออกได้เล็กน้อยถ้าทำในเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากศีรษะทารกกดบริเวณขอบแผลที่ตัดจะทำให้ไม่มีการเสียเลือดมาก (Pillitteri, 2010; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012) และไม่มีผลเสียต่อทารก (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012) ในปัจจุบันมีการปฏิบัติตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรแพร่หลายทั่วโลก (Thakar & Sultan, 2009) การตัดฝีเย็บอาจตัดแบบ midline หรือ mediolateral ซึ่งการตัดฝีเย็บทำให้มีการฉีกขาดถึงหูดทวารหนักและลำไส้ส่วนเรคตัมได้ (Bader, 2012) และมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการไม่ตัดฝีเย็บ (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee, 2012)

5. ควรให้มารดาเบ่งตามธรรมชาติไม่มีการควบคุม ซึ่งมีลักษณะเบ่งสั้นๆ ร่วมกับการหายใจ 3-4 ครั้งในช่วงที่มีลมเบ่ง ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและทารกได้ดี (Roberts et al., 1987 cited in Sampsel & Hines, 1999) ช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บ ลดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 2 และระดับ 3 และลดการตัดฝีเย็บ (Sampsel & Hines, 1999) ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและระบบประสาทของเชิงกรานและระบบทางเดินปัสสาวะ (Roberts & Hanson, 2007) อีกการศึกษาในมารดาครรภ์แรก ($N = 45$) พบว่ามารดาที่เบ่งช้าหรือเบ่งเมื่อมีลมเบ่งมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่ามารดาที่

เบ่งทันทีเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ($n = 5$ vs $n = 13$) (Simpson & James, 2005) อย่างไรก็ตามบางงานวิจัยในมารดาครรภ์แรก ($N = 72$) พบว่าการเบ่งเร็วหรือช้าไม่มีความแตกต่างของการฉีกขาดของฝีเย็บ แต่ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรให้มารดาเบ่งช้าหรือเมื่อมีลมเบ่งจะลดความเหนียวล้าของมารดาในระยะหลังคลอดได้ (Lai, Lin, Shey, & Gua, 2009) ในระยะหลังคลอดกลุ่มที่เบ่งโดยควบคุมมีความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่าและการกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดีเกิดได้มากกว่ามารดาที่เบ่งตามธรรมชาติ (Schaffer et al., 2005) และพบว่าการเบ่งคลอดตามธรรมชาติเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดและเวลาในการเบ่งไม่แตกต่างจากการเบ่งคลอดโดยมีการควบคุม (Sampsel, Miller, Luecha, Fischer, & Rosten, 2005) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มารดาเบ่งคลอดตามธรรมชาติ

6. การให้ศีรษะทารกคลอดโดยธรรมชาติไม่มีการควบคุมจะลดการฉีกขาดของฝีเย็บมากกว่าการควบคุมศีรษะทารก จากการวิจัยในมารดาครรภ์แรก ($N = 100$) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้ศีรษะทารกคลอดโดยธรรมชาติโดยไม่ไปควบคุมศีรษะทารกและไม่กดช่วยคลอดศีรษะทารก และอีกกลุ่มควบคุมศีรษะทารก พบว่ากลุ่มที่ไม่ควบคุมศีรษะทารกมีการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่า การตัดฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมศีรษะทารก (40% vs 84%) และตกเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ควบคุมศีรษะทารก (4% vs 12%) (Foroughipour, Firuzeh, Ghahiri, Norbakhsh, & Heidari, 2011) จากการวิเคราะห์งานวิจัย 2 งานวิจัย ($N = 6,547$) พบว่าการไม่ควบคุมศีรษะทารกช่วยลดการตัดฝีเย็บมากกว่าการควบคุมศีรษะทารก (RR = 0.69, 95% CI, 0.50 to 0.96) เช่นกันอีกการศึกษา ($N = 1,423$) การทำการควบคุมศีรษะทารกแบบบริทเกิน (Ritgen maneuver) ก็ไม่ได้ช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และ 4 (Aasheim et al., 2011)

7.6 หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดทันที

การพยาบาลทารกในระยะแรกเกิดทันทีมีดังนี้

1. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดสารคัดหลังด้วยลูกสูบยางแดงออกจากจมูกและปากทารก ใน 5 นาทีแรกหลังคลอดถ้าคะแนนแอฟการ์ต่ำควรต้องช่วยหายใจ โดยใช้สายยาง (catheter) เพื่อดูดสารคัดหลังถ้ามีซีเทาปนออกมากับน้ำคร่ำมาก (meconium staining) แพทย์มักจะพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ (DeCherney & Pernoll, 1994)

2. เช็ดตัวทารกให้แห้ง โดยการเช็ดน้ำคร่ำออกเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการระเหยของน้ำคร่ำ ซึ่งป้องกันการเกิดอุณหภูมิของร่างกายต่ำ ซึ่งผลของการเกิดอุณหภูมิต่ำทำให้หลอดเลือดหดตัว เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเลือดเป็นกรด (DeCherney & Pernoll, 1994; Perry et al., 2010)

3. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารก โดยวางทารกไว้ใต้เครื่องให้ความอบอุ่น (warmer) เพื่อป้องกันภาวะเย็น (cold stress) เพราะภาวะตัวเย็นทำให้การใช้ออกซิเจนของร่างกายสูงขึ้น เส้นเลือดจะหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆลดลง โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลายทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (DeCherney & Pernoll, 1994)

7.7 การประเมินสภาพทารกแรกเกิด

การประเมินทารกแรกเกิดทันทีให้ประเมิน Apgar score ในนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ดังตารางที่ 4-6 (Olds et al., 2000)

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนแอฟการ์

	คะแนน		
	0	1	2
- อัตราการเต้นของหัวใจ	ไม่มี	< 100 ครั้ง/นาที	>100 ครั้ง/นาที
- การหายใจ	ไม่มี	หายใจช้าและไม่สม่ำเสมอ	ร้องเสียงดัง
- ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	มีการงอแขนขาบ้าง	มีการเคลื่อนไหวดี
- รีเฟล็กซ์	ไม่มี	มีการขย้อน	ร้องเสียงดัง
- สีผิว	น้ำเงิน ชีด	ตัวชมพู ปลายมือ ปลายเท้าซีด	ชมพูทั้งตัว

Note. From “Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach,” (p.571), by S. B. Olds, M. L. London., & P. A. W. Ladewig, 2000, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

นอกจากนี้การประเมินทารกแรกเกิดมีความสำคัญต้องประเมินร่างกายส่วนต่างๆ ตั้งแต่ศีรษะถึงเท้า ซึ่งลักษณะทารกแรกเกิดที่ปกติมีดังนี้ (Marks, 1994; Murray & McKinney, 2014; Whaley & Wong, 1989)

1. อัตราการหายใจ 30-60 ครั้ง/นาที มักหายใจเร็วระยะแรก หรือระหว่างการร้อง การหายใจที่ปกติทรวงอกมีการเคลื่อนไหวที่สมมาตร

2. ความยาวและน้ำหนักความยาวรอบศีรษะ 33-35.5 ซม. รอบอก 30.5-33 ซม. ลำตัวยาว 48-53 ซม. (19-21 นิ้ว) น้ำหนัก 2,500-4,000 กรัม

3. ผิวหนัง ผิวหนังจะมีลักษณะสีชมพูหรือแดง แต่อาจพบภาวะปลายมือปลายเท้าซีด (acrocyanosis) มักพบมองโกเลียน สปอต (Mongolian spots) ซึ่งเกิดจากสารสีผิวมีมาก ลักษณะสีน้ำเงินเข้ม พบมากบริเวณก้น นอกจากนี้ทารกจะมีไขตามตัว (vernix caseosa) และขนอ่อน (lanugo hair)

4. ศีรษะ ทารกจะมีกะหม่อมปิดไม่สนิท กะหม่อมหน้า (anterior fontanelle) ลักษณะเป็นรูปสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด (diamond-shaped) ขนาด 2.5-4 ซม. ซึ่งจะปิดเมื่อทารกอายุ 12-18 เดือน ส่วนกะหม่อมหลัง (posterior fontanelle) เป็นรูปสามเหลี่ยมขนาด 0.5-1 ซม. จะปิดเมื่อทารกอายุ 1 ½- 3 เดือน ลักษณะปกติกะหม่อมจะนุ่มและเรียบไม่โป่งตึง ระหว่างร่องกระดูก (sagittal suture) จะมีกระดูกเกยกัน (molding) ทำให้ขนาดศีรษะเล็กลง

- เลือดออกในชั้นใต้ผิวหนังศีรษะ (caput succedaneum) พบได้บ่อยมีลักษณะบวมน้ำและเลือดออกในชั้นใต้ผิวหนังของศีรษะมักข้ามร่องกระดูกเกิดในระยะสั้น 2-3 วันก็เป็นปกติ (Pillitteri, 1992; Whaley & Wong, 1991)

5. ตา ทารกจะมีเปลือกตาบวมเล็กน้อยและปิด และสามารถตอบสนองต่อแสงได้

6. หู ตำแหน่งปกติปลายหูจะอยู่ระดับเดียวกับตา ดึงหูยืดหยุ่นได้ดี
7. ปาก ทารกจะไม่มีฟัน มีเพดานและลิ้นไก่
8. คอ ทารกจะมีคอสั้น และหนา
9. อก ทารกจะมีอกส่วนหน้าหลังเท่ากัน มีเต้านมใหญ่

10. ท้อง ทารก จะมีท้องเป็นรูปทรงกระบอก (cylindric) คลำพบตับได้ล่างชายโครงขวา 3 ซม. คลำพบม้ามได้ข้างชายโครงซ้าย 1 ซม. คลำพบไตได้ 1-2 ซม. เหนือสะดือ

11. อวัยวะเพศ ทารกเพศชายคลอดครบกำหนดจะมีอวัยวะลงในถุงอวัยวะทั้งสองข้าง ส่วนทารกคลอดก่อนกำหนดอวัยวะจะไม่ลงสู่ถุงอวัยวะ สำหรับทารกเพศหญิงในทารกคลอดครบกำหนดแคมใหญ่ (labia majora) จะปิดแคมเล็ก (labia minora) และปุ่มกระสัน (clitoris) และอาจพบมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งเป็นภาวะปกติและจะหมดไปใน 3 วันหลังคลอด

12. ทวารหนัก มีการเปิดของทวารหนัก และทารกควรถ่ายขี้เทาใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

13. มือและเท้า แขนขาสมมาตรกัน มีลายฝ่ามือฝ่าเท้าชัดเจน

สรุปการช่วยคลอดทารกประกอบด้วย การเตรียมสถานที่อุปกรณ์ในการคลอด การเตรียมมารดา และการช่วยทำคลอด หลักการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอดที่สำคัญเช่น การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ประเมินการเต้นของหัวใจทารกทุกครั้งที่มดลูกคลายตัว และการให้มารดาเบ่งคลอดถูกวิธี ให้การพยาบาลลดการฉีกขาดของทางคลอด นอกจากนี้ในระยะหลังคลอดทารกต้องได้รับการดูแลเบื้องต้น รวมทั้งได้รับการประเมินคะแนนแอฟการ์ และประเมินร่างกายแรกคลอด

8. การพยาบาลในระยะที่ 3 การคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอดเป็นระยะคลอดรก จะขอกกล่าวถึง การเร่งการคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด การลอกตัวของรก การทำคลอดรก การตรวจรก

8.1 การเร่งการคลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด

ปัจจุบันบางที่ได้มีการกำหนดเป็นมาตรฐานในการจัดการเร่งระยะที่ 3 ของการคลอด (active management of the third stage labor) เช่น การฉีดยาออกซิโทซิน 10 ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อเมื่อมีการคลอดของไหล่หน้าของทารก นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาอื่นๆ เช่นเออร์โกโนวิน (ergonovine) (Leduc et al., 2009)

โดยทั่วไปพบว่ามีความแตกต่างระหว่างสูติแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และผดุงครรภ์เกี่ยวกับการคลอดรก โดยพบว่า สูติแพทย์ (95.2%) แพทย์ประจำบ้าน (97.6%) และผดุงครรภ์ (51.2%) เห็นด้วยกับการทำการเร่งคลอดของรก (active management) เช่นให้ยาออกซิโทซินเมื่อมีการคลอดของไหล่หน้า (anterior shoulder) ส่วนผดุงครรภ์จะเน้นการคลอดรกตามภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้นในระยะที่ 3 ของการคลอด และพบว่าทั้งการใช้การเร่งคลอดรกและวิธีธรรมชาติไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของการตกเลือดในระยะหลังคลอด (Tan, Klein, Sexell, Shirkoohy, & Asrat, 2008)

8.2 การลอกตัวของรก

เมื่อทารกคลอดแล้วจะมีการหดตัวของมดลูกโดยกล้ามเนื้อชั้นกลาง (oblique muscle fiber) จึงทำให้มีการปิดของเส้นเลือดทำให้มารดาไม่เสียเลือดมาก (McDonald, 2003) การลอกตัว

ของรกเกิดจากการไม่ได้สัดส่วนระหว่างขนาดของรกที่ไม่เปลี่ยนแปลงและบริเวณรกเกาะที่ลดขนาดลงอย่างมาก (ธีระ, 2541ก)

การลอกตัวของรกมี 2 ชนิด

1) การลอกตัวแบบชูสส์ (Schultz) เป็นการลอกตัวของรกโดยการเซาะจากส่วนกลางของรกที่ฝังตัว ดังนั้นจะไม่มีเลือดออกให้เห็นที่ช่องคลอดก่อนรกคลอด ลักษณะที่เห็นขณะรกคลอดจะเห็นรกด้านทารกออกมาที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก พร้อมทั้งเยื่อหุ้มทารกจะเคลื่อนออกมา มักมองไม่เห็นรกด้านมารดา ส่วนใหญ่รกจะคลอดได้สมบูรณ์ และเสียเลือดน้อย (McDonald, 2003; Varney et al., 2004)

2) การลอกตัวแบบดันแคน (Duncan) การลอกตัวของรกเริ่มที่ขอบของรกและมีเลือดไหลซึม (valva sign) การลอกตัวของรกจะช้ากว่าแบบชูสส์ เมื่อรกคลอดจะเห็นรกด้านมารดาและเยื่อหุ้มทารกจะขาดแยกกัน ไม่เหมือนการลอกตัวแบบชูสส์ (Varney et al., 2004)

อาการแสดงของรกลอกตัว

อาการที่แสดงว่ารกลอกตัวคือ 1) มีเลือดออก 2) มีการเคลื่อนต่ำของสายสะดือมองเห็นได้ที่ปากช่องคลอดมากกว่า 3 นิ้วขึ้นไป และ 3) มดลูกมีลักษณะกลมลอยตัวขึ้นสูง เนื่องจากการดันของรกที่ลอกตัวลงสู่มดลูกส่วนล่าง (Cunningham, et al., 2010; Varney et al., 2004)

การทดสอบการลอกตัวของรก

ต้องไม่กระตุ้นการแข็งตัวของมดลูกด้วยมือเพราะอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของรก และอาจเกิดการลอกตัวได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการตกเลือดตามมา วิธีทดสอบสามารถประยุกต์วิธีของแบรนด์แอนดรู (Brandt-Andrews maneuver) โดยการดึงสายสะดือเบาๆ ในขณะที่อีกมือกดเหนือหัวหน้า ถ้าไม่มีการเคลื่อนกลับของสายสะดือแสดงว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้ว (Varney et al., 2004)

ข้อควรคำนึงและต้องปฏิบัติ อย่างเคร่งครัดในการทำคลอดรก

1) ไม่คลึงมดลูกถ้ายังไม่ลอกตัวสมบูรณ์ ยกเว้นมีการตกเลือด 2) ไม่ดึงสายสะดือก่อนรกลอกตัว และ 3) ไม่ทำคลอดรกก่ายังไม่ลอกตัว (Varney et al., 2004)

8.3 การทำคลอดรก

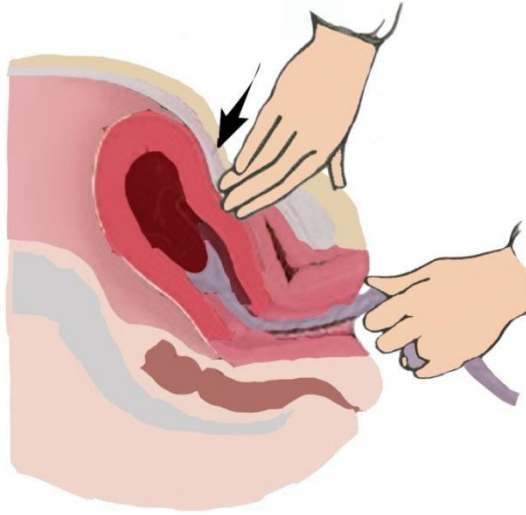
ตามธรรมชาติแล้วรกสามารถคลอดได้เอง ยิ่งถ้าได้มีการจัดทำเช่นทำนึ่งยongมารดาก็สามารถคลอดเองได้โดยง่าย และควรให้มารดาเบ่งคลอดร่วมด้วย (Varney et al., 2004) การทำคลอดรรมมี 4 วิธี คือ

1. Modified Crede's Maneuver เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด ทำโดยคลึงมดลูกให้แข็งเพื่อกันมดลูกปลิ้น ผลักมดลูกมาอยู่กลางท้อง ใช้อุ้งมือดันยอดมดลูกส่วนบนที่หดรัดลงมาหาซากราล โปรมอนทอรี (sacral promontory) โดยทำมุมกับแนวตั้ง 30° มดลูกส่วนบนที่แข็งจะดันรกออกมา (ธีระ, 2541ข)

2. Brant-Andrew Maneuver ใช้มือซ้ายจับสายสะดือไว้แต่ไม่ดึง มือขวาโกยมดลูกส่วนบนขึ้นไปทางสะดือมารดาเล็กน้อย จากนั้นเปลี่ยนทิศทางของมือขวาลงมากดที่ท้องน้อยเหนือกระดูกหัวหน้าลงล่าง ผลักไล่รอกจากมดลูกส่วนล่างออกมา (ธีระ, 2541ข)

3. Cord traction เป็นการดึงสายสะดือให้รกกคลอดออกมาเลย วิธีนี้อาจทำให้มดลูกปลิ้นหรือสายสะดือขาดได้ง่าย (ธีระ, 2541ข)

4. Controlled cord traction คล้ายกับวิธีที่ 2 โดยวางมือเหนือกระดูกหัวหน้าฝ่ามือดันขึ้นมาทางสะดือมารดา มืออีกข้างหนึ่งจับสายสะดือแล้วค่อยๆ ดึงเมื่อมดลูกหดตัว และค่อยผ่อนแรงเมื่อมดลูกเริ่มคลายตัวเพื่อป้องกันการปลิ้นของมดลูก ควรทำเมื่อรกลอกตัวสมบูรณ์แล้วจะลดการตกเลือดได้ดี (McDonald, 2003) รูปที่ 4-25 แสดงการทำ controlled cord traction



รูปที่ 25 แสดงการทำ controlled cord traction

8.4 การตรวจรก

ควรทำการตรวจรกทันทีหลังรกคลอด เพื่อได้ทราบว่ามีรกคลอดของรกและถุงน้ำคร่ำครบหรือไม่ การตรวจรกมีดังนี้

1) รกด้านมารดา เนื้อเยื่อมีสีแดงเหมือนสีลิ้นจี่ ประกอบด้วยคอทที่ลีตอน (cotyledon) ประมาณ 20 ก้อน (McDonald, 2003) ตรวจสอบว่ามีเนื้อเยื่อเมื่อประกบกันแล้วครบหรือไม่ เพราะมักจะมีการฉีกขาดได้ง่าย

2) รกด้านทารก คือรกด้านที่มีสายสะดือเกาะอยู่มีสีเทาอ่อนและเป็นมันเนื่องจากเป็นเยื่อหุ้มชั้นแอมเนียน (amnion) จะมองเห็นขอบรก (chorionic plate) มีลักษณะเป็นสีเทาเรียบ และมีเส้นเลือดแผ่ออกไปและจะสิ้นสุดก่อนถึงขอบรกประมาณ 1-2 ซม. ที่ขอบของรก (chorionic plate) จะเป็นวงสีขาวโดยรอบ ซึ่งเป็นบริเวณที่ขอบของ

ดิซิดวล เวนรา (deciduas vera) เชื่อมกับดิซิดวล แคปซูลาริส (deciduas capsularis) ซึ่งเรียกว่า โคลสซิ่ง ริง ออฟ รินเคิลวาลดีเยอร์ (Closing Ring of Wrinkle-Waldeyer) (วรารูธ, 2545)

ถัดจากวงสีขาวอาจจะมีเนื้อรกกระจายไปอีกได้กลายเป็นรkn้อย ถ้ามีเส้นเลือดทอดผ่านไปยังรkn้อย เรียกว่า succenturiate placenta และรkn้อยอีกชนิดที่ไม่มีเส้นเลือดทอดผ่านไปยังรkn้อยเรียกว่า spurium placenta นอกจากนี้รกที่ผิดปกติอื่นเช่น รกอาจมีขนาดเล็ก (circumvallate placenta) รกมีขนาดกว้าง (membrancea placenta) (วรารูธ, 2545) สำหรับสายสะดือจะมีเส้นเลือดดำใหญ่ 1 เส้น และเส้นเลือดแดง 2 เส้น หุ้มด้วยเนื้อเยื่อที่เรียกว่า วาตัน เจลลี่ (Wharton's jelly) ความยาวสายสะดือประมาณ 50 ซม. ถ้าสายสะดือยาวน้อยกว่า 40 ซม. จัดว่าสั้น และประเมินสายสะดือเป็นปมจริง (true knot) หรือไม่และต้องบันทึกไว้ (Bennett & Brown, 2003) นอกจากนี้ประเมินตำแหน่งการเกาะของสายสะดือซึ่งมีการเกาะตรงกลางของรก (insertion centralis) เกาะค่อนมาทางด้านข้าง (insertion lateralis) เกาะที่ขอบ (insertion marginalis หรือ Battledore insertion) (Bennett & Brown, 2003)

3) เยื่อหุ้มทารก ประกอบด้วยชั้นคอเรียน (chorion) จะหนาและไมไส และฉีกขาดได้ง่าย ส่วนชั้นแอมเนียน (amnion) จะเรียบ ไส และเหนียว (McDonald, 2003) ผู้ทำคลอดต้องตรวจดูว่ามีเยื่อหุ้มทารกครบหรือไม่นอกจากนี้การแตกของถุงน้ำคร่ำห่างจากขอบรkn้อยกว่า 7 ซม. อาจแสดงถึงการมีรกเกาะต่ำ และอาจทำให้มารดาตกเลือดในระยะหลังคลอดได้ (พิริยา, 2551)

9. การฉีกขาดและการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ

หลังรกลคลอดให้ทำการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ ให้มารดานอนหงายชันเข่าหรือชันขาหยั่ง (พิริยา, 2551) ประเมินการฉีกขาดของทางคลอดโดยต้องมีแสงสว่างที่เพียงพอ (Thakar & Sultan, 2009) และทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ ปูผ้ารองกันและคลุมอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยผ้าสีเหลืองเจาะกลาง (พิริยา, 2551) และการเย็บแผลต้องทำในเวลาอันรวดเร็วเพื่อลดการบวมของแผล และง่ายในการเย็บ และลดการเสียเลือด (Thakar & Sultan, 2009) ซึ่งการฉีกขาดมี 4 ระดับคือ (Leifer, 2011)

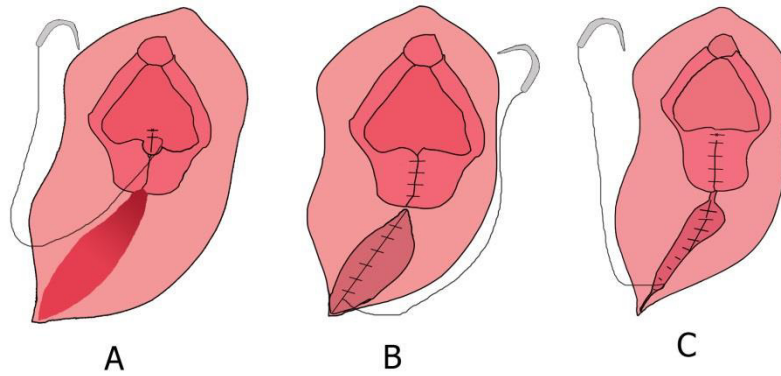
ระดับที่ 1 มีการฉีกขาดที่ผิวหนังบริเวณฝีเย็บ และฉีกขาดบริเวณชั้นเยื่อของช่องคลอด

ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ

ระดับที่ 3 มีการฉีกขาดถึงกล้ามเนื้อ และถึงหูรูดทวารหนัก

ระดับที่ 4 มีการฉีกขาดถึงหูรูดทวารหนักและเยื่อบุลำไส้ส่วนเรคตัม (rectal mucosa)

การเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลักษณะของฝีเย็บหายเป็นปกติและคงรูปเดิม การฉีกขาดระดับ 1 ไม่จำเป็นต้องเย็บซ่อมแซม ยกเว้นมีการฉีกขาดของแคมเล็กทั้ง 2 ด้านเพราะอาจทำให้มีการเชื่อมกับท่อปัสสาวะได้ (Thakar & Sultan, 2009) การเย็บมีหลายวิธี อย่างไรก็ตามพบว่าการเย็บแบบต่อเนื่อง (continuous method) ทำให้มารดาปวดระยะสั้นหลังคลอดน้อยกว่าแบบอินเตอร์รัป (interrupted) (Kettle, 2004; Thakar & Sultan, 2009) ก่อนเย็บซ่อมแซมต้องให้ยาลดปวดที่เพียงพอ (Cunningham et al., 2010) เช่นให้ยาชา 1% Lignocaine 10-20 มล.บริเวณแผล (Thakar & Sultan, 2009) เย็บซ่อมแซมโดยใช้ไหมละลาย (chromic catgut) เบอร์ 2/0 หรือ 3/0 โดยเริ่มต้นเย็บเหนือยอดแผล 0.5-1 ซม. เนื่องจากมีการหดกลับของเส้นเลือด ให้เย็บถึงกันแผล เย็บแต่ละช่วงห่างกันประมาณ 0.5 ซม. (Kettle, 2004) และในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การเย็บแบบ continuous non-locking ทั้งในช่องคลอด ฝีเย็บ และผิวหนังโดยใช้ absorbable polyglactin 910 material (Vicryl rapide) ทำให้มารดามีความปวดน้อย (Thakar & Sultan, 2009) โดยมีลำดับการเย็บคือ เย็บในช่องคลอดและชั้นเยื่อช่องคลอด และเย็บให้ขอบของเยื่อพรหมจรรย์ตรงกัน ต่อมาเย็บบริเวณกล้ามเนื้อและเนื้อพังผืด (fascia) ของฝีเย็บให้ติดกันด้วยการเย็บแบบต่อเนื่อง หรือ เย็บแบบอินเตอร์รัป (interrupted suture) ก็ได้ และเย็บชั้นผิวหนังแบบสับคูกิคุลา (subcuticular stitch) และสิ้นสุดที่บริเวณขอบเยื่อพรหมจรรย์ (hymenal ring) (Cunningham et al., 2010; Kettle, 2004) ดังรูปที่ 4-26 สำหรับการเย็บเฉพาะชั้นกล้ามเนื้อไม่เย็บชั้นเยื่อช่องคลอดพบว่าไม่มีความแตกต่างของความปวด แต่การไม่เย็บชั้นเยื่อผิวหนังของช่องคลอดพบว่าเมื่อร่วมเพศหลังคลอดมารดาปวดน้อยกว่าการเย็บถึงเยื่อผิวหนังช่องคลอด (Gordorn et al., 1998 as cited in Kettle, 2004)



รูปที่ 26 แสดงการเย็บแผลฝีเย็บ

หมายเหตุ. A = การเย็บเหนือยอดแผล, B = การเย็บแบบอินเตอร์รีบ, C = การเย็บชั้นผิวหนังแบบสับคูทิกูลา.

สำหรับการพยาบาลในระยะที่ 3 อื่นๆ มีดังนี้เช่นวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ดูแลให้มารดามีความอบอุ่นของร่างกาย ประเมินความต้องการของมารดา ดูแลให้นอนพักจัดท่าให้มารดาสุขสบาย (Ricci, Kyle et al., 2017)

10. การพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอด

การพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอดเป็นการพยาบาลใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยส่งเสริมการหดตัวของมดลูกหลังรกคลอด ดูแลให้มารดาได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เช่นยาเมเธอร์จิน (Methergin 0.2 มก.) มักนิยมให้ทางกล้ามเนื้อ ยานี้จะทำให้มดลูกหดตัวแบบไม่คลาย ไม่ให้ในมารดาที่มีความดันโลหิตสูง $\geq 140/90$ มม.ปรอท นอกจากนี้ควรเพิ่มปริมาณสารน้ำที่มีออกซิโทซินเพิ่มขึ้น

ควรมีการประเมินการหดตัวของมดลูกเป็นระยะ ประเมินปัจจัยที่อาจทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ช่วยคลึงมดลูกเพื่อป้องกันการตกเลือด ประเมินปริมาณน้ำคาวปลา ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกหรือสัมพันธภาพในครอบครัว และประเมินสัญญาณชีพ (Harris, 2004; Varney et al., 2004) สำหรับการประเมินสัญญาณชีพในทางปฏิบัติจะประเมินทุก 15 นาที ในช่วงแรก และทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 (Ricci, Kyle et al., 2017) นอกจากนี้ดูแลมารดาให้ได้รับสารน้ำและอาหาร ดูแลให้มารดาได้พัก และส่งเสริมการให้นมมารดาแก่ทารก

สรุประยะที่ 3 ของการคลอดเป็นระยะรกคลอด พยาบาลต้องประเมินการลอกตัวของรก ทำคลอดรกและตรวจรก นอกจากนี้ต้องมีการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ ส่วนการพยาบาลระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบด้วยส่งเสริมการหดตัวของมดลูก เน้นการป้องกันการตกเลือด ให้มารดานอนพัก ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาทารก และส่งเสริมการให้นมมารดาแก่ทารก

11. การพยาบาลด้านจิตสังคมแก่มารดาในระยะคลอด

การให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม จัดให้ญาติได้เข้าเยี่ยมมารดาตามกฎของโรงพยาบาล หรือเมื่อมารดามีความจำเป็นต้องการพบญาติให้ข้อมูลตอบสนองความต้องการของ

มารดา ทำให้มารดามีประสบการณ์ต่อการคลอดในทางบวก (VandeVusse, 1999) และอยู่เป็นเพื่อนคอยให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีสามีคอยให้ความช่วยเหลือในระยะคลอด การมีทัศนคติที่ดีของพยาบาลและการให้ข้อมูลของพยาบาล ช่วยให้มารดาควบคุมตนเองได้ดี (Gibbins & Thomson, 2001) ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามารดาต้องการได้รับข้อมูลต่างๆ ในระยะคลอด (Mcintosh, 1988) จากการศึกษาแบบทดลองในมารดา ($N = 420$) พบว่ามารดาที่มีผู้ให้การช่วยเหลือ (doula) และสามีให้การช่วยเหลือโดยการอยู่ข้างเตียง มีการสัมผัส การสบตา และการให้กำลังใจในระยะรอคลอดช่วยให้การใช้ยาาระงับปวดทางไขสันหลังลดลงและยังลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (McGrath & Kennell, 2008)

นอกจากนี้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น อธิบายการวางแผนการคลอด อธิบายเกี่ยวกับการจัดการความปวด สอนการหายใจในระยะต่างๆ ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด (Lowdermilk & Perry, 2004) การให้การพยาบาลที่สนับสนุนด้านอารมณ์โดยการทำให้มารดารู้สึกอบอุ่น ส่งผลให้มารดามีความปวดลดลงได้ (McCrea, Wright, & Murphy-Black, 1998)

การให้การพยาบาลมารดาในระยะคลอดควรคำนึงถึงวัฒนธรรม รวมทั้งควรประเมินความต้องการ ความคาดหวังและความเครียดของบุคคลในครอบครัว และให้การช่วยเหลือสนับสนุน (Walker, 2018)

12. การดูแลเพื่อบรรเทาการเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา

12.1 ทฤษฎี Gate Control

สำหรับการลดปวดโดยไม่ใช้ยา ทฤษฎีที่จะช่วยให้เข้าใจกลไกการลดปวดได้ดีคือทฤษฎีควบคุมประตู (The Gate Control theory) ของเมลแซกและวอลล์ (Melzack และ Wall) โดยทฤษฎีนี้มีข้อตกลงเบื้องต้น 5 ประการคือ (Melzack, 1993; Melzack & Wall, 1996)

1. การรับกระแสประสาทจากใยประสาทอาฟเฟอเรน (afferent fibers) จะถูกส่งไปยังไขสันหลังส่วนหลัง ซึ่งมีทีเซลล์ (transmission cells: T-cells) เป็นกลไกประตูในการส่งกระแสความปวดไปยังสมอง

2. กลไกประตูในไขสันหลังขึ้นอยู่กับ การได้รับการกระตุ้นของปลายเส้นประสาทขนาดใหญ่ และปลายเส้นประสาทขนาดเล็ก ถ้าปลายเส้นประสาทขนาดใหญ่ถูกกระตุ้น จะทำให้เกิดการยับยั้งการส่งข้อมูลความปวด หรือมีการปิดประตูความปวดที่ไขสันหลัง ถ้าปลายเส้นประสาทขนาดเล็กถูกกระตุ้นเช่นการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จะทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังเปิดทำให้ข้อมูลความปวดถูกส่งไปยังสมอง ทำให้บุคคลรับรู้ความปวด

3. ประตูความปวดที่ไขสันหลังจะถูกควบคุมโดยกระแสประสาทที่ส่งมาจากสมอง

4. หากสัดส่วนของการส่งข้อมูลความปวดเกินระดับวิกฤต (critical) ซึ่งหมายถึงมีการกระตุ้นปลายประสาทขนาดเล็กมากกว่าการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ ข้อมูลความปวดจะถูกส่งไปยังสมอง ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความปวดและเกิดการตอบสนอง

5. สมองสามารถยับยั้งการส่งกระแสประสาทความปวดที่ไขสันหลังโดยผ่านทางกระแสประสาทที่ลงมายังไขสันหลัง (descending fibers) ทำให้มีผลต่อการปิดเปิดของประตูที่ไขสันหลัง

ทฤษฎีควบคุมประตู กล่าวถึง 3 ระบบหลัก คือ ระบบควบคุมประตู (gate control system) ระบบควบคุมส่วนกลาง (central control system) และระบบการตอบสนอง (action system) (Melzack & Wall, 1996) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวถึง ความสนใจ อารมณ์ รวมถึงประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับ

ความปวด มีผลต่อการปิดเปิดของประตูความปวดที่ไขสันหลังโดยตรง หรือโดยการยับยั้งผ่านทาง กระแสประสาทที่ลงยังไขสันหลัง (descending pathway) เพื่อปรับข้อมูลความปวดที่จะส่งผ่านทางใยประสาททอปเฟอเรน (afferent fibers) (Melzack & Wall, 1996) การรับรู้ความปวดเกิดที่ทาลามัส (thalamus) สมอส่วนหน้า และส่วนคอร์เทกซ์ (cortex) (Puntillo, 1988)

12.2 การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา

การลดปวดโดยวิธีไม่ใช้ยามีกลไกหลักในการลดปวด 3 ประการ คือ 1) การลดตัวกระตุ้นความปวด (technique reducing painful stimuli) 2) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย (technique activating peripheral sensory receptors) และ 3) การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง (technique enhancing descending inhibitory pathways) (Simkin, 1991) อย่างไรก็ตามบางวิธีการลดปวดสามารถอธิบายกลไกการลดปวดได้มากกว่า 1 วิธีรวมทั้งความเชื่ออื่นๆ สำหรับการลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยาที่สำคัญมี การเคลื่อนไหวและท่าการใช้แรงกดต้าน การลดแรงกดต่อท้องขณะมดลูกหดตัว การประคบร้อนและเย็น การบำบัดโดยใช้น้ำ การสัมผัส การกดจุด และการนวด การใช้ดนตรี และการฟังและเบี่ยงเบนความสนใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเคลื่อนไหวและท่า

การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าแนวตั้งต่างๆ จะทำให้ลดตัวกระตุ้นความปวดทำให้ความปวดลดลง และยังส่งเสริมการก้าวหน้าของการคลอด การวิจัยในได้หวั่นพบว่า การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าแนวตั้ง

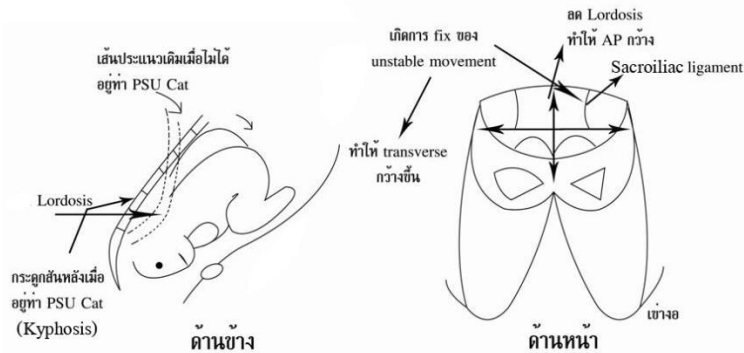
ช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ (Gau, Chang, Tian, & Lin, 2011)

สำหรับงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยเป็นงานวิจัยของผู้เขียนและคณะเกี่ยวกับท่า PSU Cat (Phumdoung, Youngvanichsate, Jongpaiboonpatana et al., 2007) พบว่าการใช้ท่า PSU Cat สลับศีรษะสูงร่วมกับฟังดนตรีช่วยลดเวลาของระยะก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 ให้สั้นลง ลักษณะท่า PSU Cat แสดงดังรูปที่ 4-27 ส่วนรูปที่ 4-28 แสดงการขยายของเชิงกรานในท่า PSU Cat



รูปที่ 27 ท่า PSU Cat

Note. From “The effects of the PSU Cat position and music on length of time in the active phase of labor and labor pain,” by S. Phumdoung, S. Youngvanichsate, W. Jongpaiboonpatana, and R. Leetanaporn, 2007, *Thai Journal of Nursing Research*, 11, p. 99. With permission.



รูปที่ 28 แสดงการขยายของเชิงกรานในท่า PSU Cat

ทั้งนี้กลไกการลดความปวดของท่า PSU Cat สามารถอธิบายได้ดังนี้ 1) ท่า PSU Cat เป็นท่าที่จัดให้ลำตัวส่วนบนของมารดาสูงกว่าส่วนล่างเล็กน้อยมีผลส่งเสริมให้มดลูก (ทารก) อยู่ในแนวเส้นตรงกับลำตัวมารดาในท่าเกือบตั้งตรง จากบริเวณท้องจนถึงเชิงกรานส่วนล่าง และจากการที่มารดาอยู่ในลักษณะคว่ำ จะทำให้น้ำหนักของมดลูกทิ้งบนกล้ามเนื้อหน้าท้อง มดลูกไม่ถูกกดและหลังของมารดาไม่ถูกกดจากน้ำหนักของลำตัวมารดาและมดลูก ทำให้อาการปวดหลังลดลง (Robertson, n.d.) และ 2) จากการที่ลำตัวมารดาอยู่ในลักษณะคว่ำมาด้านหน้าทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่กดมดลูก (ลด abdominal compression) เมื่อมดลูกหดตัวทำให้มดลูกยกตัวสูงขึ้นตามแนวยาวเดียวกับลำตัวมารดา และทำให้ส่วนหน้าของทารกยันกับช่องทางคลอดส่วนล่าง ก็ยิ่งเสริมทำให้เกิดการส่งแรงผ่านตัวทารกได้ดี และช่วยให้เกิดการหลั่งของออกซิโทซิน (oxytocin) เนื่องจากเกิดเฟอริกูสันรีเฟล็กซ์ (Ferguson reflex) ได้เร็วขึ้น ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาที่ทำการทดลองในมารดาครรภ์แรก 20 ราย พบว่าขณะที่มารดาอยู่ในท่าแนวตั้งการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นแต่ความถี่ลดลงกว่าขณะอยู่ในท่านอนราบ (Mendes-Bauer et al., 1975) และการที่ถึงแม้มดลูกหดตัวมากขึ้นแต่ความปวดลดลง น่าจะเนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่กดมดลูกทำให้เลือดมาเลี้ยงมดลูกได้ดี (Fenwick & Simkin, 1987) ทำให้ลดความปวดที่เกิดจากการขาดออกซิเจน ประกอบกับความถี่ของการหดตัวของมดลูกลดลง (ศศิธร, 2559) จึงทำให้มารดาปวดน้อยกว่ามารดาที่อยู่ในท่านอนราบ อย่างไรก็ตามจากการวิจัยไม่พบความแตกต่างของความปวดในระยะก้าวหน้าของการคลอดจากการใช้ท่า PSU Cat กับท่าอื่นๆ อาจเนื่องจากท่า PSU Cat ทำให้การคลอดก้าวหน้าเร็วการหดตัวของมดลูกจึงมากกว่ามารดาในท่าศีรษะสูงและท่านอนราบ ในขณะที่ท่าศีรษะสูงและท่านอนราบความก้าวหน้าของการคลอดช้ากว่าซึ่งการหดตัวของมดลูกจะน้อยกว่า (ศศิธร, 2559)

สำหรับการก้าวหน้าของระยะก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น อธิบายได้ว่า จากการที่มดลูกหดตัวดีและการเกิดการส่งแรงผ่านตัวทารกได้ดี ทำให้เกิดการก้ม (flexion) ของศีรษะทารกเร็วขึ้น (Fenwick & Simkin, 1987) จึงช่วยให้เกิดการหมุนของส่วนหน้าและการลดต่ำของทารกได้เร็วขึ้น (Burroughs & Leifer 2001; Fenwick & Simkin, 1987) ทั้งแรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงโน้มถ่วงของโลกในแนวค่อนข้างตั้งทิศทางเดียวไม่มีการแตกแรง ย่อมทำให้มีแรงมาก ทำให้

ความเร็วของการเคลื่อนต่ำของส่วนนำเพิ่มขึ้น จึงช่วยถ่ายขยายให้ปากมดลูกเปิดได้เร็ว (ศศิธร, 2559) และจากการที่มารดาโน้มตัวมาข้างหน้าทำให้บริเวณเอวจากโค้งคล้ายลอร์ดอซิส (lordosis) จะเปลี่ยนเป็นคล้ายไคโฟซิส (kyphosis) ทำให้เชิงกรานแนวหน้าหลัง (anteroposterior diameter) กว้างขึ้น และจากน้ำหนักทารกที่ตกมาทางหน้าท้องซึ่งเป็นด้านล่างจะช่วยตรึงไม่ให้เกิดการเคลื่อนที่ของกระดูกไอเลียมและกระดูกซาครัมจากการยืดของเอ็นซาโครไอเลียแอค ซึ่งคล้ายกับการกดด้วยมือ (counterpressure) บริเวณด้านหลังของมารดาตรงตำแหน่งรอยต่อกระดูกซาครัมและกระดูกไอเลียม และเชื่อว่าช่วยทำให้เกิดการเคลื่อนเล็กน้อยของกระดูกซาครัมให้อยู่ในแนวใกล้เคียงกับกระดูกไอเลียม (Simkin, 1991) ทำให้ช่องเชิงกรานแนวขวาง (transverse diameter) กว้างขึ้น ดังรูปที่ 7 จึงทำให้มีการก้าวหน้าของการคลอดเร็ว

สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบการอยู่ในท่า PSU Cat สลับกับท่า ศีรษะสูงร่วมกับฟังก์ดตรี ($n = 88$) และกลุ่มที่ได้รับออกซิโตซินช่วยการหดตัวของมดลูกในมารดาครรภ์แรกระยะก้าวหน้าของการคลอด ($n = 87$) พบว่ามารดาในกลุ่มใช้ท่าและฟังก์ดตรีมีความปวดทั้งด้านร่างกายและความตึงเครียดจากความปวดทางกายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับออกซิโตซิน และระยะเวลาในระยะก้าวหน้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับออกซิโตซิน ($M = 153.18$ นาที, $SD = 104.85$ นาที vs $M = 190.10$ นาที, $SD = 116.62$ นาที) (Phumdoung, Youngwanichsetha, Mahattanan et al., 2014)

อีกการศึกษาของผู้เขียนและคณะในปี 2549-2551 (Phumdoung, Morkruengsai et al., 2010) โดยศึกษาผลการจัดทำ PSU Locked-Upright ต่อระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดและความปวด โดยศึกษามารดาในระยะคลอดครรภ์แรก แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (กลุ่ม 1 PSU Locked-Upright (เข้าชิดอก) กลุ่ม 2 PSU Locked-Upright (ขาหยั่ง) กลุ่ม 3 ศีรษะสูง 45-60° และกลุ่ม 4 นอนราบ) กลุ่มละ 80 ราย ท่า PSU Locked-Upright เป็นท่าที่ผู้เขียนคิดค้นขึ้น ซึ่งลักษณะท่าคล้ายท่านั่งยองแต่อยู่ในท่านอน รูปที่ 4-29 แสดงการจัดเตียงสำหรับท่า PSU Locked-Upright ส่วนรูปที่ 4-30 แสดงการคลอดในท่า PSU Locked-Upright โดยจัดทำให้มารดาในระยะที่ 2 ของการคลอด เกี่ยวกับกลไกการลดเวลาในระยะคลอดของท่า PSU Locked-Upright อธิบายโดยหลักของแรงโน้มถ่วงของโลกจากการให้มารดานอนศีรษะสูง 45-60° ทำให้ส่วนนำเคลื่อนต่ำได้เร็ว และการใช้หมอนหนุนบริเวณเอวให้สูงขึ้น 30-40° และเข่างอขึ้นมาชิดอกหรือขาขึ้นขาหยั่ง ซึ่งเป็นท่าคล้ายท่านั่งยองแต่อยู่ในท่านอน ทำให้ช่องออกเชิงกรานกว้างขึ้น ตัวทารกเคลื่อนออกมาได้ง่ายขึ้น ทำให้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดให้สั้นลง โดยกลุ่ม PSU Locked-Upright (เข้าชิดอก) มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด 28.21 นาที ($SD = 23.25$ นาที) ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่ม PSU Locked-Upright (ขาหยั่ง) มีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด 24.86 นาที ($SD = 16.97$ นาที) ส่วนกลุ่มนอนราบค่าเฉลี่ย 44.01 นาที ($SD = 25.77$ นาที) ซึ่งมีความแตกต่างกัน และการมีหมอนรองรับบริเวณเอวยังช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อหลังได้ด้วย ทำให้มารดาสุขสบายมากขึ้น พบว่ามารดาที่ใช้ท่า PSU Locked-Upright มีระดับความปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ามารดาหลังคลอดมักจะบอกระดับความปวดน้อยกว่าความเป็นจริงจากการที่มารดามีความสุขและพึงพอใจต่อการคลอด (Waldenstrom, 2004) และอาจเนื่องจากการเลื่อนของหมอนที่รองรับบริเวณเอวทำให้มารดาไม่สามารถอยู่ในท่า PSU Locked-Upright ที่สมบูรณ์ตลอดเวลาได้



รูปที่ 29 การจัดเตียงสำหรับท่า PSU Locked-Upright



รูปที่ 30 การคลอดในท่า PSU Locked-Upright

Note. From “Effect of the Prince of Songkla University Locked-Upright position on the duration, pain and comfort of second-stage labor in primiparous women,” by S. Phumdoung, S. Morkruengsai, S. Tachapattarakul, J. Lawantrakul, and P. Junsuwan, 2010, *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14, p.114. With permission.

จากการที่การจัดท่า PSU Locked-Upright มีการเลื่อนของหมอนบริเวณเอว ทำให้มารดาไม่สามารถอยู่ในท่า PSU Locked-Upright ตลอดเวลา ต่อมาจึงได้มีการผลิตเตียงคลอด PSU (The Prince of Songkla University Birthing Bed) โดยผู้เขียนและคณะในปี 2554-2555 (ศศิธร, บุญเรือง, และคณะ, 2555; Phumdoung, Manasurakarn, et al., 2013) ดังแสดงในรูปที่ 4-31, 4-32 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้มารดาสามารถอยู่ในท่า PSU Locked-Upright และเข้าคลอดโดยมีที่ยันฝ่าเท้า และเตียงที่มีบาร์โหนดจะช่วยเพิ่มแรงเบ่งจากการแตกแรงจากการโหนดบาร์ (FnCos Θ) โดยมารดาสามารถโหนดลำตัวส่วนบนเพื่อให้เกิดการส่งแรงดันที่ท้องทำให้ทารกเคลื่อนต่ำและคลอดได้เร็วขึ้น ผลการศึกษาพบว่ามารดากลุ่มใช้เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์โหนด และกลุ่มใช้เตียงคลอด PSU มีบาร์โหนด คลอดได้เร็วมาก ส่วนกลุ่มเตียงคลอดปกติศีรษะสูง 45-60° และกลุ่มเตียงคลอดปกติศีรษะสูง 15° มีเวลาของระยะที่ 2 ของการคลอดนานกว่ากลุ่มใช้เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์โหนดและกลุ่มใช้เตียงคลอด PSU มีบาร์โหนดอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้มารดากลุ่มใช้เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์โหนด และเตียงคลอด PSU มีบาร์โหนดมีความปวด ความตึงเครียดจากความปวด น้อยกว่ามารดากลุ่มที่ใช้เตียง

คลอดปกติศีรษะสูง 45-60° และกลุ่มที่ใช้เตียงคลอดปกติศีรษะสูง 15° และปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ใช้เตียงคลอดปกติศีรษะสูง 45-60° และกลุ่มที่ใช้เตียงคลอดปกติศีรษะสูง 15° และกลุ่มที่ใช้เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์โหน และเตียงคลอด PSU มีบาร์โหน มีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ใช้เตียงคลอดปกติศีรษะสูง 45-60° และกลุ่มที่ใช้เตียงคลอดปกติศีรษะสูง 15°



รูปที่ 31 เตียงคลอด PSU ไม่มีบาร์โหน

หมายเหตุ. อ้างอิงจาก “การศึกษาเตียงคลอด PSU,” (หน้า 37), โดย ศศิธร พุ่มดวง, บุญเรือง มานะสุรการ, กิตติ รัตนสมบัติ, สุกิจ มหัทธนนท์, กัลยา มณีโชติ, เบญจมาศ จันทร์อุดม, และคณะ, 2555, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.โดยได้รับอนุญาต.



รูปที่ 32 เติงคลอด PSU มีบาร์โหน

Note. From “Effect of the Prince of Songkla University Birthing Bed on duration, pain, and comfort Level during second-stage labor in primiparous Thais,” by S. Phumdoung, B. Manasurkarn, K. Rattanasombat, S. Mahattana, K. Maneechot, B. Chanudom, B., et al. (2013). *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17, p. 58. With permission.

นอกจากนี้การคลอดโดยใช้เก้าอี้คลอดซึ่งจัดเป็นการคลอดในท่าแนวตั้งเช่นกันพบว่าระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นลงกว่าการคลอดตามปกติ (Thies-Lagergren, Kvist, Sandin-Bojo, Christensson, & Hildingsson, 2013) และการใช้ลูกบอลสำหรับการคลอด (birth ball) ก็สามารถช่วยลดความปวดในระยะคลอดได้เช่นกัน (Gau et al., 2011)

กล่าวได้ว่าการอยู่ในท่าแนวตั้ง เช่น ท่าหัวสูง ท่านั่งยอง การเดิน ช่วยลดเวลาในระยะคลอด และลดปวดได้ สำหรับท่า PSU Cat และท่า PSU Locked-Upright ช่วยลดเวลาในระยะคลอด ซึ่งแสดงถึงมีความก้าวหน้าของการคลอดมากกว่า ทำให้ความปวดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสะท้อนถึงการลดปวดได้ในระดับหนึ่งเช่นกัน และการใช้เตียงคลอด PSU ช่วยลดเวลาและลดปวดในระยะคลอดได้

2. การใช้แรงกดต้าน

การใช้แรงกดต้านทำโดยการใช้สันมือกดบริเวณกระดูกซากริมต่อกับไอเลียมเชื่อว่าช่วยลดการปวดหลังได้ นอกจากนี้การกดบริเวณดังกล่าวจะทำให้กระดูกซากริมและไอเลียมอยู่ในแนวเดียวกัน จึงทำให้เชิงกรานกว้างขึ้น (Simkin, 1991) ส่งผลให้ส่วนนำเคลื่อนต่ำได้เร็ว (Gentz, 2001) การคลอดก้าวหน้าได้เร็วขึ้น

3. การลดแรงกดต่อท้องขณะมดลูกหดตัว

การจัดท่าที่ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องไม่กดมดลูกขณะมดลูกหดตัว โดยการโน้มตัวมาด้านหน้า ดังเช่นท่า PSU Cat พบว่ามดลูกหดตัวได้ดีเกิดการยืดของมดลูกและทารกได้ดีและส่งเสริมการเกิดแนวแรงที่แกนตัวทารก (fetal axis pressure) ทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น และการที่ลดแรงกดต่อท้องทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงมดลูกได้ดี ทำให้ลดปวดได้ และลดความปวดจากการขาดออกซิเจนได้ (Simkin, 1991)

4. การประคบร้อนและเย็น

การใช้ความร้อนและความเย็นพบว่าช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ การใช้ความร้อนควรประคบบริเวณหลัง ท้องส่วนล่าง ขาหนีบ และบริเวณฝีเย็บจะช่วยลดปวดได้ แต่ไม่ควรใช้ในกรณีที่มารดามีไข้หรือเสี่ยงต่อการตกเลือด (Simkin & Bolding, 2004) ส่วนความเย็นควรประคบบริเวณหลัง กัน และบริเวณฝีเย็บ เกี่ยวกับการใช้ความร้อนความเย็นไม่ควรใช้อุณหภูมิที่สูงเกินไปหรือเย็นมากเกินไปจนชา (Simkin, 1991) ความร้อนที่ใช้ควรมีอุณหภูมิ 40-50 องศาเซลเซียส อย่างไรก็ตามการใช้ความร้อนมักมีผลร้อนเฉพาะบริเวณผิวหนัง แต่ไม่สามารถลงลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เนื่องจากถูกกั้นไว้ด้วยชั้นของไขมันโดยเฉพาะมารดาที่อ้วน ส่วนการใช้ความเย็น 15 องศาเซลเซียสจะทำให้เย็นถึงชั้นกล้ามเนื้อได้ สำหรับมารดาที่พอมใช้เวลา 10 นาที ส่วนมารดาที่อ้วนใช้เวลา 30 นาที (McCaffery & Beebe, 1989) สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและกลไกการลดปวดของการใช้ความร้อนและความเย็นแสดงดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 7 แสดงการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและกลไกการลดปวดของการใช้ความร้อนและความเย็น

ความร้อน	ความเย็น
1. เพิ่มการไหลเวียนของเลือด	1. ลดการไหลเวียนของเลือด
2. เพิ่มอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ	2. ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ
3. เพิ่มการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ	3. ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ
4. ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ	4. ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อได้มากกว่าความร้อน
5. เพิ่มการทนต่อความปวดได้มากขึ้น	5. ทำให้การส่งกระแสประสาทความปวดล่าช้า จึงทำให้ความปวดลดลง

หมายเหตุ. ดัดแปลงจาก “การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา,” โดย ศศิธร พุมดวง, 2546, สงขลานครินทร์เวชสาร, 21, หน้า 294.

การวิจัยในมารดาครรภ์แรก 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มใช้ความร้อนประคบบริเวณหลังท้องน้อย ขาหนีบในระยะที่ 1 ของการคลอดจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย พบว่ามารดาที่ได้รับการประคบร้อนมีความปวดน้อยกว่าและพึงพอใจมากกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Taavoni, Abdolahian, & Haghani, 2013) นอกจากนี้จากการวิจัยในมารดาครรภ์แรก 360 รายได้รับการประคบร้อนที่ฝีเย็บในระยะเบ่งคลอด และกลุ่มควบคุม 357 ราย พบว่ามารดากลุ่มประคบร้อนมีประสบการณ์การปวดฝีเย็บลดลงและพึงพอใจต่อการประคบร้อน (Dahlen et al., 2009)

5. การบำบัดโดยใช้น้ำ

การบำบัดโดยใช้น้ำ (hydrotherapy) ช่วยลดปวดได้ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ น้ำอุ่นสามารถกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิดข้อมูลความปวดไม่ถูกส่งไปยังสมอง จึงทำให้มารดาไม่รู้สึกรู้ปวด (Michelle & Pahl, 2000; Melzack & Wall, 1996; Teschendorf & Evans, 2000) นอกจากนี้เมื่อบุคคลอยู่ในน้ำจะรู้สึกตัวเบาและกล้ามเนื้อและข้อคลายตัว (Brown, 1982; Milner, 1988; Richmond, 2003) การเกิดตัวเบาเนื่องจากการแทนที่ในน้ำทำให้มีแรงต้านแรงโน้มถ่วงของโลก (Edich et al., 1987) การแช่ในน้ำทำให้มารดาเคลื่อนไหวได้ดี อิศระ (Stark, Rudell, & Haus, 2008) การควบคุมตัวเองดี (Hall & Holloway, 1998) ช่วยให้เลือดไหลเวียนดี (Benfield, Herman, Katz, Wilson, & Davis, 2001; Zwelling, Johnson, & Allen, 2006) และเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซินจึงทำให้มดลูกหดตัวดีขึ้น (Odent, 1997)

อุณหภูมิของน้ำที่เหมาะสม อุณหภูมิของน้ำที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 36-38 องศาเซลเซียส (Deans & Steer, 1995) และส่วนใหญ่กล่าวว่าอุณหภูมิที่เหมาะสมคือ 34-38 องศาเซลเซียส (Anderson, Gahagen, Neilsen, 1996; Gentz, 2001; Lenstrup et al., 1987) โดยพบว่าอุณหภูมิของน้ำที่ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มเพียง 0.1 องศาเซลเซียส (Koska, Rovensky, Zimanova, & Vigas, 2003) ซึ่งนับว่าปลอดภัยต่อมารดาและทารก แต่ถ้าอุณหภูมิของน้ำเกิน 42 องศาเซลเซียส จะทำให้เกิดความปวดได้ (Franchimont, Juchmes, & Lecomte, 1983)

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการแช่น้ำ จากการวิจัยพบว่า ไม่ควรแช่น้ำก่อนปากมดลูกเปิด 5 ซม. เนื่องจากทำให้ระยะคลอดยาวนานกว่ามารดาในกลุ่มที่แช่น้ำเมื่อปากมดลูกเปิด ≥ 5 ซม. อย่างมีนัยสำคัญ (Eriksson et al., 1997)

วิจัยการแช่น้ำในระยะคลอดกับการลดปวด

การศึกษาในมารดา 108 ราย กลุ่มแช่น้ำ ($n = 54$) กลุ่มควบคุม ($n = 54$) พบว่ากลุ่มแช่น้ำมีความปวดในระยะก้าวหน้าของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (da Silva, de Oliverira, & Nobre, 2009) อีกหลายงานวิจัยในมารดาในกลุ่มใหญ่ พบว่ามารดาในกลุ่มที่แช่น้ำมีความปวดน้อยกว่าและได้รับยาลดปวดน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่คลอดตามปกติ (Aird, Luckas, Buckett, & Bousfield, 1997; Benfield et al., 2001; Eberhard, Stein, & Geissbuehler, 2005; Zanetti-Daellenbach et al., 2007) ทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาอีกด้วย (Benfield et al., 2001) แต่อย่างไรก็ตามบางงานวิจัย ($N = 274$) พบว่าไม่มีความแตกต่างในการได้รับยาลดปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของมารดาในกลุ่มแช่น้ำและกลุ่มควบคุม (Eckert, Tumbull, & MacLennan, 2001) กล่าวได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าการแช่น้ำช่วยลดปวดในระยะคลอด ลดการใช้ยาลดปวด และยังลดความวิตกกังวลของมารดาในระยะคลอดได้

6. การสัมผัส การกดจุด และการนวด

การสัมผัส

การสัมผัสจะแสดงถึงการดูแลเอาใจใส่ (caring) และการต้องการให้ความช่วยเหลือต่อมารดาของผู้สัมผัส (Simkin, 1991) การสัมผัสจะมีผลต่อสนามพลังงาน ทำให้มีผลต่อร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณของมารดา ทำให้มารดาลดความกังวล เพิ่มความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งเชื่อว่ามีผลทำให้ลดปวดได้ (Littleton & Engebretson, 2002)

การกดจุด

การกดจุดในตำแหน่งต่างๆ เป็นการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ ช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ ดังงานวิจัยแบบทดลองในมารดาในระยะคลอด ($N = 75$) แบ่งเป็นกลุ่มได้รับการกดจุดเอสพี 6 (SP 6)

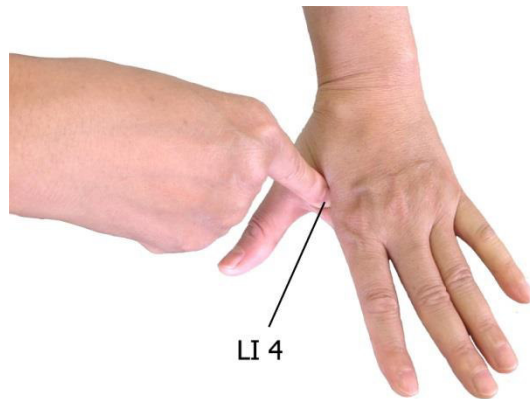
($n = 36$) แสดงดังรูปที่ 4-33 และกลุ่มได้รับการกดจุดปลอม ($n = 39$) เริ่มการทดลองเมื่อมารดามีปากมดลูกเปิด 3 ซม. กดจุดครั้งละ 30 นาที วัดความปวดในนาทีที่ 30 และนาทีที่ 60 พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการกดจุดปวดน้อยกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการกดจุดปลอม (Lee, Chang, & Kang, 2004)



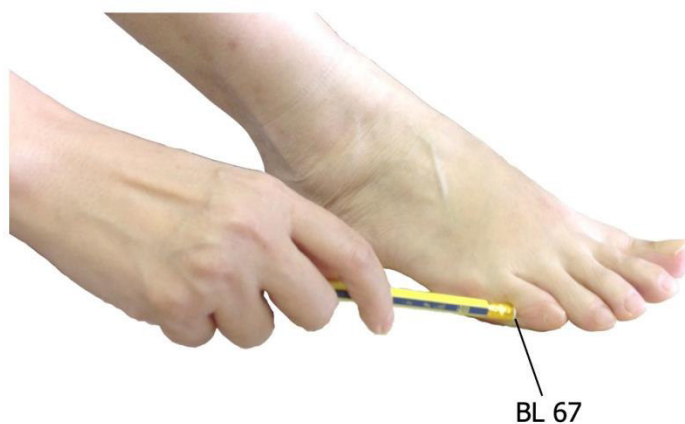
รูปที่ 33 การกดจุดเอสพี 6

การศึกษาแบบทดลองโดยการกดจุดแอลไอ (LI 4) ในมารดาในระยะก้าวหน้าของการคลอด (active phase) ($n = 50$) และกลุ่มควบคุม ($n = 50$) วัดความปวดทันทีหลังทำการกดจุด หลังจากนั้นวัดในนาทีที่ 20, 60 และ 120 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และระยะก้าวหน้าของการคลอด (active phase) และระยะที่ 2 ของการคลอดในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม (Hamidzadeh, Shahpourian, Orak, Montazeri, & Khosravi, 2012)

การวิจัยแบบทดลองในมารดา ($N = 127$) แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มได้รับการกดจุด ($n = 43$) กลุ่มได้รับการลูบผิวหนัง ($n = 42$) และกลุ่มควบคุม ($n = 42$) ตำแหน่งที่กดจุดคือแอลไอ 4 (LI 4) ดังรูปที่ 4-34 และบีแอล 67 (BL 67) ดังรูปที่ 4-35 อุปกรณ์ที่ใช้ในการกดจุดคือดินสอที่มีหัวเป็นยางลบ โดยลงน้ำหนักกดจุดประมาณ 3-5 กก. เป็นเวลา 10 วินาที ปล่อย 2 วินาที ทำสลับกันใน 1 นาทีจะได้ 5 รอบ ทำเป็นเวลา 20 นาที ทำการกดซ้ำโมงละครั้งหลังจากปากมดลูกเปิด 2 ซม. กลุ่มที่ได้รับการลูบผิวหนังได้รับการปฏิบัติ 20 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมจัดให้พยาบาลอยู่ข้างเตียงเป็นเวลา 20 นาทีเพื่อควบคุมตัวแปร พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการกดจุดมีความปวดในระยะก้าวหน้าของการคลอดน้อยกว่ามารดาอีก 2 กลุ่ม (Chung, Hung, Kuo, & Huang, 2003)



รูปที่ 34 ตำแหน่งจุดแอลไอ 4



รูปที่ 35 ตำแหน่งจุดบีแอล 67

การนวด

การนวดลดปวดได้ เนื่องจากเป็นการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ (large nerve ending) ทำให้ประตูความปวดที่ไขสันหลังปิด มารดาจึงไม่รู้สึกปวดหรือความปวดลดลง (Melzack & Wall, 1996)

วิจัยเกี่ยวกับการนวดในระยะคลอดและการลดปวด

จากงานวิจัยพบว่า การนวดช่วยลดปวดมีดังนี้ การวิจัยในมารดาจำนวน 120 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับการนวด กลุ่มมีผู้เฝ้าคลอด และกลุ่มควบคุม พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการนวดมีความปวดในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอดน้อยกว่ามารดาอีก 2 กลุ่ม โดยพบว่า การนวดบริเวณ sacrum มารดามีความพึงพอใจมากที่สุด (Mortazavi, Khaki, Moradi, Heidari, & Rahimparvar, 2012) อีกการศึกษาในมารดา 90 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับการนวดและใช้ความเย็นร่วมด้วย กลุ่มกดจุด และกลุ่มควบคุม พบว่าการนวดและใช้ความเย็นร่วมด้วยลดปวดได้นานกว่าการกดจุด และ 2 กลุ่มแรกมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Hajiamini, Masoud, Ebadi, Mahboubh, & Matin, 2012) งานวิจัยแบบทดลองศึกษาการนวดแผนไทยในมารดา ระยะคลอด ($n = 20$) กลุ่มควบคุม ($n = 20$) พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการนวดในระยะก้ำวหน้าของการคลอดมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (สลิตตา, 2555)

อย่างไรก็ตามการวิจัยในมารดา ระยะคลอดจำนวน 90 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มได้รับการนวดร่วมกับการผ่อนคลาย กลุ่มฟังดนตรีร่วมกับการผ่อนคลาย และกลุ่มควบคุม พบว่าทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างของความปวด (Kimber, McNabb, Mc Court, Haines, & Brocklehurst, 2008)

กล่าวได้ว่าการนวดช่วยลดปวดได้แต่ก็มีบางงานวิจัยที่พบว่า การนวดไม่ได้ช่วยลดปวดในระยะคลอด ซึ่งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อสรุป

7. การใช้ดนตรี

ดนตรีมีผลต่อร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของบุคคล (Chlan, 2002) เนื่องจากหูด้านซ้ายและด้านขวารับเสียงได้แตกต่างกัน โดยหูด้านซ้ายจะเด่นในการรับเสียงดนตรีบรรเลง (ดนตรีที่ไม่มีเนื้อร้อง) (Kimura, 1964; Kimura & Folb, 1968; King & Kimura, 1972) และส่งข้อมูลไปยังสมองซีกขวา (Kimura, 1967) ซึ่งสมองซีกขวาจะเด่นในการรับเสียงดนตรีบรรเลง และมีผลต่อการเกิดจินตนาการมากกว่าสมองซีกซ้าย (Zatorre & Halpern, 1993) ส่วนสมองซีกซ้ายจะรับเสียงจากหูขวาและจะเด่นด้านการทำงานของร่างกาย (Diamond & Beamont, 1974) นอกจากนี้จากทฤษฎีควบคุมประตูก้าวได้ว่าดนตรีช่วยลดปวดได้โดยการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมองจากการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด (Melzack & Wall, 1996)

วิจัยเกี่ยวกับการใช้ดนตรีในระยะคลอดและการลดปวด

การใช้ดนตรีในระยะคลอดพบว่าช่วยลดปวดแก่มารดา ดังนี้ การศึกษาในมารดาจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มฟังดนตรี ($n = 15$) และกลุ่มควบคุม ($n = 15$) พบว่ากลุ่มฟังดนตรีมีความปวดในระยะก้ำวหน้าของการคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Hosseini, Bagheri, & Honarparvaran, 2013) อีกการวิจัยเชิงทดลองในมารดาชาวไทย แบ่งเป็นกลุ่มฟังดนตรีและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 55 ราย ทำการทดลองใน 3 ชั่วโมงแรกของระยะก้ำวหน้าของการคลอด ดนตรีที่ใช้เป็นดนตรีบรรเลงสากลซึ่งมีจังหวะเสียง 60-80 ครั้ง/นาที มีเสียงนุ่มและไพเราะ พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้ฟังดนตรีมีความปวดและความตึงเครียดจากการปวดน้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม (Phumdoung & Good, 2003) อีกงานวิจัยศึกษาการใช้ดนตรีร่วมกับยาลดปวดขนาดต่ำในมารดา ระยะก้ำวหน้าของการคลอด ($N = 180$) แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มได้รับยาลดปวดขนาดปกติ กลุ่มได้รับยาลดปวดขนาดต่ำร่วมกับดนตรี และกลุ่มได้รับดนตรี พบว่ามารดาในกลุ่มได้รับยาลดปวดขนาดต่ำร่วมกับดนตรีและกลุ่มได้รับยา

ลดปวดตามปกติมีความปวดและตึงเครียดจากความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Phumdoung, Bhitakburapa, Chanaudom, Ajasareyasing, & Petcharat, 2007)

สำหรับการใช้ดนตรีเพื่อลดปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด จากการวิจัยในมารดา 145 ราย โดยกลุ่มทดลองได้ฟังเพลงมาร์ชและตามด้วยเพลงรื่นเริง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่พบความแตกต่างของระดับความปวดของทั้ง 2 กลุ่ม อาจเนื่องจากระยะเวลาในการฟังดนตรีไม่เพียงพอ แต่อย่างไรก็ตามมารดารับรู้ว่าการฟังดนตรีมีประโยชน์และช่วยเพิ่มพลัง (Phumdoung, Youngvanichsate, & Wongmuneeworn, 2011)

จากงานวิจัยข้างต้น กล่าวได้ว่าดนตรีช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการลดปวดในระยะคลอด ควรใช้ดนตรีร่วมกับการลดปวดวิธีอื่นๆ

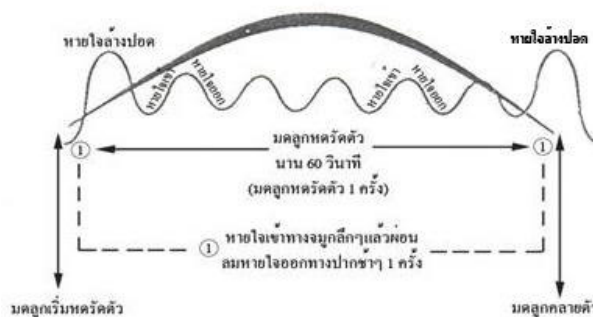
8. การเพ่งและเบี่ยงเบนความสนใจ

ในระยะคลอดสามารถลดปวดโดยการเพ่งความสนใจ เช่น การใช้ทักษะการหายใจ การเพ่งมอง การตั้งใจฟังเสียง หรือเพ่งความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด (Simkin, 1991) ทำให้ความปวดลดลง นอกจากนี้การสร้างจินตนาการและใช้ทักษะผ่อนคลายร่วมด้วยก็เป็นวิธีลดปวดที่มีการทำงานในระดับสมอง โดยระงับการส่งข้อมูลความปวดจากไขสันหลังมายังสมอง ในหัวข้อนี้จะได้กล่าวเกี่ยวกับการหายใจลดปวด

การหายใจลดปวด

การหายใจลดปวดจะช่วยให้มารดาผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจมาอยู่ที่การหายใจ ทำให้ความปวดลดลง และยังเป็น การส่งเสริมให้มารดาควบคุมตนเองได้ดี (Littleton & Engbretson, 2002) สำหรับเทคนิคการหายใจที่ใช้ในระยะคลอดตามแบบของลามาช (Lamaze) ประกอบด้วยวิธีดังต่อไปนี้ (รสสุคนธ์, 2530 อ้างถึงใน ทรงพร, สุรีย์พร, กัญจณี, และ ปราณี, 2555; Littleton & Engbretson, 2002)

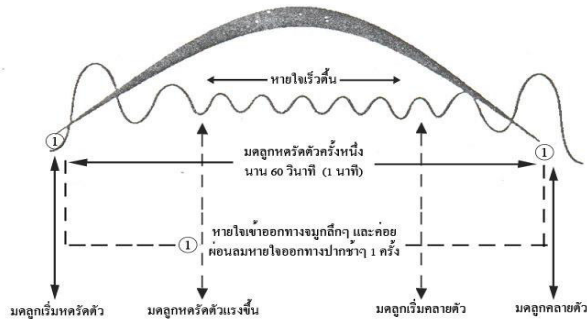
วิธีที่ 1 การหายใจแบบช้า (slow-deep chest breathing) ทำโดยการหายใจเข้าออกทางจมูกที่ลึกๆ ช้าๆ (พร้อมกับนับในใจ 1 ถึง 5) ทำเช่นเดียวกันนี้ ในอัตราเฉลี่ย 6-9 ครั้งต่อนาที ดังรูปที่ 4-36 การหายใจวิธีนี้ใช้ในระยะเวลาไม่ก้ำกั้วหน้าของการคลอด อย่างไรก็ตามการหายใจแบบมีแบบแผนดังกล่าวนี้จากการวิจัยพบว่าทำให้มารดาอ่อนเพลียมาก (Pugh et al., 1998)



รูปที่ 36 แสดงการหายใจแบบช้า (slow-deep chest breathing)

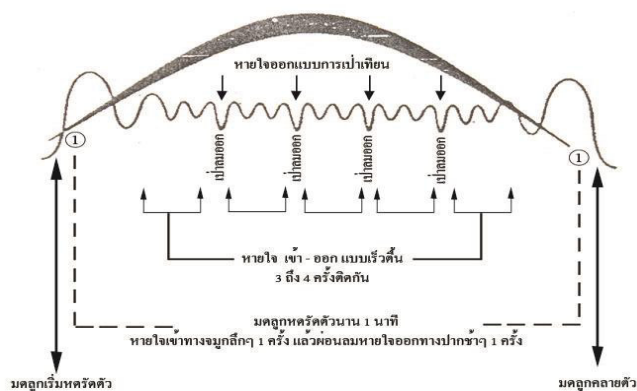
หมายเหตุ. อ้างอิงจาก “การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของบริการการคลอดวิถีธรรมชาติในภาคใต้ตอนล่าง,” (หน้า. 146), โดย ทรงพร จันทรพัฒน์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจณี พลอินทร์, และ ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2555, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. โดยได้รับอนุญาต.

วิธีที่ 2 การหายใจแบบตื้น เร็ว และเบา (shallow accelerated decelerated breathing) ทำโดยการหายใจเข้าและออกผ่านทั้งทางจมูกและทางปากตื้นๆ เร็วๆ และเบาๆ ซึ่งไม่ใช่การออกแรงหายใจที่ลำคอ ขณะที่มดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจแบบช้าก่อน และเมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ ให้เปลี่ยนการหายใจเป็นแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆ จนรู้สึกวามดลูกเริ่มคลายตัว แล้วกลับไปหายใจแบบช้าอีกครั้งดังรูปที่ 4-37 ปฏิบัติเมื่อเข้าสู่ระยะก้าวหน้าของการคลอด (active phase) โดยอัตราการหายใจต้องไม่เกิน 2 เท่าของการหายใจตามปกติ (Littleton & Engbretson, 2002)



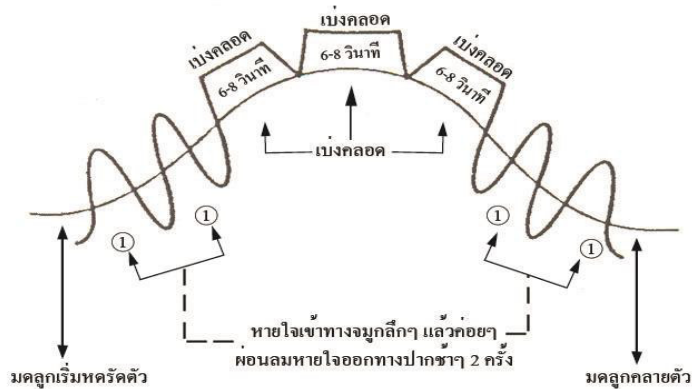
รูปที่ 37 แสดงการหายใจแบบเร็วและเบา (shallow accelerated-decelerated breathing) *หมายเหตุ.* อ้างอิงจาก “การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของบริการการคลอดวิถีธรรมชาติในภาคใต้ตอนล่าง,” (หน้า. 146), โดย ทรงพร จันทรพัฒน์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และ ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2555, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. โดยได้รับอนุญาต.

วิธีที่ 3 การหายใจแบบตื้น เร็ว เบา และเป่าออก (shallow breathing with forced blowing out หรือ pant-blow breathing) ทำโดยการหายใจเข้าออกทางปากตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ 4 ครั้ง ติดต่อกันแล้วเป่าลมออก 1 ครั้งดังรูปที่ 4-38 ปฏิบัติเมื่อมดลูกหดตัวในระยะเปลี่ยนผ่าน (transition phase)



รูปที่ 38 แสดงการหายใจแบบตื้นและเป่าออก (shallow breathing with forced blowing out) *หมายเหตุ.* อ้างอิงจาก “การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของบริการการคลอดวิถีธรรมชาติในภาคใต้ตอนล่าง,” (หน้า. 146), โดย ทรงพร จันทรพัฒน์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2555, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. โดยได้รับอนุญาต.

วิธีที่ 4 การหายใจเพื่อเบ่งคลอด (pushing) เริ่มโดยการหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจ ปิดปากแน่น คางจรดหน้าอก พร้อมทั้งเบ่งลงไปทางช่องคลอด (พร้อมนับในใจ 1-12) แล้วหายใจออกทางปาก จากนั้นให้หายใจเข้า ทำซ้ำเช่นเดิมประมาณ 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูกหนึ่งครั้ง และเมื่อหยุดเบ่งให้หายใจเข้าออกลึก ๆ ดังรูปที่ 4-39



รูปที่ 39 แสดงการหายใจเพื่อเบ่งคลอด (pushing)

หมายเหตุ. อ้างอิงจาก “การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของบริการการคลอดวิถีธรรมชาติในภาคใต้ตอนล่าง,” (หน้า. 147), โดย ทรงพร จันทรพัฒน์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจนี พลอินทร์, และปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2555, รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. โดยได้รับอนุญาต.

9. สุขณธบำบัด

สุขณธบำบัดเป็นการใช้สารหรือน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากการสกัดจากพืช (Tiran, 1996) เช่น ดอกไม้ ใบไม้ เปลือกไม้ เนื้อไม้ ราก และเมล็ด (Buckle, 2002)

กลไกการลดปวด

เกี่ยวกับกลไกการลดปวดของสารหอมระเหยยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนนัก แต่เชื่อว่าการรับรู้กลิ่นจากจมูกส่งไปกระแสประสาทรับกลิ่น และกระแสประสาทรับกลิ่นส่งข้อมูลต่อไปยังสมองส่วนลิมบิก (limbic) และอะมิกดาลา (amygdala) ซึ่งอยู่ด้านล่างของซีรีบรัล คอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการปวด นอกจากนี้สารหอมระเหย เช่น กลิ่นลาเวนเดอร์ทำให้เกิดการวังคล้ายได้รับยานอนหลับไดอาซีแพม (Buckle, 2002) บางงานวิจัยพบว่าสารหอมระเหยช่วยลดความกังวลได้ (Imanishi et al., 2009)

วิจัยการใช้สุขณธบำบัดในระยะคลอดกับการลดปวด

การวิจัยพบว่าการใช้สุขณธบำบัดช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ เช่น การวิจัยแบบทดลองในมารดาครรภ์แรกในระยะคลอด โดยเป็นมารดาในกลุ่มได้รับสุขณธบำบัด ($n = 251$) กลุ่มควบคุม ($n = 262$) วัดความปวดในกลุ่มทดลองก่อนได้รับสารหอมระเหยและหลังได้สารหอมระเหย 30 นาที พบว่ามารดาที่มีความปวดลดลง และสารหอมระเหยที่มารดาชอบคือ กลิ่นลาเวนเดอร์ (45%) กลิ่นส้มแมนดาริน (26%) และกลิ่นคาโมมายล์ (7%) (Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi, & Regalia, 2007) อย่างไรก็ตามนักวิจัยมิได้เปรียบเทียบความปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และยังใช้สารหอม

ระเหยในการนวดผิวหนัง ซึ่งการนวดก็มีผลช่วยลดปวดอีกทางหนึ่ง จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ ส่วนอีกงานวิจัยในมารดา ($N = 8,000$) พบว่าสารหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ แพรงคินเซนส์ คลารี เสง และคาโมมายล์เป็นสารหอมระเหยที่มีประโยชน์ โดยมารดา 60% มีความปวดลดลง (Burns, Blamey, Ersser, Lloyd, & Barnetson, 2000) จะเห็นได้ว่าการใช้สารหอมระเหยมีประโยชน์ช่วยลดปวดในระยะคลอดได้ อย่างไรก็ตามวิจัยเกี่ยวกับการใช้สุคนธบำบัดในระยะคลอดมีน้อย ยังต้องการการทำวิจัยแบบทดลองในการลดปวด (Smith, Collins, & Crowther, 2011)

สรุป การลดปวดไม่ใช้ยาามีหลายวิธี ควรใช้ให้เหมาะกับมารดาแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีวิธีการลดปวดแบบไม่ใช้ยาอีกหลายวิธีที่ไม่ได้กล่าวถึง เช่น การสะกดจิต (hypnosis) การฝังเข็ม (acupuncture) การใช้เครื่องไฟฟ้ากระตุ้น (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: TENS) การสวดมนต์ และการทำสมาธิ เป็นต้น หัวข้อต่อไปจะได้กล่าวถึงผลลัพธ์ของการคลอดจากการลดปวดในระยะคลอด

12.3 ประโยชน์ของการลดปวดในระยะคลอด

การที่มารดาในระยะคลอดได้รับการลดปวดอย่างเพียงพอจะทำให้เกิดผลดีหลายประการคือ

1. ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (fetal distress) จากงานวิจัยพบว่าในระยะก้าวหน้าของการคลอดมารดาที่ปวดมากจะทำให้มีทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจนเกิดได้ 36.5% (19 จาก 52) (Ye, Jiang, & Ruan, 2011) ดังนั้นกล่าวได้ว่า การลดปวดที่เพียงพอทำให้มารดาไม่เครียด การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงรกและทารกได้ดี ทำให้ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ได้

2. มารดามีความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น จากการศึกษาในมารดาในระยะคลอด ($N = 210$) แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็ม และอีกกลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มปลอม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝังเข็มมีความปวดน้อยกว่า ได้รับยาลดปวดน้อยกว่า ระยะก้าวหน้าของการคลอดสั้นกว่า และได้รับการเร่งคลอดน้อยกว่ากลุ่มฝังเข็มปลอม (Skilnand, Fossen, & Heiberg, 2002) แต่ผู้วิจัยไม่ได้อภิปรายผลของการฝังเข็มต่อระยะก้าวหน้าของการคลอดที่สั้นลง อย่างไรก็ตามถ้ามารดาได้รับการลดปวดโดยวิธีระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional nerve block) จะทำให้มีการคลอดล่าช้าได้ (Cambic & Wong, 2010)

3. ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากความกลัวการคลอด จากการศึกษาในอิหร่านพบว่าสาเหตุการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเกิดจากความกลัวความปวดในระยะคลอดถึง 37.2% (Salehi, 2001 as cited in Beigi, Broumandfar, Bahadoran, & Abedi, 2010) ส่วนในบราซิลพบว่ามารดาจำนวนมากต้องการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากกลัวความปวดจากการคลอดตามปกติ (Amedee Peret, 2013) และอีกงานวิจัยพบว่าในระยะก้าวหน้าในระยะที่ 1 ของการคลอดมารดาที่ปวดมาก ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 40.4% ($n = 21$ จาก $n = 52$) (Ye et al., 2011) กล่าวได้ว่าการจัดการดูแลลดปวดแก่มารดาที่เพียงพออาจช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้ เนื่องจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์การคลอดในทางลบของมารดา (Smarandache, Kim, Bohr, & Tamim, 2016)

4. มารดาพึงพอใจและมีประสบการณ์ทางบวกต่อการคลอด การลดปวดที่เพียงพอทำให้มารดามีความพึงพอใจต่อการคลอด (Hodnett, 2002; Leeman, Fontaine, King, Klein, & Ratcliffe, 2003) มารดาที่ได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (epidural block) มีประสบการณ์การคลอดดีกว่าและพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับยาแก้ปวดทางเส้นเลือดดำซึ่งลดปวดได้ไม่เพียงพอ (Fyneface-Ogan, Mato, & Anya, 2009) มารดามีประสบการณ์การคลอดในทางบวก จากการวิจัยพบว่าความปวดในระยะคลอดที่มากทำให้มารดามีประสบการณ์ในการคลอดในทางลบ

(Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson, & Radestad, 2004) ดังนั้นการได้รับการลดปวดเพียงพอย่อมทำให้มารดามีประสบการณ์การคลอดในด้านบวก และลดการเกิดความตึงเครียดรวมถึงไม่กระตุ้นหรือไม่ทำให้เกิดความตึงเครียดหลังเหตุการณ์วิกฤต (post-traumatic stress disorder: PTSD) จากความปวดที่มากในระยะคลอด (severe pain) ซึ่งความปวดที่รุนแรงเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาควบคุมตนเองได้ไม่ดี (Allen, 1998; Ye et al., 2011) ทำให้กระบวนการของการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ (not complete of information processing) ข้อมูลเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดจะค้างอยู่ในหน่วยความจำในสมองส่วนแอกทิฟ (active memory) ทำให้เกิดการฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะคลอดได้ซ้ำๆ (Horowitz, 1979) และมีปัญหาสัมพันธภาพกับสามีและปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในเวลาต่อมา (Ayers, Eagle, & Waring, 2006)

5. การตกเลือดหลังคลอดน้อย จากการวิจัยพบว่าในระยะก้าวหน้าของระยะที่ 1 ของการคลอด มารดาที่ปวดมากจะตกเลือดหลังคลอดสูง 13.5% (7 จาก 52) (Ye et al., 2011) ในส่วนนี้อาจสัมพันธ์กับการคลอดยากหรือยาวนาน เนื่องจากมดลูกถ้าทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีจึงทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้มาก (London, Ladewig et al., 2011; Oxorn, 2000) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่ามารดาที่ปวดไม่มากจะมีการตกเลือดหลังคลอดน้อย

อย่างไรก็ตามความปวดในการคลอดไม่ได้มีผลในทางลบอย่างเดียวแต่มีผลทำให้มารดารับรู้ถึงความปวดมีเป้าหมายหรือมีความหมายสำหรับการคลอด เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา (The guardian, 2009) และส่วนใหญ่การรับรู้ความปวดในระยะคลอดมักลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จากการวิจัยในสวีเดนในมารดาหลังคลอด ($N = 1,383$) พบว่าการรับรู้ความปวดในระยะคลอดจะลดลงหลังคลอด 49% ในปีที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับหลังคลอด 2 เดือน ส่วนหนึ่งในสาม (35%) การรับรู้ความปวดในระยะคลอดยังคงเดิม และ 16% รับรู้ความปวดในระยะคลอดมากกว่าเดิม ซึ่งผู้วิจัยกล่าวว่ามารดาที่ไม่พึงพอใจการคลอดจะมีการจำเกี่ยวกับความปวดในระยะคลอดอยู่ถึงแม้ว่าเวลาจะผ่านไปหลายปี (Waldenstrom & Schytt, 2008) กล่าวได้ว่าการลดปวดที่เพียงพอมีผลดีหลายประการทั้งต่อมารดาและทารก

13. การส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอด

ในระยะคลอดมารดาจะปวดและไม่สุขสบายจากการหดตัวของมดลูกและการถ่างขยายของปากมดลูก รวมทั้งการฉีกขาดของช่องทางคลอด (Lowdermilk et al., 2010) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความสุขสบายให้แก่มารดาระยะคลอด การส่งเสริมความสุขสบายในระยะคลอดประกอบด้วยการจัดการความปวดและความไม่สุขสบาย การจัดการอนามัยส่วนบุคคล และการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

การจัดการกับความปวดและความไม่สุขสบาย

ส่งเสริมการหายใจลดปวดในระยะก้าวหน้าของการคลอดและดูแลลดปวดโดยไม่ใช้ยาโดยใช้วิธีต่างๆ ผสมผสานกัน และสามารถให้ยาลดปวดได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความปวดและให้การช่วยเหลือให้เหมาะสม เช่น ถ้ามารดามีความวิตกกังวลและความกลัวจะทำให้มีความปวดมากขึ้น เนื่องจากทำให้มีการหลั่งสารแคเทพิโคลามีน ทำให้เลือดไหลเวียนน้อยและมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การหดตัวของมดลูกลดลง ทำให้เกิดความล่าช้าของการคลอด (Lowdermilk et al., 2010)

ในการประเมินความปวดให้ใช้ความรู้สึกของมารดาเอง (subjective data) เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง

สำหรับการติดเครื่อง electronic fetal monitoring (EFM) อาจทำให้มารดาปวดมากขึ้น เนื่องจากต้องอยู่ในท่าเดียวตลอด ก็ควรใช้เครื่อง EFM (electronic fetal monitoring) เท้าที่จำเป็น นอกจากนี้มารดาอาจปวดหรือไม่สุขสบายจาก การปวดหลังและการเป็นตะคริว จึงต้องให้การช่วยเหลือแก้ไขอาการเหล่านี้ โดยอาการปวดหลังแก้ไขโดยการส่งเสริมให้อยู่ในท่าที่สุขสบายปวดหลังให้ เป็นต้น (Pillitteri, 2007)

ประเมินว่ามารดาได้อาหารครั้งสุดท้ายเมื่อใดมีอาการหิวหรือไม่ และถ้าไม่สามารถรับประทานอาหารได้ในช่วงนั้น ก็ควรให้มารดาอมน้ำแข็งเพื่อให้รู้สึกสดชื่น (Pillitteri, 2007)

การจัดการเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล

ดูแลร่างกายมารดาให้สะอาด ปากฟันสะอาด ช่วงที่งัดน้ำและอาหารดูแลให้บ้วนปากบ่อยๆ มารดาอาจมีอาการปากแห้งจึงต้องช่วยแก้ไขความไม่สุขสบายเหล่านี้ (Pillitteri, 2007) เพื่อให้รู้สึกสดชื่นและดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

นอกจากนี้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายอื่นๆ เช่น ดูแลให้นอนพัก ได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอ ให้การพยาบาลเพื่อลดความกลัว และความวิตกกังวล โดยอธิบายการวางแผนการคลอดให้ทราบ ให้การพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด

นอกจากนี้ควรส่งเสริมความสุขสบายในระยะหลังคลอดดูแลให้มารดาอบอุ่นเนื่องจากส่วนใหญ่มารดาจะมีอาหารหนาวสั่น (Leifer, 2003)

การจัดการกับสิ่งแวดล้อม

มีผ้าปูเตียงที่สะอาดและแห้ง เสื้อผ้าที่สวมใส่ก็เช่นเดียวกันให้สะอาดและแห้งนอกจากนี้ควรมีผ้าเตี๋ยรองเลือดหรือน้ำคร่ำและเปลี่ยนผ้าให้บ่อยๆ

จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัว ไม่พลุกพล่าน และเงียบสงบ หรืออาจใช้ดนตรีจังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที ดนตรีต้องไพเราะและเสียงไม่ดังมากเกินไป ควรใช้เสียงในระดับ 45-50 เดซิเบลหรือเสียงเหมือนฝนตกในระดับปานกลาง (Stratton & Zalanowski, 1984 อ้างตาม ศศิธร, 2556)

การจัดการให้ญาติมีส่วนดูแลมารดาหรือมีผู้ดูแล พบว่าทำให้มารดาต้องการยาลดปวดลดลง (Madi, Sandall, Bennett, & MacLeod, 1999 อ้างตาม ศศิธร, 2556)

นอกจากนี้สีของสิ่งแวดล้อมที่เป็นสีเขียวจะช่วยให้สบายตา และลดความปวดในมารดาได้ และห้องคลอดไม่ควรมีเสียงดัง หรือแสงสว่างที่จ้าเพราะมีผลต่อการพักผ่อนของมารดา (ศศิธร, 2547)

สรุป การพยาบาลระยะคลอด เป็นการให้การดูแลครอบคลุมกายจิต สังคม และจิตวิญญาณของมารดา รวมทั้งการให้การลดปวดด้วยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งการส่งเสริมความสุขสบายให้แก่มารดา ระยะคลอด

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล. (2550). การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด. *พุทธชินราชเวชสาร*, 24, 15-21.
- ทรงพร จันทรพัฒน์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, กัญจน์ พลอินทร์, และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2555). การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของบริการการคลอดวิถีธรรมชาติในภาคใต้ตอนล่าง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีระ ทองสง . (2541ก). สรีรวิทยาของการคลอด. ใน ธีระ ทองสง และ ชเนนทร์ วนาภีรักษ์(บก.), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4., หน้า.101-124). กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรน บুকส เซนเตอร์.
- ธีระ ทองสง . (2541ข). การดูแลระยะคลอด. ใน ธีระ ทองสง และ ชเนนทร์ วนาภีรักษ์ (บก.), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4., หน้า.125-154). กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรน บุกส เซนเตอร์.
- พิริยา ศุภศรี. (2551). *การพยาบาลในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- วรารุช สุมาวงศ์. (2545). *คู่มือการฝากครรภ์และการคลอด*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร พุ่มดวง, บุญเรือง มานะสุรการ, กิตติ รัตนสมบัติ, สุกิจ มัทธนนท์, กัลยา มณีโชติ, เบญจมาศ จันทร์อุดม, และ คณะ. (2555). *การศึกษาเตียงคลอด PSU*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2546). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21, 291-300.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2547). อุปสรรคและปัญหาการลดปวดในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23, 53-59.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2549). รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 59-63.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2552). *การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา* (พิมพ์ครั้งที่ 6).สงขลา: เค ก้อปี้.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2556). *สูติศาสตร์ระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: อัลลายด์เพรส.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2559). *สูติศาสตร์ระยะคลอด* (ฉบับปรับปรุง). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ* (ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี).นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
- สลิตตา อินทร์แก้ว. (2555). *ผลของการนวดแผนไทยต่อความปวดในระยะคลอด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สุदारัตน์ สาโรวาท. (2545). การตรวจทางซีโรโลยีเพื่อวินิจฉัยโรคซิฟิลิส. ใน นิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล, วัฒนา เลี้ยววัฒนา, ดาราวรรณ วนะชีวนาวิน, มงคล คุณากร, และ วนิดา วงศ์ถิรพร (บก.), *พยาธิวิทยาคลินิก* (หน้า. 32-43). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrance Database of Systematic Reviews, Issue 12*. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858. CD006672 .pub2.

- Aird, I. A., Luckas, M. J. M., Buckett, W. M., & Bousfield, P. (1997). Effects of intrapartum hydrotherapy on labour related parameters. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *37*, 137-142.
- Akhavan, S., & Lundgren, I. (2012). Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden- A qualitative study. *Midwifery*, *28*, 80-85.
- Akutagawa, O., Nishi, H., & Isaka, K. (2007). Spontaneous delivery is related to barometric pressure. *Archives Gynecology and Obstetrics*, *275*, 249-254.
- Albers, L.L. (1999). The duration of labor in healthy women. *Journal of Perinatology*, *19*, 114-119.
- Albers, L.L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S. M., Hunter, C., Sedler, K.D., et al. (1996). Factors related to perineal trauma in childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*, *41*, 269-276.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *16*, 107-131.
- Amedee Peret, F. J. A. (2013). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library, Geneva: World Health Organization.
- Anderson, B., Gyhagen, M., & Nielsen, T. F. (1996). Warm bath during labour: Effects on labour duration and maternal and fetal infectious morbidity. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *16*, 326-330.
- Andrews, C. M., & Chrzanowski, M. (1990). Maternal position, labor, and comfort. *Applied Nursing Research*, *3*, 7-13.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology Health & Medicine*, *11*, 389-398.
- Bader, T. (2012). Operative obstetrics. In S. M. Pfeifer (Ed.), *Obstetrics and gynecology* (6 th ed., pp.123-138). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Baker, P. N. (2006). *Obstetrics by ten teachers* (18 th ed.). London: Hodder Education.
- Bakker, P. C. A. M., Kurver, P. H. J., Kuik, D.J., & van Geijn, H. P. (2007). Elevated uterine activity increases the risk of fetal acidosis at birth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *196*, 313-315.
- Balaskas, J. (1992). *Active birth: The new approach to giving birth naturally* (revised edition). Boston: The Harvard Common Press.
- Beck, C. T. (1994). Women's temporal experiences during delivery process: A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, *31*, 245-252.
- Beech, B. A. L., & Phipps, B. (2004). Normal birth: Women's stories. In S. Downe & R. E. Davis-Floyd (Eds.), *Normal childbirth: Evidence and debate*. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.

- Beigi, N. M. A., Broumandfar, K., Bahadoran, P. & Abedi, H. A. (2010). Women's experience of pain during childbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15, 77-82.
- Benfield, R. D., Herman, J., Katz, V. L., Wilson, S. P., & Davis, J. M. (2001). Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing & Health*, 24, 57-67.
- Bennett, V. R., & Brown, L. K. (2003). The placenta. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.), *Myles textbook for midwives* (14 th ed., pp.143-150). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Billings, D. M. (1998). *Lippincott's review for NCLEX* (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Blackburn, S. T., & Loper, D. L. (1992). *Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Bobak, I. M., & Jensen, M. D. (1993). *Maternity & gynecologic care: The nurse and the family* (5th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Bogaerts, A. (2013). *Obesity and pregnancy: An epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective*: Garant Publishers.
- Brown, C. (1982). Therapeutic effects of bathing during labor. *Journal of Nurse-Midwifery*, 27, 13-16.
- Buckle, J. (2002). Aromatherapy. In M. Snyder & R. Lindquist (Eds.), *Complementary alternative therapies in nursing* (4th ed., pp. 245-258). New York: Springer.
- Budin, W. (2007). Labor and childbirth. In S. S. Orshan (Ed.), *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan* (pp. 583-627). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burns, E., Blamey, C., Ersser, S.J., Lloyd, A. J., & Barnetson, L. (2000). The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 6, 33-34.
- Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R., & Regalia, A. (2007). Aromatherapy in childbirth: A pilot randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 838-844.
- Burroughs, A. (1992). *Maternity nursing: An introductory text* (6 th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Burroughs, A. (1992). *Maternity nursing: An introductory text* (6 th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Burroughs, A., & Leifer, G. (2001). *Maternity nursing: An introductory text* (8 th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Callahan, T., Caughey, A. B., & Heffner, L. J. (2004). *Blueprints obstetrics & gynecology* (3 rd ed.). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Callister, L. C., Semenic, S., & Foster, J. C. (1999). Cultural and spiritual meanings of childbirth: Orthodox Jewish and Mormon women. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 280-295.

- Cambic, C. R., & Wong, C. A. (2010). Labour analgesia and obstetric outcomes. *British Journal of Anesthesia*, *105*, (suppl 1), i50-i60.
- Cashion, K. (2010). Nursing care of the family during labor and birth. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8 th ed., pp. 336-382). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Cassidy, P. (1993). The first stage of labour: Physiology and early care. In V. R. Bennett & L. K. Brown (Eds.), *Myles textbook for midwives* (12 th ed., pp 149-167). Great Britain: Churchill Livingstone..
- Chang, S-C., Chou, M-M., Lin, K-C., Lin, L-C., Lin, Y-L., & Kuo, S-C. (2011). Effects of pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. *Midwifery*, *27*, 825-831.
- Chapman, C. R., & Syrjala, K. (1990). Measurement of pain. In J. J. Bonica. *The management of pain: Volume 1* (2 nd ed., pp. 580-594). Philadelphia: Lea & Febiger.
- Chlan, L. (2002). Music intervention. In M. Snyder & R. Lindquist (Eds.), *Complementary /Alternative therapies in nursing* (4 th ed., pp. 58-68). NewYork: Springer.
- Chung, U-L., Hung, L-C., Kuo, S-C., & Huang, C-L. (2003). Effects of LI4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research*, *11*, 251-259.
- Coad, J. (2005). *Anatomy and physiology for midwives* (2nd ed.). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Cox, S. M., Hoffman, B. L., Werner, C. L., & Cunningham, F. G. (2005). *Williams obstetrics 22nd edition study guide*. Boston: McGraw Hill.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom. S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetric* (23 rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- da Silva, F. M. B., de Oliveira, S. M. J. V., & Nobre, M. R. C. (2009). A randomized controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, *25*, 286-294.
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Cooke, M., Upton, A. M., Nunn, R. A., & Brodrick, B. S. (2009). 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, *25*, e39-e48.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2012). *OLDS' Maternal–newborn nursing & women's health across the lifespan* (9th ed.). Boston: Pearson.
- Deans, A. C., & Steer, P. J. (1995). Temperature of pool is important. *British Medical Journal*, *311*, 390-391.
- Decherney, A. H., & Pernoll, M. L. (1994). *Current obstetric & gynecologic: Diagnosis & treatment* (8 th ed.). USA: Prentice-Hall International.
- Diamond, S.J., & Beaumont, J. G. (1974). *Hemisphere function in the human brain*. New York: Wiley.

- Downe, S. (2004). Care in the second stage of labour. In C. Henderson & S. Macdonald (Eds.), *Mayer's midwifery: A textbook for midwives* (13 th ed., pp. 492-506). Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Eberhard, J., Stein, S., & Geissbuehler, V. (2005). Experience of pain and analgesia with water and land births. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *26*, 127-133.
- Eckert, K., Tumbull, D., & MacLennan, A. (2001). Immersion in water in the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*, *28*, 84-93.
- Edlich, R. F., Michael, A., Tower, M.S., Robert, J., Goitz, B. S. Robert P., et al. (1987). Bioengineering principles of hydrotherapy. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, *8*, 580-584.
- Eriksson, M., Mattsson, L., & Ladfors, L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: A randomised study of 200 women. *Midwifery*, *13*, 146-148.
- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, *28*, 39-44.
- Fenwick, L., & Simkin, P. (1987). Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *30*, 83-89.
- FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. (2012). FIGO Guidelines: Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *119*, 111-116.
- Flynn, A. M., Kelly, J., Hollins, G., & Lynch, P. F. (1978). Ambulation in labour. *British Medical Journal*, *2*, 591-593.
- Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V., & Heidari, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal of Research in Medical Sciences*, *16*, 1040-1046.
- Foureur, M. J., Leap, N., Davis, D. L. Forbes, I. F. & Homer, C. E. (2010). Developing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET) in Australia: A qualitative study. *Health Environments Research & Design Journal*, *3*, 43-57.
- Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Idema, R., Forbes, I., et al. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*, *26*, 520-525.
- Franchimont, P., Juchmes, J., & Lecomte, J. (1983). Hydrotherapy-mechanisms and indications. *Pharmacy Therapy*, *20*, 79-93.
- Freeman, R. K., Garite, T. J., & Nageotte, M. P. (2003). *Fetal heart rate monitoring* (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Frudinger, A., Halligan, S., Spencer, J. A. D., Bartram, C. I., Kamm, M. A., & Winter, R. (2002). Influence of the subpubic arch angle on anal sphincter trauma and anal incontinence following childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, *109*, 1207-1212.

- Fyneface-Ogan, S., Mato, C. N., & Anya, S. E. (2009). Epidural anesthesia: Views and outcomes of women in labor in a Nigerian hospital. *Annals of African Medicine*, 8, 250-256.
- Gagnon, A. J. (2006). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Library* (4), CD002869.
- Gannon, J. M. (1992). Delivery on the hands and knees. A case study approach. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37, 48-52.
- Gardosi, J., Sylvester, S., & B-Lynch, C. (1989). Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96, 1290-1296.
- Gau, M-L., Chang, C-Y., Tian, S-H., & Lin, K-C. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27, e293-e300.
- Gentz, B. A. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44, 704-732.
- Geranmayeh, M., Habibabadi, Z. R., Fallahkish, B., Farahani, M. A., Khakbazan, Z., & Mehran, A. (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in the second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285, 77-81. doi:10.1007/s00404-011-1919.5.Epub2011 May 26.
- Gibb, D., & Arulkumaran, S. (2008). *Fetal monitoring in practice* (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17, 302-313.
- Gillot-de-Vries F., Wesel, S., Busine A., Adler, A., Camus, M., Patesson, R., et al. (1987). Influence of a bath during labor on the experience of maternity. *Pre Peri Natal Psychology Journal*, 1, 297-302.
- Gorrie, T. M., McKinney, E. S., & Murray, S. S. (1998). *Foundations of maternal-newborn nursing* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Green, C. J., & Wilkinson, J. M. (2004). *Maternal newborn nursing care plans*. St Louis, MO: Mosby.
- Greenstein, B. (1994). *Endocrinology at a glance*. Cambridge, MA: Blackwell Science.
- Hajiamini, Z., Masoud, S. N., Ebadi, A., Mahboubh, A., & Matin, A. A. (2012). Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18, 169-172.
- Hall, J. (2008). Birth and spirituality. In S. Downe (Ed.), *Normal childbirth: Evidence and debate* (2nd ed., pp. 47-63). China: Churchill Livingstone Elsevier.
- Hall, S. M., & Holloway, I. M. (1998). Staying in control: Women's experiences of labour in water. *Midwifery*, 14, 30-36.

- Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R. J., Montazeri, A. S., & Khosravi, A. (2012). Effects of LI 4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health, 57*, 133-138.
- Hammond, A., Foureur, M., Homer, C. S. E., & Davis, D. (2013). Space, place and midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women & Birth, 26*, 277-281.
- Hanson, L. (2006). Pushing for change. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 20*, 282-284.
- Hardin, A. M., & Buckner, E. B. (2004). Characteristics of positive experience of women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Education, 13*, 10-16.
- Harris, T. (2004). Care in the third stage of labour. In C. Henderson & S. Macdonald (Eds.), *Mayer's midwifery: A textbook for midwives* (13 th ed., pp. 507-523). Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Harte, J. D., Sheehan, A., Stewart, S., & Foureur, M. (2013). The birth unit design's influence on women's birth supporters. *Women and Birth, 26*, S28-S29.
- Hatfield, N. T. (2014). *Introductory maternity & pediatric nursing* (3 rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Hauck, Y., Rivers, C., & Doherty, K. (2008). Women's experiences of using a Snoezelen room during labour in Western Australia. *Midwifery, 24*, 460-470.
- Heffner, L. J. (2001). *Human reproduction at a glance*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Henderson, C., & Macdonald, S. (2004). *Mayer's midwifery: A textbook for midwives* (13 th ed.). Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186* (suppl 5), s160-s172.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2003). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*. CD003766.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database Systematic Reviews, Jun 15; 7*: CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5. Retrieved from
- Hodnett, E. D., Stremmler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: The PLACE (Pregnant and Laboring in an Ambient Clinical Environment) pilot trial. *Birth, 36*, 159-166.
- Horowitz, M. J. (1979). Psychological response to serious life events. In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. (pp. 235-263). New York: John Wiley & Sons.

- Hosseini, S. E., Bagheri, M., & Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review of Medical and Pharmacological Sciences*, *17*, 1479-1487.
- Hundley, V. H., Ryan, M., & Graham, W. (2001). Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth*, *28*, 254-263.
- Igarashi, T., Wakita, M., Miyazaki, K., & Nakayama, T. (2014). Birth environment facilitation by midwives assisting in non-hospital births: A qualitative interview study. *Midwifery*, *30*, 877-884.
- Imanishi, J., Kuriyama, H., Shigemori, I., Watanabe, S., Aihara, Y., Kita, M., et al. (2009). Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *6*, 123-128.
- Jane, D. (2011). Theories of labor onset. Retrieved from <http://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/maternal-child-health/theories-of-labor-onset>
- Jenkinson, B., Josey, N., & Kruske, S. (2013). *BirthSpace: An evidenced-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jensen, M. P. (2010). Measurement of pain. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne, & J. P. Rathmell (Eds.), *Bonica's management of pain* (4 th ed., pp. 251-270). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Keelan, K., Coleman, M., & Mitchell, M. (1997). The molecular mechanisms of term and preterm labor: Recent progress and clinical implications. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *40*, 460-478.
- Kettle, C. (2004). The pelvic floor. In C. Henderson & S. Macdonald (Eds.), *Mayer's midwifery: A textbook for midwives* (13 th ed., pp. 476-491). Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. *European Journal of Pain*, *12*, 961-969.
- Kimura, D. (1964). Left-right differences in the perception of melodies. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *16*, 355-358.
- Kimura, D. (1967). Functional asymmetry of the brain in dichotic listening. *Cortex*, *3*, 163-178.
- Kimura, D., & Folb, S. (1968). Neural processing of backwards-speech. *Science*, *161*, 395-396.
- King, F. L., & Kimura, D. (1972). Left-ear superiority in dichotic perception of vocal nonverbal sounds. *Canadian Journal of Psychology*, *26*, 111-116.
- King, T. L., Brucker, M. C., Kriebs, J. M., Fahey, J. O., Gegor, C. L., & Varney, H. (2015). *Varney's midwifery* (5 th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Koska, J., Rovensky, J., Zimanova, T., & Vlgas, M. (2003). Growth hormone and prolactin responses during partial and whole body warm-water. *Acta Physiologica Scandinavica*, *178*, 19-23.
- Lai, C. Y., & Levy, V. (2002). Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, *18*, 296-303.
- Lai, M. L., Lin, K. C., Shey, K. S., & Gua, M. L. (2009). Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *The Journal of Nursing Research*, *17*, 62-72.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, *6*:7, doi:10.1186/1741-7015-6-7.
- Lam, C. C., & McDonald, S. J. (2010). Comparison of pushing techniques used in the second stage of labour for their effect on maternal perception of fatigue in the early postpartum period among Chinese women. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics, & Midwifery*, *10*, 13-21.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, *28*, 98-105.
- Leduc, D., Senikas, V., & Lalonde, A. B. (2009). Active management of the third stage of labour: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *SOGC Clinical Practice Guideline*, no. 235.
- Lee, C. J., & Miller, E. S. (2008). *DEJA reviewTM: Obstetrics & gynecology*. Boston: McGraw-Hill Companies.
- Lee, M. K., Chang, S. B., & Kang, D. H. (2004). Effects of SP 6 acupuncture on labor pain and length of delivery time in women during labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *10*, 959-965.
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M., & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, *68*, 1109-1112.
- Leifer, G. (2003). *Introduction to maternity & pediatric nursing* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Leifer, G. (2005). *Maternity nursing: An introductory text* (9th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Leifer, G. (2011). *Introduction to maternity & pediatric nursing* (6th ed.). Malaysia: Elsevier (Singapore).
- Lenstrup, C., Schantz, A., Berget, A., Feder, E., Roseno, H., & Hertel, J. (1987). Warm tub bath during delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *66*, 709-712.
- Lewin, D., Fearon, B., Hemmings, V., & Johnson, G. (2005). Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*, *21*, 267-277.

- Littleton, L. Y., & Engebretson, J. C. (2002). *Maternal, neonatal, and women's health nursing*. New York: Delmar Thomson Learning.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (2011). *Maternal & child nursing care* (3 rd ed.). New York: Pearson.
- Lowdermilk, D. L. (2010). Labor and birth process. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8 th ed., pp. 265-283). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Lowdermilk, D. L. (2012). Labor and birth processes. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, & K. R. Alden (Eds.), *Maternity & women's health care* (10 th ed., pp. 369-385). St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2004). *Maternity & women's health care* (8 th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Bobak, I. M. (2000). *Maternity & women's health care* (7 th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptom 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 16, 91-105.
- Manihan, C. A., & Kopel, E. (2008). *Electronic fetal monitoring: Concept and applications* (2 nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Marks, M.G. (1994). *Broadribb's introductory pediatric nursing* (4 th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Martin, E. J. (2002). *Intrapartum management modules: A perinatal education program* (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. Philadelphia: C. V. Mosby.
- McCrea, B. H., Wright, M. E., & Murphy-Black, T. (1998). Differences in midwives' approaches to pain relief in labour. *Midwifery*, 14, 174-180.
- McDonald, S. (2003). Physiology and management of the third stage of labour. In D. M. Fraser & M. A. Cooper (Eds.), *Myles textbook for midwives* (14 th ed., pp. 507-530). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: Effect on Cesarean delivery rates. *Birth*, 35, 92-97.
- Mcintosh, J. (1988). Women's views of communication during labour and delivery. *Midwifery*, 4, 166-170
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S. & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal-child nursing* (3 rd ed.). St Louis, MO: Saunders Elsevier.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5 th ed.). St Louis, MO: Elsevier.

- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2005). *Maternal-child nursing* (2 nd ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A. & Ashwill, J. W. (2013). *Maternal-child nursing* (4 th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- McNabb, M. (2004). Physiological changes in labour. In C. Henderson & S. Macdonald (Eds.), *Mayes' midwifery: A textbook for midwives* (13 th ed., pp. 410-427.). Philadelphia: Bailliere Tindall.
- Melzack, R. (1993). Pain: Past, present and future. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 47, 615-629.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). Pain mechanisms: A new theory. *Pain Forum*, 5, 3-11.
- Mendez-Bauer, C., Arroyo, J., Ramos, C. G., Menendez, A., Lavilla, M., Izquierdo, F., et al., (1975). Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 3, 89-100.
- Michelle, T., & Pahl, E. V. (2000). Hydrotherapy during labor: An example of developing a practice policy. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 25, 198-203.
- Milner, I. (1988). Water baths for pain relief in labour. *Nursing Time*, 84, 39-40.
- Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K., & Rahimparvar, S. F. V. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 19-23.
- Murphy, K., Grieg, V., Garcia, J., & Grant, A. (1986). Maternal considerations in the use of pelvic examinations in labour. *Midwifery*, 2, 93-97.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (5 th ed.). Maryland Heights, MO: Saunders Elsevier.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6 th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Nakano, A. M. S., Ferreira, C. H. J., Almeida, A. M. D., & Gomes, F. A. (2012). Childbirth experience according to a group of Brazilian primiparous. *Midwifery*, 28, e844-e894.
- Navitsky, J., Greene, J. F., & Curry, S. L. (2000). The onset of human labor: Current theories. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 7, 197-199.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference of cesarean section-a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 807-813.
- Nystedt, A., Hogberg, U., & Lundman, B. (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*, 22, 56-65.
- O'Brien, E., Rauf, Z., Alfirevic, Z., & Lavender, T. (2013). Women's experiences of outpatient induction of labour with remote continuous monitoring. *Midwifery*, 29, 325-331.
- Odent, M. (1997). Can water immersion stop labor?. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42, 414-416.

- OGCCU. (2012). *Clinical guidelines: Management of the second stage of labour*. King Edward Memorial Hospital, Perth: Western Australia.
- Ohel, I., Walfisch, A., Shitenberg, D., Sheiner, E., & Hallak, M. (2007). A rise in pain threshold during labor: A prospective clinical trial. *Pain, 132*, s104-s108.
- Olds, S. B., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2000). *Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach* (6 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice, 15*, 525-533.
- Oweis, A., & Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice, 10*, 264-271.
- Oxorn, H. (2000). *Human labor & birth* (5 th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Parratt, J. (2002). The impact of childbirth experiences on women's sense of self: A review of literature. *The Australian Journal of Midwifery, 15*, 10-16.
- Parsons, M. (2004). A midwifery practice dichotomy on oral intake in labour. *Midwifery, 20*, 72-81.
- Patterson, D. A., & Winslow, M. (2008). Spontaneous vaginal delivery. *American Family Physician, 78*, 336-341,343-344.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk D. L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4 th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Phumdoung, S., Morkruengsai, S., Tachapattarakul, S., Lawantrakul, J., & Junsuwan, P. (2010). Effect of the Prince of Songkla University Locked-Upright position on the duration, pain and comfort of second-stage labor in primiparous women. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*, 112-121.
- Phumdoung, S., & Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing, 4*, 54-61.
- Phumdoung, S., & Rattanaparikonn, A. (2003). Factors related to labor pain: review articles. *Songklanagarind Medical Journal, 21*, 155-162.
- Phumdoung, S., & Youngvanichsate, S. (2009). Thai women's experiences of receiving a vaginal examination during labor. *Songklanagarind Medical Journal, 27*, 465-470.
- Phumdoung, S., Bhitakburapa, A., Chanaudom, B., Ajasareyasing, T., & Petcharat, T. (2007). Effects of the combination of small dose analgesic and music on labor pain. *Songklanagarind Medical Journal, 22*, 99-105.
- Phumdoung, S., Manasarkarn, B., Rattanasombat, K., Mahattana, S., Maneechot, K., Chanudom, B., et al. (2013). Effect of the Prince of Songkla University Birthing Bed on duration, pain, and comfort level during second-stage labor in primiparous Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 17*, 56-67..

- Phumdoung, S., Morkruengsai, S., Tachapattarakul, S., Lawantrakul, J., & Junsuwan, P. (2010). Effect of the Prince of Songkla University Locked-Upright position on the duration, pain and comfort of second-stage labor in primiparous women. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *14*, 112-121.
- Phumdoung, S., Rattanaparikonn, A., & Maneechot, K. (2004). Pain during the first stage of labor. *Songklanagarind Medical Journal*, *22*, 163-171.
- Phumdoung, S., Youngvanichsata, S., Mahattanan, S., Payakkamas, T., Maneechot, K., Chanudom, B., & Ajasariyasing, T. (2014). PSU Cat and Upright Positions under Music Reduces the Duration of Active Phase of Labour and Labour Pain in Primiparous Women Compared to Oxytocin. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, *19*, 70-77.
- Phumdoung, S., Youngvanichsate, S., & Wongmuneeworn, W. (2011). The effects of instrumental marching and cheerful music on women's sense of power, self control, fear of childbirth, and second-stage duration during their second stage of labor. *Songklanagarind Medical Journal*, *29*, 163-173.
- Phumdoung, S., Youngvanichsate, S., Jongpaiboonpatana W., & Leetanaporn, R. (2007). The effects of the PSU Cat position and music on length of time in the active phase of labor and labor pain. *Thai Journal of Nursing Research*, *11*, 96-105.
- Pillitteri, A. (2007). *Maternal and child health nursing* (5 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternity & child health nursing: Care of the childbearing & Childrearing family* (7 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Piotrowski, K. A. (2004). Management of discomfort. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry (Eds.), *Maternity & women's health care* (8 th ed., pp. 488-517). St Louis: MO, Mosby.
- Piotrowski, K. A. (2012). Nursing care of the family during labor and birth. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, & K. R. Alden (Eds.), *Maternity & women's health care* (10 th ed., pp. 433-477). St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Pugh, L., Milligan, R. A., Gray, S., & Strickland, O. L. (1998). First stage labor management: an examination of patterned breathing and fatigue. *Birth*, *25*, 241-245.
- Puntillo, K. A. (1988). The phenomena of pain and critical care nursing. *Heart and Lung*, *17*, 262-271.
- Raynes-Greenow, C. H., Roberts, C. L., McCaffery, K., & Clarke, J. (2007). Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery*, *23*, 139-145.
- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Koniak-Griffin, D. (1997). *Maternity nursing* (18 th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Ricci, S. S. (2009). *Essentials of maternity newborn & women's health nursing* (2 nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S. S. (2013). *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing* (3 rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S.S., Kyle,T., & Carman,S. (2017). *Maternity and pediatric nursing* (3 rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Richmond, H. (2003). Theories surrounding waterbirth. *The Practising Midwifery*, 6, 10-13.
- Roberts, J. E. (2003). A new understanding of the second stage of labor: Implications for nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 794-801.
- Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52, 238-245.
- Robertson, A. (n.d.). *Preparing for birth: Background notes for pre-natal classes*. ____: ACE Graphic.
- Romano, A. M., & Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 94-105.
- Sampselle, C. M., Miller, J. M., Luecha, Y., Fischer, K., & Rosten, L. (2005). Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 695-702.
- Sampselle, M., & Hines, S. (1999). Spontaneous pushing during birth: Relationship to perineal outcomes. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 36-39.
- Sapkota, S., Kobayashi, T., & Takase, M. (2012). Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal. *Midwifery*, 28, 45-51.
- Schaffer J.I., Bloom, S. L., Casey, B. M., McIntire, D. D., Nihira, M.A. & Leveno, K. J. (2005). A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1692-1696.
- Sheiner, E. S., Sheiner, E. K., Hershkovitz, R. Mazor, M., Katz, M., & Shoham-Vardi, I. (2000). Overestimation and underestimation of labor pain. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology*, 91, 37-40.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M. A., & Weingarten, C. T. (1995). *Nursing care of the childbearing family* (2 nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Shipman, M. K., Boniface, D. R., Tefft, M. E., & McCloghry, F. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 787-791.

Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.1997.tb12021.x/full>

- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth, 29*, 18-27.
- Simkin, P. (1991). Non-pharmacological methods of pain relief during labour. In I. Chalmers, M. Enkin, & M. Keirse (Eds.), *Effective care in pregnancy and childbirth* (pp. 893-912). Oxford: Oxford University Press.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2000). *The labor progress handbook*. Malden, MA: Blackwell Science.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*, 489-504.
- Simpson, K. R., & James, D. C. (2005). Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nursing Research, 54*, 149-157.
- Sinclair, C. (2004). *A midwife's handbook*. St Louis, MO: Saunders.
- Skilnand, E., Fossen, D., & Heiberg, E. (2002). Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81*, 943-948.
- Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, DOI 10.1186/S12884-0903-2.
- Smith, C. A., Collins, C. T., & Crowther, C. A. (2011). Aromatherapy for pain management in labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Issue 8.
- Smith, J. K. (2008). Pharmacologic pain management of labor. In S. A. Orshan (Ed.), *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan* (pp. 671-704). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13*, 59 doi10.1186/1471-2393-13-59.
- Stark, M. A., Rudell, B., & Haus, G. (2008). Observing position and movements in hydrotherapy: A pilot study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37*, 116-122.
- Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery, 29*, 819-825.
- Taavoni, S., Abdollahian, S., & Haghani, H. (2013). Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Medicine, doi:10.1111/pme.12161*.
- Tan, W. M., Klein, M. C., Saxell, L., Shirkoohy, S. E., & Asrat, G. (2008). How do physicians and midwives manage the third stage of labor?. *Birth, 35*, 220-229.

- Terry, R. R., Westcott, J., O'Shea, L., & Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *The Journal of the American Osteopathic Association, 106*, 199-202.
- Teschendorf, M. E., & Evans, C. P. (2000). Hydrotherapy during labor: An example of developing a practice policy. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 25*, 198-203.
- Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Episiotomy and obstetric perineal trauma. In R. Warren & S.S. Arulkumaran (Eds.), *Best practice in labour and delivery* (pp. 182-194). New York: Cambridge University Press.
- The Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. (2008). Joint Policy Statement on normal childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 30*, 1163-1165.
- The Guardian. (2009). *It's good for women to suffer the pain of natural birth, says medical chief*. Retrieved from <http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2009/jul12/pregnancy-pain-natural-birth-yoga>
- The Royal College of Midwives. (2012). *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Birth environment*. Retrieved from [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Supporting% 20Women%20in%20Labour_1.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Supporting%20Women%20in%20Labour_1.pdf)
- The Royal College of Midwives. (n.d.). *The Royal College of Midwives: Report of a survey exploring the position of midwives' hands during the birth of the baby's head*. Retrieved from [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/ Perineal Audit Report 2014_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Perineal%20Audit%20Report%202014_0.pdf)
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Sandin-Bojo, A-K., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery, 29*, 344-350.
- Tiran, D. (1996). Aromatherapy in midwifery: benefits and risks. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, 2*, 88-92.
- Turley, G. M. (2000). Essential forces and factors in labor. In S. Mattson & J. E. Smith (Eds.), *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (2nd ed., pp. 204-240). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- VandeVusse, L. (1999). Decision making in analyses of women's birth stories. *Birth, 26*, 43-50.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gejor, C. L. (2004). *Varney's midwifery* (4 th ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Waldenstrom, L., Hildingsson, I., Rubertsson C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in national sample. *Birth, 31*, 17-27.
- Waldenstrom, U. (2004). Why so some women change their opinion about childbirth over time?. *Birth, 31*, 102-107.

- Waldenstrom, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth, 20*, 175-180.
- Waldenstrom, U., & Schytt, E. (2008). A longitudinal study of women's memory of labour pain- from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116*, 577-583.
- Walker, D. S. (2016). Nursing care of the family during labor and birth. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, & K.R. Alden (Eds.), *Maternity & women's health care* (pp. 430-472). St Louis, MO: Elsevier.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth*. New York: Routledge.
- Walsh, L. V. (2001). *Midwifery community-based care during the childbearing year*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wesselmann, U. (2008). *Pain in childbirth*. The Johns Hopkins University, School of Medicine, Baltimore, MD: USA.
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1989). *Essentials of pediatric nursing* (3rd ed.) St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.
- Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1991). *Nursing care of infants and children*. St Louis, MO: Mosby.
- Wood, M., & Wood, A. J. J. (1990). *Drugs and anesthesiologists*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- World Health Organization [WHO]. (1997). Care in normal birth: A practical guide. *Birth, 24*, 121-123.
- Ye, H. J., Jiang, Y. J., & Ruan, Z. F. (2011). [Relationship between factors of labour pain and delivery outcomes]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 46*, 753-757.
- Zanetti- Daellenbach, R. A., Tschudin, S., Zhong, X. Y., Holzgreve, W., Lapaire, O., & Hosli, I. (2007). Maternal and neonatal infections and obstetrical outcome in water birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 134*, 37-43.
- Zatorre, R. J., & Halpern, A. R. (1993). Effect of unilateral temporal lobe excision on perception and imagery of songs. *Neuropsychologia, 31*, 221-232.
- Zwelling, E., Johnson, K. & Allen, J. (2006). How to implement complementary therapies for laboring women. *The American Journal of Maternal Child Nursing, 31*, 364-370.

บทที่ 5

Nursing care during the Postpartum period

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของมารดาหลังคลอดและ การปรับตัวด้านจิตสังคม

อาจารย์จันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว

วัตถุประสงค์

1. อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับระยะหลังคลอดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสตรีหลังคลอดและการกลับคืนสู่ภาวะปกติ (มดลูก ปากมดลูก น้ำคาวปลา ผนังช่องคลอด เต้านม การหลังน้ำนม การมีประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั่วไป)
2. อธิบายการปรับตัวด้านจิตสังคม และบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด รวมถึงภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้

หัวข้อ

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของมารดาหลังคลอด
2. การปรับตัวด้านจิตสังคม และบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด (รวม Postpartum blue)

มโนทัศน์ระยะหลังคลอด

ระยะหลังคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องมาจากการตั้งครรภ์เพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อวัยวะต่างๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลับสู่สภาพเดิม มีเพียงแต่เต้านมที่จะมีการเปลี่ยนแปลงขยายขนาดต่อไปเพื่อสร้างน้ำนมในการเลี้ยงดูทารก ดังนั้นในการที่จะให้การดูแลมารดาและทารกให้ครอบคลุมทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้มารดาและทารกหลังคลอดมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ความหมาย

ระยะหลังคลอด (Puerperium, Postpartum period, Postnatal period, Post-delivery period) สมัยก่อนเรียกว่า ระยะอยู่ไฟหลังคลอด ซึ่งหมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่แรกคลอดไปจนกระทั่งถึงเวลาที่อวัยวะต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะตั้งแต่ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ โดยระยะหลังคลอดใช้เวลาประมาณ 6 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะหลังคลอดทันที (puerperium immediate) คือ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด 2) หลังคลอดระยะปลาย (puerperium late) คือ ระยะหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะหลังคลอดทันที (puerperium immediate) ในระยะนี้เป็นช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมารดาควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในเรื่องการหดรัดตัวของมดลูก เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด อาการปวดมดลูกหลังคลอดซึ่งอาจไม่ได้เกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดทุกราย อาการปวดแผลฝีเย็บ ในระยะนี้มารดาหลังคลอดจะรู้สึกอ่อนเพลียจากการใช้พลังงานในการงดน้ำงดอาหารในระยะรอคลอด การเบ่งคลอดที่อาจมีระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ต้องการพักผ่อน ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกตื่นเต้นในการรับบทบาทการเป็นมารดา ต้องการทราบเพศบุตร ต้องการสำรวจดูรูปร่างลักษณะทารก ในระยะนี้ควรส่งเสริมให้บิดา มารดา และบุตรได้มีโอกาสใกล้ชิดกัน

2. ระยะหลังคลอดระยะปลาย (puerperium late) เป็นระยะหลังคลอดจาก 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ระยะนี้มารดาหลังคลอดสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น มีความต้องการให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายกลับคืนเข้าสู่สภาพปกติ และต้องการสร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกใหม่โดยการปรับความสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเดิมกับสมาชิกใหม่ ในระยะนี้มารดาควรได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและการกลับคืนสู่สภาวะปกติของมารดาหลังคลอด

สำหรับการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังคลอดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของร่างกาย (Anatomy and physiologic change) 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Mental change) (Jane, Melyn, & Rona, 2005; Perry, Hockenberry, Lowdermilk, & Wilson, 2010) รายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์
 - 1.1 มดลูก (uterus)
 - 1.2 เยื่อโพรงมดลูก (Endometrial tissue)

- 1.3 น้ำคาวปลา (lochia)
- 1.4 ปากมดลูก (cervix)
- 1.5 ช่องคลอด (vagina)
- 1.6 ฝีเย็บ (perineum)
2. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย
 - 2.1 ระบบต่อมไร้ท่อ
 - 2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - 2.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ
 - 2.4 ระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญ
 - 2.5 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก
 - 2.6 ระบบประสาท
 - 2.7 ระบบผิวหนัง
 - 2.8 ระบบภูมิคุ้มกัน
3. ผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลดลง (effects of retrogression change)
 - 3.1 ความอ่อนเพลีย
 - 3.2 น้ำหนักลด
4. การเปลี่ยนแปลงในทางก้าวหน้า
 - 4.1 การหลั่งน้ำนม
 - 4.2 การตกไข่และการมีประจำเดือน
5. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
 - 5.1 อุณหภูมิ
 - 5.2 ชีพจร
 - 5.3 ความดันโลหิต

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะสืบพันธุ์

1.1 **มดลูก (uterus)** มดลูกมีการยืดขยายมากขณะตั้งครรภ์ (ประมาณ 11 เท่าของก่อนตั้งครรภ์) จะลดขนาดลงในทันทีที่เด็กและรกคลอด มดลูกจะมีน้ำหนักประมาณ 1,000 กรัม กว้าง 12 ซม. ยาว 5 ซม. หนา 8-10 ซม. สามารถคลำได้ทางหน้าท้องมีลักษณะเป็นก้อนแข็งจากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ระดับของยอดมดลูกจะอยู่ระดับสะดือ หรือต่ำกว่าเล็กน้อยเนื่องจากการหย่อนของช่องคลอด ผนังมดลูกส่วนล่าง และกล้ามเนื้อของพื้นเชิงกราน (pelvic floor) ภายหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้วระดับของมดลูกจะลอยสูงขึ้นมาอยู่เหนือสะดือและอาจเอียงไปทางขวา เนื่องจากทางซ้ายมีลำไส้ใหญ่ส่วนซีกมอดขวางอยู่ มดลูกจะลดขนาดลงสู่เชิงกรานประมาณวันละ 1/2 – 1 นิ้ว โดยจะลดลงทั้งน้ำหนักและขนาดเพื่อกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ เรียกว่า “มดลูกเข้าอู่” (involution of uterus) การเข้าอู่ของมดลูกไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงจำนวนเซลล์ของกล้ามเนื้อมดลูก แต่ขนาดของเซลล์จะลดลงประมาณ 90% กล้ามเนื้อของมดลูกจะกลับเข้าสู่สภาพเดิมภายใน 2-3 สัปดาห์หลังคลอด การกลับคืนสู่สภาพเดิมของมดลูกเกิดจาก 2 กระบวนการดังต่อไปนี้

1.1.1 การย่อยสลายตัวเอง (autolysis or self digestion) เกิดจากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) มีผลทำให้คอลลาจีเนส

(collagenase) ในตัวมดลูกเพิ่มการทำงานมากขึ้นทำให้เพิ่มการหลั่งน้ำย่อยพวกโปรตีโอไลติก (proteolytic enzyme) ซึ่งทำให้เกิดการแตกตัวของใยกล้ามเนื้อและมีการเคลื่อนย้ายของแมโครแพจ (macrophage) เข้าไปในเนื้อเยื่อของกล้ามเนื้อมดลูกเพื่อทำลายสิ่งแปลกปลอมโปรตีนในผนังมดลูกจนทำให้โปรตีนในผนังมดลูกมีการแตกตัวและถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือด แล้วขับออกทางไตจึงทำให้มีไนโตรเจนในปัสสาวะเพิ่มขึ้นเป็นเวลาหลายวันภายหลังคลอด นอกจากนี้การกลับคืนสู่สภาพเดิมของมดลูกยังเกิดจากการลดจำนวนลงของไซโตพลาสซึม ภายหลังคลอดขนาดของเซลล์มดลูกจะลดลงไม่เท่าเดิมดังนั้นการคลอดแต่ละครั้งส่งผลให้ขนาดของมดลูกใหญ่ขึ้นเล็กน้อย

1.1.2 มดลูกขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia or localized anemia) เกิดจากการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งถูกควบคุมโดยออกซิโตซิน (Oxytocin) ทำให้มีการบีบตัวกดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกโดยเฉพาะบริเวณที่รกเกาะเพื่อยับยั้งการเสียเลือด ส่งผลให้เส้นเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อมดลูกถูกบีบ จำนวนเลือดที่มาเลี้ยงมดลูกลดลงทำให้เกิดการเหี่ยวฝ่อของเยื่อภายในโพรงมดลูกและการยุบสลายถูกขับออกมาทางน้ำคาวปลา ดังนั้นการกลับคืนสู่สภาพเดิมของมดลูกจะมีทั้งการลดขนาด การลดน้ำหนักและการลดระดับ โดยการลดระดับของมดลูกจะลดลงดังนี้

- ระดับของยอดมดลูกจะอยู่ระหว่างสะดือกับหัวเหน่าภายหลังคลอดทันทีและมีน้ำหนักประมาณ 1,000 กรัม

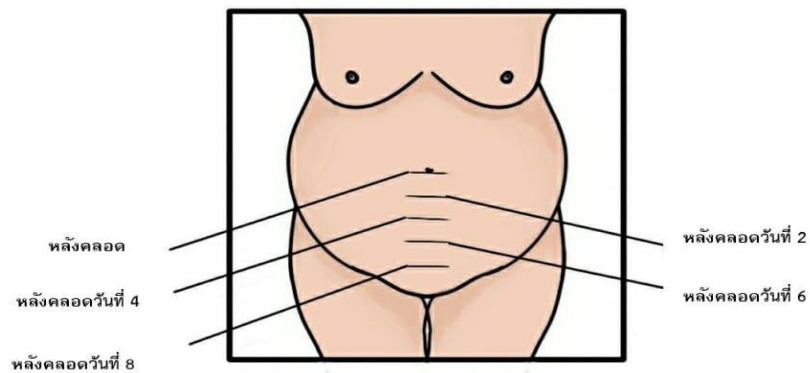
- ภายหลังรกลคลอด 1 ชั่วโมงมดลูกจะลอยตัวสูงขึ้นมาอยู่ระดับสะดือเนื่องจากการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนและส่วนล่างไม่เท่ากัน

- ภายหลังคลอด 2 วันมดลูกจะหดรัดตัวและลดขนาดวันละ 1/2- 1 นิ้ว หรือประมาณ 1 fingerbreadth (FB)

- ภายหลังคลอด 7 วันระดับมดลูกจะอยู่กึ่งกลางระหว่างหัวเหน่า กับสะดือ หรือประมาณ 3 นิ้วเหนือหัวเหน่า และมีน้ำหนักประมาณ 500 กรัม

- ภายหลังคลอด 2 สัปดาห์ระดับมดลูกจะอยู่ที่ระดับหัวเหน่า และไม่สามารถคลำพบได้ทางหน้าท้อง มีน้ำหนักประมาณ 300 กรัม

- ภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ มดลูกจะมีน้ำหนักกับก่อนการตั้งครรภ์ประมาณ 50 กรัม สิ้นสุดกระบวนการลดขนาดของมดลูกในระยะหลังคลอด หรือที่เรียกว่า “มดลูกเข้าอู่”



รูปที่ 40 การลดระดับของมดลูกลงสู่เชิงกราน

หากในช่วง 3 วันหลังคลอดไม่มีการลดระดับของมดลูก หรือมีการลดตัวช้ากว่าปกติเพื่อเข้าสู่ช่องเชิงกราน เรียกว่า “มดลูกไม่เข้าอู่” subinvolution of uterus ซึ่งมีได้หลายสาเหตุดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์แฝดหรือตั้งครรภ์แฝดน้ำซึ่งทำให้กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมาก
2. มีภาวะอ่อนเพลียจากระยะคลอดยาวนานหรือจากการคลอดยาก
3. เคยตั้งครรภ์มากกว่า 6 ครั้งขึ้นไป
4. การได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะเวลาคลอด
5. การมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูกซึ่งจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก
6. มีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ
7. มี Early ambulation ช้ากว่าปกติ

นอกจากการวัดระดับยอดมดลูกแล้วจะต้องสังเกตการณ์หดตัวของมดลูกร่วมด้วย เนื่องจากมดลูกที่หดตัวดีจะมีลักษณะกลมแข็งซึ่งจะทำให้มีการสูญเสียเลือดจากโพรงมดลูกลดน้อยลงและสามารถหดตัวเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้เร็วขึ้นโดยในเฉพาะในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หากมดลูกหดตัวไม่ดีกระบวนการสร้างก้อนลิ่มเลือด (Thrombi) ที่จะมาอุดบริเวณแผลที่เกิดจากรกเกาะก็จะไม่เกิดขึ้น จึงทำให้มีการเสียเลือดออกมาในบริเวณที่รกเกาะ ซึ่งอาจส่งผลให้มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดและส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต

อาการปวดมดลูก (Afterpain)

มีสาเหตุมาจากการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อมดลูกซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดในสตรีครรภ์หลังมากกว่าสตรีครรภ์แรก เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์แรกกล้ามเนื้อมดลูกยังมีความตึงตัวสูง ยกเว้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีการตั้งครรภ์แฝด หรือครรภ์แฝดน้ำ หรือตั้งครรภ์ที่ทารกตัวโต อาการปวดมดลูกสามารถเกิดขึ้นรุนแรงได้หลังคลอดเมื่อมารดาให้บุตรดูดนมเพราะการดูดนมจะกระตุ้นต่อมพิทูอิทารีส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ไปกระตุ้นมดลูกให้มดลูกหดตัว อาการปวดมดลูกจะไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังคลอด หากมีอาการปวดมดลูกนานเกิน 72 ชั่วโมง หรือเจ็บปวดรุนแรงอาจเกิดจากมีเศษรกค้างหรือมีก้อนเลือดค้างอยู่

1.1 เยื่อโพรงมดลูก (Endometrial tissue)

ภายหลังจากรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาแล้ว บริเวณที่รกเกาะจะเกิดเป็นรอยแผลขนาดประมาณ 8x9 เซนติเมตร ซึ่งกระบวนการหายของแผลเกิดจากเยื่อบุมดลูก (Endometrial tissue) เจริญขึ้นมาแทนที่ decidua basalis ที่ยังคงมีอยู่ในโพรงมดลูกหลังจากรกและเยื่อหุ้มเด็กแยกออกไปแล้วในระยะ 2-3 วันหลังคลอด decidua ที่เหลืออยู่ในโพรงมดลูกจะแบ่งตัวเป็น 2 ชั้นคือชั้น superficial layer และ functional layer โดยชั้น superficial layer จะหลุดลอกออกมาเป็นน้ำคาวปลา ส่วนในชั้นของ functional layer ซึ่งติดอยู่กับเนื้อเยื่อ connective tissue จะมีการงอกขึ้นมาใหม่การเสื่อมของหลอดเลือดและการมีลิ่มเลือดที่ด้านบนจากการเจริญเติบโตของเยื่อบุมดลูกจะป้องกันไม่ให้เกิดรอยแผลเป็น กระบวนการดังกล่าวทำให้เยื่อบุมดลูกกลับคืนสู่วงจรการเปลี่ยนแปลงตามปกติ หากมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น zygote สามารถฝังตัวได้ เยื่อโพรงมดลูกจะได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างสมบูรณ์ประมาณปลายสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด ยกเว้นบริเวณที่มีรอยแผลจากการลอกตัวของรกซึ่งปกติจะหายอย่างสมบูรณ์ภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ถ้าไม่หายเรียกว่า subinvolution of the placenta site ซึ่งน้ำคาวปลาที่ไหลออกมาจะมีลักษณะเป็นสีแดงไม่มีการจาง และไหลอยู่เป็นเวลานานกว่า 14 วันหลังคลอด เรียกว่า Persistent red lochia

1.2 น้ำคาวปลา (lochia)

น้ำคาวปลาคือสิ่งที่ขับออกมาจากแผลภายในโพรงมดลูกตรงบริเวณที่รกเคยเกาะมีลักษณะเป็นเลือดปนน้ำเหลืองคล้ายน้ำคาวปลา ลักษณะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของแผลที่มีการซ่อมแซม เพื่อเกิดเป็นเยื่อโพรงมดลูก ตามปกติมีฤทธิ์เป็นต่างประกอบด้วยเลือด เยื่อโพรงมดลูก น้ำคร่ำ และสิ่งต่างๆที่เกิดจากการตั้งครรภ์ค้างอยู่ในโพรงมดลูก น้ำคาวปลามีกลิ่นเฉพาะแต่ไม่เหม็นเน่า ปริมาณแตกต่างกันไปประมาณ 240-480 ซีซี และจะค่อยๆจางลงและหมดไป ภายใน 7-21 วันหลังคลอด น้ำคาวปลาแบ่งได้ 3 ชนิด ตามลักษณะและช่วงเวลาการเกิด ดังนี้

1.1.1 โลเคียรูบรา (Lochia rubra) เป็นน้ำคาวปลาที่ออกมาในระยะ 2-3 วันแรกหลังคลอดเนื่องจากในระยะนี้แผลในโพรงมดลูกยังใหม่อยู่ การซ่อมแซมยังเกิดขึ้นน้อยสิ่งที่ขับออกมามีลักษณะสีแดงคล้ำและข้น ประกอบด้วยเลือดเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็มีน้ำคร่ำ เศษเยื่อหุ้มเด็ก เยื่อมดลูก ไชและขนของเด็กปนออกมากับน้ำคาวปลาในระยะนี้

1.1.2 โลเคียซีโรซา (Lochia serosa) มีประมาณวันที่ 4-9 หลังคลอด ลักษณะของน้ำคาวปลาที่ออกมาจะจางลงเป็นสีชมพู สีน้ำตาล หรือค่อนข้างเหลือง มีมูกปนทำให้ลักษณะที่ออกมาเป็นเลือดจางๆ ยืดได้เนื่องจากบริเวณแผลมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น มีเม็ดเลือดขาวมีน้ำเหลือง (exudate) ที่ออกมาจากแผลซึ่งกำลังจะหาย ประกอบด้วยเลือด น้ำเหลืองจากแผล เม็ดเลือดขาว เศษเยื่อโพรงมดลูกที่สลายตัวแล้วจากปากมดลูก

1.1.3 โลเคียแอลบา (Lochia alba) จะเกิดหลังคลอดประมาณวันที่ 10 น้ำคาวปลาจะค่อยๆ น้อยลงเป็นสีเหลืองจางๆ หรือสีขาวประกอบด้วยเม็ดเลือดขาว เยื่อโพรงมดลูกที่สลายตัวแล้ว มูกจากปากมดลูก หรือน้ำเมือกและจุลินทรีย์เล็กๆ

ดังนั้นการตรวจดูน้ำคาวปลาจึงทำให้ทราบว่า กระบวนการหายของแผลในโพรงมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะใด หากมีความผิดปกติ แผลหายช้าหรือมีการอักเสบของแผล น้ำคาวปลาจะมีลักษณะผิดปกติอาจมีกลิ่นเหม็น (Foul lochia) ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อ ถ้าน้ำคาวปลาที่ออกมีสีแดงสดอยู่ตลอดอาจเกิดจากการมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก

1.3 ปากมดลูก (cervix)

หลังคลอดบริเวณปากช่องคลอดจนกระทั่งถึงมดลูกส่วนล่าง (lower uterine segment) ยังคงบวมเป็นเวลาหลายวันส่วนของปากมดลูกที่ยื่นเข้าไปในช่องคลอดจะอ่อนนุ่มมีรอยขีด และมียอดนิ่มขนาดเล็กๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายประมาณ 18 ชั่วโมงหลังคลอด ภายหลังจากคลอดปากมดลูกจะสั้นลง แข็งขึ้น และกลับคืนสู่รูปเดิมประมาณ 2-3 วันหลังคลอด ปากมดลูกยังคงยืดขยายได้ง่ายอาจสอดนิ้วเข้าไปได้ 2 นิ้ว ประมาณปลายสัปดาห์ที่ 1 จะกลับคืนเหมือนสภาพเดิมเกือบสมบูรณ์ แต่อย่างไรก็ตามปากมดลูกจะไม่คืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ รูบริเวณปากมดลูกที่เป็นรูปวงกลมเมื่อก่อนตั้งครรภ์ จะเปลี่ยนเป็นรูปยาวรีซึ่งเป็นเครื่องหมายว่าเคยผ่านการคลอดมาแล้ว ลักษณะของปากมดลูกด้านนอกจะไม่กลมเหมือนระยะก่อนคลอด แต่จะเหมือนรอยตะเข็บหรือรอยแยก (slitlike or stellate or star shaped) สำหรับปากมดลูกด้านใน จะปิดอยู่เหมือนก่อนตั้งครรภ์



รูปที่ 41 เปรียบเทียบลักษณะของปากมดลูกระหว่างหญิงที่ไม่เคยผ่านการคลอดบุตร และที่ผ่านการคลอดบุตรแล้ว

1.4 ช่องคลอด (vagina)

ระยะหลังคลอดช่องคลอด ปากช่องคลอดและบริเวณพื้นเชิงกราน (Vaginal orifice) โดยเฉพาะเยื่อช่องคลอดจะบางลง รอยย่น (Rugae) ลดลงและยืดขยายได้มาก จากการลดลงของเอสโตรเจนในระยะหลังคลอด การเปลี่ยนแปลงในช่องคลอดเกิดขึ้นค่อนข้างช้าและแตกต่างจากสภาพเดิม ขนาดจะค่อยๆ ลดลง รอยย่นจะปรากฏขึ้นมาใหม่ประมาณสัปดาห์ที่ 3 แต่จะไม่นูนชัดเจนเหมือนก่อนคลอด มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รอยย่นอาจจะแบน เยื่ออาจยังบางอยู่จนกระทั่งเริ่มมีประจำเดือนจึงจะเริ่มหนาขึ้น พร้อมกับรังไข่เริ่มทำหน้าที่ปกติ ระยะหลังคลอดสิ่งที่ถูกขับออกมาจากช่องคลอดจะมีไม่มาก นอกจากมีการอักเสบติดเชื้อของช่องคลอดร่วมกับระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้ช่องคลอดแห้งส่งผลให้เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia) อาการเหล่านี้จะยังคงอยู่จนกระทั่งมีการตกไข่ หรือมีประจำเดือน ปากช่องคลอดในระยะช่วงแรกหลังคลอด จะบวมซ้ำโดยเฉพาะบริเวณที่ตัดฝีเย็บ หรือฉีกขาดหลังจากได้รับการเย็บซ่อมแซมและรักษาความสะอาด ปากช่องคลอดจะกลับคืนเหมือนก่อนคลอดภายใน 2 สัปดาห์ ภายหลังคลอดขอบเยื่อพรหมจารีย์ (Hymenal ring) จะขาดกระรุ่งกระริ่ง เรียกว่า คาร์นาคูเลไมร์ติฟอร์มส์ (Carunculae myrtiformis) เป็นลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งที่บอกได้ว่าสตรีรายนั้นเคยผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว ส่วนอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกซึ่งถูกยืดขยายจะเล็กลง และหย่อนจากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่ลดลง ส่งผลให้เอ็นที่ยึดมดลูกที่ถูกยึดหดสั้นลง เมื่อความตึงตัวดีขึ้นจะเหมือนเดิม พื้นเชิงกรานประกอบด้วยกล้ามเนื้อไขมันและพังพืด ขณะคลอดใยกล้ามเนื้ออักเสบและถูกยืดขยายมาก ภายหลังคลอดจะมีเลือดและซีรัม (serum) แทรกซึมอยู่ทั่วไป แต่เลือดและซีรัมจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว การขมิบช่องคลอด (kegel exercise) มีความสำคัญที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อเชิงกรานมีความตึงตัวดีขึ้นประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังจากนั้นความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะค่อยๆ กลับคืนสู่สภาพเดิม

1.5 ฝีเย็บ (perineum)

ในระยะที่ 2 ของการคลอดศีรษะทารกจะมีการกด การดันส่งผลให้ฝีเย็บมีการยืดขยาย มารดาหลังคลอดจะมีอาการปวดบริเวณฝีเย็บ ฝีเย็บจะมีลักษณะบวมและอาจมีเลือดออกใต้ผิวหนังจากการที่หลอดเลือดฝอยฉีกขาด labia minora และ labia majora เหี่ยวและอ่อนนุ่มมากขึ้นเมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการทำความสะอาดบริเวณฝีเย็บ และอบแผลด้วยแสง Infrared นาน 15-20 นาที โดยตั้งไฟห่างจากฝีเย็บ 1-2 ฟุต จะช่วยกระตุ้นให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น บรรเทาอาการปวดบริเวณแผลฝีเย็บลงได้ มารดาหลังคลอดบางรายที่มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อฝีเย็บแต่มีช่องทาง

คลอดที่แคบเกินไปอาจทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพของกลุ่มเนื้อบริเวณนี้ ส่งผลให้เกิดภาวะ Rectocele หรือ Cystocele ขึ้น สำหรับมารดาที่ได้รับการตัดฝีเย็บ และได้รับการซ่อมแซมฝีเย็บจะหายเป็นปกติภายใน 5-7 วัน

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย

2.1 ระบบต่อมไร้ท่อ

2.1.1 ฮอร์โมนของรก (Placenta hormone)

ภายหลังคลอดระดับฮอร์โมนจากรกในพลาสมา (plasma) จะลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง และจะไม่สามารถตรวจเจอระดับฮอร์โมนฮิวแมนคอร์ริโอนิกโซมาโทแมมโมโทรฟิน (Human Chorionocsomatomammotropin) ประมาณปลายสัปดาห์แรก หลังคลอด ระดับของฮอร์โมนฮิวแมนคอร์ริโอนิกโกนาโดโทรฟิน (Human Chorionic Gonadotropin=HCG)จะลดลง หากทดสอบการตั้งครรภ์จากปัสสาวะจะได้ผลเป็นลบ ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในพลาสมาจะลดลงภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอดประมาณ 10% ของค่าในระยะตั้งครรภ์ ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลงต่ำสุดและตรวจไม่พบในปัสสาวะประมาณวันที่ 4 หลังคลอด ระดับเอสโตรเจนในพลาสมาจะไม่เพิ่มเท่ากับระดับในระยะฟอลลิคูลา (follicular phase: เป็นระยะของรอบประจำเดือนที่จะมีการผลิตเอสโตรเจนสูงสุด เพื่อกระตุ้นเยื่อโพรงมดลูกให้เจริญหนาขึ้นประมาณวันที่ 9 ของรอบประจำเดือน) จนกระทั่งประมาณ 19-20 วันหลังคลอด สำหรับมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจกลับเข้าสู่ระดับปกติค่อนข้างช้า ระดับโปรเจสเตอโรนในพลาสมาจะลดลงต่ำกว่าระดับในระยะลูเทียล (Luteal phase: เป็นระยะที่ Corpus luteum ผลิตฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนซึ่งจะพัฒนาเยื่อโพรงมดลูกเพื่อรองรับไข่ต่อไป) ประมาณวันที่ 3 หลังคลอด สำหรับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะไม่สามารถตรวจพบได้หลังคลอดสัปดาห์แรก แต่ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนจะเริ่มผลิตเมื่อมีการตกไข่ครั้งแรกหลังคลอด

2.1.2 ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Pituitary hormone)

ตลอดระยะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) ในกระแสเลือดจะเพิ่มขึ้น ระยะหลังคลอด สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมของตนเองจะส่งผลให้ระดับฮอร์โมนโพรแลคตินจะลดลงเท่าระดับก่อนตั้งครรภ์ใน 2 สัปดาห์แรก การกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาบ่อยๆ จะทำให้ความเข้มข้นของโพรแลคตินในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามระดับโพรแลคตินขึ้นอยู่กับจำนวนครั้งและความบ่อยจากการดูดนมของทารก ระดับของโพรแลคติน ถ้าให้บุตรดูดนมเพียง 1-3 ครั้งต่อวันจะอยู่ในระดับปกติประมาณเดือนที่ 6 แต่ถ้าให้บุตรดูดนมสม่ำเสมอ 6 ครั้งต่อวันระดับโพรแลคตินจะอยู่สูงกว่า 1 ปี ระดับของฟอลลิคูลาสติมูเลติงฮอร์โมน (Follicular Stimulating Hormone = FSH) และลิทีไนซิงฮอร์โมน (Luteinizing Hormone = LH) จะต่ำมากในวันที่ 10-12 หลังคลอด

2.1.3 ฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโต (Growth hormone)

ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตจะอยู่ในระดับต่ำ ตั้งแต่ระยะท้ายของการตั้งครรภ์ไปจนถึง 1 สัปดาห์หลังคลอดประกอบด้วยการลดลงอย่างรวดเร็วของฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซ็นทอลแลคโทเจนฮอร์โมน (HCG) ฮอร์โมนเอสโตรเจน ฮอร์โมนคอร์ติซอล เอนไซม์จากรกและน้ำย่อย นอกจากนี้สตรีระยะหลังคลอดจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการลดการสร้างและหลังอินซูลินโดยจะต่ำในสัปดาห์แรกหลังคลอด มารดาหลังคลอดที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงมีความต้องการอินซูลินต่ำในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด จะเห็นได้ว่าในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดเป็นระยะเวลาของการปรับเปลี่ยนฮอร์โมนและฮอร์โมนต่างๆ ที่เกี่ยวกับกระบวนการเผาผลาญ

คาร์โบไฮเดรตให้เข้าสู่ภาวะปกติ ดังนั้นการแปลผลค่า Glucose tolerance test อาจมีความผิดพลาดในระยะสัปดาห์แรกหลังคลอด นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนฮอร์โมนหลายๆตัวอย่างรวดเร็วในระยะหลังคลอดอาจส่งผลให้การทำงานของต่อมไทรอยด์ทำงานได้ไม่ดีนำไปสู่ภาวะต่อมไทรอยด์ซับน้ำ คัดหลังไม่เพียงพอ (Postpartum hypothyroidism) สตรีหลังคลอดรายใดที่มีการฟื้นตัวจากการคลอดช้าเกินไป หรือร่างกายไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแลคเตท (lactate) ให้เป็นไพรูเวท (Pyruvate) มีผลทำให้ร่างกายมีพลังงานต่ำกว่าภาวะปกติเมื่อเทียบกับภาวะปกติของหญิงหลังคลอด หากไม่มีความผิดปกติใดๆเกิดขึ้นต่อมไทรอยด์จะสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ใน 6 สัปดาห์หลังคลอด สำหรับฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ในกระแสเลือดจะลดลงสู่ระดับปกติในช่วงปลายสัปดาห์แรกหลังคลอด ฮอร์โมนเรนิน (Renin) และฮอร์โมนแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ในกระแสเลือดจะเข้าสู่การทำงานตามปกติภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด

2.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

การเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ เช่น การเสียเลือดระหว่างการคลอด การซบปัสสาวะ การสูญเสียเหงื่อ การซบน้ำออกนอกหลอดเลือด (Physiologic edema) มีผลทำให้ปริมาณเลือดในร่างกายลดลงอย่างรวดเร็ว ประมาณ 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอดปริมาณเลือดจะกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงก่อนการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ มีผลทำให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวในการสูญเสียเลือดระหว่างการคลอดได้ การคลอดในแต่ละครั้งจะเสียเลือดประมาณ 300-500 ml หากคลอดทางช่องคลอด ส่วนมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูญเสียเลือดประมาณ 500-1,000 ml การสูญเสียเลือดมีผลต่อความเข้มข้นของฮีมาโตคริต (Hematocrit = Hct) หากสูญเสียเลือดไป 250 ml ความเข้มข้นของ Hct จะลดลง 4% ดังนั้นมารดารายใดที่มีภาวะซีดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด มีผลทำให้ระยะหลังคลอดมีภาวะซีดเพิ่มมากขึ้น การอ่านค่าของ Hct ควรคำนึงถึงปัจจัยที่อาจทำให้ความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้นแบบหลอก เช่น ในภาวะที่มารดาหลังคลอดดื่มน้ำน้อย มีภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ดังนั้นเพื่อความแม่นยำในการประเมินภาวะซีดคลอดมารดาหลังคลอดควรทำในวันที่ 3 หลังคลอด โดยการตรวจหาค่าฮีโมโกลบิน (Hemoglobin=Hb) ในเลือด หากพบว่าค่าของ Hb ต่ำกว่า 10 g/dl มารดาหลังคลอดควรได้รับธาตุเหล็กเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ ค่าของ Hb จะเข้าสู่ระดับปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์

การแข็งตัวของเลือดขึ้นกับองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดที่ 1,2,7,8,9,10 (Coagulation factor I, II, VII,VIII,IX,X) ที่มีปริมาณมากขึ้น ช่วยควบคุมการเสียเลือดในบริเวณที่รกเกาะเนื่องจากบริเวณดังกล่าวจะเกิดแผลในโพรงมดลูกระยะหลังคลอด ค่าความแข็งตัวของเลือดเหล่านั้นจะลดลงภายใน 2-3 วันหลังคลอด ยกเว้นองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดค่าที่ 1 (Plasma fibrinogen) จะยังคงเพิ่มในช่วง 7-10 วันหลังคลอด เพื่อช่วยควบคุมการเสียเลือดจากแผลที่รกเกาะ การที่องค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ แต่การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic activity) ลดลงมากในระยะตั้งครรภ์ ร่วมกับมารดาหลังคลอดที่ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด หรือมีการติดเชื้อในมารดาหลังคลอดบางราย จึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Thromboembolism) ได้ง่ายขึ้น อาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำอุดตันคือ เจ็บปวด รู้สึกร้อน กดเจ็บ เส้นเลือดแดงบวม รู้สึกแข็งเวลาสัมผัส มีอาการของโฮแมนส์ (Homans' sign) คือ เมื่อกระดกเท้าขึ้น (Dorsiflexion of foot) จะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณน่องกดเส้นเลือดดำบริเวณหน้าแข้ง และทำให้รู้สึกเจ็บปวด ซึ่งแสดงว่ามารดาหลัง

คลอดเกิดภาวะหลอดเลือดดำที่อยู่ลึกเข้าไปมีการอักเสบ (Deep venous thrombophlebitis) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดบางรายอาจมีภาวะ หลอดเลือดดำโป่งพอง (varicosities) บริเวณ ขา น่อง ขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก ที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ จะเกิดการลดขนาดลงเพราะไม่มีแรง กดดันของมดลูกบนหลอดเลือดดำคอมมอนไอลิแอก (Common iliac vein) บางรายอาจไม่หายขาด

ภายหลังคลอด 10-12 วันจำนวนเม็ดเลือดขาวที่อยู่ในภาวะปกติควรอยู่ระหว่าง 20,000-25,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Perry, Hockenbery, Lowdermilk, & Wilson, 2010) ใน ระยะหลังคลอดปริมาณเม็ดเลือดขาวจะเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะมารดาที่ใช้ระยะเวลาในการคลอดยาวนาน ซึ่งเม็ดเลือดขาวอาจมีค่าสูงถึง 30,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ร่างกายสร้าง กลไกเพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล อย่างไรก็ตามที่มีเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นเพียง อย่างเดียวไม่ได้บ่งบอกว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้น ควรตรวจร่างกายอย่างอื่นเพิ่มเติมและประเมินสัญญาณ ชีพรวมด้วย

2.2 ระบบทางเดินปัสสาวะ

2.2.1 ท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ

ในระยะที่สองของการคลอด เมื่อทารกผ่านลงสู่ช่องคลอดออกมาจะส่งผลให้ท่อปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะบาดเจ็บได้ กระเพาะปัสสาวะจะบวมและอาจมีรอยช้ำบริเวณรอบๆรูเปิดของ ท่อปัสสาวะ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้มีความจุมากขึ้น แต่ความไวต่อแรง กดจะลดลงจึงทำให้มารดาหลังคลอดในระยะแรกๆ จึงไม่รู้สึกรอยช้ำถ่ายปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบาก และจะเป็นมากขึ้นถ้ามีอาการบวมของฝีเย็บ ยิ่งถ้ามารดาได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะคลอดอาการ ดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเพราะระบบประสาทถูกรบกวน มารดาบางรายอาจถ่ายปัสสาวะได้แต่ไม่ หมด ส่งผลให้ปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะทำให้มีแนวโน้มเกิดการอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการคั่งค้างของปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะให้มารดาหลังคลอด นอกจากนี้การมี ปัสสาวะคั่ง หรือกระเพาะปัสสาวะเต็มอาจส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดีซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของ ภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงควรกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะทุก 4-6 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามมารดาหลังคลอด อาจถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น เนื่องจากภาวะต่อไปนี้

1. ถ่ายปัสสาวะมากหลังคลอด (postpartum diuresis) จากการปรับสมดุลของน้ำใน ร่างกายหลังคลอด จะมีการถ่ายปัสสาวะออกมาแต่ละครั้งประมาณ 250-350 มิลลิเมตรหรือมากกว่า หลังถ่ายปัสสาวะจะคล้ำไม่พบกระเพาะปัสสาวะ และรู้สึกว่าการถ่ายปัสสาวะได้ดี

2. มีการคั่งของน้ำปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ (retention overflow) คือ ถ่าย ปัสสาวะแต่ละครั้งได้ประมาณ 50-75 ml หลังถ่ายปัสสาวะยังคงคล้ำกระเพาะปัสสาวะได้ และรู้สึกว่าการ ถ่ายได้ไม่สุด

3. มีการติดเชื้อ ลักษณะการขับถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งได้ประมาณ 50-75 ml อาจมี เลือดปน (hematuria) มารดาหลังคลอดจะรู้สึก ถ่ายไม่สุด ปวดแสบ หรือรู้สึกปวดเกร็งกระเพาะ ปัสสาวะ

2.2.2 การทำงานของไต

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ มีผลทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้นในทางกลับกัน ในระยะหลังคลอดเมื่อระดับฮอร์โมนลดลงไตก็จะทำงานลดลงด้วย กลูโคสยูเรีย (Glucosuria) ที่ เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์จะหายไปครีเอตินินเคลียแรนซ์ (Creatinine clearance) จะเป็นปกติใน ปลายสัปดาห์แรกหลังคลอด ยูเรียไนโตรเจนในเลือด (Blood urea nitrogen) จะเพิ่มขึ้นในระยะหลัง

คลอดเนื่องจากการแตกตัวของใยกล้ามเนื้อตลุกอาจพบแลคโตยูเรีย (Lactosuria) ในมารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง สำหรับในระยะตั้งครรรค์อัตราการกรอง (Renal plasma flow) และ Glumerular filtration จะเพิ่มขึ้นประมาณ 25-50 % ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอดและคงอยู่สูงในสัปดาห์แรกหลังคลอด มารดาหลังคลอดจะเริ่มถ่ายปัสสาวะมากขึ้นประมาณ 3,000 มิลลิลิตรต่อวันร่วมกับการสูญเสีย น้ำที่ถูกขับออกทางเหงื่อซึ่งจะมีเหงื่อออกมาก (diaphoresis) เหงื่อจะออกมากขึ้นในช่วงเวลากลางคืน ซึ่งไม่ถือว่ามีความผิดปกติแต่อย่างใด ส่งผลทำให้น้ำหนักมารดาตกลงในระยะแรกหลังคลอดประมาณ 0.25-2 กิโลกรัม การที่มารดาหลังคลอดขับปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เพราะว่าขณะตั้งครรรค์มีการสะสมน้ำไว้นอกเซลล์ ประมาณ 2,000-3,000 มิลลิลิตร ดังนั้นการขับน้ำส่วนเกินออกไปทำให้กระเพาะปัสสาวะเต็มบ่อยขึ้น โดยปกติมารดาหลังคลอดจะสามารถปัสสาวะได้เองภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังคลอด สำหรับกล้ามเนื้อบริเวณหลอดไต และกรวยไตที่มีการขยายตัวและความตึงตัวลดลงขณะตั้งครรรค์จะเริ่มลดขนาดลงและเป็นปกติภายใน 8 สัปดาห์หลังคลอด

2.3 ระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญ

มารดาหลังคลอดปกติในระยะ 2-3 วันแรก มักมีความอยากอาหารและดื่มน้ำมากเนื่องจากการสูญเสียน้ำระหว่างคลอดและหลังคลอด มารดาหลังคลอดจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการที่สูญเสียแรงดันภายในช่องท้องทันทีที่กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ประกอบกับลำไส้มีการเคลื่อนไหวช้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรรค์จากผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้น แต่จะเริ่มลดลงเท่ากับก่อนตั้งครรรค์ประมาณ 1 สัปดาห์หลังคลอดร่วมกับการส่วนอุจจาระเพื่อเตรียมคลอด นอกจากนี้มารดาหลังคลอดอาจไม่กล้าเบ่งถ่ายอุจจาระเนื่องจากกลัวแผลแยก กลัวเจ็บแผล ควรกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดได้รับน้ำมากกว่า 2,500 ต่อวันและรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดังนั้นลำไส้จะเริ่มทำงานได้ดีประมาณปลายสัปดาห์แรกหลังคลอดและถ่ายอุจจาระได้ปกติประมาณ 8-14 วันหลังคลอด

2.4 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก

2.4.1 กล้ามเนื้อ

มารดาหลังคลอดในช่วงเวลา 1-2 วันแรกจะมีอาการเมื่อยและปวดกล้ามเนื้อโดยเฉพาะบริเวณแขนขา ไหล่และคอ เพราะต้องออกแรงเบ่งขณะคลอด ภายหลังกลอดตรกฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดต่ำลงมีผลทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อหน้าท้องจะอ่อนนุ่มหยุ่นไม่แข็งแรงและจะหนาขึ้นบริเวณกลางท้อง บางรายอาจมีกล้ามเนื้อหน้าท้องแยก (diastasis recti abdominis) ซึ่งเกิดจากมีกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรงมาก่อน ตั้งครรรค์แฝด มีน้ำหนักตัวมากเกินไป หรือตั้งครรรค์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป (grandmultipara) กล้ามเนื้อหน้าท้องที่แยกนั้นจะไม่มีกล้ามเนื้อพุงมีแต่ผิวหนังไขมัน ชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous fat) พังผืด (attenuated fascia) และเยื่อช่องท้อง (peritoneum) ส่วนผลที่จะตามมาจากการมีหน้าท้องแยกคือ การตั้งครรรค์ครั้งต่อไปอาจเกิดภาวะท้องย้อย (pendulous abdomen) มีอาการปวดหลัง ทารกในครรภ์อยู่ในท่าผิดปกติและไม่มีแรงเบ่งขณะคลอด การกลับคืนสู่สภาพเดิมของกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ไม่ได้เกิดจากหน้าท้องแยกสามารถได้โดยการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งต้องใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน อย่างไรก็ตามมารดาหลังคลอดสามารถบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ขึ้นกับลักษณะกล้ามเนื้อของมารดาในระยะหลังคลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรรค์ ความถี่และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร การคลอดบุตรมีผลทำให้เกิดการยืดขยายและบาดเจ็บของกล้ามเนื้อรอบๆ ฝีเย็บ (pubococccgeal muscles) ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นกล้ามเนื้อหูดบริเวณ

กล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกรานจะทำหน้าที่คงสภาพการทำงานของลำไส้ กระเพาะปัสสาวะและมือทิวพล ต่อช่องคลอดในการตอบสนองการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการบริหารกล้ามเนื้อรอบๆอุ้งเชิงกราน ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอดแข็งแรงและกระชับขึ้น

2.4.2 โครนิกกระดูก ในระยะตั้งครรภ์ฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) มีผลทำให้บริเวณข้อต่อต่างๆ ของร่างกายมีการยืดขยายของข้อต่อมากขึ้น และมีการเปลี่ยนจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายจากมดลูกที่โตขึ้น ส่งผลให้กระดูกสันหลังแอ่นและกระดูกเชิงกรานรับน้ำหนักมากขึ้น ภายหลังจากคลอด 2-3 วันแรกระดับฮอร์โมนรีแลกซินค่อยๆ ลดลงแต่มารดาหลังคลอดยังคงเจ็บปวดบริเวณสะโพก ข้อต่อกระดูกสันหลัง และกระดูกหัวเหน่า บางรายมีอาการปวดกระดูกและข้อต่อในอุ้งเชิงกรานทั้ง 3 ตำแหน่งเรียกว่า pelvic girdle syndrome บางรายอาจปวดที่ข้อ sacrolic เพียงข้างเดียวหรือทั้งสองข้างโดยพบได้ในระยะก่อนคลอดจนถึงภายหลังคลอด ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นจะขัดขวางการเริ่มเคลื่อนไหว (Ambulation) และการบริหารร่างกาย อาการปวดที่เกิดขึ้นจะเป็นแค่ชั่วคราวเท่านั้น ไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา เพียงมีการปรับท่าให้ถูกต้องในงานที่ทำเป็นประจำจะช่วยให้อาการดีขึ้น สำหรับบริเวณข้อต่อต่างๆจะค่อยๆแข็งแรงมั่นคงขึ้นจนเข้าสู่สภาพปกติใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ หลังคลอด ถึงแม้ว่าข้อต่อต่างๆภายในร่างกายจะเข้าสู่ภาวะปกติ แต่บริเวณข้อเท้าของมารดาที่ผ่านการคลอดมาแล้ว อาจจะมีขนาดใหญ่กว่าก่อนการตั้งครรภ์ (Perry, Hockenbery, Lowdermilk, & Wilson, 2010) มารดาที่มีกระดูกหัวเหน่าแยกขณะคลอดทางช่องคลอด ภายหลังจากคลอดจะรู้สึกเจ็บปวดอย่างเฉียบพลัน จำเป็นต้องพักและได้รับการรักษาหลายสัปดาห์

2.5 ระบบประสาท

ในขณะที่ตั้งครรภ์การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่โดยส่งผลให้สตรีในระยะตั้งครรภ์ มีอาการบวมตามข้อ หรือเจ็บตามข้อ นิ้วมือ แต่ภายหลังคลอดมีการกำจัดน้ำออกทางปัสสาวะจำนวนมาก มีผลให้ภาวะบวมที่จะไปกดเส้นประสาท ที่ทำหน้าที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อด้านหน้าของอวัยวะส่วนปลายในการงอมือ งอนิ้วมือ งอและกางนิ้วหัวแม่มือออก (median nerve) จึงทำให้มีอาการเจ็บปวดดังกล่าวหายไป สตรีในระยะตั้งครรภ์ประมาณ 5% จะมีอาการชาตามปลายนิ้วทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย แต่อาการชาจะหายไป ภายหลังจากคลอด แต่ถ้ามารดาหลังคลอดยกของหนัก อัมตารกบ่อยเกินไป อาการชาอาจไม่ดีขึ้น (Perry, Hockenbery, Lowdermilk, & Wilson, 2010) อาการปวดศีรษะหลังคลอดอาจเกิดจากภาวะเครียด ภาวะไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูกหรือเจ็บคัดเต้านม

มารดาหลังคลอดบางรายเส้นประสาทอาจได้รับอันตรายหากมีปัจจัยเสี่ยงจากทารกหรือการคลอด เช่น ทารกตัวโต ทำผิดปกติ การระงับความเจ็บปวด การนอนบนขาหยั่งในระยะที่ 2 ของการคลอดเป็นเวลานาน หรือการจัดตำแหน่งของขาหยั่งไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับเส้นประสาทเส้นเดียว จากการถูกกดทับ การยืด การฉีกขาด หรือเส้นเลือดดำถูกทำลาย เส้นประสาทที่รับการบาดเจ็บบ่อยๆ ได้แก่ lumbosacral trunk, lateral femoral cutaneous nerve, femoral nerve, obturator nerve, common peroneal nerve หรือ saphenous nerve มารดาหลังคลอดที่ได้รับการพยาบาลทางไขสันหลังหรือยาแก้ปวด ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดควรประเมินเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว ความรู้สึกรับรู้ และความสามารถในการเคลื่อนไหว การกลับสู่สภาพเดิมจะเริ่มฟื้นสภาพเมื่อยาที่ใช้ระงับความปวดถูกเผาผลาญและขับออกจากร่างกาย อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดจากการใช้ยาแก้ปวด คือ อาการง่วงนอน ซึ่งเป็นภาวะปกติ สำหรับมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องบางรายอาจได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ภายหลังจากคลอดจะมีอาการปวดศีรษะ

เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะด้านหน้าและด้านข้างประมาณ 1-3 วันหรือรายสัปดาห์เนื่องจากการรั่วซึมของน้ำไขสันหลัง (cerebro-spinal fluid) เข้าไปในช่องว่างที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มประสาทชั้นนอก (extradural space) ในจังหวะที่วิสัญญีแพทย์แทงเข็มเข้าไป อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวขึ้นกับประสิทธิผลของการรักษา แต่ถ้าอาการปวดศีรษะไม่สัมพันธ์กับอาการหรืออาการแสดงที่เกิดขึ้น ในขณะที่ตั้งครรภ์ที่สามารถชักนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตสูงก็จะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติภายหลังคลอด 1 สัปดาห์

2.6 ระบบผิวหนัง

เมื่อการคลอดสิ้นสุดลงผ้าบริเวณใบหน้า (Chloasma gravidarum หรือ the mask of pregnancy) บริเวณลานนม หัวนม ต้นขาด้านใน เส้นกลางท้อง (Linea nigra) ที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งมีสีเข้มจะจางหายไปเองหลังคลอด แต่รอยแตก (Striae gravidarum) จะเห็นชัดขึ้นกว่าก่อนตั้งครรภ์และเปลี่ยนแปลงเป็นสีเงินขาวเนื่องจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจนเป็นปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด นอกจากนี้ ในระยะตั้งครรภ์เส้นขนและผมจะงอกเร็วกว่าปกติเนื่องจากมีเส้นขนและผมที่อยู่ในระยะพัก (telogen) แต่การงอกของเส้นผมและขนจะมีสัดส่วนที่กลับกันในระยะหลังคลอดทำให้มีเส้นขนและผมร่วง (telogen effluvium) ได้บ่อยในช่วง 5 เดือนแรกและจะค่อยๆ ฟื้นฟูสภาพปกติภายใน 6 ถึง 15 เดือน ผมมักจะร่วงเป็นหย่อมๆ (Alopecia) เวลาสระผมหรือหวีผม

2.7 ระบบภูมิคุ้มกัน

ภูมิคุ้มกันต่อปฏิกิริยาการไม่เข้ากันของหมู่เลือด (Blood-type incompatibilities) ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งคลอดเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการส่งผ่านเลือดจากทารกไปสู่มารดา ซึ่งมีความสำคัญมากในมารดาที่มี Rh- เพราะมารดาจะได้รับเลือดหรือเซลล์จากทารกในครรภ์ที่มี Rh+ ระบบภูมิคุ้มกันของมารดาจะสร้างแอนติบอดีเพื่อตอบสนองต่อแอนติเจน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย โดยอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ภายหลังทารกคลอดสามารถป้องกันการสร้างแอนติบอดีโดยการฉีดแอนติ Rh อิมมูโนโกลบูลิน (anti-Rho D immune globulin) ขนาด 300 ไมโครกรัมภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอดภาวะเลือดแม่และลูกไม่เข้ากันนอกจากจะเกิดจาก Rh แอนติเจนแล้ว อาจเกิดจากหมู่เลือด ABO พบว่าร้อยละ 20 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีหมู่เลือด O จะมีทารกที่มีหมู่เลือด A หมู่เลือด B หรือหมู่เลือด AB ซึ่งร้อยละ 5 ของทารกที่มีหมู่เลือดดังกล่าวจะมีภาวะเลือดไม่เข้ากันจนทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตกในระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง ซึ่งทารกจะแสดงอาการตัวเหลืองภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดและต้องได้รับการส่องไฟรักษา (Phototherapy) ABO แอนติเจนเป็นสิ่งที่พบปกติในสิ่งแวดล้อมภายในโพรงมดลูก สตรีตั้งครรภ์แรกอาจมีความไวต่อ ABO แอนติเจนและทำให้ทารกเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตก มารดาหลังคลอดสามารถได้รับวัคซีนเชื้อตายและวัคซีนเชื้อเป็น ในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างปลอดภัย รวมทั้งวัคซีนเสริมอื่นๆ ที่ไม่ได้รับในขณะตั้งครรภ์ เช่น วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด โรคคางทูม โรคหัดเยอรมัน (MMR), โรคอีสุกอีใส, โรคบาดทะยักและโรคไอกรน ยกเว้นวัคซีนเชื้อเป็นป้องกันโรคไข้ทรพิษ (small pox)

3. ผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลดลง (effects of retrogression change)

3.1 ความอ่อนเพลีย

ระยะหลังคลอดมารดามักมีอาการอ่อนเพลีย ต่อเนื่องมาจากภาระที่ย่ำของการตั้งครรภ์ ที่ร่างกายมีน้ำหนักมากขึ้น และสูญเสียพลังงานในระยะคลอด ภายหลังคลอดมารดาจึงมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากการคลอด และมักง่วงนอน

3.2 น้ำหนักลด

สตรีในระยะตั้งครรภ์น้ำหนักจะเพิ่มขึ้นประมาณ 10-12 กิโลกรัม เมื่อทารก รก และชิ้นส่วนของครรภ์คลอดออกมาครบและปริมาณเลือดที่สูญเสียไปขณะคลอด น้ำหนักของมารดาจะลดลงประมาณ 5-6 กิโลกรัม และช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอดน้ำหนักตัวจะลดลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม จากการสูญเสียน้ำภายในและภายนอกเซลล์ส่วนเกิน (postpartum diuresis) และขนาดของมดลูกที่เล็กลง รวมไปถึงน้ำคาวปลาที่ถูกขับออกมา เมื่อพ้นระยะหลังคลอดน้ำหนักตัวยังคงมากกว่าก่อนตั้งครรภ์ประมาณ 1.4 กิโลกรัม (Schaubeger, Rooney, & Brimer, 1992) แต่อย่างไรก็ตามมีมารดาหลังคลอดประมาณร้อยละ 14-25 ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าก่อนการตั้งครรภ์ประมาณ 4.5 กิโลกรัม ซึ่งพบได้ในคนผิวดำ คนที่เล็กบุหรืขณะตั้งครรภ์ คนอ้วน และสตรีตั้งครรภ์วันรุ่น ปัจจัยที่ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มในระยะหลังคลอด ได้แก่ การคลอดบุตร เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระยะห่างระหว่างการตั้งครรภ์ และการกลับไปทำงาน มารดาหลังคลอดที่สามารถลดน้ำหนักในระยะเวลา 6 เดือนให้เท่ากับก่อนการตั้งครรภ์มีโอกาสอ้วนน้อยกว่ามารดาที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ และหากมีน้ำหนักตัวอ้วนมาตั้งแต่การตั้งครรภ์ครั้งแรกจะมีโอกาสอ้วนขึ้นในครรภ์ต่อไป ปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำที่ชัดเจนในการลดน้ำหนักลงจนเท่ากับน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ภายในเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี หรือเฉลี่ยประมาณ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ แต่คำแนะนำส่วนใหญ่ให้ควบคุมพลังงานจากการรับประทานอาหารให้น้อยกว่าพลังงานที่สูญเสียไปจากการออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตประจำวัน (negative energy balance) แต่อย่างไรก็ตามหากมารดาหลังคลอดเลี้ยงดูบุตรด้วยนมตนเองเพียงอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนจะช่วยป้องกันน้ำหนักที่จะเพิ่มขึ้นได้

4. การเปลี่ยนแปลงในทางก้าวหน้า

4.1 การหลังน้ำนม

ในระยะตั้งครรภ์เต้านมมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมต่อน้ำนมให้พร้อมในการผลิตน้ำนมสำหรับให้มารดาได้เลี้ยงทารกหลังคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโพรเจสเตอโรนมีผลทำให้หัวนม (Nipple) ลานนม (Areola) มีขนาดขยายใหญ่และสีเข้มขึ้น ต่อมไขมันบริเวณลานนม (Tubercle of Montgomery) หลอดน้ำเหลือง และหลอดโลหิตขยายใหญ่ขึ้น และท่อน้ำนม (Milk duct) จะมีการเจริญเต็มที่ ฮอร์โมนโพรเจสเตอโรนทำให้ท่อน้ำนม (Alveoli) และเซลล์ผลิตน้ำนม (Acini cells) ในถุงผลิตน้ำนมเจริญเต็มที่เพื่อเตรียมสร้างน้ำนม ภายในถุงผลิตน้ำนมจะมีท่อน้ำนมเล็กๆ (Lactiferous duct) รวมกันอยู่เป็นท่อน้ำนมขนาดใหญ่ (Lactiferous sinus) ซึ่งจะเปิดออกบริเวณหัวนมประมาณ 20 ท่อ (Pillitteri, 2013) สำหรับท่อน้ำนมจะขยายใหญ่เป็นกระเปาะ (Ampulla) เพื่อเป็นที่เก็บน้ำนมไว้ชั่วคราว ซึ่งจะอยู่ตรงกับบริเวณลานนม ช่องว่างระหว่างถุงผลิตน้ำนมและท่อน้ำนมประกอบด้วยไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) รวมทั้งเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง ดังนั้นภายหลังคลอดหลอดเลือดภายในเต้านมจะขยายขนาดทำให้เลือดคั่งมาก ส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีอาการคัดตึงเต้านมได้ (Breast engorgement) ซึ่งจะเห็นการขยายขนาดใหญ่ขึ้นของเต้านมประมาณวันที่ 2-4 หลังคลอด การหลังน้ำนมต้องอาศัยการดูดของทารก (Sucking reflex หรือ milk-ejection reflex) เมื่อทารกดูดนมจะมีการกระตุ้นบริเวณหัวนมและลานนมทำให้เกิดการส่งสัญญาณไปตามเส้นประสาททรวงอกที่ 3,4,5 (Thoracic nerve) และถูกส่งไปตามเส้นใยประสาท (Sensory fiber) ไปสู่ไขสันหลังและส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งสมองส่วนนี้จะกระตุ้นนิวโรน (neurones) ของ praventricular และ supraventricular nuclei ให้มีการสร้างและหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินซึ่งจะถูกส่งผ่านมาทาง neurohypophysis และเข้าสู่กระแสเลือด ดังนั้นออกซิโตซินที่

หลังเข้าสู่กระแสเลือดจะมีผลต่อเต้านมโดยตรงโดยออกฤทธิ์กระตุ้นเซลล์อีพิทีเลียล (epithelial cells) ที่ล้อมรอบอัลวิโอลัส (alveolus) ทำให้เกิดการหดตัวบีบน้ำนมให้ไหลออกมาทางท่อน้ำนม นอกจากนี้การที่ทารกดูดนมมารดาช่วยทำให้กล้ามเนื้อหลอดหูหดตัวได้ดี จากการหลั่งของออกซิโตซิน มารดาอาจจะรู้สึกปวดบริเวณท้องน้อยได้

4.2 การตกไข่และการมีประจำเดือน

ระดับฮอร์โมน human chorionic gonadotropin (hCG) ในเลือดจะลดลงสู่ระดับปกติภายหลังคลอดประมาณ 2 สัปดาห์ แต่หากระดับฮอร์โมน hCG เพิ่มขึ้นหลังคลอดจะต้องเฝ้าระวังโรคของเนื้อรกกลุ่ม gestational trophoblastic disease ส่วนฮอร์โมน gonadotropins และ sex steroids จะมีระดับต่ำ ภายในช่วง 2-3 สัปดาห์หลังคลอด มารดาหลังคลอดที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง ไข่จะตกเร็วกว่ามารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองเฉลี่ยประมาณ 45 วัน (25-72 วัน) และเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกประมาณสัปดาห์ที่ 7-9 หลังคลอด มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีประจำเดือนครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ซึ่งส่วนมากจะมีประจำเดือนครั้งแรกแบบไม่มีการตกของไข่ เนื่องจากการทำงานของ คอร์ปัส ลูเทียม ยังไม่สมบูรณ์ มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองจะไม่มีไข่ตกก่อน 6 สัปดาห์เนื่องจากมีระดับฮอร์โมน prolactin ที่สูงทำหน้าที่ช่วยยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน gonadotropin-releasing hormone แบบ pulsatile (การหลั่งฮอร์โมนแบบขึ้นๆลงๆเป็นช่วงๆ) จากสมองส่วน hypothalamus

5. การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ

5.1 อุณหภูมิ

ในระยะหลังคลอดช่วง 24 ชั่วโมงแรกมารดาอาจมีไข้ต่ำๆ แต่ต้องไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส จากการตอบสนองของร่างกาย โดยมีสาเหตุมาจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย (Tissue injury) และการสูญเสียน้ำและเลือดออกมามาก แต่อุณหภูมิร่างกายของมารดาหลังคลอดหลัง 24 ชั่วโมงไปแล้วไม่ควรสูงเกิน 38 องศาเซลเซียส หากสูงเกิน 38 องศาเซลเซียสควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อว่าอยู่บริเวณใด เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม สาเหตุของการติดเชื้อของมารดาหลังคลอดมีได้หลายสาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บหรือแผลผ่าตัด, การติดเชื้อในโพรงมดลูก หรือการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ อย่างไรก็ตามอุณหภูมิในมารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงตามสาเหตุได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1.1 Reactionary fever มีสาเหตุมาจากการขาดน้ำ สูญเสียพลังงานในการคลอดหรือได้รับการชอกช้ำ (Trauma) ในขณะที่คลอดอุณหภูมิในร่างกายมารดาจะสูงขึ้นเล็กน้อยประมาณ 37.8-38 องศาเซลเซียส และจะลดลงสู่ภาวะปกติใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

5.1.2 Milk fever เกิดจากการคัดตึงของเต้านม (Breast engorgement) ส่วนมากจะพบประมาณวันที่ 3-4 หลังคลอด อุณหภูมิร่างกายมารดาจะสูงเกิน 38 องศาเซลเซียส แต่เมื่อให้การพยาบาลที่ลดการคัดตึงของเต้านมโดยกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาทุก 2-3 ชั่วโมง อุณหภูมิก็จะค่อยๆ ลดลง

5.1.3 Febrile Fever มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อภายในร่างกายของมารดาหลังคลอด เช่น การอักเสบที่เยื่อโพรงมดลูก เต้านมอักเสบ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ หรือในระบบใดระบบหนึ่งในร่างกาย ซึ่งอุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 38 องศาเซลเซียสภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

5.2 ชีพจร อัตราการเต้นของชีพจรของมารดาในระยะหลังคลอดจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปกติเล็กน้อยประมาณ 60-70 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจรที่ลดลงมีสาเหตุมาจากภายหลังรก

คลอດปริมาณเลือดที่เคยไปเลี้ยงรกจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นกลไกในการปรับตัวต่อการลดลงของแรงดันในระบบไหลเวียนเลือด ในขณะที่เดียวกันสตรีระยะหลังคลอดจะถ่ายปัสสาวะมากขึ้น (Postpartum diuresis) ส่งผลให้ปริมาณเลือดและความดันโลหิตต่ำลงมีผลให้อัตราการเต้นของชีพจรค่อยๆเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระดับปกติภายใน 7-10 วันหลังคลอด

5.3 ความดันโลหิต ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จะกลับสู่ภาวะปกติภายใน 1 สัปดาห์ cardiac output และอัตราการเต้นของหัวใจจะยังคงอยู่สูงในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอดและกลับเข้าสู่ค่าปกติในวันที่ 10 หลังคลอด systematic vascular resistance และความดันโลหิตที่เคยต่ำในระหว่างตั้งครรภ์จะค่อยๆเพิ่มขึ้นในวันที่ 2 อย่างต่อเนื่องและกลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์

การเปลี่ยนแปลงด้านจิต สังคม จิตวิญญาณและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด

การเปลี่ยนแปลงทางจิต สังคม จิตวิญญาณ

เมื่อกระบวนการคลอดสิ้นสุดลงมารดาหลังคลอดไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพียงด้านร่างกายอย่างเดียว แต่มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์และสังคม เพื่อปรับตัวสู่บทบาทใหม่คือการเป็น “มารดา” นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์ภาพระหว่างสามี-ภรรยา เนื่องจากมารดาหลังคลอดต้องให้ความสนใจ ดูแลและใกล้ชิดทารกจนบางครั้งสามีไม่ได้รับการสนใจเหมือนก่อนคลอด หรือในกรณีที่ทารกเป็นบุตรคนรองของบิดามารดา บางครั้งบุตรคนโตอาจเกิดความอิจฉาริษยาน้องที่เกิดมาใหม่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัยกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด ญาติพี่น้องในการให้ความช่วยเหลือที่จะช่วยประคับประคองให้บิดามารดาสามารถปรับตัวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไปได้ด้วยดี เพื่อให้มีความสุขมาสู่ครอบครัว แต่ถ้าการปรับตัวของสตรีหลังคลอดไม่ประสบความสำเร็จอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum blues) โดยภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอาจเกิดได้ทันทีหลังคลอด หรือ 2-3 วันแรกหลังคลอด สตรีหลังคลอดที่มีอาการทางจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่วนใหญ่มักมีอาการแปรปรวนหงุดหงิดและร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุของภาวะซึมเศร้า แต่จะมีความวิตกกังวลสูงขึ้น หลงลืมง่าย นอนไม่หลับ อาการที่เกิดขึ้นจะเป็นแค่ช่วงเวลาสั้นๆและสามารถหายได้เอง หากอาการดังกล่าวไม่ทุเลาลงอาจนำไปสู่การเกิดโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพที่ให้การดูแล จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้นมารดาหลังคลอดมีอาการที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตหลังคลอด และสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้เป็นอย่างดี

ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในระยะหลังคลอด การเกิดของทารกจะเป็นเสมือนพลังที่จะทำให้มารดาที่มีความรู้สึกต่อทารกออกมาตามความเป็นจริง ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีหลังคลอด เรียกว่าเป็นช่วงเวลาที่ทารกไวต่อความรู้สึกของการเกิดความรักใคร่ผูกพัน (sensitive period) เป็นช่วงเวลาที่ทารกตื่นตัวอย่างเต็มที่ ทารกจะเปิดตากว้าง พร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ทารกจะอยู่ในช่วงนี้เป็นเวลา 45-60 นาทีหลังคลอด ระยะนี้จึงมีความสำคัญมากที่ควรเสริมสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

กระบวนการในการปรับตัวของสตรีหลังคลอด (Process of maternal adaptation)

การปรับตัวของสตรีในระยะหลังคลอดในบทบาทการเป็นมารดาเป็นกระบวนการที่ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหลังคลอด แต่เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไป ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการปรับตัวของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกายในระยะหลังคลอด การได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากสามี และการสนับสนุนทางสังคม

รูบิน (Rubin, 1976) ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสู่บทบาทการเป็นมารดาของสตรีหลังคลอดขณะอยู่ในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการแสดงความรู้สึกของมารดาต่อทารก การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาด้านอารมณ์ สติปัญญา และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในสตรีหลังคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Pilitteri, 2013) ได้แก่ระยะเริ่มเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา (Taking in phase) ระยะสวมบทบาทการเป็นมารดา (Taking hold phase) และระยะพึ่งตนเอง (letting go phase) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Taking in phase เป็นระยะที่เริ่มเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาในระยะนี้เกิดในช่วง 1-2 วัน หลังคลอด สตรีหลังคลอดมีความอ่อนล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบายจากการเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก หรือคัดตึงเต้านม บางรายอาจปวดร้าวกล้ามเนื้อบริเวณตะโพก สตรีหลังคลอดในระยะนี้จะมุ่งที่ตนเองและต้องการพึ่งพาผู้อื่น (Dependency needs) และความสุขสบายของตนเอง

บทบาทของพยาบาลในระยะ Taking in phase มีดังนี้

1.1 ดูแลช่วยเหลือประคับประคองและตอบสนองความต้องการของมารดาหลังคลอดทางด้านร่างกาย ในเรื่องการได้รับประทานอาหาร การพักผ่อนให้เพียงพอ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย และการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยลดภาวะไม่สุขสบายต่างๆ รวมทั้งควรประคับประคองทางด้านจิตใจ

1.2 การให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่อบอุ่นเห็นอกเห็นใจเข้าใจความรู้สึกด้วยความจริงใจ เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกว่ามีผู้สนใจเอาใจใส่ตนเอง เพื่อให้สตรีหลังคลอดรู้สึกอบอุ่นใจ

1.3 เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกและรับฟังด้วยความสนใจ

1.4 พยาบาลควรอธิบายให้สามีและญาติให้เข้าใจถึงความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของมารดาหลังคลอดและสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้พูดคุยกับสามี ญาติรวมทั้งมารดาหลังคลอดรายอื่นๆ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการคลอด

1.5 สังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ ให้ความสนใจทั้งคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อประเมินสภาพจิตใจ และให้การพยาบาลช่วยเหลือแต่เนิ่นๆ ก่อนที่อาการทางจิตจะรุนแรงมากขึ้น

2. Taking hold phase เป็นระยะเข้าสู่สวมบทบาทการเป็นมารดาในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 3-10 วัน หลังคลอด สตรีในระยะหลังคลอดที่ได้รับการตอบสนองในช่วง Taking in phase อย่างครบถ้วนก็จะเริ่มเข้าสู่ระยะนี้โดยจะเปลี่ยนจากพฤติกรรมที่พึ่งพาเข้าสู่พฤติกรรมที่ไม่พึ่งพา และมีความเป็นอิสระมากขึ้นในการช่วยเหลือตนเอง เริ่มดูแลตนเองและสนใจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์ สนใจเกี่ยวกับทารก การให้นมบุตร ปริมาณและคุณภาพของน้ำนมเพื่อที่จะให้เพียงพอต่อการเลี้ยงทารก ระยะนี้เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่พยาบาลจะให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การดูแลทารก รวมทั้งการได้รับกำลังใจจากสามี ญาติ บุคคลต่างๆ ทำให้เป็นแรงเสริมในทางบวกที่จะส่งเสริมให้สตรีหลังคลอดสามารถปรับตัวในการเป็นมารดาได้ดียิ่งขึ้น

บทบาทของพยาบาลในระยะ Taking hold phase มีดังนี้

2.1 พยาบาลต้องมีความอดทนในการสอนสาธิต แนะนำและให้กำลังใจแก่มารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองและทารกให้ถูกต้อง รวมทั้งการสอนและสาธิตให้แก่มารดา และญาติในการช่วยดูแลทารกเพื่อให้มารดาหลังคลอดมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น การแนะนำแหล่งสนับสนุนความรู้เช่น เว็บไซต์ หนังสือ วารสารเพื่อให้สตรีหลังคลอดและสมาชิกในครอบครัวได้ทบทวนความรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและดูแลทารก

2.2 คอยสนับสนุนให้สามีพูดคุยให้กำลังใจเพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจและกระตือรือร้นที่จะปรับบทบาทของตนเข้าสู่การเป็น “มารดา” และเป็น “ภรรยา” ที่ดีของทารกและสามีได้ด้วยดี

2.3 การแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อช่วยให้ครอบครัวของสตรีหลังคลอดนำมาวางแผนในการดำเนินชีวิตในครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจตามมา

3. Letting go phase

ระยะนี้เป็นระยะที่แสดงบทบาทของการเป็นมารดาได้ดี เป็นช่วงต่อเนื่องจาก “Taking hold phase” ระยะนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 10 หลังคลอดเป็นต้นไป ซึ่งเป็นระยะที่สตรีหลังคลอดและทารกกลับมาอยู่ที่บ้าน มารดาต้องปรับตัวในเรื่องการตระหนักและยอมรับความจริงว่าได้แยกจากบุตรทางร่างกาย บุตรไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายตนเอง แต่แยกออกมาเป็นบุคคลอีกคนหนึ่ง และเรื่องของการทิ้งบทบาทเดิมที่เป็นอิสระ ไม่มีบุตรที่ต้องคอยห่วง มารดาต้องปรับตัวให้กับบุตรที่ต้องได้รับการพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สตรีหลังคลอดและสามีควรวางแผนการดำเนินชีวิต เช่น ในเรื่องของการงานบ้าน การดูแลบุตรคนก่อน ซึ่งแต่ละคนต้องมีพฤติกรรมพึ่งพาอาศัยกัน (Interdependent behaviour) ในระยะนี้สตรีหลังคลอดมีความต้องการที่จะพบหรือพูดคุยกับบุคคลภายนอก บางครั้งอาจมีความรู้สึกเสียใจหรือเครียดเล็กน้อย

บทบาทของพยาบาลในระยะ Letting-go phase มีดังนี้

3.1 พยาบาลต้องแนะนำให้มารดาหลังคลอดสามีและสมาชิกภายในครอบครัวสามารถปรับตัวและวางแผนการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการได้อย่างเหมาะสม

3.2 พยาบาลควรช่วยเหลือและประสานสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวโดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยทำความเข้าใจกันเช่น แนะนำให้สามีคอยช่วยเหลือดูแลภรรยาและดูแลทารก ภรรยาควรแบ่งเวลาให้สามีและบุตรคนก่อน และคอยสนับสนุนให้บิดามารดาให้กำลังใจบุตรคนก่อนเพื่อป้องกันการเกิดอิจฉาริษยาต่อทารกที่เกิดใหม่

ภาวะเศร้าของมารดาหลังคลอด (Postpartum blues หรือ baby blues)

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบในช่วงระยะ 10 วันแรกหลังคลอดประมาณร้อยละ 80 (Cunningham et al, 2014) ส่วนมากมักมีอาการในช่วง 3-4 วันแรกหลังคลอด สตรีหลังคลอดไม่ได้เตรียมตัวรับความรู้สึกเศร้าแต่ความรู้สึกนั้นจะค่อยๆปรากฏขึ้น อาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ หงุดหงิด นอนไม่หลับ สตรีหลังคลอดหลายคนไม่ได้คาดคิดถึงอาการซึมเศร้าหลังคลอดที่เกิดขึ้น เนื่องจากมองว่าการคลอดบุตรจะนำความสุข ความยินดีมาสู่ครอบครัวและสังคมที่ตนอาศัยอยู่

สาเหตุและปัจจัยที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดดังนี้

1. มีการลดลงทันทีของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

2. รู้สึกผิดหวังเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองในช่วงหลังคลอดเช่นหน้าท้องหย่อนยานรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง เป็นรูปร่างที่ไม่น่าดูไม่เป็นที่ดึงดูดจากผู้อื่น และมักคิดว่ารูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถทำให้กลับมาเป็นเหมือนเดิมได้อีกต่อไป

3. มีความเครียดทางร่างกายเช่น อ่อนเพลีย เจ็บแผลฝีเย็บ ปวดจากเต้านมคัดตึง หรือในสตรีหลังคลอดบางคนมีอาการเจ็บปวดริดสีดวงทวาร เหงื่อออกมาก ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย อาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นทำให้สตรีหลังคลอดหงุดหงิดได้

4. มีความเครียดด้านจิตใจในช่วงรับบทบาทการเป็นมารดา แต่ขณะเดียวกันก็ต้องคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นภรรยาที่ดี

5. มีความขัดแย้งระหว่างบุคคลเช่น มีความขัดแย้งระหว่างตนเองกับสามี สมาชิกคนอื่นๆ ภายในบ้านกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน

6. รู้สึกถูกละเลยไม่ได้รับความสนใจเนื่องจากช่วงหลังคลอด บุคคลที่อยู่ในสังคมของสตรีหลังคลอดจะแสดงความชื่นชมยินดีกับทารกมากกว่าที่จะแสดงความชื่นชมยินดีหรือสนใจหญิงระยะหลังคลอดทำให้หญิงระยะหลังคลอดมักมีความรู้สึกเศร้าและเสียใจ

7. ต้องแยกจากครอบครัวมาอยู่ที่โรงพยาบาลหลังคลอดบุตร และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งบุคคล สถานที่ และระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

8. ความเหน็ดเหนื่อย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ สตรีหลังคลอดควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด เนื่องจากเสียพลังงาน เสียเลือดและมีความเครียดทางด้านจิตใจจากการคลอดบุตร ถ้าพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิดได้

9. ความรู้สึกสูญเสียด้านร่างกายในระยะหลังคลอด เนื่องจากเคยมีบุตรอยู่ในครรภ์เป็นเวลา 9 เดือน เคยรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ตนเอง ภายหลังคลอดสตรีหลังคลอดผู้เป็นมารดาอาจรู้สึกสูญเสีย รู้สึกถึงความว่างเปล่า

10. รู้สึกไม่มั่นใจต่อการปรับตัวรับบทบาทของการเป็นมารดา โดยเฉพาะครรภ์แรก การขาดความมั่นใจทำให้มารดาระแวงต่อข้อเสนอแนะหรือพฤติกรรมของผู้อื่น จะมีผลต่อความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร

อาการที่หญิงระยะหลังคลอดแสดงในภาวะเศร้าหลังคลอดคืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมีความรู้สึกเศร้าร้องไห้โดยหาสาเหตุไม่ได้กระวนกระวายนอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหารสีหน้าเคร่งขรึมแวตตาลื่อนลอย เฉื่อยชาซึ่งอาการเหล่านี้มักพบในหญิงระยะหลังคลอดวันที่ 3 ร้อยละ 60 พบใน 10 วันแรกหลังคลอด แต่อาการดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะค่อยๆ ดีขึ้นและสามารถหายได้เองตามธรรมชาติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่อาจกลับมาเป็นอีกในช่วงปีแรก ซึ่งถ้ากลับเป็นอีกแสดงให้เห็นว่าหญิงระยะหลังคลอดยังตอบสนองต่อการปรับตัวในการแสดงบทบาทมารดาให้เข้ากับชีวิตครอบครัวและการดูแลทารกยังได้ไม่ดีพอ ถ้าเกิดความรู้สึกเศร้าตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจะนำไปสู่ความรู้สึกหมดหวังและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้เรียกภาวะนี้ว่า ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Postpartum depression) พบได้ร้อยละ 10 ของสตรีในระยะหลังคลอดครรภ์แรก ถ้าสตรีในระยะหลังคลอดยังคงมีอาการนอนไม่หลับร้องไห้มากเกินไปไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกใดๆ ขาดการติดต่อกับสังคมเป็นสัญญาณเตือนว่าสตรีหลังคลอดอาจเข้าสู่ภาวะโรคจิตหลังคลอด (Postpartum psychosis) ซึ่งมักเกิดภาวะเช่นนี้น้อยมากระยะเวลาที่เริ่มเข้าสู่ภาวะโรคจิตหลังคลอดมักเป็นตั้งแต่หลังคลอดวันที่ 4 เป็นต้นไปในขณะที่ภาวะเศร้าหลังคลอดมักจะเกิดภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด อย่างไรก็ตามสามีของสตรีหลังคลอดอาจมีอาการเศร้าหลังคลอด (baby blues) เกิดขึ้นได้

แต่คงไม่ใช่สาเหตุจากระดับฮอร์โมนในร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป แต่อาจเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น มีความรู้สึกไม่มั่นคงในการสวมบทบาทบิดา และมีความยากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับภรรยาภายหลังคลอดบุตร ดังนั้นการตอบสนองระหว่างสามีและภรรยาภายหลังคลอดขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การมีส่วนร่วมต่อกระบวนการคลอด ความพร้อมที่จะเป็นบิดามารดาและความสัมพันธ์กับภรรยา นอกจากนี้หากสามีได้เข้าเยี่ยมภรรยาและทารกโดยไม่มีกฎเกณฑ์ของโรงพยาบาล มักจะเปิดโอกาสให้สามีได้ใกล้ชิดภรรยาและทารกทำให้สามารถแสดงความรักและความผูกพันต่อกันได้เร็วขึ้น และส่งเสริมให้ภรรยาปรับตัวต่อภาวะเศร้าหลังคลอดได้ดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของหญิงระยะหลังคลอด (Change in body image) โดยทั่วไปหญิงระยะหลังคลอดมักดีใจและพอใจกับหน้าท้องที่ยุบลงหลังคลอดทารก และคาดหวังว่ารูปร่างของตนเองจะกลับคืนสู่สภาพเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ แต่เมื่อ 1-2 เดือนผ่านไปแล้วกล้ามเนื้อหน้าท้องก็ยังคงหย่อนยานไม่กระชับ เข้ารูปอกทั้งน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่ยังไม่ลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ ทำให้สวมเสื้อผ้าที่มีอยู่ก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้และยังมีความรู้สึกว่ารูปร่างของตนเหมือนในระยะตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงอายุครรภ์หลายเดือน ทำให้เกิดความกังวลว่าทรวดทรงรูปร่างจะไม่สามารถกลับสู่สภาพเหมือนก่อนตั้งครรภ์ รูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไปของสตรีหลังคลอดมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์โดยเฉพาะสามี หากสามีเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของภรรยา คือ เข้าใจและรับรู้ว่าจะต้องใช้เวลาระยะหนึ่งในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ปรับปรุงรูปร่างให้กลับเข้าที่โดยให้กำลังใจไม่พูดจากระทบกระเทือนในรูปร่างที่ยังไม่กระชับเข้ารูปอกก็จะทำให้สตรีระยะหลังคลอดรู้สึกมีความมั่นใจ มีความสุขมากขึ้นที่สามีมีความเข้าใจในรูปร่างของตนที่เปลี่ยนแปลงไป และมีความรู้สึกไปในทางบวกต่อภาพลักษณ์ของตน ภายหลังคลอด สตรีระยะหลังคลอดต้องใช้เวลาในการลดน้ำหนัก เพราะแบบแผนชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากต้องใช้เวลากลางวันและกลางคืนในการดูแลทารก จึงทำให้ร่างกายมีความอ่อนล้าและมีอุปสรรคต่อการลดน้ำหนัก สำหรับสตรีหลังคลอดที่คลอดบุตรทางช่องคลอดอาจมีความกังวลว่าช่องคลอดไม่กระชับอาจเกิดปัญหาเวลาร่วมเพศกับสามี

การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของมารดาหลังคลอด ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกที่กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายยังอ่อนเพลียไม่สุขสบายจากการปวดมดลูก เจ็บแผลฝีเย็บ เจ็บหัวนม เต้านมคัดตึง บางครั้งอาจรู้สึกรำคาญที่มีน้ำหนักไหลซึมออกเปื้อนเสื้อผ้า ทำให้ส่งผลต่อการบริหารร่างกายเพื่อให้รูปร่างกลับมากกระชับเข้ารูปเหมือนก่อนตั้งครรภ์ตามที่ตนเองมีความคาดหวัง หากทำไม่ได้สตรีระยะหลังคลอดจะมีความเครียดเกิดขึ้น บางรายเมื่อผ่านไป 1-2 เดือนกล้ามเนื้อหน้าท้องยังคงหย่อนยาน ไม่กระชับไม่เข้ารูป ผิวหน้ามีฝ้า ผิวแห้งหรือคล้ำขึ้น ผมหงอก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้สตรีหลังคลอดมีความกังวล มีความยากลำบากที่ต้องเผชิญ และต้องใช้พลังงานมากขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของทารก สามีและสมาชิกคนอื่นๆภายในครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่ภาพลักษณ์ในทางลบของสตรีหลังคลอดมากขึ้น

การประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาหรือบิดา (role attainment) เป็นกระบวนการซึ่งบิดามารดาเรียนรู้บทบาทการเป็นบิดามารดาและรับบทบาทนี้อย่างสบาย โดยมีการปรับเปลี่ยนบทบาท 4 ขั้นตอน (Mercer, 1986) ดังนี้

1. **ระยะที่คาดหวัง (the anticipatory stage)** จะเริ่มในช่วงตั้งครรภ์โดยคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้เลือกแพทย์ ผดุงครรภ์ สถานที่คลอด การเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมเพื่อเตรียมตัวสำหรับการคลอด และเสาะหาตัวอย่างเพื่อเรียนรู้ที่จะประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาบิดา

2. *ระยะหาข้อมูล (The formal stage)* เริ่มตั้งแต่คลอดไปจนกระทั่ง 6-8 สัปดาห์หลังคลอด เป็นช่วงที่คู่สามีภรรยาได้รับคำแนะนำชี้แนะจากบุคคลอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพเพื่อน สนิทบิดามารดาของตนเอง ส่วนมากพัฒนกิจของคู่สามีภรรยาในช่วงนี้ คือทำความคุ้นเคยกับทารกเพื่อสานต่อกิจกรรมความเป็นบิดามารดา

3. *ระยะเป็นกันเองกับทารก (The informal stage)* เริ่มหลังจากมารดาบิดาเรียนรู้การตอบสนองที่เหมาะสมต่อพฤติกรรมหรือการแสดงออกของทารกแล้วเริ่มตอบสนองความต้องการของทารกซึ่งในลักษณะแตกต่างเป็นของตนเองมากกว่าที่จะปฏิบัติตามตำราหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ

4. *ระยะของการเป็นมารดาบิดาอย่างสมบูรณ์ (The personal stage)* เริ่มเมื่อมารดาบิดารู้สึกเข้ากับบทบาทการเป็นมารดาหรือบิดาได้ดีสนุกสนานกับทารก มองทารกว่าเป็นจุดศูนย์กลางของครอบครัวและตระหนักถึงบทบาทการเป็นมารดาบิดาอยู่ภายในใจซึ่งหมายถึงมารดาบิดายอมรับบทบาทการเป็นบิดามารดาได้เป็นอย่างดี การประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นบิดามารดามีตัวแปรและปัจจัยแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามบิดามารดาจะรู้สึกประสบความสำเร็จในการรับบทบาทนี้เมื่อทารกอายุประมาณ 4 เดือน (Mercer,1986)

สรุป ภายหลังกคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นกระบวนการปกติตามธรรมชาติเพื่อให้ร่างกายและจิตใจกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้หากพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถ่องแท้ จะช่วยให้เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปดูแลสตรีหลังคลอด เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

- อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา. (2554). การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของมารดาหลังคลอด. ใน อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา (พิมพ์ครั้งที่ 10) (หน้า 251-273). *ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ระยะคลอดและหลังคลอด*. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินท์ติ้ง จำกัด.
- Cunningham, F.G., et al. (2014). *William obstetrics* (24th ed.). Englewood Cliffs, N.J; Prentice-Hall International Inc.
- Jane, C., Melyn, D., & Rona, M. (2005). *Anatomy and Physiology for Midwives* (2nd ed). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2010). *Maternal child nursing care* (4 th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Mercer, R.T. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behaviour. *Journal of research in Nursing Health*, 9, 25-33.
- Pillitteri, A. (2013). *Maternal & Child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schauberger, C.W., Rooney, B.L., & Brimer, L.M. (1992). *Factors that influence weight loss in the puerperium*. *Obstetrics and gynecology*, 79,424-429.

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิภานต์ กาละ

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายสถานการณ์และนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
2. อธิบายประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
3. อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
4. วิเคราะห์หลักการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดได้
5. วิเคราะห์ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อยและแนวทางการดูแลช่วยเหลือ

หัวข้อเรื่อง

1. สถานการณ์และนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. หลักการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 4.1 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์
 - 4.2 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด
 - 4.3 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด
5. ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อยและการดูแลช่วยเหลือ

สถานการณ์และนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับทั่วโลกว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อทารกช่วยในการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา นมแม่จึงนับเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยให้มารดามีสุขภาพดี เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันการตกเลือดของมารดาหลังคลอด ป้องกันกระดูกพรุน มะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและประเทศ ความเข้าใจในสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้บุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

องค์การยูนิเซฟระบุข้อมูลจากการสำรวจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลก ที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้นมีเพียงร้อยละ 39 และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึงสองปีเพียงร้อยละ 58 (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2015) สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยพบอัตราการเลี้ยงลูกให้ได้อย่างเดียวต่ำที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และต่ำเป็นอันดับสามขององค์การอนามัยโลกจากการสำรวจช่วง พ.ศ. 2548-2549 ที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 5.4 ในเด็กที่มีอายุ 5 เดือน (ณัฐฐา, 2551; นิตยา, 2557) ส่งผลให้มีการรณรงค์หลายช่องทาง และอัตราการเลี้ยงลูกแม่ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นจากการสำรวจในปี 2555-2556 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น 6 เดือนร้อยละ 12.3 และ 32.8 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องหลังจาก 6 เดือนไปแล้วมีเพียงร้อยละ 10.3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังมีอัตราต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 50 (กรมอนามัย, 2557) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นเรื่องที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ

นโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) มีนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยแนะนำให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนโดยไม่ให้อาหารอื่นแม้แต่น้ำในระยะ 6 เดือนแรก และหลังจากครบ 6 เดือนแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปีหรือนานกว่านั้น โดยตั้งเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลกไว้ที่ร้อยละ 50 ภายในปี 2025 (WHO, 2014)

สำหรับประเทศไทยมีนโยบายสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟโดย โดยตั้งเป้าหมายอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ โดยกำหนดเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกำหนดเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น 6 เดือนเป็นร้อยละ 50 ภายในปี 2568 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [สสส], 2561) นโยบายของประเทศไทยสนับสนุน และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลายรูปแบบ ได้แก่ โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก การออกกฎหมายควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 หรือ พ.ร.บ.นมผสม ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2560 เป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่ประกาศใช้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคกลุ่มทารกและเด็ก โดยมีการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมได้ภาคส่วน ได้แก่ มูลนิธิศูนย์นมแม่ประเทศไทย จิตอาสาแม่ตำบลดนมแม่ในชุมชนต่างๆ ทั่วประเทศ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสัปดาห์แรกของเดือนสิงหาคมซึ่งเป็นสัปดาห์แห่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สนับสนุนโดย

องค์การพันธมิตรโลกเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (World Alliance for Breastfeeding Action [WABA]) นอกจากนี้ประเทศไทยมีนโยบายที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือมีกฎหมายให้มารดาที่เป็นข้าราชการสามารถลาคลอดได้ 90 วัน ส่วนลูกจ้างหญิงสามารถลาคลอดได้ไม่เกิน 45 วัน อีก 45 วันได้รับเงินทดแทนจากประกันสังคมโดยได้รับเงินเดือนและให้สามีที่ภรรยาลาคลอดสามารถลาไปเลี้ยงดูบุตรได้ 15 วัน (ศศิกานต์, 2561)

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีนโยบายที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างไรก็ตามการที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด จนถึงระยะหลังคลอด หากบุคลากรสุขภาพรวมถึงพยาบาลให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ย่อมช่วยให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนและเลี้ยงนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยอย่างต่อเนื่องจนถึงสองปีหรือนานกว่านั้นได้ นำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายของประเทศและองค์การอนามัยโลก

ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สามารถแบ่งประโยชน์ของนมแม่ได้เป็น 3 ประการ ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อทารกและมารดา

1.1 ประโยชน์ต่อทารก นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกเพราะมีความจำเพาะกับความต้องการของทารก นมแม่ช่วยในการพัฒนาสมองและการเจริญเติบโตของร่างกาย เสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดเชื้อ นมแม่มีสารอาหารและสารต่างๆ มากกว่า 200 ชนิด มีสารอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมอง ได้แก่ คอเลสเตอรอล (cholesterol) ดีเอชเอ (DHA) และทอรีน (taurine) อย่างครบถ้วนและมีสัดส่วนที่พอเหมาะ (Lawrence & Lawrence, 2016) นมแม่จึงเหมาะที่สุดสำหรับทารกโดยไม่ต้องเสริมหรือเพิ่มเติมสารสกัดใดๆ อีก นมแม่มีเอนไซม์ช่วยย่อยทำให้ร่างกายดูดซึมสารต่างๆ ไปใช้ได้อย่างเต็มที่ จึงช่วยส่งเสริมสุขภาพของเด็กในระยะยาวจากมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดสารต่อต้านอนุมูลอิสระในทารกจึงช่วยป้องกันโรคอ้วนในเด็ก ทำให้หลอดเลือดแข็งแรงป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเมื่อทารกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ (Dong et al., 2014; Lawrence & Lawrence, 2016) นมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านสมองจิตใจและอารมณ์ของทารก เพราะนมแม่มีโอเมก้า 3 ซึ่งเป็นสารตั้งต้นของดีเอชเอในปริมาณที่สูง การกินนมแม่ช่วยเพิ่มสติปัญญาหรือไอคิวได้สูงถึง 3.5 จุด (Horta & Victora, 2013a) ทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษาดี มีพัฒนาการของกล้ามเนื้อดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่ (Bernard et al., 2013) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้สัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกเป็นไปด้วยดี ทำให้ทารกมีความอบอุ่นมีความรู้สึกปลอดภัยช่วยกระตุ้นให้ทารกมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จึงมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ดีมากกว่าทารกที่ไม่ได้กินนมแม่ นมแม่ยังมีสารลิปตินช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียด ทารกที่กินนมแม่จึงสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ดีและมีสุขภาพจิตดี (Oddy et al., 2010)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยป้องกันการติดเชื้อและลดการเสียชีวิตของทารกเพราะน้ำนมแม่เปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิด โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วง ปอดบวมซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กทั่วโลกที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ลดการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ลูกอุจจาระร่วงความเสี่ยงในการเข้ารับรักษาใน

โรงพยาบาลของเด็กด้วยระบบทางเดินหายใจได้ถึงร้อยละ 57 และลดอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยเฉพาะโรคปอดบวมและอุจจาระร่วงในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี (Horta & Victora, 2013b) นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคและภูมิแพ้ โดยพบว่าทารกที่กินนมแม่เกิดโรคภูมิแพ้ลดลง ได้แก่ หอบหืด (Dekker et al., 2016) โรคผื่นผิวหนังอักเสบ และโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (Lodge, et al., 2015) น้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่ ยังช่วยป้องกันมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ทำให้เด็กเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในเลือดขาว (Lawrence & Lawrence, 2016) จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญเพราะช่วยให้ทารกเจริญเติบโต และมีพัฒนาการที่ดี มีภูมิคุ้มกันดี สุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพจิตดีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นการสร้างรากฐานที่ดีของชีวิตให้กับเด็ก

1.2 ประโยชน์ต่อมารดา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้แม่มีสุขภาพจิตที่ดีและช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและในระยะยาว การเลี้ยงลูกช่วยให้มารดาหลังคลอดมีการฟื้นฟูสุขภาพเร็วกว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งนี้เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยให้ร่างกายหลังฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้มดลูกบีบตัวดี มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้นและช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องยังช่วยป้องกันการตกไข่จึงช่วยคุมกำเนิดตามธรรมชาติ (Lawrence & Lawrence, 2016) ช่วยให้แม่มีน้ำหนักตัวลดลงได้เร็วขึ้นกว่าแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศศิกานต์, 2561) ช่วยให้มารดาเกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะในระหว่างให้นมลูกร่างกายมารดามีการสร้างฮอร์โมนโปรแลคตินมากขึ้น และมีการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้มีการหลั่งของเอนโดฟินซึ่งเป็นสารแห่งความสุข (Sharmal, 2017) ลดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของแม่ในระยะยาวโดยช่วยลดภาวะเสี่ยงของโรคภาวะกระดูกพรุน มะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ (Dieterich et al., 2013) รวมทั้งลดภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่สอง (Ramezani Tehrani, Momenan, Bahri Khomami, & Azizi, 2014) บุคลากรสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้แม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

1.3 ประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการซื้อนมผสม จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกเจ็บป่วยโรคภูมิแพ้ การติดเชื้อ และทารกคลอดก่อนกำหนด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลด้วยโรคไข้หวัดใหญ่และการติดเชื้อแบคทีเรียได้มากถึง 560,000 เหรียญสหรัฐต่อปี (Colaizy et al., 2016) ช่วยลดการสูญเสียจากการผลิตนมผสม ได้แก่ ลดการสูญเสียรายได้ของครอบครัวและประเทศ ลดการสูญเสียพลังงานจากการผลิตการขนส่งและช่วยลดการเกิดมลภาวะในอากาศ รวมถึงการลดขยะจากเศษกระดาษและโลหะอย่างมหาศาล (ศศิกานต์, 2561)

จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ ทั้งต่อทารก มารดา ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ บุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ด้านทารก ด้านบุคลากรสุขภาพ และ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ด้านมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และครอบครัว (ศศิกานต์, 2561) โดยพบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า มีการศึกษาสูงกว่า มีความรู้ดีและความเข้าใจเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลาที่นานกว่า (Oliveira, Boccolini, Faerstein, & Verly, 2017) มารดาที่มีทัศนคติดีและมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นระยะเวลานานกว่า (Colaizy, Saftlas, & Morriss, 2012) มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง สามารถเลี้ยงลูกแม่อย่างเดียวนานกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ (สุวรรณ, นิตยา, นันทนา, และวรรณ, 2557) นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของมารดาในระยะหลังคลอดเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญ หากมารดามีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือด ความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้การไหลของน้ำนมมารดาล่าช้ากว่าปกติและอาจมีผลทำให้มีน้ำนมไหลช้า และน้ำนมไม่พอในระยะต่อมาทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ด้านทารก ทารกที่สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์จะได้รับนมแม่โดยเร็วทันทีในระยะหลังคลอด ทารกจึงสามารถดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงเวลาที่รวดเร็ว ส่วนทารกที่มีปัญหาสุขภาพต้องแยกจากมารดาตั้งแต่หลังคลอด เกิดอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ได้แก่ ภาวะทารกมีภาวะล้นติด ปากแหว่งเพดานโหว่ มีการติดเชื้ของร่างกาย ดูดนมแม่ได้ไม่ดี ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ส่งผลทำให้การฝึกให้ดูดนมแม่ในระยะต่อมาเป็นไปได้ยากและไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศศิกานต์และรังสินันท์, 2559)

3. ด้านบุคลากรสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยพบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญ พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้คุณค่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะสามารถปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ (ศศิกานต์และชุตานันท์, 2560) การส่งเสริมให้ทารกดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี ช่วยส่งเสริมทักษะและทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น (อรทัย นิตยา เยาวลักษณ์และกรณิการ์, 2550)

4. ด้านการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ นโยบาย วัฒนธรรม การโฆษณาผสมผ่านสื่อต่างๆ และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ศศิกานต์, 2561) ปัจจุบันทั้งนโยบายระดับชาติและนานาชาติส่งเสริม สนับสนุน และคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น ได้แก่ นโยบายการลาคลอด ให้สามีลาเพื่อช่วยเลี้ยงดูบุตรได้ 15 วัน เครือข่ายทางสังคมให้การสนับสนุน ทั้งองค์การยูนิเซฟ องค์การพันธมิตรโลกเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มูลนิธิศูนย์นมแม่ประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ทำให้มารดามีการรับรู้ มีความรู้ มีความเข้าใจในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น นอกจากนี้ประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กพ.ศ. 2560 หรือ พ.ร.บ. นมผสมทำให้ช่วยควบคุมการโฆษณาเล็กการแจกแถมผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กมากขึ้น จึงช่วยคุ้มครองทารกให้ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่มากขึ้น และหากบุคคลในครอบครัวสนับสนุน มารดาจะมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

หลักการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการดูแลช่วยเหลือให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ซึ่งการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หมายความรวมถึงการประเมิน การให้ความรู้ หรือ

คำแนะนำต่างๆ การสาธิตเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งสามารถกระทำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ดังนี้ (ศศิกันต์, 2561)

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย

1. การซัพพอร์ต เป็นการประเมินความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทัศนคติ และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์เพื่อประเมินความพร้อมด้านสุขภาพของมารดา มารดาที่มีภาวะโภชนาการดี และมีสุขภาพดี ในขณะที่ตั้งครรภ์ ย่อมมีโอกาสที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้น้ำนมที่มีคุณค่าต่อทารก ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ พยาบาลควรให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เบื้องต้น ได้แก่ การจัดทำให้นมลูก และการให้ลูกอมหัวนมอย่างถูกต้อง ความเสี่ยงจากการให้นมผสมหรืออาหารอื่นแก่ทารกในช่วง 6 เดือนแรก ทั้งนี้การให้ความรู้อาจทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ ที่สำคัญควรให้สามีหรือบุคคลใกล้ชิด เข้ามาร่วมรับฟังความรู้ด้วยเพื่อช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดต่อไป

2. การประเมินเต้านม หัวนม ลานนม เป็นการประเมินความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ โดยประเมินขนาด รูปร่างของหัวนมและความยืดหยุ่นของลานนม ลักษณะของหัวนม ได้แก่ หัวนมสั้น หัวนมบอดหัวนมบวม หัวนมใหญ่ยาว อาจส่งผลให้มารดาที่มีความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด สำหรับการแก้ไขปัญหาลานนม หัวนมในระยะตั้งครรภ์ ขึ้นอยู่กับความต้องการในการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย ไม่ควรมุ่งเน้นการแก้ไขมากเกินไป เพราะอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล และไม่มั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอดเน้นการปฏิบัติตามแนวทางใด 10 ขั้นในข้อที่ 4 คือ ช่วยแม่ให้ได้เริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด (WHO, 2009) มีแนวปฏิบัติที่สำคัญ ดังนี้

1. สนับสนุนการกอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) ภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งช่วยสร้างสัมพันธภาพระหว่างแม่และลูก ช่วยให้ทารกมีความอบอุ่นจากอุณหภูมิของแม่ กระตุ้นสัญชาตญาณการดูดนมแม่ ช่วยในการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้นและป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะในทารกที่ดูดนมได้เร็วจะได้รับหัวน้ำนมที่มีสารป้องกันการติดเชื้อ ช่วยให้ทารกสงบไม่ร้องกวน ทำให้แม่สงบผ่อนคลาย และมดลูกมีการหดตัวดีช่วยป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของแม่

2. การปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่เร่งด่วนได้แก่ การเช็ดตัวหรืออาบน้ำทารกหลังคลอด การชั่งน้ำหนักทารก การฉีดยาวิตามินเค หรือการหยอดตา การตรวจร่างกาย และการวัดสัดส่วนทารก ให้ทำหลังจากการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการกระตุ้นให้ทารกได้สัมผัสเนื้อแนบเนื้อจากมารดา ก่อน และหากมารดาและทารกมีความพร้อมควรกระตุ้นให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด เป็นการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มต้น 1-3 วันแรก โดยเน้นบันได 10 ขั้นในข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 10 ในที่นี้ขอสรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สำคัญในระยะหลังคลอด 3 ประการ คือ การจัด

ท่าและการประคองเต้านม เทคนิคที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กรรณิการ์, 2557; ศศิกานต์, 2561)

การจัดท่าและการประคองเต้านม

1. การจัดท่าในการให้นมลูก

การจัดท่าให้นมลูก (positioning) เป็นการช่วยเหลือให้แม่มีทักษะในการอุ้มให้ลูกดูดนมอย่างถูกต้อง และช่วยให้ลูกอมหัวนมให้ลึกถึงลานนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ลูกสามารถดูดกลืนนมแม่ได้ดีประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถ้าในการให้นมลูกโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 ท่าลูกนอนขวางตัก (cradle hold) เป็นท่าอุ้มลูกไว้บนตัก ตะแคงตัวลูกเข้าหาตัวแม่ มือและแขนของแม่ประคองลูกไว้ ศีรษะและลำตัวลูกอยู่ในแนวตรง จัดให้ศีรษะลูกอยู่สูงกว่าลำตัวเล็กน้อย ท้ายทอยลูกอยู่บนแขนของแม่ คอของลูกไม่บิดคว่ำหรือแอ่นหงาย ทำนี้เป็นท่าที่เหมาะสมกับทารกที่ดูดนมได้ตามปกติ มารดาไม่มีปัญหาเรื่องหัวนม เต้านม มารดาส่วนใหญ่ชอบอุ้มลูกให้นมในท่านี้



รูปที่ 42 ท่าลูกนอนขวางตัก (cradle hold)

1.2 ท่าลูกนอนขวางตักแบบประยุกต์ (cross-cradle hold) ทำนี้คล้ายท่าแรก แต่เปลี่ยนมือและแขนข้างที่อุ้มลูกมาจับเต้านม ส่วนมืออีกข้างหนึ่งประคองต้นคอ ท้ายทอย และหลังของลูกแทน ทำนี้จะช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะลูกได้ดี เหมาะสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด หรือทารกที่มีปัญหาในการดูดนม ควรแนะนำและช่วยเหลือให้มารดาใช้ท่านี้ให้ลูกดูดนมในกรณีที่ลูกตัวเล็ก หรือลูกย้ายกลับจากหออภิบาลทารกแรกเกิดและเริ่มฝึกลูกดูดนมแม่จากเต้า เพราะท่านี้ช่วยให้มารดาสามารถควบคุมศีรษะของลูกได้ ทารกดูดและอมหัวนมได้ลึกพอ และสามารถดูดและกลืนน้ำนมได้ดี



รูปที่ 43 ท่าขวางตักประยุกต์ (cross-cradle hold)

1.3 ท่าฟุตบอล (football hold) แม่อุ้มลูกกอดกระชับกับสีข้างแม่ ลูกอยู่ในท่ากึ่งตะแคง กึ่งนอนหงาย ขาถูกชี้ไปทางด้านหลังของแม่ มือแม่จับที่ต้นคอและท้ายทอยลูก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งจับ ประคองเต้านมไว้ ท่านี้เหมาะสำหรับมารดาที่ผ่าคลอดทางหน้าท้อง เพราะการอุ้มลูกท่านี้จะไม่กดทับแผลผ่าตัดของมารดา ท่าฟุตบอลยังเหมาะสำหรับมารดาที่มีขนาดเต้านมใหญ่ ทารกน้ำหนักน้อย เพราะทารกจะสามารถจับหัวนมและลานนมได้ดี สำหรับมารดาครรภ์แฝด ท่านี้จะช่วยให้ลูกดูดนมแม่ได้จากสองเต้าพร้อมกัน



รูปที่ 44 ท่าฟุตบอล (football hold)

1.4 ท่านอน (side-lying) ท่านี้แม่กับลูกนอนตะแคงเข้าหากัน แม่นอนศีรษะสูงเล็กน้อย ลำตัวไม่อึดโค้ง แขนของแม่โอบหลังลูกให้ชิดลำตัวแม่ อาจใช้หมอนหรือผ้าม้วนหนุนหลังทารกแทน แขนของแม่ได้ ปากของทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนมแม่ ใช้มืออีกข้างประคองเต้านมเมื่อเริ่มเอาหัวนมเข้าปากลูก ท่านี้เหมาะสำหรับแม่หลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ต้องการพักผ่อน และให้นมลูก ตอนกลางวัน และเป็นท่าที่เหมาะกับแม่หลังคลอดในช่วง 8 ชั่วโมงแรก เพราะแม่มักรู้สึกอ่อนเพลีย โดยควรสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลใกล้ชิด และควรมีหมอนหรืออุปกรณ์กันเตียงวางด้านหลังทารกป้องกันอุบัติเหตุการตกเตียงหรือนอนกดทับลูก เพราะแม่อาจจะเผลอหลับไปพร้อมกับลูกได้



รูปที่ 45 ท่าฟุตบอล (side-lying)

1.5 ท่าเอนหลัง (laid back) ทำนี้แม่จะเอนหลังโดยวางทารกบนลำตัว ทำให้แม่และลูกได้สัมผัสแนบชิดกัน การเอนหลังพิงผนังทำให้แม่รู้สึกสบาย และการที่ลูกอยู่บนลำตัวแม่ทำให้มีการสัมผัสแนบชิด แม่สามารถมองเห็นลูกได้ชัดเจน จึงช่วยให้ลูกดูนมแม่ได้ดี ทำนี้เหมาะสมทั้งแม่ที่คลอดปกติ และแม่ที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้ทำนี้เมื่อแม่รู้สึกตัวดี หรือมีญาติดูแลใกล้ชิด

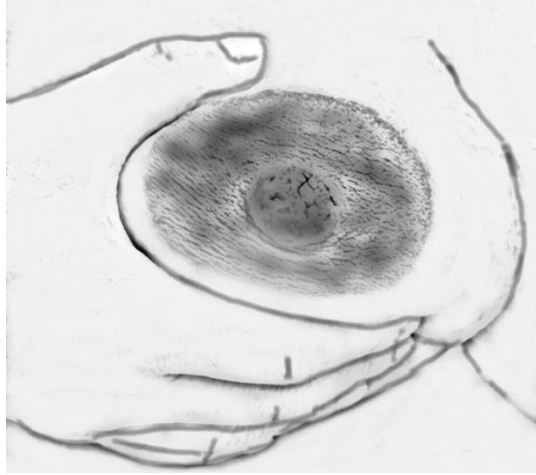


รูปที่ 46 ท่าเอนหลัง (laid back)

2. การประคองเต้านม

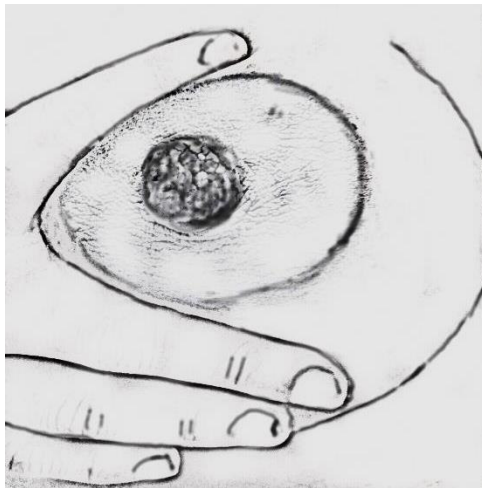
การประคองเต้านม (breast hold) เป็นการจับเต้านมของแม่ที่ช่วยให้ลูกอมนมได้ลึกถึงลานนม ช่วยให้ลูกเข้าเต้าได้สะดวก และงับนมได้ลึก ไม่หลุดออกจากเต้าง่าย การประคองเต้านมมีวิธีการดังนี้ (กรรณิการ์, 2557; ศศิกานต์, 2561)

2.1 การประคองเป็นรูปตัวซี (C hold) เป็นการประคองเต้านมลักษณะรูปตัวซี โดยนิ้วหัวแม่มือของแม่อยู่ด้านบนของเต้านม อีกสี่นิ้วที่เหลือประคองซ้นฐานเต้านมไว้ เพื่อรองรับเต้านม จึงเหมาะกับแม่ที่มีเต้านมใหญ่ แม่ที่มีลูกคนแรก และยังช่วยบีบเต้านมให้น้ำนมหยดลงในปากลูก กระตุ้นให้ลูกดูนมอีกด้วย



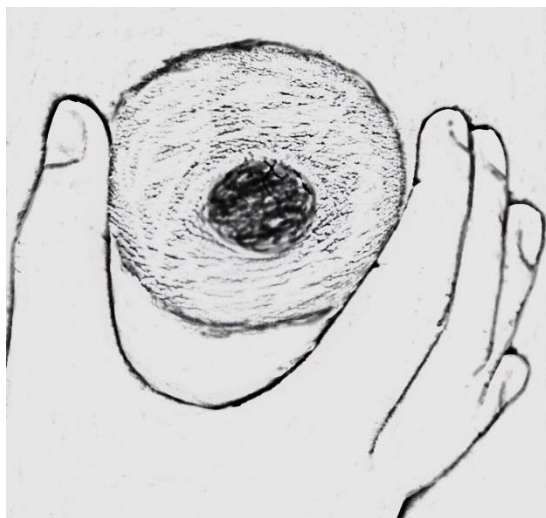
รูปที่ 47 การประคองเต้านมเป็นรูปตัวซี (C hold)

2.2 การประคองเต้านมเป็นรูปตัววี (V hold) เป็นการจับเต้านมด้วยนิ้วชี้และนิ้วกลาง โดยวางนิ้วมือให้เลยแนวต่อระหว่างหัวนมและลานนม เพื่อยกส่วนลานนมและหัวนมให้ยื่นออกมา พร้อมให้ลูกดูดบริเวณลานนม เหมาะสำหรับแม่ที่มีเต้านมเล็ก แต่ต้องระวังไม่กดนิ้วบริเวณลานนม เพราะจะปิดกั้นท่อน้ำนม ทำนี้ใช้ได้ดีกับแม่ที่มีน้ำนมพุ่ง เพราะช่วยปิดกั้นท่อน้ำนมบางส่วนทำให้น้ำนมมีปริมาณพุ่งเข้าปากทารกน้อยลง ทำให้ทารกดูดนมได้ในปริมาณที่พอดี



รูปที่ 48 การประคองเต้านมเป็นรูปตัววี (V hold)

2.3 การประคองเต้านมเป็นรูปตัวยู (U hold) เป็นการจับเต้านมลักษณะรูปตัวยูรองรับที่ฐานเต้านม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือวางด้านข้างของเต้านม นิ้วมือนี้นิ้วที่เหลืวางบริเวณกลางอก ทำนี้เหมาะสำหรับทารกที่มีแรงดูดน้อย โดยเฉพาะทารกตัวเล็ก จึงเหมาะกับการประคองเต้านมเป็นรูปตัวยู สำหรับการอุ้มให้ลูกกินนมในท่าฟุตบอล



รูปที่ 49 การประคองเต้านมเป็นรูปตัวยู (U hold)

การจัดท่าให้นมลูก และการประคองเต้านม เป็นแนวปฏิบัติที่มีความสำคัญ พยาบาลควรสังเกตการจัดท่าและประคองเต้านมของแม่ขณะแม่ให้นมลูก พร้อมทั้งให้คำแนะนำช่วยเหลือให้แม่สามารถประคองเต้านมเพื่อให้นมลูกได้อย่างถูกวิธี ซึ่งจะช่วยให้แม่สามารถปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างถูกต้องก่อนออกจากโรงพยาบาล

เทคนิคที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีเทคนิคที่สำคัญ 4 ประการคือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี และดูดเกลี้ยงเต้า บางตำราอาจใช้เทคนิค 4 ดูด โดยรวมเทคนิคการดูดเกลี้ยงเต้าไว้กับการดูดถูกวิธี พยาบาลผู้ดูแลควรสนับสนุนให้มารดาทุกรายใช้เทคนิคการดูดนมที่ถูกต้องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

1. ดูดเร็ว คือในระยะหลังคลอด ให้ทารกดูดเร็วที่สุด โดยควรดูดครั้งแรกภายในครึ่งถึงชั่วโมง (WHO, 2009) เพราะช่วยกระตุ้นการทำงานของฮอร์โมนออกซิโตซิน ทำให้กล้ามเนื้อรอบต่อมน้ำนมมีการบีบตัว ทำให้น้ำนมไหล ทารกจะได้หัวนมซึ่งมีสารอาหาร และสารภูมิคุ้มกันที่สำคัญและจำเป็นในช่วงแรกของชีวิต ช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้อย่างรวดเร็ว และยังช่วยป้องกันการตกเลือดของมารดาจากการที่ฮอร์โมนออกซิโตซินช่วยให้มดลูกหดตัวดี

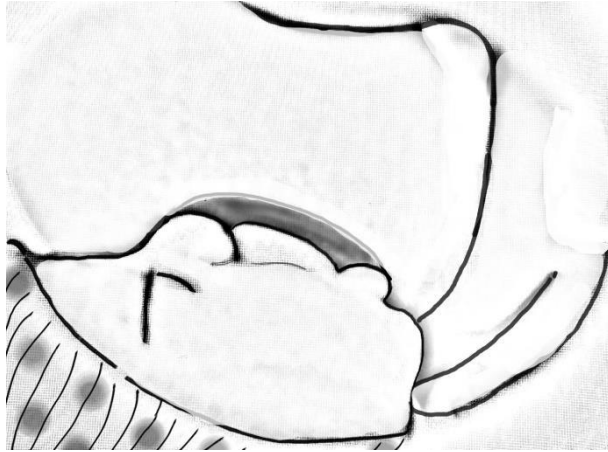
2. ดูดบ่อย คือให้ทารกดูดนมแม่อย่างสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมง โดยดูดทั้งกลางวันและกลางคืน โดยเฉพาะในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (สุอารีย์และธิดารัตน์, 2553; WHO, 2009) จะช่วยกระตุ้นกลไกการสร้างน้ำนมโดยต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ผลิตฮอร์โมนโพรแลคติน (prolactin) มากขึ้น และกระตุ้นการหลั่งน้ำนมโดยต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ผลิตฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้มีน้ำนมไหลออกมา ทำให้ปริมาณน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่อมา

3. ดูดถูกวิธี คือการที่ทารกอมนมแม่ลึกถึงลานนม โดยใช้เหงือกกดลงบนต่อมน้ำนม ลิ้นอยู่ใต้ลานนม ริมฝีปากลูกบานออก มีเสียงกลืนนมเป็นจังหวะ แก้มลูกป่องออก (WHO, 2009) หากแก้มลูกบวมหรือแม่เจ็บหัวนมขณะลูกดูดแสดงว่ายังดูดไม่ถูกวิธี

4. ดูดเกลี้ยงเต้า คือการให้ทารกดูดจนรู้สึกว่ายืด้านิ่ม หรือดูดจนอึด ซึ่งบางตำราจะรวมอยู่ในการดูดถูกวิธี ควรให้ดูดข้างละไม่ต่ำกว่า 10-20 นาที หากทารกดูดไม่อึดก็สลับข้างที่เหลือ โดยทั่วไปให้ทารกจะดูดนมแม่ 8-12 ครั้งต่อวัน หรือทุก 2-3 ชั่วโมง และมือต่อไปให้เริ่มจากเต้าข้างที่เหลือ

เพื่อให้เกิดการระบายน้ำนมหรือไม่ให้แม่คัดเต้าจนรู้สึกเจ็บ เพราะถ้าหากปล่อยให้เต้าเต็มบ่อยๆ จะเป็นการส่งสัญญาณว่าความต้องการน้ำนมลดลง และทำให้ร่างกายผลิตน้ำนมลดลง (วรรณ, 2557) ดังนั้นการให้ลูกดูดเกลี้ยงเต้า ไม่ได้หมายถึงไม่มีน้ำนมเหลืออยู่เลยในเต้านมแม่

นอกจากนี้ควรดูแลและช่วยเหลือให้ลูกอมหัวนม ลานนมของแม่ได้ลึกเพื่อให้ลูกสามารถดูดกลืนน้ำนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการสังเกตการอมหัวนมลึกถึงลานนมของลูกที่ถูกต้อง 4 ประการ (4 key signs) คือ ลูกอ้าปากกว้าง ริมฝีปากคลีบบาน อมลานนมสูงกว่าลานนมบน ริมฝีปากล่างบานออก คางลูกแนบชิดกับเต้าแม่



รูปที่ 50 การอมหัวนมลึกถึงลานนม (4 key signs)

การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นทักษะที่จำเป็นของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การประเมินที่ถูกต้อง ทำให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การช่วยเหลือให้แม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จะส่งผลให้แม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะต่อมา การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ใช้โดยทั่วไป มีการประเมิน 4 วิธี ได้แก่

1. แบบสังเกตการดูนมที่ถูกต้อง (B-R-E-A-S-T-Feed Observation Form)
2. แบบให้คะแนนการอมหัวนมลึกถึงลานนม (LATCH Score)
3. แบบให้คะแนนพฤติกรรมทารกขณะให้นม (Infant Breast Feeding Tool)
4. แบบทดสอบการมีน้ำนมเพียงพอกับความต้องการของลูก (Test Weighing)

ในที่นี้ขอกล่าวรายละเอียดการประเมิน LATCH Score ที่มีการใช้บ่อย ดังนี้ (ศศิกันต์, 2561)

วิธีการประเมินแลทซ์ (LATCH score) เป็นการประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถประเมิน ช่วยเหลือ และส่งต่อให้ผู้อื่นทราบเพื่อประเมินติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง มีการประเมินจากองค์ประกอบหลัก 5 ด้าน มีประเมิน 5 ข้อ ให้คะแนนเต็มข้อละ 2 คะแนน รวม 10 คะแนน โดยภาพรวมมี 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ประสบ

ความสำเร็จ หากคะแนน LATCH ต่ำกว่า 8 คะแนน ควรได้รับการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ จนแม่รู้สึกมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การประเมิน	2 คะแนน	1 คะแนน	0 คะแนน
1. “L” หรือ Latch on หมายถึง การเลีย การอมหัวนมของทารก	ลูกอมได้ลึกถึงลานนม แนวเหงือกของลูกอยู่บนลานนมของแม่ ริมฝีปากทั้ง 2 บานออกและดูดเป็นจังหวะ	ลูกอมหัวนมไว้ในปาก แต่อมไม่ลึก ต้องช่วยจับหัวนมไว้ในปาก หรือช่วยกระตุ้นลูกจึงจะดูดนมแม่ได้	ลูกจับเฉพาะหัวนม หรือไม่อมหัวนม ลูกง่วงมากจนไม่ยอมดูดนม
2. “A” หรือ Audible หมายถึง เสียงการกลืนนม	ได้ยินเสียงลูกกลืนนมแม่เป็นช่วงๆ	ได้ยินเสียงลูกกลืนนมแม่นานๆครั้ง และกลืนเฉพาะเมื่อมีการกระตุ้น	ไม่ได้ยินเสียงลูกกลืนนมแม่
3. “T” หรือ Type of nipple หมายถึง ลักษณะของหัวนมแม่	หัวนมยื่นออกมาดี โดยไม่ต้องดึง	หัวนมแบน หรือยื่นเล็กน้อยขณะกระตุ้น	หัวนมบอด หรือหัวนมบวมเข้าไป
4. “C” หรือ Comfort หมายถึง ความสุขสบายของหัวนม เต้านมแม่ขณะให้นมลูก	เต้านมนุ่ม ยืดหยุ่นดี หัวนมปกติ แม่รู้สึกสุขสบาย	แม่รู้สึกเจ็บเล็กน้อย เต้านมไม่ยืดหยุ่น หรือพบหัวนมแดง มีรอยถลอกตุ่มพอง	แม่รู้สึกเจ็บมาก เต้านมคัดตึงมาก
5. “H” หรือ Holding หมายถึง การอุ้มลูก	แม่อุ้มลูกขณะให้นมได้ถูกต้อง โดยพยาบาลไม่ต้องช่วย	แม่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการจัดท่าให้นมลูกเฉพาะเต้านมข้างแรกและอุ้มลูกดูนมแม่ได้เองเมื่อดูดเต้านมข้างที่สอง	แม่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลตลอดเวลาที่ต้องให้นมลูก แม่ไม่สามารถอุ้มลูกให้กินนมได้เองอย่างถูกต้อง

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อยและการดูแลช่วยเหลือ

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อย ด้านแม่ ได้แก่ การเจ็บของหัวนม การติดเชื้อของหัวนม เต้านมคัดตึง ท่อน้ำนมอุดตัน และฝีที่เต้านม ด้านลูก ได้แก่ ภาวะตัวเหลือง ลิ้นติด ลูกดูดนมยาก/ไม่ยอมดูดนม ซึ่งจะกล่าวถึงปัญหาและการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้ (ศศิกานต์, 2561)

ปัญหาเต้านม

1. การเจ็บของหัวนม (sore nipple) หมายถึง หัวนมถลอก หัวนมแตก ทำให้เกิดการเจ็บมักเกิดในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดโดยเฉพาะในแม่ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน สาเหตุการเจ็บของหัวนมอาจเกิดได้จากทำอู๋ให้นมแม่ การเข้าเต้า หรือการเอาลูกออกจากเต้านมแม่ไม่ถูกวิธี ลูกอมหัวนมไม่ลึก หรือดูดนมแรงเกินไป (วรรณา, 2557) ลูกมีภาวะลิ้นติด (คมกริช, 2559ก) การบีบน้ำนมด้วยมือหรือการใช้เครื่องปั้มน้ำนมไม่ถูกวิธี

การดูแลช่วยเหลือการเจ็บของหัวนมแม่ ต้องประเมินว่าเกิดจากสาเหตุใด และให้การช่วยเหลือแก้ไขตามสาเหตุ แนะนำให้ใช้น้ำนมแม่ทาบริเวณหัวนมที่เป็นแผล หลังจากให้ลูกดูดนมเสร็จแล้ว ร่วมกับดูแลให้ใช้ยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล (paracetamol) หรือไอบูโพรเฟน (ibuprofen) เป็นต้น

2. การติดเชื้อของหัวนม (nipple infection) หมายถึง การติดเชื้อของหัวนมซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา กล่าวคือ สาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรีย อาจพบเต้านมอักเสบหรือหัวนมแตก สาเหตุจากการติดเชื้อราแคนดิดา (candida) อาจปวดร้าวไปทั่วเต้านม และมีอาการคันร่วมด้วย หัวนมอาจมีลักษณะแห้งและแดง ลานนมอาจเป็นมันวาว สีชมพู

การดูแลควรแนะนำให้พบแพทย์เพื่อรักษาตามสาเหตุ โดยทั่วไป หากเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เช่น เซฟฟาโลสปอริน (cephalosporin), อะม็อกซิซิลลิน (amoxicillin), ไดคลอกซาซิลลิน (dicloxacillin) หรืออีริโทรไมซิน (erythromycin) เป็นเวลาประมาณ 2-6 สัปดาห์ เป็นต้น การรักษาการติดเชื้อรามักได้รับยาทาเฉพาะ ได้แก่ ยาทาในกลุ่มที่ต้านเชื้ออะโซล (azole) เช่น ยาโคลไตรมาโซล (clotrimazole), ไมโคนาโซล (miconazole) เป็นต้น

3. เต้านมคัดตึง (breast engorgement) หมายถึง ภาวะที่มีน้ำนม มีน้ำเหลืองและน้ำเลือดคั่งในเต้านมแม่ มักเกิดในช่วง 3-5 วันแรกหลังคลอด (คมกฤษ, 2559) ทำให้มีอาการเต้านมตึง รู้สึกเต้านมหนัก เต้านมจะร้อน ผิวแดงเป็นมัน แข็งและเจ็บ ทำให้หัวนมถูกดึงรั้งจนแบนลง ทำให้ลูกดูดไม่ได้ น้ำนมไม่ไหล และมีไข้ร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากการระบายน้ำนมออกอย่างไม่มีประสิทธิภาพ จากการทำทารกดูดไม่เร็ว ดูดไม่บ่อย ดูดไม่ถูกวิธี และดูดไม่เกลี้ยงเต้า

การดูแลช่วยเหลือ ควรช่วยให้ลูกดูดนมแม่โดยเร็วที่สุด ดูดนมแม่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ให้ลูกดูดให้ถูกวิธีจนรู้สึกว่เต้านม ประมาณ 15-20 นาที หลีกเลียงการใช้อุปกรณ์จุกนมยาง หรือหัวนมปลอม ดูแลประคบอุ่นที่เต้านมทั้งสองข้าง นวดทั่วๆ เต้านมอย่างนุ่มนวล และปับน้ำนมจากเต้าจนลานนมเริ่มนิ่มก่อนเริ่มการให้นมทารก หรือลดอาการปวดโดยการประคบเย็นที่เต้านม โดยพยาบาลอาจสอนสาธิตให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ

4. ท่อน้ำนมอุดตัน (plugged ducts หรือ blocked duct) หมายถึง การอุดตันของท่อน้ำนมในบางตำแหน่ง มีผลทำให้มีการคั่งของน้ำนมและการขยายของเนื้อเยื่อต่อมน้ำนมบริเวณรอบท่อน้ำนมที่มีอุดตัน ท่อน้ำนมอุดตันทำให้มีอาการเป็นก้อนที่เต้านม ปวด แต่ไม่มีลักษณะของการแดง ร้อนและไม่มีไข้ ในกรณีที่น้ำนมแม่ข้นมาก อาจเกิดจุดขาวที่หัวนม ที่เรียกว่า ไวท์ดอท (white dot) สาเหตุอาจเกิดจาก น้ำนมเหลือคั่งในเต้านมหลังการให้นม ให้ทารกดูดนมไม่ถูกวิธี การหยุดให้นมทารกทันที หรือเว้นระยะการให้นมทารกนานกว่าปกติ (รุจิรา, 2559)

ควรช่วยเหลือด้วยการจัดทำให้นมที่มีประสิทธิภาพ ให้ทารกดูดลึกถึงลานนม ดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง ในช่วงแรกหากทารกดูดไม่ออก อาจช่วยนวดคลึงและบีบระบายให้น้ำนมขึ้นที่อุดตันออกเสียก่อน

5. เต้านมอักเสบ (mastitis หรือ mammary cellulitis) หมายถึง การอักเสบเป็นก้อนที่เต้านมเฉพาะส่วน มักจะเกิดใน 2-3 สัปดาห์หลังคลอด ทำให้มีอาการ บวม แดง ร้อน ปวด บริเวณเต้านมร่วมกับมีไข้ อุณหภูมิ มักจะเกิน 38 องศาเซลเซียส จึงทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ครั่นเนื้อครั่นตัว และหนาวสั่น (Lawrence & Lawrence, 2016) สาเหตุมักเกิดจากการที่ท่อน้ำนมอุดตัน มีการระบายน้ำนมออกจากเต้านมได้ไม่ดี หรือเกิดจากเต้านมคัดตึง มีการสร้างน้ำนมมาก แต่ไม่ได้รับการแก้ไข

หรือเว้นระยะการให้นมนานเกินไป การใส่ยกทรงที่รัดแน่นเกินไป และอาจเกิดจากเชื้อโรคจากแผลหัวนมแตกเข้าสู่เต้านมทำให้เกิดการอักเสบ (รุจิรา, 2559; วรรณ, 2557)

การอักเสบของเต้านมอาจเป็นการอักเสบแบบติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อก็ได้ ควรได้รับการช่วยเหลือโดยการบีบระบายน้ำนมออกโดยเร็วที่สุด และช่วยเหลืองตามสาเหตุการเกิด หากมีการติดเชื้อร่วมด้วยควรส่งพบแพทย์เพื่อดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

6. ฝีที่เต้านม (breast abscess) หมายถึง การมีหนองสะสมอยู่ในเต้านม คล้ายได้ลักษณะเป็นก้อนนิ่ม บวมแดง มีอาการปวดมาก อ่อนเพลีย มีไข้ (อาจมีไข้สูงมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากมีภาวะเต้านมอักเสบ มักเป็นที่เต้านมข้างใดข้างหนึ่ง (รุจิรา, 2559) สาเหตุ มักเกิดจากการที่แม่มีปัญหาเต้านมคัดและไม่ได้รับการช่วยเหลือ ปล่อยทิ้งไว้ 2-3 วัน จนเกิดการอักเสบ

ควรได้รับการช่วยเหลือโดยการส่งพบแพทย์เพื่อระบายหนองออก และควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ น้ำนมจากเต้ายังคงสะอาดหากฝีไม่ได้แตกผ่านท่อน้ำนม ควรแนะนำให้มารดาบีบน้ำนมออกอย่างถูกวิธีทุก 3 ชั่วโมง เพื่อคงสภาพน้ำนมไว้ สามารถให้นมลูกได้ตามปกติหากหนองจากฝีไม่ได้ออกทางหัวนม หรือฝีไม่ได้อยู่ใกล้หัวนม

ปัญหาด้านลูก

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้านลูกที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตัวเหลือง ลึนตืด และทารกดูคนมยาก/ไม่ยอมดูดนม มีรายละเอียด ดังนี้ (ศศิกานต์, 2561)

1. ภาวะตัวเหลือง (neonatal jaundice) หมายถึง ภาวะที่ทารกมีสารบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าค่าปกติ เด็กแรกเกิดมักเริ่มมีภาวะตัวเหลืองและตาเหลืองในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด โดยอาการเริ่มจากใบหน้าเปลี่ยนเป็นสีเหลืองอ่อน ต่อมาเหลืองบริเวณส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เช่น ลำตัว ท้อง แขน ขาเป็นต้นและอาจมีสีเหลืองชัดเจนเมื่อใช้ปลายนิ้วกด ภาวะตัวเหลืองในเด็กแรกเกิดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากภาวะระดับสารบิลิรูบินหรือสารสีเหลืองในเลือดที่สูงมากเกินไป โดยสารนี้เกิดขึ้นเมื่อเม็ดเลือดแดงซึ่งทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆทั่วร่างกายแตกตัว ในภาวะปกติบิลิรูบินในกระแสเลือดจะถูกส่งไปที่ตับและขับออกทางอุจจาระ แต่ในเด็กแรกเกิด ตับจะยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถกำจัดสารนี้ได้รวดเร็วพอ

สาเหตุของภาวะตัวเหลืองในทารกที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่พบบ่อย มี 2 ประการ คือ

1.1 ภาวะตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ภาวะตัวเหลืองที่ได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ทำให้ทารกถ่ายขี้เทาออกช้าจึงมีการดูดกลับของสารบิลิรูบินเข้าสู่ตับ ควรดูแลให้ทารกได้รับน้ำนมแม่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะทารกที่ดูดนมแม่ไม่ดี มีภาวะลึนตืด แนะนำให้แม่บีบน้ำนมและป้อนด้วยช้อนหรือแก้ว และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการส่องไฟรักษา

1.2 ภาวะตัวเหลืองจากสารในน้ำนมแม่ (breast milk jaundice) หมายถึง ทารกที่มีสารบิลิรูบินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปลายสัปดาห์แรก (อายุ 5-10 วัน) มีอาการตัวเหลืองนานเป็นสัปดาห์ อาจนาน 6-12 สัปดาห์ ทารกบางรายมีระดับบิลิรูบินสูงกว่า 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร บางรายอาจมีบิลิรูบินสูงถึง 23-25 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ต้องได้รับการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ เช่น ท่อน้ำดีอุดตัน ตับอักเสบ หรือพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน เป็นต้น สาเหตุการเกิดภาวะตัวเหลืองจากสารในน้ำนมแม่ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากสารบางอย่างในน้ำนมแม่ไปยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ของตับ ไม่ให้มีการสลายของบิลิรูบิน จึงทำให้มีการดูดกลับบิลิรูบินจากลำไส้เข้าสู่ตับมากขึ้น ทารกจึงมีภาวะตัว

เหลือง ปกติจะค่อยๆ หายได้เอง ไม่มีความจำเป็นต้องงดนมแม่ และควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณา ส่งไปรักษา ยกเว้น ทารกมีบิลิรูบินสูงถึง 20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อาจงดนมแม่ชั่วคราว ประมาณ 1-2 วัน เพราะเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากระดับบิลิรูบินสูง (kernicterus) (สุตาภรณ์, 2557) พยาบาลควรให้ความรู้ ความมั่นใจกับมารดาและครอบครัว ควรแนะนำให้แม่สังเกตอาการบ่งชี้ว่าทารกมีอาการแย่งลง เช่น ดูดนมไม่ดี ซึมลง ร้องเสียงแหลม เป็นต้น เพื่อได้รับการรักษาได้ทันที

2. ภาวะลิ้นติด (ankyloglossia หรือ tongue-tie) หมายถึง ภาวะที่มีพังผืดใต้ลิ้นผิดปกติ ตั้งแต่กำเนิด โดยทารกที่มีภาวะลิ้นติดจะมีพังผืดใต้ลิ้น (lingual frenulum) มากกว่าปกติ ทำให้ลิ้น ขยับได้น้อยลงจึงเป็นอุปสรรคในการดูดนม ทารกที่มีลิ้นติดเล็กน้อยถึงปานกลางและหัวนมลานนมแม่ ปกติส่วนใหญ่สามารถดูดนมได้ดีขึ้นในระยะต่อมา (ศศิกานต์, 2561) แต่ทารกที่ลิ้นติดระดับรุนแรง ควรได้รับการพิจารณาผ่าตัด (frenulotomy) โดยแพทย์

3. ทารกดูดนมยาก/ไม่ยอมดูดนม (refusal to breastfeed) หมายถึง ทารกปฏิเสธการดูดนมแม่จากเต้า ทารกมักร้องเกร็งตัว หลังแอน ส่ายหน้าหนีจากเต้านม เมื่อแม่พยายามอุ้มลูกเข้าเต้า อาจเกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์แรกหลังเกิด เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ทารกบาดเจ็บจากการคลอด ทารกเจ็บป่วย น้ำหนักตัวน้อย และถูกแยกจากแม่ในช่วงแรกทำให้ไม่คุ้นเคยกับการดูดจากเต้านมแม่ ปัญหาดังกล่าวทำให้ทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ แม่เกิดความเครียดและวิตกกังวล (ศศิกานต์, 2561) ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโดยการฝึกให้ทารกดูดนมอย่างถูกต้อง และแม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สรุป การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือให้ทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ มีคุณค่าอย่างยิ่งทั้งต่อมารดา ทารก ครอบครัว สังคมและประเทศ เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นการสร้างรากฐานที่ดีในชีวิตให้กับทารกและครอบครัว และช่วยในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างยั่งยืน พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ วิจิตรสุคนธ์. (2557ข). การจัดทำให้นมและการให้ลูกอมหewnม. ใน กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, และสุตาภรณ์ พยัคฆเรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 162-174). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2557 (5 Flagship Projects)*. ค้นจาก <https://www.anamai.moph.go.th/download/download/แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย2557.pdf>
- คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล. (2559ก). ภาวะเจ็บหewnมและเต้านม. ใน ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 78-81). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล. (2559ข). เต้านมคัดตึง. ใน ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 82-85). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ณัฐฐา กิณะพันธ์. (2551). *น้ำนมแม่ที่ดีที่สุด*. ค้นจาก <https://www.unicef.org/thailand/tha/reallives9620.html>
- นิตยา สิ้นสุกใส. (2557). ความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ในกรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, และสุตาภรณ์ พยัคฆเรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2559). ท่อน้ำนมอุดตัน. ใน ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 92-94). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วรรณมา พาทูพัฒนาการ. (2557). แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด. ใน กรณีการ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจิรัชฐีเยร, และสุตาภรณ์ พยัคฆเรื่อง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 175-192). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิกานต์ กาละ. (2561). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: บทบาทพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิกานต์ กาละ, และชุตานันท์ ชุนเพชร. (2560). ประสบการณ์ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยหลังคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 1-11.
- ศศิกานต์ กาละ, และรังสินันท์ ขาวนาค. (2559). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทารกป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(ฉบับเพิ่มเติม), 196-208.

- สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2557). แนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีปัญหาด้านลูก. ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรืองจิรัชเสียร, และสุดาภรณ์ พยัคฆเรือง (บรรณาธิการ), *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 219-242). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณา ชนะภัย, นิตยา สิ้นสุกใส, นันทนา ธนาโนวรรณ, และวรรณภา พาหุวัฒนกร. (2557). ความรู้ทัศนคติการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการสนับสนุนจากสามีและพยาบาล ในการทำน่ายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ย 6 สัปดาห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32 (1), 51-60.
- สุอารีย์ อันตระการ, และธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ. (2553). ความรู้พื้นฐานสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใน นิพรรณพร วรมงคล (บรรณาธิการ), *คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 44-91). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ [สสส]. (2561). *กรมอนามัยตั้งเป้าเพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 50%*. ค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/43851-กรมอนามัยตั้งเป้าเพิ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่50.html>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (เมษายน 2557). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ย 6 เดือน: สถานการณ์*. สารสุขภาพ, 7(13), ค้นจาก <http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/file/2557/Issue%2013.pdf>
- อรทัย บัวคำ, นิตยา สิ้นสุกใส, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2550). ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ย 4 เดือน ในมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 62-75.
- Bernard, J. Y., De-Agostini, M., Forhan, A., Alfaiate, T., Bonet, M., Champion, V....the EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2013). Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of Age in the EDEN Mother-Child Cohort. *The Journal of Pediatrics*, 163(1), 36-42. doi:10.1016/j.jpeds.2012.11.090
- Colaizy, T. T., Bartick, M. C., Jegier, B. J., Green, B.D., Reinhold, A. G., Schaefer, A. J.,...Stuebe, A. M. (2016). Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *The Journal of Pediatrics*, 175, 100-5.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2016.03.040
- Colaizy, T. T., Safflas, A. F., & Morriss, F. H. (2012). Maternal intention to breastfeed and breast-feeding outcomes in term and preterm infants: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000-2003. *Public Health Nutrition*, 15 (4), 702-710. doi:10.1017/S1368980011002229
- Dekker, H. T., Sonnenschein-van der Voort A. M. M., Jaddoe, V. W. V., Reiss, I. K., Jongste, & J. C., Duijts, L. (2016). Breastfeeding and asthma outcomes at the age of 6 years: the Generation R Study. *Pediatric Allergy Immunology*, 27, 486- 92. doi:10.1111/pai.12576
- Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. M. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 31-48. doi:10.1016/j.pcl.2012.09.010

- [Dong, G. H., Qian, Z. M., Trevathan, E., Zeng, X. W., Vaughn, M. G., Wang, J.,...Qin, X. D.](#) (2014). Air pollution associated hypertension and increased blood pressure may be reduced by breastfeeding in Chinese children: the Seven Northeastern Cities Chinese Children's Study. *International Journal of Cardiology*, 176(3), 956-61. doi:10.1016/j.ijcard.2014.08.099
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013a). *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
- Horta, B. L., & Victora, C. G. (2013b). *Short-term effects of breastfeeding: A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhea and pneumonia mortality*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95585/1/9789241506120_eng.pdf
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). [Breastfeeding: A guide for the medical profession](#) (8 th ed.). [E-book: Elsevier]. Retrieved from <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323357760099381>
- Oddy, W. H., Kendall, G. E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., De Klerk, N.H.,...Stanley, F.J. (2010). The Long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: A pregnancy cohort study followed for 14 Years. *The Journal of Pediatrics*, 156(4), 568-74. doi:10.1016/j.jpeds.2009.10.020
- Oliveira, D. S., Boccolini, C. S., Faerstein, E., & Verly, E. Jr. (2017). Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. *Jornal de Pediatria (Rio J)*, 93(2), 130-5. doi:10.1016/j.jpmed.2016.05.005
- Ramezani Tehrani, F., Momenan, A. A., Bahri Khomami, M., & Azizi, F. (2014), Does lactation protect mothers against metabolic syndrome? Findings from the Tehran Lipid and Glucose Study. *Journal of Obstetric Gynaecology Research*, 40: 736-42. doi:10.1111/jog.12236
- Sharmal, K. (2017, February 2). *Emotional and psychological effects of breastfeeding*. The time of India. Retrieved from <http://timesofindia.indiatimes.com/life-style/health-fitness/health-news/emotional-and-psychological-effects-of-breastfeeding/articleshow/56929939.cms>
- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2015). *Nutrition: Breastfeeding*. Retrieved from https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief*. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44117/1/9789241597494_eng.pdf?ua=1&ua=1

4. การกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์

จากงานวิจัยพบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและอาหารที่มีผลต่อการเจริญของสมองทารกในครรภ์มากกว่าปัจจัยด้านพันธุกรรม (Zamenhof & Marthens, 1974) การกระตุ้นพัฒนาการของทารกในครรภ์เป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาการทารกในครรภ์ได้และสามารถทำได้ตลอดการตั้งครรภ์ แต่การกระตุ้นทารกก็ไม่ควรมากเกินไป เพราะอาจเป็นการรบกวนทารกในครรภ์ได้เช่นกัน (Anonymous, n.d.b)

ประเภทของการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ มีดังนี้

- การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางกายของทารกในครรภ์ ได้แก่การออกกำลังกายการเคลื่อนไหวของมารดาจะช่วย การนั่งเก้าอี้โยก การว่ายน้ำ การเดินรำ ท่าทางการเคลื่อนไหวที่นุ่มนวล (anymous, n.d.c)

- การกระตุ้นการมองเห็น ได้แก่ การฉายไฟที่หน้าท้อง จะทำให้ทารกมองตามเป็นการพัฒนาสายตาของทารก การเปิดผ้าหน้าท้องก็ช่วยให้ทารกรับแสงภายนอกได้ (anymous, n.d.c)

- การลูบและการนวดหน้าท้อง การเล่นกับทารกจับต้องเมื่อทารกเคลื่อนไหว

- การฟังดนตรี การพูดคุยกับทารกในครรภ์ การได้ยินเสียงจากภายนอกจะช่วยส่งเสริมการได้ยินของทารก (anymous, n.d.c)ดนตรีจะช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของสมอง ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของทารกในระยะหลังคลอด ส่งเสริมความผูกพันของทารกในครรภ์ (Anonymous, n.d.d) ช่วงเวลาที่ควรเริ่มต้นคืออายุครรภ์ 5 เดือน ดนตรีมีผลต่อทารกเนื่องจากทารกสามารถรับเสียงได้ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ (Anonymous, n.d.e) งานวิจัยพบว่าดนตรีส่งเสริมการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ (Pirhadi, 2015) การได้ยินเสียงมารดาและการสัมผัสทางหน้าท้องทำให้ทารกมีการตอบสนองโดยการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น (Marx & Nagy, 2015) ดนตรีที่ใช้ควรมีจังหวะช้าคงที่ ประมาณ 55-70 ครั้ง/นาที เช่นดนตรีชุดโมซาร์ท (Mozart) และไววาลดี (Vivaldi) (Anonymous, n.d.b) ควรเริ่มทำเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 5 เดือน ทำวันละ 10-15 นาที (อภิรัช, 2557)

- นอกจากนี้การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อากาศดี ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ก็เป็นส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์

5. การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับหญิงตั้งครรภ์

การดูแลด้านจิตสังคมของมารดาพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของมารดา เช่น อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การไม่มีสามี ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเหตุการณ์ที่ผิดปกติ เช่น การถูกทารุณกรรม ภาวะซึมเศร้า (McKinney et al., 2009) การพยาบาลด้านจิตและสังคมในแต่ละไตรมาสมีดังนี้

ไตรมาสที่ 1

จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้น อธิบายให้มารดาทราบถึงภาวะที่ปกติและภาวะที่ไม่ปกติ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการเตรียมตัวของมารดาเองและสามี พยาบาลต้องประเมินสิ่งที่มารดาและสามีไม่เข้าใจโดยการให้ระบายความรู้สึกและรับฟังและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่บุตรที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งบทบาทของปู่ ย่า ตา และยาย (Leifer, 2011)

ไตรมาสที่ 2

จากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนอย่างมาก มารดามักมีอาการแปรเปลี่ยน ต้องให้การสนับสนุน แสดงความเข้าใจยอมรับ และต้องแนะนำสามีและครอบครัวให้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ (Leifer, 2011) พุดคุยและส่งเสริมให้มารดามีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์ ส่งเสริมให้มีความรู้สึกที่ดีต่อทารก เช่น ชักถามการดิ้นของทารก และให้มารดาได้ฟังเสียงหัวใจทารก เปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ชี้แจงให้สามีและครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของมารดา รวมทั้งการปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ประเมินการคิดจินตนาการเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และส่งเสริมความรู้สึกของการมีสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ จัดให้มีกลุ่มสังสรรค์เพื่อให้มารดาและสามีได้มีโอกาสระบายความรู้สึกและรับฟังความรู้สึกที่มีต่อการตั้งครรภ์กับสามีภรรยาคนอื่นๆ

ไตรมาสที่ 3

เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ของการคลอดมารดาจะอยู่กับตนเองมากขึ้น จะมีความกังวลเกี่ยวกับการคลอด ดังนั้นการให้ข้อมูลที่สงสัยไม่เข้าใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งการให้การสนับสนุนด้านจิตใจก็มีความสำคัญเช่นกัน (Leifer, 2011) ให้ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด การลดปวดในระยะคลอด จัดให้เยี่ยมชมห้องคลอด แนะนำการแก้ไขอาการไม่สุขสบายต่างๆ ส่งเสริมให้มารดารู้สึกมีคุณค่า และส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา

กล่าวได้ว่าการพยาบาลด้านจิตสังคม เป็นการให้การยอมรับสนับสนุนบทบาทการเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์ตามพัฒนาการ และส่งเสริมบทบาทของบิดาในการช่วยเหลือและเข้าใจหญิงตั้งครรภ์ การประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ เช่น ความมั่นใจในความสามารถของหญิงตั้งครรภ์ สถานะทางเศรษฐกิจ (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2018) ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและประเมินวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมในวางแผนการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและลดความเครียด

6. การพยาบาลภาวะไม่สุขสบายของสตรีระยะตั้งครรภ์

ในระยะตั้งครรภ์มารดาจะไม่สุขสบายหลายประการดังนี้ ในไตรมาสแรกจะพบ ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูกและเลือดกำเดาไหล (nasal stiffness, epistaxis) เหงือกมีเลือดออก (bleeding gum) และตกขาว (leukorrhea) (Orshan, 2008; Ricci & Kyle, 2009)

ไตรมาสที่ 2 ปวดหลัง (back pain) ตะคริว (cramping; leg cramps) varicosities of the vulva and legs ริดสีดวงทวาร (hemorrhoids) ท้องอืด (flatulence with bloating) ภาวะกรดไหลย้อน (heartburn) และท้องผูก (constipation) (Orshan, 2008; Ricci & Kyle, 2009)

ไตรมาสที่ 3 experience a return of the first trimester discomfort of fatigue, urinary frequency, ตกขาว (leukorrhea) ท้องผูก (constipation) หายใจสั้นและหายใจลำบาก (shortness of breath and dyspnea) ปวดแสบยอดอกและอาหารไม่ย่อย (heartburn and indigestion) และบวม (dependent edema) (Ricci & Kyle, 2009)

ไตรมาสแรก

1. ปัสสาวะบ่อย

สาเหตุ เกิดจากมดลูกกดกระเพาะปัสสาวะ พบมากทั้งในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3 เมื่อมีการเคลื่อนไหวของส่วนนำทารก ในไตรมาสที่ 2 มักไม่ค่อยมีปัญหาการปัสสาวะบ่อยเนื่องจากส่วนนำ

ทารกไม่กตกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนี้การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะก็เป็นสาเหตุให้มีการปัสสาวะบ่อย และการเป็นเบาหวานก็ทำให้ปัสสาวะบ่อยเช่นกัน (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

การพยาบาลมีดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- แนะนำให้ดื่มน้ำทางปาก 2-3 ชั่วโมงก่อนนอน
- ไม่ควรต้อนเครื่องต้อนที่มีคาเฟอีน
- อธิบายการปัสสาวะบ่อยในระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งปกติ และต้องสังเกตอาการปวด การแสบร้อนเมื่อปัสสาวะ ถ้ามีอาการเหล่านี้จัดว่าเป็นอาการผิดปกติ
- ให้ข้อมูลมารดาว่าอาการจะทุเลาลงเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์และจะเกิดขึ้นอีกเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3
- แนะนำให้ทำ Kegel exercise ให้มาก (throughout the day) จะทำให้กล้ามเนื้อของอุ้งเชิงกรานแข็งแรง ควบคุมการปัสสาวะได้ดี และลดการปัสสาวะเล็ด

2. อ่อนเพลีย

พบมากในไตรมาสที่ 2 และ 3 ถึงแม้นอนพักเพียงพอแล้วมารดาก็ยังรู้สึกอ่อนเพลีย

สาเหตุ

ในไตรมาสที่ 1 เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่นความต้องการออกซิเจนมากขึ้น ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและรีแลกซินเพิ่มขึ้น เมตาโบลิสมสูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ไม่คงที่ (mood swings) และบทบาทเพิ่มขึ้น เนื่องจากการตั้งครรภ์ ส่วนใน**ไตรมาสที่ 3** จากน้ำหนักของทารกที่เพิ่มขึ้น ทำให้มารดามีท่านอนที่ไม่สุขสบายทำให้รบกวนการนอน ความไม่สุขสบายจากภาวะกรดไหลย้อน อารมณ์ไม่คงที่ การมีหลายบทบาทและความวิตกกังวลในบทบาท รวมถึงขาดการออกกำลังกายจึงทำให้มารดาอ่อนเพลียได้ (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- พยายามหาวิธีที่จะช่วยให้หลับได้ดีขึ้น
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- พักหลับในช่วงบ่าย
- เมื่อรู้สึกอ่อนล้า ให้พัก

3. คลื่นไส้อาเจียน

การคลื่นไส้อาเจียนเกิดจากการเพิ่มสูงขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน hCG และการขาดวิตามินบี 6 เกิดในไตรมาสที่ 1 (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

การให้คำแนะนำมีดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- ลูกขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อตื่นนอน เลี่ยงการเคลื่อนไหวทันทีทันใด
- อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้ดี ไม่มีกลิ่นอาหาร
- ในมื้ออาหารหลักไม่ควรต้อนอาหารเหลวร่วมด้วย ให้ต้อนอาหารเหลวระหว่างมื้ออาหาร และต้อนน้ำชงถ้ารู้สึกคลื่นไส้
- ไม่ปล่อยให้ท้องว่าง
- เคี้ยวขนมปังกรอบก่อนลุกขึ้นจากการนอน

- เลี้ยงอาหารที่มันหรือทอด หรือรสจัดกลิ่นฉุน เช่นกะหล่ำปลี กระเทียม หัวหอม พริกไทย และพริกชี้หนู หรืออาหารรสจัด
- ไม้ใส่เสื้อผ้ายืดหรือคับ เพราะทำให้เกิดความดันบริเวณท้อง
- เลี้ยงภาวะเครียด ให้ทำจิตใจให้สบาย

4. เต้านมตึง (Breast tenderness)

เต้านมตึงเกิดจากการเพิ่มของเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้ชั้นไขมันของเต้านมหนาขึ้น จำนวนท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 1 (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

- แนะนำให้ใส่เสื้อชั้นในที่ขนาดใหญ่ขึ้นจากเดิมเพื่อรองรับเต้านมที่โตขึ้น รวมทั้งใส่ในเวลานอน (Ricci & Kyle, 2009)

5. ท้องผูก (constipation)

ท้องผูกในระยะตั้งครรภ์เกิดจากการกดของทารกต่อลำไส้ และการมีลำไส้เคลื่อนไหวน้อยจากการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ได้รับน้ำน้อยเมื่อมีอาการท้องผูกจะทำให้เกิดริดสีดวงทวารได้มากขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เมื่อท้องผูกทำให้ไม่สุขสบาย อาจมีอาการแน่นท้อง ความอยากอาหารลดลง (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้

- ให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่นการเดิน (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013)
- ฝึกการขับถ่ายสม่ำเสมอ เป็นเวลา (Orshan, 2008; Ricci & Kyle, 2009)
- รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ผลไม้สดและผลไม้แห้ง ดื่มน้ำมากๆ 6-8 แก้ว/วัน เปลี่ยนชนิดของยาธาตุเหล็กที่มีผลน้อยต่อการเกิดท้องผูก (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013; Orshan, 2008; Ricci & Kyle, 2009)
- ดื่มน้ำอุ่นเมื่อตื่นนอนเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Ricci & Kyle, 2009)
- แนะนำอาจต้องรับประทานยาระบายในกรณีจำเป็น แต่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013) เช่นยาเมตามูซิล (Metamucil) (Ricci & Kyle, 2009)

6. คัดจมูก (nasal stiffness) เลือดกำเดาไหล (epistaxis) และเหงือกมีเลือดออก (bleeding gum)

สาเหตุ การเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เกิดการบวมของเยื่อในช่องจมูกทำให้คัดจมูกและมีการบวมของช่องปาก (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้

- ดื่มน้ำมากขึ้น และอาจต้องหายใจแรงๆ ทางจมูกที่ละข้าง
- ถ้ามีเลือดออกทางจมูกให้ใช้ผ้ารองบริเวณคอ และให้แหงนหน้าขึ้น กดบริเวณจมูก 10-15 นาทีและใช้น้ำแข็งประคบ (Ricci & Kyle, 2009)

- ส่วนการมีเลือดออกที่เหงือก แนะนำรักษาความสะอาดปากฟันและใช้ขนแปรงที่นุ่มในการแปรงฟัน การอมน้ำเกลืออุ่นๆ ก็ช่วยทุเลาอาการ ถ้ายังมีเลือดออกตลอดหรือบ่อยแนะนำให้ปรึกษาทันตแพทย์ (Ricci & Kyle, 2009)

7. Craving (Pica)

การอยากสิ่งที่มีใช่อาหาร (nonfood substances) เช่นดินเหนียว (clay) ฝุ่น (dirt) และอาจเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ซึ่งแสดงถึงการขาดสารอาหาร แร่ธาตุและวิตามิน (Perry, 2014; Ricci & Kyle, 2009) การบริโภคสิ่งที่มีใช่อาหารทำให้หญิงตั้งครรภ์ขาดสารอาหารและมีภาวะซีดหรือได้รับสารพิษหรือโลหะหนักต่างๆ ได้ (Perry, 2014)

8. ตกขาว (leukorrhea)

การเพิ่มขึ้นของเอสโตรเจนทำให้เลือดไปเลี้ยงช่องคลอดและการหนาตัวของต่อมที่ปากมดลูกและช่องคลอด ทำให้มีสารคัดหลั่งออกจากช่องคลอดมากตลอดการตั้งครรภ์ (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้

- รักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยสบู่และน้ำไม่ควรใส่กางเกงชั้นในที่รัด แนะนำให้ใช้กางเกงในที่ทำจากฝ้าย เมื่อนอนควรใส่ชุดนอนแบบไม่เป็นกางเกง (nightgown rather than pajamas) เพื่อให้อากาศถ่ายเทได้ดี (Ricci & Kyle, 2009)

- ไม่สวนล้างช่องคลอดและไม่ใช้แทมปอน (tampon) (Ricci & Kyle, 2009)

ไตรมาสที่ 2

1. การปวดหลัง (back pain)

เมื่อครรภ์โตมากขึ้น จะทำให้จุดศูนย์ถ่วงเคลื่อนมาทางด้านหน้า ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องหลังแอ่นมากขึ้น เกิดโค้งลอร์ดोटิกเพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดการดึงของกล้ามเนื้อหลัง และนอกจากนี้จากการหลังของฮอร์โมนรีแลกซิน (relaxin) ที่มากขึ้นทำให้ทำให้เอ็นยึดและข้อต่อต่างๆ หลวม จึงทำให้เกิดการปวดหลัง สรุปลอย่งย่อ การปวดหลังเกิดจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ท่าทางการทรงตัวที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และการแยกของกล้ามเนื้อ (WebMD, 2014)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้

- ใช้เก้าอี้ที่มีส่วนรองรับ หลังตรง และมีที่วางแขน มีที่วางเท้าเพื่อยกเท้าให้สูงขึ้นเล็กน้อย ไม่นั่งไขว่ขาเพราะทำให้เชิงกรานยื่นไปข้างหน้าจะยิ่งทำให้ปวดหลังมากขึ้น

- เมื่อนั่งทำงานให้เปลี่ยนอิริยาบถเพื่อเดินหรือยืนอย่างน้อยชั่วโมงละครั้ง ซึ่งหมายถึงไม่ควรนั่งทำงานนานๆ ติดต่อกัน

- ไม่ยืนนานๆ เมื่อต้องยืนทำงานให้ใช้ที่วางเท้าเตี้ยไว้หนึ่งข้างเพื่อพักขา เพื่อลดการดึงของกล้ามเนื้อหลัง

- ไม่ยกของหนัก ถ้าจำเป็นต้องยกของหนักให้ทำช้าๆ ยืนแยกขา ย่อเข่า เพื่อหุบของหรือยกของ ไม่ก้มลงหยิบของโดยใช้กล้ามเนื้อหลัง

- สวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม เช่นส้นไม่แหลมสูง หรือแบนราบ ควรใส่รองเท้าที่ส้นสูงประมาณ 2 นิ้ว และรองรับกล้ามเนื้อเท้า บ้างเชื่อว่าการใส่รองเท้าที่ส้นเตี้ยจะช่วยลดการปวดหลังได้ (Orshan, 2008)

- ไม่นอนที่นอนนุ่ม ให้นอนที่นอนแข็ง
- ใส่ที่พยุงลำตัวบริเวณท้อง
- ไม่เอื้อมหยิบของที่อยู่สูง ควรใช้ที่รองเท้ายืนเพื่อหยิบของที่อยู่ที่สูง
- ควรบริหารร่างกาย ตั้งงานวิจัยของกาญจนา (2555) ที่ใช้ทำบริหาร 5 ท่า คือท่าบริหารกล้ามเนื้อหลัง 2 ท่า ท่าบริหารกล้ามเนื้อขา ท่าบริหารกล้ามเนื้อหลัง สะโพกและขา และท่าบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และผลการวิจัยพบว่าจำนวนมารดาในกลุ่มที่ได้ปฏิบัติกายบริหารโดยใช้ท่าทั้ง 5 ท่า มีจำนวนการปวดหลังน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม และมีอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. ตะคริว (cramping)

การเป็นตะคริว เป็นการหดตัวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่น่องและเท้า ข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ส่วนใหญ่มักเกิดตอนกลางคืน มักเกิดในระยะไตรมาสที่ 2 และ 3 (Harms, 2014) สาเหตุที่แท้จริงไม่ทราบ แต่เชื่อว่าเกิดจากการขาดแคลเซียม และมีการเพิ่มของฟอสฟอรัส และการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดหรือการไหลเวียนไม่สะดวก (Orshan, 2008) นอกจากนี้เกิดจากการตั้งของกล้ามเนื้อ การกดเส้นประสาทและเส้นเลือดบริเวณขา และการยืนนานๆ

การพยาบาล

ให้คำแนะนำมารดา ดังนี้

- ยืดกล้ามเนื้อน่องก่อนลุกขึ้น
- ออกกำลังกายทุกวัน
- รับประทานอาหารที่เสริมแมกนีเซียม
- ดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่าให้เกิดภาวะขาดน้ำ (dehydrate)
- สวมใส่รองเท้าที่พอเหมาะกับเท้า

การแก้ไขเมื่อมีการเป็นตะคริว

- นวดเบาๆ บริเวณบริเวณกล้ามเนื้อประคบร้อน/อุ่น
- อาบน้ำอุ่นจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว

3. Varicosities of the vulva and legs

การเกิดกลุ่มหลอดเลือดเป็นกลุ่มเป็นปมเกิดจากการไหลเวียนเลือดส่วนล่างไหลกลับหัวใจได้ไม่ดีเกิดจากการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดในช่องท้องและเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดดำจากอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัย พันธุกรรม การไม่ค่อยมีกิจกรรม (inactivity) ภาวะอ้วน และกล้ามเนื้อไม่มีความตึงตัว (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- ใส่ปลอกขาหรือกางเกงที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดจากส่วนปลาย
- ยกขาสูงกว่าระดับหัวใจครั้งละ 10 นาทีก่อนลุกจากเตียง และทำวันละ 2 ครั้ง
- แนะนำไม่ให้นั่งไขว่ห้าง (avoid crossing her legs) ป้องกันการหดรัดตัวของหลอดเลือดและกล้ามเนื้อ
- ใส่รองเท้าส้นเตี้ย
- ไม่ยืนนานๆ
- เปลี่ยนอิริยาบถให้บ่อยขึ้น

- ในรายที่มีกลุ่มหลอดเลือดเป็นปมที่บริเวณฝีเย็บให้ประคบเย็นที่ตำแหน่งของ vulva varicosities

4. ท้องอืดและแน่นอืดอืด (Flatulence with bloating)

ท้องอืดอาจเกิดจากท้องผูก นอกจากนี้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยจึงทำให้ท้องอืด การกดของมดลูกต่อลำไส้ก็ทำให้การเคลื่อนของอาหารในระบบทางเดินอาหารช้า ทำให้แบคทีเรียในลำไส้เพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้เกิดลมมากขึ้นและผายลมมากขึ้น (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี หัวหอม และอาหารที่มีน้ำตาลสูง
- มีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น
- ดื่มน้ำมากขึ้นและอาหารควรมีกากใยเพิ่มขึ้น

ไตรมาสที่ 3

1. การหายใจสั้นและหายใจลำบาก (Shortness of breath and dyspnea)

เนื่องจากมดลูกโตมากขึ้นทำให้การขยายตัวของปอดไม่ดี อาการหายใจลำบากเกิดเมื่อมารดานอน และยังกีดการไหลเวียนของเลือดเข้าหัวใจ

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- เป็นอาการปกติจะดีขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก (lightening)
- แนะนำนอนศีรษะสูง
- ไม่รับประทานอาหารมากเกินไป
- นอนตะแคงจะช่วยลดการกดหลอดเลือดในช่องท้อง ทำให้หายใจได้ดีขึ้น
- ไม่ออกกำลังกายหักโหม หรืออยู่ในที่อากาศร้อน
- ถ้ามารดาสูบบุหรี่แนะนำให้งดสูบบุหรี่

2. ภาวะกรดไหลย้อน (heartburn)

สาเหตุฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนและรีแลกซินทำให้หูรูดของกระเพาะอาหารส่วนที่ต่อกับหลอดอาหาร (cardiac sphincter) คลายตัวจึงทำให้เกิดการไหลย้อนของอาหารและน้ำย่อย (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้

- รับประทานอาหารอาหารน้อยๆ แต่บ่อยครั้งไม่ปล่อยให้ท้องว่าง (Orshan, 2008) การดื่มชาสมุนไพรอาจช่วยให้อาการดีขึ้นได้ (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013)
- ไม่รับประทานอาหารมากและรวดเร็ว (Ricci & Kyle, 2009)
- เลี่ยงอาหารมัน อาหารที่ทำให้เกิดแก๊สได้มาก อาหารรสจัด ช็อคโกแลต คาเฟอีน แอลกอฮอล์ โซดา เป็นต้น (Ricci & Kyle, 2009)
- ไม่นอนทันทีหลังรับประทานอาหาร (Littleton-Gibbs & Engebretson, 2013)
- อาจต้องใช้ยาลดกรด แต่ต้องระวังยาที่มีส่วนประกอบของโซเดียมสูง ไม่รับประทานอาหารรสจัดหรือรับประทานอาหารอิมเกินไป (Orshan, 2008)

- ไม่ใส่เสื้อผ้าคับ (Ricci & Kyle, 2009)

3. อาการบวม (Dependent edema)

การบวมเกิดจากการผนังหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงจากฮอร์โมนและปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นของร่างกาย การมีปริมาณโซเดียมและน้ำมากขึ้น การบวมของเท้าและขามักเป็นในกลางวัน กลางคืน หลังตื่นนอนอาการบวมมักหายไป นอกจากนี้การยืนและนั่งนานๆ อากาศร้อนทำให้บวมมากขึ้น แต่ถ้าเป็นการบวมที่หน้า แขน และเท้าจะเป็นภาวะครรภ์เป็นพิษ (Ricci & Kyle, 2009)

การพยาบาล

ให้คำแนะนำดังนี้ (Ricci & Kyle, 2009)

- ยกขาสูงกว่าหัวใจ
- ใส่ที่พยุงขาเมื่อต้องยืนนานๆ
- การเดินจะช่วยเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อทำให้เลือดไหลกลับได้ดี
- เมื่อต้องขับรถ ต้องหยุดทุก 2 ชั่วโมงเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ
- นอนคะแคงซ้าย
- ไม่รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง
- ไม่ใส่ stocking สูงกว่าเข่า
- ดื่มน้ำ 6-8 แก้วเพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสีย
- ไม่ดื่มอาหารหวานจัด มันจัด เพราะทำให้มีการคั่งของน้ำมากขึ้น

กล่าวได้ว่ามารดาที่มีความไม่สุขสบายได้ตลอดการตั้งครรภ์จึงควรให้คำแนะนำหรือแก้ไขให้เหมาะสม

นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์อาจมีอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงไว้ข้างต้น ดังเช่น มีสารคัดหลั่งทางช่องคลอดมากขึ้น อาการอ่อนเพลีย เส้นเลือดขอด ริตสีดวงทวาร คัดจมูก หายใจลำบาก และการบวมบริเวณเท้า (Leifer, 2003)

สรุป การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหญิงตั้งครรภ์ทั้ง ด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาท และการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้เมื่อมีการตั้งครรภ์จะมีอาการแสดงหลายอย่างที่นำไปสู่การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ และการตั้งครรภ์มักทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สุขสบายดังเช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การส่ายยอดอก ปวดหลัง เป็นตะคริว และท้องผูก ซึ่งพยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ทั้งในการป้องกันและการแก้ไขเมื่อมีอาการเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา โกทียะ .(2555). ผลของโปรแกรมกายบริหารต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา หาญวัฒนกุล. (2548). การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์: กรณีศึกษาศาสตร์ไทยมุสลิมในภาคใต้. สืบค้นวันที่ 19 เมษายน 2554 จาก http://soreda.oas.psu.ac.th/show_detail.php?research_id=333
- สายฝน ขวาลไพบูลย์. (มปป). อัลตราซาวด์กับการวินิจฉัยทารกในครรภ์. Retrieved July 19, 2018 from http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/obstetrics_gynecology/de
- อภิรัช อินทรางกูร ณ ออยุธยา. (2557). บทที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพสตรีมีครรภ์และครอบครัว. ใน จันทรัตน์ เจริญสันติ. *สาระหลักทางการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์ (เล่มที่ 2 ระยะตั้งครรภ์, หน้า 101-134)*. เชียงใหม่:บริษัท ครอบช่างพรินท์ติ้ง.
- Alden, K. R. (2014). Anatomy and physiology of pregnancy. In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care* (5 th ed., pp.168-185). St Louis, MO: Elsevier.
- Anonymous. (n.d. a). hCG levels in pregnancy. Retrieved May 4, 2011 from <http://www.justmommies.com/articles/hcg-levels.shtml>
- Anonymous (n.d.b). Stimulation-prenatal and psychological stimulation. Retrieved June 13, 2018 from <http://www.pregnancy-info.net/fetal-development/stimulation.html>.
- Anonymous (n.d.c). 12 Prenatal stimulation exercises. Retrieved July 19, 2018 from <https://youaremom.com/12-prenatal-stimulation-exercises>
- Anonymous (n.d. d). The many benefits of prenatal music stimulation. Retrieved June 10, 2018 from <http://www.lullabelly.com/benefits.html>.
- Anonymous (n.d. e). Prenatal music. Retrieved June 10, 2018 from makewaybaby.com/babies/prenatal-musichtml.
- Back pain during pregnancy. Retrieved January 5, 2004 from <http://whattoexpert.com/pregnancy/symptoms-and-solution>
- Bennett, V. R., & Brown, L. K. (1993). *Myles textbook for midwives* (12 th ed.). UK: Churchill Livingstone.
- Blackburn, S. T.(2008). Physiologic changes of pregnancy. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *AWHONN perinatal nursing* (3 rd ed., pp. 59-77). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Callister, L. C. (2008). Integrating cultural beliefs and practices into the care of childbearing women. In K. R. Simpson & P. A. Creehan (Eds.), *AWHONN*

- perinatal nursing* (3 rd ed., pp. 27-58). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clark, J (2014). What is nitric oxide and how does it work?. Retrived March 1, 2014 from <http://www.nutritionexpress.com/showarticle.aspx?articleid=286>
- Coad, J (2005). *Anatomy and physiology for midwives* (2 nd ed.). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P .A. (2008). *Maternal-newborn nursing & Women's health across the lifespan* (8 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Hanretty, K. P. (2003). *Obstetrics illustrated* (6 th ed.). Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Harms, R.W. (2014). Health lifestyle: What causes leg cramps during pregnancy, and can they be prevented?. Retrieved March 8, 2014 from <http://www.mayoclinic.org/leg-cramps-during-pregnancy/expert-ans>
- Leifer, G. (2005). *Maternity nursing: An introductory text*. St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Leifer, G. (2011). *Introduction to maternity & pediatric nursing* (6 th ed.). Malaysia: Elsevier (Singapore)
- Leifer, G. (2015). *Introduction to maternity and pediatric nursing* (7 th ed). St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Littleton-Gibbs, L.Y., & Engebretson, J.C. (2013). *Maternity nursing care* (2 nd ed.). USA: Delmar Cengage Learning.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2004). *Maternity & Women's health care* (8 th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Bobak, I .M. (1999). *Maternity nursing* (5 th ed.). Philadelphia: Mosby.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., & Cashion, K. (2010). *Maternity nursing* (8 th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Marx, V., & Nagy, E. (2015).Fetal behavioral responses to maternal voice and touch. *PLoS ONE*, 10(6),e0129118.doi10.1371/journal.pone.0129118.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal-child nursing* (3 rd ed.). St Louis, MO: Saunders Elsevier.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill J. W. (2018). *Maternal-child nursing* (5 th ed.). St Louis, MO: Elsevier.
- Moore K. L., & Persaud, T. V. N. (1993). *Before we are born*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Murray, S.S., & McKinney, E.S. (2014). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (6 th ed.). St Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Nava-Ocampo, A., & Koren, G. (2007). Human teratogens and evidence-based teratogen risk counseling: The motherisk approach. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *50*, 123-131.
- Orshan, S. A. (2008). *Maternity, newborn, & women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Perry, S. E. (2014, a). Genetics, conception, and fetal development. In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care* (5 th ed., pp.140- 167). St Louis, MO: Elsevier.
- Perry, S. E. (2014,b). Maternal and fetal nutrition. In S. E. Perry, M. J. Hockenberry, D. L. Lowdermilk, & D. Wilson. *Maternal child nursing care* (5 th ed., pp.227-248). St Louis, MO: Elsevier.
- Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [Pirhadi, M. \(2015\). The effect of vibroacoustic stimulation and music on fetal movement. *International Journal of Pediatrics*, 3\(21\)903-908.](#)
- Ricci, S. S. (2009). *Essentials of maternity, newborn, & women's health nursing* (2 nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ricci, S. S., & Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sherwen, L. N., Scoloveno, M. A., & Weingarten, C. T. (1995). *Nursing care of the childbearing family* (2 nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lance.
- Shields, A. D. (2009). Pregnancy diagnosis. Retrieved May 4, 2011 from <http://emedicine.medscape.com/article/262591-overview#a30>
- Shields, A. D. (2012). Pregnancy diagnosis. Retrieved March 1, 2014 from <http://emedicine.medscape.com/article/262591-overview>
- Spector, R. E. (2004). *Cultural diversity in health and illness* (6 th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Varney, H., Kriebs, J. M., & Gegor, C. L. (2004). *Varney's midwifery* (4 th ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- WebMD. (2016). Back pain in pregnancy. Retrieved from <http://www.webmd.com/baby/guide/back-pain-in-pregnancy>
- World Health Organization [WHO]. (1997). Care in normal birth: A practical guide. *Birth*, *24*, 121-123.
- Wylie, L., & Bryce, H. (2008). *The midwives' guide to key medical conditions: Pregnancy and childbirth*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- Zamenhof, S., & Van Marthens, E. (1974). Study of factors influencing prenatal brain development. *Molecular and Cellular Biochemistry*, *4*, 157-168.

การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด

อาจารย์สรณ สุวรรณเรืองศรี

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. อธิบายการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพมารดา ทารกหลังคลอดได้ถูกต้อง

หัวข้อเรื่อง

1. การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด
2. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพมารดา ทารกหลังคลอด

การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด

มารดาในระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม เพื่อให้ร่างกายปรับตัวกลับคืนสู่สภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ นอกจากการเปลี่ยนแปลงในส่วนของตนเองแล้ว มารดาหลังคลอดยังมีการเปลี่ยนแปลงในการเลี้ยงดูทารกหลังคลอด และดูแลสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดให้ครอบครัวทุกด้านอย่างเป็นองค์รวม จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป อันประกอบด้วย การดูแลความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด การมาตรวจตามนัด และการให้คำแนะนำมารดา เรื่องการเลี้ยงลูกและสังเกตอาการผิดปกติของลูก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลความสะอาดและการป้องกันการติดเชื้อ เน้นการทำความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำวันละ 2-3 ครั้ง สระผมได้ตามปกติ สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และงดเว้นการแช่น้ำหรือลงอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง เนื่องจากอวัยวะเพศมีแผลซึ่งทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องคลอด เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และควรสวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด การดูแลเต้านมแค่ทำความสะอาดพร้อมการอาบน้ำในแต่ละวันก็เพียงพอ และควรล้างมือทุกครั้งก่อนที่จะจับเต้านมและหัวนมในการให้นมลูก เน้นการทำความสะอาดเต้านมพร้อมการอาบน้ำ ไม่ใช่สบู่ถูหัวนมโดยตรง

สำหรับการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากมารดาหลังคลอดจะมีน้ำคาวปลา ซึ่งจะออกมากในช่วงแรกแต่ไม่ควรเกิน 1 สัปดาห์ต่อชั่วโมง ลักษณะของน้ำคาวปลาใน 1-3 วันแรกอาจมีก้อนเลือดเล็กๆ ได้ ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติ หลังจากนั้นไม่ควรมียกก้อนเลือดแล้ว ส่วนสีของน้ำคาวปลา วันแรกๆ จะมีสีแดง แล้วสีค่อยๆ จางลงเรื่อยๆ กลิ่นเป็นกลิ่นคาวเลือด ไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า น้ำคาวปลาจะหมดภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอดจึงควรแนะนำให้ใส่ผ้าอนามัยซับเลือด โดยงดใช้ผ้าอนามัยแบบสอด และควรเปลี่ยนทันทีที่รู้สึกว่ามีกลิ่นเหม็นหรือทุก 3-4 ชั่วโมง โดยใส่ผ้าอนามัยจากด้านหน้า คือ ด้านหัวหน้าไปยังทวารหนัก เพื่อป้องกันอุจจาระจากทวารหนักเข้าสู่ช่องคลอด เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อภายในช่องคลอดซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เน้นการล้างที่ถูกวิธีทุกครั้งที่อาบน้ำ และหลังการขับถ่าย โดยล้างด้วยน้ำสบู่ตามด้วยน้ำสะอาดแล้วซับให้แห้ง การล้างอวัยวะสืบพันธุ์ให้ใช้มือถูจากหัวหน้าไปยังทวารหนัก ไม่ถูย้อนไปมา กรณีซับให้แห้งก็ปฏิบัติเช่นเดียวกันและควรกระทำด้วยความนุ่มนวล และควรล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังสัมผัสอวัยวะเพศในช่วงที่มีน้ำคาวปลา

2. การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด มารดาหลังคลอดควรงดการมีเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอดหรือจนกว่าน้ำคาวปลาจะหมด ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการนัดตรวจหลังคลอด และรังไข่กลับมามีประจำตัวตามปกติ ดังนั้นมารดาหลังคลอดควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า สำหรับมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรอย่างเดียวจะมีการตกไข่ล่าช้ากว่ามารดาหลังคลอดที่ไม่ได้ให้นมแม่

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีความสนใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ลดลงในระยะ 3 เดือนแรกหลังคลอด (พฤษ, 2560) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความเหนื่อยล้า อาการปวด และความวิตกกังวล การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดที่เร็วเกินไปอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่าความพึงพอใจ โดยเฉพาะในรายที่คลอดทางช่องคลอดและแผลฝีเย็บยังไม่หายสนิท มารดาหลังคลอดบางรายอาจมีแผลบริเวณช่องคลอด ปากช่องคลอด และบริเวณฝีเย็บ หากมีเพศสัมพันธ์ในระยะนี้อาจทำให้เกิดการฉีกขาดหรือติดเชื้อ เนื่องจากในโพรงมดลูกยังมีผลจากการคลอด นอกจากนี้ในช่วงหลังคลอดเยื่อช่องคลอดมีลักษณะบางและมีน้ำหล่อเลี้ยงน้อยในช่วงหลังคลอด อันเนื่องมาจากปริมาณฮอร์โมน

estrogen ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาได้โดยเฉพาะในรายที่มารดาให้นมบุตร หรือคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน progestin การทาครีมที่มีส่วนผสมของฮอร์โมน estrogen ร่วมกับการใช้สารหล่อลื่นจะช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้ และระหว่างถึงจุดสุดยอดอาจมีน้ำนมไหลออกมาจากการหลั่งฮอร์โมน oxytocin จึงควรให้ทารกดูดนมมารดา ก่อนมีเพศสัมพันธ์ (ปราณี, 2558) นอกจากนี้ มารดาหลังคลอดควรฝึกขมิบกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor exercise) เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน

3. อาหาร มารดาหลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพื่อกลับคืนสู่สภาพเดิม รวมทั้งภาวะอ่อนเพลียจากการสูญเสียพลังงานและการเสียเลือดในระยะคลอด และความจำเป็นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงควรเน้นอาหารที่ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและอาหารบำรุงน้ำนม ดังนี้

1) การดูแลเรื่องอาหารในระยะหลังคลอดอาจเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารธรรมดาตามความต้องการ ขึ้นกับสภาพของมารดาหลังคลอด โดยทั่วไปจะสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ที่มีเนื้อ แป้ง นม ไข่ ผัก ผลไม้ อย่างครบถ้วน โดยรับประทานอาหารหลากหลายชนิดที่มีความแตกต่างของลักษณะ สี และรสชาติ ได้แก่ ผักใบเขียวและเหลือง ผลไม้รสเปรี้ยว และเนื้อสัตว์ทุกประเภท เพื่อช่วยให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นวันละ 500 กิโลแคลอรี หากมารดาหลังคลอดกังวลเรื่องน้ำหนักตัว ควรดอาหาร หวาน และอาหารที่มีไขมัน แต่ไม่ควรใช้วิธีการอดอาหาร โดยควรได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้นจากปกติ 40 กรัม เพื่อให้เพียงพอกับปริมาณโปรตีนที่เสียไปในน้ำนม ร่างกายจึงอยู่ในสภาพพร้อมที่จะสร้างน้ำนมได้เพียงพอ และซ่อมแซมร่างกายให้มีสุขภาพสมบูรณ์ ควรรับประทานแคลเซียมสูงกว่าขณะตั้งครรภ์ วันละ 200 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย ส่วนแร่ธาตุและวิตามินอื่น ที่จำเป็น เหล็ก วิตามินเอ วิตามินดี มีความต้องการเท่ากับระยะตั้งครรภ์ เพราะการสูญเสียแร่ธาตุเหล่านี้ทางน้ำนมไม่มาก และมารดาหลังคลอดควรรับประทานอาหารบำรุงน้ำนม เพื่อช่วยในการเสริมสร้างน้ำนม โดยชนิดของอาหารที่มารดาในระยะให้นมบุตรควรได้รับเพิ่ม ดังนี้

1.1 ตีมนมเพิ่ม 3 แก้วต่อวัน แต่ถ้าไม่สามารถตีมนมได้ให้เลือกรับประทาน 3 อย่าง หรือ 1 อย่างแต่ให้มีปริมาณเป็น 3 เท่าจากรายการต่อไปนี้ คือ ไข่ 1 ฟอง เนื้อสัตว์สุกชนิดใดชนิดหนึ่ง 30 กรัม เต้าหู้เหลือง หรือเต้าหู้ขาว 1 แผ่น ถั่วเหลือง 30 กรัม อาหารเหล่านี้ควรทอดน้ำมัน หรือปรุงด้วยกะทิเพื่อเพิ่มพลังงาน

1.2 ผลไม้ต่างๆ ใดๆ ใดอย่างหนึ่ง คือ กล้วยหอม 1 ผล กล้วยไข่ 2 ผล กล้วยน้ำว้า 2 ผล เงาะ 8 ผล สับปะรด หรือมะละกอสุก 1 ชิ้นต่อวัน นอกจากนี้อาจจะรับประทานของหวานในแต่ละวัน ได้แก่ ขนมชั้น สังขยา วุ้นกะทิ ขนมหม้อแกว 1 ชิ้น หรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ 1 ชามแก้ว หรือนมถั่วเหลือง 1 ถ้วย

1.3 ผักต่างๆ สามารถรับประทานได้ไม่จำกัด

2) การดื่มน้ำ หลังคลอดมารดาอาจกระหายน้ำและหิวมาก เนื่องจากสูญเสียพลังงานอย่างมากในขณะรอคลอดและขณะคลอด ดังนั้นใน 2 ชั่วโมงหลังคลอดอาจจัดอาหารจำพวกเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น โอวัลติน น้ำหวาน หรืออาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม น้ำซุบ แกงจืด เป็นต้น สำหรับน้ำ ควรดื่มบ่อยๆ อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน และถ้าอยู่ในบริเวณที่มีอากาศร้อนก็อาจเพิ่มได้จนถึง 12 แก้วต่อวัน หรือมากกว่านี้ น้ำที่ให้อาจอยู่ในรูปของนม น้ำซุบ และเครื่องดื่มต่างๆ โดยอย่าปล่อยให้ร่างกายขาด

น้ำจืดรู้สึกกระหาย ควรดื่มน้ำก่อนการให้นมลูกทุกครั้ง หากต้องการดื่มน้ำหวานควรเลือกดื่มน้ำผลไม้แทน

3) งดเครื่องดื่มและอาหารที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาตองเหล้า เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลังต่างๆ เพราะเครื่องดื่มเหล่านี้สามารถผ่านออกทางน้ำนมมีผลต่อทารกแรกเกิดที่ดูดนมมารดาได้ นอกจากนี้มารดาหลังคลอดบางรายมีญาติผู้ใหญ่มาคอยดูแล อาจต้องปฏิบัติตามความเชื่อเหมือนที่เคยปฏิบัติกันมา เช่น ต้องรับประทานยาตองเหล้า หรือใส่เหล้าในอาหารเป็นต้น เพราะเชื่อว่าทำให้โลหิตไหลเวียนดี เป็นผลให้น้ำนมมากขึ้น ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้จริงๆ อาจแนะนำให้มารดาหลังคลอดให้นมทารกให้อิ่มก่อนที่จะรับประทานยาตองเหล้า เมื่อให้ดูดนมครั้งต่อไปก็จะห่างจากครั้งนี้ 2-3 ชั่วโมง เหล้าในกระแสโลหิตจะเจือจางลง การดื่มน้ำมากๆ ช่วยทำให้เหล้าในกระแสโลหิตเจือจางเร็วขึ้น

4) การรับประทานยา หรือเครื่องดื่มสมุนไพร ควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะสมุนไพรบางชนิด เช่น ไพล มีฤทธิ์ทำให้มดลูกคลายตัว อาจมีผลทำให้ตกเลือดได้

4. การพักผ่อน ควรนอนหลับให้ได้รวมแล้วอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง ในเวลากลางวันควรหลับประมาณ 1 ชั่วโมง ใน 2-3 วันแรก ควรจัดให้มารดาหลังคลอดได้นอนพัก โดยพยาบาล สามีหรือญาติช่วยดูแลทารกให้ชั่วคราว ควรทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน รบกวนเท่าที่จำเป็น ในช่วงกลางวัน เวลาทารกหลับ ก็ควรพักผ่อนไปด้วยกัน แต่ในขณะที่ให้นมบุตรควรระวังไม่ให้หลับ เพราะเต้านมอาจปิดจุกของทารกจนหายใจไม่ออกได้ เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการพักผ่อนเต็มที่แล้ว ควรกระตุ้นให้ลูกจากเตียงเร็วที่สุด เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดี ลดโอกาสการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ช่วยให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารเป็นปกติ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ข้อควรระวัง สำหรับการลุกขึ้นจากเตียงครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ซึ่งมักจะเกิดอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลมได้ง่าย จากภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทันที แนะนำให้ค่อยๆ ลุกขึ้นจากเตียงอย่างช้าๆ โดยเลื่อนตัวมาชิดริมเตียงด้านที่จะลง แล้วพลิกตะแคงตัว ใช้มือยันเตียงเพื่อช่วยพยุงตัวเองให้ลุกขึ้น นั่งห้อยเท้าข้างเตียงนั่งพักสักครู่ สูดหายใจเข้าออกยาวๆ 3-4 ครั้ง เมื่อรู้สึกดีขึ้น จึงค่อยๆ ลุกขึ้นยืน และเดินไปห้องน้ำ ซึ่งในครั้งแรกพยาบาลอาจช่วยพยุงไปห้องน้ำ หรือแนะนำให้สามีหรือญาติคอยดูแลอยู่ใกล้ๆ เพื่อคอยช่วยเหลือได้ทันที บอกมารดาหลังคลอดให้เรียก หรือกดกริ่งเรียกหากรู้สึกหน้ามืดจะเป็นลม หากรู้สึกเวียนคล้ายจะเป็นลมขณะกำลังเดิน ควรนั่งลงกับพื้นแล้วค่อยๆ นอนลงอย่างช้าๆ เพื่อลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุให้มากที่สุด

5. การออกกำลังกาย ควรแนะนำให้ออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) และแนะนำให้หมอบุตรก่อนออกกำลังกาย เพื่อช่วยป้องกันภาวะคัดตึงเต้านม และหลีกเลี่ยงการเกิดรสเปรี้ยวในน้ำนมที่เกิดจากกรดแลคติกที่ร่างกายสร้างขึ้นขณะออกกำลังกาย (พฤษ, 2560) การเริ่มต้นออกกำลังกายในระยะหลังคลอด ขึ้นอยู่กับสภาพความแข็งแรงของร่างกายของมารดาเป็นสำคัญ ในรายที่มารดาหลังคลอดเป็นนักกีฬาที่คลอดปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถออกกำลังกายได้ทันที

ในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตรไม่ควรควบคุมอาหาร หรือมุ่งออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักมากเกินไปเพราะอาจมีผลต่อปริมาณน้ำนมและการเจริญเติบโตของลูกได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีส่วนช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดได้ด้วย

การออกกำลังกายหลังคลอดควรอธิบายถึงประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติการออกกำลังกายระยะหลังคลอด ดังนี้

ประโยชน์ของการออกกำลังกายหลังคลอด ได้แก่ ทำให้น้ำคาวปลาไหลดี ทำให้แผลฝีเย็บหายเร็วขึ้น ทำให้มดลูกบีบรัดตัวและเข้าอู่ได้เร็วขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่างๆ มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นดี ทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ทำงานได้ดีขึ้น ปอดขยายตัวดีขึ้น และการทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยกระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ ทำให้มีน้ำนมออกมาเป็นจำนวนมาก เพียงพอแก่การเลี้ยงบุตร (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554)

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของมารดาหลังคลอด ได้แก่

1) ควรเริ่มออกกำลังกายภายใน 12-24 ชั่วโมงหลังคลอด หรือเมื่อหายจากอาการอ่อนเพลียหลังคลอดแล้ว

2) ควรออกกำลังกายภายหลังรับประทานอาหาร 30 นาที – 1 ชั่วโมง และหลังจากถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะแล้ว

3) เริ่มทำจากท่าง่ายๆ ก่อน ให้ทำซ้ำๆ เพื่อเป็นการอุ่นเครื่องร่างกาย และในระยะเริ่มต้นไม่ควรทำมากจนเกินไป

4) ควรทำทีละน้อย แต่ทำบ่อยๆ และในการทำแต่ละครั้งไม่ควรทำมากจนเหนื่อย ถ้ารู้สึกเหนื่อย ให้พักผ่อนทันที

5) ก่อนจะเปลี่ยนท่าใหม่ หรือเปลี่ยนท่าทาง เช่น จากท่านอนแล้วเปลี่ยนเป็นลุกนั่ง ควรพักและหายใจเข้าออกลึกๆ 1-2 ครั้ง

6) อย่ากั้นหายใจขณะบริหารร่างกาย เพราะท่าที่ต้องกั้นหายใจขณะออกกำลังกาย เป็นท่าที่รุนแรงเกินไป ทำให้เพิ่มความดันในร่างกาย อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้

7) ควรหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้ร่างกายเสียสมดุล เช่น ท่าซึ่จักรยานในอากาศ ท่านอนหงายยกปลายขาทั้งสองข้างจนปลายเท้าจรดศีรษะ

8) หลีกเลี่ยงท่าที่จะทำให้หลังแอ่นมากขึ้น เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ถูกยืดมาก และเกิดแรงดันต่อกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดอาการปวดหลังได้

9) การออกกำลังกายให้ได้ผลดี ควรทำเป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละประมาณ 30 นาที

วิธีการออกกำลังกายระยะหลังคลอด กองอนามัยการเจริญพันธุ์ (2554) แนะนำท่าบริหารร่างกายหลังคลอด โดย 3 วันแรกหลังคลอด ให้บริหารท่าที่ 1-5 และวันที่ 4 เป็นต้นไปให้บริหารท่าที่ 1-7

ท่าที่ 1 ฝึกการหายใจและบริหารปอด วิธีการบริหาร นอนหงายราบชันเข่า เอามือ 2 ข้างวางบนหน้าท้อง สูดหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกให้หน้าท้องโป่งออก จากนั้นค่อยๆ หายใจออกทางปากจนหน้าท้องแฟบ ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



รูปที่ 51 การออกกำลังกายฝึกการหายใจและบริหารปอด

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 2 บริหารไหล่และแขน วิธีการบริหาร นั่งคุกเข่าและวางก้นลงบนเท้าทั้ง 2 ข้างเข้าชิดกัน หลังตรง ประสานมือ 2 ข้างด้านหน้าและคว่ำมือแล้วค่อยๆ พลิกมือพร้อมกับยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ หายใจเข้าและกลั้นไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆ ลดมือลงพร้อมกับหายใจออกทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



รูปที่ 52 การออกกำลังกายบริหารไหล่และแขน

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 3 การบริหารคอและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะเพื่อลดความเครียด วิธีการบริหาร คือ

- 1) หมุนศีรษะจากขวามาซ้าย พร้อมหายใจเข้า-ออกช้า ๆ ทำ 10 ครั้ง
- 2) ตั้งศีรษะตรงพร้อมกับหายใจเข้า แล้วก้มศีรษะเล็กน้อย พร้อมกับหายใจออก ทำ 10 ครั้ง
- 3) เอียงศีรษะไปทางขวา พร้อมกับหายใจเข้า แล้วเอียงศีรษะไปข้างซ้ายสุด พร้อมกับหายใจออก ทำ 10 ครั้ง



รูปที่ 53 การออกกำลังกายบริหารคอและกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 4 ทำบริหารเพิ่มความแข็งแรง กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อก้นย่อย กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ เพื่อให้มดลูกเข้าอู่เร็ว และลดอาการปวดหลัง วิธีการบริหาร นอนหงายชันเข่า 2 ข้าง กดหลังให้แนบชิดกับพื้น ขมิบก้นพร้อมกับยกก้นให้ลอยพ้นพื้น เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 จึงปล่อยก้นลง ทำเช่นนี้



10 ครั้ง

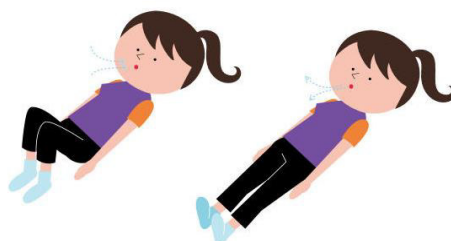
รูปที่ 54 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อก้นย่อย กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ
ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 5 การบริหารกล้ามเนื้อท้อง และข้อเท้า วิธีการบริหาร นอนหงายราบ ขาเหยียดตรงทั้ง 2 ข้าง กระทบปลายเท้าทั้ง 2 ข้างขึ้น พร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ นับ 1-10 ทำเช่นนี้ 10 ครั้ง



รูปที่ 55 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อท้อง และข้อเท้า
ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 6 บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานพร้อมกัน วิธีการบริหาร นอนหงายชันเข่า 2 ข้าง สูดลมหายใจเข้าลึกๆ แخم่วท้องขมิบก้น และเหยียดขา 2 ข้างออกไปจากลำตัว พร้อมกับ



หายใจออก นับ 1-5 แล้วดึงขากลับมาเข้าหาลำตัว พร้อมกับการคลายการเกร็งกล้ามเนื้อและหายใจเข้า ทำเช่นนี้ซ้ำๆ กัน 10-12 ครั้ง

รูปที่ 56 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ท่าที่ 7 การบริหารเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าอกแข็งแรง และเต้านมไม่หย่อนยาน มีจำนวน 2 ท่า ได้แก่

1) ท่าที่ 7.1 วิธีการบริหาร นิ่งขัดสมาธิกับพื้น หลังตั้งตรง ยกมือ 2 ข้างพนมมือเข้าหากันโดยไม่ชิดหน้าอก เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก ต้นแขนและต้นฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง ให้แน่นที่สุด ค้างไว้ นับ 1-10 ทำซ้ำ 10 ครั้ง



รูปที่ 57 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหน้าอก และเต้านม

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

2) ท่าที่ 7.2 วิธีบริหาร วิดพื้น แบบเข้าแตะพื้น นอนคว่ำ แล้วใช้มือ 2 ข้าง ยันลำตัวให้ส่วนบนลอยสูงพ้นพื้น เกร็งกล้ามเนื้อหน้าอกและต้นแขนค้างไว้ นับ 1-10 แล้วปล่อยตัวลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง ท่านี้จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและหลังแข็งแรงขึ้น



รูปที่ 58 การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหน้าอก และเต้านม

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

6. การขับถ่าย ปกติมารดาหลังคลอดควรถ่ายปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด แต่ช่วงระยะ 2-3 ชั่วโมง จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นระยะที่ความรู้สึกต่อความอยากถ่ายปัสสาวะลดลง แต่แท้จริงแล้วกระเพาะปัสสาวะเต็ม (bladder full) โดยสังเกตบริเวณเหนือหัวเหน่าพบว่า มีลักษณะโป่งตึงและมดลูกถูกดันให้ลอยตัวขึ้นสูงหรือเอียงไปทางด้านขวา การที่มารดาหลังคลอดมีภาวะกระเพาะปัสสาวะเต็มนี้ ส่งผลให้มดลูกหดตัวไม่ดี ซึ่งเป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดได้ ดังนั้นพยาบาลควรดูแลมารดาหลังคลอดให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หากพบว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็ม ควรกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การดูแลเสริมพม่อนอนบนเตียงให้ลุกขึ้นนั่งปัสสาวะ การใช้น้ำราดหรือการวางเจลเย็นบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก กรณีที่ไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ให้พิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง

ส่วนการขับถ่ายอุจจาระ ใน 2-3 วันแรก ถ้ามารดาหลังคลอดยังไม่ถ่ายอุจจาระและไม่มีภาวะท้องอืดก็ยังคงถือว่าอยู่ในภาวะปกติ ทั้งนี้เพราะขณะรอคลอดได้รับการสวนอุจจาระ และงดน้ำและอาหาร ส่วนหลังคลอดในระยะแรกได้รับประทานอาหารอ่อน และรับประทานอาหารน้อยลง ทำให้มีกากใยอาหารในลำไส้สั้น เป็นสาเหตุให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เมื่ออยู่ในระยะหลังคลอดก็ไม่กล้าเบ่งถ่ายอุจจาระเพราะกลัวเจ็บแผลฝีเย็บ หรือแผลฝีเย็บแยก และบางคนอาจเจ็บริดสีดวงทวาร แต่ส่วนมากจะเป็นปกติภายใน 6-8 ชั่วโมง (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554) ดังนั้นในช่วงวันแรกหลังคลอด เมื่อมารดาหายอ่อนเพลียแล้วควรกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวต่างๆ เพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันอาการท้องผูก เช่น การลุกนั่งหรือเดินในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย และควรแนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ และแนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ ประมาณวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร หรือ 6- 8 แก้ว เพื่อช่วยให้มีความอุจจาระอ่อนตัว ทำให้ไม่ต้องออกแรงเบ่งมากเกินไปขณะถ่ายอุจจาระ ถ้าหากพบว่าไม่ถ่ายอุจจาระภายใน 3-4 วันหลังคลอด หรือมารดาหลังคลอดรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง พยาบาลควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาบรรเทาอาการท้องผูกต่อไป

7. อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด ก่อนมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมทั้งการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด การนัดหมายเพื่อมาตรวจหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด และจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด ดังนี้

- 1) มีเลือดออกทางช่องคลอด การมีเลือดสดๆ ออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ส่วนมากเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี หรือมีเศษเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก
- 2) น้ำคาวปลาผิดปกติ มีสีแดงไม่จางลง หรือจางลงแล้วกลับมาเป็นสีแดงสดอีก ปริมาณน้ำคาวปลาที่ออกไม่ลดลง มีก้อนเลือดออกมา หรือน้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า
- 3) มีไข้ และมีการอักเสบของอวัยวะอื่นร่วมด้วย
- 4) มดลูกเข้าอู่ช้า จากการคลำพบมดลูกทางหน้าท้องหลังจากคลอด 2 สัปดาห์ไปแล้ว
- 5) อาการปวดมดลูก อาการปวดแผลฝีเย็บ แผลฝีเย็บบวม แดง เป็นหนอง กรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แผลที่เย็บ หรือแผลทำหมันบริเวณหน้าท้อง มีอาการปวด บวม แดง อักเสบ หรือเป็นหนอง
- 6) เต้านมอักเสบมีอาการกดเจ็บ แดง
- 7) อาการปวดขา หรือขาบวม มีอาการเจ็บน่อง กดเจ็บ แดง

8) ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะแสบขัด หรือถ่ายปัสสาวะบ่อย อาจเกิดจากการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ จากการดูแลทำความสะอาดช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ดีเท่าที่ควร

8. การมาตรวจตามนัด โดยทั่วไปจะนัดหมายให้มารดาหลังคลอดกลับมาตรวจเมื่อครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องควรนัดตรวจหลังผ่าตัด 1-2 สัปดาห์ เพื่อดูแผลผ่าตัด หรือนัดตรวจเร็วขึ้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึ่มเศร้าหลังคลอด การตรวจหลังคลอดควรประเมินการปรับตัวของมารดาหลังคลอดต่อการเลี้ยงลูก การตอบสนองของครอบครัวต่อทารก รวมถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น สุขภาพของทารก อารมณ์ของมารดาหลังคลอด การวางแผนคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย อาหาร และปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยถามถึงพฤติกรรมของทารก การให้นม การนอนหลับ การขับถ่าย การร้อง การเพิ่มของน้ำหนักทารก สำหรับคำแนะนำในการคุมกำเนิดต้องเหมาะสมกับมารดาหลังคลอดแต่ละราย ควรเว้นระยะห่างระหว่างครรภ์อย่างเหมาะสมประมาณ 18 เดือน ถึง 59 เดือน (พฤษภาคม, 2560) เพราะหากเว้นระยะการมีบุตรสั้นหรือนานเกินไปจะส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะทารกเติบโตช้าในครรภ์

การตรวจร่างกายหลังคลอดควรประเมินสัญญาณชีพ การซึ่มน้ำหนัก ตรวจเต้านม เพื่อประเมินเต้านมและหัวนม โดยตรวจดูก้อนหรือรอยแตกของหัวนม ตรวจขนาดของต่อมไทรอยด์ ตรวจดูความผิดปกติของผนังหน้าท้องโดยเฉพาะในรายที่มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ประเมินการหายใจของแม่ฝึ่เย็บ ลักษณะของน้ำคาวปลาในรายที่ยังไม่หมด ตรวจดูส่วนของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตรวจภายในดูลักษณะภายในช่องคลอด ปากมดลูก ปีกมดลูก ขนาดและตำแหน่งของมดลูก นอกจากนี้ควรตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกให้ในคราวเดียวกัน

สำหรับหญิงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุ ความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ และวิธีการป้องกัน เช่น การคลอดก่อนกำหนด โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น การนัดเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในรายที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการนัดตรวจ mammogram ในมารดาหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

9. การให้คำแนะนำมารดา เรื่องการเลี้ยงลูกและสังเกตอาการผิดปกติของลูก

การให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดเรื่องการดูแลทารก ปฏิบัติดังนี้

การดูแลด้านร่างกาย

1) ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสม ได้แก่ นมมารดา ซึ่งทารกต้องดูดนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จึงจะได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันโรค และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพ่อ แม่ ลูก

2) ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ทารกนอนในที่สะอาด ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก หากต้องการให้ทารกหลับนานควรให้ดูดนมจนอิ่ม และนุ่งกางเกงขี้น้ำปัสสาวะโดยใส่ผ้าอ้อมพับหน้าๆ ซ้อนกัน 2-3 ผืน หรือใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปเพื่อรองรับน้ำปัสสาวะได้จากการถ่ายปัสสาวะ 2-3 ครั้ง

3) ดูแลการขับถ่าย ทารกที่ดูดนมมารดาอย่างเดียว จะขับถ่ายง่าย โดยจะถ่ายอุจจาระวันละประมาณ 3-4 ครั้ง ลักษณะอุจจาระเป็นเนื้อละๆ นิ่มๆ สีเหลืองทอง

4) ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย อาบน้ำสระผมทุกวัน ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและซึ่มให้แห้ง ควรทาแป้งบางๆ บริเวณซอกพับขาหนีบเพื่อป้องกันการอับชื้น

5) ดูแลความอบอุ่นของร่างกายอย่างเพียงพอ โดยสวมเสื้อผ้าทารกให้เหมาะสมกับอากาศและฤดูกาล

6) ดูแลระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหายใจ ถ้าพบว่าหายใจเร็ว ปีกจมูกบาน ออกบูม เล็บมือ เล็บเท้าเขียว ให้รีบมาพบแพทย์

การดูแลด้านจิตใจ

ความรักและความอบอุ่นจาก พ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ทารกเกิดการเรียนรู้ถึงความรัก ความไว้วางใจจากผู้อื่น เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งแวดล้อมและจะมีผลต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ การดูแลด้านจิตใจสามารถทำได้ดังนี้

1) การสัมผัส กอดรัด จะก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นสุขสงบเกิดความมั่นใจต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง

2) ควรตั้งชื่อทารกตั้งแต่แรกคลอด และเรียกชื่อทุกครั้ง πουพูดคุยกับทารก การพูดคุยส่งเสียงการพยักหน้าหรือยิ้ม จะเป็นสื่อกระตุ้นพัฒนาการของทารกได้เป็นอย่างดี

3) ขณะที่อุ้มทารก อาจนวดนิ้วมือ แขน นิ้วเท้า และเท้าของทารกเบา ๆ จะทำให้ทารกสบายตัว มีอารมณ์แจ่มใส

สำหรับการอุ้มทารกมี 3 วิธี (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554)

1) อุ้มในท่าปกติ เป็นการอุ้มท่าตะแคงเข้าทางหน้าอก ให้ท้ายทอยของทารกอยู่บนข้อพับแขนของผู้อุ้ม วางแขนทอดไปตามลำตัวทารก อีกมืออุ้มข้อส่วนกันและช่วงขา ลำตัวทารกแนบชิดกับลำตัวผู้อุ้ม ศีรษะ คอ ลำตัว อยู่ในแนวเดียวกัน

2) อุ้มเพื่อให้เธอ มี 2 ท่า คือ

2.1 อุ้มพาดบ่าให้หน้าท้องของทารกคดบริเวณหัวไหล่ผู้อุ้ม ใช้มือลูบหลังทารกเพื่อไล่ลมออกจากกระเพาะอาหาร



รูปที่ 59 การอุ้มพาดบ่า

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

2.2 อุ้มนั่งบนตัก หันหน้าออก โดยมีข้างหนึ่งจับที่หน้าอกทารก มืออีกข้างหนึ่งลูบหลังหรือเคาะเบา ๆ โน้มตัวทารกไปข้างหน้าเล็กน้อย เพื่อให้หน้าท้องของทารกถูกกดและไล่ลมออก



รูปที่ 60 การอุ้มนั่งบนตัก

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

3) อุ้มเพื่อปลอบทารก เป็นการอุ้มทารกคล้ายกับการอุ้มเพื่อให้เรือ ขณะเดียวกันก็พูดคุยกับทารกไปด้วย หรืออาจใช้การอุ้มกอดทารก



รูปที่ 61 การอุ้มเพื่อปลอบทารก

ที่มา: กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

การให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของทารก ปฏิบัติดังนี้

- 1) สะตือมีหนองกลิ่นเหม็น บริเวณสะดือทารกหลังคลอด ควรทำความสะอาดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% หลังอาบน้ำ และทุกครั้งที่ย่างอุจจาระหรือ ปัสสาวะเปื้อนสะดือ ไม่ควรใช้แป้งผงหรือยาโรยสะดือ หากพบว่าโคนสะดือมีอาการบวมแดงและมีหนอง ควรพาไปพบแพทย์
- 2) อาการตัวเหลือง ปกติอาจเหลืองใน 1 สัปดาห์ แล้วค่อย ๆ หายไป ถ้าสังเกตเห็นทารกตัวเหลืองมากขึ้นทุกวันคล้ายทาขมิ้น และมีอาการซึมลงไม่ดูดนม สารบิลิลูรินจะไปสะสมที่เนื้อสมอง ทำให้ทารกมีพัฒนาการช้า และนำไปสู่ภาวะปัญญาอ่อนได้ ควรรีบพาไปพบแพทย์
- 3) มีไข้ ทารกจะมีอาการผิวหนังอุ่น/ร้อน ร้องกวน งอแง ไม่ควรห่อผ้าควรเช็ดตัวให้ทารกด้วยน้ำอุ่น และให้ดูดนมมารดาทุก 2 ชั่วโมง หากพบว่าทารกมีไข้สูง กระจกกระสายร่วมกับมีอาการซึม ไม่ยอมดูดนม ต้องรีบพาไปพบแพทย์
- 4) อาการตัวเย็น ทารกจะมีผิวหนังเย็น ชีตหรือคล้ำ ซึมไม่ดูดนม หายใจเร็ว ถ้าทารกตัวเย็นให้ห่อตัวด้วยผ้าหนาๆ ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม แล้วให้รีบนำมาพบแพทย์
- 5) ท้องเสีย ทารกปกติจะถ่ายอุจจาระได้หลายครั้งในแต่ละวัน แต่ต้องมีลักษณะหยาบมีเนื้อ ถ้าหากอุจจาระเหลวปนน้ำมากกว่าเนื้อ อาจมีเลือดหรือมูกปนต้องรีบพาไปพบแพทย์
- 6) การสำรอกหรืออาเจียน การแหะนมเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นภาวะปกติของทารกแรกเกิด เนื่องจากหลอดของกระเพาะอาหารยังทำงานได้ไม่ดี ทำให้หลอดปิดไม่สนิท แต่ถ้ามีอาการสำรอกและพบว่าปลายมือปลายเท้าเย็น ให้รีบนำมาพบแพทย์ นอกจากนี้ทารกอาจมีอาการอาเจียนพุ่ง เนื่องจากกระเพาะอาหารมีขนาดจำกัด เมื่อดูดนมมักกลืนลมเข้าไปด้วย อาจมีการสำรอกนม จึงควรจับให้ทารกเรือ แต่ถ้ามีอาเจียนพุ่งออกทุกครั้งที่คุณมอาจเกิดจากพยาธิสภาพในสมอง ควรรีบพาไปพบแพทย์
- 7) ไม่ถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ ในกรณีหลังคลอด 1-2 วันแรก ถ้าทารกไม่ถ่ายอุจจาระมักเกิดจากภาวะไม่รู้จักกัน แต่ถ้าเคยถ่ายแล้ว ต่อมาหยุดถ่าย ท้องอืดขึ้นเรื่อย ๆ อาจเกิดจากภาวะลำไส้อุดตันได้ต้องรีบพาไปพบแพทย์

8) ปากเป็นฝ้า เกิดจากคราบนม ควรใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดออก หากเป็นมาก เช็ดไม่ออกหรือหลังเช็ดมีเลือดออก อาจเกิดจากเชื้อรา ควรรีบนำไปพบแพทย์ห้ามใช้ยาป้ายเอง

9) หูมีน้ำไหลออกมา ขณะอาบน้ำหรือสระผมระวังไม่ให้น้ำเข้าหู ควรเช็ดให้แห้ง หมั่นสังเกตว่ามีบวมแดงหรือน้ำออกจากหูหรือไม่ ถ้ามีควรรีบนำไปพบแพทย์

10) เยื่อบุตาอักเสบ น้ำตาไหล หรือมีขี้ตามาก ตาแฉะ บางรายอาจมีอาการบวมแดงด้วย ให้ใช้สำลีชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วเช็ดตาถ้าไม่ดีขึ้น ให้พาไปพบแพทย์

11) เชียวขณะดูดนม หรือขณะร้อง ทารกดูเหมือนหอบ และรอบปากเขียวคล้ำ อาจมีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ ให้รีบนำพบแพทย์

12) ภาวะสะอึก อาจพบได้ในทารกปกติ หลังดูดนมมารดา ให้อุ้มเรอในท่าปกติ หรืออาจลดปริมาณนมในแต่ละมื้อ แต่ให้บ่อยครั้งขึ้น

การสร้างสัมพันธภาพบิดามารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายความผูกพันระหว่างมารดากับทารกได้ถูกต้อง
2. อธิบายพัฒนาการของความผูกพันได้ถูกต้อง
3. อธิบายการสร้างสัมพันธภาพบิดามารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ได้ถูกต้อง
4. อธิบายสัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีได้ถูกต้อง

ความผูกพัน

ความผูกพันหรือความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก เป็นสิ่งสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของทารก ซึ่ง Erikson (1963) ได้เน้นว่าพื้นฐานของพัฒนาการในขั้นต่อไปของทารกนั้นขึ้นอยู่กับพัฒนาการในช่วงขวบปีแรกของชีวิต ซึ่งระยะที่เด็กจะเกิดความรักใคร่ผูกพัน และไว้วางใจต่อบุคคลอื่นเป็นที่รัก (Basic trust)

Bonding หมายถึง ความผูกพันที่มารดามีต่อบุตร ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียว (Unidirectional) พฤติกรรมความผูกพันที่มารดาแสดงต่อทารก เช่น การประสานตากับทารก จับต้องทารก

Attachment หมายถึง กระบวนการความผูกพันของทารกที่มีต่อมารดา โดยที่มารดารับรู้และตอบสนองในขณะเดียวกัน จะเห็นว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งสองฝ่าย ทารกจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้รับการสัมผัสจากมารดา เช่น การร้องไห้ การยิ้ม การส่งเสียง การดูดกลืน มารดาก็จะมีการตอบสนอง เช่น การโอบกอด สัมผัส และให้ทารกดูดนมมารดา

Bond คือ ความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นเอกลักษณ์ระหว่างคนสองคนซึ่งมีความจำเพาะและมีความยั่งยืน พฤติกรรมต่างๆ ระหว่างบิดามารดาและทารกที่บ่งชี้ถึงความผูกพันนี้ได้แก่ การกอด การจูบ การจ้องหน้านานๆ ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้มีการสัมผัสและแสดงความรักที่เป็นอมตะและอันละมุนละไมของบุคคลหนึ่งที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่งเป็นพิเศษ

พัฒนาการของความผูกพัน

ความผูกพันระหว่างมารดากับทารก เป็นกระบวนการที่เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่มารดาวางแผนการตั้งครรภ์ และมีพัฒนาการตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ จนกระทั่งระยะคลอดและภายหลังคลอด พัฒนาการตามลำดับขั้นของกระบวนการสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารกมี 9 ขั้นตอน (Moore & Strickland, 1983 อ้างถึงใน พรพรรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2531 : 21) ดังนี้

ก่อนการตั้งครรภ์ ขั้นที่ 1 การวางแผนการตั้งครรภ์

ระยะตั้งครรภ์ ขั้นที่ 2 การยืนยันการตั้งครรภ์

ขั้นที่ 3 การยอมรับการตั้งครรภ์

ขั้นที่ 4 การรับรู้การเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์

ขั้นที่ 5 การยอมรับว่าทารกในครรภ์เป็นบุคคลคนหนึ่ง

ระยะคลอดและหลังคลอด ขั้นที่ 6 การแสวงหาการคลอดที่ปลอดภัย

ขั้นที่ 7 การมองดูทารก

ขั้นที่ 8 การสัมผัสบุตร

ขั้นที่ 9 การดูแลบุตร

สัมพันธภาพ

สัมพันธภาพ หมายถึง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา บิดา กับทารกในครรภ์ ความรู้สึกผูกพันนี้จะค่อยๆเกิดขึ้นทีละน้อย ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และสามีวางแผนที่จะมีบุตรและคาดหวังต่อทารกที่จะเกิดมา ดังมีรายละเอียดของสัมพันธภาพในแต่ละไตรมาสดังนี้

1. ไตรมาสที่ 1 สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกคู่อ่อนกลาง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์รู้สึกกลัวทารก

ไม่มีตัวตนแท้จริง (unreal) ในบางครั้งการได้เห็นภาพของทารกจากการทำอัลตราซาวด์เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์จะทำให้ยอมรับทารกมากขึ้น แต่ก็ไม่ช่วยให้ปฏิสัมพันธ์ของมารดาและทารกมีมากขึ้น (Sherwen, Scoloveno, & Weingarten, 1995)

2. ไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ ทำ

ให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่ามีตัวตนเกิดความผูกพัน มีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกเพิ่มขึ้นจากไตรมาสที่ 1 ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงถึงสัมพันธภาพที่ระหว่างมารดาและทารกสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมและความรู้สึกที่มารดาแสดงออกดังนี้

- 2.1 ยอมรับว่าทารกมีตัวตนและมีความเป็นบุคคลที่แตกต่างไปจากตนเอง
- 2.2 การจินตนาการรูปร่างหน้าตาของทารกในครรภ์ว่าจะเหมือนตนเองหรือเหมือนบุคคลในครอบครัว
- 2.3 การจินตนาการถึงบทบาทการเป็นมารดา คิดถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตรการตั้งชื่อทารกเป็นต้น
- 2.4 การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกโดยการสัมผัสทารกทางหน้าท้อง ลูบคลำเบาๆพร้อมกับพูดคุยกับทารก

ในครรภ์ด้วยถ้อยคำที่แสดงถึงความผูกพัน ความเป็นห่วงทารกในครรภ์ เมื่อทารกในครรภ์ดิ้นหรือไถ่หนุนขึ้นมาทางหน้าท้อง ความสามารถคลำส่วนต่างๆของทารกในครรภ์ได้ว่าส่วนใดเป็นขา เป็นแขน เป็นต้น

3. ไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ต้องการให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ความผูกพันที่มีต่อทารกจะ

แสดงออกในการเตรียมตัวเพื่อทารกในครรภ์มากขึ้น มีการแสวงหาความปลอดภัยให้กับทารกโดยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ที่หน่วยฝากครรภ์ เพื่อให้ทารกมีความปลอดภัยตลอดตามกำหนด มีการเคลื่อนไหวท่าทางให้ช้าลง มีการวางแผนที่จะคลอดในสถานที่ที่มีความปลอดภัยกับทารกให้มากที่สุด สนใจการดิ้นของทารกและพูดคุยกับทารกมากขึ้น มีการเรียกชื่อเล่นของทารกบ่อยครั้งขึ้น เมื่อเข้าสู่ปลายไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์จะรู้สึกตื่นเต้นและมีความอยากที่จะดูแลทารก มีการเตรียมเครื่องใช้เตรียมห้องไว้สำหรับทารกที่จะเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัว

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการของสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย เริ่มตั้งแต่ภรรยาและสามี มีการวางแผนที่จะมีบุตรและค่อยๆพัฒนาเพิ่มขึ้นในแต่ละไตรมาส การสร้างสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆเช่น วุฒิภาวะทางอารมณ์ อายุ การวางแผนการตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์และเศรษฐกิจ เป็นต้น การมีพัฒนาการของสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องย่อมนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อไปในระยะคลอดและระยะหลังคลอด

สัมพันธภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามี

บุคคลที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์คือ บิดาของทารกในครรภ์ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุด (กาญจนา, 2534; สุกัญญา, 2536; รพีพรรณ, 2539 อ้างถึงใน วัฒนา ศรีพจนารถ, 2545) หญิงตั้งครรภ์ที่มีสามีดูแลเอาใจใส่ รักใคร่ จะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะไม่สุขสบายต่างๆในระยะตั้งครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสามี

ระหว่างตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการใหญ่ๆอยู่ 2 ประการคือต้องการให้สามีรักและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีคุณค่า อีกทั้งทารกในครรภ์ได้รับการยอมรับจากสามีว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มักมีความต้องการพึ่งพาสามีมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการพามาฝากครรภ์ การดูแลเอาใจใส่จัดหาอาหารที่ตนเองชอบเป็นพิเศษมาให้ คอยช่วยเหลือทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆให้ อาจกล่าวได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์และสามีขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสก่อนที่จะมีการตั้งครรภ์ และเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีมาก่อนจะมีความสนิทสนมต่อกันมากขึ้น เพื่อร่วมมือกันวางแผนในการเตรียมตัวเป็นบิดามารดาที่ดีให้แก่บุตร มีการยอมรับซึ่งกันและกันว่าแต่ละคนมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง ร่วมมือกันในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ที่มีประสบการณ์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งมีความพึงพอใจทางเพศที่สอดคล้องกัน

โรงเรียนพ่อแม่

ครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของสังคมที่เป็นจุดเริ่มต้นของทุกสิ่งทุกอย่าง ความสุข ความรัก ความอบอุ่น จริยธรรม รวมทั้งสร้างเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านต่างๆของเด็กและพ่อแม่คือบุคคลสำคัญที่มีบทบาทดังกล่าว

ความหมาย

บริการที่จัดขึ้นสำหรับการให้ความรู้แก่พ่อแม่ ดำเนินการในสถานที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสอนพ่อแม่ สงบเงียบ แสงสว่างเพียงพอ มีบรรยากาศการให้ความรู้ที่เป็นกันเอง มีกระบวนการสอนที่ผู้รับการอบรมมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นเพื่อให้พ่อแม่มีความรู้ เจตคติ และทักษะในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก โดยมีหลักสูตร สื่อ แผนการสอนที่ชัดเจนในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งหวังให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยทั้งด้านร่างกายและอารมณ์

โรงเรียนพ่อแม่ มี 4 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการสอน บรรยาย เป็นกลุ่มใหญ่ มีลักษณะเป็นการสื่อสารทางเดียว มีข้อดี คือสามารถสอนได้ครั้งละหลายคน เป็นกลุ่มใหญ่ มีผู้พูดเพียงคนเดียวก็ได้ แต่มีข้อเสียคือผู้ฟังไม่มีส่วนร่วม ทำให้ไม่ทราบว่าผู้ฟังมีความเข้าใจหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน
2. แบบกลุ่มเล็ก ผู้เข้าร่วมไม่เกิน 10 คนโดยผู้สอนจะมีแผนการสอนที่ชัดเจน อาจมีสื่อการสอนอื่น ๆ ประกอบเช่น แผ่นพับ เหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีความพร้อมสามารถเข้ากลุ่มได้พร้อมกัน และผู้รับบริการจะมีส่วนร่วมในรูปแบบการสอน โดยมีการทำ Post test เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ
3. เป็นการสอนโดยมีการสาธิต สอนทักษะต่าง ๆ ในการเลี้ยงลูก เช่น วิธีการอุ้มลูก ตูนมในท่าต่าง ๆ
4. เป็นการสอนกันเองระหว่างผู้รับบริการ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์สอนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ โดยมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลร่วมด้วยทั้งนี้ หากศูนย์บริการสาธารณสุขมีความพร้อมก็สามารถเริ่มต้นทำได้โดยเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข

แนวทางการสอน แบ่งเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแม่ตั้งครรภ์ ครั้งแรกที่มาฝากในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 เมื่อมีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป หรือระยะใกล้คลอด
2. ระยะหลังคลอด 1-3 วัน การให้ความรู้ขณะขณะที่แม่หลังคลอดยังพักฟื้นภายในรพ โดยที่นำพ่อเข้าร่วมรับความรู้ด้วย
3. ระยะที่พ่อนำเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี เมื่อพ่อนำเด็กมารับบริการตรวจสุขภาพตามตารางรับภูมิคุ้มกันพื้นฐาน
 - ครั้งที่ 1 อายุ 2-4 เดือน
 - ครั้งที่ 2 อายุ 6 เดือน - 1 ปี
 - ครั้งที่ 3 อายุ 1-2 ปี
 - ครั้งที่ 4 อายุ 3 ปีขึ้นไป
 ทั้งพ่อและแม่ควรเข้ารับการอบรมพร้อมกันทุกครั้ง

แนวทางการให้ความรู้

การให้ความรู้ของโรงเรียนพ่อแม่ จะมีความแตกต่างจากการสอนสุขศึกษาตามปกติคือ โรงเรียนพ่อแม่จะมีองค์ประกอบของการให้ความรู้ ดังนี้

1. การสอนแต่ละครั้งต้องกำหนดเป้าหมายว่า พ่อแม่จะมีความรู้ เจตคติและทักษะอะไรบ้าง ที่ต้องการให้เกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการสอนแต่ละครั้ง
2. ประเมินความรู้ของพ่อแม่ก่อนการสอนว่าต้องการรู้และสนใจเรื่องใดมากที่สุด เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เบื่อหน่าย
3. วิธีการสอนมีหลากหลายรูปแบบ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สอนกับผู้รับการอบรม ระหว่างผู้รับการอบรมด้วยกัน การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระหว่างกันและกัน
4. กลุ่มผู้รับความรู้มีสถานภาพคล้ายกัน เช่น ตั้งครรภ์ที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน หรือมีบุตรอายุใกล้เคียงกัน
5. ให้โอกาสผู้รับการอบรมได้ฝึกปฏิบัติให้มีทักษะเพิ่มขึ้น
6. ระยะเวลาการสอนแต่ละครั้ง ไม่นานเกินไป ควรมีระยะเวลาประมาณ 30 - 60 นาที
7. จำนวนพ่อแม่ที่เข้ารับการอบรมแต่ละครั้ง ไม่มากเกินไป ประมาณ 10 - 16 คน เพราะถ้าจำนวนผู้รับการอบรมมากเกินไป การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์จะลดลง

สาระการเรียนรู้หลักสูตรการอบรมพ่อแม่

อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ และสามมี

1. บทบาทของพ่อแม่
 - 1.1 คุณธรรมประจำครอบครัว
 - บทบาทของสามี
 - บทบาทของภรรยา
 - 1.2 บทบาทหน้าที่ของพ่อแม่ในครอบครัว
 - 1.3 ปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวที่ดี
 - 1.4 การตรวจสุขภาพที่จำเป็นของพ่อแม่
2. การดูแลสุขภาพของแม่ระยะตั้งครรภ์
 - 2.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจของหญิงตั้งครรภ์

- อาการที่พบของหญิงตั้งครรภ์
- 2.2 แนวทางการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์
- 2.3 อาหารและโภชนาการ
- 2.4 การดูแลสุขภาพปากและฟัน
- 2.5 สัญญาณอันตรายที่ต้องพบแพทย์
- 2.6 การดูแลสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์
- อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป และสามมี
- 1. การเตรียมตัวสำหรับการคลอด
 - 1.1 การปรป ของร่างกายระยะใกล้คลอด
 - 1.2 อาการเจ็บเตือน/ อาการเจ็บจริง
 - 1.3 อาการผิดปกติที่ต้องมารพ
 - 1.4 วิธีการคลอด
 - 1.5 ขั้นตอนการรับบริการคลอดในรพ
- 2. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 2.1 ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
 - 2.2 วิธีการอุ้มลูกกินนมแม่ที่ถูกต้อง
 - 2.3 วิธีการบีบเก็บน้ำนม
 - 2.4 ความสำคัญการให้นมแม่ทันที
- 3. การออกกำลังกายและฝึกการหายใจสำหรับการคลอด
 - 3.1 ความสำคัญของการออกกำลังกาย
 - 3.2 วิธีการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์
 - 3.3 วิธีการฝึกหายใจสำหรับการคลอด

เอกสารอ้างอิง

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2531). *การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะหลังคลอด*. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาล

สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัฒนา ศรีพจนารถ. (2545). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: ชานเมืองการ

พิมพ์.

Erikson, E. H. *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton 1963.

Sherwen, L.N., Scoloveno, M.A., & Weingarten, C. T. (1995). *Nursing care of the childbearing*

family (2 nd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lance.

การเตรียมบทบาทการเป็นบิดามารดาในระยะตั้งครรภ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เบญญาภา ธิติมาพงษ์

วัตถุประสงค์

1. อธิบายกระบวนการและองค์ประกอบในการดำรงบทบาทมารดาได้ถูกต้อง
2. อธิบายบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
3. อธิบายการเตรียมตัวสู่บทบาทการเป็นบิดาได้ถูกต้อง
4. อธิบายการประเมินพัฒนาการการเป็นบิดามารดาในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
5. อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ถูกต้อง

หญิงตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และเป็นช่วงเวลาที่มีการพัฒนาการเข้าสู่วุฒิภาวะการเป็นผู้ใหญ่และการเป็นมารดา การที่จะรับบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์นั้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องทำภารกิจไปตามขั้นตอน หรือที่เรียกว่าพัฒนาการของการตั้งครรภ์ให้เกิดขึ้น เพื่อปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ใน ตลอดระยะเวลา 9 เดือนของการตั้งครรภ์

พัฒนาการ (Developmental task) หมายถึงงานหรือภาระกิจที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของชีวิต เมื่อบุคคลปฏิบัติภาระกิจนั้นสำเร็จก็จะนำมาซึ่งความสุขและส่งผลให้การทำพัฒนาการอื่นๆ ประสบความสำเร็จด้วย ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลประสบความล้มเหลวในการปฏิบัติภาระกิจ จะทำให้ไม่มีความสุข ขาดความเชื่อถือจากสังคมรวมทั้งทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำภาระกิจอื่นๆ ต่อไป

พัฒนาการของหญิงตั้งครรภ์ ผู้หญิงต้องมีการปรับตัวตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ การปฏิบัติตามพัฒนาการในแต่ละระยะของการตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ และความสำเร็จในการรับบทบาทของการเป็นมารดา ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 พัฒนาการ (Leifer, 2005)

พัฒนาการที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์ (Pregnancy validation) เป็นความรู้สึกครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ไม่แน่ใจและเริ่มมีจินตนาการ เมื่อได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์จริง จึงจะเกิดความมั่นใจและยอมรับ สามารถบอกให้ผู้อื่นรับรู้ได้

พัฒนาการที่ 2 การรับรู้การมีตัวตนของบุตรและรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของตน (fetal embodiment) หลังยอมรับการตั้งครรภ์จะรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง เริ่มสนใจตัวเองมากขึ้น มีการจัดเตรียมเสื้อผ้าของหญิงตั้งครรภ์ ห่วงใยทารกมากขึ้น พยายามรับประทานอาหารบำรุงร่างกายมากขึ้นและระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับทารก

พัฒนาการที่ 3 การยอมรับว่าทารกเป็นบุคคลคนหนึ่งที่มีบุคลิกภาพแตกต่างไปจากตน (fetal distinction) มีการสัมผัสจากภายนอก พุดคุยกับบุตรเริ่มซื้อเสื้อผ้าสำหรับทารกแรกเกิด ชีชวนให้สามีเฝ้าดูการเคลื่อนไหวของทารก

พัฒนาการที่ 4 การเปลี่ยนบทบาทเข้าสู่การเป็นมารดา (Role transition) มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ มีความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกคาดหวังที่จะเห็นหน้าบุตร มีการวางแผนเตรียมสิ่งของต้อนรับบุตรที่จะเกิดมาใหม่

กระบวนการของการดำรงบทบาทมารดา

การดำรงบทบาทมารดาเป็นกระบวนการสร้างบทบาทใหม่ การกระทำตามบทบาทขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ ที่ถูกกระตุ้นให้เรียนรู้และถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม และเมื่อหญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตามพัฒนาทั้ง 4 แล้ว หญิงนั้นก็ประสบความสำเร็จโดยมีเอกลักษณ์ความเป็นมารดา (maternal identity) (Rubin, 1967) บทบาทมารดาเป็นกระบวนการซับซ้อนมีความลึกซึ้งทางปัญญา (cognitive) และสังคม (social) ในลักษณะของความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดขณะปฏิบัติบทบาท (Koniak-Griffin, 1993) ซึ่งการกระทำบทบาทมารดาสามารถทำผ่าน 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) การเรียนรู้โดยตั้งใจ (intentional learning) หมายถึงวัฒนธรรมในแต่ละสังคมพยายามสอนเกี่ยวกับการแสดงบทบาท และ 2) การเรียนรู้โดยบังเอิญ (incidental learning) เริ่มต้นตั้งแต่ในวัยเด็กโดยการเรียนรู้จากบุคคลในสิ่งแวดล้อม (Sarbin, 1954 as cited in Rubin, 1967)

องค์ประกอบในการดำรงบทบาทมารดา

เมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) ได้เสนอว่าการดำรงบทบาทมารดาสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่มีการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป อาจมีการเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์เนื่องจากเป็นระยะที่มารดามีการวางแผนการมีบุตร (Rubin, 1967) เป็นพฤติกรรมที่จัดอยู่ในระยะการเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทตามทฤษฎีบทบาทของธอร์ตันและนาดี (Thorton & Nardies, 1975 as cited in Mercer, 1981) และเป็นระยะที่มีกระบวนการเรียนรู้เตรียมรากฐานสำหรับการสร้างสัมพันธภาพในระยะหลังคลอด (Mercer, 1995) สัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรจะเกิดขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อทารกในครรภ์มีการเคลื่อนไหว โดยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น และเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะหลังคลอดทันที กระบวนการนี้มีการพัฒนาควบคู่ไปกับบทบาทมารดา และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่แสดงถึงความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา สัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรเป็นการแสดงการยอมรับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่งมารดาและบุตร ส่งผลให้มารดามีพัฒนาการทางด้านจิตอารมณ์ที่ดี มีการตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรให้ประสบความสำเร็จนั้นมารดาควรมีความสมบูรณ์ทางด้านจิตอารมณ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี เพื่อน และครอบครัว มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารและทักษะในการดูแลบุตร มีประวัติการได้รับการเลี้ยงดูที่ดีและได้รับความรักในวัยเด็ก มีความใกล้ชิดกับบุตร และมารดามีความพร้อมสำหรับการเลี้ยงดูบุตร (Mercer, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงและหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่ำไม่มีความแตกต่างในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตรในระยะ 1 สัปดาห์หลังคลอด ถึงระยะ 1 เดือนหลังคลอด (Mercer & Ferketich, 1994) แต่มารดาที่มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรพบว่ามีความยากลำบากในการประสบความสำเร็จในการสร้างเอกลักษณ์การเป็นมารดา (Zabielski, 1994)

2. ความสามารถ/ความมั่นใจของมารดา เป็นทักษะและความสามารถในการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆของบุตร (Mercer, 1995) ความสามารถของมารดาสะท้อนให้เห็นถึงความมั่นใจในการแสดงบทบาทมารดา (Mercer & Ferketich, 1994; Mercer, 1995) ความมั่นใจของมารดาเป็นการรับรู้ของมารดาต่อความสามารถในการดูแลและเข้าใจพฤติกรรมของบุตร และมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับเอกลักษณ์การเป็นมารดา ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและบุตร (Mercer, 1981) โดยความสามารถในการดูแลบุตรเป็นทักษะด้านการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร เช่น ทักษะการให้นมบุตร การอาบน้ำและทักษะในการแปลพฤติกรรมบุตร

รวมทั้งความต้องการของบุตรได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุตรได้อย่างเหมาะสม (Mercer, 2004) และเมอร์เซอร์ (Mercer, 1986) ได้เน้นถึงความสำคัญระดับความสามารถของมารดาต่อการดำรงบทบาทมารดา ที่ได้รับอิทธิพลจากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ทักษะที่มารดาสามารถปฏิบัติได้จริงและความซับซ้อนของแนวคิดระบบตนเองของมารดา

3. ความยินดี/ความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดา เป็นความรู้สึกของมารดาที่มีความพึงพอใจความสุข ความรู้สึกเหมือนการได้รับรางวัล ความยินดีในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร และการประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามพันธกิจของบทบาท (Mercer, 1995) ความพึงพอใจในบทบาทมารดาเป็นแรงจูงใจให้มีความพากเพียร ในการปฏิบัติบทบาท อย่างไรก็ตามมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดาต่ำ (Longsdon et al., 2006) จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจในบทบาทมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ 1-4 เดือนหลังคลอด และมีการลดลงเล็กน้อยในระยะ 8 เดือนหลังคลอด และเพิ่มขึ้นอีกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหนึ่งปีหลังคลอด และความพึงพอใจในการแสดงบทบาทมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดในบทบาท (Mercer, 1985)

บทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์

1. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเองตั้งครรภ์เพื่อดูแลตนเองจากญาติที่ใกล้ชิด หนังสือ ทีวี วิดีโอ จากคลินิก โรงพยาบาลต่าง ๆ
2. เตรียมตัวที่จะรับสมาชิกใหม่ให้กับบุตรคนโตที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปีโดยให้บุตรคนโตพูดคุยกับทารกในครรภ์พร้อมกับสัมผัสทารกทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันการอิจฉา น้อง นอกจากนี้ควรให้ความเอาใจใส่บุตรคนโตให้มาก
3. ฝึกบทบาทการเป็นมารดา โดยประเมินความก้าวหน้าในการแสดงบทบาทที่ผ่านมา ความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา และร่วมกันวางแผนว่าจะทำสิ่งใดให้กับทารก

การเตรียมตัวสู่บทบาทการเป็นบิดา

พัฒนกิจของสามี

ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ สามีมีการเตรียมตัวที่จะเป็นบิดาและปฏิบัติภารกิจต่อการตั้งครรภ์ตามความรู้สึกของตนตามความคาดหวังของสังคมในแต่ละไตรมาสดังนี้ (Neff & Spray, 1996; May & Mahlmeister, 1990; Dickason et al., 1998)

1. ไตรมาสที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์ เมื่อภรรยาบอกข่าวการตั้งครรภ์ให้สามีทราบ สามีจะมีความรู้สึกดีใจถ้าการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ครอบครัวต้องการ สามีมีการแสดงออกถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ โดยการช่วยเหลือภรรยาในกิจกรรมที่ภรรยากระทำอยู่เพื่อให้ภรรยาได้พักผ่อน ช่วยจัดซื้ออาหารที่ภรรยาต้องการเป็นพิเศษ สามีบางรายบอกเรื่องการตั้งครรภ์ให้กับสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อนสนิทตลอดจนญาติพี่น้องให้ทราบ การยอมรับการตั้งครรภ์ของสามีจะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ มีการยอมรับการตั้งครรภ์มากขึ้น เกิดความมั่นใจที่จะแสดงบทบาทการเป็นมารดาต่อไป ส่วนสามีที่ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์จะรู้สึกตกใจ รู้สึกโกรธและไม่พอใจภรรยา ส่งผลให้ภรรยาขาดแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ มีผลกระทบต่อเตรียมตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความรู้สึกและพฤติกรรมของสามีที่แสดงออกถึง การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้แก่ อาการคล้ายการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเรียกว่ากลุ่มอาการคูเวต (couvades syndrome) โดยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง มีปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ปวดศีรษะเป็นต้น สามีบางรายมีอาการตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 ไปจนถึงไตรมาสที่ 3 แต่บางรายอาการจะลดลงหรือหายไปในช่วงไตรมาสที่ 1 ความกังวลในเศรษฐกิจ มักพบในสามีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยสามีจะพยายามทำงานให้มากขึ้น เพื่อสะสมเงินเอาไว้เป็นค่าใช้จ่าย ในการตั้งครรภ์และการคลอด ความกังวลต่อความสามารถที่จะเป็นจริง สามีมักจะมีความรู้สึกว่า ตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ การดูแลทารกหลังคลอด สามีมีความต้องการ ให้โรงพยาบาลจัดให้มีการสอนสามีเป็นนรายบุคคลและรายกลุ่มเช่นเดียวกับที่สอนภรรยา

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับภรรยา การตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อสัมพันธ์ภาพ ของสามีและภรรยาอย่างมาก เนื่องจากภรรยาจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และ สังคม สามีบางคนไม่พอใจที่ภรรยามีอารมณ์หงุดหงิด เอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่ต้องการที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆของครอบครัวร่วมกับภรรยา ส่วนสามีที่วางแผนว่าจะมีบุตรจะ รู้สึกรักภรรยามากขึ้นเพราะสามารถมีบุตรให้กับครอบครัวได้ สามีกลุ่มนี้จะเห็นใจและยอมรับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภรรยาว่าเป็นสิ่งปกติ พยายามเรียนรู้วิธีปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายและอารมณ์ของภรรยาในไตรมาสที่ 1 อาการคลื่นไส้อาเจียนของภรรยาส่งผลให้สามีไม่ สามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้เช่นเดิม โดยเฉพาะสามีที่ต้องการมีบุตรมากจะลดการมีเพศสัมพันธ์ ลงเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอันตรายกับทารกในครรภ์ เกิดการแท้งตามมา

การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อ เข้าสู่บทบาทการเป็นบิดา เริ่มมีการเตรียมตัวตั้งแต่ไตรมาสที่ 1 และดำเนินต่อไปจนกระทั่งคลอด โดยการซักถามความรู้จากญาติที่อยู่ชิดจากเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือ ดูทีวี ฟังวิทยุและนำมาปฏิบัติโดยดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือภรรยาตามความต้องการของภรรยา เตรียมค่าใช้จ่ายโดยการทำงานให้มากขึ้น ช่วยเหลือภรรยาจัดหาของใช้ที่จำเป็นสำหรับบุตร

2. ไตรมาสที่ 2 การสร้างความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ สามีที่ยอมรับการตั้งครรภ์ มักจะมี พฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ดังนี้

2.1 แสดงความเป็นห่วงสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยซักถามภรรยาถึงการตื่นของทารกใน ครรภ์ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์มาให้ภรรยาเพื่อให้ทารกในครรภ์แข็งแรง เผ่าสังเกตุการเจริญเติบโต ของทารกในครรภ์

2.2 มีความรู้สึกตื่นเต้นต่อการตื่นของทารกในครรภ์

2.3 มีการสัมผัส ลูบหน้าท้องภรรยา สามีบางรายมีการลูบหน้าท้องของภรรยา พูดคุยกับ ทารกในครรภ์

การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเพศสัมพันธ์กับภรรยา ขนาดของครรภ์ที่ขยายใหญ่ขึ้น ทำให้ สามีบาง

รายงดการมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา เนื่องจากมีความเข้าใจผิดว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อภรรยาและ ทารกในครรภ์

3. ไตรมาสที่ 3 สามีจะมีความพร้อมในการที่จะปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดาในระดับหนึ่ง โดย มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถจะเป็นบิดาที่ดีของบุตรได้ สามีส่วนใหญ่จะรอคอยบุตรที่จะเกิดออกมา

มีการเตรียมตั้งชื่อบุตร เตรียมค่าใช้จ่ายและการเลี้ยงดูบุตรไว้แล้ว เตรียมสิ่งของต่างๆที่จะต้องนำมา
โรงพยาบาลร่วมกับภรรยา มีการวางแผนที่จะพารภรรยาไปโรงพยาบาลให้ทันเวลา

บทบาทการเป็นบิดาในระยะตั้งครรภ์ได้แก่

1. พารภรรยาไปฝากครรภ์ เพราะจะได้คอยให้กำลังใจนอกจากนี้เวลาแพทย์ตรวจหรือแนะนำ
อะไรสามีก็จะได้รับรู้ด้วย และหากมีปัญหาที่ต้องตัดสินใจ จะได้ช่วยตัดสินใจและให้กำลังใจอย่าง
ใกล้ชิด

2. เข้าใจการเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ และช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจไม่ว่าจะด้วยการพุดจา
ให้กำลังใจ ช่วยทำงานบ้าน หาดอาหารให้ทาน หรือช่วยบิบนวดแก้อาการปวดน่อง ปวดขา ปวดหลัง
 เป็นต้น

3. เข้าร่วมการอบรมเพื่อการเตรียมตัวเป็นคุณพ่อเพื่อช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจในห้องคลอด
ต่อไป

การประเมินพัฒนาการเป็นบิดามารดาในระยะตั้งครรภ์

แนวทางในการสัมภาษณ์เพื่อประเมินพัฒนาการในแต่ละระยะมีดังนี้

การประเมินพัฒนาการที่ 1 การยอมรับการตั้งครรภ์

1. ท่านและสามีมีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่ ถ้าไม่พร้อมเพราะเหตุใด ท่าน
มีความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์หรือไม่

2. ท่านและสามีรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์และเหตุใดจึงรู้สึกเช่นนั้น

3. ท่านและสามีรู้สึกอย่างไรกับอาการไม่สบายที่เกิดขึ้นเมื่อเริ่มตั้งครรภ์

4. ท่านมีการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์อย่างไร ไปฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อใด และมีการไปฝาก
ครรภ์ตามนัดทุกครั้งหรือไม่

5. การตั้งครรภ์ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของท่านและสามีเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง

6. มีสิ่งใดทำให้เกิดวิตกกังวลกับสตรีตั้งครรภ์และสามีบ้าง

7. สัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นอย่างไรบ้าง

การประเมินพัฒนาการที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์

1. ท่านและสามีรู้สึกอย่างไรกับทารกในครรภ์

2. ท่านและสามีมีจินตนาการเกี่ยวกับทารกในครรภ์อย่างไร

3. ท่านและสามีเคยพูดคุยหรือสัมผัสกับทารกในครรภ์โดยการลูบหน้าท้องหรือไม่

4. ท่านและสามีคิดว่าบุตรในครรภ์เป็นเพศใดและเตรียมตั้งชื่อไว้แล้วหรือไม่

การประเมินพัฒนาการที่ 3 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง

1. ท่านและสามีรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เช่น
อาการคลื่นไส้ อาเจียน การขยายใหญ่ของหน้าท้อง เป็นต้น

2. สังเกตการแต่งกายของสตรีตั้งครรภ์ว่าเป็นอย่างไร เหมาะสมกับสภาพขณะตั้งครรภ์
หรือไม่

3. ท่านดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์อย่างไร

4. ขณะตั้งครรภ์ท่านและสามีมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

5. ท่านและสามีมีการเตรียมตัวเพื่อรับบทบาทการเป็นบิดามารดาอย่างไร

การประเมินพัฒนาการที่ 4 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

1. การตั้งครรภ์ทำให้สัมพันธภาพระหว่างท่านกับบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

อย่างไร

2. สามีมีบทบาทในการช่วยเหลือท่านที่กำลังตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร
3. สามีแสดงความรัก ความสนใจในตัวท่านหรือไม่ อย่างไร
4. ท่านและสามีมีการปรึกษารือ วางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายขณะตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรหรือไม่ อย่างไร
5. การมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

การประเมินพัฒนาการที่ 5 การเตรียมตัวเพื่อการคลอดและการเป็นบิดามารดา

1. ท่านและสามีมีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดอย่างไร
2. ท่านและสามีมีการเตรียมเครื่องใช้ จัดบ้านเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่หรือไม่ อย่างไร
3. ท่านรู้สึกอย่างไรกับการเป็นมารดา
4. ท่านและสามีมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร และพูดคุยปรึกษาเพื่อวางแผนในการเลี้ยงดูบุตรหรือไม่
5. สมาชิกในครอบครัวมีการวางแผนที่จะช่วยเหลือกันอย่างไร ในระยะหลังคลอด
6. การตั้งครรภ์และการมีบุตรทำให้สิ่งเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร (การทำงาน การศึกษา และดำเนินชีวิตประจำวัน)

งานวิจัยการมีส่วนร่วมของบิดา

จากการวิจัยการมีส่วนร่วมของบิดาที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของแลมบ์ (Lamb et al., 1987) พบว่าการมีส่วนร่วมของบิดาคือกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบิดา และความมุ่งหวังของบิดามารดาเกี่ยวกับการคลอดที่นำไปสู่ผลที่ดีที่สุด ซึ่งรวมถึง 3 มิติ คือการครอบคลุมพันธะ ความพร้อม และความรับผิดชอบ

งานวิจัยมุมมองบทบาทของพ่อในระยะตั้งครรภ์ของอลิโอ ลูอิส สคาร์บอโรส แฮริส และฟิสเซลลา (Alio, Lewis, Scarborough, Harris, & Fiscella, 2013) พบว่าทั้งบิดาและมารดาอธิบายถึงการมีส่วนร่วมของผู้ชาย(บิดา) ว่าเป็นดังของขวัญ มีความเข้าถึง เป็นประโยชน์ และเต็มใจที่จะเรียนรู้ กระบวนการตั้งครรภ์และจัดเตรียม การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ร่างกาย และการเงินให้แก่ผู้หญิง ในการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด ซึ่งผู้หญิงให้ความสำคัญกับความรู้สึก "ร่วมกัน" ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดามารดา

- การวางแผนการตั้งครรภ์
- สัมพันธภาพของคู่สามี ภรรยา
- ลักษณะทางสังคมและครอบครัว
- สภาพเศรษฐกิจ
- ประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตร
- วุฒิภาวะทางอารมณ์
- ประสบการณ์การตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

การที่หญิงตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้มากหรือน้อยย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมของ

ครอบครัว ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม สารเคมีและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความเชื่อและวัฒนธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมและเจตคติต่อการตั้งครรภ์ จะมีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวดังนี้

1.1 อายุ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี เรียกว่ามีการตั้งครรภ์วัยรุ่น มักจะมีปัญหาต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เช่นขนาดของหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้น การมีฝ้าขึ้นบนใบหน้า การมีอารมณ์โกรธง่าย ความไม่พอใจต่อภาพลักษณ์ของการตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ ในรายที่ไม่พร้อมจะตั้งครรภ์มักจะมีผลต่อการเอาใจใส่สุขภาพขณะตั้งครรภ์ เช่นการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นเช่น ภาวะโลหิตจาง การที่กระดูกเชิงกรานยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ อาจทำให้มีการคลอดล่าช้าเนื่องจากศีรษะทารกในครรภ์ไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน การคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ การทำงานที่ไม่เป็นปกติในระยะคลอด ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุเท่ากับหรือมากกว่า 35 ปี (elderly primigravidarum) จะต้องดูแลตนเองเกี่ยวกับการคลอดเป็นพิเศษ เพราะมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับช่องทางคลอดที่ยืดหยุ่นไม่ดี มีปัญหาคลอดบุตรพิการ เป็นต้น

1.2 ระดับการศึกษา ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดีเนื่องจากการศึกษาจะทำให้บุคคลมีโอกาใช้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองถูกต้องเหมาะสมมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

1.3 ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะสุขภาพก่อนและขณะตั้งครรภ์ การเจ็บป่วยหรือการผ่าตัดในอดีต อาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ หรือขณะคลอดบุตรได้ เช่นโรคหัวใจ โรคธัยรอยด์ โรคไต เป็นต้น การติดเชื้ระหว่างตั้งครรภ์ เช่นการติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์ก่อน 2 เดือน จะทำให้ทารกมีความพิการทางหูและเป็นโรคหัวใจได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ที่มีการแท้งติดกัน 3 ครั้งขึ้นไป ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องก็อาจจะทำให้เกิดการแท้งซ้ำขึ้นอีกได้ การตั้งครรภ์ที่ห่างกันน้อยกว่า 1 ปี จะมีผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางเกิดขึ้นได้ การคลอดหลายครั้งอาจทำให้เกิดภาวะรกเกาะต่ำและตกเลือดในระยะหลังคลอดได้ ดังนั้น หญิงตั้งครรภ์จะต้องตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

1.4 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีการแสดงออก โดยการแสดงความรัก ความห่วงใย ช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องแก่บุคคลอื่น ในสังคมไทยมีลักษณะของสังคมที่มีความผูกพันในเครือข่ายสังคมอย่างแน่นหนา การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากต่อหญิงตั้งครรภ์เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้อย่างเหมาะสม เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นด้านต่างๆดังนี้

1.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดทำให้เกิดความอบอุ่นความสบายใจ ซึ่งมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

1.4.2 การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า หมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าจะได้รับการยอมรับในพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆต่อการตั้งครรภ์ ทั้งในด้านที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การได้รับข้อมูลย้อนกลับทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถประเมินตนเองกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นในสังคม ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

1.4.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ รับข้อมูลที่มีประโยชน์ สามารถเป็นแนวทางในการปรับตัว และนำไปปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ในขณะตั้งครรภ์ จากบุคคลที่หญิงตั้งครรภ์ศรัทธา

1.4.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ หมายถึงการที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกว่าได้ รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ เงิน ตามความต้องการ เช่นอาหาร เสื้อผ้าของใช้ทารก การแบ่ง เบาภาระงานบ้านที่หญิงตั้งครรภ์ทำได้ไม่สะดวก บุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่หญิง ตั้งครรภ์ได้แก่ ครอบครัวสายตรง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ชมรมสมาชิกต่างๆตลอดจน กลุ่มวิชาชีพ ทางสุขภาพ เช่นแพทย์พยาบาล เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยลดความเครียด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอารมณ์ที่มั่นคง มีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี

1.4.5 เจตคติต่อการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความคิดเห็นและความเชื่อต่อการตั้งครรภ์ ในทางที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ย่อมปรับตัวและสามารถปฏิบัติ ตัวในขณะตั้งครรภ์ได้ดี สามารถยอมรับการตั้งครรภ์และมีการเตรียมตัวเพื่อรับบทบาทการเป็นมารดา ได้

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว การตั้งครรภ์จะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายยาที่เพิ่มขึ้น หญิง ตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้ที่ลดลงของครอบครัว มีปัญหาของสามีที่ทอดทิ้งหรือชอบเล่นการพนัน ย่อมทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียดสูง ซึ่งมีผลกระทบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและ ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ของทารกในครรภ์ การที่การตั้งครรภ์ไม่เป็นที่ยอมรับ ของสังคมและครอบครัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความวิตกกังวลและมีปัญหาการปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในขณะตั้งครรภ์ ไม่สามารถเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็น มารดาได้

3. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการแท้ง การมีทารกตายในครรภ์ และ การคลอดทารกที่มีความพิการหรือมีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่นบุตรปัญญาอ่อน การตั้งครรภ์ที่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไป มักพบว่าทารกในครรภ์จะมีความผิดปกติสูง ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการให้ คำปรึกษาก่อนการสมรสและการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาโรคธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์แรกทุกรายโดย ไม่คำนึงถึงอายุครรภ์และในครรภ์หลังอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 สัปดาห์ นับว่ามีประโยชน์ มากในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความตระหนักและระมัดระวัง โรคทางพันธุกรรมเพิ่มขึ้น

4. สารเคมีและสิ่งแวดล้อม ในการเจริญเติบโตของทารกจะดำเนินไปอย่างสมบูรณ์ จำเป็นต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ หญิง ตั้งครรภ์จะต้องระวังตนเองที่จะหลีกเลี่ยงการได้รับสารเคมี ซึ่งได้แก่ ยาต่างๆรังสี บุหรี่ สารเสพติด ฯลฯ หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายเพราะมีผลต่อการสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆของ ทารก เช่น การได้รับรังสีโดยไม่ทราบว่ามี การตั้งครรภ์ อาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ ได้ การใช้ยาขับประจำเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือการทำงานในที่ที่มีสารพิษ เช่นตะกั่ว สารปรอท ยาปราบศัตรูพืช ล้วนมีผลต่อทารกทั้งสิ้น

5. ความเชื่อและวัฒนธรรม ความเชื่อและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในแต่ละ ชุมชน ย่อมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันตามค่านิยม ความเชื่อของแต่ละ สังคม ความเชื่อบางอย่างไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เช่นการไม่เตรียมของใช้ก่อน

คลอด ความเชื่อที่พบได้บ่อยๆได้แก่ การไม่รับประทานอาหารมากจะทำให้เด็กตัวโตคลอดยาก ห้ามรับประทานกล้วยแปดเพราะจะทำให้เด็กติดกัน ห้ามดูคนพิการ สิ่งของที่ไม่สวยงามเพราะจะทำให้จิตใจไม่สบาย ห้ามเตรียมเสื้อผ้าสำหรับเด็กก่อนคลอดเพราะจะทำให้เด็กตาย ให้ต้มน้ำมะพร้าวหลายๆลูกออกมากจะผิวสวย ตัวขาวมีไขมันติดตัวน้อย เวลาออกนอกบ้านให้ติดเข็มกลัดซ่อนปลาย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆเป็นต้น

วัฒนา ศรีพจนารถ. (2545). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์: แบบแผนสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

การพยาบาลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. อธิบายมโนทัศน์ของการพยาบาลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง
2. อธิบายการพยาบาลด้านจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละพัฒนาการได้ถูกต้องได้ถูกต้อง

มโนทัศน์

การให้การพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือ ประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นมารดา มีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ มารดาและทารกมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องทำหน้าที่รับฟัง สนับสนุน ให้กำลังใจ ตลอดจนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลไม่ควรจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว แต่ควรจะสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้เข้าสู่กระบวนการปรับตัวได้อย่างถูกต้อง (กรรณิการ์, 2531) พยาบาลจึงมีบทบาทส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้

การพยาบาลในไตรมาสที่หนึ่งของการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการขั้นที่ 1 จึงควรปฏิบัติ ดังนี้

1. กระตุ้น ให้หญิงตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึกเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์ปรับตัวต่อความรู้สึกสับสนในการตั้งครรภ์

2. ให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

3. ประสานขอความร่วมมือจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะวิกฤตเกิดขึ้น

การพยาบาลในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการขั้นที่ 2 และขั้นที่ 3 จึงควรปฏิบัติดังนี้

วิธีการส่งเสริมพัฒนาการขั้นที่ 2

1. พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการเป็นมารดาเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณค่าและภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์

2. ส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อทารกในครรภ์ เช่น การซักถามถึงการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ การให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์

3. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ตนเอง และให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ

4. ชี้แจงให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

การส่งเสริมพัฒนากิจขั้นที่ 3

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารก

2. สืบหาความฝันและจินตนาการที่หญิงตั้งครรภ์มีต่อทารกในครรภ์ โดยการจัดชั้นเรียนพิเศษ เพื่อให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์และสามีในเนื้อหาที่มีสาระสำคัญนำไปสู่ พฤติกรรม ความรู้สึกของการมีสัมพันธ์ภาพกับทารกในครรภ์ หรือจัดให้มีกลุ่มสังสรรค์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และสามีได้มีโอกาสระบายความรู้สึกและรับฟังความรู้สึก ที่มีต่อการตั้งครรภ์กับสามีภรรยาผู้อื่น

การพยาบาลในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมพัฒนากิจขั้นที่ 4 จึงควรปฏิบัติดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอด การลดความเจ็บปวดขณะคลอด การเย็บมดลูก คลอด

2. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายจากอาการเปลี่ยนแปลงในระยะใกล้คลอด

3. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณค่า ที่สามารถให้กำเนิดบุตร และส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ กั้นรักรักษา. (2531). การพยาบาลด้านจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่: โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K., & Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-11.
- Dickason, E. J., et.al. (1998). *Maternal-infant nursing care* (3 rd ed.). St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Koniak-Griffin, D. (1993). Maternal role attainment. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 25, 257-62.
- Lamb M.E., Pleck, J.H., Charnov, E. et al. (1987). Biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In J.B. Lancaster, J.Altman, A.S. Rossi, et al., *Parenting across the lifespan: Biosocial dimensions* (pp. 111-142). NewYork: Aldine de Gruyter.
- Leifer, G. (2005). *Maternity nursing: An introductory text*. St Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Logsdon, M. C., Katherine, L., Wisner, & Melissa, D. P. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 652-58.
- May, K., & Mahlmeister L, (1990). *Comprehensive maternity nursing: Nursing process and the childbearing family (nursing maternity/ child care)* (3 rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-77.
- Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34, 198-204
- Mercer, R. T. (1986). Predictors of maternal role attainment at one year postbirth. *Western Journal of Nursing Research*, 8, 9-32.
- Mercer, R. T. (1995). *Becoming a mother: research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer Pub. Co.
- Mercer, R. T. (2004). *Becoming a mother versus maternal role attainment*. Journal of

Nursing Scholarship, 36, 226-232.

Mercer, R., & Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nursing*

Research, 43, 38-43.

Neff, M. C., & Spray, M. (1996). *Introduction to maternal and child health nursing*. Michigan:

Lippincott Williams & Wilkins.

Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role. *Nursing Research*, 16, 237-245.

Zabielski, M. T. (1994). Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mothers.

Maternal-Child Nursing Journal, 22, 2-35.

การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพมารดาและทารกหลังคลอด

อาจารย์สรณ สุวรรณเรืองศรี

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพมารดา ทารกหลังคลอดได้ถูกต้อง

หัวเรื่อง

1. การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพมารดา ทารกหลังคลอด

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด สามารถเริ่มได้ตั้งแต่บุตรเกิดทันที ซึ่งเป็นระยะที่สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกได้พัฒนามาถึงขั้นสูงที่สุด มารดาจะมีความรู้สึกตื่นเต้นที่จะได้เห็นบุตรเป็นครั้งแรก ช่วงระยะเวลาสั้นๆ นี้เป็นช่วงที่เรียกว่าระยะตื่นตัว (sensitive period) การสัมผัสใกล้ชิดระหว่างมารดาและทารกในช่วงหลังคลอดทันที จะมีความสำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพในระยะต่อไป โดยในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก บุตรจะมีความตื่นตัวมาก โดยเฉพาะในระยะ 30 นาทีแรกหลังคลอด ทารกจะมีปฏิกิริยาการดูด (sucking reflex) ดีที่สุด ภายหลังกินนมคลอออกมาแล้วจะได้รับการทำความสะอาดร่างกายเพื่อนำคราบเลือด และเมือกออก พยาบาลจึงควรนำบุตรมาวางไว้ใกล้มารดาทันทีหลังคลอดภายใน 30-45 นาที โดยนำทารกมาให้มารดาอุ้มโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin) บนหน้าอกของมารดา และดูคนนมมารดา เพื่อให้มารดาได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรและมีโอกาสสำรวจบุตร โดยการลูบไล้ พุดคุย ประสานสายตา ก่อให้เกิดสัมพันธภาพความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน ในระยะนี้ยังไม่แนะนำให้ปายดาทารก เพื่อให้มารดาและบุตรสามารถมองสบตากันโดยไม่มีอะไรมาขวางกั้น

ระยะแรกเกิดจนถึงช่วง 45-60 นาทีแรก เป็นช่วงเวลาที่ทารกอยู่ในระยะสงบและตื่นตัวอย่างเต็มที่ (quiet alert) ทารกจะเปิดตากว้างพร้อมสำหรับการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี ช่วงระยะเวลาหลังคลอดนี้จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างมารดาและทารก หากมารดาและทารกไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ในช่วงเวลาดังกล่าว สาเหตุจากข้อจำกัดบางประการ เช่น มารดาได้รับการดมยาสลบเพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) จะส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะยาวไม่ดีเท่าที่ควร ในระยะหลังคลอดทันทีนี้จึงเป็นช่วงที่ส่งเสริมความรู้สึกของมารดาให้เกิดสัมพันธภาพ (attachment) และความรักความผูกพัน (bonding) ที่ดีกับบุตรมากที่สุด พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกหลังคลอด

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ควรเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอดทันที ซึ่งในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกนี้ บิดา และสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสัมพันธภาพความรักความผูกพันระหว่างมารดาและทารกให้เป็นไปได้ด้วยดี โดยภายหลังกินนมคลอออกมา หลังจากพยาบาลทำความสะอาดเช็ดตัวทารกให้แห้ง และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งแล้ว พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ดังนี้

1. เปิดโอกาสให้มารดาได้สัมผัสทารกทันทีภายใน 30 นาทีหลังคลอด จัดให้มารดาได้รับการสัมผัสบุตรที่ไม่ได้ห่อหุ้มร่างกาย โดยให้ทารกนอนคว่ำบนหน้าอกมารดา (skin-to-skin contact) และใช้ผ้าออบอุ่นห่มตัวทารกอีกครั้ง หันหน้าทารกให้มารดาได้มองสบตา และจัดให้ปากของทารกอยู่บริเวณหัวนมมารดาด้วย เพราะทารกบางรายสามารถดูดนมมารดาได้ทันที ในระยะนี้พยาบาลควรกระตุ้นให้มารดาสัมผัสร่างกายทารก โดยการลูบไล้ พุดคุย ประสานสายตา เสมือนการตรวจร่างกายทารกทั้งบริเวณแขนขา มือ ลำตัว และใบหน้า และกระตุ้นให้มารดาพุดคุยถึงลักษณะทารกในความเป็นจริงและตามที่คาดหวัง

2. มารดาในระยะหลังคลอดมีการสูญเสียพลังงานจากการคลอด ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย และมารดาหลังคลอดบางรายที่ได้รับยาระงับความปวดเพื่อบรรเทาความปวดจากการเจ็บครรภ์ ทำให้มารดามีอาการง่วงซึมจากฤทธิ์ของยา จึงทำให้มารดาสนใจบุตรน้อยลง ส่งผลให้ทารกไม่ได้รับการ

ตอบสนองจากการกระตุ้นของมารดาเท่าที่ควร ดังนั้นพยาบาลจึงควรกระตุ้นให้มารดาที่มีการรับรู้ต่อกระบวนการสร้างความรักความผูกพันตลอดเวลา และคอยดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือมารดาในระยะหลังคลอด ที่ต้องการการพึ่งพาในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลทารก และการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

3. เปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดระบายความรู้สึก พุดคุยถึงประสบการณ์การคลอดที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับบุตร เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของมารดาที่มีความต้องการของตนเองให้อยู่ที่ทารกมากขึ้น

4. ส่งเสริมให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกด้วยการนวดสัมผัส และทำไปพร้อมๆ กับการใช้เสียง กระตุ้นการเคลื่อนไหว และการประสานสายตา โดยขณะทำการนวดมารดาและทารกจะมีการสบตา จ้องมอง พุดคุยไปด้วยกันตลอดเวลา ซึ่งจะช่วยกระตุ้นพัฒนาการของทารก และสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกได้เป็นอย่างดี

5. ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว เช่น สามี มารดาของตนเองหรือสามี เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และดูแลมารดาหลังคลอดและทารก เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากแรงสนับสนุนของครอบครัว เพื่อให้มารดาสามารถดูแลบุตรของตนเองได้

6. ควรจัดให้มีการส่งเสริมความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด เช่น การดูแลความสะอาด และการป้องกันการติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย อาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด การมาตรวจตามนัด และการให้คำแนะนำมารดา เรื่องการเลี้ยงลูกและสังเกตอาการผิดปกติของลูก เป็นต้น โดยอาจจัดเป็นการให้สุขศึกษาแบบกลุ่มของมารดาหลังคลอดที่ใกล้จะกลับบ้าน

7. ให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงบุตร ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ฝึกทักษะการดูแลบุตรด้วยตนเอง เช่น การให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร การทำความสะอาดหลังทารกขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น พยาบาลควรให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อมารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลในหน่วยหลังคลอดจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการช่วยเหลือมารดาให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร ซึ่งจะเป็พื้นฐานที่สำคัญในการที่มารดาและครอบครัวจะสามารถกลับไปดูแลตนเองและทารกเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

8. ควรมีการส่งต่อพยาบาลชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการดูแลตนเองหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดากับทารกหลังคลอด

บิดาเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญต่อครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารกควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบิดากับทารก ดังนี้

1. กระตุ้นให้บิดาจ้องมองทารก บิดาจะเกิดความรู้สึกผูกพันกับทารกในช่วง 15 นาทีแรกหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่มักใช้เวลาในการมองดูทารก โดยรับรู้เกี่ยวกับทารกจากลักษณะภายนอกที่ดึงดูดใจ เช่น รูปร่างหน้าตาที่สวยงามและน่ารัก เป็นต้น จนเกิดความประทับใจในตัวทารก โดยภายหลังทารกคลอดบิดาจะรู้สึกภูมิใจ และดีใจเป็นอย่างมาก พร้อมกับการที่บิดาจะมีความรู้สึกเป็นผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น จะเกิดเป็นความรู้สึกภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าของตนเอง

2. ส่งเสริมให้บิดาโอบกอดและสัมผัส การโอบกอดเกิดจากการที่บิดามีความประทับใจ และพึงพอใจในตัวทารก โดยบิดาจะเริ่มจากการใช้นิ้วสัมผัสหน้า แขนขา ลำตัว และโอบอุ้มทารกตามลำดับ

3. เปิดโอกาสให้บิดา มารดา และทารก ได้อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในระยะหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 2-3 ชั่วโมงแรก เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพความรักความผูกพันที่แน่นแฟ้นในครอบครัว

4. เปิดโอกาสให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารก โดยให้บิดาเข้าเยี่ยมมารดาและทารกได้ตามความเหมาะสม

5. กระตุ้นให้บิดาสังเกตพฤติกรรมของบุตร และส่งเสริมให้บิดารับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลี้ยงดูบุตร โดยเปิดโอกาสให้บิดาได้ฝึกทักษะการดูแลบุตรด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำบุตร การป้อนนมบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างพี่ และทารกหลังคลอด

พี่หรือบุตรคนก่อนก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะหากทุกคนให้ความสนใจแต่ทารกที่เพิ่งคลอด จะทำให้เกิดปัญหาที่อิจฉาน้องตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างพี่และทารกหลังคลอด ดังนี้

1. สนับสนุนให้จัดสรรเวลาในการจัดชั้นเรียนเพื่อเตรียมพี่ให้พร้อมในการปรับตัวรับน้องใหม่ โดยการให้ความรู้แก่บิดามารดา ในการส่งเสริมพี่ให้สามารถปรับตัวกับทารก หรือน้องได้ดีขึ้น โดยพิจารณาถึงรูปแบบการปรับตัวของพี่ ทั้งด้านบวกและด้านลบ เพราะบิดาและมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มักมองพฤติกรรมของพี่ว่าเป็นไปในด้านลบ

2. เปิดโอกาสให้พี่เข้าเยี่ยมมารดาหลังคลอด และทารกหรือน้องโดยเร็ว เพื่อส่งเสริมการปรับตัวของพี่ให้เข้ากับทารกผู้เป็นสมาชิกใหม่ได้เร็วขึ้น

3. กระตุ้นให้มารดาหลังคลอด และบิดาให้ความสนใจพี่ โดยอาจให้ของขวัญ หรือของเล่น และเล่นกับพี่โดยที่ไม่มีทารกอยู่ พร้อมทั้งบอกว่า น้องคนใหม่เป็นของขวัญที่พิเศษสำหรับพี่

4. เตรียมตุ๊กตาให้พี่ได้เล่น พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมที่พี่แสดงออกกับตุ๊กตาว่าเขารู้สึกอย่างไร เพื่อให้บิดาและมารดาได้เห็นถึงการแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกของพี่ที่มีต่อน้องใหม่

5. เปิดโอกาสให้พี่สัมผัสและอุ้มน้องใหม่ พร้อมทั้งบอกพี่ว่า ขณะที่พี่เพิ่งคลอดก็มีลักษณะเช่นเดียวกับน้องที่นอนอยู่บนเตียง มีร้องไห้ หิวนม และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เหมือนน้องในขณะนี้

4. ให้คำปรึกษามารดาหลังคลอด และสามีเกี่ยวกับความคาดหวังในสัมพันธภาพของพี่ที่สอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย

5. แนะนำให้มารดาหลังคลอดและบิดาแบ่งเวลาดูแลพี่อย่างยุติธรรม พยายามดึงพี่ให้มีส่วนร่วมในการช่วยเลี้ยงดูน้องมากขึ้น โดยต้องทำให้พี่รู้ว่าเขายังเป็นเด็กที่พ่อแม่ยังรักและต้องการเหมือนน้องคนใหม่ สร้างความรู้สึกเชื่อมั่นให้กับพี่ว่า พ่อแม่สามารถดูแลเขาได้เหมือนน้อง โดยวางแผนปรับเวลาและช่วงเวลาที่ว่างให้เข้ากับเวลาของน้องใหม่ เช่น ขณะให้นมมารดาแก่ทารก มารดาอาจใช้มืออีกข้างโอบกอดพี่ หรือให้พี่ช่วยจับเสื้อมารดาเพื่อป้องกันไม่ให้เสื้อตกมาปิดจมูกน้อง เป็นต้น หรือบางครั้งมารดาหลังคลอดอาจรู้สึกลำบากใจ เมื่อพี่ต้องการที่จะป้อนนมน้อง ไม่ว่าจะป้อนนมมารดา หรือนมขวด เพราะพี่ต้องการใกล้ชิดและทำพฤติกรรมเลียนแบบมารดา สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ ในขณะที่มารดาหลังคลอดกำลังให้นมน้อง ควรให้พี่ป้อนนมตุ๊กตา ซึ่งพี่จะเกิดความรู้สึกพอใจและ

สนุกสนาน จะช่วยพัฒนาให้พี่เกิดความภาคภูมิใจ โดยไม่ควรอนุญาตให้พี่ดูตนมมารดา หรือดูตนมจากขวด เพราะจะทำให้พี่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

6. แนะนำสามีของมารดาหลังคลอดให้เรียนรู้ในการจัดการตนเอง โดยสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดพอมีเวลาพักผ่อนบ้าง รวมทั้งต้องแบ่งเวลาให้บุตรคนพี่ด้วย อาจวางแผนว่าเมื่อกลับบ้านต้องจัดการปรับรูปแบบงานในชีวิตประจำวันใหม่ โดยในช่วงเช้าบิดาอาจช่วยดูแลน้องคนใหม่แทน ส่วนมารดาหลังคลอดช่วยจัดการอาบน้ำ แต่งตัว ป้อนข้าวให้พี่ไปโรงเรียน เมื่อพี่ไปโรงเรียนแล้วจึงหันมาจัดการกับทารก ถ้าทารกหลับในช่วงบ่าย ซึ่งเป็นเวลาที่พี่กลับจากโรงเรียนก็ควรให้เวลาในการเล่นกับพี่ อ่านหนังสือ เล่นิทาน ร้องเพลง หรือทำกิจกรรมที่เคยทำร่วมกันอยู่เสมอ เพื่อให้พี่ไม่รู้สึกว่าน้องแย่งเวลาของเขาไปจากพ่อแม่

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างปู่ ย่า ตา ยาย และทารกหลังคลอด

ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นบุคคลที่มีความสำคัญทั้งต่อบิดา มารดา และทารก เนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือครอบครัวในการเลี้ยงดูทารกและดูแลมารดาในระยะหลังคลอดได้เป็นอย่างดี จึงควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างปู่ ย่า ตา ยาย และทารกหลังคลอด ดังนี้

1. ถ้าเป็นไปได้อาจจัดชั้นเรียนสำหรับปู่ ย่า ตา ยาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมสัมพันธภาพกับทารกหลังคลอดในการเตรียมรับบทบาทนี้
2. เปิดโอกาสให้ปู่ ย่า ตา ยาย เข้ามาเยี่ยมทารกอยู่เสมอ
3. กระตุ้นให้ปู่ ย่า ตา ยาย ใกล้ชิดกับทารก โดยการอุ้ม โอบกอด พุดคุย ประสานสายตา เป็นต้น
4. กระตุ้นปู่ ย่า ตา ยาย ให้พุดคุยถึงความรู้สึกที่มีต่อทารก และบทบาทของตนเอง
5. กระตุ้นให้ปู่ ย่า ตา ยาย ช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาหลังคลอดและสามี ในการแสดงบทบาทบิดามารดา
6. กระตุ้นให้มารดาหลังคลอดและสามี ช่วยเหลือและสนับสนุนปู่ ย่า ตา ยาย ในการแสดงบทบาทการเป็นปู่ ย่า ตา ยาย

สรุป มารดาหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพและฟื้นตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติ รวมถึงการปรับตัวรับบทบาทใหม่ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังคลอด ทั้งการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอดจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบิดา มารดา ทารก และครอบครัวก็เป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้อยู่กันอย่างมีความสุขและอบอุ่น

เอกสารอ้างอิง

กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2554). *คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก*. นนทบุรี: กระทรวง

สาธารณสุข.

ปราชนาวดี ยมานันตกุล. (2559). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. ใน มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ (บรรณาธิการ),

การพยาบาลสูติศาสตร์ (เล่ม 2) (พิมพ์ครั้งที่ 13) (หน้า 171-207). นนทบุรี: โครงการ สวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ปราณี พงศ์ไพบูลย์. (2559). การพยาบาลสตรีระยะหลังคลอด. ใน ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (บรรณาธิการ),

การพยาบาลมารดาและทารก (เล่ม 2) (หน้า 67-153). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พฤษ์ จันท์ประภาพ. (2560). ระยะหลังคลอด. ใน ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีภพ

เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์ Modern textbook of obstetrics* (หน้า 418-426). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2557). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความต่างทางวัฒนธรรม. นราธิวาส: คณะพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.

บทที่ 6

Nursing care of the normal newborn

การพยาบาลทารกแรกเกิด (Nursing care of the normal newborn)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัลยา วิริยะ

วัตถุประสงค์ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายการประเมินสภาพทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง
2. ประเมินอายุครรภ์โดยใช้ Ballard's score ได้อย่างถูกต้อง
3. อธิบายการพยาบาลทารกแรกเกิดทันที และการพยาบาลทารกแรกเกิดประจำวันได้อย่างถูกต้อง
4. อธิบายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน และเลือกให้วัคซีนสำหรับทารกแรกเกิดได้อย่างถูกต้อง

หัวข้อเรื่อง

1. การประเมินสภาพทารกแรกเกิด
 - การประเมินทารกแรกเกิดทันที
 - การดูแลทารกแรกเกิดทันที
 - การตรวจร่างกายตามระบบ
 - การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อประเมินอายุครรภ์ (Ballard's scores)
2. การพยาบาลทารกแรกเกิดประจำวัน
3. การให้วัคซีนสำหรับทารกแรกเกิด

การพยาบาลทารกแรกเกิด

แนวคิดหลัก

ทารกแรกเกิด (New born) หมายถึง ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 28 วัน (ประพุด, 2536) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้นิยามที่คล้ายคลึงกัน เช่น ทารกที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจากครรภ์มารดาจนถึง 4 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน หลังคลอด (วิไล, 2540) ซึ่งเป็นทารกที่มีความเสี่ยงมากมายต่อภาวะความเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิดเพราะ เมื่อทารกอยู่ในครรภ์มารดานั้นมีเกราะป้องกันอย่างดียิ่งด้วยสภาวะความเป็นอยู่ในครรภ์ที่ปลอดภัยจากสารพิษภายนอกมดลูกมารดา แต่เมื่อคลอดออกมาแล้วทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้นเพื่อการอยู่รอดและดำรงชีวิตของตนเอง ระบบต่างๆ ของร่างกายทารกมีการทำงานด้วยตนเอง และค่อยๆ พัฒนาจนสมบูรณ์ของชีวิตทารกแต่ละคน

การเจริญเติบโต

น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ ภาวะโภชนาการของมารดา เชื้อชาติ พันธุกรรม และอื่นๆ ทารกแรกเกิดชาวคอเคเซียนจะมีน้ำหนักมากกว่าชาติอื่น 1/2 ปอนด์ โดยเฉลี่ยทารกเพศชายจะมีน้ำหนักแรกคลอด 3,500 กรัม ตัวยาว 50.5 เซนติเมตร ทารกเพศหญิง จะมีน้ำหนัก 3,400 กรัม ตัวยาว 49.9 เซนติเมตร ถ้าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เรียกว่า ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Small Gestational Age: SGA) ถ้าทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม เรียกว่า ทารกน้ำหนักตัวมาก (Large Gestational Age: LGA) (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2010) โดยทั่วไปตัวยาวประมาณ 45-55 เซนติเมตร

ในช่วง 2-3 วันแรกหลังคลอด ทารกแรกเกิดอาจจะมีน้ำหนักลดลง 5-10 % ของน้ำหนักตัว เนื่องจากฮอร์โมนจากมารดาที่ทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือแร่ลดลง กอปรกับอาหารที่ทารกได้รับเป็นน้ำนมเหลือง (Colostrum) ซึ่งมีพลังงานต่ำกว่าน้ำนมแม่ แต่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคสูง รวมทั้งทารกมีการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระด้วย แต่น้ำหนักตัวจะค่อยเพิ่มขึ้นเท่ากับตอนแรกเกิดใน 1-2 สัปดาห์ ต่อจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 900 กรัมต่อเดือน หรือ 20-30 กรัมต่อวัน ในช่วง 3 เดือนแรก ตัวยาวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.5 เซนติเมตรต่อเดือน ในช่วง 6 เดือนแรก

สรีรวิทยาของทารกแรกเกิด

เมื่อทารกอยู่ในครรภ์มารดาจะมีความเกี่ยวข้องกับมารดาโดยตรง แต่เมื่อคลอดออกมาแล้วทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายเกิดขึ้นเพื่อการอยู่รอดและดำรงชีวิตของตนเอง ระบบต่างๆ ของร่างกายทารกมีการทำงานด้วยตนเอง และค่อยๆ พัฒนาจนสมบูรณ์ของชีวิตทารกแต่ละคน ผู้ดูแลเองมีความเข้าใจในภาพรวมและภาพเฉพาะบุคคล จะช่วยให้การดูแลทารกแรกเกิดนั้นสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้

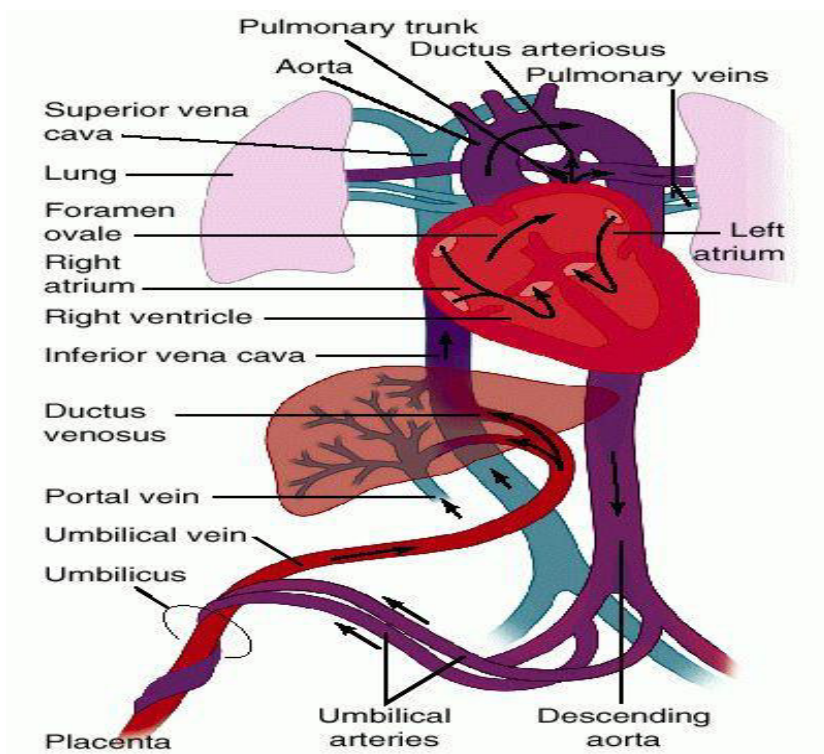
การไหลเวียนเลือด

อวัยวะที่ทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซในครรภ์ คือ รก โดยผ่านเส้นเลือดทางสายสะดือ ซึ่งประกอบด้วย เส้นเลือดเวน (Vein) 1 เส้นเลือดอาเตอรี (Artery) 2 เส้น เลือดมารดาจากรกเข้าสู่ร่างกายทารกทาง Umbilical vein เข้าสู่เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงตับทารก และผ่านเข้า Inferior vena cava ทาง Ductus venosus เลือดใน Inferior vena cava จะพุ่งเข้าหัวใจห้องบนขวา และจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ เลือดประมาณ 60% จะออกจากหัวใจห้องบนขวาทะลุผ่านไปยังห้องบนซ้ายทาง Foramen ovale และไหลลงสู่ห้องล่างซ้ายตามปกติ อีกส่วนที่เหลืออีก 40% อยู่ในห้องบนขวาและ

จะรวมกับเลือดที่เลี้ยงร่างกายส่วนบนของทารกกลับเข้าสู่หัวใจทาง Superior vena cava เมื่อรวมกันแล้วจะไหลลงสู่ห้องล่างขวาตามปกติ ในขณะที่หัวใจบีบตัวเลือดในห้องล่างซ้ายจะถูกส่งผ่าน Ascending aorta, Coronary arteries, Cerebral circulation เพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ส่วนเลือดที่ห้องล่างขวาที่ต้องไปปอด แต่เนื่องจากแรงดันในปอดสูงมากจึงทำให้เลือดลัดผ่าน Ductus arteriosus ไปยัง Descending aorta และกลับเข้าสู่รกทาง Umbilical artery 1 เส้น ส่วนเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายจะกลับเข้าสู่รกทาง Umbilical artery อีก 1 เส้น วัดค่าความอิ่มตัวของเม็ดเลือดแดง (O_2 saturation) อยู่ที่ 92% ในวันแรก (ภัทรพร, 2534)

เมื่อทารกคลอด การช่วยเหลือทำให้ทารกหายใจ การตัดสายสะดือ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตมีการปรับอย่างมาก จะต้องอาศัยระยะเวลาสำหรับการไหลเวียนอาจเป็นชั่วโมง หรือเป็นวัน กล่าวคือ เมื่อทารกหายใจครั้งแรกทำให้ความต้านทานที่ปอดลดลง เลือดไปสู่ปอดมากขึ้น เป็นผลให้มีเลือดกลับสู่หัวใจห้องซีกซ้ายมากขึ้น แรงดันในหัวใจซีกซ้ายสูงขึ้น เลือดจึงไม่สามารถไหลผ่านจากหัวใจห้องบนขวาไปยังห้องบนซ้าย ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ทางลัด Foramen ovale เช่นเดียวกับทางลัดอื่นๆ Ductus venosus ปิดทันที Foramen ovale ปิดสมบูรณ์เมื่อทารกอายุ 3 เดือน Ductus arteriosus ปิดสมบูรณ์ เมื่อทารกอายุ 2 เดือน ซึ่งถ้าไม่ปิด จะเป็นผลให้เกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดได้

อัตราการเต้นของหัวใจ 110-160 ครั้ง/นาที ความดันเลือด 80/40-90/50 mmHg



รูปที่ 62 การไหลเวียนของทารกในครรภ์

ที่มา: Medical-dictionary. Thefreedictionary.com

การหายใจ

เมื่อทารกในครรภ์อายุ 32-36 สัปดาห์ จะมีการเจริญเติบโตของหลอดลม ถุงลม เซลล์บุถุงลม (Type I และ type II) ภายในถุงลมมีสารน้ำบรรจุอยู่ ทำให้ถุงลมของทารกโป่ง ผันถุงลมมีสาร surfactant ซึ่งช่วยในการตึงตัวและยืดหยุ่น (elastic and compliance) ในขณะที่ทารกเคลื่อนผ่านช่องคลอดของมารดาทำให้ทรวงอกถูกบีบ สารน้ำในปอดถูกรีดออกมา หลังจากนั้นถุงลมจะคืนตัวลมก็ผ่านเข้าไปแทนที่ ถือว่า เป็นการหายใจครั้งแรกของทารก ในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกทารกยังหายใจด้วยปากไม่เป็น มักหายใจด้วยจมูกเป็นส่วนใหญ่ จึงควรทำให้จมูกโล่งให้มากที่สุด

อัตราการหายใจ 30-60 ครั้ง/นาที

ปัจจัยที่มีผลต่อการหายใจครั้งแรกของทารก ได้แก่

1. Arterial PO₂ tension ต่ำ
2. Arterial PCO₂ tension สูง
3. Arterial pH ต่ำ
4. การกระตุ้นและการระบายความร้อนทางผิวหนัง
5. ความดันภายในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น

การหายใจของทารกจะมีการปรับสภาพทั้งเกี่ยวกับ ระดับความดันบรรยากาศ ความหนืด แรงดันจากความตึงผิว จะใช้เวลาประมาณ 5 นาทีหลังคลอด โดยมีความดันปกติประมาณ 6-8 cmH₂O tidal volume 20-30 ml ถ้าไม่มีสาร surfactant ทำให้ทารกใช้แรงหายใจมากขึ้น ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 8 เสนอค่าความเข้มข้นของความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation)

	ก่อนคลอด	5 นาทีหลังคลอด	10 นาทีหลังคลอด	อายุ 12 ช.ม.
(O ₂ saturation)	60	81-87	90-91	94+
(Approximate) PaO ₂	20+	35	50	65+
Clinical examination		Mild cyanosis	No visible cyanosis	No visible cyanosis

(ที่มา: Rohan, A J and Golombek, A G, 2005)

ระบบประสาท

ระบบประสาทมีการเจริญเติบโตสลับกับเนื้อเยื่ออื่นๆ กล่าวคือ เนื้อเยื่ออื่นจะเกิดอย่างรวดเร็วภายหลังคลอด แต่ระบบประสาทเจริญมากและเร็วตั้งแต่ก่อนคลอด นั่นคือขณะทารกอยู่ในครรภ์ เซลล์สมองจะเจริญรวดเร็วอยู่ 2 ช่วงคือ ช่วง 15-20 สัปดาห์ และช่วงอายุ 36 สัปดาห์จนถึง 1 ปี เชื่อว่าไม่มีการสร้างเซลล์ประสาทใหม่หลังจากทารกอายุในครรภ์ 6 เดือน มีเพียงแต่การเจริญเติบโตเพิ่มขยายปริมาณ Cytoplasm เท่านั้น

Sensory function

การได้ยิน ทารกได้ยินทันทีเมื่อน้ำคร่ำออกจากหู หรือถูกดูดซึมจากหูชั้นกลางทาง Eustachian tube ในระยะไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอด แต่เมื่อทารกในครรภ์อายุ 24 สัปดาห์สามารถตอบสนองต่อเสียงได้ ความดังที่พอเหมาะ 70-80 เดซิเบล ไม่ควรสูงกว่า 90 เดซิเบล ถ้าสูงทารกจะแสดงออกโดยปฏิกิริยา Moro reflex ความถี่สูงทารกจะตกใจ ความถี่ต่ำทารกจะสงบ การตอบสนองต่อเสียง เช่น การเคลื่อนไหวของตา การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อย่างไรก็ตามการสูญเสียการได้ยินเป็นภาวะปกติที่พบบ่อยในทารกแรกคลอด พบประมาณ 1-3 รายใน 1000 รายของทารกในอเมริกา จึงต้องตรวจการได้ยินของทารกทุกคนก่อนกลับบ้าน

การมองเห็น ทารกมองเห็นทันทีหลังคลอด จะสังเกตจากรากกระพริบตาเมื่อมีแสงจ้ามากระทบ (Blinking reflex) หรือมองตามสีสดๆ ที่อยู่ใกล้ในระยะ 8 นิ้ว

การได้กลิ่น ทารกได้กลิ่นทันทีที่ดูดน้ำคร่ำออกจากจมูก สามารถทดลองจากกลิ่นแอลกอฮอล์ ทารกจะหันหน้าหนี กลิ่นน้ำมันทารกจะหันเข้าหา

การรับรู้รส ต่อมรับรสส่วนใหญ่กระจายอยู่ที่ปลายลิ้น คาดว่ารสที่ทารกชอบคือ รสจืด

การสัมผัส บริเวณที่ไวต่อการสัมผัส คือ ใบหน้า มือ ส้นเท้า ทารกชอบความอ่อนนุ่ม จากการศึกษาในปัจจุบันยืนยันได้ว่าการสัมผัสและการให้ทารกมีการเคลื่อนไหว (Touch and motion) มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกเป็นอย่างมาก

การประเมินระบบประสาทเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของทารก อาจทำได้โดยการตรวจรีเฟลกซ์ของทารกและการสังเกตท่าทาง ความตึงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว แต่สามารถประเมินระบบประสาททางด้าน มอเตอร์และรีเฟลกซ์ต่างๆ สำหรับทางด้าน เซนซอรี (Sensory) และ (Coordination) ยังตรวจยากในทารกวัยนี้

การตรวจเริ่มจาก การดูท่าทางของทารก ถ้านอนคว่ำทารกจะยกกันขึ้นและขอขาทั้งสองข้างเล็กน้อย ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ถ้านอนหงายศีรษะอยู่ในแนวกลางตัว แขนขาทั้งสองข้างอยู่ในท่าครึ่งงอครึ่งเหยียด

ดูการเคลื่อนไหว ดูว่าทารกสามารถเคลื่อนไหวได้แข็งแรงและสมมาตรกันหรือไม่ ถ้ามีการเคลื่อนไหวผิดปกติมักเกิดจากระบบประสาทส่วนกลางได้รับอันตราย หรือได้รับการติดเชื้อ ขาดออกซิเจนเป็นต้น

ดูการตั้งตัวของกล้ามเนื้อ โดยการดึงแขนขาของทารกให้เหยียดออกแล้วปล่อยให้แขน ขาทารกกลับไปอยู่ในท่าเดิม ทารกที่มีความผิดปกติของความตึงตัวของกล้ามเนื้อมักมีความผิดปกติของการควบคุม (head control)

การตรวจรีเฟลกซ์ โดยเฉพาะรีเฟลกซ์พื้นฐาน (Primitive basic reflex) ดังนี้

1. **Moro reflex (Startle reflex)** ทดสอบโดยให้ทารกตกใจ เช่น การตบเบาๆ ทารกจะสะดุ้ง กางแขนขาออกทั้งสองข้างและโอบเข้าหากัน มักหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 3-4 เดือน

2. **Tonic neck reflex** ทดสอบโดยจับให้ทารกนอนหงาย ศีรษะหันไปทางด้านใดด้านหนึ่ง แขน ขา ข้างที่ ศีรษะหันไปจะเหยียดออก ส่วนด้านตรงข้ามจะงอ ทารกที่มีอายุก่อน 2 เดือน รีเฟลกซ์นี้จะอยู่ในท่าเดิมประมาณ 2 นาที ตามปกติจะตรวจพบเมื่ออายุประมาณ 2-6 เดือน

3. **Rooting reflex หรือ searching reflex** ทดสอบโดยใช้นิ้วชี้แตะแก้มทารกเบาๆ หรือทดสอบเมื่อมารดาจะให้นมบุตรโดยใช้หัวนมเขี่ยข้างแก้มลูก ทารกจะหันมาทางด้านที่ถูกกระตุ้น จะหายไปเมื่อทารกอายุประมาณ 4-6 เดือน

4. **Sucking and Swallowing reflex** เป็นปฏิกิริยาเกี่ยวกับการดูดและการกลืน ในทารกคลอดครบกำหนดสองปฏิกิริยานี้มีความสัมพันธ์กันอย่างอย่างต่อเนื่อง แต่ในทารกคลอดก่อนกำหนดจะไม่สัมพันธ์กัน ดังนั้นในทารกที่คลอดก่อนกำหนดจึงมักสำลักได้ง่าย

5. **Placing reflex** เป็นปฏิกิริยาการวางเท้ากับพื้น ทดสอบโดยอุ้มให้หลังเท้าทารกแตะขอบโต๊ะ ทารกจะยกเท้าวางบนโต๊ะได้ จะหายไปเมื่อทารกเดินได้แข็งแรง

6. **Stepping reflex** เป็นปฏิกิริยาการก้าวเดิน ทดสอบโดยอุ้มให้ทารกยืนบนโต๊ะ ทารกจะทำท่าก้าวเท้าเดิน จะหายไปเมื่อทารกเดินได้แข็งแรง

7. **Landau reflex** เป็นปฏิกิริยาบินได้ ทดสอบโดยจับทารกให้นอนคว่ำบนมือข้างเดียวหรือ สองข้างให้อยู่ในท่าขนานกับพื้นทารกจะพยายามยกศีรษะขึ้นและขาเหยียดออก คล้ายท่านกบิน

8. **Babinski's sign หรือ plantar reflex** เป็นปฏิกิริยาการงัดนิ้วเท้า ทดสอบโดยใช้วัสดุชี้ติด้านฝ่าเท้าทารกจากสันเท้าไปยังบริเวณใกล้หัวแม่เท้าในลักษณะรูปตัว J พบว่านิ้วเท้าของทารกจะกางออก นิ้วหัวแม่เท้ากระดกขึ้น จะหายไปเมื่ออายุประมาณ 1 ปี แต่ในผู้ใหญ่ นิ้วเท้าจะงอรั้งเข้าหากัน

9. **Plamar grasping reflex** เป็นปฏิกิริยาการกำมือ ทดสอบโดย เมื่อเอานิ้วหรือวัสดุที่ทารกสามารถกำได้ สอดเข้าไปในฝ่ามือของทารก ทารกจะกำสิ่งนั้น พบได้ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 4 เดือน

10. **Crawling reflex** เป็นปฏิกิริยาการคลาน ทดสอบโดยให้ทารกนอนคว่ำ ทารกจะแสดงลักษณะโดยการเคลื่อนไหวของแขน ขาค่อยๆคลาน จะหายไปเมื่ออายุ 6 สัปดาห์

ระบบทางเดินอาหาร

ปาก

ต่อมน้ำลายทำหน้าที่เล็กน้อยเพื่อให้ปากและคอชุ่มชื้น เมื่อทารกอายุ 2-3 เดือน จะมีน้ำลายมากขึ้นผลิตโดยต่อมน้ำลาย ส่วนน้ำย่อยจากตับอ่อนส่วนใหญ่ทำงานเต็มที่เมื่ออายุ 6 เดือน (Lowdermilk, Perry, & Cashion, 2010) ช่วงนี้จึงอาจเริ่มอาหารจำพวกแป้ง ต่อเมื่ออายุ 2 ปี ต่อมน้ำลายทำงานเต็มที่ ซึ่งจะเพิ่มขนาดเป็น 5 เท่าจากแรกคลอด

กระเพาะอาหาร

ระยะแรกกระเพาะอาหารจะอยู่ในแนวราบ และรูปร่างค่อนข้างกลม เมื่ออายุ 2 ปี จะเริ่มมีขนาดยาวขึ้นและจะมีรูปร่างเหมือนผู้ใหญ่เมื่ออายุ 7 ปี เมื่อแรกเกิดกระเพาะอาหารจะจุได้ประมาณ 10-20 ซีซี ระยะเวลาดำเนินการจะสั้น การเคลื่อนไหวของลำไส้เร็ว ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงครึ่งถึง 3 ชั่วโมง ทารกจึงหิวบ่อยและรับประทานได้ครั้งละน้อยๆ รวมทั้งในขณะที่ดูดนมหรือร้องทำให้ลมเข้าไปในกระเพาะอาหาร ประกอบกับกล้ามเนื้อหูรูดยังไม่แข็งแรง เป็นผลทำให้ทารกแหวนนมหรือสำรอกนมได้ การให้นมจึงควรให้อย่างช้าๆ หยุดพักเป็นช่วงๆ และหลังให้นมต้องไล่ลมออกด้วย เมื่อไล่ลมเสร็จแล้ว ควรให้ดูดต่อจนอิ่ม เมื่ออิ่มแล้วจัดให้ทารกนอนท่าศีรษะสูงอย่างน้อย 30 นาทีก่อนให้นอนราบหรือนอนท่าอื่นต่อไป ทั้งนี้เพื่อป้องกันการไหลย้อนของนม

ตารางที่ 9 แสดงความจุของกระเพาะอาหาร

อายุ	ความจุ (ซีซี/ml)
วันแรก	5-7
3 วัน	22-27
1 สัปดาห์	45-60
1 เดือน	90-150

(ที่มา: TheAsiaparent.com)

ลำไส้

ในลำไส้จะมีแบคทีเรียซึ่งมาจากอากาศได้จากการดูดนม บางรายได้จากเยื่อเมือกทางช่องคลอดของมารดาในตอนคลอด การสะสมของแบคทีเรียในปริมาณที่ไม่เป็นอันตราย แต่จะเป็นประโยชน์ในการย่อยอาหาร รวมถึงการสังเคราะห์วิตามิน เค ซึ่งมีประโยชน์ในการแข็งตัวของเลือด ทารกส่วนใหญ่จะต้องถ่ายอุจจาระภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด เรียกว่าถ่ายขี้เทา (Meconium) ในขี้เทาประกอบด้วย เยื่อเมือก + น้ำดี + Conjugated bilirubin + Bile salt + เศษต่างๆ ในน้ำคร่ำ ซึ่งถ้าทารกไม่ถ่ายควรตรวจหาสาเหตุ

ตับ

ตับทารกเริ่มสะสมธาตุเหล็กตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ จากงานวิจัยในทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะโลหิตจาง 107 คนในประเทศจอร์แดนพบว่า เจาะเลือดตรวจเลือดจากสายสะดือ และเมื่ออายุ 3 เดือนไม่ปรากฏ แต่เมื่อติดตามทารกจะมีภาวะโลหิตจางปรากฏเมื่ออายุ 6 9 และ 12 เดือน (Kilbride, et al, 1999) อย่างไรก็ตามในสัปดาห์แรกนั้นตับยังทำงานไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเส้นเลือดที่ตับหนา และหลอดเลือดแคบ จะต้องอาศัยเอ็นไซม์ต่างๆของร่างกายช่วย หน้าที่ที่ตับทำได้อย่างจำกัดได้แก่

1. ความสามารถในการรวมตัวของสารบิลิรูบิน (conjugate bilirubin) ซึ่งต้องอาศัยเอ็นไซม์ กลูคูโรนิล ทรานเฟอเรส (glucuronyl transferase) ที่มีในตับแต่น้อย อีกทั้งในลำไส้ทารกมีแบคทีเรียประจำถิ่นน้อย (intestinal flora) จึงช่วยในการขับถ่ายออกทางอุจจาระน้อย ทารกจึงมีอาการตัวเหลืองได้

2. ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี จากเอ็นไซม์ต่างๆที่จะช่วยในการเก็บหรือปล่อยน้ำตาลกลูโคส ออกจากที่เก็บ (glucagon) หรือสร้างจาก กรดอมิโน (amino acid) ยังมีไม่เพียงพอทำให้มีปริมาณน้ำตาลในเลือดต่ำได้จาก

- มี gluco-gen สะสมที่ตับน้อย โดยเฉพาะ ทารกคลอดก่อนกำหนด
- ทารกในครรภ์มีการสร้าง Insulin มาก โดยเฉพาะทารกที่เกิดจากมารดาเป็นเบาหวาน
- ฮอร์โมนควบคุมน้ำตาล เช่น Cortisol, Epinephrine และ Glucagon ทำงานได้ไม่ดีพอ

3. ความบกพร่องในการสร้าง Prothrombin และปัจจัยในการช่วยให้เลือดแข็งตัว ซึ่งต้องอาศัยวิตามิน เค ดังนั้นการขาดวิตามิน เค ทำให้เสี่ยงต่อการมีเลือดออกใน 2-3 วันแรกหลังคลอด จึงจำเป็นต้องให้วิตามินเคในทารกแรกเกิดทุกราย

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ

หน่วยไต (Nephron) จะเพิ่มถึง 1 ล้านหน่วยเมื่อแรกเกิด แต่ทำงานไม่ดี ไตของทารกจะเริ่มทำงานตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โดยที่น้ำปัสสาวะจะถูกขับออกมาปนกับน้ำคร่ำ แต่การควบคุมต้องอาศัยรก เมื่อเกิดจะมีน้ำปัสสาวะประมาณ 16-44 ml มักจะถ่ายใน 24-48 ชม. ทารกจะสร้างน้ำปัสสาวะประมาณ 20 ml ในวันแรก จนถึง 220 ml ในวันที่ 10 หลังคลอด โดยเฉลี่ยสร้างประมาณ 0.5-1 ml/kg/hr

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ทารกแรกเกิดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากระบบต่อสู้กับเชื้อโรคยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ สาเหตุมาจากกลไกที่ไม่จำเพาะ คือ

1. ผิวหนังและเยื่อต่างๆ บางและมีการเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น เยื่อลำไส้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนเลือดน้อยลง หรือ ขาดออกซิเจนขณะคลอด ทำให้เยื่ออ่อนแอ และเชื้อโรคทำลายได้ง่าย ทารกจะมีปัญหาเรื่องการย่อยและดูดซึม
2. เม็ดเลือดขาวมีการทำงานในการจับกินเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอม (Phagocytosis) ของเม็ดเลือดขาวเป็นปกติ แต่ซีรัมในเลือดทารกไม่ช่วยในการทำงาน ทั้งนี้เพราะขาดสารประกอบ (complement: C3b) และอิมมูน (Ig) บางตัว ทำให้ไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการพาแอนติเจนไปติดที่ผิวของเซลล์ (opsonization) (กัทรพร พงษ์จันทร์ และ พิมล 2534) กระบวนการจับกินเชื้อโรคจึงไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ทารกที่มีภาวะเครียด หรือเจ็บป่วยกระบวนการในด้านภูมิคุ้มกันจึงลดลง
3. การทำลายและการกวาดล้าง (clearance) ของระบบเม็ดเลือด หลอดเลือด น้ำเหลือง (reticulo-endothelium system) ยังไม่ดี

อีกสาเหตุหนึ่งเป็นกลไกจำเพาะ (specific immune mechanism) คือ ถึงแม้ว่าทารกแรกเกิดจะมีความสามารถในการสร้างภูมิคุ้มกันเอ (Immunoglobulin A: IgA) ได้ก็ตามแต่ก็ยังไม่มีความจำเพาะ (antigen) จึงยังไม่ทำงานและสูญเสียไปทางปัสสาวะ สำหรับภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ที่เป็นชนิดจี (Immunoglobulin G: IgG) .ที่ได้รับจากมารดา เช่น ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ บาดทะยัก หัด และ คางทูม เพราะสามารถผ่านรกได้ ดังนั้นถ้ามารดามีภูมิคุ้มกันดังกล่าวอยู่ก็จะถ่ายทอดไปยังลูกได้ แต่ภูมิคุ้มกันโมเลกุลใหญ่ที่มีอยู่ในมารดาที่เป็นชนิดภูมิคุ้มกันเอ็ม (Immunoglobulin M: IgM) เช่น ไอกรน ทารกก็จะไม่ได้รับเพราะไม่สามารถผ่านรกได้ สำหรับภูมิคุ้มกันที่อาศัยเซลล์ (Cell-mediated immunity) เช่น T lymphocyte จะทำงานได้ดีเพียงพอหลังจากทารกอายุ 12 สัปดาห์

การประเมินสภาพทารกแรกเกิด Neonatal Assessment

การประเมินสภาพเป็นหนึ่งในกระบวนการพยาบาลที่ได้มาซึ่งข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวางแผนและลงมือปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผล ดังนั้นพยาบาลสำหรับทารกแรกเกิดจึงต้องมีความรู้ความสามารถและมีบทบาทในการประเมินสภาพทารกแรก เพื่อแยกแยะความปกติและผิดปกติ เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลืออย่างทันที่และถูกต้อง

การประเมินร่างกายทารกแรกเกิดทันที

เนื่องจากทารกแรกเกิดมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของตนเองอยู่ตลอดเวลา จนกว่าอวัยวะต่างๆ สมบูรณ์ พยาบาลทารกแรกเกิดจึงต้องเฝ้าระมัดระวัง โดยเฉพาะทารกที่ยังไม่ได้กลับไปอยู่กับมารดาของตน นั่นคือพยาบาลต้องรับผิดชอบตลอดจึงต้องทราบและวางแผนการดูแลเป็นระยะๆ ที่สำคัญคือ

- ระยะหลังคลอด 1 และ นาที่หลังคลอด โดยใช้คะแนนแอฟการ์ เป็นหลัก 5 (APGAR score) ดังตารางที่ 3 เพื่อเป็นข้อมูลแสดงควมมีชีวิต และใช้ประกอบในการตัดสินใจต่อการแก้ไขอย่างรีบด่วนต่อไป (Resuscitation) ในช่วงเวลาปฏิบัติงาน นอกจากการรู้และแยกแยะสภาพทารกว่าอาการอยู่ในระดับใดแล้ว การดูแลตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและการมอบหมายงานและติดตามงานภายใต้ความรับผิดชอบ จึงมีความสำคัญด้วย ทั้งนี้เพื่อทำหน้าที่แทนแม่ให้ทารกดูแลทารกเหล่านั้นให้เหมาะสมกับความไว้วางใจของพ่อแม่
- ก่อนจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ทารกทุกคนควรได้รับการประเมินสภาพอย่างละเอียด ก่อนกลับบ้าน พร้อมแนะนำในการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง เช่น การได้รับนม การดูแลสะดือ การตรวจสอบการได้ยิน เป็นต้น
- เมื่อทารกอายุครบ 1 เดือน ทารกจะได้รับการนัดกลับมาตรวจสุขภาพ และรับวัคซีนพยาบาลจึงต้องตรวจสุขภาพทารก ประเมินน้ำหนัก พัฒนาการ คลอดจนให้คำแนะนำแก่บิดามารดาให้เหมาะสมกับครอบครัวนั้นๆ

ตารางที่ 10 แสดง Apgar score

อาการแสดง	0	1	2
Appearance: สีผิว ทารก	ตัวเขียว คล้ำ ซีด	เขียวคล้ำปลายมือปลายเท้า	ชมพู แดง
Pulse: ชีพจร หรือ อัตราการเต้นของ หัวใจ	ไม่มี	< ครั้ง/นาที 100	> 100 ครั้งนาที/
Grimace: การ ตอบสนอง	ไม่ตอบสนอง	หน้าเบะ	ร้องเสียงดัง
Activity: การ เคลื่อนไหว	อ่อนปวกเปียก	งอแขนขาบ้าง	เคลื่อนไหวได้ดี
Respiration: การ หายใจ	ไม่หายใจ	< หรือ 40 > 60 ครั้งนาที/ ไม่สม่ำเสมอ	ครั้ง/นาที 40-60 สม่ำเสมอ

การแปลผล

0-2 คะแนน แสดงว่า ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง (Severe Birth Asphyxia)

3-5 คะแนน แสดงว่า ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างปานกลาง (Moderate Birth Asphyxia)

6-7 คะแนน แสดงว่า ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนเพียงเล็กน้อย

ส่วนใหญ่ทารกมักมีคะแนนแอบการ์ 8, 9, หรือ 10 คะแนน ถ้ามีคะแนนตามการแปลผล ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันที่วงที่ต่อไป

การตรวจร่างกายทารก

ลักษณะทั่วไป

ทารกแรกเกิดมักมีศีรษะโตเมื่อเปรียบเทียบกับลำตัว ใบหน้าค่อนข้างกลม คอสั้น สะดือเป็นจุดกึ่งกลางของร่างกาย ซึ่งแตกต่างกับผู้ใหญ่ หัวหน่าวจะเป็นจุดกึ่งกลางของร่างกาย ทารกมีน้ำหนักเฉลี่ย 3000 กรัม ตัวยาวเฉลี่ย 50 เซนติเมตร ความยาวของเส้นรอบศีรษะ (OF: Occipito-frontal) เมื่อวัดจากจุดนูนที่สุดที่ท้ายทอยมายังหน้าผากเหนือคิ้ว ยาวประมาณ 33-35 เซนติเมตร ใหญ่กว่า 11-13 เซนติเมตรโดยวัดจากส่วนนูนของกระดูกหัวไหล่ (acromial process) ความยาวของรอบอก 30-33 เซนติเมตรโดยวัดรอบอกผ่านราวนมทารก ทารกปกติจะสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อได้ทุกส่วน มือ เท้ามักจะงอ ถ้าจับให้นอนคว่ำทารกจะสามารถหันหน้าตนเองไปด้านใดด้านหนึ่งได้ โดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ

สีผิวทารกแรกเกิดมีสีผิดเป็นสีชมพู (Cutis marmorata) หรืออาจจะเป็นจ้ำๆ (Mottling) ซึ่งเป็นผลจากกลไกการควบคุมหลอดเลือดฝอยยังทำงานได้ไม่ดีพอ ทำให้บางส่วนขยายบางส่วนตีบ จึงมองเห็นผิวดำเป็นสีขาวซีดสลับสีคล้ำ อาจมีลักษณะสีผิว ครึ่งตัวแดงข้างหนึ่ง ครึ่งตัวขาวอีกข้างหนึ่ง (Harlequin color change) แต่มักเกิดขึ้นในเวลาสั้นๆ อาจพบเขียวคล้ำบริเวณปลายมือปลายเท้า (Acrocyanosis) อาจพบผิวหนังเหี่ยวย่น แห้ง ลอก และอาจพบสีผิวมีสีน้ำเงินแกมเทาบริเวณก้นหรือ

หลัง (Mongolian spot) มักหายหรือจางไปเองภายใน 1-2 ปี สีผิวผิดปกติอาจพบผิวหนังซีด (Pallor) จากการเสียเลือด ขาดออกซิเจน ตัวเหลือง (Jaundice) แต่มักไม่พบทันทีหลังคลอด แต่ถ้าตรวจพบภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดอาจเกิดจากเม็ดเลือดแดงแตกในทารกแรกเกิด

ศีรษะ

ทารกแรกเกิดที่คลอดท่าหัว จะมีลักษณะยาว กระดูกกะโหลกศีรษะเกาะกันเพื่อเปลี่ยนรูปทรงให้สามารถคลอดผ่านช่องกระดูกเชิงกรานได้ อาจพบก้อนนูน (caput succedaneum) ซึ่งเป็นการบวมน้ำของเนื้อเยื่อของหนังศีรษะ ส่วนใหญ่มักหายไปภายใน 2-3 วันหรือภายในสัปดาห์แรก สำหรับทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ศีรษะจะมีรูปทรงกลมกว่า ตรงกลางศีรษะค่อนข้างค้อมมา ด้านหน้ามีช่องสี่เหลี่ยมเรียกว่า ขม่อมหน้า (anterior fontanel) มักปิดภายใน 18 เดือน ส่วนที่ท้ายทอยค่อมไปด้านหลังศีรษะ มีช่องสามเหลี่ยมเรียกว่า ขม่อมหลัง (posterior fontanel) มักปิดภายใน 6 เดือน

ใบหน้า

ตา เมื่อทารกอยู่ในที่ๆ มีแสงน้อย หรือปิดตาทารก ทารกจะลืมตา (blinking reflex) จึงสามารถสังเกตตาทารกได้ เพราะถ้าพยายามเปิดตา ทารกจะปิดตาแน่น ตามปกติตาขาว (sclera) จะมีสีขาวปนเทา นัยน์ตามีรีเฟรค (corneal reflex) อาจพบตากระตุก (nystagmus) หรือตาเหล่ (strabismus) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติแต่ควรจะหายเมื่ออายุ 6 เดือน อาจพบเลือดออกที่บริเวณเยื่อตา (subconjunctival hemorrhage) และจะถูกดูดซึมหายไปเองได้ในสัปดาห์แรก

จมูก ปกติไม่มีภาวะรูจมูกปิดตัน (choanal atresia) ที่ปลายจมูกอาจมีจุดขาวๆเท่าปลายเข็มหมุด เกิดจากการอุดตันของต่อมไขมัน (sebaceous gland) จะหายได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์

ปาก ริมฝีปากสีชมพู นุ่ม ชื้น ปกติทารกแรกเกิดจะไม่มีฟัน หรืออาจพบฟันน้ำนมขึ้น (precocious teeth) ซึ่งถ้าพบว่ามีต้องปรึกษาทันตแพทย์เพื่อถอนออก ส่วนลิ้นทารกสามารถกระดกลิ้นได้ดี ใต้ลิ้นมีผังผืดพอประมาณ ถ้าติดจนกระดกลิ้นลำบาก (tonguetie) ซึ่งต้องปรึกษากุมารแพทย์เพื่อตัดแต่งก่อนอายุ 6 เดือน

ทรวงอก

ลักษณะทรวงอกของทารกแรกเกิดเป็นรูปกลม ซึ่งโครงจะโค้ง ขนาดอกทั้งสองสมมาตร เต้านมอาจมีคัดตึงมีสิ่งคัดหลั่งคล้ายน้ำนม เรียกว่า Witch's milk เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย จะหายไปเอง ไม่ต้องบีบเค้นเพราะอาจทำให้เป็นฝีได้ ทารกขณะหายใจ หน้าอกกระพือเล็กน้อยเนื่องจากทารกใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมหายใจ หัวใจสามารถฟังเสียงได้ชัดเจนบริเวณ กลางกระดูกไหปลาร้า ตัดกับ กระดูกซี่โครงที่ 5 (Mid clavicle line)

ท้อง

ตามปกติท้องของทารกแรกเกิดค่อนข้างกลม สายสะดือสีขาวยาว 3 เส้น เส้นเลือดดำ (vein) 1 เส้นลักษณะเป็นเส้นใหญ่ขอบเส้นจะบาง และเส้นเลือดแดง (artery) 2 เส้น ลักษณะเป็นเส้นเล็กคู่และขอบเส้นจะหนากว่า ภายใน 24 ชั่วโมงสะดือจะเริ่มแห้ง และหลุดภายใน 7-10 วัน ฟังเสียงลำไส้เคลื่อนไหว (bowel sound) ได้ทุก 10-30 วินาที สามารถได้ยิน 6-12 ครั้ง หรืออาจถึง 30 ครั้งได้ (ถ้าทรมานัส 2552) สามารถคลำตับได้ต่ำกว่าบริเวณชายโครงขวาได้ไม่เกิน 2 เซนติเมตร คลำม้ามได้ไม่เกิน 1 เซนติเมตร

อวัยวะสืบพันธุ์

การตรวจ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ของทารกแรกเกิดปกติ เพศชาย พบว่า อัณฑะจะลงอยู่ในถุงอัณฑะเรียบร้อยแล้วทั้งสองข้าง อาจพบบวมโตเป็นถุงตั้ง (Hydrocele) หายเองได้ภายใน 2-3 วัน ทารกเพศหญิง แคมใหญ่ (labia majora) ทั้งสองข้างจะเข้ามาชิดกันจนปิดแคมเล็ก (labia minora) ส่วนคริสตอริส (clitoris) จะมีขนาดต่างกันบางคนแคมใหญ่ปิดคริสตอริส บางคนไม่ปิด

แขนขา

ตามปกติกล้ามเนื้อแขนขาจะต้องมีการตึงตัวดี เคลื่อนไหวได้ดีทั้งสองข้าง ถ้ามีการเคลื่อนไหวไม่ดีอาจได้รับอันตรายจากกระดูกไหปลาร้าหัก หรือเส้นประสาทแขนได้รับบาดเจ็บ (Brachial plexus injury) หรือกระดูกต้นขาหักหรือข้อสะโพกเคลื่อน (hip dislocation) สามารถทดสอบได้โดยจับให้ทารกนอนราบจับเข้าทั้งสองข้างให้งอขึ้น 90 องศาและค่อยๆ กางออกไปยังที่นอนจะรู้สึกสะดุด และทารกจะร้องแสดงความเจ็บปวด จึงควรรีบปรึกษากุมารแพทย์ สิ่งผิดปกติอื่นๆ ที่ตรวจพบเช่น นิ้วเกิน (polydactyly) นิ้วติดกัน (syndactyly) หรือเท้าปุก (club foot) เป็นต้น

การดูแลทารกแรกเกิดทันทีและใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

การดูดนม

ทันทีที่ศีรษะเกิดในทางเดินหายใจจะมีสิ่งอุดกั้น เช่น น้ำคร่ำ เลือด เป็นต้นถูกช่องคลอดบีบไล่ออกมา พยาบาลผดุงครรภ์ จึงจำเป็นต้องดูดออกโดยใช้ลูกสูบยางแดง ดูดนมในปากจนทำให้หมด หลังจากทารกเกิดทั้งตัวเรียบร้อยแล้วจัดทำให้หายใจสะดวก นมไหลออกได้ง่าย เช่น นอนตะแคง ด้านใดด้านหนึ่ง หรือนอนศีรษะต่ำเล็กน้อย และดูดนมอีกครั้งให้หมด พร้อมทั้งสังเกตสีหน้าว่ามีหน้าเบ้ หรือร้องเสียงดัง ซึ่งบ่งบอกว่า ทารกได้รับออกซิเจนจากการขยายของปอดอย่างเต็มที่

การเช็ดตัว

ทารกแรกเกิดร่างกายเปียกชุ่มด้วยน้ำคร่ำ ต้องเช็ดตัวด้วยผ้าอุ่นให้แห้งโดยเร็ว โดยเฉพาะศีรษะเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการระเหยของน้ำคร่ำ ห่อตัวทารกด้วยผ้าอุ่นเพื่อป้องกันการนำความร้อน หลังจากอุณหภูมิร่างกายคงที่อาจอาบน้ำเพื่อล้างคราบสกปรกอีกครั้ง การอาบน้ำทุกวันในทารกแรกเกิดเป็นสิ่งไม่จำเป็น อาจอาบน้ำให้ทุก 2-3 วัน (lowdermilk et al 2016) แต่เนื่องจากในอเมริกา และแคนาดา เป็นประเทศที่มีอากาศหนาว ส่วนในประเทศไทยส่วนใหญ่จะอาบน้ำให้ทารกทุกวัน วันละครั้งตอนเช้า

การอบอุ่นร่างกาย

โดยให้นอนบนหน้าอกมารดา โดนเนื้อแนบเนื้อ เพื่อรับไออุ่นจากมารดา เพื่อความรัก ความอบอุ่น และเพื่อสัมผัสพันธุภาพมารดาทารกที่แน่นหนา หลังจากนั้นเมื่อต้องแยกทารก ต้องจัดให้นอนได้แสงไฟให้ความอบอุ่น (warmer) อย่างต่อเนื่อง

การวัดสัญญาณชีพ

วัดสัญญาณชีพทารก ทุก 15-30 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้น ทุก 1-2 ชั่วโมงจนคงที่พร้อมบันทึกอย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิร่างกายควรอยู่ที่ 36.5-37.6 องศาเซนเซียส (Hockerberry & Wilson, 2009) ควรวัดทางรักแร้ หลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมงจนทารกกลับบ้าน

การให้นม

ทารกที่ปลอดภัยไม่มีปัญหาใดๆ สามารถให้ดูนมมารดาจากเต้าได้เลยตั้งแต่แรกเกิด และให้ดูนมมารดา ทุก 2-3 ชั่วโมง รวมทั้งส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองจนอายุทารก 6 เดือน

การเช็ดตาเช็ดสะดือ

สำหรับการทำความสะอาดร่างกายทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่ใช้วิธีเช็ดตัว มักอาบน้ำหลังคลอดแล้ว 24 ชั่วโมง แต่ต้องเช็ดตาด้วยน้ำต้มสุก น้ำเกลือ หรือน้ำยาเช็ดตาแล้วแต่สถานที่นั้นๆ หลังเช็ดตาต้องป้ายตาเพื่อฆ่าเชื้อโรคที่อาจได้รับจากการคลอด ส่วนใหญ่ป้ายตาด้วย terramycin ointment ส่วนของสะดือให้เช็ดด้วยเช็ดสะดือด้วย 70% แอลกอฮอล์ น้ำยา ทริปปเปิล ดาย (Tripple dye) หรือน้ำเกลือ แล้วแต่สถานที่นั้นๆ ดังการศึกษาของชนินชฐา และศรียา (2552) พบว่า สะดือเด็กที่ใช้ 70% แอลกอฮอล์ น้ำยา providone-iodine และน้ำเกลือ ไม่มีความแตกต่างในการหลุดของสะดือ โดยเฉลี่ยหลุดภายใน 10 วัน แต่มารดาเด็กพึงพอใจกับการใช้น้ำเกลือมากที่สุด รวมทั้งทารกไม่มีการติดเชื้อที่สะดือทั้ง 3 กลุ่ม

การชั่งน้ำหนักและวัดความยาวของร่างกาย

ทารกแรกเกิดทุกรายต้องได้รับการชั่งน้ำหนัก ซึ่งควรใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นตัวเลข (digital) และควรชั่งทุกวันในเวลาเดิม ส่วนใหญ่จะชั่งในช่วงเช้าของทุกวัน และเปรียบเทียบการเพิ่มขึ้นและลดลงของน้ำหนักทารกด้วยส่วนการวัดส่วนต่างๆ ของร่างกายที่สำคัญ คือการวัดรอบศีรษะ รอบอก และตัวยาวมักวัดเมื่อแรกเกิด เพราะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยในช่วงเดือนแรก นอกจากทารกที่วัดรอบศีรษะที่โตมากกว่าปกติ อาจต้องวัดซ้ำทุกวันเพื่อประเมินภาวะน้ำคั่งในสมอง (hydrocephalus)

การตรวจร่างกายทารกแรกเกิดเพื่อประเมินอายุครรภ์ (Ballard's Score)

การประเมินแบบบาลลาด เป็นการประเมินว่าทารกที่คลอดออกมานั้นควรมีอายุครรภ์เท่าไร สอดคล้องกับอายุครรภ์ที่คาดคะเนไว้ตั้งแต่ตั้งครรภ์หรือไม่ และควรประเมินทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนที่ทารกจะปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกนานเกินไปและมีการขับถ่าย สูญเสียน้ำจากร่างกายเพราะจะมีความคาดเคลื่อนเกิดขึ้น การประเมินแบบบาลลาดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ส่วนความสมบูรณ์ทางกายภาพ (physical maturity) และ 2) ส่วนความสมบูรณ์ทางกล้ามเนื้อและประสาท (Neuromuscular maturity)

ส่วนที่ 1 การประเมินความสมบูรณ์ทางกายภาพ ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1) ลักษณะผิวหนังและความชัดเจนของเส้นเลือด (skin) ดูริ้วรอย ความใสของผิวหนัง และเส้นเลือดบริเวณท้องแถวรอบๆ สะดือทารก

2) ขนอ่อนตามร่างกาย (lanugo) พลิกดูว่ามีขนอ่อนมาก น้อยกระจายอย่างไร บริเวณใด

3) ลักษณะของใบหู (ear) ใช้นิ้วพับใบหูทั้งสองข้างเข้าพร้อมกันค้างไว้ 2 วินาที แล้วปล่อยออก ดูว่าคืนรูปอย่างไร

4) ความชัดและความนูนของหัวนมและลานนม (breast) ใช้นิ้วลูบบริเวณหัวนม และดูความกว้างของลานนม

5) ลักษณะของอวัยวะเพศ (genitalia) เพศหญิงจับขาทั้งสองข้างแนบชิดกันดูว่าแคมใหญ่ปิด แคมเล็กหรือไม่ ถ้าเพศชายคลำดูว่าลูกอัณฑะลงในถุงหรือไม่ อย่างไร

6) เส้นลายฝ่าเท้า (plantar surface) ดูที่ฝ่าเท้าว่าลายฝ่าเท้าเต็มเท้าหรือไม่ หรือมีเพียงใด

ส่วนที่ 2 การประเมินความสมบูรณ์ทางกล้ามเนื้อและประสาท ประกอบด้วย 6 ลักษณะดังนี้

1) ลักษณะท่าทางและการงอของแขนขา (posture) คุณลักษณะท่าทางการนอนของทารกโดยไม่ต้องจับต้องตัวเด็ก

2) มุมของข้อมือ (square window) วิธีการโดยจับมือทารกพับเข้าด้านใน ดูนองศาของมุมที่ด้านนิ้วก้อย

3) การคืนกลับของแขนหรือกำลังกล้ามเนื้อแขน (arm recoil) วิธีการโดยจับข้อมือทารกทั้งสองข้างพร้อมกัน แล้วดึงขึ้นให้ตึงที่สุดค้างไว้ 2 วินาที แล้วปล่อยลง ดูนองศาของมุมที่ข้อศอกด้านใน

4) การดึงแขนไปถึงไหล่ตรงข้าม (scarf sign) วิธีการโดยจับข้อมือทารกที่ละข้างแล้วดึงแขนไปทางไหล่ด้านตรงข้าม ดูข้อศอกไปได้ระยะใด

5) มุมที่ใต้เข่า (popliteal angle) วิธีการโดยจับข้อเท้าของทารกทั้งสองข้างพร้อมกัน ดึงให้ขาตึงที่สุด ค้างไว้ 2 วินาที แล้วปล่อยพร้อมกัน ดูนองศาของมุมใต้เข่า

6) ส้นเท้าจรดใบหู (heel to ear) วิธีการโดยมือหนึ่งยึดสะโพกไว้ให้แนบกับที่นอน อีกมือจับข้อเท้าของทารกดึงให้เข้าผ่านท้องมาให้ใกล้ใบหูมากที่สุด ทำที่ละข้าง

ตารางที่ 11 เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะทางด้านร่างกายตามวิธีของ Ballard

ลักษณะ	-1	0	1	2	3	4	5
ผิวหนัง	ผิวบางใส มองเห็นเส้นเลือด	ผิวบาง สีแดง มองเห็นเส้นเลือด	ผิวบางสีชมพู มองเห็นเส้นเลือด	มีผื่นหรือลอก	ผิวซีด ลอกแตก เป็นร่อง เห็นเส้นเลือดไม่ชัด	ลอกเป็นแผ่นไม่เห็นเส้นเลือด	ลอกเป็นแผ่นหนา ผิวย่น
ขนอ่อน	ไม่มี	มีบ้าง	มีมาก	บางลง	บางแห่งไม่พบ	ส่วนมากไม่พบ	
ใบหู	ขอบใบหูอ่อนแบนราบ	อ่อน แบนราบ พับ คี้นรูปยาก	โค้งเล็กน้อย พับคี้นรูปเข้า	โค้งงอขึ้นกลับคี้นรูปได้ค่อนข้างดี	รูปร่างชัดเจน คี้นรูปเต็มได้ทันที	รูปทรงดี กระดุกอ่อนหนา	
ลานนม	ไม่เห็น	เริ่มเห็น	แบนราบ	เป็นตุ่มลาน 1-2 มม.	ตุ่ม ลาน 3-4 มม.	นูนชัดเจน ลาน 5-10 มม.	
อวัยวะเพศชาย		อวัยวะไม่ลงในถุงอวัยวะ ไม่มีรอยย่น		อวัยวะเริ่มลงในถุงอวัยวะ มีรอยย่นเล็กน้อย	อวัยวะลงในถุงอวัยวะ มีรอยย่นชัดเจน	อวัยวะลงในถุงอวัยวะ มีรอยย่นร่องลึก	
อวัยวะเพศหญิง		เห็นแคมใหญ่และแคมเล็กชัดเจน		เห็นแคมใหญ่และแคมเล็กพอๆกัน	เห็นแคมใหญ่ชัดกว่าแคมเล็ก	แคมใหญ่ชัดเจน ปิดจนมองไม่เห็นแคมเล็ก	
ลายฝ่าเท้า	ไม่มี	เริ่มเห็น	เห็นไม่ชัด	พบด้านปลายเท้า	เห็นลาย 2/3 ของฝ่าเท้า	เห็นเต็มทั้งฝ่าเท้า	

ตารางที่ 12 เกณฑ์การให้คะแนนการตรวจระบบประสาทโดยวิธีของ Ballard

การตรวจ	-1	0	1	2	3	4	5
ลักษณะท่าทาง		แขนขา เหยียดตรง	สะโพกและ เข่างอ เล็กน้อย	สะโพก และเข่างอ มากขึ้น	ข้อศอก สะโพก และเข่างอ 90 องศา	แขนขาอ เต็มที่	
มุมที่ข้อมือ (วัด มุมที่ด้าน นิ้วก้อย)	วัดมุมได้ < 90 องศา	วัดมุมได้ 90 องศา	วัดมุมได้ 60 องศา	วัดมุมได้ 45 องศา	วัดมุมได้ 30 องศา	วัดมุม ไม่ได้	
กำลังกล้ามเนื้อ แขน (วัดมุมที่ หน้าข้อศอก)		วัดมุมได้ 180 องศา		วัดมุมได้ 100-180 องศา	วัดมุมได้ 90-100 องศา	วัดมุมได้ < 90 องศา	
มุมที่หลังเข้า	วัดมุมได้ 180 องศา	วัดมุมได้ 160 องศา	วัดมุมได้ 140 องศา	วัดมุมได้ 120 องศา	วัดมุมได้ 100 องศา	วัดมุมได้ 90 องศา	วัดมุมได้ < 90 องศา
ดึงแขนไปไหล่ ตรงข้าม	ข้อศอกเลย ลำตัวตรง ข้าม	ข้อศอกอยู่ แนวรักแร้ ตรงข้าม	ข้อศอกไม่ถึง แนวรักแร้ ตรงข้าม	ข้อศอกอยู่ แนว กึ่งกลาง ลำตัว	ข้อศอก ชิดลำตัว ด้าน เดียวกัน	ข้อศอกอยู่ ไม่ชิด ลำตัวด้าน เดียวกัน	
สันเท้าจรดไบหู	สันเท้าจรด ไบหู	สันเท้า เกือบจรด ไบหู เข้าตั้ง	สันเท้าเกือบ จรดไบหู เข่างอ	สันเท้า เกือบจรด ไบหู เข้า งอ เล็กน้อย	สันเท้า เกือบจรด ไบหู เข้า งอมาก	สันเท้า เกือบไม่ จรดไบหู เข้าและ ปลายเท้า งอ	

ตารางที่ 13 บอกอายุทารกแรกเกิด

คะแนน	สัปดาห์
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

เมื่อนำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกันสามารถคาดคะเนอายุของทารกแรกเกิดได้ตามเกณฑ์ในตารางด้านบนนี้ การประเมินอายุนอกครรภ์มารดาของทารกแรกเกิดนี้ ควรทำให้เสร็จสิ้นภายใน ชั่วโมงแรกหลังคลอด ส่วนการประเมินอื่นๆ ควรเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

โดยมีหลักการคิดและสังเกตโดยคะแนนที่ 40 คะแนน จะเท่ากับ 40 สัปดาห์ และคะแนนที่ แตกต่างกัน 5 คะแนนเท่ากับ อายุครรภ์ที่แตกต่าง 2 สัปดาห์

การพยาบาลทารกประจำวัน Daily Care of the Newborn

การดูแลด้านการหายใจของทารก

ในแต่ละวันการดูแลด้านการหายใจของทารกต้องเข้าใจว่าทารกแรกเกิดใน 6 สัปดาห์แรกนั้น ยังหายใจทางปากไม่ได้ จะใช้จมูกหายใจทางเดียวเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องดูแลจุมูกทารกให้โล่งและนับหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตลักษณะการหายใจที่ต้องไม่มีการยุบตัวของกล้ามเนื้อใต้ชายโครงหรือระหว่างซี่โครง (retraction) การหายใจต้องไม่มีเสียง เมื่อฟังเสียงต้องมีเสียงลมเข้าปอดชัดเจน เท่ากันทั้งสองข้างรวมทั้งเสียงต้องไปถึงชายโครง การหายใจอาจมีช่วงหยุดหายใจได้แต่ต้องน้อยกว่า 20 วินาที (Periodic breathing) การจัดท่านอนที่เหมาะสม คือนอนหงายหรือตะแคง เหยคอเล็กน้อย ไม่ควรให้ทารกนอนคว่ำเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตโดยฉับพลันได้ (sudden infant death syndrome: SIDS) และควรจัดวางลูกสูบยางแดงไว้ใกล้ที่นอนทารก เมื่อมีแหวนนมหรืออาเจียนจะได้ดูดเสมหะและนมในจุมูกและปากได้ทันที และควรจับทารกนอนตะแคงเมื่อระบายเสมหะและนมออก

การดูแลควบคุมอุณหภูมิทารก

การผลิตความร้อนภายในร่างกายทารก ส่วนใหญ่ได้จากขบวนการเมตาบอลิซึมของไขมันใต้ผิวหนัง (Brown fat) ซึ่งเป็นไขมันที่มีเฉพาะในทารกแรกเกิด จะพบมากบริเวณ รอบคอ ระหว่างกระดูกสะบัก รอบไต และต่อมหมวกไต ทารกแรกเกิด จะมีการสูญเสียความร้อนได้ง่าย จากพื้นผิวร่างกายกว้าง ไขมันน้อย ระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดีพอ ทำให้อุณหภูมิเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ดังนั้นการดูแลเพื่อให้ร่างกายทารกมีอุณหภูมิคงที่จึงสำคัญมาก

ภายหลังคลอดทารกสามารถสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้หลายทางได้แก่

1. การระเหย (Evaporation) วิธีนี้ทารกสูญเสียความร้อนได้จากผิวหนังทารกที่เปียกชื้นจากน้ำคร่ำ ทำให้เกิดการระเหยของน้ำคร่ำเป็นผลให้อุณหภูมิกายต่ำลง การเช็ดตัวเด็กให้แห้งและเร็ว ห่อด้วยผ้าหนาและอุ่น รวมทั้งจัดให้ทารกนอนในที่ที่อุ่นๆ จะป้องกันการสูญเสียอุณหภูมิจากวิธีนี้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาบน้ำจนกว่าอุณหภูมิกายจะเป็นปกติ

2. การแผ่รังสี (Radiation) วิธีนี้ทารกสูญเสียความร้อนได้จาก สภาพแวดล้อมที่เย็น เช่น ห้องคลอด หรือ Nursery ที่ใช้เครื่องปรับอากาศ ทารกนอนใกล้ฝ้าผนังที่เย็นกว่าเป็นต้น ทำให้ความร้อนจากทารกถ่ายเทสู่สภาพแวดล้อมภายนอก ดังนั้นจึงควรจัดให้ทารกนอนในห้องที่มีอุณหภูมิจากวิธีนี้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาบน้ำจนกว่าอุณหภูมิกายจะเป็นปกติ

3. การนำความร้อน (Conduction) วิธีนี้ทารกสูญเสียความร้อนได้จากผิวหนังของทารกสัมผัสโดยตรงกับวัตถุที่เย็นกว่า ดังนั้นจึงควรจัดให้ทารกนอนในห้องที่มีอุณหภูมิประมาณ 32-34 องศาเซนเซียส และเตียงทารก (Crib) ทารกควรห่างจากฝ้าผนัง 1-1.5 เมตรการพาความร้อน (Convection) วิธีนี้ทารกสูญเสียความร้อนได้จากลมที่พัดผ่านผิวหนังทารกจึงไม่ควรให้ทารกอยู่ใกล้พัดลม หรือลมจากเครื่องปรับอากาศ ที่ที่ทารกนอนจึงควรมีผนังกันโดยรอบ

การวัดอุณหภูมิทารกสามารถวัดได้ทั้งทางกัน ใช้เวลาวัด 1 นาที วัดทางรักแร้ใช้เวลาวัดนาน 5 นาที หรือเครื่องวัดทางผิวหนังตลอดเวลาก็ได้ ควบคุมให้อุณหภูมิกายทารกอยู่ระหว่าง 36.5-37.2

องศาเซนเซียส การทำให้อุณหภูมิกายทารกปกติได้หลายวิธี เช่น ห่อด้วยผ้าที่หนาและอุ่น ส่องไฟให้ความอบอุ่น จัดให้อยู่ในตู้อบ (Incubator) เป็นต้น

การป้องกันการติดเชื้อและบาดเจ็บของทารก

ทารกแรกเกิดสามารถติดเชื้อได้ง่ายจากระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงมีความต้านทานโรคต่ำประกอบกับการควบคุมอุณหภูมิไม่ดี จึงมักทำให้มีการติดเชื้อลุกลามอย่างรวดเร็ว ทารกสามารถติดเชื้อได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เช่น ซิฟิลิส หัดเยอรมัน เป็นต้น ดังนั้นมารดาจึงควรฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับทารก เมื่อขณะคลอดก็อาจติดเชื้อได้จากช่องคลอดมารดาจากเชื้อรา โคโนเรีย ซึ่งจะทำให้ทารกตาอักเสบ หรืออาจตาบอดได้ การป้องกันจึงต้องหยอดตาทารกด้วย 1% Silver Nitrate กหยด และล้างอ้อ 1-2 ด้วย NSS หรือ ป้ายตาด้วย Terramycin ครั้งเดียว สำหรับเชื้อราในปาก แก้ไขโดยการกวาดลิ้น ด้วย 1% Gentian Violet วันละ 1-2 ครั้งเป็นเวลา 2-3 วัน หรือตามแผนการรักษา

อาจได้รับเชื้อทางสายสะดือ ดังนั้นหลังตัดสายสะดือจึงควรเว็ด ด้วย 1% ทิงเจอร์ไอโอดีน (Triiodine) หรือ 1% เบตาดีน (Betadine) หลังจากนั้นควรแต่งสะดืออีกครั้งและทาซ้ำด้วยสารละลายดังกล่าว หรือบางสถานที่ใช้ triple dye ซึ่งประกอบด้วย 0.1% Gentian violet, 0.2% Brilliant green และ 0.1% Proflavin hemisulfate แต่สะดือจะหลุดใช้เวลาประมาณ 15 วัน (Wilson et al, 1985 อ้างจาก ขนิษฐาและศรียา 2552)

การจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ตามปกติการจัดห้องสำหรับทารกแรกเกิด (Nursery) อาจจัดได้ 3 ระบบคือ

1. Central care System คือทารกอยู่ใน Nursery ตลอดเวลา จะอยู่กับมารดาเฉพาะเวลาให้นมเท่านั้น

2. Rooming in System คือทารกอยู่ร่วมกับมารดาในห้องเดียวกัน โดยให้ทารกนอนใน Crib ข้างเตียงมารดา ซึ่งเป็นที่นิยมมาก และควรจัดให้ในห้องไม่เกิน คน 6

3. Combine Central nursery and Rooming in System คือการใช้ 2 วิธีร่วมกันโดยทารกอยู่กับมารดาในเวลากลางวัน และกลับไปอยู่ Nursery ในเวลากลางคืน เพื่อให้มารดาพักผ่อนการแพร่กระจายเชื้อในทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่เกิดจากการ Contaminate จึงต้องล้างมืออย่างถูกวิธีและทำมือให้อุ่นก่อนและหลังจับต้องตัวทารกทุกครั้ง ควรแยกของใช้ส่วนตัวทารก และทำความสะอาดอย่างถูกต้องก่อนเก็บ ผู้ดูแลมารดาทารกต้องไม่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและผิวหนัง

การเพิ่มภูมิคุ้มกันทางอาหาร โดยเฉพาะนมมารดาซึ่งในนมมารดามี Immunoglobulin G (IgG) เป็นภูมิคุ้มกันของแม่ที่ผ่านมาทางรก ซึ่งเป็น passive immunity และอยู่ประมาณ เดือน พบ 3 ในcolostrum ด้วยแต่น้อย 80 mg/dl สำหรับ Immunoglobulin M (IgM) เป็นภูมิคุ้มกันที่ทารกสร้างเองและพบว่ามีอยู่ใน colostrum แต่จำนวนน้อย 125 mg/dl และ Immunoglobulin A (IgA) เป็นภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ใน colostrum จำนวนมาก 600 mg/dl ทำให้ทารกมีภูมิต้านทาน virus & bacteria

การดูแลให้ทารกได้รับอาหารอย่างถูกต้องและเพียงพอ

ระบบการย่อยและการดูดซึมของทารกแรกเกิดยังไม่สมบูรณ์ พยาบาลจึงต้องแนะนำมารดาหรือผู้เลี้ยงดูทารกอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะ 6 เดือนแรกหลังคลอด อาหารที่เหมาะสมสำหรับ

ทารกคือนม และนมที่ดีที่สุดก็คือ นมแม่ ทารกแรกเกิดที่แข็งแรงสามารถดูดนมได้ทันทีเมื่อแรกเกิด แต่มักพบปัญหา มารดาไม่ค่อยให้บุตรดูดนมเพราะมีความคิดว่าไม่มีน้ำนม ซึ่งในความเป็นจริงร่างกาย มารดาเริ่มสร้างน้ำนมตั้งแต่ตั้งครรภ์ 16 สัปดาห์และน้ำนมไหลก็ต่อเมื่อบุตรดูด พยาบาลจึงต้อง กระตุ้นและทดสอบโดยการบีบบริเวณลานนมให้มารดาเห็นว่ามีย่านนมแน่นอน โดยในระยะแรกมีน้อย แต่มีความต้านทานโรคสูง เรียกว่า น้ำนมเหลือง (Colostrum) ในช่วง 1-2 วันแรก วันที่ 3-4 เป็นช่วง นมเปลี่ยน (Transitional) หลังวันที่ 5 เป็นนมมารดาแท้จริง (Mature milk) จึงต้องกระตุ้นตั้งแต่แรก และให้นมบุตรตามความต้องการของทารกและปรับเวลาให้เหมาะสมทุก 3-4 ชั่วโมง ความต้องการ พลังงานของทารกแรกเกิดถึง 3 เดือนแรก ต้องการ 110 kcal/kg/day และ เมื่ออายุ 3-6 เดือน ต้องการ 100 kcal/kg/day นมแม่ให้พลังงาน 67 kcal/100 ml หรือ 20 kcal/oz ซึ่งในนมผสม (Standard formula) ก็ให้พลังงาน 20 kcal/oz เช่นกัน แต่มีความแตกต่างในส่วนผสม รวมทั้งในนม ผสมไม่มีภูมิคุ้มกันจากแม่ พยาบาลสามารถประเมินว่าทารกได้รับนมเพียงพอหรือไม่ โดยดูว่า 1) นอน หลับสบาย ไม่อแง 2) ปัสสาวะสีเหลืองจางๆ ไม่เข้มข้นละ 6-8 ครั้ง โดย ปัสสาวะครั้งแรกต้องเกิด ภายใน 24 ชม.หลังคลอด 3) ปริมาณวันที่ 3 หลังคลอดอุจจาระเหลืองนิ่มหลายครั้งต่อวันแต่ต้องไม่ เป็นน้ำอย่างเดียว โดยถ่าย meconium ครั้งแรกภายใน 24-48 ชม. และ 4) น้ำหนักต้องไม่ลด มากกว่า 10 %ของน้ำหนักตัว ใน 1 สัปดาห์หลังคลอด ในกรณีดูดนมมารดาอย่างเดียว และน้ำหนัก ควรเพิ่มวันละ 25-30 กรัมต่อวัน ถ้าเพิ่มมากเกินไปทารกอาจเกิดอาการบวม

สำหรับทารกแรกเกิดที่มีความจำเป็นต้องรับนมผสม พยาบาลควรแนะนำนมผสมให้ เหมาะสมกับวัย โดยไม่ต้องติดยึดกับยี่ห้อการค้า นอกจากนี้ต้องแนะนำการทำความสะอาดขวดนม การชงนม การป้อนนม รวมทั้งการให้เรอนม เป็นต้น

การดูแลส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาทารก และครอบครัว

การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก (Maternal infant bonding) และ ระหว่าง ทารกกับครอบครัว (Infant parent attachment) ควรกระทำในเวลาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ภายหลังกินนมแรกเกิด ส่งเสริมได้การมองตา สัมผัสโอบกอด พูดคุย หรือให้ทารกดูดนม กระตุ้นให้บิดา หรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทารก

ในกรณีที่ทารกเกิดมีอาการผิดปกติ จำเป็นต้องแยกจากมารดาเพื่อการรักษา ควรเปิดโอกาส ให้มารดาได้เข้าไปอุ้ม สัมผัส ให้อาหาร ตลอดจนดูแลอื่นๆ เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล และ ส่งเสริมสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูล อยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจมีความจำเป็นยิ่งสำหรับ บิดามารดาที่มีความเครียดกับอาการของบุตร

การดูแลการตรวจกรองโรคทางเมตาบอลิซึม

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ตรวจคัดกรองโรค congenital hypothyroidism และ phenylketouria (PKU) ที่อายุ ≥ 48 ชั่วโมงในทารกแรกเกิดทุกคน โรคนี้พบว่ามีสถิติ 1 ใน 17,000 คน (Leifer, 2008) สาเหตุเกิดจากเอ็นไซม์ phenylalanine hydrolase ในตับไม่ทำงาน โดยไม่ เปลี่ยนจาก phenylalanine ไปเป็น tyrosine ทำให้ phenylalanine สูงขึ้นและจะผ่านไปจับเนื้อ สมองเป็นผลให้ทารกมีปัญหาทางสติปัญญา ซึ่งค่าปกติเท่ากับ 2-10 mg/dl ถ้ามีค่าน้อยกว่าปกติ ทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้า ในทางกลับกันถ้ามีค่าสูงกว่าปกติ จะทำลายสมอง การดูแลในทารกกลุ่มนี้ ต้องได้รับนมและอาหารที่เหมาะสม เพื่อจรรโลงชีวิตให้ปกติสุข

การดูแลทางด้านจิตวิทยาของทารก

พยาบาลต้องเข้าใจถึงจิตวิทยาของทารก (Psychological of the Newborn) ซึ่งสามารถประยุกต์การนอนหลับและตื่นอย่างมีคุณภาพของ บราเซลตันและนุเจนต์ (Brazelton & Nugent, 2011) ซึ่งมีอยู่ 6 ระดับดังนี้

- Deep sleep คือช่วงที่ทารกหลับสนิท ซึ่งคาดว่าทารกมีความสุข จากการได้รับอาหารที่เพียงพอ ความอบอุ่นที่พอเหมาะ และอยู่ในที่สบายและปลอดภัย ทารกแรกเกิดมักนอนหลับสนิทนานเป็นช่วงๆ ประมาณ 2-3 ชั่วโมง หรือประมาณ 18-20 ชั่วโมง ใน 1 วัน Dream sleep คือช่วงที่ทารกหลับอย่างมีความสุขโดยมีการแสดงออก เช่น หลับยิ้ม หลับดูดปาก หรือ อาจหลับแต่มีพฤติกรรมอื่นๆ
- Stupor คือช่วงที่ทารกเริ่มตื่น นั่นคือมีอาการหลับๆ ตื่นๆ ยังง่วงอยู่บ้าง
- Quite Alert คือช่วงที่ทารกเริ่มตื่น ลืมตา แต่ยังไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ ทารกจะเรียนรู้ด้วยตัวเองเพื่อจดจำทุกสิ่งทุกอย่าง ที่ทารกมองเห็น หรือได้ยิน ซึ่งเป็นช่วงจังหวะที่เหมาะสมที่จะพูดคุยหยอกล้อกับทารก เป็นการส่งเสริมการได้ยิน และการมองเห็น ยังไม่จำเป็นต้องสัมผัส เพื่อให้ทารกได้ความเป็นอิสระบ้าง
- Active Alert คือช่วงที่ทารกตื่นและมีกิจกรรม เช่น ขยับแขน ขา หันศีรษะ หรือมีเสียงที่ไม่ใช่เสียงร้อง เป็นต้น ซึ่งเป็นช่วงที่ควรสัมผัสอย่างอ่อนโยน แต่ไม่ควรอุ้ม เพื่อให้ทารกเรียนรู้ด้วยตนเอง แต่ควรอยู่ในที่ที่ทารกสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก
- Crying คือช่วงที่ทารกส่งเสียงร้อง และเป็นช่วงที่ควรอย่างยิ่งในการอุ้ม สัมผัส ปลอดภัย เนื่องจาก เป็นช่วงที่ทารกต้องการความช่วยเหลือสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากผู้ดูแล เช่น หิว เปียกชื้น ไม่สุขสบาย เจ็บปวด หรืออื่นๆ เพื่อให้ทารกได้รับความต้องการตามที่เขาต้องการ ทารกก็จะหยุดร้องดังนั้นจะเห็นว่าช่วงจังหวะแต่ละช่วง พยาบาลควรจะสามารถที่จะดูแล ช่วยเหลือ ให้การพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ ส่งเสริมสัมพันธภาพ

อย่างไร จากประสบการณ์ที่ดูแลทารกแรกเกิดมาประมาณ 10 ปี พบว่าผู้ดูแลมักเข้าไปเล่นหรืออุ้มทารกในช่วงที่เริ่มตื่น (Stupor) และตื่น (Quite Alert) ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกน่ารัก น่าเอ็นดู แต่ช่วงร้องไห้จะถอยห่าง ซึ่งทำให้ทารกได้การตอบสนองที่ไม่เหมาะสม

การให้ภูมิคุ้มกันสำหรับทารกแรกเกิด

ในประเทศไทย กำหนดให้ทารกแรกเกิดทุกคนได้รับภูมิคุ้มกันในระยะแรกคลอดดังนี้

ภูมิต้านทานวัณโรค: BCG vaccine เป็น active immunity ฉีดครั้งเดียวให้ภูมิตลอดชีวิต
ภูมิต้านทานไวรัสตับอักเสบบี: กรณีแม่ผลเลือดปกติ ฉีด active immunity คือ HBV (hepatitis B vaccine) 0.5 ml IM เวลา 0, 1-2, 6 เดือน ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายทารกสร้างภูมิต้านทานโรคไวรัสตับอักเสบบี

กรณีแม่ผลเลือดเป็น HBsAg positive จะให้ 2 ชนิด คือ HBV และ HBIG (hepatitis B immune globulin) ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันที่ออกฤทธิ์ทันที (passive immunity) โดยฉีด 0.5 ml IM (vastus lateralis) ฉีดภายใน 12 ชม รวมกันหลังเกิดและไม่ฉีด.

นอกจากการให้วัคซีนแล้ว ยาที่จำเป็นที่ต้องให้เพื่อประโยชน์ในการแข็งตัวของเลือดคือ วิตามิน เค ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังคลอด 0.5 ซีซีด้วย

โดยสรุป การดูแลทารกแรกเกิดต้องดูแลอย่างองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งดูแลความสัมพันธ์ของครอบครัวเพื่อให้ทารกแรกเกิดและครอบครัวเป็นเด็กและครอบครัวที่สมบูรณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2542). ปัญหาในทารกแรกเกิด: การป้องกันและการรักษา. บริษัท ไวเอท-เอเยอร์สท์ ประเทศไทย จำกัด.
- ชนิษฐา สาลีวรรณ และ ศรียา ประจักษ์ธรรม. (2552). วิธีการทำความสะอาดสะดือที่ดีที่สุดคือวิธีใดระหว่างการทำมาสะอาดด้วยน้ำเกลือหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (70%) alcohol และ povidone-iodine). *วารสารกุมารเวชศาสตร์* กรกฎาคม-กันยายน หน้า 214-220.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยทารก ภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ประพุทธ ศิริบุญย์ และ อรุพล บุญประกอบ. (2536). ทารกแรกเกิด. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และ พิมล เชี่ยวศิลป์. (2534) . *โลหิตวิทยาในเด็ก* . กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภัทรมนัส มณีจิระปรากฏ. (2552). *การประเมินระบบทางเดินอาหาร*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วีไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์ . (2540). *ปัญหาทารกแรกเกิด* .กรุงเทพฯ: บริษัท ดี ไชล์ จำกัด .
- ศศิธร พุ่มดวง. (2557). *เอกสารคำสอน* รายวิชา 640-324 การพยาบาลมารดาและทารก. ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- Brazelton, T.B., Nugent,J.K. (2011). **The neonatal behavioral assessment scale**. London: Mac Keith.
- Hockenberry,M.J., & Wilson, D. (2009). **Wong’s essentials pediatric nursing**. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., & Cashion, K. (2010). **Maternity Nursing**, 8th edition. Maryland: Mosby Elsevier.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., Alden, K.R., & Olshansky, E.F. (2016). **Maternity & Women’ Health Care**, 11th edition, MO: ELSEVIER.
- Perry, S.E., Hockenberry,M.J., Lowdermilk, D.L., & Wilson, D. (2010). **Maternal Child Nursing Care**, 4th edition, Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier.
- Rohan, A.J. & Golombek, S.G. (2005). Hypoxia in the Term Newborn. *MCN*, 34(2), 106-113. Medical-dictionary.
- Thefreedictionary.com
- TheAsiaparent.com