



คู่มือการพยาบาล

การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด

นางสาวเมษปภา สูดเพชร

งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2562

คำนำ

การตั้งครรภ์ในกลุ่ม วัยรุ่นเป็นปัญหาทางสังคมที่ทั่วโลกให้ความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพของประชากร เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและยังไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพาพ่อแม่ในการดำรงชีพ อีกทั้งบิดาของทารกในครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเช่นเดียวกันจึงไม่มีศักยภาพที่จะดูแลครอบครัวและทารกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้ง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับฝ่ายชายหรือบางครั้งฝ่ายชายไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ซึ่งทำให้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว บางรายมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งทารก

นอกจากนี้ผู้เขียนยังได้เข้าร่วมใน โครงการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ (โครงการดาวชมพู) ทำให้พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตรด้วย ซึ่งในช่วงระยะคลอดเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงใน จิตใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อาจมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งกับ สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นผู้เขียนจึงได้จัดทำคู่มือ “การดูแล สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นในระยะคลอด ” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่หน่วยห้องคลอด โดยได้รวบรวมเนื้อหาความรู้ต่างๆจากตำรางานวิจัย บทความวิชาการ รวมทั้งจากประสบการณ์ในการดูแล สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นในระยะคลอดของผู้เขียนเองด้วย

ผู้เขียนหวังว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์กับบุคลากรที่มีส่วนในการดูแล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้เขียนขอขอบคุณ อ .ดร .พญ .ภัทรวลัย ตีลังจิต อาจารย์แพทย์ภาควิชาสูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช อาจารย์ศศิธร น่วมภา อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาล สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นางสาวภัสรา หากุลลาบ หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอดสามัญและพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช และนางนิภา เพียรพิจารณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยพระศรีฯ 8/1 และพยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช โดยคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาของท่านที่กล่าวมาแล้วที่กรุณาให้ทั้งคำปรึกษาและช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

เมษปภา สุตเพชร

กันยายน 2562

สารบัญเนื้อหา

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญเนื้อหา	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูปภาพ	จ
บทที่1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	3
- ประโยชน์	3
- ขอบเขต	3
- คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ	3
บทที่2 บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ	
- บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
- ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	5
- โครงสร้างการบริหารจัดการ ฝ่ายการพยาบาลฯ	16
- โครงสร้างงานการพยาบาล	17
- โครงสร้างหอผู้ป่วย	18
บทที่3 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	
- การเจริญเติบโตและการพัฒนาร่างกายในวัยรุ่นเพศหญิง	19
- พัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมในวัยรุ่น	23
- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	24
- กระบวนการคลอด	27
- การใช้วิธีการสนับสนุนในระยะคลอด (Social support) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น	37
- การส่งเสริม Breast feeding ในระยะคลอดในมารดาวัยรุ่น	40

	หน้า
บทที่ 4 กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา	45
- การประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ	45
- การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 1 ของการคลอด	56
- การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 2 ของการคลอด	59
- การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 3 ของการคลอด	62
- การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 4 ของการคลอด	63
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	66
- กรณีศึกษา	79
บทที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน	90
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก	
- ประวัติผู้จัดทำคู่มือ	96

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนของบิชอป (Bishop's scoring)	55
ตารางที่ 2 แสดงการประเมินทารกแรกคลอดโดยคะแนน APGAR score	62

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ลักษณะเต้านมวัยรุ่นในระยะที่ 5	20
ภาพที่ 2 วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle)	37
ภาพที่ 3 วิธีที่ 1 First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip	49
ภาพที่ 4 วิธีที่ 2 Second Leopold's handgrip หรือ Umbilical grip	50
ภาพที่ 5 วิธีที่ 3 Third Leopold's handgrip หรือ Pawlik's grip	50
ภาพที่ 6 วิธีที่ 4 Fourth Leopold's handgrip หรือ Bilateral inguinal grip	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) เป็นปัญหาทางสังคมที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ และเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลของปี 2560 มีอัตราเกิดมีชีพ ในมารดาอายุ 15-19 ปี มีอัตราเฉลี่ยอยู่ที่ 39.6 ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน โดยพบว่าการเกิดในประชากรวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มลดลง แต่การเกิดในประชากรวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้ประเด็น “เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” อยู่ในความสนใจของภาครัฐและสังคม ดังจะเห็นได้จากการมีนโยบายจำนวนมากที่มุ่งเน้นการดูแลและสนับสนุนให้ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งมีศักยภาพสามารถเป็นที่พึ่งพิงแก่ประชากรกลุ่มอื่นๆ หนึ่งในนั้นคือ นโยบายระดับชาติด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่มุ่งให้ทุกการเกิด เป็นที่พึงประสงค์ ปลอดภัย และได้รับการอย่างมีคุณภาพ ส่วนสถิติของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราช ปี 2561 คิดเป็นร้อยละ 11 ต่อเดือนจากจำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดเฉลี่ย 4,500 รายต่อเดือน และมารับบริการที่ห้องคลอดสา มัญเฉลี่ยร้อยละ 9 ต่อเดือนจากจำนวนผู้คลอดทั้งหมดเฉลี่ย 300 รายต่อเดือน

สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ส่วนใหญ่ร่างกายอาจยังเติบโตไม่สมบูรณ์เต็มที่ บางรายเพิ่งเริ่มมีประจำเดือนได้ไม่นาน บางรายมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ อีกทั้งอารมณ์โดยทั่วไปที่พบก็มีอารมณ์เช่นเดียวกับวัยเด็กที่ผ่านมาได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความอิจฉาริษยา ความรัก ความอยากรู้อยากเห็น ความโสโครก และความสุข นอกจากนี้บางรายมีอารมณ์รุนแรง หงุดหงิดง่าย และไม่ค่อยมีความอดทนต่อสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งบางครั้ง วัยรุ่นจะมีอารมณ์มากกว่าปกติ เพราะลักษณะอารมณ์ของวัยรุ่นเป็นเช่นนี้ บุคคลต่างวัยจึงต้องใช้ความอดทนเพื่อที่จะทำความเข้าใจ และสร้างสัมพันธภาพกับพวกเขาได้ นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ยังไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์มาก่อน และยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนและไม่มีรายได้ต้องพึ่งพาพ่อแม่ในการดำรงชีพ อีกทั้งบิดาของทารกในครรภ์ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นเช่นเดียวกันจึงไม่มีศักยภาพที่จะดูแลครอบครัวและทารกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้ง สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นบางรายมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับฝ่ายชายหรือ

บางครั้งฝ่ายชายไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ซึ่งทำให้พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางรายต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีปัญหาภายในครอบครัว มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูทารก บางรายมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งทารก และมีสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกในเชิงลบอีกด้วย (กิดิพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุจริตน์, เอกชัย โคววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, 2558)

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ใน ระยะคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ไม่นานนานใช้เวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริงจนสิ้นสุดการคลอดบุตร เมื่อเปรียบเทียบกับระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนตั้งครรภ์ครบกำหนดซึ่งเป็นระยะที่ใช้เวลานานหลายเดือน แต่ในระยะคลอดกลับเป็นระยะที่สำคัญที่อาจมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายทั้งกับ สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ เนื่องจากเป็นระยะที่สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตัวอย่างเช่น ความเจ็บปวดในระยะคลอดที่ สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญซึ่งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุดในชีวิตของสตรี และ ในระยะคลอด สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล และรู้สึกเครียด ซึ่งความกลัวนี้อาจมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ กลัวความเจ็บปวด กลัวอันตรายจากการคลอด กลัว ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว กลัวทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากการคลอด เป็นต้น หากสตรีตั้งครรภ์ มีความกลัว ความเครียดและความเจ็บปวดในระยะนี้มากขึ้น ยิ่งทำให้เกิดผลกระทบ เชิงลบต่อสตรีตั้งครรภ์เองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนทารกในครรภ์อีกด้วย โดยเฉพาะในกลุ่ม สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นที่เป็นวัยรุ่นหัวเลี้ยวหัวต่อจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์ความรู้สึก อีกทั้งส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน เนื่องจากการตั้งครรภ์ครั้งแรก และที่สำคัญ สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด อีกด้วย ทำให้สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด รวมทั้งอาจเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างมารดาและทารกได้ (สุพร อภินันทเวช, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณากูร และภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, 2558)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงทำให้พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารกในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงควรได้รับการประเมิน เฝ้าระวัง และการดูแลที่ใกล้ชิด อีกทั้งยังควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งจากมารดาและทารกในระยะคลอด เพื่อให้มีพฤติกรรมเผชิญ ความเจ็บปวดที่เหมาะสม และเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก แต่ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจถึงบริบทของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงจะสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม ซึ่งผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ที่ห้องคลอดจึงต้องการ จัดทำคู่มือ “การดูแล

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด” เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน ซึ่งในปัจจุบันแต่ละหน่วยงานได้ปฏิบัติการพยาบาลกับ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ต่างกันไป การที่มีคู่มือฉบับนี้จะช่วยให้มีแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันและมีมาตรฐานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลในห้องคลอดมีความรู้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอด

ประโยชน์

1. พยาบาลในหน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
2. สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสอดคล้องกับความต้องการโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ขอบเขต

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดของพยาบาลและบุคลากรในหน่วยห้องคลอด

คำจำกัดความ/นิยามศัพท์เฉพาะ

- วัยรุ่น (Adolescence) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 10-19 ปี (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557)
- สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปีโดยถืออายุ ณ วันที่คลอดบุตร (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557)
- ระยะคลอด หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนถึงหลังคลอด 2 ชั่วโมง (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558)

บทที่ 2

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ผู้จัดทำเป็นพยาบาลชำนาญการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอาการ ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น ๔/๓ (ห้องคลอดสามัญ) งานการพยาบาลสูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ปกติ ตั้งครรภ์ผิดปกติ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤตทางด้านสูติกรรมและอายุรกรรม เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะชัก ภาวะซีด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์แฝด มารดาที่มีทารกตายในครรภ์ ทารกในครรภ์ที่มีความผิดปกติ เป็นต้น โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด ทั้งการคลอดปกติ คลอดผิดปกติ เช่น คลอดทำกัน หรือการคลอดโดยใช้หัตถการช่วยคลอด เช่น ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ ใช้คีมคีบ การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นต้น รวมทั้งให้การดูแลมารดาภายหลังคลอดหรือผ่าตัดคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การดูแลเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ให้การบริบาลทารกแรกเกิด ในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังเกิด กระตุ้นและส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด

นอกจากนี้ผู้จัดทำมีจะปฏิบัติงานที่หน่วยฝากครรภ์ ตึกผู้ป่วยนอกชั้น ๓ งานการพยาบาลสูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา ทุกวันอังคารเวลา ๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. โดยปฏิบัติงานที่ คลินิกดาวชมพู (โครงการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้) ซึ่งให้บริการสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๙ ปี ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวนประมาณ ๕๐๐ รายต่อปี โดยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ถึงหลังคลอด ตามระบบผดุงครรภ์เจ้าของไข้ สร้างเสริมความรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ มีการติดตาม และประเมินความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ประเมินและจัดการความเสี่ยง ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะ ตั้งครรภ์ มีการประเมินความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการคุมกำเนิด การติดตามต่อเนื่องในระยะคลอด และหลังคลอด

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

หน่วยฝากครรภ์

ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะราย ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ตามระบบผดุงครรภ์เจ้าของไข้ ติดตาม และประเมินความก้าวหน้าของการตั้งครรภ์ ประเมินและจัดการความเสี่ยง ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะตั้งครรภ์ ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคุมกำเนิด บทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด

ห้องคลอด

การดูแลผู้คลอด

๑. ทำหน้าที่หัวหน้าทีมการพยาบาล มอบหมายงานให้แก่บุคลากรในทีมการพยาบาลตามความเหมาะสม ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพ และสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล วางแผน คัดเลือก ส่งเสริม ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในทีมการพยาบาล

๒. ตรวจเยี่ยมผู้คลอด ทุกรายในการรับส่งเวร โดยสังเกตอาการ ชักถามปัญหา ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พุดคุยให้กำลังใจผู้คลอด ประชุมปรึกษาก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาประเมินและวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมประเมินและวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ให้การพยาบาลผู้ป่วย ในระยะแรกรับ โดยจัดลำดับความรุนแรงของผู้คลอด ประเมินความเสี่ยงจากการชักประ วัติ เอกสารการฝากครรภ์ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ หากพบผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงสูง เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ประสานงานและปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน ดูแลจัดให้ผู้คลอดได้นอนพักเตียงที่เหมาะสม ประเมินสัญญาณชีพและสภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก ให้ข้อมูลกับผู้คลอดและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา สิทธิการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การลงนามยินยอมเพื่อรับการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎ ระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินความต้องการและความคาดหวัง

ของผู้คลอดและครอบครัว ปัญหาจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างสอดคล้องเหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละรายไป

๔. ให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะรอคลอด โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด ในระยะนี้ต้องเฝ้าระวังและประเมินสถานะของผู้คลอด และทารกในครรภ์ โดยการประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ สังเกตอาการผิดปกติ หากพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ ผู้คลอดในระยะนี้แต่ละรายจะมีความเจ็บปวดไม่เท่ากัน การดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดในระยะนี้จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

๔.๑ การพยาบาลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ห่าง อธิบายกลไกการคลอดอย่างคร่าวๆ ให้ผู้คลอด รับทราบ และ พร้อมในการเผชิญความเจ็บปวด สอนเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด เช่น การหายใจ การดูลูกหน้าท้อง และให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับการคลอดหรือขั้นตอนการดูแลรักษา การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพื่อเก็บไว้เป็นพลังงานในการต่อสู้ความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ส่วนในราย ที่แพทย์สั่งงดอาหารและน้ำดื่ม ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด เงียบสงบ และดูแลความสะอาดทั่วไปเพื่อให้ผู้ ป่วยสุขสบาย นำป้ายผ้าที่มี ชื่อ- นามสกุลผู้ คลอด มาผูกบน wrist band เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับผูกข้อเท้า ทารกก่อนตัดสายสะดือ และให้ผู้คลอด ตรวจสอบความถูกต้อง รับฟังความรู้สึของผู้คลอดต่อความเจ็บปวดจากการคลอดและคอยให้กำลังใจ

๔.๒ การพยาบาลผู้คลอดในระยะเจ็บครรภ์ถี่ สอนและแนะนำวิธีการหายใจแบบลึกยาว ดูแลช่วย นวดหลังและกระดูกสันกบ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด ในรายที่มีระดับความเจ็บปวดมาก ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ดูแลจัดท่านอนให้สุขสบาย ช่วยแพทย์ในการตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การเจาะถุงน้ำคร่ำเพื่อชักนำการคลอด เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดและทารกในครรภ์ โดยการประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกตามระยะของการคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาเร่งคลอด ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหดตัวของมดลูกรุนแรงและนานเกินไป อาจทำให้เกิดภาวะมดลูก ปรีหรือแตกได้ ภาวะน้ำคร่ำอุดตัน หลอดเลือด เป็นต้น อยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ พุดคุยให้ผู้คลอดผ่อนคลาย

๕. ให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะคลอด เมื่อผู้คลอดเข้าสู่ระยะเบ่งคลอด สอนวิธีเบ่งคลอด อย่างถูกวิธี อยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ ประเมินการหดตัวของมดลูก อัตราการเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์ทุกครั้งที่มาคลุกคลายตัว ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างเพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของ มดลูก เตรียมการ คลอดและช่วยคลอด โดยจัดท่าผู้คลอดในท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy position) เตรียมเครื่องมือทำคลอดและเย็บแผลฝีเย็บ ทำคลอดในรายตั้งครรภ์ปกติ และช่วยแพทย์ทำคลอดใน รายตั้งครรภ์ปกติและตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงสูง ทั้งคลอดปกติและใช้หัตถการ ช่วยคลอด นอกจากนี้ยังช่วยควบคุมดูแลเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลใหม่ที่ฝึกปฏิบัติในการช่วยแพทย์ ทำคลอด

๖. ให้การพยาบาลผู้คลอด ที่ได้รับการ ทำสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด ได้แก่ การใช้คีมก๊ิบ หรือใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การช่วยคลอดท่าก้น การช่วยคลอดครรภ์แฝด โดยให้ข้อมูลและอธิบาย ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ผู้คลอด ลงนามในใบยินยอมการทำ หัตถการ เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำ สูติศาสตร์หัตถการให้พร้อมใช้ในกรณีครรภ์แฝด ต้องเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือเพื่อทำคลอดและรับเด็กตามจำนวนทารกในครรภ์ สอนปัสสาวะ ก่อนการทำสูติศาสตร์หัตถการ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตรา การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ควบคุมการเบ่งคลอดเพื่อ ป้องกันการฉีกขาดของหนทางคลอด ประเมินการฉีกขาดของหนทางคลอด ปากมดลูก และเตรียมเครื่องมือการเย็บแผลฝีเย็บ ประเมินการ เสียเลือด ระดับความ เจ็บปวดของฝีเย็บ และเฝ้าระวังการเกิดแผลฝีเย็บบวมจากการคั่งของเลือด (hematoma) หลังคลอด

๗. ให้การพยาบาลผู้คลอด ที่มีภาวะรกค้างหมายถึงรกไม่คลอดภายใน ๓๐ นาทีหลังคลอด โดยสอนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ประเมินการเสีย เลือด รายงานแพทย์และเตรียมผู้ คลอดเพื่อล้างรก ให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้คลอด เข้าใจถึงสาเหตุของการล้างรก ภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดจากการล้างรก ดูแลให้ผู้คลอด ลงนามในใบยินยอมการทำหัตถการ แนะนำการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกและการล้างรก ประเมินสัญญาณชีพ ช่วยแพทย์จ้องเลือด เตรียมผู้คลอดเพื่อทำการล้างรก ดูแลส่งผู้คลอดไปล้างรกที่ห้องผ่าตัด

๘. ให้การพยาบาลมารดาในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด โดยเฝ้าระวังและป้องกันภาวะ ตกเลือดหลังคลอด โดย คลึงมดลูกให้แข็งตัวและให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ประเมิน กระเพาะปัสสาวะ กรณีกระเพาะปัสสาวะเต็มดูแลให้ถ่ายปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ ขัดขวางการหดตัวของมดลูก ประเมินปริมาณเลือดที่ออก ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บและ

หนทางคลอด เตรียมเครื่องมือเพื่อเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและหนทางคลอด ภายหลังแพทย์เย็บแผล ฝีเย็บเสร็จ ประเมินภาวะเลือดคั่งบริเวณแผลฝีเย็บ ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูกและ ปริมาณเลือดที่ออก เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดภาวะวิกฤต ดูแลให้มารดาได้รับประทาน อาหารอ่อนและน้ำดื่มหรือเครื่องดื่มอื่นๆ อย่างเพียงพอ ดูแลทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ให้คำแนะนำมารดาในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งกับพยาบาลทันที เช่น มีเลือดซึมออกทางช่องคลอดมาก รู้สึกหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ เป็นต้น เมื่อครบย้าย ๒ ชั่วโมงหลังคลอด มารดาไม่มีอาการผิดปกติ ดูแลย้ายสังเกต อาการต่อที่หน่วยหลังคลอด

๕. ให้การพยาบาลผู้คลอด ที่เตรียมผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ให้ข้อมูลและอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจถึงความจำเป็นและข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด ดูแลให้ผู้คลอดลงนามในใบยินยอมการทำ ผ่าตัด อธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ดูแล ในการเตรียมผ่าตัด โดยให้ผู้คลอด งดอาหารและน้ำดื่มอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง ช่วยแพทย์จ้องเลือด สวม อูจจาระให้ลำไส้ว่างกรณีไม่มีข้อห้าม ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณหน้าท้องและหัวหน้าว ทำการสวน คลาสายปัสสาวะเพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด และส่งผู้คลอด ไปห้อง ผ่าตัด

๑๐. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤต ดังนี้

๑๐.๑ ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension) ประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะ ความดันโลหิตสูง และดูแลให้ผู้คลอด นอนพักบน เบียง จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่อาจทำให้ ความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้น เตรียมไม้กีดลิ้นและ oropharyngeal airway ไว้ข้างเตียง เนื่องจาก ผู้ คลอดอาจเกิดภาวะชัก ประเมินความดันโลหิตซ้ำ ให้ข้อมูลและอธิบายสภาวะของโรคและความ เสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียม ซัลเฟตเพื่อป้องกันภาวะชัก ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต และสังเกตอาการ นำของการชัก เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ รวมทั้งอาการข้างเคียงและภาวะพิษ ของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง หายใจช้าหรือหยุดหายใจ ปัสสาวะออกน้อยและ /หรือ ปัสสาวะมีเลือดปน เป็นต้น ประเมินการหดตัวของมดลูกและติดตามสภาวะสุขภาพของทารกใน ครรภ์อย่างต่อเนื่องโดยการติดเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic fetal monitoring) เพื่อเฝ้าระวัง ภาวะขาดแก๊สออกซิเจนของทารกในครรภ์ทั้งในระยะก่อนคลอดและระยะคลอด ติดตามระดับ

แมกนีเซียมซัลเฟตในเลือดให้อยู่ในระดับการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะโรครุนแรงหรือควบคุมไม่ได้ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง รกลอกตัวก่อนกำหนด เป็นต้น

๑๐.๒ ผู้คลอดที่มีภาวะโรคหัวใจร่วมกับการตั้งครรภ์ ให้ การดูแลโดยจัดให้ ผู้คลอดนอนในท่า Fowler's position ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพ ประสานงานกับ แพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้ยาปฏิชีวนะในระยะเจ็บครรภ์คลอดตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เตรียมเครื่องมือและช่วยแพทย์ ทำคลอดปกติหรือหัตถการช่วยคลอด ในรายที่ ภาวะของโรครุนแรงหรือ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เตรียมรถฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลือ ให้การดูแลและเฝ้าระวัง อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ติดตาม monitor ECG (electrocardiography) และประสานงานเพื่อทำ portable chest X-ray เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และส่งต่อการดูแล รักษาที่หออภิบาล ผู้คลอด และเตรียมเครื่องมือในการทำหัตถการช่วยคลอด เพื่อช่วย แพทย์ทำคลอดในหออภิบาล

๑๐.๓ ผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ดูแลให้รับประทานอาหารเบาหวาน และให้ได้รับยาอินซูลินตามแผนการรักษา ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เฝ้าระวังภาวะน้ำตาล ในเลือดสูง (hyperglycemia) และน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ประสานงานกับแพทย์ระบบ ต่อมาไร้ท่อเพื่อร่วมดูแลผู้ป่วย กรณีเข้าสู่ระยะคลอด ดูแลให้ได้รับยาอินซูลินทางหลอดเลือดดำตาม แผนการรักษา ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุก ๑-๒ ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะ hypoglycemia และ hyperglycemia ประสานงานกับทีม Code N เพื่อให้การดูแลทารกแรกเกิด เฝ้าระวังภาวะตกเลือด หลังคลอดเนื่องจากการฉีกขาด ของ หนทางคลอดในรายที่ทารกมีขนาดใหญ่ เฝ้าระวังภาวะ hypoglycemia ของทารกแรกเกิด และส่งไป การดูแลต่อ ที่ห้องเด็กแรกเกิด หรือเตรียมผู้คลอด เพื่อทำ ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กรณีทารกมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

๑๐.๔ ผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ดูแลให้นอนพักบน เดียง ประเมินการหดตัวของมดลูก การเปิดของปากมดลูก ช่วยแพทย์เก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อหา สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการหดตัวของมดลูก และยา สเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตของปอดทารก ให้ข้อมูล แก่ผู้คลอด และครอบครัวเกี่ยวกับ แผนการรักษา แนะนำการปฏิบัติตัวขณะได้รับยายับยั้งการหด ตัวของมดลูก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ผลข้างเคียงของยา ประเมินสัญญาณชีพ การหดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์ สังเกตอาการข้างเคียงของย า ดูแลให้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่อย่างเพียงพอ สนับสนุนให้สามีและครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้คลอดเพื่อให้กำลังใจและคลายความเครียดหรือความวิตกก

กังวล ติดต่อประสานงานในสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้คลอด เพื่อช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ในกรณี
ที่ผู้คลอดมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ เพื่อลดความวิตกกังวลที่เป็นปัจจัยหนึ่งของการคลอด
ก่อนกำหนดและทำให้การรักษาไม่ ได้ผลดีเท่าที่ควร กรณีที่ผู้คลอด ยับยั้งการคลอดได้สำเร็จและ
สามารถกลับบ้านได้ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น
การรับประทานยายับยั้งการ คลอดให้ถูกขนาดและตรงตามเวลา การพักผ่อนให้เพียงพอ การงด
ทำงานหนักและเดินทางไกล เป็นต้น กรณีที่ยับยั้งการ คลอดไม่สำเร็จ ต้องเตรียมความพร้อมในการ
ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ติดต่อประสานงานกับทีม Code N และหน่วยงานที่จะดูแลตามอายุ
ครรภ์ของทารก กรณีที่ต้องส่งต่อมารดาและทารกในครรภ์หรือทารกที่คลอดแล้วไปโรงพยาบาลอื่น
เนื่องจากคู่อบทารกเต็ม ติดต่อประสานงานกับหน่วยส่งต่อของโร งพยาบาลเพื่อเตรียมรถให้พร้อม
ติดต่อญาติที่ใกล้ชิดและให้ข้อมูลแก่ญาติในความจำเป็นที่ต้องส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลอื่น
ติดต่อและส่งเวรกับผู้ที่ดูแลมารดาและทารกต่อ ทำบันทึกเพื่อรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

๑๐.๕ ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดทางสูติกรรม (obstetric hemorrhage)

๑๐.๕.๑ ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดก่อนคลอด (antepartum hemorrhage) เช่น ภาวะรก
เกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด โดยดูแลให้นอนพักบนเตียง งดตรวจทางช่องคลอด หรือทวาร
หนัก งดสวนอุจจาระ ประเมินสัญญาณชีพ ช่วยแพทย์จ้องเลือด และส่งเลือดตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะซีด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความรู้สึกตัว ซีด
กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น ดูแลให้ได้รับสารน้ำหรือเลือดทดแทน
อย่างเพียงพอ สังเกตลักษณะและปริมาณของเลือดที่ออกจาก ช่องคลอด ประเมินภาวะสุขภาพของ
ทารกในครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษากับผู้คลอด และญาติ เตรียมช่วยคลอดในรายที่
สามารถคลอด ทางช่องคลอดได้ หรือเตรียมผู้คลอด เพื่อผ่าตัดฉุกเฉินกรณีเลือดออกมาก
ประสานงานกับทีมวิสัญญีและห้องผ่าตัด และทีม Code N ในการช่วยชีวิตทารก

๑๐.๕.๒ ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) โดยตรวจดูการ
หดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องให้แข็งตัว สวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะ ปัสสาวะ
ว่าง ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ใจ
เต้น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และให้การช่วยเหลือทันที
เตรียมเครื่องมือเพื่อประเมินการฉีกขาดของปากมดลูกและหนทางคลอดเพื่อเย็บแผลฝีเย็บ เจาะเลือด
เพื่อตรวจดูค่า hematocrit และช่วยแพทย์จ้องเลือด ดูแลให้ได้รับเลือดและ /หรือส่วนประกอบของ
เลือด สารน้ำและยาตามแผนการรักษา

๑๐.๕.๓ ผู้คลอดที่มีภาวะช็อคจากการตกเลือดรุนแรง เตรียมรดลูกเงิน ให้ออกซิเจน รายงานแพทย์ ประเมินการรู้สึกตัว ประเมินชีพจรและความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ช่วยแพทย์จ้องเลือด ให้สารน้ำ เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และยาตามแผนการรักษาเตรียมผู้คลอด เพื่อทำผ่าตัดคลอดฉุกเฉินกรณียังไม่คลอด ในรายที่ตกเลือดรุนแรงภายหลังคลอด หาสาเหตุของการตกเลือด สังเกตอาการแสดงออกของภาวะช็อค ให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ส่วนคาสาขสวสนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำงานของไต ตรวจประเมิน การหดตัวของมดลูกและ คลึงมดลูกให้แข็งตัวอย่างต่อเนื่องร่วมกับแพทย์ตรวจประเมินเพื่อแก้ไขสาเหตุของการตกเลือด หากไม่สามารถควบคุมภาวะเลือดออกได้ ติดต่อ ประสานงานกับทีมวิสัญญีแพทย์ รังสีแพทย์และห้องผ่าตัด เพื่อทำการหยุดเลือดออก หรือส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลผู้ป่วย

๑๐.๖ ผู้คลอดที่ทารกในครรภ์มีภาวะสายสะดือย้อย (prolapsed cord) ให้ยกส่วนก้น ผู้คลอดให้สูงโดยสอดหมอนรองคลอดหรือหมอนนอน ขณะที่แพทย์ได้มือเข้าไปในช่องคลอดเพื่อ ดันส่วนนำของทารกให้สูงขึ้น ส่วนคาสาขสวสนปัสสาวะและใส่ normal saline เข้าไปในกระเพาะ ปัสสาวะเพื่อช่วยดันส่วนนำไม่ให้กดทับสายสะดือ ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำ จ้องเลือด เตรียมผู้คลอด เพื่อการผ่าตัดฉุกเฉิน ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องขณะไปห้องผ่าตัด และประสานกับทีม Code N เพื่อช่วยชีวิตทารก

๑๑. ให้การพยาบาลผู้คลอด ที่ทารกเสียชีวิตในครรภ์ โดยร่วมกับแพทย์ให้ข้อมูลเบื้องต้นถึง สาเหตุการตายของทารกในครรภ์กับผู้คลอด สามีและญาติโดยเร็ว ประเมินสภาพจิตใจของผู้คลอด สามีและญาติอยู่ เป็นเพื่อนให้กำลังใจ ให้ผู้คลอด ได้ระบายความรู้สึก รับฟังและตอบข้อซักถาม ต่างๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแนวทางการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล ดูแลให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อชักนำการคลอดตามแผนการรักษา สังเกตทารกและสิ่งส่งตรวจต่างๆ เพื่อหาสาเหตุ การเสียชีวิต ของทารกในครรภ์รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการ คุมกำเนิด

๑๒. ส่งเสริมสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (bonding) และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในห้องคลอด (early suckling) โดยการให้ข้อมูล เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และการเลี้ยงลูก ด้วย นมแม่อย่างเดียวยังน้อย 6 เดือน (exclusive breastfeeding) ประเมินทัศนคติและความด้อย การ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้คลอด ประเมินหัวนมและลานหัวนมของผู้คลอด ทุกราย เพื่อวางแผนการ แก้ไขปัญหาให้ทารกสามารถดูดนมแม่ในครั้งแรกได้ สำเร็จในห้องคลอด ในผู้คลอด ที่มีปัญหา หัวนมและลานหัวนมผิดปกติ จะให้การช่วยเหลือตามแต่ละปัญหาที่คลอด ทำที่เวลาจะอำนวย

ดูแลให้ผู้คลอด ผ่านการคลอดอย่างราบรื่นไม่ทุกข์ทรมานมากเกินไป เพื่อที่จะสามารถให้นมแก่ทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในรายที่มารดาและทารกแข็งแรงดีหลังคลอดนำทารก ให้มารดาโอบกอดและสัมผัสทันทีภายหลังตัดสายสะดือ ช่วยจัดทำ ทารกเริ่มดูดนมมารดาภายในครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังคลอดเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำ นม ในรายที่มารดาได้รับยาเพื่หัตถ์ ดินก่อนคลอด มารดาและทารกจะซึมเนื่องจากผลข้างเคียงของยา การช่วยเหลือโดยการปลุกให้ตื่นทั้งมารดาและทารก จะช่วยให้การส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่- ลูกและการดูดนมแม่ในครั้งแรกประสบความสำเร็จ ประเมินน้ำนมมารดาและตรวจร่างกายทารกก่อนย้ายไปสังเกตอาการที่หน่วยหลังคลอด ส่งต่อปัญหาของมารดาและทารกอย่างละเอียด เพื่อให้ ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว โดยยึดหลัก คุณเร็ว คุณบ่อย คุณถูกวิธี เพื่อให้มารดาและทารกประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยังน้อย ๖ เดือน (exclusive breastfeeding)

๑๓. สอนสุขศึกษาแก่ผู้คลอดและครอบครัว ผู้คลอดที่จำหน่ายโดยไม่คลอด ผู้คลอด ที่มารับการตรวจวินิจฉัยที่ห้องคลอดโดยไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล และผู้คลอด ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ โดยสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และการเตรียมตัวเพื่อการคลอด

๑๔. เตรียมผู้คลอดเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยและรับกลับจากหน่วยตรวจอื่น เช่น หน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารก ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการเตรียมตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อ ตรวจความผิดปกติของทารกในครรภ์ ตำแหน่งของรก ปริมาณน้ำคร่ำ น้ำหนักรก และการดูแลในการส่งและรับผู้คลอดกลับจากหน่วยตรวจ

๑๕. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมในห้องคลอดให้สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยและถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ผู้คลอด ได้รับความสุขสบายและปลอดภัย และบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก และมีความปลอดภัย

๑๖. เก็บและส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามผลการตรวจและรายงานผลการตรวจให้แพทย์ทราบ

๑๗. แจ้งเกิด แจ้งตาย บันทึกรายงานการคลอด ออกหนังสือรับรองการเกิด หนังสือรับรองการตายของทารก หนังสือรับรองทารกเสียชีวิตในครรภ์ และรับผิดชอบในการส่งหนังสือรับรองการเกิดและการตายของทารกไปยังหน่วยเวชระเบียน

๑๘. ให้คำแนะนำปรึกษา (counseling) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กรณีมารดาและทารกมีภาวะเสี่ยงสูง หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกขาดใจจากการคลอด ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกตายในครรภ์ ทารกเสียชีวิต เป็นต้น

การดูแลทารกแรกเกิด

๑. ส่งเสริมสายสัมพันธ์มารดา-ทารก (bonding) และช่วยให้ทารกเริ่มดูดนมในครั้งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังเกิด โดยประเมินทารกและมารดา ถ้าทารกแข็งแรงดี นำทารกมาเช็ดตัวให้แห้งและทารกไม่มีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (อุณหภูมิ > ๓๖.๕ องศาเซลเซียส) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะนำทารกมาให้มารดาโอบกอดทันทีหลังตัดสายสะดือทารก โดยให้เนื้อมารดาสัมผัสกับเนื้อทารก (skin to skin contact) และประสานสายตา (eye to eye contact) เพื่อให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกทันที และเริ่มดูดนมในครั้งแรก (early suckling) เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมของมารดา และฝึกการใช้ลิ้นในการดูดนมของทารก การดูดนมของทารกครั้งแรกจะประสบความสำเร็จได้นั้นมารดาและทารกต้อง มีความพร้อม มารดาและทารกต้องอยู่ในภาวะที่ตื่นตัวไม่สะลึมสะลือจากยาแก้ปวด กรณีที่ทารกซึมจากการที่มารดาได้รับยาแก้ปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด การกระตุ้นให้ทารกตื่นมากขึ้น โดยการใช้ความเย็นจากการแกะผ้าห่อตัวออก การลูบสัมผัสใบหน้าและลำตัว เป็นต้น ร่วมกับการกระตุ้นรีเฟล็กซ์การดูดกลืนของทารก เช่น การกระตุ้น rooting reflex โดยใช้ปลายนิ้วชี้บริเวณริมฝีปาก เพื่อให้ทารกอ้าปากอมหัวนม และ sucking reflex โดยการดันหัวนมให้ลิ้นถึงเพดานปากและ ทารกเริ่มดูดนม การประเมินพึงพิศได้ลิ้นก่อนนำทารกเริ่มดูดนม เพื่อประเมินปัญหาในการดูดนม ในกรณีที่ทารกต้องแยกกับมารดา ให้ข้อมูลและเหตุผลในการแยกทารกกับมารดาและบิดา และแนะนำสถานที่ ที่ทารกย้ายไปอยู่ แนะนำการปฏิบัติตัวให้กับมารดาเพื่อป้องกันเต้านมคัด เช่น การบีบเก็บน้ำนมถ้าน้ำนมมาเร็ว การไปเยี่ยมทารกเมื่อร่างกายมารดาพร้อม เพื่อให้ทารกดูดกระตุ้นน้ำนม การส่งต่อข้อมูลของปัญหาทารกแก่หน่วยหลังคลอดอย่างละเอียดเช่น ภาวะพึงพิศได้ลิ้นเพื่อที่จะได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

๒. ดูแลอุณหภูมิกายทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยวัดทางทวารหนักและทางรักแร้ ถ้าวัดทางทวารหนักจะใส่ปรอทเข้าไปประมาณ ๒-๓ เซนติเมตร นาน ๑-๓ นาที (ค่าปกติเท่ากับ ๓๖.๕-๓๗.๖ องศาเซลเซียส) และวัดทางรักแร้ควรวัดนาน ๕ นาที (ค่าปกติเท่ากับ ๓๖.๕-๓๗.๕ องศาเซลเซียส) โดยการควบคุมอุณหภูมิห้องไว้ที่ ๒๕-๒๖ องศาเซลเซียส ในช่วงแรกควรวัดทุก ๑๕-๓๐ นาที จนอุณหภูมิคงที่ การป้องกันการสูญเสียความร้อนในทารกแรกเกิดเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะถ้า

ทารกสูญเสียความร้อนจนเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (hypothermia) จะเกิดอันตรายต่อทารกมาก แนวทางการป้องกันการสูญเสียความร้อนควรปฏิบัติดังนี้ เช็ดตัวทารกให้แห้งจากการเปียกน้ำคร่ำ เช็ดตัวทารกภายใต้เครื่อง Radiant warmer การจัดที่นอนของทารกไม่มีกระแสลมจากลมธรรมชาติ พัดลม หรือเครื่องทำความเย็นพัดผ่าน การเตรียมอุปกรณ์ในการรับเด็กให้อุ่น (warm) เช่น ผ้าอ้อม ผ้าห่ม หมวกไหมพรม ที่นอนทารกและหูฟัง (Stethoscope) เป็นต้น การสวมเสื้อผ้า ถุงมือ ถุงเท้า ผ้าห่ม หรือห่อผ้าไว้โดยเฉพาะบริเวณศีรษะทารกซึ่ง จะสูญเสียความร้อนเทียบได้ร้อยละ ๒๐ ของเนื้อที่ผิวกาย เป็นแหล่งสูญเสียความร้อนมากที่สุด

๓. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ เช่น ลูกยางแดงปลอดเชื้อ เครื่องดูดน้ำคัดหลั่งที่สามารถปรับแรงดูดให้อยู่ระหว่าง -๘๐ ถึง -๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ระบบออกซิเจน (flowmeter) พร้อมทั้งให้ความชื้น หน้ากาก (mask) ข้อต่อ (connector) เครื่องมือสำหรับใส่ท่อหลอดลมคอ (laryngoscope) และท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เป็นต้น ปฏิบัติโดยการดูดน้ำคัดหลั่งในคอแล้วจึงดูดในจมูกด้วยลูกยางแดงจัดให้ทารกนอนในท่าลำคอเหยียดตรง ให้ออกซิเจนทางหน้ากากในกรณีที่ไม่หายใจหรือเขียว การกระตุ้นให้ทารกร้องเป็นการกระตุ้นการหายใจอย่างหนึ่ง ทำโดยใช้ผ้าเช็ดตัวทารกให้แห้ง หรือกระตุ้นด้วยวิธีตบเบาๆ หรือดีดที่ฝ่าเท้า หรือลูบหรือเช็ดแรงๆ บริเวณหลังของทารก ถ้าพบว่าทารกมีการหายใจผิดปกติและเริ่มมีภาวะขาดออกซิเจน จำเป็นต้องให้ออกซิเจนทางหน้ากาก ๔-๖ ลิตรต่อนาทีแก่ทารก และถ้าไม่ดีขึ้นอาจต้องช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation)

๔. ป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากทารกที่คลอดทางช่องคลอดอาจได้รับเชื้อหนองใน (Neisseria gonorrhea) ทำให้เกิดตาอักเสบ (Gonococcal ophthalmia) และอาจมีผลทำให้ตาบอดได้ ดังนั้นทารกแรกเกิดทุกรายควรได้รับการดูแลและป้องกัน โดยการหยอดตาด้วยน้ำยา ๑% Silver nitrate eye drop ข้างละ ๑ หยด แล้วเช็ดตามด้วยสำลีชุบน้ำเกลือออร์มัล (๐.๙% NSS : Normal saline) เพื่อป้องกันตาอักเสบจากน้ำยา Silver nitrate ซึ่งปกติหายเองได้ภายใน ๒๔-๔๘ ชั่วโมง การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่สะดือ ภายหลังตัดสายสะดือทันทีที่จะทาบริเวณรอยตัดของสายสะดือด้วย Povidone iodine หลังจากนั้นแต่งสายสะดือใหม่เพื่อป้องกันสายสะดือหลวมทำ หมีเลือดไหลออกจากสายสะดือได้ ทาด้วย Triple dye เพื่อให้สายสะดือแห้งเร็วและลดการติดเชื้อแบคทีเรีย

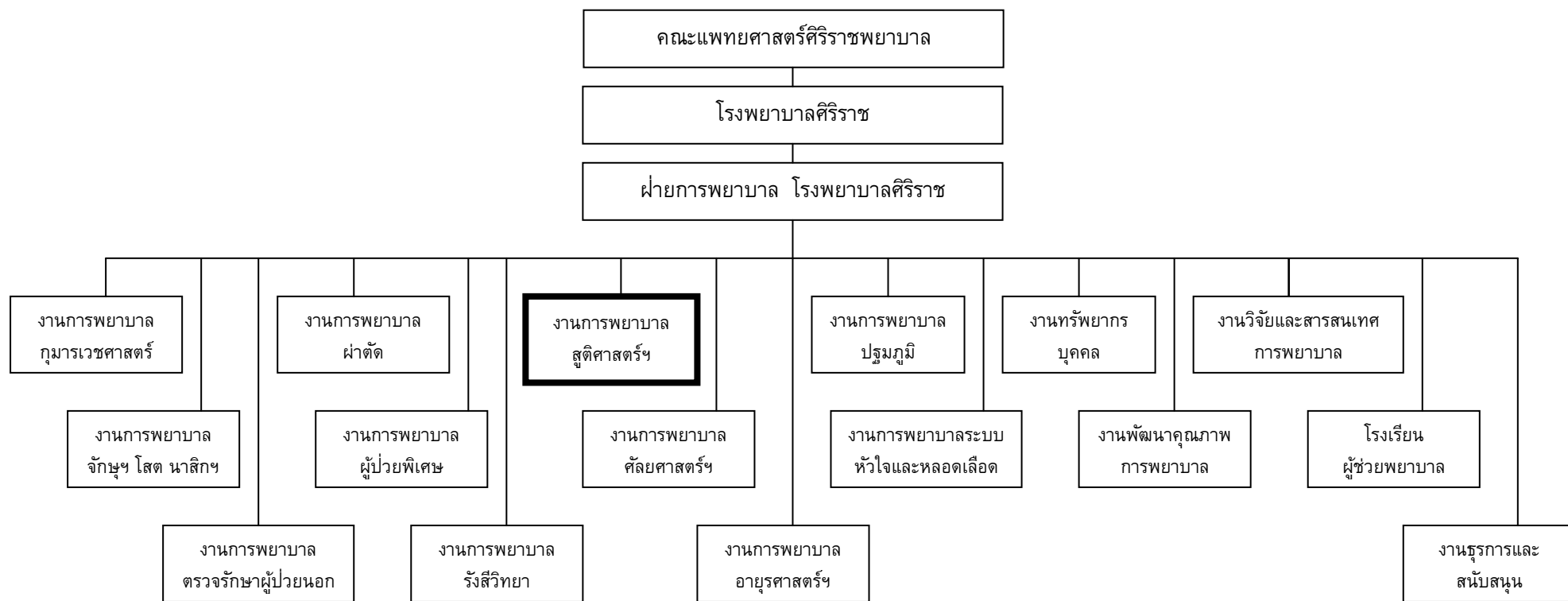
๕. ดูแลให้ได้รับวิตามินเค ทารกแรกเกิดทุกรายจะได้รับวิตามินเค ๑ มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหน้าขาเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในทารกแรกเกิด (hemorrhagic disease of the newborn)

ทารกที่ไม่ได้รับวิตามินเคจะมี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารและสมองในอัตรา ๑:๑,๐๐๐ และ ๑:๕,๐๐๐ ตามลำดับ

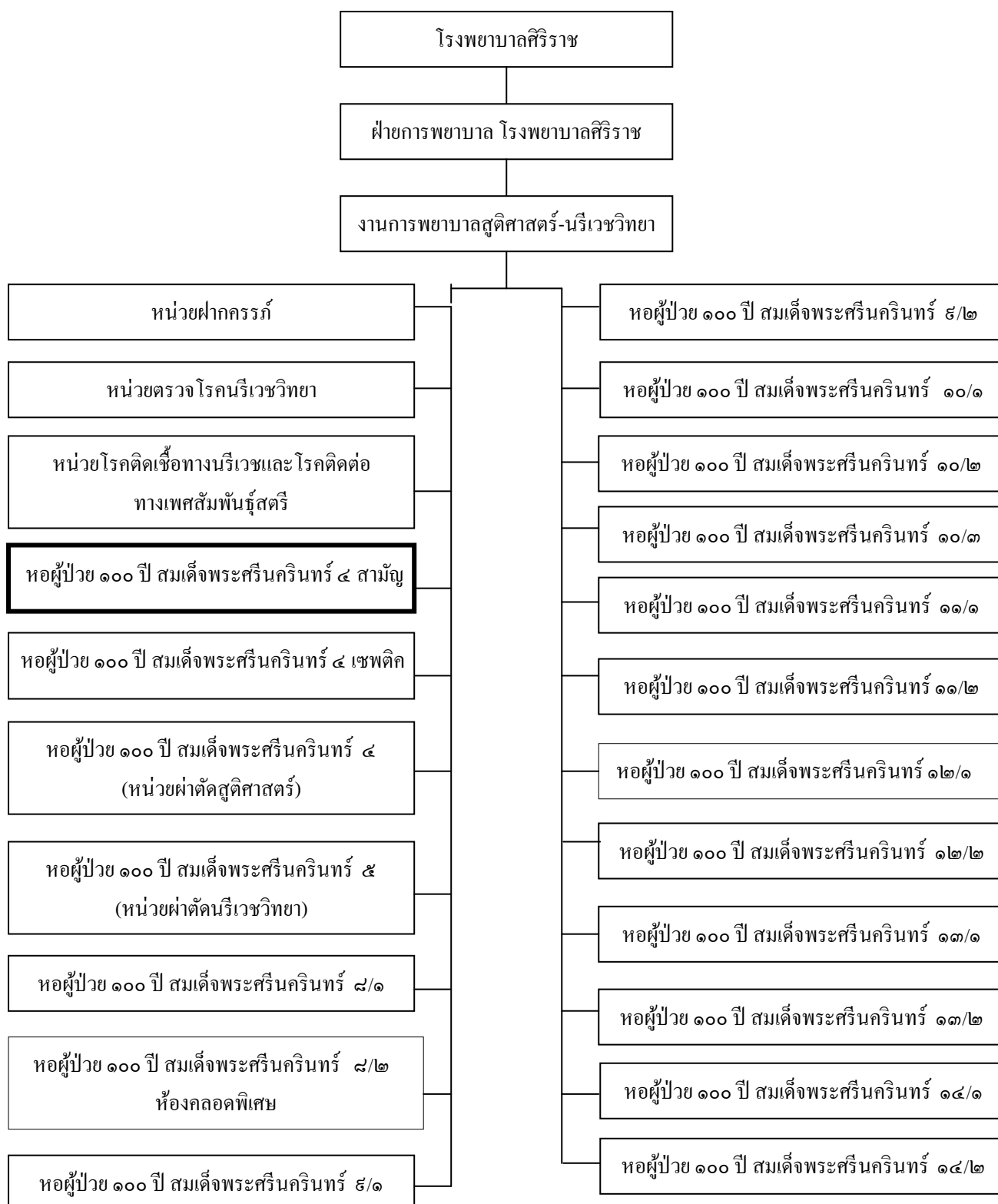
๖. คุณแม่ทำความสะอาดร่างกายทารกแรกเกิดในช่วงแรกจะทำความสะอาดโดยการ เช็ดคราบ เลือดตามร่างกายให้แห้ง ส่วนไข (Vernix caseosa) ตามผิวหนังจะเช็ดด้วยน้ำมันมะกอก (cotton oil) คุณแม่ทำความสะอาดหลังทารกขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เช็ดด้วยสำลีชุบน้ำสะอาดสำหรับทารกเพศ หญิงจะทำความสะอาดจากด้านหน้าไปด้านหลัง ไม่ควรเช็ดย้อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ

๗. ให้คำแนะนำ บิดา มารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลทารก จ ะต้องคำนึงถึงระดับ การศึกษา อายุ ประสบการณ์การดูแลทารก และสภาพครอบครัว โดยจะเน้นให้มารดาเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่างเดียวให้นานที่สุดหรืออย่างน้อย ๖ เดือน แนะนำทำต่างๆในการให้นมอย่างถูกวิธี การ ดูแลทารกอย่างนิ่มนวล อ่อนโยน และตอบสนองความต้องการของทารก เพื่อให้ทารกรู้สึกปลอดภัย พึงพอใจและเจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี การจัดเตรียมสถานที่ให้ สะอาด อากาศถ่ายเท สะดวก ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไปและปลอดภัยจาก อุบัติเหตุ รวมทั้งแมลงต่างๆ การมาตรวจตามนัด ของมารดาและทารก การสังเกตอาการผิดปกติของทารกเช่น อาการตัวเหลือง สะดืออักเสบ เป็นต้น การมารับสูติบัตรภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ทารกเกิด

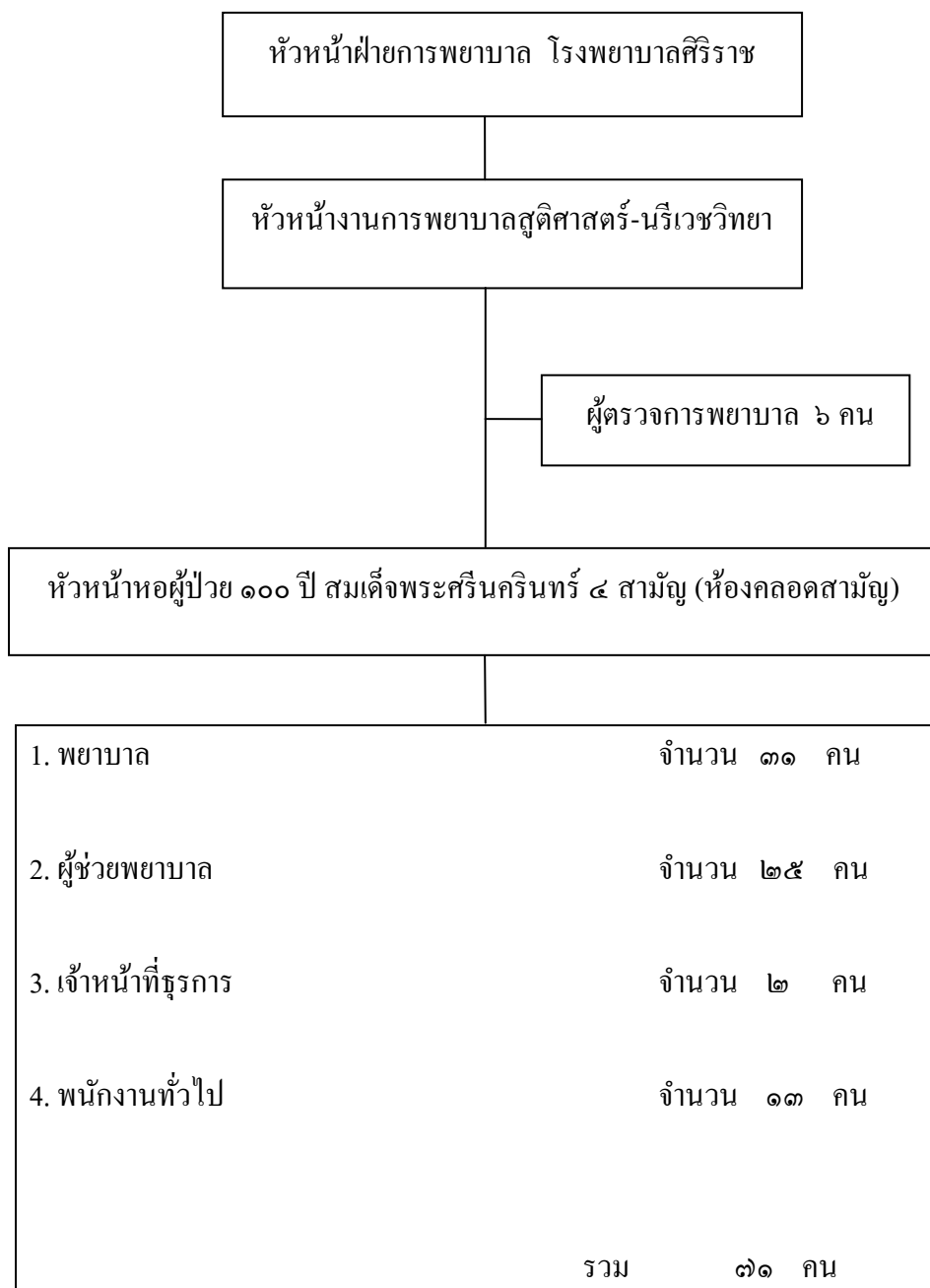
โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



โครงสร้างงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา



โครงสร้างหอผู้ป่วย ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ๔ สามัญ



บทที่ 3

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายในวัยรุ่นเพศหญิง

วัยรุ่น (Adolescence) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ โดยหมายถึงผู้ที่มียายุ 10-19 ปี โดยมีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ *adolescere* หมายถึงกำลังมีการเติบโต ส่วนคำว่า *adultus* หมายถึงการเติบโตได้เสร็จสิ้นแล้ว วัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งวัยรุ่นมีความสนใจในเพศตรงข้ามและมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติ จึงนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ได้ วัยรุ่นแบ่งออกเป็น 2 ช่วงอายุ คือ วัยรุ่นตอนต้น (Younger Adolescents) ช่วงอายุ 10-14 ปี และวัยรุ่นตอนปลาย (Adolescents) ช่วงอายุ 15-19 ปี โดยพบว่าวัยรุ่นหญิงที่มีประจำเดือนและมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายสามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ (บุญฤทธิ สุจริตน์, 2557)

พัฒนาการ (Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และจริยธรรมที่ดีต่อเนื่องกันไปอย่างมีระบบ ซึ่งพัฒนาการของวัยรุ่นแตกต่างกัน เนื่องจากอิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าพัฒนาการของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัดเจน เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่เปลี่ยนจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีความอ่อนไหวทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ได้ง่าย การเริ่มต้นความเป็นวัยรุ่นสามารถเห็นได้จากลักษณะพัฒนาการ โดยสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนว่าช่วงวัยรุ่นได้เริ่มต้นแล้วคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น ความสูง ผิวหนัง รูปร่างหน้าตา การมีหน้าอก ฯลฯ และการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เช่น สมองพัฒนาเต็มที่ ฮอร์โมนเพศเริ่มทำงาน ฯลฯ อีกทั้งยังมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ทางสังคม อารมณ์ ค่านิยม ความสนใจ การแสวงหาเอกลักษณ์ ความสนใจเพศตรงข้าม ฯลฯ ซึ่งพัฒนาการทางกายเกิดจากการที่ต่อมพิทูอิทารีผลิตฮอร์โมน ทำให้วัยรุ่นมีการเจริญเติบโตแบบพุ่งพรวด (Growth Spurt) และกระตุ้นให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ทำงานมากกว่าวัยอื่นๆ ทำให้มีการเจริญเติบโตถึงขีดสมบูรณ์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย โดยเปลี่ยนแปลงจากรูปร่างแบบเด็กที่เป็น สี่เหลี่ยมผืนผ้า ในเพศชายจะมีสัดส่วนคล้ายสามเหลี่ยมคว่ำ ส่วนเพศหญิงจะมีรูปร่างคล้ายนาฬิกาทรายบอกเวลา แขนขายาวเร็วขึ้นทำให้มองดูเก้งก้าง มือและเท้าโตมากขึ้น ส่วนใบหน้าของวัยรุ่นหญิงจะมีลักษณะรูปไข่มากขึ้น

เพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการแสดงแรก ได้แก่ การมีเต้านม (thelarche) และวัยรุ่นบางรายอาจพบขนบริเวณหัวหน่าว (pubarche) ก่อนได้ เต้านมจะมีการเปลี่ยนแปลง ได้เป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) ภาวะก่อนเข้าวัยรุ่น ยังไม่มีการขึ้นของเต้านม 2) ระยะที่เริ่มมีเต้านมคลำได้เป็นก้อนโต แข็งๆ ได้ลานนม 3) เต้านมมีขนาดใหญ่และตั้งขึ้นอย่างเห็นได้ชัด 4) ระยะที่สามารถเห็นรูปร่างของลานนมกับเต้านมแยกกันได้ชัดเจน 5) เป็นระยะที่เต้านมเจริญเต็มที่และรูปร่างหน้าอกเหมือนในผู้ใหญ่เพศหญิง



ภาพที่ 1 ลักษณะเต้านมวัยรุ่นในระยะที่ 5

ที่มา : หนังสือเรียนรู้คุณแม่จากภาพ ปี2555 หน้า14

ส่วนขนหัวหน่ามีการเปลี่ยนแปลงได้เป็น 5 ระยะได้แก่ 1) ภาวะก่อนเข้าวัยรุ่นยังไม่มีขนหัวหน่า 2) เริ่มมีขนหัวหน่าที่สังเกตเห็นได้ ขนสั้น บาง และเป็นเส้นตรง 3) ขนหัวหน่าเส้นหนาขึ้นและหยิกมากขึ้นโดยเฉพาะที่ส่วนปลาย 4) ขนหัวหน่าลักษณะเหมือนผู้ใหญ่ โดยที่ยังไม่กระจายตัวไปยังคันทรวงด้านใน 5) ขนหัวหน่ามีการกระจายเป็นแบบผู้ใหญ่ โดยในเพศหญิงจะกระจายตัวเป็นรูปสามเหลี่ยมคว่ำ ส่วนขนบริเวณรักแร้จะขึ้นช้ากว่าขนบริเวณหัวหน่าประมาณ 1 ปี (รศวันต์ อาริมิตร , สุกัญญา อินอิ้ว , บุญย้ง มา นะบริบูรณ์ , ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559)

การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของร่างกาย

วัยรุ่นจะมีดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นสำคัญ แต่ในช่วงท้ายของการเข้าสู่วัยรุ่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการสะสมไขมันในร่างกาย โดยวัยรุ่นผู้หญิงจะมีสัดส่วนของไขมันมากกว่าวัยรุ่นชายในทุกช่วง

อายุ ทั้งนี้ขึ้นกับภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคล ภาวะอ้วนในวัยรุ่นส่งผลต่อเนื่องไปจน อาจเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ อัตราการเพิ่มของน้ำหนัก (weight growth) จะมากที่สุดในช่วงวัยรุ่น ซึ่งน้ำหนักที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว นั้นจะขึ้นกับภาวะทางโภชนาการหรือการเจ็บป่วย น้ำหนักจึงไม่สามารถบ่งบอกถึงการเจริญเติบโตของวัยรุ่นได้ดีเท่ากับความสูง โดยเฉลี่ยน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นประมาณ 8 กิโลกรัม ต่อปี ช่วงที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงสำคัญของการพัฒนาความรู้สึกที่มีต่อขนาดและรูปร่างอาจส่งผลให้วัยรุ่นบางคนมีความรู้สึกกังวลหรือไม่พอใจกับภาพลักษณ์ของตนเองได้

ส่วนความสูงที่เพิ่มขึ้น (growth spurt) จะมีความแตกต่างกันในวัยรุ่นแต่ละคน โดยช่วงที่จะมีความสูงเพิ่มเร็วมากที่สุด (peak height velocity) คือช่วงเวลาหลังจากเริ่มมีเต้านม อายุ 8-13 ปี จนถึงเริ่มมีประจำเดือน ความสูงจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 8 เซนติเมตรต่อปี โดยทั่วไปเด็กผู้หญิงจะเริ่มมี growth spurt ก่อนเด็กชาย โดยความสูงที่เพิ่มขึ้นในช่วงวัยรุ่นนี้คิดเป็นร้อยละ 20-25 ของความสูงเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาที่มี growth spurt จะอยู่ประมาณ 2-3 ปี โดยคนที่เข้าสู่วัยรุ่นเร็ว ก็จะมี ความสูงในช่วงนี้มากกว่าคนที่เข้าสู่ วัยรุ่นช้า โดยผู้หญิงไทยจะมีความสูงเฉลี่ย เท่ากับ 157.3 เซนติเมตร (รศวันต์ อาริมิตร , สุกัญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และ สมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559)

การเปลี่ยนแปลงของกระดูก

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นกระดูกจะมีการเจริญเติบโตและมีความหนาแน่นของมวลกระดูกเพิ่มขึ้น โดยกระดูกมือ เท้า แขน ขา จะเริ่มยาวขึ้นในช่วงก่อนเข้าวัยรุ่นตามมาด้วยส่วนของลำตัวและกระดูกสันหลัง การเติบโตของกระดูก ที่เพิ่มขึ้นเร็วกว่าความหนาแน่นมวลกระดูก จึงทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดการหักของกระดูกง่ายกว่าวัยผู้ใหญ่ และการเติบโตของกระดูกยังเพิ่มขึ้น เร็วกว่าของกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้เอ็นที่ยึดข้อเกิดการบาดเจ็บได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบว่ากระดูกขากรรไกรที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วจะทำให้มีโอกาสที่การสบของฟันผิดปกติได้ วัยรุ่นหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของกระดูกเชิงกราน โดยกระดูกเชิงกรานจะผายออกทางด้านข้างมากกว่าด้านหน้า และทางเข้าเชิงกราน (pelvic inlet) มีลักษณะกลมมากขึ้น

ส่วนความหนาแน่นของกระดูกจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงวัยรุ่น โดยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พบว่า ร้อยละ 35 ของมวลกระดูกในร่างกาย และร้อยละ 27 ของมวลกระดูกบริเวณส่วนคอของกระดูกต้นขา (neck of femur) ถูกสะสมในช่วงที่วัยรุ่นมีอัตราการเพิ่มความสูงมากที่สุด ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นมีมวลกระดูกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปริมาณแคลเซียมที่ได้รับในแต่ละวัน และฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ถูกสร้างจากรังไข่ในเพศหญิงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้มีการสะสมแคลเซียมในกระดูก เพิ่มมากขึ้นและความหนาแน่นของกระดูกเพิ่มขึ้น ซึ่งในประเทศ สหรัฐอเมริกาแนะนำให้วัยรุ่นอายุ 9-18 ปีได้รับแคลเซียมวันละ 1,300 มก.เมื่ออายุ 19 ปีขึ้นไปแนะนำให้ได้รับ 1,000 มก.ต่อวัน และควรได้รับวิตามิน

คืออย่างน้อย 200-400 ยูนิต์ต่อวัน (รศวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559)

การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอื่นๆ

การเจริญเติบโต ของอวัยวะอื่นๆ เช่น เนื้อสมอง หัวใจ ตับ และไต จะมีอัตราส่วนการเจริญเติบโตลดลงเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว จากร้อยละ 10 ในวัยเด็กเป็นร้อยละ 5 ในวัยรุ่น เนื่องจากสัดส่วนของกล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่มขึ้นมาก การทำงานของหัวใจและปอดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และมี aerobic capacity ดีขึ้น โดยวัยรุ่นตอนกลางจะมีขนาดของหัวใจใหญ่ขึ้น ความดันเลือดเพิ่มขึ้น และค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) เพิ่มขึ้นด้วย ปอดจะมี vital capacity เพิ่มขึ้น การเติบโตของลูกตา (optic globe) อาจทำให้วัยรุ่นบางคนมีสายตาสั้นได้ ส่วนสมองมีการเจริญเติบโตจนขนาดใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 6 ปี หลังจากนั้นมีการพัฒนาการต่อเนื่องจนถึงอายุ 21 ปีเป็นอย่างน้อย (รศวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศ

การเปลี่ยนแปลงของ ลักษณะปฐมภูมิทางเพศ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อวัยวะเพศซึ่งมีมาแต่กำเนิด ด้านปริมาณ คือ มีการขยายขนาดใหญ่ขึ้น และด้านคุณภาพ คือ เพศชายมีการหลั่งน้ำอสุจิ ส่วนเพศหญิงมีการผลิตไข่ ซึ่งถ้าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์จะสามารถให้กำเนิดลูกได้

การเปลี่ยนแปลงของ ลักษณะทุติยภูมิทางเพศ หมายถึง ลักษณะทางร่างกายที่แสดงความแตกต่างระหว่างเพศ (ไม่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์) แต่เป็นลักษณะที่ปรากฏให้เห็นชัดว่าเป็นหญิงหรือชาย โดยความเจริญเติบโตของลักษณะทุติยภูมิทางเพศมีพัฒนาการ 3 ขั้นตอนจนกว่าจะเจริญเต็มที่ ได้แก่

1) Pre – pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศต่างๆ เริ่มพัฒนาเข้าสู่ขั้นที่สอง เช่น สะโพกเริ่มขยาย หน้าอกของเด็กหญิงเริ่มเจริญ เสียงเด็กชายเริ่มแตกห้าว แต่อวัยวะสืบพันธุ์ยังไม่เริ่มทำหน้าที่

2) Pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศส่วนต่างๆ ยังคงพัฒนาต่อไปอีกและอวัยวะสืบพันธุ์เริ่มทำหน้าที่แต่ยังไม่สมบูรณ์ เด็กผู้หญิงเริ่มมีประจำเดือน เด็กผู้ชายเริ่มสามารถผลิตเซลล์สืบพันธุ์ได้

3) Post- pubescence เป็นระยะที่ลักษณะทางเพศทุกส่วนเจริญเติบโตเต็มที่ อวัยวะสืบพันธุ์ของทั้งสองเพศทำหน้าที่ได้เต็มที่ เป็นระยะ ที่เด็กย่างเข้าสู่วัยรุ่น อย่างแท้จริง (รศวันต์ อาริมิตร, สุภิญญา อินอิว, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล , 2559)

พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์และสังคมในวัยรุ่น

วัยรุ่นมีพัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 3 ประการได้แก่

- 1) การมีอิสรภาพในการปกครองและดูแลตนเอง ซึ่งจะเริ่มเมื่อวัยรุ่นต้องการพึ่งพาตนเองและมีอิสระจากครอบครัวทั้งทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และการเงิน
- 2) การสร้างอัตลักษณ์ของตน ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกได้แก่ อัตมโนลักษณะ (self concept) คือ การตระหนักถึงความสามารถของตน เอง เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ที่มี รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน เชื้อชาติ ศาสนา และเพศ ส่วนที่สอง ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem)
- 3) การเตรียมตัวเพื่ออนาคตของตน ส่วนใหญ่จะพัฒนามากในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย

พัฒนาการทาง จิตใจ อารมณ์ของวัยรุ่นมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทั้งภายในและภายนอก ทำให้เด็กวัยแรกรุ่นและวัยรุ่นมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย อารมณ์ที่ไม่คงที่ ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ ความรู้สึกที่รุนแรงและไวเกินไป ซึ่งระดับความรุนแรงของอารมณ์แต่ละอย่างนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเดิมของเด็ก และขึ้นอยู่กับตัวเราที่ทำให้เด็กเกิดอารมณ์ อารมณ์ที่เกิดกับเด็กวัยรุ่นนั้น มีได้ทุกประเภท เช่น รัก ชอบ โกรธเกลียด อิจฉา ริษยา โอ้อวด แข่งขัน หลงใหล หงุดหงิด ฯลฯ ซึ่งอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อวิถีของวัยรุ่นมากและอาจทำให้หมดอนาคตคือ อารมณ์รักใคร่ เนื่องจากลักษณะอารมณ์ของเด็กวัยรุ่นเป็นเช่นนี้ บุคคลต่างวัยจึงต้องใช้ความอดทนมาก เพื่อที่จะทำความเข้าใจและสร้างสัมพันธภาพกับพวกเขาได้ ด้วยเหตุที่เด็กวัยรุ่นมักเข้ากับบุคคลต่างวัยยาก เด็กวัยรุ่นจึงรวมกลุ่มกันเองได้ดีมากเป็นพิเศษกว่าวัยอื่นๆ แต่ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นที่มีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาด้วยดี ปรับตัวได้ดีก็อาจจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ลักษณะของอารมณ์ที่มากกว่าปกติของวัยรุ่น มีลักษณะที่สำคัญ 4 ประเภท ดังนี้

- ความรู้สึกที่รุนแรงและไวเกินไป โดยพบว่าเมื่อวัยรุ่นได้รับความกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยก็อาจแสดงพฤติกรรมที่ร้ายแรงกับตนเองได้ เช่น กินยาตาย หนีออกจากบ้าน เป็นต้น
- อารมณ์ที่ไม่คงที่ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยวัยรุ่นจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและหายได้ง่าย
- การควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ เนื่องจากวัยรุ่นมีอารมณ์มากมายหลายประเภทและมีความรุนแรง บางครั้งจึงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ
- อารมณ์ค้าง เป็นอารมณ์ที่เกิดจากความผิดหวังและลดความรุนแรงลงแต่ยังติดอยู่ภายในใจ ถ้าอารมณ์นี้ติดค้างอยู่ในใจเป็นเวลานาน วัยรุ่นจะมีพฤติกรรมเครียด ซึมเศร้า หรือฆ่าตัวตายได้

พัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นได้เปลี่ยนแปลงจากพ่อแม่หรือครู ไปเป็นเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน ในการดำรงชีวิตวัยรุ่นจึงมีลักษณะการติดต่อที่ทำให้วัยรุ่นแตกต่างจากเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งเรียกว่า วัฒนธรรมคนหนุ่มสาว ได้แก่ การติดต่อสื่อสารโดยใช้ Facebook แทนการพูดคุยทางโทรศัพท์ การทำผมทรงแบบดาราเกาหลี เป็นต้น เด็กเริ่มลดความเอาใจใส่กับบุคคลต่างวัยทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยที่ต่ำกว่า ลักษณะการคบเพื่อนของวัยรุ่น แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

- ผุ้ชน เป็นกลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นที่ใหญ่ที่สุด มีสมาชิกประมาณ 15-30 คน มีทั้งเพศชายและเพศหญิงมารวมกลุ่มกันด้วยความสนใจที่เหมือนกัน หรือโอกาสที่จำเป็น
- เพื่อนสนิท มีสมาชิก 5-6 คน โดยวัยรุ่นคบกันเป็นเพื่อนสนิทใน 2 รูปแบบ คือ 1) ถ้าสมาชิกในกลุ่มจะเป็นเพศชายและหญิงอายุเท่ากันมารวมตัวกันตามชนชั้นทางสังคม 2) แก๊งค์สมาชิกในกลุ่มมักเป็นเพศชายมารวมกลุ่มกันด้วยคุณสมบัติหรือความสามารถของแต่ละคน เช่น แก๊งค์รถซิ่ง
- เพื่อนคู่หู ส่วนใหญ่มีสมาชิกคนเดียว ซึ่งวัยรุ่นไว้วางใจและเล่าทุกเรื่องให้ฟัง ถ้าเป็นเพื่อนต่างเพศกันอาจเรียกว่า แฟน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 10-19 ปี ซึ่งโดยส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน (unplanned pregnancy) รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancy) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่พร้อมจะตั้งครรภ์ต่อไปจะพยายามยุติการตั้งครรภ์ จึงมีโอกาที่จะไปทำแท้งเถื่อนหรือหาทางยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่วนในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เลือกตั้งครรภ์ต่อไปก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากการเจริญเติบโตด้านร่างกายของวัยรุ่นยังไม่เต็มที่ และนอกจากนี้บางส่วนไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้วทำให้ไม่ได้รับการดูแลที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (high risk pregnancy) โดยมีผลกระทบทั้งต่อตัวสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทารกทั้งด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ การเลี้ยงดู รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติได้ ซึ่งผลกระทบแต่ละด้านมี ดังนี้ (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557; บุรเทพ โชคนานุกุล และกมลชนก ขำสุวรรณ, 2559)

ผลกระทบด้านร่างกาย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าการตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 20-30 ปี เนื่องจาก ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พร้อมของร่างกาย จิตใจ ความคิดของวัยรุ่น เอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารก โดยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบได้บ่อยในมารดาวัยรุ่น (เยื่อน ตันนิรันดร์ และวรวงศ์ ภู่งศ์, 2551; รสวันต์ อาริมิตร, สุกัญญา อินอิ้ว, บุญยี่ มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559; สุพร อภินันทเวช, บุญยี่ มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณากูร และภัทรวลัย ตลิ่งจิตร, 2558) ได้แก่

1) ภาวะซีด สามารถพบได้มากขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากโดยปกติความต้องการธาตุเหล็กในช่วงวัยรุ่นเพื่อใช้สร้างเม็ดเลือดแดงมีมากกว่าวัยรุ่นใหญ่ โดยเฉพาะในรายที่มีประจำเดือนมามากกว่าปกติ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังทำให้มีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มมากกว่าวัยรุ่นหญิงทั่วไป แต่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่กลับ มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้วทำให้ได้รับยาบำรุงเลือดช้าและมีการรับป ระทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดภาวะซีดได้ง่าย นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนหนึ่งยังเป็นพาหะของโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียอีกด้วยจึงมีผลทำให้ซีดยิ่งขึ้นในช่วงการตั้งครรภ์

2) ภาวะครรภ์เป็นพิษ พบเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งการมาฝากครรภ์สม่ำเสมอจะทำให้ได้รับการตรวจติดตามความดันโลหิตและไข่ขาวในปัสสาวะ รวมทั้งสามารถตรวจพบอาการนำของภาวะนี้ได้ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ แต่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ใกล้คลอดแล้ว อีกทั้งยังมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมออีกด้วย

3) ภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนสาเหตุยังไม่ทราบชัดเจนแต่มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้านสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และมีการศึกษาพบว่าภาวะคลอดก่อนกำหนดพบมากในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การมีอายุนับจากวันเกิดด้วยอายุที่เริ่มมีประจำเดือน (gynecological age) น้อยกว่า 2 ปี ซึ่งเมื่อเกิดการคลอดก่อนกำหนดจะมีปัญหาต่างๆ ตามมามากมายทั้งเรื่องของค่าใช้จ่าย ความสามารถในการดูแลทารก และความเสี่ยงของทารกที่จะเกิดความพิการและโรคต่างๆอีกด้วย

4) ทารกน้ำหนักตัวน้อย นอกจากการคลอดก่อนกำหนดแล้ว การเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารก มีอัตราการตายสูงขึ้น เกิดจากทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากมารดา ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ทารกมีน้ำหนักตัวน้อยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในมารดาวัยรุ่น เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด ความเครียด ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น และอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาวัยรุ่นใหญ่

5) การเจริญเติบโตของตัวสตรีตติ้งครรภ์วัยรุ่น มีการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อความสูงและความหนาแน่นของกระดูกของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่อายุน้อย

6) โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สามารถทำให้เกิดความพิการต่อทารกในครรภ์ และการตายคลอด จึงควรมีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมาฝากครรภ์ และตรวจซ้ำในไตรมาสสุดท้าย

ผลกระทบด้านจิตใจ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเปลี่ยนบทบาทจากเด็กหญิงมาเป็นแม่ ที่ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ มักไม่พร้อมที่จะรับบทบาทการเป็นมารดา มีความเครียด ความรู้สึกอับอาย หวาดระแวง บางรายอาจจะมีภาวะป่วยทางจิตได้ ซึ่งโดยปกติวัยรุ่นมักมีความกลัวและกังวลเกี่ยวกับเรื่องรูปร่าง หน้าตา ภาพลักษณ์ การเข้าสังคม การยอมรับของเพื่อน รวมไปถึงอนาคตความปลอดภัย ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์จึงเป็นสถานการณ์ที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัว กังวลเพิ่มมากขึ้นเป็นทวีคูณ ซึ่งความกลัวหรือวิตกกังวลนั้นถ้ามีมากเกินไปอาจส่งผลกระทบทางลบต่อการดำเนินชีวิต เช่น ปัญหาการเรียน การปรับตัว การนอน การดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเกิดปัญหาสัมพันธ์ทางเพศกับผู้อื่นได้ เป็นต้น

โรควิตกกังวล (anxiety disorder) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น มีความชุกร้อยละ 7.6-34.9 ในกลุ่มวัยรุ่นและมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม มือสั่น เป็นต้น จึงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นทำให้โรคที่เป็นปัญหาด้านจิตใจมีการดำเนินโรคเรื้อรัง มีความเสี่ยงมากขึ้นต่อการเกิดโรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด ปัญหาการเรียน การเข้าสังคมในระยะยาวได้ (กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุวรรณ, เอกชัย ไคววิสารัช, ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, 2558; รสวันต์ อาริมิตร, สุกัญญา อินอิ้ว, บุญย้ง มานะบริบูรณ์, ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล, 2559)

ผลกระทบด้านสังคม

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อาจพบปัญหาว่าฝ่ายชายหรือสามีไม่รับผิดชอบ ครอบครัวยอมรับ มีความรุนแรงต่างๆ นอกจากนี้การที่วัยรุ่นมักไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรหรือการดำเนินชีวิตครอบครัว จึงส่งผลกระทบทางด้านสังคมตามมา โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสสูงที่จะหยุดเรียนหรือเรียนไม่จบ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ถูกกดดันจากผู้บริหารสถานศึกษา ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนและคนในชุมชน เพราะทำผิดจารีตทางสังคม ถูกผู้ปกครองห้ามไปโรงเรียนเนื่องจากเห็นว่าเป็นความเสื่อมเสียของ

ครอบครัว หรือมีความจำเป็นต้องออกจากโรงเรียนเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เป็นต้น ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านี้มีการศึกษาต่ำทำให้เสียโอกาสในการทำงานที่ดีหรือต่งงาน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาด้านการเงินตามมา ในกรณีที่ฝ่ายชายยังเป็นวัยรุ่นด้วยกัน ก็มักประสบปัญหาเดียวกันคือไม่สามารถหางานที่ดีมีรายได้สูงได้ตามที่ต้องการ ทำให้มีรายได้ไม่พอจ่ายและไม่สามารถให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับบุตรได้ ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวมักก่อให้เกิดความเครียดตามมา นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และอาจจบลงด้วยการหย่าร้าง เกิดปัญหาต่อเนื่องไปยังตัวลูกที่จะเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่แตกแยก ได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมส่งผลสืบเนื่องไปยังปัญหาสังคมด้านอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก

ผลกระทบต่อสังคมที่สำคัญคือ การทอดทิ้งทารกไว้ตามที่สาธารณะ หรือถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ รวมถึงการทอดทิ้งเด็กไว้กับ ปู่ย่า ตายาย หรือญาติ ซึ่งอาจจะไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่เท่าที่ควร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นผลกระทบต่อข้ามรุ่นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยพบว่าลูกของแม่วัยรุ่นมีโอกาสดังครรภ์ และกลายเป็นแม่วัยรุ่นมากกว่าหญิงที่เกิดจากแม่ที่อายุ 20 ปีหรือมากกว่า (บุรเทพ โชคนานุกุล และกมลชนก ขำสุวรรณ, 2559)

กระบวนการคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูกเพื่อขับทารกในครรภ์ รก เยื่อหุ้มรก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกผ่านช่องคลอดออกสู่ภายนอก โดยทั่วไปแล้วการคลอดปกติจะเกิดขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ครบกำหนดประมาณ 37-42 สัปดาห์ มีศีรษะของทารกเป็นส่วนนำโดยหันท้ายทอยอยู่ด้านหลังของช่องเชิงกรานและใช้เวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์จริง กระบวนการคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ (มาลีวัลเลิศสาครศิริ, 2558; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์ และสิदानันท์ ศรีใจวงศ์, 2556; ศศิธร พุ่มดวง, 2555; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

ระยะที่ 1 ของการคลอด

ระยะที่ 1 ของการคลอด นับตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดประมาณ 10 เซนติเมตร ซึ่งเป็นระยะที่ยาวนานที่สุดของกระบวนการคลอด ผู้คลอดครรภ์แรก ใช้เวลา 8-24 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยประมาณ 12 ชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังใช้เวลา 4-12 ชั่วโมง โดยเฉลี่ยประมาณ 6 ชั่วโมง มดลูกจะมีการหดตัวสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที ซึ่งการเปิดขยายของปากมดลูกนี้เกิดจากแรงดันของการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก โดย ระยะที่ 1 ของการคลอดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง เมื่อมดลูกมีการหดตัวสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที จนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างช้าๆ เพื่อให้ปากมดลูกมีความบางมากขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดไม่มาก เนื่องจากมดลูกมีการหดตัวไม่รุนแรงมากนักและหดตัวนานๆ ครั้ง กล่าวคือ ในระยะแรก มดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 20-30 วินาที ความถี่ทุก 10-20 นาทีและมีความรุนแรงระดับต่ำ ส่วนในระยะท้าย มดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 30-40 วินาที ความถี่ทุก 5-7 นาทีและมีความรุนแรงระดับปานกลาง (moderate)

2) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร เป็นระยะที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างรวดเร็ว ในระยะนี้ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากกว่าระยะปากมดลูกเปิดช้า เนื่องจากการหดตัวของมดลูกจะรุนแรงขึ้นและนานขึ้น กล่าวคือ ในระยะแรก มดลูกหดตัวครั้งละประมาณ 45-60 วินาที ความถี่ทุก 3-5 นาทีและมีความรุนแรงระดับปานกลาง ในระยะนี้ผู้คลอดครรภ์แรกมีการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ส่วนผู้คลอดครรภ์หลังมีการเปิดขยายของปากมดลูก 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง

3) ระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร มดลูกจะหดตัวครั้งละประมาณ 60-90 วินาที ความถี่ทุก 2-3 นาทีและมีความรุนแรงระดับมาก ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากที่สุดในระยะนี้

การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 1 ของการคลอด

1) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเฉพาะที่

- การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ถูกควบคุมโดยระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ มดลูกส่วนบน (upper segment) ซึ่งเป็นส่วน active segment ส่วนใหญ่กล้ามเนื้อเรียงตัวตามยาวเป็นส่วนที่มีการหดตัวช่วยผลักดันให้เคลื่อนต่ำลงมา และมดลูกส่วนล่าง (lower segment) ซึ่งเป็นส่วน passive segment ลักษณะกล้ามเนื้อเรียงตัวเป็นวงกลม มีการทำงานน้อยกว่ากล้ามเนื้อมดลูกส่วนบน ซึ่งการทำงานที่ประสานกันของมดลูกส่วนบนและส่วนล่างทำให้มีความก้าวหน้าของการคลอด การทำงานที่ประสานกันของมดลูกส่วนบนและส่วนล่างจะทำให้เกิดรอยต่อระหว่างมดลูกทั้ง 2 ส่วน เรียกว่า Physiological retraction ring หรือ Braun's ring แต่กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกันจะทำให้เกิดภาวะผิดปกติ เรียกว่า Pathological retraction ring หรือ Bandl's ring ซึ่งอาจทำให้มดลูกแตกได้ การหดตัวของมดลูกจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการคลอด เมื่อการคลอดก้าวหน้าขึ้น ระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งจะนานขึ้น ถึ้นและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บปวด โดยเฉพาะความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจัดเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงมากที่สุดและนานที่สุด เนื่องจากกินเวลานานเมื่อเทียบกับระยะอื่นๆ ของการคลอด สาเหตุของความเจ็บปวดเนื่องจากในขณะที่มดลูกหดตัวจะมีการไหลเวียนของเลือดไปที่มดลูกลดลง ทำให้กล้ามเนื้อ

มดลูกขาดออกซิเจน มีการคั่งของกรดแลคติก รวมทั้งมีการยึดตัวของปากมดลูก เส้นเอ็นที่ยึดมดลูก กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานและเยื่อช่องท้องที่คลุมยอดมดลูก ประกอบกับแรงกดดันของมดลูกบน กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะและทวารหนักทำให้เส้นประสาทพิวเดนคัล (pudendal nerve) ถูก กระตุ่น และส่งผ่านกระแสประสาทความเจ็บปวดไปยังเส้นประสาทไขสันหลังปีกบน (dorsal horn) แล้วเข้าสู่ไขสันหลังส่วนปลาย (T10 ถึง L1) ไปยังเส้นประสาทขาขึ้น (ascending system) แล้วเข้าสู่สมองซึ่งแปลการรับรู้และความรู้สึกเจ็บปวด (มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และ ประเสริฐ ศันสนียวิทย์กุล, 2552)

- การสั้นบาง (effacement) และการเปิดขยายของปากมดลูก (dilatation) เกิดจากการหดและคลายของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนบนร่วมกับการที่มดลูกส่วนล่างถูกดึงรั้งให้ยืดขยาย มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนของปากมดลูก (cervix) ทำให้เกิดการสั้นบางและการเปิดขยายของปากมดลูก ปากมดลูกก่อนระยะคลอด มีความยาวประมาณ 2 เซนติเมตร ถ้าสั้นลง 1 เซนติเมตร เรียกว่า บางไป 50 เปอร์เซ็นต์ โดยถ้าบางลงเหลือเพียง 2-3 มิลลิเมตร เรียกว่า บางหมดแล้ว ซึ่งถือว่าไม่มี cervical canal เหลืออยู่เลย ส่วนการเปิดขยายของปากมดลูกก่อนระยะคลอด external os จะปิดสนิท หรือเปิดเพียง 2-3 มิลลิเมตร ถ้าปากมดลูกเปิดขยายวัดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 10 เซนติเมตร เรียกว่า ปากมดลูกเปิดหมด (fully dilatation) โดยในครรภ์แรกปากมดลูกมีการเปิดขยายโดยเฉลี่ย 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ส่วนในครรภ์หลังปากมดลูกเปิดขยายโดยเฉลี่ย 1.5 เซนติเมตรต่อชั่วโมง

2) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบต่างๆของร่างกาย

- ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ (1) cardiac output จะเพิ่มขึ้นเกิดจากการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งจะมีเลือดจากมดลูกเข้าสู่ระบบไหลเวียนโลหิตประมาณ 400 มิลลิลิตร โดยช่วงแรกของระยะที่ 1 ของการคลอด cardiac output จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 ส่วนช่วงท้ายของระยะที่ 1 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 35-40 (2) ความดันโลหิต ขณะมดลูกหดรัดตัวความดันโลหิต systolic จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 10-15 มิลลิเมตรปรอท ส่วน ความดันโลหิต diastolic จะเพิ่มขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท แต่หากผู้คลอดนอนหงายจะเกิดการกดทับเส้นเลือดดำ inferior vena cava ทำให้การไหลของเลือดจากอวัยวะส่วนปลายกลับสู่หัวใจลดลงมีผลทำให้ systolic pressure และ diastolic pressure ลดลง เรียกว่า ภาวะความดันโลหิตจะต่ำเนื่องจากการนอนหงาย (supine hypotensive syndrome) (3) ชีพจร ขณะมดลูกหดรัดตัวชีพจรจะไม่เปลี่ยนแปลงถ้าผู้คลอดอยู่ในท่านอนตะแคง ส่วนท่านอนหงายจะทำให้ชีพจรลดลง (4) โลหิตวิทยา พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของฮีโมโกลบินประมาณ 1.2 gm% เม็ดเลือดขาวจะเพิ่มขึ้นประมาณ 15,000 cell/mm³ ระดับของไฟบริโนเจน (fibrinogen) ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น และระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือดลดลง เล็กน้อย

- ระบบหายใจ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 26 เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด ขณะมดลูกหดรัดตัวเต็มที่ผู้คลอดบางรายอาจมีอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นถึง 60-70 ครั้ง

ก่อนที่ และกลับสู่อัตราปกติเมื่อหมดลูกกลายตัว ผู้คลอดบางรายที่เจ็บปวดและกลัวมากจะมีการระบายอากาศหายใจมากกว่าปกติ ถ้าเป็นอยู่นานจะทำให้ค่าความดันของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดลดลงจนเกิดภาวะ hyperventilation ได้

- ระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญพลังงาน การทำงานของกระเพาะอาหารช้าหรือหยุดไป มีการเคลื่อนไหวและการดูดซึมของลำไส้เล็กลดลง นอกจากนี้การที่ผู้คลอดรู้สึกไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ทำให้ความอยากอาหารลดลง บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้ โดยเฉพาะปลายระยะที่ 1 ของการคลอดจะมี metabolism ของคาร์โบไฮเดรตสูงขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อทำงานมากขึ้น และร่วมกับความเครียดจากการเจ็บครรภ์ ถ้าระยะนี้ใช้เวลานานอาจมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและสารอาหารได้

- ระบบขับถ่าย ไตมีอัตราการกรองเพิ่มขึ้นเนื่องจากมี cardiac output เพิ่มขึ้น ทำให้มีปัสสาวะมากและอาจพบโปรตีนในปัสสาวะได้ บางครั้งผู้คลอดอาจถ่ายปัสสาวะลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวลดลง และถูกมดลูกหรือทารกกดเบียด โดยเฉพาะในช่วงปลายระยะที่ 1 ซึ่งส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมา ผู้คลอดจะรู้สึกอยากเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะส่วนนำของทารกไปกดเบียดทวารหนัก

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระยะนี้กล้ามเนื้อมีการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมดลูก ผู้คลอดอาจมีอาการปวดหลังและปวดตามข้อต่างๆ เนื่องจากการคลายตัวของเอ็นยึดกระดูก นอกจากนี้อาจเกิดตะคริวบริเวณขาและนิ้วเท้าได้

- ระบบต่อมไร้ท่อ มีการทำงานเพิ่มมากขึ้น มีการหลั่ง estrogen ลดลง ส่วน progesterone, prostaglandins และ oxytocin เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม

สภาพจิตใจของผู้คลอดจะแตกต่างกันขึ้นกับภูมิหลังหรือพื้นฐานจิตใจของแต่ละคน เช่น ความรู้ ความคิด ความกลัว ความวิตกกังวล ประสบการณ์การคลอด ความเชื่อทางศาสนา หรือข้อมูลที่ได้รับมาจากคนรอบข้าง เป็นต้น ซึ่งสภาพจิตใจของผู้คลอดมีบทบาทสำคัญมากต่อการคลอด โดยอาจส่งผลทำให้การดำเนินการคลอดไม่ก้าวหน้า หรือเกิดการคลอดล่าช้า ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- ความวิตกกังวล หรือความเครียด (anxiety or stress) ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด อาจทำให้การคลอดล่าช้าได้ เนื่องจากเมื่อผู้คลอดเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียดจะทำให้ร่างกายมีระดับของสาร epinephrine สูงขึ้นส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เกิดการคลอดยาวนาน สาเหตุของความวิตกกังวลหรือความเครียด เกิดจากการถูกแยกจากคนในครอบครัวมาอยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า การเจ็บครรภ์คลอด ความไม่สุขสบายต่างๆขณะรอคลอด การขาดความรู้ ความไม่เข้าใจในกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ เหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

- ความกลัว (fear) ถ้าผู้ล่อไม่เข้าใจกระบวนการล่ออาจจินตนาการถึงการล่อไปต่างๆกันจนทำให้ผู้ล่อรู้สึกตื่นตกใจ และกลัวว่าตนเองกับทารกจะเป็นอันตรายหรือเสียชีวิตจากการล่อได้

- ความอ่อนล้า หหมดแรง (exhaustion) ผู้ล่อที่มีระยะรอล่อที่ยาวนานอาจมีความอ่อนล้าเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากต้องคอยหาอาหารและน้ำทางปาก ประกอบกับมีความเจ็บปวดทำให้ไม่สุขสบายและพักผ่อนได้น้อยลง (มาลีวัล เลิศสารศิริ, 2558; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์, 2556; ศศิธร พุมดวง, 2555; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แส่นศิริพันธ์, 2553)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ในระยะที่ 1 ของการล่อพบว่า สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นมีพฤติกรรมในการแสดงออกที่หลากหลาย ได้แก่ บางรายไม่กล้าแสดงออก ไม่กล้าซักถาม บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว บางรายไม่สนใจที่จะรับฟังคำแนะนำต่างๆ บางรายกลัวการล่อมาก เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวเพื่อการล่อมาก่อน หรือเตรียมตัวมาเพียงบางส่วน ส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวการล่อ กลัวการเจ็บครรภ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อนซึ่งความกลัวส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ เช่น ไม่รู้ว่าจะล่อเมื่อไหร่ ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง ไม่รู้ว่าอาการเจ็บครรภ์รุนแรงอย่างไร รวมทั้งไม่รู้ว่าจะล่อต้องเบ่งอย่างไร นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่จะไม่มีอารมณ์ทนต่อความเจ็บปวด ทำให้บางรายมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องโวยวาย ไม่ทำตามคำแนะนำ กระสับกระส่ายตลอดเวลา เป็นต้น บางรายเบ่งก่อนที่จะปากมดลูกจะเปิดหมด ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินการล่อล่าช้า ได้ โดยจากประสบการณ์การดูแล สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นพบว่าการที่มีบุคลากรเข้าไปดูแล ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจสม่ำเสมอ และใช้เวลา รวมทั้งมีท่าทีที่เป็นมิตรจะสามารถช่วยให้มารดาวัยรุ่นปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง และมีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่ดีขึ้นได้ ซึ่งการให้คำแนะนำต้องประเมินเป็นเฉพาะราย โดยควรให้คำแนะนำตามระยะของการล่อ เช่น ต้องบอกระยะเวลาที่จะต้องรอล่อ จะต้องเผชิญอะไรบ้าง ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และผู้ดูแลจะทำอะไรให้บ้างระหว่างรอล่อ เป็นต้น สิ่งที่สำคัญคือ ต้องติดตามหลังให้คำแนะนำว่า สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นสามารถทำตามได้ถูกต้องหรือไม่ ถ้าทำไม่ถูกต้องผู้ดูแลควรเข้าไปแนะนำอย่างใกล้ชิด ไม่ตำหนิ หรือใช้น้ำเสียงที่แข็งกระด้าง ควรให้กำลังใจในส่วนที่ทำถูกต้องแล้ว และช่วยแก้ไขในจุดที่ยังไม่สามารถทำได้ สร้างความมั่นใจให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นว่าสามารถทำได้

ระยะที่ 2 ของการล่อ

ระยะที่ 2 ของการล่อเริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด (10 เซนติเมตร) จนถึงทารกคลอดมาหมดทั้งตัว ระยะนี้ส่วนของทารกจะเคลื่อนต่ำลงมาในช่องคลอดตามกลไกการคลอดจนถึงทารกคลอด โดยใช้แรงหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้ล่อ ซึ่ง ในครรภ์แรกใช้เวลา ประมาณ 1

ชั่วโมงไม่ควรนานเกิน 2 ชั่วโมง ในครรภ์หลังใช้เวลาประมาณ 30 นาทีไม่ควรนานเกิน 1 ชั่วโมง ในระยะที่ 2 ของการคลอดมดลูกจะมีการหดตัวถี่ นานและรุนแรงขึ้น โดยอาจมีการหดตัวของมดลูกทุก 2-3 นาที นาน 60-90 วินาที และมีความรุนแรงระดับมาก ถ้ามดลูกมีการหดตัวไม่ดีจะทำให้ระยะนี้ยาวนานเพิ่มขึ้น ในระยะนี้ผู้คลอดจะมีความเครียดเพิ่มขึ้นสาเหตุอาจเกิดจากการรอลอดยาวนาน ความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดที่รุนแรง รวมทั้งความกลัวการคลอด โดยในระยะที่ 2 ของการคลอดแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) Early หรือ Late phase เป็นช่วงที่ต่อจากปากมดลูกเปิดหมด ผู้คลอดเริ่มมีอาการสงบลง พักหลับได้ช่วงสั้นๆ ความถี่และความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกลดลง เป็นช่วงของการจัดระบบใหม่เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเบ่งใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที

2) Descent หรือ active phase เป็นช่วงของการเคลื่อนต่ำ ของส่วนนำที่เห็นได้อย่างชัดเจน และเริ่มมองเห็นส่วนนำของทารก เมื่อผู้คลอดเบ่งส่วนนำจะเคลื่อนต่ำลงเรื่อยๆจนมองเห็นส่วนกว้างที่สุดของส่วนนำที่ปากช่องคลอด เรียกว่า crowning คือ ส่วนนำของทารกยังคงค้างอยู่ที่ช่องคลอดและไม่กลับขึ้นไปอีกเมื่อมดลูกคลายตัว

3) Perineal phase เป็นช่วงที่ฝีเย็บเริ่มบาง โป่งตุง มองเห็นส่วนนำที่ปากช่องคลอด ทวารหนักบานออก และอาจมีอุจจาระออกมาด้วย การหดตัวของมดลูกจะถี่และรุนแรงมากขึ้น เมื่อผู้คลอดเบ่งเสริมก็สามารถทำให้ทารกคลอดออกมาได้ ช่วงนี้ถ้าไม่ตัดฝีเย็บอาจทำให้ฝีเย็บฉีกขาดได้

การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 ของการคลอด

1) การเปลี่ยนแปลงของแรงผลักดันทารก

- แรงจากการหดตัวของมดลูก ระยะนี้มดลูกจะมีการหดตัวถี่ นานและรุนแรงขึ้นทุก 2-3 นาทีนาน 60-90 วินาที มีความรุนแรงระดับมาก ทำให้ ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาและมีการแตกของถุงน้ำทันทันได้ในตอนต้นของระยะนี้ ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีจะทำให้ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานได้

- แรงจากการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม เมื่อส่วนนำของทารกเคลื่อน ต่ำลงมากกดทับพื้นเชิงกรานและทวารหนัก จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่งในขณะที่มดลูกมีการหดตัว แรงเบ่งมีความสำคัญมากในการที่จะ ช่วยผลักดันทารกออกสู่ภายนอกเพราะสามารถเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูกให้เพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าของแรงจากการหดตัวของมดลูก ถ้าแรงเบ่งไม่ดีจะทำให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำล่าช้าหรือหยุดชะงักได้

2) การเปลี่ยนแปลงของทารก

ในระยะนี้ทารกจะอยู่ในลักษณะก้มมากขึ้น และเคลื่อนผ่านช่องเชิงกรานลง มาตามกลไกการคลอด

3) การเปลี่ยนแปลงของพื้นเชิงกรานและฝีเย็บ

เมื่อศีรษะทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมาจะถ่างขยายช่องคลอด ทำให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อช่องคลอดและมีเลือดออกเล็กน้อย จนกระทั่งศีรษะทารกถูกดันให้ ลงมากดทับกับพื้นเชิงกราน พื้นเชิงกรานจะยืดขยายมากขึ้น ขณะเดียวกันด้านหลังของพื้นเชิงกรานจะถูกศีรษะดันลงมาข้างล่างทำให้พื้นเชิงกรานเปลี่ยนรูปร่างช่วยทำให้ศีรษะทารกคลอดโดยการก้มหน้าออก หลังจากนั้น ไหล่และลำตัวของทารกก็จะคลอดตามออกมา ส่วนฝีเย็บจะโป่งตึงมากขึ้นเมื่อศีรษะของทารกเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเหล่านี้จะทำให้ผู้คลอดมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ รู้สึกอยากเบ่งหรืออยากถ่ายอุจจาระ ฝีเย็บโป่งตึง รูทวารหนักเปิด มองเห็นส่วนนำของทารก มีการแตกของถุงน้ำคร่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น

4) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม

ระยะที่ 2 ของการคลอดจะทำให้ผู้คลอดมีความเครียดมากขึ้นเนื่องจาก มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย และมีการรับรู้ความเจ็บปวดรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้คลอดอาจแสดงพฤติกรรมก้าว ว้าว ร้องเอะอะโวยวาย ใช้คำพูดหยาบคาย ไม่ให้ความร่วมมือใดๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ซึ่งถ้าผู้คลอดมีความกลัวร่วมด้วย เช่น กลัวว่าจะคลอดเองไม่ได้ กลัวว่าบุตรจะพิการหรือเสียชีวิต จะยิ่งทำให้ผู้คลอดมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ถ้าผู้คลอดเบ่งไปได้สักระยะแล้วการคลอดไม่ก้าวหน้าหรือเบ่งแล้วไม่คลอด จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกท้อแท้ หดห่อกำลังใจได้ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2558; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์, 2556; ศศิธร พุ่มดวง, 2555; สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แส่นศิริพันธ์, 2553)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นในระยะที่ 2 ของการคลอด จากประสบการณ์ในการดูแล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ส่วนใหญ่เบ่งไม่ถูกวิธี บางรายเบ่งได้เพียงระยะสั้นๆ โดยเฉพาะในกลุ่ม สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวสำหรับการคลอดมาก่อนจะไม่ทราบวิธีการเบ่งที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลต้องช่วยควบคุมการเบ่งคลอดอย่างใกล้ชิด และคอยให้จังหวะในการเบ่งจึงจะสามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเบ่งได้ถูกต้อง และที่พบบ่อยๆคือ หลังจากเบ่งไปได้สักระยะ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะรู้สึกท้อ รู้สึกว่าตนเองไม่มีแรงพอที่จะเบ่งคลอดได้ และสุดท้ายจะร้องขอให้ผ่าตัดคลอดบุตร สิ่งที่คุณดูแลควรกระทำคือ คำพูดให้กำลังใจ พูดซ้ำให้มั่นใจว่าสามารถเบ่งคลอดเองได้ อีกทั้งควรกล่าวชมเมื่อเบ่งได้ถูกต้องพร้อมทั้งต้องคอยบอกให้ทราบความก้าวหน้าของการเบ่งคลอดเป็นระยะ เช่น บอกให้ทราบว่าเห็นศีรษะเด็กขนาดเท่าใดแล้ว เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกกลัวมากกว่าจะคลอดไม่ได้ กลัวที่ต้องอยู่เพียงลำพังขณะเบ่งคลอด บางรายร้องเรียกหาแม่ของตนเอง ดังนั้นในระยะนี้ต้องมีผู้ดูแลเฝ้าคลอดตลอดเวลาไม่ ทิ้งให้เบ่งตามลำพัง ใช้คำพูดเชิงบวก และแสดงท่าทีที่เป็นมิตร คอยปลอบโยนให้กำลังใจเพื่อให้สามารถผ่านการคลอดไปได้

ระยะที่ 3 ของการคลอด

ระยะที่ 3 ของการคลอด เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงรกและเยื่อหุ้มทารกคลอด โดยเฉลี่ยใช้เวลา 5-15 นาที แต่ไม่เกิน 30 นาทีทั้งในผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลัง ถ้าระยะนี้ใช้เวลาเกิน 30 นาทีจะเรียกว่า มีระยะที่ 3 ของการคลอดยาวนาน (prolonged 3rd stage of labor)

การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 3 ของการคลอด

กลไกการลอกตัวของรกเกิดจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวแบบ contraction และ retraction ซึ่งเกิดขึ้นทันที หลังทารก คลอดออกมา เป็นระยะที่ทำให้ผนังมดลูกหนาขึ้น และโพรงมดลูกเล็กลงทันที ความจุภายใน มดลูกจะลดลงเกิดช่องว่างบริเวณ มดลูกส่วนบนจึงมีผลต่อพื้นที่ที่รกเกาะตัวอยู่ เล็กลงเป็นผลให้รกต้องลดขนาดลงด้วย แต่เนื่องจากรกมีควา มยืดหยุ่นไม่เหมือนกล้ามเนื้อมดลูกจึงไม่สามารถหดตัวเหมือนกล้ามเนื้อ ส่วนรกชั้นที่บางที่สุด จะลอกตัวออกเมื่อมดลูกหดตัวหลายครั้งก็จะทำให้ spongiosa นึกขาดมากขึ้นทุกที และทำให้เลือดไหลมาแทรกซึมอยู่ข้างหลังรกก็จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรียกว่า retroplacenta clot หรือ retroplacental bleeding จึงเซาะแทรกไประหว่างชั้นของ deciduas ขยายบริเวณกว้างออกไปมีผลส่งเสริมให้รกลอกตัวเร็วขึ้น การลอกตัวของรกส่วนใหญ่จะเริ่มต้นตรงกลางรกก่อน แต่มีบางรายที่อาจลอกที่ริมล่างของรกก่อนก็ได้ ซึ่งการลอกตัวนั้นจะเกิดขึ้นที่ชั้น spongiosa และ deciduas ภายหลังรกลอกตัวหมดและหลุดออกจากผนังมดลูก มดลูกจะยังคงหดตัวต่อไปเป็นผลให้รกถูกดันลงมาอยู่บริเวณมดลูกส่วนล่างหรือบางครั้งจะผ่านลงมาถึงบริเวณส่วนบนของช่องคลอดได้ ก่อนเนื้อรกจะดันถ่างมดลูกส่วนล่างหรือผนังช่องคลอดให้โป่งออก และทำให้มดลูกส่วนบนลอยสูงขึ้นจากตำแหน่งเดิม โดยสามารถมองเห็นทางหน้าท้องได้ว่าระดับของ fundus อยู่สูงกว่าระดับสะดือเล็กน้อยและเอียงไปทางขวา ซึ่งหลังรกลอกตัวมดลูกจะมีลักษณะกลมหดตัวแข็งและมีขนาดเล็กลง การลอกตัวของรกออกจากผนังของมดลูก แบ่งออกได้เป็น 2 แบบดังนี้

1) Schultze mechanism จุดเริ่มต้นของการลอกตัวจะเกิดขึ้นที่ตรงกลางของรกก่อน ซึ่ง retroplacental hematoma จึงมีส่วนช่วยในการแยกตัวของชั้น spongiosa ได้ด้วย ซึ่งการลอกตัวแบบนี้ทำให้รกลอกตัวได้สมบูรณ์รวดเร็ว รกจะคลอดออกมาในลักษณะของร่มชูชีพและลักษณะที่มองเห็น ภายนอก ในขณะที่รกคลอดจะเห็นรกด้านเด็กซึ่งมี amnion คลุมอยู่เป็นมันใสโผล่ออกมาให้เห็นก่อน การลอกแบบนี้จึงไม่ค่อยมีเลือดออกมาทางช่องคลอดไหลออกมาให้เห็นก่อน รกคลอด พบได้ประมาณร้อยละ 70

2) Duncan mechanism จุดเริ่มต้นของการลอกตัวอยู่บริเวณริมรกก่อนส่วนอื่น ดังนั้นเลือดที่ออกจากตำแหน่งของรกลอกตัวจึงค่อยเซาะชั้น spongiosa ของ deciduas vera ได้เยื่อหุ้มเด็กชั้น chorion และซึมผ่านออกมาภายนอกได้ ในระหว่างที่รกลอกตัวไม่สมบูรณ์จึงมี vulva sign ได้ทั้งที่รกลอกตัวไม่หมด กลไกการลอกตัวโดยวิธีนี้จึงต้องอาศัยแต่เพียงการนึกขาดของชั้น spongiosa อย่างเดียวทำให้การลอกตัวเกิดได้สมบูรณ์ช้ากว่าและการเสียเลือดภายหลังคลอด

จะมีได้มากกว่าการลอกตัวแบบ Schultze mechanism การลอกตัวแบบนี้จะเห็นส่วนของริมรกดทางด้านแม่คลอดออกมาก่อน พบได้ประมาณ 30% (มาลีวัล เลิศสาครศิริ , 2558; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์ , 2556; ศศิธร พุ่มดวง, 2555; สุกัญญา ปริสัณญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

ระยะที่ 4 ของการคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอดเริ่มตั้งแต่รกคลอดจนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ภายหลังที่รกและเยื่อหุ้มทารกคลอดแล้ว มดลูกจะต้องมีการหดตัวทันทีเพื่อป้องกันการเสียเลือดมาก และเป็นระยะที่ผู้คลอดมีการปรับตัวเพื่อให้ร่างกายทั้งด้านกายวิภาคและสรีระกลับคืนสู่สภาวะเดิมเหมือนก่อนคลอด รวมทั้งการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา ระยะนี้จึงเป็นระยะที่สำคัญมากพยาบาลเจ้าของไข้จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันผู้คลอดจากภาวะตกเลือดหลังคลอดจนเกิดภาวะช็อกได้ และช่วยส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดสามารถปรับตัวได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพของมารดาและทารก

การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 4 ของการคลอด

ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ ดังนี้

- 1) มดลูก ภายหลังรกคลอดทันทีมดลูกจะหดตัวและมีขนาดเล็กลง และอยู่ระดับสะดือหรือต่ำกว่าสะดือประมาณ 2 เซนติเมตร ขนาดของมดลูกเท่ากับเมื่อตั้งครรภ์ได้ 16 สัปดาห์ ซึ่งจะมีความยาวประมาณ 4 เซนติเมตร ความกว้าง 12 เซนติเมตร และหนาประมาณ 10 เซนติเมตร น้ำหนักประมาณ 1,000 กรัม
- 2) ปากมดลูกจะปิดลง หนาขึ้นแต่ยังคงนุ่มอยู่ รูปร่างคล้ายปากเปิด หลังจากนั้นปากมดลูกจะเปลี่ยนเป็นคอๆ หนาและแข็งขึ้น
- 3) โพรงมดลูก บริเวณที่รกเกาะมีการเปลี่ยนแปลงทันทีที่รกลอกตัว ขนาดของแผลบริเวณที่รกเกาะจะมีขนาดครึ่งหนึ่งของขนาดความกว้างของรก เนื่องจากมดลูกหดตัวแรงมากจึงบีบกดเส้นเลือดบริเวณโพรงมดลูกให้ตีบแคบลง และเกิดมีลิ่มเลือดอุดตันปิดหลอดเลือดบริเวณที่รกเกาะเป็นการควบคุมการเสียเลือด
- 4) การมีน้ำคาวปลา (lochia) ในระยะที่ 4 ของการคลอดเลือดที่ออกทางช่องคลอดจะมีประมาณ 100 มิลลิลิตร และมีลักษณะเป็นเลือดสดๆ เรียกว่า bleeding per vagina หลังจากระยะนี้เลือดที่ออกจึงจะมีสีเริ่มจางลงเรื่อยๆ
- 5) ช่องคลอดและแผลฝีเย็บ มีลักษณะบวมเล็กน้อยเนื่องจากการชอกช้ำของเนื้อเยื่อและการคั่งของยาชา ซึ่งจะค่อยๆยุบลงได้เอง แต่ถ้าลักษณะการบวมของฝีเย็บเกิดจากการผูกเย็บไม่ดีอาจมองเห็นเป็นก้อนนูน สีม่วงคล้ำเนื่องจากมีก้อนเลือดคั่งใต้เนื้อเยื่อ

6) กระเพาะปัสสาวะ มารดาสามารถถ่ายปัสสาวะได้เองภายหลังคลอด แต่ในมารดาที่คลอดยาก ระยะการคลอดนาน หรือส่วนนำลงมากกระเพาะปัสสาวะนาน มีผลทำให้ผนังด้านใน ของท่อปัสสาวะบวมหรือมีเลือดคั่งได้เยื่อหุ้มกระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดการถ่ายปัสสาวะลำบาก ถ่ายปัสสาวะไม่ออกหรือมีปัสสาวะคั่งค้างได้

7) การเผาผลาญสารอาหาร มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียพลังงานไปในระยะเบ่งคลอด สูญเสียน้ำและเกลือแร่ไปทางเหงื่อมาก มีผลทำให้อุณหภูมิร่างกายอาจสูงขึ้นได้เล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นปฏิกิริยาของร่างกายตามธรรมชาติต่อการคลอด แต่ต้องไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส ภาวะไข้สูงมักพบได้ในมารดาที่คลอดยาก คลอดนานหรือมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนคลอดนานมากกว่า 24 ชั่วโมง

8) ระบบหายใจและหลอดเลือด ภายหลังคลอดทันทีจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนของร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างกะทันหัน ซึ่งเป็นผลมาจากการหดตัวของมดลูกเพื่อไล่ เลือดที่ขังในชั้นกล้ามเนื้อมดลูกกลับเข้าระบบไหลเวียน นอกจากนี้เส้นเลือดดำใหญ่พ้นจากการถูกกดทับจากขนาดของมดลูกที่โตขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ผลจากปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนที่เพิ่มขึ้นนี้ ทำให้ปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนคลอดร้อยละ 60 ซึ่งปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจแต่ละครั้งที่เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ชีพจรก็ช้าลงไปด้วย อัตราชีพจรประมาณ 68-90 ครั้งต่อนาที บางรายอาจช้าลงเหลือประมาณ 60-70 ครั้งต่อนาที

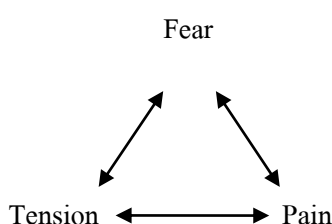
9) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ภายหลังคลอดความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลจะลดลง มารดาจะเริ่มกลับมาสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า อยากรู้อยากเห็น และต้องการแสดงความรู้สึกที่ผ่านมา ต้องการเห็นหน้าบุตร และสัมผัสบุตร มักซักถามเกี่ยวกับบุตร ต้องการทราบถึงเหตุการณ์ที่ผ่านม่ว่าตนเองมีพฤติกรรมอย่างไร และมีความต้องการที่จะเล่าเหตุการณ์การคลอดที่ผ่านมา บางครั้งมารดาจะนึกทบทวนถึงพฤติกรรมของตนเอง และรู้สึกผิดที่แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม บางคนอาจร้องไห้เมื่อได้เห็นหน้า หรือได้โอบกอดบุตรเป็นครั้งแรก ความกลัวเกี่ยวกับตนเองและบุตรจะหมดไป (มาลีวัลเลิศสาครศิริ, 2558; วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์ และสินันท์ ศรีใจวงศ์, 2556; ศศิธร พุ่มดวง, 2555; สุกัญญา ปรีชญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553)

สำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด จากประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า ส่วนใหญ่ จะรู้สึกอ่อนล้าจากการเผชิญความเจ็บปวดขณะรอคลอด ส่วนใหญ่จะอยากนอนพัก ดังนั้นจึงพบว่า มีมารดาวัยรุ่นบางรายเมื่อนำบุตรมาให้โอบกอดอาจมีท่าทีไม่สนใจมากนัก บางรายปฏิเสธที่จะให้นมแม่ในช่วงหลังคลอดทันที ซึ่งผู้ดูแลไม่ควรบังคับ ต้อง ประเมินความพร้อมเป็นรายๆไป และควรรอนมารดาวัยรุ่นพร้อมจึงค่อยนำทารกมาดูลนมแม่ โดยในช่วงแรกอาจเพียงส่งเสริมให้ได้โอบกอดทารก ส่งเสริมให้มารดาและทารกค่อยๆเรียนรู้ซึ่งกัน

และกัน ไม่บังคับที่จะให้ทารกดูนมแม่ในทันที เพราะอาจทำให้สัมผัสภาพพระหว่า งมารดาและทารกเป็นไปในทางลบได้ และสิ่งที่สำคัญเมื่อมารดาพร้อมที่จะให้นมแม่ ต้องมีผู้คอยช่วยเหลือจัดทำให้ทารกสามารถดูนมได้ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน และไม่กล้าบอกเมื่อทำไม่ได้ กลัวถูกตำหนิ กลัวถูกดู บางรายเข้าใจผิดว่าตนเองจะมีน้ำนมไม่พอเลี้ยงลูกเพราะในช่วงหลังคลอดยังไม่มีน้ำนม ดังนั้นการช่วยเหลือในช่วงแรกและการให้ข้อมูลเรื่องน้ำนมที่อาจยังไม่มีในวันที่หนึ่งถึงสองวันแรกหลังคลอดจึงมีความสำคัญมากเพราะเป็นการสร้างความมั่นใจว่าจะสามารถให้นมแม่ได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลมารดาวัยรุ่นต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาหรือท่าทีของมารดาวัยรุ่นที่มีกับบุตรเพราะมีมารดาวัยรุ่นบางรายมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งบุตรจากปัญหาในครอบครัว ถ้าพบว่ามารดาใดมีแนวโน้มที่จะทอดทิ้งบุตรจะได้วางแผนที่จะส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยหลังคลอดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และจะได้หาวิธีการส่งเสริมสัมพันธภาพที่เหมาะสมต่อไป

การใช้วิธีการสนับสนุนในระยะคลอด (Social support) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากทฤษฎีความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดของ Dick-Read (1984) ซึ่งอธิบายว่าร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความกลัวและความเครียดในระยะคลอดเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองในทางลบ ซึ่งมีผลกระทบต่อนเบตารีเซพเตอร์ของมดลูกทำให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว การหดตัวของมดลูกลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ เลือดมาเลี้ยงที่มดลูกและรกลดลง กล้ามเนื้อมดลูกขาดออกซิเจนเป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น เมื่อมีความกลัวจะทำให้รู้สึกเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น กลไกดังกล่าวนี้เชื่อมโยงกันเป็นวงจรต่อเนื่องที่เรียกว่า วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด ดังรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 วงจรของความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Cycle)

ความเจ็บปวดในระยะคลอดสามารถบรรเทาได้โดยการลดความกลัวของผู้คลอด ซึ่งเป็นการตัดวงจรความกลัว ความเครียด ความเจ็บปวดข้างต้น วิธีการนี้ประกอบด้วย การให้การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การให้ความรู้ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด และการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Kayne และคณะ (2001) ได้พัฒนา

Kayne และคณะ (2001) กล่าวว่า การสนับสนุนในระยะคลอด หมายถึง การที่บุคคลอื่นที่อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดตลอดระยะเวลาของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ไม่เกิดความรู้สึกกลัว โดยวิธีการสนับสนุนในระยะคลอดประกอบด้วยการให้การสนับสนุน 4 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านจิตใจและอารมณ์ (emotional support) เช่น การสนับสนุนโดยการอยู่เป็นเพื่อนอย่างต่อเนื่อง พกให้ความมั่นใจ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ชมเชย สบตา เป็นต้น

(2) ด้านให้คำแนะนำข่าวสาร ข้อมูล (advice and information) เช่น การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการตลอด อธิบายให้ทราบกิจกรรมในระยะตลอด ให้คำแนะนำวิธีบรรเทาความเจ็บปวด เช่น การใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลาย เป็นต้น

(3) ด้านร่างกายและการเป็นผู้ช่วย (tangible assistance/physical comfort measures) เช่น การสนับสนุนโดยการนวดมือ -ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ดื่มการพุงขณะเดิน การดูแลสิ่งแวดล้อมในขณะรอคอย เช่น การจัดท่านอน การปรับแสงสว่าง และอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม เป็นต้น

(4) ด้านเป็นตัวแทนผู้คลอด (advocacy) เช่น การสนับสนุนโดยช่วยในการตัดสินใจหรือช่วยสื่อสารกับบุคคลอื่น รวมทั้งช่วยในการสอบถามข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ให้ผู้คลอดทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด เป็นต้น

วิธีการสนับสนุนในระยะคลอดของ Kayne และคณะ (2001) เป็นแนวทางที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมโดยให้ความสำคัญในด้านจิตใจและอารมณ์เป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Dick-Read ที่กล่าวว่าความกลัว และความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นวงจร ดังนั้น การตัดวงจรนี้จึงต้องลดความกลัวและความเครียดทางด้านจิตใจให้ได้ก่อน

ผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด (Support person)

ผู้ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความคล้ายคลึงกันหลายกลุ่ม โดยจัดเรียงลำดับตามความต้องการของผู้คลอด ดังนี้

1) สามี

สามีจัดเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้คลอดมากที่สุด รวมทั้งเป็นบิดาของทารกในครรภ์ ทั้งนี้ผู้คลอดส่วนใหญ่มีความต้องการให้สามีมาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอดมากที่สุด นอกจากนี้ สามียังเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ได้ดีที่สุดอีกด้วย (คิวพร สุคเพชร, 2557)

2) ญาติหญิง

ในที่นี้ ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว หรือญาติหญิงอื่นๆ ของผู้คลอด เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดเนื่องจากการเป็นเพศหญิงเหมือนกันอาจจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกอายน้อยกว่าการนำสามีมาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอด อย่างไรก็ตาม การนำญาติหญิงมาทำหน้าที่ให้การสนับสนุนในกลุ่มนี้มักใช้ในสังคมที่ไม่ต้องการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วม (Oboro et al., 2011)

3) พยาบาลผดุงครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ให้การสนับสนุนในระยะคลอดที่สำคัญโดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีนโยบายหรือไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปในห้องคลอด เนื่องจากพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดจึงสามารถให้การสนับสนุนด้านร่างกายและการให้คำแนะนำ ข่าวดาร ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kashanian et al., 2010) แต่การที่พยาบาลผดุงครรภ์ยังต้องให้การดูแลผู้คลอดหลายคนพร้อมๆ ในเวลาอัน ทำให้การให้การสนับสนุนในระยะคลอดทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร (Oweis, 2009)

4) ผู้เฝ้าคลอดที่ได้รับการอบรมเพื่อช่วยในการคลอด (Doula)

ผู้เฝ้าคลอดที่ไม่มีความรู้ด้านการพยาบาล (doula) หมายถึง ผู้ที่ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการคลอดและวิธีการสนับสนุนในระยะคลอด ผู้เฝ้าคลอดกลุ่มนี้เป็นทางเลือกในกรณีของผู้คลอดที่สามีหรือญาติหญิงไม่สามารถมาสนับสนุนในระยะคลอดได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การนำผู้สนับสนุนมาทำหน้าที่สนับสนุนในระยะคลอดนั้น มีค่าใช้จ่ายสูงมากและนิยมใช้ในประเทศที่พัฒนาแล้วเท่านั้น (McGrath & Kennell, 2008)

การส่งเสริม Breast feeding ในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่น

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาวัยรุ่นและทารก ช่วยสร้างความรัก ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้ลดการทอดทิ้งทารก และประหยัดค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูทารก อีกทั้งนมแม่ยังเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เป็นอาหารที่ธรรมชาติสร้างเพื่อทารก ในนมแม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองอย่างครบถ้วน ที่สำคัญยังมีภูมิคุ้มกันโรคทำให้ทารกที่กินนมแม่แข็งแรง โดยขณะที่ทารกดูดนมแม่ทำให้มารดา วัยรุ่น ได้กอดแนบชิดกับ ทารก ทารก จะรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย ปลอดภัย มีความสุข และมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่ดี ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกนี้เป็นรากฐานที่สำคัญในอนาคตที่เมื่อทารกโตขึ้นจะมีความมั่นใจ มีความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

แนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด

การดูแลทุกระยะของการคลอดมีผลต่อการเริ่มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การดื่มน้ำและอาหาร วิธีการคลอด การทำคลอด การดูแลทารกแรกเกิด เป็นต้น โดยในระยะนี้จะเน้นความสำคัญของการให้มารดา วัยรุ่น ได้กอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) เร็วที่สุดภายใน 1/2 ชั่วโมงหลังคลอด และช่วยมารดาเริ่มให้ทารก ดูดนมภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งการสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอดตรงกับบันไดขั้นที่ 4 ตามแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การดูแลในระยะคลอดที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มแรก

1.1) การลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดา

ความเครียดมีผลทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า และมีผลต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม รวมทั้งพฤติกรรมของทารกและการให้นมแม่ การพยาบาลเพื่อช่วยลดความเครียด เช่น จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ จำนวนผู้ให้การดูแลไม่มากเกินไป แสงไฟไม่สว่างเกินไป สภาพแวดล้อมสะอาด เมื่อมารดา วัยรุ่น รู้สึกผ่อนคลายจะส่งผลดีต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม และกระตุ้นสัญชาตญาณความเป็นแม่ได้ ซึ่งในกลุ่มมารดาวัยรุ่นมีโอกาที่ จะเกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้สูงกว่ามารดาผู้ใหญ่เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการคลอดมาก่อน อีกทั้งส่วนใหญ่มีปัญหาในครอบครัวอยู่เดิม บางรายถูกฝ่ายชายทอดทิ้ง บางรายพ่อแม่ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ดังนั้นมารดาวัยรุ่นจึงถูกกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่าย

1.2) การช่วยเหลือและการสนับสนุนระหว่างการเจ็บครรภ์และคลอด

การให้มีญาติ สนับสนุนในระยะคลอด (Social support) โดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ดูแลความสุขสบาย และให้การช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่เจ็บครรภ์อย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดความเครียดของมารดาได้ ผู้มาทำหน้าที่สนับสนุนได้แก่ มารดา ของผู้คลอด สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหญิง หรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนระหว่างการเจ็บครรภ์และการคลอดอย่างต่อเนื่องช่วยลด ความเครียด เพิ่มความก้าวหน้าของการคลอด ลดการใช้ยาบรรเทาปวด ทำให้การดูแลเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำได้ง่ายขึ้น

1.3) การบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอด

ในระยะคลอดมารดาจะมีความเจ็บปวดมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด การช่วยบรรเทาความเจ็บปวดมีทั้งวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา พยาบาลผู้ดูแลสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การให้การสนับสนุนในระยะคลอด การเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกับการจัดทำ การนวด การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด การผ่อนคลาย ร่วมกับการหายใจ การใช้ความร้อนและความเย็น การใช้กลืนบำบัด และการใช้เสียงดนตรี เป็นต้น มารดากลุ่มที่ได้ยาบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งเป็นยาในกลุ่มยาเสพติดมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาและทารกอาจง่วงซึม กระตุ้นให้ตื่นยาก ทำให้การทำ skin-to-skin contact ล่าช้าออกไปได้ และกลไกการดูดนมของทารกอาจทำได้ไม่เต็มที่

1.4) การให้น้ำและอาหารแก่มารดาในระหว่างการเจ็บครรภ์คลอด

ในระหว่างรอคลอดมารดามีการงดอาหารและน้ำดื่มทำให้มารดาอ่อนเพลีย ไม่มีแรงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในระยะหลังคลอด เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงไม่ควรที่จำกัดน้ำและอาหารแก่มารดาตั้งแต่เริ่มแรกของระยะคลอด

1.5) การดูแลเกี่ยวกับการคลอด

การดูแลมารดาวัยรุ่นให้ผ่านการคลอดอย่างปลอดภัย ป้องกันการบาดเจ็บจากการคลอด เช่น มารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แผลฝีเย็บลึกขนาดมากกว่าปกติ ทารกบาดเจ็บจากการคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ต้องดูแลทารกไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งเมื่อการคลอดเป็นไปตามปกติมารดาวัยรุ่นก็สามารถเริ่มให้นมแม่ได้เร็ว

2) การกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วหลังคลอด (Early skin-to-skin contact)

การที่มารดาได้กอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อจะช่วยส่งเสริมการทำงานของฮอร์โมน oxytocin ที่สนับสนุนให้มารดาและทารกแสดงพฤติกรรมตามสัญชาตญาณ ความรู้สึกอบอุ่น ความรัก รวมทั้งช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก

2.1) ความสำคัญของการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ

มีการศึกษาพบว่าทารกที่ได้การกอดสัมผัสจะเริ่มดูดนมแม่ได้เร็วกว่า มีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานกว่า และความสำเร็จในการให้นมแม่สูงกว่าทารกที่ไม่ได้

รับการสัมผัส การกอดสัมผัสทำให้มารดาและทารกรู้สึกสงบ ช่วยรักษาความอบอุ่นของร่างกาย ทารก ทำให้ทารกไม่เครียด ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก เกิดความรักใคร่ผูกพันกันมากขึ้น

2.2) วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ

- บุคลากรในห้องคลอดควรดูแลให้ทารกทุกรายที่มีสุขภาพแข็งแรงให้ได้รับการกอดสัมผัสกับมารดา อบอุ่นแบบเนื้อแนบเนื้อโดยเร็วที่สุดหลังคลอด หรือภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด
- เช็ดตัวทารกให้แห้งและนำทารกวางบนหน้าท้องหรือระหว่างเต้านมทั้ง 2 ข้างจัดให้มารดา อบอุ่นและทารก ได้กอด สัมผัสกันในลักษณะเนื้อแนบเนื้อ ใส่หมวกให้ทารก ห่มผ้าให้มารดาและทารก โดยให้มารดาและทารกได้กอดสัมผัสกันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- ในกรณีที่ทารกมีสุขภาพยังไม่คงที่ สามารถนำทารกมาให้มารดาสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อในภายหลังได้เมื่อทารกมีสุขภาพดีขึ้น

3) การช่วยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มแรก (Initiate breastfeeding)

ดูแลให้ทารก คุณนมแม่ครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็น ช่วงเวลาที่มารดาและทารกตื่นตัวมากที่สุด ทารกบางรายอาจใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมงในการที่พร้อมจะดูดนม และพบว่าการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการส่งเสริมให้ทารกดูดนมแม่ในระยะแรก

3.1) ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มแรก

- ช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น เนื่องจากการดูดนมแม่จะช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยสร้างน้ำนม และกระตุ้นฮอร์โมน oxytocin ที่ช่วยในการหลั่งของน้ำนมโดยเฉพาะหัวน้ำนม
- ช่วยให้ทารกได้รับหัวน้ำนม (colostrums) ซึ่งมีประโยชน์หลายด้าน ได้แก่ เป็นวัคซีนหยดแรกของทารก ช่วยลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิด ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะตัวเหลือง ช่วยให้อาหารทารกแข็งแรงและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ช่วยสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก

3.2) วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการช่วยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มแรก

- ช่วยให้ทารกดูดนมครั้งแรกโดยวางทารกแรกเกิดบนหน้าท้องหรือบนหน้าอกของมารดา อบอุ่น เมื่อทารกได้กลิ่นของเต้านมและหัวนม มองเห็นเต้านมและหัวนม ทารกจะเคลื่อนตัวไปหาหัวนมและเต้านมจนสามารถไปถึงเต้านมและหัวนมได้เอง เหตุการณ์นี้เรียกว่า “breast crawl” (UNICEF/WHO, 2009) ซึ่งในประเทศไทยมีปฏิบัติในบางสถานการณ์หรือบางโรงพยาบาลเท่านั้น เนื่องจากความจำกัดของอัตราค่าจ้าง ดังนั้นการดูแลเพื่อช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะ

เริ่มแรกที่สามารถปฏิบัติได้ทั่วไปคือ ดูแลให้มารดาเรียนรู้ได้โอบกอดทารกแบบเนื้อแนบเนื้อภายใน 1/2 ชั่วโมงแรก และดูแลให้ทารกดูดนมครั้งแรกภายใน 1/2 - 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิด

- ช่วยให้มารดาเรียนรู้สัญญาณหิวนมแม่ของทารก (breastfeeding cues) เพื่อช่วยให้มารดา เรียนรู้ ให้นมแก่ทารกได้ตามความต้องการของทารก สัญญาณหิวนมแม่ของทารก หมายถึงอาการที่บ่งบอกว่าทารกหิวนม ต้องการดูดนมแม่แล้ว โดยสื่อที่แสดงว่าทารกหิว ได้แก่

- 1) การตื่นตัวต่อสิ่งแวดล้อม โดยทารกจะยกศีรษะมองไปรอบๆ
- 2) ท่าทาง การเคลื่อนไหวของทารก เช่น งอแขน กำมือ เอามือเข้าปาก อมดูดมือ ทารกหันหน้า อ้าปาก ไข้ผ้า แลบลิ้น แสดงสีหน้ากระวนกระวาย
- 3) การสัมผัสหัวนมและเต้านมด้วยมือ
- 4) การจ้องมองส่วนของเต้านมที่มีสีเข้ม คือ หัวนมและลานนม
- 5) ทารกจะได้กลิ่นของเต้านม แลบลิ้นออกมาและขยับปากไปมา
- 6) การเคลื่อนไหวตัวเข้าหาเต้านม ไข้จุกไข้ น้ำลายไหล เลียเต้านมหรือหัวนม
- 7) การค้นหาหัวนม และอ้าปากกว้างเพื่อบีบและอมหัวนม
- 8) ทารกร้องไห้ ซึ่งเป็นสัญญาณอาการหิวสุดท้ายที่แสดงว่าทนไม่ได้แล้ว ถ้าต้องร้องไห้บ่อยๆ ก่อนได้นม จะส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์ของทารกได้

อย่างไรก็ตามการส่งเสริมเพื่อช่วยเหลือลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มแรก บุคลากรไม่ควรเคร่งครัดเกี่ยวกับระยะเวลาที่ทารกสามารถเริ่มดูดนมแม่ได้ในครั้งแรก หรือระยะเวลาที่ทารกดูดนมได้นาน หรือปริมาณของหัวน้ำนมที่ทารกควรดูดได้ เนื่องจากการดูดนมครั้งแรกเป็นการให้ทารกเรียนรู้เกี่ยวกับเต้านมมากกว่าการดูดนม แต่ที่สำคัญควรช่วยให้ทารก latch on ได้ถูกต้อง ซึ่งทารกจะได้เรียนรู้วิธีที่จะดูดแล้วได้นาน ส่วนการช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่ควรทำเมื่อมีการดูดนมในครั้งต่อไป โดยช่วยเหลือในการจัดท่าให้นม การที่ทารกงับหรืออมหัวนมที่ถูกดัด การสังเกตและเข้าใจสื่อสัญญาณที่แสดงว่าทารกหิว

4) ข้อห้ามในการให้นมแม่

นมแม่เป็นอาหารที่ธรรมชาติให้มากับมารดา ซึ่งดีที่สุดสำหรับทารกในการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ก็มีมารดาบางกลุ่มที่ไม่สามารถให้นมแม่ได้ ซึ่งบุคลากรที่ดูแลในระยะคลอดเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่จะช่วยให้ให้นมแม่ หลังทารกเกิด จึงควรทราบข้อห้ามเหล่านี้เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ข้อห้ามในการให้นมแม่ได้แก่

- มารดาที่ติดเชื้อ HIV เนื่องจากสามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสจากมารดาไปสู่ทารกได้
- มารดาที่ใช้สารเสพติด เนื่องจากสารเหล่านี้อาจถูกขับออกมาทางน้ำนมแม่ได้ ซึ่งเป็นอันตรายกับทารก ซึ่งการใช้สารเสพติดพบมากในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอีกด้วย
- มารดาที่เป็นวัณโรคระยะติดต่อและยังไม่ได้รับการรักษา

- มารดาที่มี Active herpetic lesion ที่เต้านม
- มารดาที่มีการติดเชื้อ cytomegalovirus
- ทารกที่เป็นโรค galactosemia ซึ่งเป็นโรค inborn error of metabolism ทำให้ทารกไม่สามารถใช้น้ำตาล galactose ซึ่งเป็นส่วนประกอบของน้ำตาล lactose ในนมแม่ได้ ผลเสียคือทารกจะเจ็บโตช้า ตับทำงานบกพร่อง ตาเป็นต้อกระจก และปัญญาอ่อน

ส่วนมารดาที่เป็น Chronic hepatitis B และมีผล hepatitis B surface antigen เป็นบวก ยังไม่มีรายงานการติดต่อผ่านทางน้ำนมจึงสามารถให้นมแม่ได้ (ภาวิน พัวพรพงษ์ และคณะ, 2559; ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557; ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร และคณะ, 2555)

บทที่ 4

กระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ในระยะคลอด โดยการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และ การใช้เหตุผลและผล (Rational) กระบวนการพยาบาลใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการดูแลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น เป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทาง วิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การ ตัดสินใจ และการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลจึงเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาล ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการ พยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557)

การประเมินภาวะสุขภาพแรกรับ

ขั้นตอนแรกของการใช้กระบวนการพยาบาลคือการประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ และต้องทำต่อเนื่องตลอดกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ได้ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่นอย่างแท้จริงจนนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเป็นการประเมินแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม เมื่อรับใหม่ สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ที่ห้องคลอด พยาบาลควร ทบทวนรายงาน การฝากครรภ์ เกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ นอกจากนี้ ควร ประเมินภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่

1. ประวัติการเจ็บป่วย เป็นการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลในด้านต่างๆ ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งควรซักประวัติข้อมูลส่วนตัว เกี่ยวกับ ชื่อ นามสกุล อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส ซึ่งสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรสอาจมีผลกระทบด้านจิตสังคมของ สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ได้ เนื่องจากกลุ่ม สตรีตั้งครรภ์ วัยรุ่น ส่วนใหญ่มีปัญหาครอบครัว และเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว พยาบาลผู้ดูแลจึงต้องมีความระมัดระวังในการซักถาม ข้อมูลนี้

1.2 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ผู้คลอดแต่ละรายมาโรงพยาบาลด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน การซักถามอาการที่สำคัญเพื่อให้ทราบว่าเข้าสู่ระยะคลอดหรือไม่ โดยถามด้วยอาการเจ็บครรภ์ควรถามถึงลักษณะของการเจ็บครรภ์ และเวลาที่เริ่มต้นเจ็บครรภ์ (onset true labor pain or onset of contraction) เพื่อแยกระหว่างอาการเจ็บครรภ์จริงกับเจ็บครรภ์เตือน ถามด้วยอาการน้ำเดิน ควรถามเกี่ยวกับลักษณะของน้ำคร่ำ เวลาที่เริ่มมีน้ำเดิน โดยเฉพาะในรายที่น้ำคร่ำมีสีเหลืองปนเขียว หรือเขียว (meconium stained) เพราะบ่งบอกว่าทารกในครรภ์อาจมีภาวะขาดออกซิเจน นอกจากนี้ยังต้องถามถึงลักษณะสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทางช่องคลอด หากให้ประวัติมีเลือดออกทางช่องคลอด ต้องถามถึงลักษณะว่าเป็นมูกเลือด (mucous bloody show) หรือเป็นเลือดสดๆ (bleeding per vagina) ถ้าเป็นเลือดสดๆ ถือเป็นอาการผิดปกติที่จะต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อตรวจประเมินเพิ่มเติม และให้การรักษาที่เหมาะสม เพราะอาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด และทำให้ผู้คลอดเสียเลือดเพิ่มขึ้นจนเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

1.3 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน โดยซักถาม เกี่ยวกับลำดับที่ของการตั้งครรภ์ วันแรกของการมีประจำเดือน ครั้งสุดท้าย (last menstruation period : LMP) การคาดคะเนกำหนด วันคลอด (expected date confinement : EDC) การคืนของทารกในครรภ์ เพื่อประเมินอายุครรภ์ การฝากครรภ์ และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะซีด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.4 ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีต ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ได้ตั้งครรภ์ครั้งแรกควร ซักถามเกี่ยวกับ ประวัติวิธีการคลอด โดยถ้าเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน (previous cesarean section) อาจเกิดมดลูกแตกเมื่อใกล้คลอด เพราะขณะตั้งครรภ์มดลูกจะขยายใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะถ้าผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์และมีการหดตัวของมดลูกถี่ขึ้นจะยังมีความเสี่ยงที่มดลูกจะแตกเพิ่มขึ้นได้ และควรซักถาม ประวัติ การแท้ง การสั้วรก และการขูดมดลูก เพราะอาจเกิดภาวะรกลังจากการฝังตัวของรกแน่นกว่าปกติได้ นอกจากนี้ซักถามเกี่ยวกับ การคลอดครบกำหนด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดเกินกำหนด น้ำหนักของทารกแรกเกิด ภาวะสุขภาพของทารก

อาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ครรภ์เป็นพิษ ตกเลือด เพราะอาจมีผลต่อการคลอดในครั้งนี้ได้

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น โรคเบาหวานอาจส่งผลให้ทารกในครรภ์ตัวโตคลอดยาก โรคหัวใจอาจเกิดอาการรุนแรงขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจนทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ การโรคทำให้ทารกพิการหรือตายในครรภ์ โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์เป็นพิษ ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ การผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานหรือการผ่าตัดมดลูก เช่น การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก

1.6 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่สามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือด ธาลัสซีเมีย ตาบอดสี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ การตั้งครรภ์แฝด และโรคติดต่อ เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้

2. ตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจร่างกายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้คลอด ได้แก่

2.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการสังเกตความผิดปกติของโครงสร้างกระดูก โดยพิจารณาลักษณะการเดินถ้าพบความผิดปกติ เช่น มีลักษณะท่าเดินผิดปกติ หรือมีส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร อาจทำให้การดำเนินการคลอดผิดปกติเนื่องจากเชิงกรานแคบ

2.2 ตรวจสัญญาณชีพ ควรประเมินหลังจากผู้คลอดได้นอนพักบนเตียงแล้วประมาณ 10-15 นาที เนื่องจากการเดินทางมาโรงพยาบาลอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ และไม่ควรประเมิน ในขณะที่มีการหดตัวของมดลูกเพราะอาจทำให้ได้ค่าที่สูงผิดปกติ ถ้าพบว่าสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น อุณหภูมิสูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป ชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ควรรายงานแพทย์เพื่อตรวจประเมินเพิ่มเติมและให้การรักษาที่เหมาะสม

2.3 ตรวจลักษณะทั่วไป เช่น ความสะอาด ของผม เล็บ ผิวหนัง เสื้อผ้า เพื่อให้คำแนะนำสำหรับการเตรียมคลอดและการดูแลทารก

3. ตรวจร่างกายตามระบบต่างๆ ดังนี้

3.1 ระบบประสาท เช่น การประเมินความไวของรีเฟล็กซ์ (deep tendon reflexes) ในรายที่ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะดังกล่าว

3.2 ระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด เช่น จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ อาการบวม สีของผิวหนังและเล็บ

3.3 ระบบหายใจ เช่น อัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ กลิ่นที่ออกมาจากลมหายใจ

3.4 ระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ เวลาที่รับประทานอาหารหรือน้ำครั้งล่าสุด ซึ่งมีความสำคัญมากในกรณีที่ผู้คลอดมีภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอด

3.5 ระบบไต เช่น ลักษณะสี ปริมาณและกลิ่นของปัสสาวะ ความถี่และ อาการถ่าย ปัสสาวะลำบาก ตรวจหาโปรตีน (urine protein) และน้ำตาลในปัสสาวะ (urine glucose) ถ้าพบความผิดปกติคือ โปรตีนมากกว่า +1 หรือน้ำตาลในปัสสาวะมากกว่า +1 ควรรายงานแพทย์เพื่อตรวจประเมินเพิ่มเติมและให้การรักษาที่เหมาะสม

3.6 ระบบสืบพันธุ์ เช่น การตรวจดูรอยโรคที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เส้นเลือดขอควบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาทางช่องคลอด

3.7 ระบบผิวหนังและเนื้อเยื่อ เช่น ภาวะซีด ความยืดหยุ่นของผิวหนัง รอยผื่น รอยแผลต่างๆ หรือแผลเป็นจากการผ่าตัด

3.8 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความพิการของอวัยวะต่างๆ อาการปวดหลัง

4. การตรวจครรภ์ ประกอบด้วยการดู คลำ และการฟัง ดังนี้

4.1 การดู ตรวจดูลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง เช่น รอยแผลผ่าตัด ขนาดของหน้าท้อง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

- ดูขนาดของหน้าท้อง ถ้าพบว่าหน้าท้องมีขนาดใหญ่อาจมีการตั้งครรภ์แฝด หรือมีภาวะน้ำคร่ำมาก

- ดูลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง เช่น มีหน้าท้องย้อย (pendulus abdomen) กล้ามเนื้อหน้าท้องแยกห่างกัน (diastasis recti) เป็นต้น ซึ่งถ้าผู้คลอดมีกล้ามเนื้อหน้าท้องย้อยอาจจะส่งผลต่อระยะที่ 2 ของการคลอดทำให้แรงเบ่งไม่ดี ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด

- ดูลักษณะของมดลูก มีทั้งที่โตตามยาว หรือตามขวาง เพื่อดูว่าทารกอยู่ในท่าหัว ท้าก้น หรือท่าขวาง

- ดูการเคลื่อนไหวของทารก ถ้าทารกมีการเคลื่อนไหวทางหน้าท้องมากแสดงว่าทารกน่าจะอยู่ในท่าท้ายทอยอยู่ทางด้านหลังของเชิงกราน

- คูบริเวณเหนือหัวหน้า ถ้าหน้าท้องแบนราบและนุ่มลงไป ทารกอาจมีท่าท้ายทอยอยู่ด้านหลัง

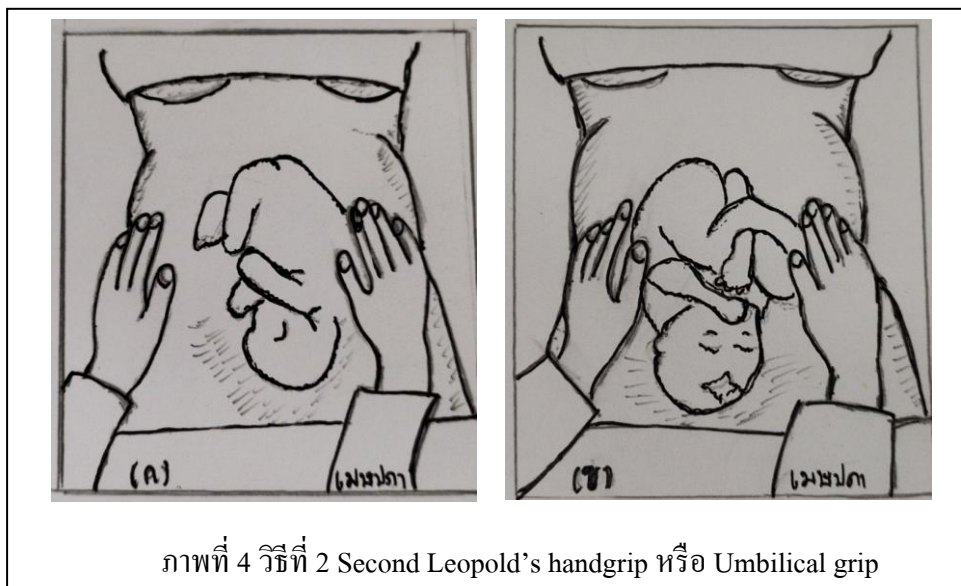
4.2 การคลำเพื่อประเมิน ความสมดุลระหว่างอายุครรภ์ ขนาดของทารก ส่วนน้ำและท่าของทารกในครรภ์ รวมทั้งการเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานของส่วนนำทารก นอกจากนี้ยังสามารถคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เพื่อประเมินว่าทารกจะสามารถคลอดได้ทางช่องคลอดหรือไม่ โดยใช้วิธีของ Leopold's handgrip (Leopold maneuver) ทั้ง 4 ท่า ดังนี้

- วิธีที่ 1 First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip เพื่อตรวจหาระดับของยอดมดลูก และส่วนของทารกที่ยอดมดลูก ทำโดยผู้ตรวจต้องหันหน้าไปทาง ด้านศีรษะของผู้คลอดและวางฝ่ามือทั้งสองข้างในด้านตรงกันข้ามกันที่ส่วนบนของหน้าท้องบริเวณยอดมดลูก เป็นการคลำบริเวณยอดมดลูกเพื่อตรวจหาระดับของ ยอดมดลูก เพื่อประเมินอายุครรภ์และขนาดของทารกในครรภ์ และเพื่อตรวจหาส่วนของทารกที่ยอดมดลูก ถ้าเป็นศีรษะจะมีลักษณะเรียบ กลม แข็ง และมี ballotement แต่ถ้าเป็นก้นจะคลำได้นุ่มกว่า ไม่เรียบ และไม่กลม

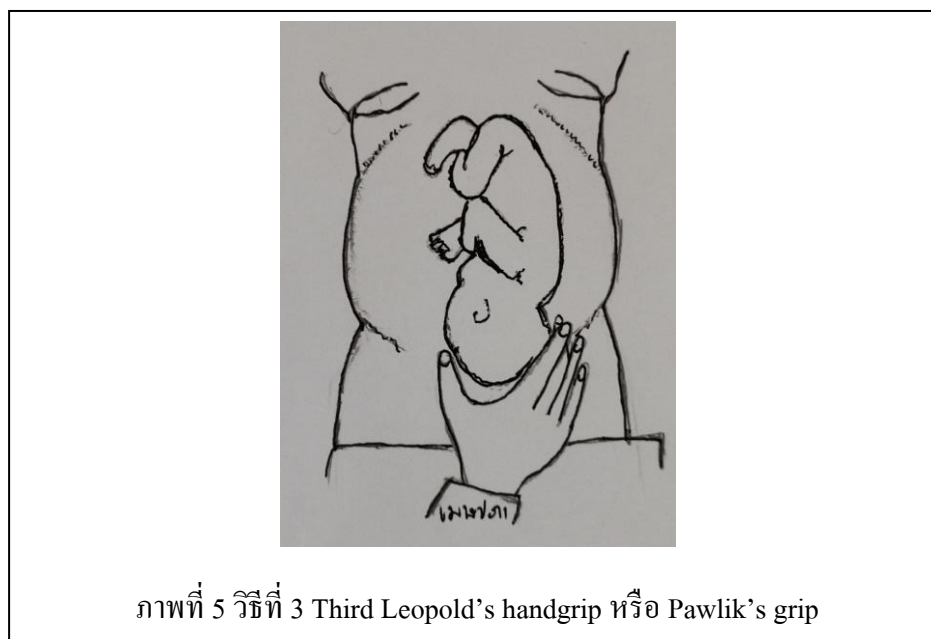


ภาพที่ 3 วิธีที่ 1 First Leopold's handgrip หรือ Fundal grip

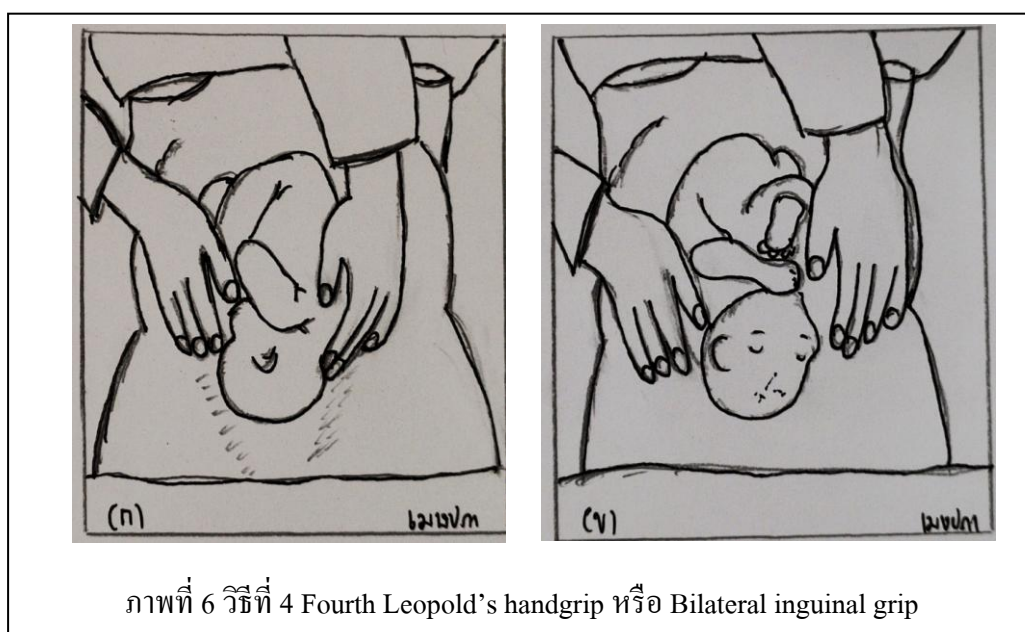
- วิธีที่ 2 Second Leopold's handgrip หรือ Umbilical grip เพื่อตรวจหาหลังของทารกอยู่ด้านใดของลำตัวผู้คลอด และเพื่อตรวจหาท่าทารกในครรภ์ ทำโดยผู้ตรวจ หันหน้าไปทางด้านศีรษะของผู้คลอด ใช้ฝ่ามือวางที่ผนังหน้าท้องของผู้คลอด คลำหาหลังทารกซึ่งจะคลำได้เป็นแผ่นเรียบ ในรายที่คลำได้ไม่ชัดเจนอาจได้ความรู้สึกว่ามีอะไรมาดันฝ่ามือ และถ้าคลำได้เป็นปุ่มและมีการเคลื่อนไหวมากกระทบมือ จะเป็นส่วนแขน ขา ข้อศอก หรือหัวเข่า



- วิธีที่ 3 Third Leopold's handgrip หรือ Pawlik's grip เพื่อตรวจหาส่วนนำเป็นศีรษะหรือเป็นก้น ทำโดยผู้ตรวจหันหน้าไปทางด้านศีรษะของผู้คลอด โดยผู้ตรวจใช้มือขวาเพียงมือเดียวจับส่วนของทารกที่บริเวณเหนือหัวหน้าให้อยู่ในอุ้งมือ ถ้าเป็นศีรษะจะมีลักษณะกลมเรียบ แข็ง และคลำได้ร่องคอ ในขณะที่ศีรษะยังไม่ลงสู่ช่องเชิงกรานจะมี ballotement แต่ถ้าศีรษะทารกลงสู่ช่องเชิงกรานแล้วจะคลำไม่ได้ศีรษะทารกแต่คลำได้ร่องคอ ถ้าเป็นก้น ส่วนที่คลำได้จะติดต่อไปกับส่วนขา หัวเข่า โดยไม่มีร่องคอค้นอยู่ และถ้าคลำไม่พบส่วนนำอาจเนื่องจากศีรษะทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องกรานแล้ว หรือทารกอาจอยู่ในแนวขวาง



- วิธีที่ 4 Fourth Leopold's handgrip หรือ Bilateral inguinal grip เพื่อตรวจหาส่วนนำ ระดับของส่วนนำ และทรงของทารก (attitude) ทำโดยผู้ตรวจหันหน้าไปทางด้านปลายเท้าของผู้คลอด ใช้ฝ่ามือทั้งสองวางราบไปกับด้านข้างของผนังหน้าท้อง บริเวณสะดือแล้ว เคลื่อนไปตามสองข้างของลำตัวทารกไปหารอยต่อกระดูกหัวเหน่า เพื่อตรวจการเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานของส่วนนำ ถ้าปลายมือสอบเข้าหากันได้แสดงว่าศีรษะทารกยังไม่ผ่านลงช่องเชิงกราน แต่ถ้าปลายนิ้วมือไม่สอบเข้าหากัน แสดงว่ามีการเคลื่อนของศีรษะทารกเข้าช่องเชิงกรานแล้ว และถ้าคลำได้เรียบกลม แข็ง แสดงว่าส่วนนำเป็นศีรษะ



4.3 การฟัง เพื่อฟังเสียงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ เป็นการประเมินสภาวะของทารกในครรภ์ แสดงถึงการมีชีวิตของทารก และยังบอกให้ทราบถึงท่าของทารกในครรภ์ โดยจะต้องฟังขณะที่มดลูกคลายตัว และฟังต่อเนื่องเต็มนาที แต่ถ้าพบว่ามดลูกกำลังหดตัวจะต้องฟังหลังจากที่มดลูกคลายตัวนาน 20-30 วินาที การฟังเสียงหัวใจทารก ส่วนใหญ่ จะได้ยินชัดเจนทางด้านหลังทารก คือ บริเวณสะบักข้างซ้าย ตำแหน่งของเสียงหัวใจที่ฟังได้ชัดเจนอยู่กับอายุครรภ์ ส่วนนำ และท่าของทารก ซึ่งถ้าทารกที่ครบกำหนดและมีศีรษะเป็นส่วนนำ เสียงหัวใจจะได้ยินที่ระดับต่ำกว่าระดับสะดือ แต่ถ้าทารกมีก้นเป็นส่วนนำ เสียงหัวใจจะได้ยินที่ระดับเหนือกว่าระดับสะดือ โดยปกติอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 110-160 ครั้งต่อนาที มีจังหวะการเต้นที่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกที่ฟังได้จะเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของการคลอด ถ้า

การคลอดก้าวน้ำตำแหน่งเสียงหัวใจทารกจะมีการเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ ถ้าฟังได้บริเวณเหนือหัวหน้าแสดงว่าทารกอยู่ในระยะใกล้คลอดแล้ว

5. การตรวจการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความถี่ ความแรง และระยะเวลาการหดตัวของมดลูก วิธีประเมินทำโดยวางฝ่ามือบริเวณยอดมดลูก เมื่อมีการหดตัวจะรู้สึกมดลูกแข็งตึง เริ่มจับเวลาเพื่อประเมิน ระยะเวลาการหดตัว (duration of uterine contraction) และเพื่อประเมินระยะห่างของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง (interval of uterine contraction) รวมทั้งความแรงในการหดตัว การตรวจการหดตัวของมดลูกควรวางมือไว้ต่อเนื่องตลอดจนได้การหดตัวอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อดูความสม่ำเสมอของการหดตัว

5.1 ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) มดลูกหดตัวครั้งหนึ่ง (duration) นานประมาณ 20-30 วินาที ระยะห่างของการหดตัว (interval) 5-10 นาที ความแรงของการหดตัว (intensity) อยู่ในระดับเล็กน้อย (mild) ซึ่งระยะนี้จะคลำได้มดลูกค่อนข้างนิ่มคล้ายกับแก้มของคน และยังสามารถคลำส่วนต่างๆของทารกได้

5.2 ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) duration มดลูกหดตัวครั้งหนึ่ง (duration) นานขึ้นเรื่อยๆจนถึง 60 วินาที ในระยะท้ายๆของระยะที่ 1 ของการคลอดแต่ไม่ควรนานเกิน 90 วินาที เพราะถ้ามดลูกหดตัวนานอาจทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้ง่าย ระยะห่างของการหดตัว (interval) ทุก 2-3 นาทีในช่วงปลายระยะที่ 1 ของการคลอด แต่ไม่ควรน้อยกว่า 2 นาที ส่วนความแรงของการหดตัว (intensity) อยู่ในระดับปานกลาง (moderate) ซึ่งระยะนี้จะคลำส่วนต่างๆของทารกได้ไม่ชัดเจน แต่เมื่อเข้าสู่ปลายระยะที่ 1 จนถึงระยะที่ 2 ของการคลอด ความแรงของการหดตัว (intensity) จะแข็งแรงมาก (strong) ระยะนี้จะคลำคล้ายกับส่วนหน้าผากคน ซึ่งจะคลำส่วนต่างๆของทารกไม่ได้

6. การตรวจทางช่องคลอด (การตรวจภายใน) ในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการตรวจทางช่องคลอด เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ มีเลือดทางช่องคลอดผิดปกติ ซึ่งการตรวจภายในจะเป็นการกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้นซึ่งการตรวจภายในจะเป็นการกระตุ้นให้เลือดออกมากขึ้น หรือมีตุ่มเริ่มบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

6.1 วัตถุประสงค์ของการตรวจภายใน คือ

- เพื่อวินิจฉัยว่าผู้คลอดได้เข้าสู่ระยะคลอด
- เพื่อวินิจฉัยท่าของทารกในครรภ์

- เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด เช่น การ เปลี่ยนแปลงของปากมดลูก การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ เป็นต้น

6.2 ข้อบ่งชี้ของการตรวจทางช่องคลอด มีดังนี้

- ผู้คลอดแรกคลอดที่ไม่มีข้อห้าม ภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติ
- ถุงน้ำคร่ำแตกทันที
- มดลูกมีการหดตัวรุนแรงมากและถี่ขึ้น
- เมื่อต้องการทราบความก้าวหน้าของการคลอด
- ผู้คลอดอยากเบ่งหรือเริ่มมีความรู้สึกอยากเบ่ง

6.3 ข้อปฏิบัติในการตรวจภายใน มีดังนี้

- แจ้งให้ผู้คลอดทราบ เตรียมอุปกรณ์การตรวจให้พร้อม และต้องระมัดระวังไม่เปิดเผยผู้คลอด โดยต้องกันม่านให้มิดชิด

- จัดทำให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่า

- วิธีการตรวจภายในต้องใช้เทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ ผู้ตรวจใส่ mask สวมถุงมือปราศจากเชื้อ เนื่องจากการตรวจทางช่องคลอดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะผู้คลอดที่ปากมดลูกเปิดขยายแล้ว ทำความสะอาดบริเวณปากช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วใช้มือข้างที่ไม่ถนัดแหวก labia minora ทั้งสองข้างออกจากกัน และใช้นิ้วกลางของมือข้างที่ถนัดสอดเข้าไปในช่องคลอดก่อนแล้วจึงสอดนิ้วชี้ตามเข้าไปอย่างช้าๆจนถึงปากมดลูก โดยควรหล่อลื่นนิ้วทั้งสองด้วยน้ำยาหล่อลื่นก่อน ส่วนนิ้วนางและนิ้วก้อยยกเอาไว้ตลอดเวลาที่ตรวจ เพื่อไม่ให้ถูกกับรูทวารหนัก และคลำหาสิ่งต่างๆที่ต้องการตรวจให้ครบ

- การตรวจภายในแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 นาที และผู้ตรวจไม่เกิน 2 คน เมื่อตรวจสิ่งที่ต้องการตรวจครบแล้วค่อยๆดึงนิ้วชี้และนิ้วกลางออกมา ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด แล้วจึงเก็บอุปกรณ์การตรวจ

6.4 การตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ดังนี้

- การเปิดขยายของปากมดลูก (dilatation of cervix) ประเมินความกว้างเป็นเซนติเมตร โดยคาดคะเนจากนิ้วมือที่ตรวจได้ เช่น สอดนิ้วมือเข้าไปในปากมดลูกได้หนึ่งนิ้ว หลวมๆ จะเท่ากับปากมดลูกเปิดประมาณ 1 เซนติเมตร หรือถ้าสอดนิ้วมือได้ 2 นิ้วเท่ากับปากมดลูกเปิดประมาณ 3 เซนติเมตร

- ความบางของปากมดลูก (effacement of cervix) ประเมินความบางเป็นร้อยละ หรือเปอร์เซ็นต์ โดยปกติปากมดลูกที่ยังไม่มีความบางจะหนาประมาณ 2 เซนติเมตร เรียกว่าความบาง 0 % ถ้าปากมดลูกหนา 1 เซนติเมตร เรียกว่ามีความบาง 50 % ถ้าปากมดลูกหนา 0.5 เซนติเมตร เรียกว่ามีความบาง 75 % ถ้าปากมดลูกหนา 1 เซนติเมตร เรียกว่ามีความบาง 50 % ถ้าปากมดลูกหนา 2-3 มิลลิเมตร เรียกว่ามีความบาง 100 %

- สภาพถุงน้ำท่อนหัว (membranes) ถ้าตรวจพบถุงน้ำโป่งแข็งถึงค้ำส่วนนำได้ยาก ประเมินว่าถุงน้ำท่อนหัวยังมีอยู่ (membranes intact : MI) ถ้าตรวจพบถุงน้ำไม่โป่งถึงค้ำส่วนนำได้ส่วนนำหรือเห็นน้ำคร่ำไหลออกมาเรื่อยๆขณะตรวจประเมินว่าถุงน้ำรั่ว (membranes leakage : ML) หากตรวจค้ำส่วนนำได้ชัดเจน ประเมินว่าถุงน้ำแตก (membranes ruptured : MR)

- ระดับของส่วนนำ (station) การตรวจว่าส่วนนำเคลื่อนต่ำลงมาระดับใดพิจารณาจาก ischial spine เป็นหลัก โดยกำหนดระดับที่อยู่สูงกว่า เท่ากับ หรือต่ำกว่าระดับ ischial spine ได้แก่ (1) สูงกว่าระดับ ischial spine 3 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ -3 (2) สูงกว่าระดับ ischial spine 2 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ -2 (3) สูงกว่าระดับ ischial spine 1 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ -1 (4) ระดับ ischial spine เรียกว่า ระดับ 0 (5) ต่ำกว่าระดับ ischial spine 1 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ +1 (6) ต่ำกว่าระดับ ischial spine 2 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ +2 (7) ต่ำกว่าระดับ ischial spine 3 เซนติเมตรเรียกว่า ระดับ +3 ซึ่งส่วนนำจะเคลื่อนต่ำลงมาถึงกลัมนี้อัมเย็บ

- ท่าของทารกและลักษณะของส่วนนำ ตรวจดูว่าส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ หรือก้น และตรวจท่าทารกโดยประเมินจากรอยต่อแฉกกลางและขม่อมของศีรษะทารก

- ความนุ่มของปากมดลูก (consistency) และตำแหน่งของปากมดลูก (position) ตรวจดูว่าปากมดลูกอยู่ด้านหน้า ด้านหลังหรืออยู่ตรงกลาง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งว่าการชักนำการคลอดจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

หลักการประเมินความพร้อมของปากมดลูกว่าเข้าสู่ระยะคลอด และนำไปใช้ในการวางแผนชักนำให้เกิดการคลอดได้ โดยใช้ระบบการให้คะแนนของบิชอป (Bishop's scoring) ซึ่งมีองค์ประกอบการประเมิน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนของบิชอป (Bishop's scoring)

องค์ประกอบ	คะแนน			
	0	1	2	3
การเปิดขยายของปากมดลูก (ซม.)	ปิด	1-2	3-4	5+
ความบางของปากมดลูก	0-30	40-50	60-70	80-100
ระดับของส่วนน้ำ	-3	-2	-1,0	+1,+2
ความนุ่มของปากมดลูก	แข็ง	ปานกลาง	นุ่ม	-
ตำแหน่งของปากมดลูก	ด้านหลัง	ตรงกลาง	ด้านหน้า	-

ที่มา : ตำราสูติศาสตร์ ปี 2552 หน้า 94

การใช้คะแนนของบิชอป เพื่อพิจารณาการชักนำการคลอดใช้หลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ 9 ขึ้นไปสามารถชักนำการคลอดได้สำเร็จทุกราย คะแนน 5-8 ชักนำการคลอดได้สำเร็จร้อยละ 95.2 คะแนน 0-4 ชักนำการคลอดได้สำเร็จร้อยละ 80.5 (มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ สันสนิย์วิทยกุล, 2552)

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory test) สตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์จะได้รับการตรวจเลือด ได้แก่ ตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin, Hematocrit) ตรวจหาหมู่เลือด (Blood group) และ Rh factor ตรวจเลือดเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส (VDRL) ไวรัสตับอักเสบบี (HbsAg) และโรคเอดส์ (Anti-HIV) แต่ถ้าได้รับการตรวจมาแล้วเกิน 3 เดือนในวันที่มาคลอดจะต้องได้รับการตรวจซ้ำ ได้แก่ โรคซิฟิลิส (VDRL) และโรคเอดส์ (Anti-HIV) นอกจากนี้ในรายที่เคยมีภาวะซีดมาก่อนแพทย์อาจพิจารณาส่งตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hemoglobin, Hematocrit) อีกครั้ง เพื่อประเมินภาวะซีด ส่วนการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ อื่นๆ ขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้คลอดแต่ละราย

8. การประเมินภาวะทางจิตสังคม สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดบุตร เมื่อแรกตั้งครรภ์ได้รับการประเมินถึงสภาวะทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม บางรายอาจมีปฏิกิริยาการตอบสนองในทางบวก เช่น ความรู้สึกดีตื่นเต้น ความคาดหวัง แต่บางรายอาจมีปฏิกิริยาในทางลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องเปลี่ยนบทบาทจากเด็กหญิงมาเป็นแม่ที่ต้องรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ มักจะ ไม่พร้อมที่จะรับบทบาทการเป็นมารดา บางรายอาจจะมี ภาวะป่วยทางจิต ได้ นอกจากนี้บางรายมีปัญหาภายในครอบครัว เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ทำให้มีโอกาสดังกล่าว สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับทารกได้ การประเมินภาวะทางจิตสังคมได้จากการซักประวัติ ทั้งจากตัวสตรี

ตั้งครรภ์วัยรุ่น สามี หรือจากญาติใกล้ชิด และจากการสังเกตพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออก สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่

- ความวิตกกังวลหรือความเครียด (anxiety or stress) เป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากความนึกคิดหรือคาดการณ์กับสิ่งที่จะเกิดขึ้น แต่ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมเหตุการณ์ได้ ความวิตกกังวลประกอบด้วย ความรู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ หากมีในระดับน้อยหรือปานกลาง จะทำให้เกิดความตื่นตัว สนใจสิ่งแวดล้อม และกล้าที่จะเผชิญสิ่งคุกคาม แต่หากมีในระดับรุนแรง จะส่งผลทำให้การควบคุมตนเองไม่ดี จะทำให้ความสนใจและการเรียนรู้ลดลงได้

- ความกลัว (fear) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองชนิดหนึ่ง ซึ่งถูกสร้างขึ้นเพื่อเป็นการป้องกันตนเองในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆที่กำลังคุกคาม อาจแสดงออกโดยการพูดซ้ำๆเกี่ยวกับความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารก ซึ่งในระยะคลอดความกลัวจะส่งผลให้มีความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นได้

- ประวัติด้านจิตสังคม ได้แก่ ความเชื่อ วัฒนธรรม ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ความหมายของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ การวางแผนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ความรู้และเจตคติต่อการคลอดครั้งนี้ ความคาดหวังต่อการคลอด ความคาดหวังต่อเพศของบุตร สัมพันธภาพภายในครอบครัวและการช่วยเหลือสนับสนุน

การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 1 ของการคลอด

1. การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labour)

เพื่อให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์ปลอดภัย การคลอดดำเนินไปตามปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งจะได้วางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินความก้าวหน้าของการคลอดได้จาก

1.1) การเปิดขยายของปากมดลูก (cervical dilatation) เป็นส่วนสำคัญที่สุด โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) เริ่มตั้งแต่เมื่อเข้าสู่การเจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรปกติจะใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมง ถ้าระยะนี้นานเกิน 8 ชั่วโมงในขณะที่มดลูกมีการหดตัวอย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที แสดงว่ามีความผิดปกติควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป ในระยะปากมดลูกเปิดช้าหากไม่มีความก้าวหน้าในการเปิดขยายของปากมดลูกภายในระยะเวลา 4 ชั่วโมง ถือว่ามีการชะงักในการขยายของปากมดลูก ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) เริ่มตั้งแต่เมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไป โดยส่วนใหญ่ปากมดลูกเปิดใน

อัตรา 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ถ้าไม่มีความก้าวหน้าในการเปิดขยายของปากมดลูก ภายในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ถือว่ามีการชะงักในการขยายของปากมดลูก

1.2) การเคลื่อนลงต่ำของศีรษะทารก (descent of fetal head) การประเมินระดับศีรษะทารกในระยะปากมดลูกเปิดช้าควรประเมินทุก 4 ชั่วโมง ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วจะประเมินการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทุก 2 ชั่วโมง ปกติส่วนนำจะมีการเคลื่อนต่ำลงอย่างเด่นชัดเมื่อปากมดลูกใกล้เปิดหมด ตั้งแต่ 8 เซนติเมตรขึ้นไป ซึ่งในครรภ์แรก ต้องเคลื่อนต่ำไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร / ชั่วโมง ส่วนครรภ์หลังไม่น้อยกว่า 2 เซนติเมตร/ชั่วโมง หากไม่มีการเคลื่อนต่ำของ ส่วนนำในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว อาจเกิดการฝืดคัสดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานมารดา ควรรีบพิจารณาให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การประเมินความก้าวหน้าของการคลอด องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้การบันทึกลงใน World Health Organization (WHO) partograph ซึ่งคือ กราฟแสดงการบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1 สัมพันธ์กับเวลา ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญและมีประโยชน์ในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินการคลอด โดยการบันทึก WHO partograph ใช้กับผู้คลอดที่เข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด หรือบันทึกในรายที่มีถุงน้ำแตก หรือในรายที่ต้องการชักนำให้เกิดการคลอด โดยต้องมีอาการเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ WHO partograph มีส่วนประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน คือ

- สภาพของทารก (fetal conditions) ได้แก่ อัตราการเต้น ของหัวใจทารกก่อนที่ลักษณะของถุงน้ำคร่ำและน้ำคร่ำ การเกยกันของกระดูกกะโหลกศีรษะทารก
- ความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labour) ได้แก่ การเปิดขยายของปากมดลูก การเคลื่อนลงต่ำของศีรษะทารก การหดตัวของมดลูก
- การให้ยาและการรักษา (Drug and treatment) บันทึกโดยระบุชนิดของยาหรือสารน้ำที่ให้ อัตราการให้หรือขนาดของยาที่ใช้ ปริมาณและอัตราการให้ oxytocin
- สภาพของมารดา (Maternal conditions) ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิ การตรวจปัสสาวะ protein และ glucose

2. สภาพของมารดา โดยประเมิน

2.1) การวัดสัญญาณชีพ ในรายปกติวัดทุก 4 ชั่วโมง ในกรณีที่มีความเสี่ยงวัดทุก 30 นาทีถึง 2 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับอาการแสดงของผู้คลอด

2.2) ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมงในระยะปากมดลูกเปิดช้า และประเมินทุก 30 นาทีในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หรือประเมินถี่กว่านี้ถ้า มดลูกหดตัวถี่ นาน และ

แรงกว่าปกติ เพราะอาจเกิดภาวะ tetanic contraction ได้ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยาแรงคลอดหรือผู้ที่มีภาวะคลอดยาก

2.3) ประเมินสารคัดหลั่งที่ออกทางช่องคลอดทุก 30-60 นาที

2.4) ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และการเหนียวลำทุก 30 นาที

2.5) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด โดยการตรวจภายในทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตรวจเมื่อมีความจำเป็น เช่น ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่มาก อุ้งน้ำทูนหัวแตก ผู้คลอดแสดงพฤติกรรมว่าใกล้คลอด เป็นต้น โดยประเมินการเปิดขยาย ความบางของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ และการหมุนของศีรษะทารก

2.6) ประเมินการแตกของถุงน้ำ และประเมินลักษณะน้ำคร่ำ

2.7) ประเมินอาการเจ็บครรภ์ ซึ่งวิธีการประเมินระดับความปวดได้แก่

- การประเมินความปวดโดยใช้คำบรรยาย (Verbal descriptive scale: VDS) เช่น ปวดเล็กน้อย ปวดและไม่สบาย ปวดและไม่สบายมาก ปวดมาก ปวดมากที่สุด

- การประเมินความปวดโดยใช้ตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) คือ ไม่ปวดเลยคะแนนเป็น 0 ปวดเล็กน้อยคะแนน 1-3 ปวดปานกลางคะแนน 4-6 ปวดมากคะแนน 7-9 และปวดมากที่สุดคะแนน 10

- การประเมินด้วยมาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue scale: VAS) ซึ่งมาตรวัดความปวดด้วยสายตามีความยาว 100 มิลลิเมตร อธิบายได้คือ สเกลด้านซ้ายสุดคือ ไม่ปวดเลย สเกลด้านขวาสุดแสดงถึงการปวดมากที่สุด ส่วนกลางๆหมายถึง ปวดในระดับกลางๆ

3. สถานะของทารกในครรภ์ โดยประเมิน

3.1) การเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์ สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ควรฟังทุก 1 ชั่วโมง และในระยะปากมดลูกเปิดเร็วควรฟังทุก 30 นาที หรือผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงในระยะปากมดลูกเปิดช้า ควรประเมินทุก 30 นาที ส่วนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วควรประเมินทุก 15 นาที แต่ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับอันตราย ควรประเมินถี่ขึ้นอาจทุก 5-10 นาที ส่วนในรายที่มีถุงน้ำแตกควรประเมินทันที การประเมินการเต้นของหัวใจทารกอาจใช้หูฟัง (stethoscope) หรือใช้เครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic fetal monitor: EFM)

3.2) สังเกตลักษณะน้ำคร่ำ โดยปกติเมื่ออายุครรภ์ไม่ครบกำหนด น้ำคร่ำจะมีลักษณะใส สีเหลืองจางๆคล้ายสีฟางข้าว เมื่อใกล้ครบกำหนดคลอดน้ำคร่ำจะขุ่นขึ้นคล้ายน้ำมะพร้าว เนื่องจากมีไขของทารกปนออกมาด้วย ถ้าน้ำทูนหัวแตกแล้วมีขี้เทาปนในน้ำคร่ำจะสังเกตเห็น

น้ำคร่ำมีสีเขียว หรือสีเหลืองน้ำตาลและข้น ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะทารกขาดอากาศหายใจ (fetal asphyxia) จึงทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักของทารกคลายตัวขับขี้เทาปนออกมาในน้ำคร่ำ ซึ่งถือว่าผิดปกติ พบเฉพาะในกรณีที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำเท่านั้น ส่วนทารกที่มีก้นเป็นส่วนนำและตรวจพบขี้เทาปนไม่ถือว่าผิดปกติ เนื่องจากแรงขับจากการหดตัวของมดลูกกดลงบริเวณท้องทารกทำให้ขี้เทาถูกขับออกมาได้ง่าย

3.3) สังเกตการ คืบของทารกในครรภ์ ในรายที่ทารกคืบมากขึ้นและแรงขึ้นอย่างทันทีทันใด อาจแสดงถึงภาวะ fetal distress อย่างเฉียบพลัน

3.4) การบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องอิเล็กโทรนิก (Continuous electronic fetal heart rate monitoring) การอ่านและการแปลผลลักษณะของอัตราการเต้นของหัวใจในภาวะปกติ อัตราการเต้นอยู่ระหว่าง 110-160 ครั้งต่อนาที

การประเมินภาวะสุขภาพในระยะที่ 2 ของการคลอด

การประเมินภาวะสุขภาพในระยะที่ 2 ของการคลอด จะประเมินในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความก้าวหน้าของการคลอด สิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

1.1) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ในระยะที่ 2 ของการคลอด สามารถประเมินการเคลื่อนต่ำของส่วนนำได้จากการตรวจทางช่องคลอด โดยระดับของส่วนนำจะเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอด ถ้าหากการเคลื่อนต่ำช้าหรือหยุดชะงัก ควรประเมินว่าท่าของทารก ในครรภ์ผิดปกติหรือไม่ ถ้าพบการเคลื่อนต่ำของส่วนนำช้าควรรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

1.2) การหดตัวของมดลูก ควรประเมินทุก 10 นาทีในผู้คลอดที่ไม่มีภาวะเสี่ยง และประเมินทุก 5 นาทีในผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง ในระยะนี้มดลูกหดตัวนานขึ้นถี่ขึ้น จะหดตัวนาน 60-90 วินาที ความรุนแรงระดับมาก ถ้ามดลูกหดตัวไม่ดีอาจทำให้เกิดการคลอดยาวนาน (prolonged labor) ถ้ามดลูกหดตัวถี่เกินไป ทารกในครรภ์อาจเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน (fetal distress) หรือถ้ามดลูกมีการหดตัวชนิดไม่คลาย (titanic contraction) ร่วมกับพบลักษณะแบนด์เดิลริงค์ (Bandl's ring) บนหน้าท้อง อาจนำไปสู่ภาวะมดลูกแตกได้ ดังนั้นควรประเมินการหดตัวของมดลูกทุกครั้งที่มีการหดตัว เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

1.3) ระยะเวลาของการคลอด โดยทั่วไปประยชน์ควรสิ้นสุดลงภายใน 2 ชั่วโมงในครรภ์แรก และภายใน 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ซึ่ง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาในระยะที่สองของการ

คลอดได้แก่ ประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งของผู้คลอด ชนิดและจำนวนยาระับ ความเจ็บปวดที่ได้รับ สภาพทางร่างกายและจิตใจ จำนวนครั้งของการตั้งครก ทำของผู้คลอดส่วน นำและท่าของทารก ขนาดของเชิงกรานและขนาดของทารก ตลอดจนแหล่งสนับสนุนของผู้คลอด ผู้คลอดที่ผ่านการคลอดมา หลายครั้ง การคลอดอาจเกิดขึ้นทันทีที่ปากมดลูกเปิดหมด หรืออาจเบ่ง ครั้งเดียวแล้วคลอด ส่วนในผู้คลอดที่ได้รับยาแก้ปวดอาจเบ่งไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้การคลอด ยาวนาน ขนาดของศีรษะทารกและเชิงกรานไม่สมดุลกันทำให้เกิดการชะงักของการคลอด ดังนั้นถ้า พบว่าปัจจัยเหล่านี้ผิด ปกติควรรีบให้การช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง เพื่อป้องกันหรือลดอันตรายที่จะ เกิดกับผู้คลอดและทารกในครรภ์

2. สภาพทั่วไปของผู้คลอด ประเมินเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติของผู้คลอด เช่น อาการอ่อนเพลีย การขาดน้ำ กระสับกระส่าย เป็นต้น การประเมินสัญญาณชีพในระยะนี้ ชีพจร การหายใจ และความดันโลหิตอาจสูงขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากการเบ่งคลอด แต่ชีพจรไม่ควรเกิน 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตไม่ควรสูงกว่าระดับที่เคยวัดไว้ 20 มิลลิเมตรปรอท และต้องประเมินกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกอาจจะกดบริเวณท่อปัสสาวะ (urethra) ทำให้ผู้คลอด ปัสสาวะลำบาก และกระเพาะปัสสาวะถูกกดนานเกินไปจะทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ ส่งผลให้เกิดรูรั่วระหว่างกระเพาะปัสสาวะและช่องคลอด (vesico-vagina fistula)

3. สภาพการเบ่งคลอด ต้องประเมินประสิทธิภาพของการเบ่งคลอด โดยสังเกตว่าผู้คลอดเบ่ง ได้ถูกต้อง ขณะที่ผู้คลอดเบ่งทวารหนักจะตุง มีการยืดขยายของทวารหนักและกลับคืนสภาพเมื่อหยุดเบ่ง ขณะเบ่งจะมองเห็นส่วนนำโผล่ทางช่องคลอดมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าเบ่งแล้วไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด หรือไม่เห็นส่วนนำโผล่ทางช่องคลอด ต้องพิจารณาค้นหาสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

4. ปฏิกริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ในระยะนี้ผู้คลอดจะมีความวิตกกังวลและความเครียดสูง มีความเจ็บปวดบริเวณก้นกบ ปากช่องคลอด และฝีเย็บมาก มีอาการอ่อนเพลีย ทูรนาทรา ยอยากให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็ว อาจไม่สนใจสิ่งแว ดล้อม การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ความสามารถในการตัดสินใจน้อยลง อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ไม่ให้ความร่วมมือ บางราย ร้องเอะอะโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ บางรายอาจกลั่นแกล้งหรือหายใจสั้นเร็วขณะมดลูกหดตัว ต้องการสามี ญาติ หรือพยาบาลอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ

5. สภาพของทารกในครรภ์ ประเมินโดยการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที เป็นอย่างน้อย ส่วนในรายที่มีภาวะผิดปกติต้องฟังทุก 5 นาที หรือฟังหลังจากมดลูกหดตัวแล้วทุกครั้ง

ในการฟังแต่ละครั้งควรประเมินทั้ง อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ จังหวะการเต้นของหัวใจทารก (rhythm) และการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์

6. การปรับตัวของทารกตามกลไกการคลอด การประเมินในระยะนี้จะเป็นกลไกที่เกิดขึ้นในขณะที่ทารกผ่าน ช่องเชิงกรานในแนวล่าง ได้แก่ กลไกการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกลงช่องเชิงกราน (descent) การหมุนศีรษะทารกภายในช่องเชิงกราน (internal rotation) และการคลอดของศีรษะลักษณะการย่นหน้า (extension) ซึ่งสามารถประเมินได้จากการตรวจทางช่องคลอด โดยประเมินเกี่ยวกับรอยต่อแสกก กลางของศีรษะทารกซึ่งจะอยู่ กึ่งกลางของระยะจากรอยต่อกระดูกหัวหน้าและผนังหลังของเชิงกราน (synclitism) การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของศีรษะทารกลดขนาดให้เล็กลง เพื่อที่จะได้ผ่านลงช่องเชิงกรานได้สะดวกขึ้น โดยกระดูกกะโหลกศีรษะขบเกยกัน (molding) และการคั่งของน้ำทำให้เกิด การบวมของหนังหุ้มกะโหลกศีรษะทารก (caput succedaneum) เป็นต้น

7. การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกคลอดทันที สามารถประเมินได้ดังนี้

7.1) การประเมินด้วยคะแนนแอฟการ์ สกอร์ (APGAR score) เป็นวิธีที่ดี ง่าย และถูกต้องใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ทารกได้ดี ซึ่ง ทารกแรกคลอดควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อ บ่งบอกถึงสภาวะของทารกที่เปลี่ยนไป และการตอบสนองของทารกต่อการช่วยชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าทารกสามารถปรับสภาพ ร่างกายอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ APGAR score ได้จากการให้คะแนนอาการแสดง (signs) ของทารกแรกคลอด 5 อย่างแต่ละอาการแสดงมีค่าคะแนน 0, 1 และ 2 รวมทั้งหมด 10 คะแนน การประเมินหลังจากทารกคลอดพ้นปากช่องคลอด ทั้งตัวแล้วที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาทีหลังคลอด การประเมินโดยการแจกแจงคะแนนตามอาการแสดงของทารกแรกคลอด 5 อย่างดังนี้

A = Appearance = Color = สีผิว

P = Pulse = Heart rate = อัตราการเต้นของหัวใจ

G = Grimace = Reflex irritability = การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น

A = Activity = Muscle tone = ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

R = Respiration = Respiratory effort = การหายใจ

ตารางที่ 2 แสดงการประเมินทารกแรกคลอดโดยคะแนน APGAR score

อาการแสดง	0	1	2
อัตราการเต้นของหัวใจ	ไม่มี	ต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที	มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
การหายใจ	ไม่มี	หายใจช้าและ ไม่สม่ำเสมอ	ร้องเสียงดังดี
ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ	อ่อนปวกเปียก	มีการงอแขนขา เล็กน้อย	เคลื่อนไหวได้ดี
การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น	ไม่มีการ ตอบสนอง	มีการเปลี่ยนแปลงสีหน้า หรือมีการขยี้น	ไอ หรือ จาม หรือร้องเสียงดัง
สีผิว	เขียว ซีดทั้งตัว	ตัวสีชมพู ปลายมือปลายเท้าสีเขียว	สีชมพูทั้งตัว

ที่มา : การพยาบาลสตรีในระยะคลอด ปี 2553

7.2) การประเมินสภาวะทั่วไปของทารกแรกคลอด โดยสังเกตลักษณะทั่วไปของทารก ตั้งแต่ศีรษะถึงเท้าควรมีลักษณะปกติ ประเมินสัญญาณชีพได้แก่ อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ ชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบวงศีรษะ วัดความยาวของลำตัว

การประเมินสภาวะสุขภาพในระยะที่ 3 ของการคลอด

การประเมินในระยะนี้เป็นการช่วยป้องกันอันตรายจากการตกเลือดและเป็นข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจช่วยทำคลอดกรก สิ่งที่ต้องประเมินได้แก่

1. สภาวะของมารดา โดยควรประเมินเกี่ยวกับ

1.1) ชีพจร ซึ่งในระยะนี้อาจจะต่ำกว่าปกติเล็กน้อย คือ ประมาณ 60-70 ครั้งต่อนาที ถ้าพบว่ามีชีพจรเร็วเกิน 90 ครั้งต่อนาที ควรระมัดระวังภาวะตกเลือด หรือช็อค

1.2) ความดันโลหิต ในระยะนี้ไม่ควรต่ำกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท ถ้าความดันโลหิต ลดลงจากระดับปกติมาก คือ systolic ลดลงมากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic ลดลงมากกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท ควรระมัดระวังภาวะตกเลือด หรือช็อค

1.3) ผิวหนัง ควรจะอุ่นและแห้ง ถ้าผิวหนังซีด เย็น หรือขึ้นไปด้วยเหงื่อเป็นอาการแสดงที่อาจพบได้ในผู้คลอดที่อ่อนเพลียมาก มีเลือดออกมาก ช็อคหรือหัวใจวายได้

2. มดลูก ควรสังเกตขนาด และความแข็งตัวของมดลูก หลังจากทารกคลอดขอมดลูก

(fundus) จะอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือประมาณ 1 นิ้ว หรืออยู่สูงไม่เกิน 6 นิ้วจากหัวเหน่า (symphysis

pubis) ส่วนรูปร่างของมดลูกจะแบนกว้าง เมื่อมดลูกหดตัวจะแข็งและกลมขึ้น แต่ถ้าหลังคลอดทารกแล้วขอมดลูกยังอยู่เหนือระดับสะดือมากกว่า 1 นิ้ว ควรรีบหาสาเหตุโดยพิจารณาถึงสิ่งสำคัญ 4 ประการดังนี้

2.1) มีทารกอยู่ในมดลูกอีกคน ประเมินโดยการคลำถ้าพบลักษณะคล้ายทารก หรือฟังเสียงหัวใจทารกได้ หรือตรวจภายในทางช่องคลอดพบส่วนนำของทารก แสดงว่าเป็นครรภ์แฝด (twins)

2.2) ขนาดของรกใหญ่กว่าปกติ เช่น ในรายที่เป็นครรภ์แฝดขนาดของรกจะโต หรือในผู้คลอดที่ติดเชื้อมีซิส เป็นต้น

2.3) มีเลือดออกอยู่ข้างใน (internal bleeding) ซึ่งอาจประเมินได้จาก อาการผิดปกติภายนอก เช่น ผู้คลอดมีอาการอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวกคล้ายจะเป็นลม ชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต systolic ลดลงมากกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท และ diastolic ลดลงมากกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท หรือขนาดของมดลูกจะกลมใหญ่ดันขึ้นมาสูงกว่าปกติ คลำพบมดลูกนุ่ม มดลูกหดตัวไม่ดี อาจจะไม่เห็นเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย หรือไม่เห็นเลือดเลยก็ได้

2.4) กระเพาะปัสสาวะเต็ม (bladder full) ควรตรวจดูบริเวณเหนือหัวหน่าวว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่

3. จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอดจะมีเลือดออกประมาณ 120 – 240 ซีซี ถ้าพบว่ามียเลือดออกจำนวนมากต้องรีบหาสาเหตุและช่วยเหลือทันที เพราะผู้คลอดส่วนมากจะตกเลือดในระยะนี้

4. การฉีกขาดของฝีเย็บ ประเมินโดยตรวจดูบริเวณที่ฉีกขาดว่ามีเลือดออกมากน้อยเพียงใด ถ้าพบว่ามีเลือดออก จากแผลเนื่องมาจากเส้นเลือดฉีกขาด ควรหนีบเส้นเลือดโดยใช้ อาร์เตอร์เรียล แคลมป์ (Arterial clamps) และเย็บผูกเส้นเลือด

การประเมินสถานะสุขภาพในระยะที่ 4 ของการคลอด

การประเมินสถานะสุขภาพร่างกายของมารดาในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอดควรประเมินทุก 15 นาที และในช่วง 1 ชั่วโมงที่สองควรประเมินทุก 30 นาที โดยสิ่งที่ควรประเมินมีดังนี้

1. สถานะทั่วไปของมารดา ได้แก่

1.1) การประเมินสภาพทั่วไป มารดาหลังคลอดจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ความต้องการพักผ่อน ซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนมากต้องการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากเหนื่อย อ่อนเพลียจากการ

เบ่งคลอด สูญเสียพลังงาน เลือดและเกลือแร่ขณะคลอด แต่ในขณะที่เดียวกันมารดาจะรู้สึกมีความสุข ที่ผ่านการคลอดไปด้วยดี และจะเบนความสนใจไปที่บุตร

1.2) การประเมินสัญญาณชีพ โดยประเมินชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และ อุณหภูมิ ระยะนี้อัตราการเต้นของชีพจรประมาณ 60-70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจปกติอยู่ในช่วง 16-20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตไม่ควรต่ำกว่า 100/60 มิลลิเมตรปรอท ถ้าประเมินพบว่า ชีพจรเร็วขึ้นเกิน 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเร็วขึ้น และความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท มักเป็นอาการแสดงของการตกเลือด หรือช็อคจากการตกเลือด บางรายอาจมีภาวะ ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องระวังอย่างใกล้ชิดเพราะอาจเกิดอาการชักได้ และถ้าอุณหภูมิสูงถึง 37.7 องศาเซลเซียส เรียกว่ารีแอคชั่นนารี ฟิวเวอร์ (reactionary fever) ซึ่งพบได้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด เนื่องจากมารดาอ่อนเพลีย เสียเลือด และเสียน้ำมากในระหว่างการคลอด แต่ในรายที่คลอด ยากหรือระยะเวลาการคลอดยาวนานต้องระมัดระวังเพราะถ้ามีอุณหภูมิที่สูงขึ้นอาจเกิดจากการติดเชื้อได้

1.3) การประเมินอาการกระหายน้ำ และความต้องการรับประทานอาหาร มารดาหลัง คลอดอาจมีอาการปากแห้ง คอแห้ง และหิว เนื่องจากก่อนคลอดได้รับน้ำและอาหารน้อย ประกอบ กับสูญเสียพลังงานจากการเจ็บครรภ์และการคลอด

1.4) การประเมินกระเพาะปัสสาวะ ควรตรวจประเมินดูบริเวณเหนือหัวเห็นว่า กระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มจะเป็นสาเหตุให้การคลอดระยะที่สามล่าช้า ด้วย และภายหลังรกลคลอดควรประเมินต่ออีกเป็นระยะๆ เพราะภายหลังคลอดจะมีการขับถ่ายน้ำ ออกจากร่างกายมาก ดังนั้นในระยะ 1-2 ชั่วโมงหลังคลอดอาจพบกระเพาะปัสสาวะเต็มได้ ซึ่งจะ ขัดขวางการหดตัวของมดลูก เป็นสาเหตุทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้

2. การหดตัวของมดลูก ควรประเมินการหดตัวของมดลูกต้องประเมินทันทีหลังรกล คลอดครบ พร้อมกับคลึงกระตุ้นที่ยอดมดลูกเบาๆ ให้มดลูกหดตัวเพื่อป้องกันการตกเลือด หลังจากนั้นประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุกครั้งชั่วโมงใน ชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด โดยประเมินไปพร้อมๆกับการประเมินสัญญาณชีพ

3. ปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด หลังจากสิ้นสุดระยะที่สามของการคลอด จำนวนเลือดที่ ออกรวมทั้ง blood clot จากรกด้วยมีประมาณ 120-240 มิลลิลิตร ระยะนี้ควรประเมินปริมาณเลือดที่ ออก ถ้ามีเลือดออกปริมาณตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไปถือว่ามีการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งการประเมิน ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดควรประเมินไปพร้อมๆกับการประเมินการหดตัวของมดลูก

4. **แผลฝีเย็บ** ควรประเมินดูบริเวณที่ฉีกขาด ซึ่งอาจเกิดจากการตัดฝีเย็บจากการคลอดหรือเกิดจากการฉีกขาดเอง ซึ่งไม่ควรมีเลือดออกจากแผลฝีเย็บมากกว่า 50 มิลลิเมตร ถ้าพบว่ามีเลือดออกจากแผลเนื่องจากเส้นเลือดฉีกขาดให้ใช้อาร์เตอร์เรียลคลัมป์ (arterial clamps) หนีบไว้และเย็บผูกเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 4 ของการคลอด ควรประเมินแผลฝีเย็บที่เย็บไว้ว่ามีอาการบวมหรือไม่ และดูว่ามีอาการคันของเลือด หรือ hematoma หรือไม่ ประเมินโดยการซักถามจากผู้คลอด ถ้าหากผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดและตึงบริเวณฝีเย็บและรู้สึกว่ามี pressure บริเวณทวารหนัก พยาบาลควรตรวจเพิ่มเติมโดยใช้ผ้าก๊อซที่สะอาดปราศจากเชื้อแตะบริเวณแผลเบาๆ ถ้ามี hematoma ผู้คลอดจะรู้สึกปวดมากแม้แตะเบาๆ

5. **สัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก** โดยสังเกตจากพฤติกรรมของมารดาที่แสดงออกต่อทารก ซึ่งปกติมารดาจะมีปฏิกิริยาตอบสนองคือ ตื่นเต้นดีใจ อยากเห็นหน้าลูก อยากกอดสัมผัสลูก โดยมักเริ่มสัมผัสจากปลายนิ้วก่อน จากนั้นจะเริ่มจับ บดต้องลูกมากขึ้นจนกระทั่งกอดรัดลูก กวักไถ่ในวงแขน และมีความพยายามที่จะมองสบตากับลูก แสดงความรู้สึกชื่นชมพึงพอใจต่อลูก การที่มารดามีปฏิกิริยาตอบสนองดังกล่าวมาข้างต้น แสดงว่ามารดามีความสามารถที่จะปรับตัวต่อการเป็นมารดาที่เหมาะสมต่อไป แต่ถ้ามารดามีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากนี้ เช่น ไม่สนใจลูก ไม่ถามถึงลูก ไม่สัมผัสลูก ไม่ยอมให้ลูกดูนม เป็นต้น แสดงว่ามารดาอาจมีปัญหาในเรื่องการปรับตัวต่อการเป็นมารดาและการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ซึ่งพยาบาลต้องติดตามหาสาเหตุ และให้การช่วยเหลือมารดาในการสร้างสัมพันธภาพต่อไป

กระบวนการพยาบาลขั้นต่อไปหลังจากการประเมินภาวะสุขภาพ คือ การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ซึ่งเป็นขั้นตอนของการนำความต้องการ หรือปัญหาทางสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รายวันที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล และใช้เป็นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนการประเมินผล เป็นการตรวจสอบว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติไปนั้นสอดคล้องกับความต้องการ และสามารถแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ โดยการประเมินผลสามารถใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลต่อไปได้ โดยในที่นี้จะแบ่งเป็นระยะแรกเริ่มและ ตามระยะของการคลอดทั้ง 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะแรกเริ่ม

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 สตรีตั้งครรภ์รายวันขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์รายวันบอกว่าไม่ทราบว่าอาการเจ็บครรภ์จริงเป็นอย่างไร
- 2) จากการสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการ ดำเนินการคลอดสตรีตั้งครรภ์รายวันไม่สามารถตอบได้
- 3) สตรีตั้งครรภ์รายวันมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากแล้ว และมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ
- 4) การตั้งครรภ์นี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกจึงไม่มีประสบการณ์การ คลอดมาก่อนและเป็นสตรีตั้งครรภ์รายวันที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

เป้าหมายการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์รายวันมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์รายวันทราบว่าอาการเจ็บครรภ์จริงเป็นอย่างไร
- 2) สตรีตั้งครรภ์รายวันสามารถตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการคลอดได้

วางแผนการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพ กับ สตรีตั้งครรภ์รายวัน ด้วยการแนะนำตัวเอง ให้คำแนะนำด้วยคำพูดที่สุภาพ เข้าใจง่าย และมีท่าที่เป็นมิตร รวมทั้งแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความเข้าใจและเห็นใจผู้คลอด เช่น การจับมือ บีบมือตามสภาพและอาการของ สตรีตั้งครรภ์รายวัน เป็นต้น
- 2) ประเมินความรู้ ความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์รายวันเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด โดยการพูดคุย และใช้เทคนิคการถาม

3) ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เกี่ยวกับการ ดำเนินการคลอดเป็นระยะๆ โดยอธิบายให้ทราบข้อมูล พร้อมทั้งประเมินความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

4) เปิดโอกาสให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ชักถาม โดยไม่แสดงความรู้สึกลึกซึ้ง เบื่อหน่าย ตอบคำถาม พร้อมทั้งอธิบายให้เหตุผลตามสถานการณ์

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่ารู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่าไม่เคยคลอดมาก่อนจึงรู้สึกกังวลว่าจะคลอดเองไม่ได้
- 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น บอกว่าไม่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน รู้สึกโดดเดี่ยว ถ้าต้องนอนรอคลอดคนเดียว

4) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแสดงท่าที สีหน้าวิตกกังวล พูดน้อย เงียบขรึม

เป้าหมายการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่น พูดคุยมากขึ้น

วางแผนการพยาบาล

1) สร้างสัมพันธภาพ กับ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ด้วยการแนะนำตัวเอง ให้คำแนะนำด้วยคำพูด ที่สุภาพ เข้าใจง่าย และมีท่าทีเป็นมิตร รวมทั้งแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความเข้าใจและเห็นใจผู้คลอด เช่น การจับมือ บีบมือตามสภาพและอาการของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นต้น

2) เคารพสิทธิและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น การเรียกชื่อ การบอกให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทราบถึงเหตุผลของการพยาบาลและการตรวจทุกครั้ง ไม่เปิดเผย สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เกินความจำเป็น ควรอยู่เป็นเพื่อนขณะแพทย์ตรวจ และให้การพยาบาลด้วยความสุภาพนุ่มนวล

3) ให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีโอกาสติดต่อญาติ โดยพยาบาลเป็นสื่อกลางแจ้งข่าวสารการเยี่ยมของสามีและญาติให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทราบ ในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ

สนับสนุนโดยญาติ เมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจึงให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ข้างเตียง

- 4) ประเมินความต้องการของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและให้การตอบสนองอย่างเหมาะสม
- 5) ประเมินความวิตกกังวล ความกลัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์ การคลอด และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- 6) จัดบรรยากาศให้สงบเงียบเป็นสัดส่วน ให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ผ่อนคลาย
- 7) อยู่เป็นเพื่อน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นระยะ พุดคุยให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล
- 8) เปิดโอกาสให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ชักถามปัญหา โดยไม่แสดงความรู้สึก เบื่อหน่าย ตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้เหตุผลตามสถานการณ์ เพื่อให้คลายความวิตกกังวลและความกลัว
- 9) แสดงพฤติกรรมยอมรับการแสดงออกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เห็นอกเห็นใจในความเจ็บปวด ควรปลอบโยนอธิบายให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เป็นความจริง และแสดงออกถึงความจริงใจในการช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกคลายความวิตกกังวล

ระยะที่ 1 ของการคลอด

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์เนื่องจากการหดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้องไห้ เอะอะ โวยวาย
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกระสับกระส่าย เกร็ง และนอนบิดตัวไม่มาเป็นระยะๆ
- 3) มดลูกมีการหดตัวถี่ทุก 2 นาที นาน 60 วินาที และความแรง $2^{+}-3^{+}$
- 4) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่าเจ็บครรภ์มาก pain score = 10

เป้าหมายการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกสุขสบายและสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ร้องไห้ เอะอะ หรือโวยวาย
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกระสับกระส่ายและเกร็งน้อยลง
- 3) ขณะคลอดมีการหดตัวสามารถใช้เทคนิคการหายใจเพื่อควบคุม

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

วางแผนการพยาบาล

- 1) อธิบายให้ทราบว่า การเจ็บครรภ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ปากมดลูกเปิดมากขึ้น และการคลอดดำเนินไปด้วยดี ซึ่งภายหลังคลอดอาการเจ็บปวดนี้จะหายไป
- 2) ดูแลจิตท่านอนของ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ให้อยู่ในท่าที่สบายและเหมาะสม เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อมากที่สุด
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย
- 4) ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าและเช็ดตัวด้วยผ้าชุบน้ำเย็น
- 5) กระตุ้นและช่วยเหลือ ให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ปฏิบัติวิธีการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง เช่น เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวดบั้นเอว เป็นต้น
- 6) อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น กำลังเผชิญอยู่และบอกความก้าวหน้าของการคลอด ให้ทราบเป็นระยะ ให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว เพราะความกลัวจะส่งผลให้รู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น การกล่าวคำชมเชย เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมแรงจูงใจให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง
- 7) ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา กรณีที่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแสดงความเจ็บปวดมากและติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยา

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้าในระยะที่ 1 ของการคลอด เนื่องจากเบ่งก่อนปากมดลูกเปิดหมด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ตรวจภายในพบปากมดลูกบวม
- 2) ตรวจภายในพบปากมดลูกไม่เปิดเพิ่มจากเดิม
- 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเบ่งทุกครั้งที่มดลูกหดตัว

เป้าหมายการพยาบาล การคลอดดำเนินไปตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ตรวจภายในพบปากมดลูกไม่บวม
- 2) ตรวจภายในพบปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้นจากเดิม
- 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถควบคุมไม่ให้เบ่งก่อนปากมดลูกเปิดหมด

วางแผนการพยาบาล

- 1) อธิบายถึงผลเสียของการเบ่งก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด ซึ่งทำให้ปากมดลูกบวมส่งผลให้การเปิดขยายของปากมดลูกล่าช้ากว่าปกติ
- 2) สอนเทคนิคการหายใจเพื่อควบคุมไม่ให้เบ่งก่อนปากมดลูกเปิดหมด โดยการหายใจแบบตื้น เร็ว เบา 4 ครั้งและเป่าออก 1 ครั้งขณะที่มดลูกหดตัวทำต่อไปจนหมด ลูกกลายตัวและหายใจล้าंगปอด
- 3) ดูแลให้ได้ตรวจภายในทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพของปากมดลูก
- 4) พุดคุยให้กำลังใจ กล่าวชมเมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติตามคำแนะนำได้

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) เสียงหัวใจทารก (FHS) มีการเต้นช้าเป็นบางครั้ง
- 2) ตรวจพบ FHS = 100 ครั้งต่อนาที variable deceleration
- 3) ผนังคร่ำแตกโดยมีสีน้ำเป็น mild meconium stain

เป้าหมายการพยาบาล ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) FHS = 110 – 160 ครั้งต่อนาที สม่าเสมอ
- 2) FHS ไม่มี deceleration
- 3) NST (non stress test) Reactive

วางแผนการพยาบาล

- 1) จัดทำให้อุณหภูมิของร่างกายอบอุ่นและแห้ง เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น
- 2) ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที

- 3) ฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกหลังจากถุงน้ำแตกทันที และฟังอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 15 นาที โดยติดเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic fetal monitor: EFM) ไว้ตลอดเวลาจนกระทั่งทารกคลอด
- 4) สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของน้ำคร่ำ โดยใส่ผ้าอนามัยแบบมีห่วงไว้
- 5) รายงานแพทย์ทันทีเมื่อตรวจพบเสียงหัวใจทารกมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ระยะที่ 2 ของการคลอด

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้าเนื่องจากเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์ร่นเบ่งขึ้นหน้า หน้าแดง เบ่งได้ระยะเวลานั้นๆ
- 2) ร้องครวญคราง บิดตัวไปมาเมื่อมดลูกหดตัว
- 3) ภายหลังเบ่งมา 1 ชั่วโมงตรวจภายในพบว่าส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลง
- 4) สตรีตั้งครรภ์ร่นเบ่งครั้งแรก เบ่งมานาน 1 ชั่วโมง 30 นาที

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดการคลอดล่าช้าและสามารถเบ่งคลอดได้ถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์ร่นเบ่งได้ถูกวิธี เบ่งลงก้น หน้าไม่แดง
- 2) ไม่ร้องครวญคราง หรือบิดตัวไปมา
- 3) เบ่งแล้วส่วนนำมีการเคลื่อนต่ำลงมา
- 4) การคลอดสิ้นสุดภายในเวลา 2 ชั่วโมง

วางแผนการพยาบาล

- 1) เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เริ่มจากการจัดทำในการเบ่ง โดยจัดให้ผู้คลอดนอนหงาย ศีรษะสูงเล็กน้อย ชันเข่า และแยกเท้าออกให้กว้าง มือทั้งสองข้างจับที่ข้อเท้า
- 2) สอนวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้แรงเบ่งมีประสิทธิภาพและสามารถผลักดันให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมาเรื่อยๆ โดยเมื่อมดลูกมีการหดตัว ผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง ให้ผู้คลอดหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ 1-2 ครั้ง หลังจากนั้นให้สูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ พร้อมทั้งก้มหน้าให้คางจรดหน้าอก ลำตัวงอเป็นรูปตัว C เบ่งลงทางช่องคลอดคล้ายกับการเบ่งถ่าย

อุจจาระ การเบ่งแต่ละครั้งให้เบ่งนาน 6-8 วินาที โดยมดลูกหดตัวแต่ละครั้งให้เบ่งได้น้อย 3 ครั้ง เมื่อเบ่งเสร็จแต่ละครั้งให้หายใจออกแล้วสูดหายใจเข้าใหม่แล้วกลืนไ้พร้อมกับเบ่งลง เมื่อมดลูกคลายตัวแล้วให้หายใจลึกๆ ยาวๆ อีก 1-2 ครั้ง แล้วนอนพักคลายกล้ามเนื้อทุกส่วน เมื่อมดลูกหดตัวก็เริ่มหายใจเบ่งคลอดใหม่จนกระทั่งศีรษะทารกคลอดออกมา

3) ฝึกคลอด โดยอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อเบ่งคลอดถูกวิธี และช่วยควบคุม กระตุ้นให้เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว

4) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ได้แก่ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ การหดตัวของมดลูก ระยะ เวลาของการคลอด เป็นต้น ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเบ่งได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกรู้สึกเจ็บมาก pain score=10
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้องเสียงดัง เอะอะ โวยวาย
- 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นดิ้นไปมา ไม่ยอมเบ่งคลอด

เป้าหมายการพยาบาล สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะเบ่งได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ร้องเสียงดัง เอะอะ โวยวาย
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ดิ้นไปมา
- 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ความร่วมมือในการเบ่งคลอด

วางแผนการพยาบาล

- 1) ประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 2) อธิบายให้ทราบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดหมดผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากทั้งบริเวณหลัง ก้นกบ ต้นขา และจะมีความเจ็บปวดมากที่สุดบริเวณผิวหนังช่วงปากช่องคลอดและฝีเย็บ ถ้าการคลอดดำเนินไปด้วยดีภายหลังคลอดอาการเจ็บปวดนี้จะหายไป

- 3) ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าและเช็ดตัวด้วยผ้าชุบน้ำเย็น
- 4) กระตุ้นและช่วยเหลือให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นปฏิบัติตามวิธีการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง เช่น เทคนิคการหายใจ เป็นต้น
- 5) อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการพูดคุย ปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกำลังเผชิญอยู่ และบอกความก้าวหน้าของการเบ่งคลอดให้ทราบเป็นระยะ
- 6) อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบถึงขั้นตอนและวิธีการคลอดให้ชัดเจน

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) เสียงหัวใจทารก (FHS) มีการเต้นช้าเป็นบางช่วง
- 2) ตรวจพบ FHS = 90 ครั้งต่อนาที Variable deceleration
- 3) ผู้คลอดเบ่งนาน 1 ชั่วโมง 30 นาทีแล้วยังไม่คลอด

เป้าหมายการพยาบาล ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) FHS = 110 – 160 ครั้งต่อนาที สม่าเสมอ
- 2) FHS ไม่มี deceleration
- 3) แรกเกิดทารกมีคะแนน Apgar Score ที่ 1 นาที และ 5 นาที ≥ 7

วางแผนการพยาบาล

- 1) บันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกทุก 5 นาที โดยติดเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic fetal monitor: EFM) ไว้ตลอดเวลาจนกระทั่งทารกคลอด
- 2) ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับ Oxygen mask with bag 10 ลิตรต่อนาที
- 3) เตรียมอุปกรณ์การทำสูติศาสตร์หัตถการ และอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อม
- 4) รายงานทีมช่วยเหลือชีวิตทารกแรกเกิด (NCPR) เพื่อเตรียมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

ระยะที่ 3 ของการคลอด

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เกี่ยวกับการตกเลือดเนื่องจากรกลอกตัวช้า

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) หลังจากทารกคลอดประมาณ 20 นาที ยังไม่มี signs ของรกลอกตัว
- 2) ระหว่างรอกำคลอดครีมีเลือดสดๆ ไหลออกมาจากช่องคลอด 300 ซีซี

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) รกคลอดครบถ้วนภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด
- 2) เลือดที่ออกจากช่องคลอดมีปริมาณไม่เกิน 500 ซีซี
- 3) ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค
- 4) สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต systolic ≤ 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic ≤ 80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-22 ครั้งต่อนาที

วางแผนการพยาบาล

- 1) บันทึกสัญญาณชีพหลังทารกคลอด โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุกครั้งชั่วโมงในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อคให้รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ
- 2) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดย ตรวจสอบบริเวณเหนือหัวหน่าวว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะให้พยาบาลผู้ดูแลสวน ปัสสาวะทันที เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- 3) สังเกตการหดตัวของมดลูก โดยวางมือบนหน้าท้องเบาๆไม่ควรคลึงมดลูกเพราะจะทำให้ปากมดลูกเกร็งตัวซึ่งจะทำให้รกลอกตัวไม่ได้ ในรายที่มดลูกหดตัวไม่ดีควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- 4) สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดและแผลฝีเย็บ ถ้ามีเลือดออกมากควรตรวจหาสาเหตุของการเสียเลือดและให้การช่วยเหลือต่อไป

- 5) ดูแลช่วยให้ผู้คลอดได้คลอดรกภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด โดยช่วยทำคลอดรกโดยวิธี Modified Crede' maneuver ภายหลังมีอาการแสดงของการลอกตัวของรกสมบูรณ์ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- 6) ตรวจรกและเยื่อหุ้มทารกเพื่อค้นหาความผิดปกติและการค้างของเศษรก
- 7) ภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกให้แข็ง และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกและช่องคลอดออกเพื่อให้มดลูกหดตัวดี
- 8) ประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด
- 9) บันทึกสัญญาณชีพภายหลังรกคลอดทันที และควร บันทึกต่อในรายที่มีเลือดออกเรื่อยๆ หรือมดลูกหดตัวไม่ดี หรือมีอาการแสดงของภาวะช็อค
- 10) ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก โดยถ้าผู้คลอดไม่ได้มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้ฉีด Methergin 0.2 mg. เข้าทางหลอดเลือดดำ ส่วนในผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้ฉีด Oxytocin 2 unit เข้าทางหลอดเลือดดำ

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เกี่ยวต่อการตกเลือดจากแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ตรวจแผลฝีเย็บพบมีการฉีกขาด ที่ลึกลงไปถึงหูรูดทวารหนัก (Third degree tear)
- 2) ตรวจพบมีเลือดพุ่งจากเส้นเลือดบริเวณแผลฝีเย็บ
- 3) ขณะรอรกคลอดมีเลือดสดๆ ไหลออกมาจากช่องคลอดรวม 350 ซีซี

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) แผลฝีเย็บไม่มี Active Bleeding
- 2) เลือดที่ออกทางช่องคลอดมีปริมาณไม่เกิน 500 ซีซี
- 3) ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค
- 4) สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต systolic ≤ 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic ≤ 80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-22 ครั้งต่อนาที

วางแผนการพยาบาล

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุกครั้งชั่วโมงในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อกให้รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ
- 2) ควรหนีบเส้นเลือดที่ถึงขาดโดยใช้ อาร์เตอร์เรียลแคลิป (Arterial clamps) และเย็บผูกเส้นเลือด
- 3) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจดูบริเวณเหนือหัวหน่าวว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะให้พยาบาลผู้ดูแลสวนปัสสาวะทันที เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- 4) ภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกให้แข็งทันที และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกและช่องคลอดออกเพื่อห้ามมดลูกหดตัวดี
- 5) ตรวจสอบประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด
- 6) ซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือด

ระยะที่ 4 ของการคลอด

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เลี้ยงตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) หลังรกคลอดตรวจพบระดับข้อมดลูกอยู่เหนือกว่าระดับสะดือ
- 2) หลังรกคลอดคลำบริเวณหน้าท้อง พบว่ามดลูกนิ่ม
- 3) มีเลือดไหลรินๆออกจากช่องคลอดตลอดหลังรกคลอด
- 4) หลังรกคลอดมีเลือดสดๆไหลออกมาจากช่องคลอด 350 ซีซี

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ระดับข้อมดลูกอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ
- 2) คลำบริเวณหน้าท้อง พบว่ามดลูกมีลักษณะกลม แข็ง

- 3) ไม่มี Active Bleeding ออกจากช่องคลอด
- 4) เลือดที่ออกทางช่องคลอดมีปริมาณไม่เกิน 500 ซีซี
- 5) ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก
- 6) สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต systolic ≤ 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic ≤ 80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-22 ครั้งต่อนาที

วางแผนการพยาบาล

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมง แรกหลังคลอด และทุกครั้งชั่วโมงในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด ถ้าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และมีอาการแสดงของภาวะช็อกให้รายงานแพทย์และเตรียมให้ความช่วยเหลือ
- 2) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจดูบริเวณเหนื อหัวหน่าวว่ามี กระเพาะปัสสาวะเต็มหรือไม่ ถ้ามีปัสสาวะให้พยาบาลผู้ดูแลสวนปัสสาวะทันที เพื่อไม่ให้ขัดขวาง การหดตัวของมดลูก
- 3) คลึงมดลูกให้แข็ง และ กดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกและช่อง คลอดออกเพื่อให้มดลูกหดตัวดี
- 4) ประเมินจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด
- 5) พิจารณาให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกซ้ำ โดยฉีด Oxytocin 5 unit เข้าทางหลอดเลือดดำ หรือ ให้ Oxytocin 40 unit ผสมในสารน้ำหยดเข้าทางหลอดเลือดดำ

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างมารดาและทารก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) เป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรก และเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว
- 2) มารดาวัยรุ่นบอกไม่ได้วางแผนที่จะตั้งครรภ์
- 3) ในระหว่างรอคลอดมารดามีความเจ็บปวดมาก
- 4) หลังคลอดมารดามีอาการอ่อนเพลีย อยากพักผ่อน
- 5) หลังคลอดมารดาปฏิเสธที่จะโอบกอดทารก

เป้าหมายการพยาบาล มารดาและทารกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) มารดาแสดงท่าทางสนใจและต้องการโอบกอดทารก
- 2) มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มขณะโอบกอดทารก ได้มองหน้า สบตากัน
- 3) มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา rooming-in
- 4) มารดาได้ให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด

วางแผนการพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยเริ่มด้วยการ ทักทายอย่างอ่อนโยน เป็นกันเอง
- 2) ช่วยเริ่มให้นมแม่โดยทำเมื่อทั้งมารดาและทารกมีความพร้อม โดยมีผู้ดูแล อยู่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา ปฏิบัติต่อมารดาอย่างนุ่มนวล แสดงความเห็นใจ และเต็มใจช่วยเหลือ
- 3) ช่วยมารดาให้สามารถเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกภายใน ½ - 1 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด
- 4) ช่วยจัดท่าให้มารดาสบายที่สุด จับเต้านมมารดาอย่างเบามือ
- 5) ช่วยจัดท่าทารกให้สามารถอมและดูดหัวนมได้ถูกต้อง
- 6) ขณะทารกดูดนม มีการประเมินการอมหัวนมเป็นระยะ ได้แก่ เห็นลาน นมด้านล่างมากกว่าหรือเห็นพอกๆกัน ปากของทารกไม่อ้ากว้าง ริมฝีปากล่างของทารกตรง หรือม้วน เข้า คางและจมูกของลูกออกห่างจากเต้านม
- 7) กล่าวคำชมเชยเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง และพูดให้กำลังใจว่ามารดา สามารถให้นมทารกได้

กรณีศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้คลอดหญิงไทย วัยรุ่น อายุ 17 ปี G1P0A0 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพแม่บ้าน ที่อยู่ปัจจุบันห้องเช่าใกล้ห้างพาต้าปิ่นเกล้า กรุงเทพฯ ภูมิลำเนากรุงเทพฯ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลศิริราช

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ

แหล่งข้อมูล จากสมุดฝากครรภ์และจากการซักประวัติผู้รับบริการ

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล (ที่ห้องคลอดสามัญ) วันที่ 7 มีนาคม 2562 เวลา 09.00 น.

อายุครรภ์ 38 สัปดาห์

อาการสำคัญที่มา Admitted เข้าครรภ์เวลา 6.00 น. (วันที่ 7 มีนาคม 2562)

การวินิจฉัยแรกพบที่ห้องคลอด G1P0A0 with Pregnancy 38 wks. with labour pain

วันที่คลอดบุตร วันที่ 7 มีนาคม 2562 เวลา 14.05 น.

วันที่ย้ายออกจากห้องคลอด วันที่ 7 มีนาคม 2562 เวลา 16.30 น.

การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายก่อนออกจาก ห้องคลอด G1P0A0 with Pregnancy 38 wks.

with Normal labour

ประวัติสุขภาพในปัจจุบัน

9 เดือนก่อนประจำเดือนไม่มาตามปกติ ผู้คลอดซื้อแผ่นตรวจการตั้งครรภ์พบว่าตั้งครรภ์ วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) วันที่ 14 มิถุนายน 2561 จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่อายุครรภ์ 17 wks. โดยผู้คลอดตั้งครรภ์นี้เป็นครั้งแรก

5 เดือนก่อนมาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราชเมื่ออายุครรภ์ 17 สัปดาห์ รวมฝากครรภ์ 10 ครั้ง มารับการตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามแพทย์นัด ระหว่างฝากครรภ์สุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์แข็งแรงดี ผลการตรวจครรภ์ปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 11 กิโลกรัม ได้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม กำหนดคลอด (EDD) 21 มีนาคม 2562

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลเริ่มมีอาการเจ็บครรภ์

ประวัติสุขภาพในอดีต

ผู้คลอดให้ประวัติว่า สุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อร้ายแรงใดๆ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ ไม่มีแพ้ยา อาหาร และสารใดๆ ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เคยใช้สารเสพติด โดยเสพยาบ้าแบบสูดดม เมื่อ 1 ปีก่อน เสพอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด โดยใช้อยู่ประมาณ 1 ปี เลิกเสพมา 1 ปี

ประวัติสุขภาพในครอบครัว ผู้คลอดให้ประวัติว่าในครอบครัวไม่มีใครมีโรคประจำตัว

ประวัติระดูและการคุมกำเนิด

เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 12 ปี ปัจจุบันประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ระยะห่างระหว่างรอบเดือนประมาณ 28-30 วัน มีประจำเดือนประมาณ 4-5 วัน /รอบเดือน ใช้ผ้าอนามัยประมาณ 4-5 แผ่น/วัน ไม่มีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน มีตกขาวออกจากช่องคลอดเล็กน้อยก่อนมีประจำเดือน ไม่เคยมีอาการคันบริเวณช่องคลอด

LMP 14 มิถุนายน 2561 EDC 21 มีนาคม 2562

การคุมกำเนิด

ผู้คลอด มีเพศสัมพันธ์กับแฟนคนแรกตั้งแต่อายุ 13 ปี ไม่ได้คุมกำเนิด ไม่ได้ให้ความสำคัญในการคุมกำเนิด มีเพศสัมพันธ์กับแฟนคนปัจจุบัน (เป็นแฟนคนที่ 3) ตั้งแต่อายุ 17 ปี บางครั้งคุมกำเนิด โดยใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด ไม่ได้แต่งงานและไม่ได้วางแผนในการตั้งครรภ์ครั้งนี้

3. ข้อมูลส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ประวัติส่วนตัว

ผู้คลอดเป็นคนจังหวัดกรุงเทพฯ บิดามีอาชีพรับราชการ ตำรวจที่กรุงเทพฯ มารดาของผู้คลอดมีอาชีพครูที่กรุงเทพฯ ผู้คลอดเป็นลูกคนเดียว พ่อแม่แยกทางกันโดยผู้คลอดพักอาศัยอยู่กับแม่ 2 คน หลังเรียนจบมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้เรียนต่อ เนื่องจากไม่อยากเรียนจึงมาทำงานเป็นพนักงานขายที่ เซเว่นอีเลฟเว่น และได้รู้จักกับสามี หลังจากมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ จึงได้ปรึกษาบิดามารดาและปรึกษาสามี ทุกคนสนับสนุนให้ผู้รับบริการตั้งครรภ์ต่อไป โดยผู้คลอดได้ย้ายเข้ามาเช่าห้องอยู่กับสามีใกล้ห้างพาด้าปิ่นเกล้า เมื่อใกล้คลอดได้ลาออกจากงานมาอยู่บ้าน โดยผู้คลอดได้เงินค่าใช้จ่ายจากมารดาของตนเองและสามี

ประวัติคู่สมรส

ชายไทย อายุ 20 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา จบมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพ รับจ้าง (พนักงานขายของที่เซเว่นอีเลฟเว่น) รายได้ 12,000 บาทต่อเดือน สุขภาพแข็งแรง ไม่มีประวัติเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี โดยสูบบุหรี่ประมาณ 10 มวน เคยใช้สารเสพติดโดยเสพยาบ้าแบบสูดดม เมื่อ 3 ปีก่อน เสพอาทิตยละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด โดยเลิกเสพยาประมาณ 1 ปีก่อน

4. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

- บิดาของผู้คลอด อายุ 59 ปี ทำงานเป็นตำรวจประจำเอก แยกทางกับมารดาของผู้คลอดแล้วได้แยกบ้านไปอยู่ตามลำพัง

- มารดาของผู้คลอด อายุ 50 ปี ทำงานครูสอนชั้นมัธยม หลังแยกทางกับสามีได้พักอาศัยอยู่กับผู้คลอด 2 คน

หลังจากผู้คลอดย้ายมาอยู่กับสามี ไม่มีปัญหาขัดแย้งในครอบครัว รักใคร่กันดี เมื่อผู้คลอดมีปัญหาเรื่องสุขภาพและมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษามารดา

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

ผู้คลอดอาศัยอยู่ที่ห้องเช่า ขนาดห้องประมาณ 20 ตารางเมตร มีห้องน้ำ 1 ห้องมีระเบียบเล็กๆ สภาพห้องค่อนข้างสะอาด เครื่องใช้เป็นระเบียบเรียบร้อย แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ติดมุ้งลวด ไม่มีสัตว์เลี้ยง

ห้องเช่าเป็นห้องแบ่งเช่าบนตึกแถว 4 ชั้นใกล้ห้างพาต้าปิ่นเกล้า ห่างจากถนนใหญ่หน้าห้างพาต้าประมาณ 100 เมตร มีรถเมล์วิ่งผ่านหลายสาย รวมทั้งมีร้านอาหารหลายร้าน

รายได้ของครอบครัว

1) สามีของผู้คลอด อายุ 20 ปี อาชีพพนักงานขายของที่เซเว่นอีเลฟเว่นรายได้เดือนละ ~ 12,000 บาท

2) มารดาของผู้คลอด อายุ 50 ปี อาชีพครู รายได้เดือนละ 50,000 บาท โดยให้ผู้คลอดใช้เดือนละ 5,000 บาท

3) ผู้คลอด อายุ 17 ปี อาชีพแม่บ้าน ไม่มีรายได้

การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

ผู้คลอดสนิทสนมกับมารดา มารดาช่วยสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายและใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าโรงพยาบาลศิริราช ส่วนบิดาช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายนานๆครั้ง และมี

มารดาช่วยเหลือดูแลด้านต่างๆรวมทั้ง จะช่วยเหลือลูกให้ด้ว ยในวันเสาร์ -อาทิตย์ และมีสามี
รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครอบครัวเป็นหลัก

5. การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ทำ)

ระยะคลอด

การประเมินสภาพร่างกาย อารมณ์ และจิตใจของผู้รับบริการเมื่อแรกพบ

หญิงตั้งครรภ์มา โรงพยาบาลเนื่องจากเจ็บครรภ์ โดยนั่งรอนั่งและมีสามีมาด้วย ใส่
เสื้อผ้าสะอาด หน้าตาแสดงความเจ็บปวดนั่งบิดตัวไปมา สภาพร่างกายแข็งแรงดี พุดคุยรู้เรื่องดี การ
รับรู้ปกติ

การตรวจร่างกาย (วันที่ 7 มีนาคม 2562 เวลา 9.00 น.)

สัญญาณชีพ แกร็บ P=80 ครั้ง/นาที RR=20 ครั้ง/นาที BP=120/80 mmHg ร่างกาย
แข็งแรงดี ไม่พบความผิดปกติใดๆ

การตรวจครรภ์

แกร็บที่ห้องคลอด ระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือระดับสะดือ ทารกในครรภ์ท่า OLA
ส่วนหน้าเป็นศีรษะลงสู่เชิงกรานแล้ว อัตราการเต้นของหัวใจทารก 136 ครั้ง/นาที ระยะสม่ำเสมอ
คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ประมาณ 3000 กรัม มดลูกหดตัวทุก 5 นาที นานครั้งละ 45
วินาที ระดับความรุนแรงปานกลาง

การตรวจภายใน

แกร็บตรวจพบปากมดลูกเปิด 3 ซม. ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ -1 คลำพบถุงน้ำ
โป่งตึง ปากมดลูกนุ่มมาก ซีกกลาง ไม่พบความผิดปกติใดๆ

การรักษาที่ได้รับ

ยาที่ใช้ในระหว่างการคลอด ก่อนคลอด 5%D N/2 1,000 cc + Syntocinon 10 unit IV
drip 12 cc/hr. หลังคลอด Add syntocinon อีก 10 unit ปรับ Rate เป็น 120 cc/ hr. และฉีด Methergin
0.2 mg. iv push stat

ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

ประวัติการตั้งครรภ์

ครรภ์ที่ (G) 1 เคยผ่านการคลอด (P) 0 แท้ง (A) 0 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลศิริราช
ขณะอายุครรภ์ 17 wks. จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 10 ครั้ง มารับการตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามแพทย์
นัด วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) 14 มิถุนายน 2561 คาดคะเนกำหนดคลอด

(EDC) 21 มีนาคม 2562 ไม่มีอาการผิดปกติระหว่างการตั้งครรภ์ เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวเพื่อการคลอด 1 ครั้ง ระหว่างฝากครรภ์สุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์แข็งแรงดี ผลการตรวจครรภ์ปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 15 กิโลกรัม ได้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ยาที่ใช้ในระหว่างตั้งครรภ์ 1) Folic acid 1 tab oral OD pc 2) Trifluoromethine 1 tab oral OD pc เข้า 3) Calcium gluconate 1 gm. 1 tab oral OD pc ก่อนนอน

ประวัติการคลอด

วันที่ 7 มีนาคม 2562 เริ่มเจ็บครรภ์จริงเวลา 06.00. น. เริ่มมีมูกปนเลือดออกเวลา 10.00 น. การตรวจหน้าท้อง ทำ OLA ถุงน้ำท่อนหัวเจาะเวลา 09.45 น. เริ่มเบ่งเวลา 13.30 น.

คลอดปกติ (Normal labour) เด็กเกิดเวลา 14.05 น. วันที่ 7 มีนาคม 2562 น้ำหนักทารก 2900 กรัม Apgar score 9,10 รกและเยื่อหุ้มทารก คลอดเวลา 14.15 น. น้ำหนักรก 600 กรัม ลักษณะรกและเยื่อหุ้มทารกครบบริบูรณ์ ฝีเย็บตัด ระดับการฉีกขาด 2nd degree tear วิธีเย็บ ข้างในด้วย catgut แบบ continuous ข้างนอกด้วย catgut แบบ subcuticular จำนวนเลือดที่ออก 200 ซีซี.

ทารกแรกเกิด เพศชาย น้ำหนัก 2900 กรัม ตัวยาว 49 ซม. เส้นรอบวงศีรษะ (OF) 34 ซม. T. 37.1°C

APGAR score

Score	Heart Rate	Respiration	Muscle Tone	Reflex Irritability	Color
0	Absent	Absent	Limp	No Response	Blue-Pale
1	Slow (below 100)	Slow Irregular	Some flexion of extremities	Grimace	Body Pink Extremities Blue
2	Over 100	Good crying	Active motion	Cough or sneeze	Completely pink

APGAR score: 1 นาที = 9 (หักสี 1) 5 นาที = 10 การปฏิบัติการช่วยเหลือ tactile stimulation ลักษณะทั่วไปแข็งแรงดี O2 Sat = 99 HR = 146 ครั้ง/นาที ทารกได้รับยา Vitamin K 1 mg IM stat

สรุปการคลอด ระยะที่ 1 ของการคลอด 7 ชม. 30 นาที

ระยะที่ 2 ของการคลอด 35 นาที

ระยะที่ 3 ของการคลอด 10 นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะแรกเริ่ม

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่ารู้สึกวิตกกังวลว่าจะคลอดยาก
 - 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่ากลัวเจ็บท้องมาก
 - 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแสดงท่าที สีหน้าวิตกกังวล ไม่ค่อยมีสมาธิในการพูดคุย
- เป้าหมายการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสีหน้าสดชื่น พูดคุยมากขึ้น

การพยาบาล

- 1) เมื่อพบกับ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พยายามสร้างสัมพันธภาพโดยยิ้มทักทาย
แนะนำตัว และแสดงท่าทีที่เป็นมิตร
- 2) บอกเหตุผลของการทำกิจกรรมต่างๆ ให้สตรีตั้งครรภ์ทราบทุกครั้งก่อน
ให้การพยาบาลหรือการตรวจ และอยู่เป็นเพื่อนขณะแพทย์ตรวจ รวมทั้งให้การพยาบาลด้วยความ
สุภาพนุ่มนวล
- 3) เป็นสื่อกลางแจ้งข่าวสารการเยี่ยมของสามีและญาติให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
ทราบ เมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปจึงให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่ข้างเตียง
- 4) ประเมินความต้องการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและให้การตอบสนองอย่าง
เหมาะสม
- 5) ประเมินความวิตกกังวล ความกลัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการเจ็บ
ครรภ์ การคลอด และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- 6) จัดบรรยากาศให้สงบเงียบเป็นสัดส่วน ให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ผ่อนคลาย
คลาย โดยปิดม่านหน้าต่าง และปิดไฟ
- 7) เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสามีเป็นระยะ โดยมีการ พูดคุย
ให้กำลังใจ ให้คำชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล

8) เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นซักถามปัญหาและระบายความรู้สึก โดยมีข้อคำถามคือ “พี่คะหนูจะคลอดได้ไหมหนูกลัวจัง ” พยายามอธิบายให้เหตุผลตามสถานการณ์ เพื่อให้คลายความวิตกกังวลและความกลัว จับมือให้กำลังใจ

9) แสดงพฤติกรรมยอมรับการแสดงออกของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยพยักหน้าเป็นระยะขณะที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพูด และพูดปลอบโยนอธิบายให้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่เป็นความจริง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บครรภ์เนื่องจากการหดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นร้องไห้เป็นพักๆ
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกระสับกระส่าย อยากร้อง
- 3) มดลูกมีการหดตัวถี่ขึ้น นานขึ้น และแรงขึ้น
- 4) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบอกว่าเจ็บครรภ์มาก pain score = 9

เป้าหมายการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกสุขสบายและสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ร้องไห้ เอะอะ หรือไววาย
- 2) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกระสับกระส่ายและเกร็งน้อยลง
- 3) ขณะมดลูกมีการหดตัวสามารถใช้เทคนิคการหายใจเพื่อควบคุมความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาล

1) อธิบายให้ทราบว่าอาการเจ็บครรภ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้น โดยอธิบายว่า “เป็นยังไงบ้าง เจ็บท้องมากใช่ไหม อาการเจ็บครรภ์จะเจ็บนานเกือบนาทีนะ หายไป 2-3 นาทีก็จะเจ็บอีก แต่ถ้าคลอดอาการเจ็บจะหายทันที สู้ๆนะ เดียวก็ผ่านไปได้อ” พร้อมทั้งบีบที่มือเบาๆ

- 2) ดูแลจัดทำนอนของสตรีตั้งครรภ์ไว้ให้อยู่ในท่าที่สบาย โดยจัดให้นอนตะแคงซ้ายหนุนหมอน เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อมากที่สุด
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ โดยปิดม่านหน้าต่าง และปิดไฟเพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย
- 4) เช็ดหน้าและเช็ดตัวด้วยผ้าชุบน้ำเย็นเพื่อให้เกิดความสบาย
- 5) กระตุ้นและช่วยเหลือให้ สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่น ปฏิบัติวิธีการควบคุมความเจ็บปวดด้วยตนเอง โดยสอนให้ใช้เทคนิคการหายใจ
- 6) อยู่เป็นเพื่อนใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่น โดยการพูดปลอบโยน แสดงความเห็นใจในความเจ็บปวดที่ สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่น กำลังเผชิญอยู่และบอกความก้าวหน้าของการคลอด คให้ทราบเป็นระยะ ให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและความกลัว เพราะความกลัวจะส่งผลให้รู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้น การกล่าวคำชมเชยเมื่อ สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่นสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมแรงจูงใจให้ปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 2 ของการคลอด

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้าเนื่องจากเบ่งคลอดไม่ถูกวิธี

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่นเบ่งแล้วใบหน้าแดงกล่ำ เบ่งได้ระยะเวลาสั้นๆ
- 2) ร้องครวญครางเป็นระยะ
- 3) ภายหลังเบ่งมา 1 ชั่วโมงตรวจภายในพบว่าส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลง
- 4) สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่นตั้งครรภ์แรก เบ่งมานาน 1 ชั่วโมง 10 นาที

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดการคลอดล่าช้าและสามารถเบ่งคลอดได้ถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) สตรีตั้งครรภ์ไว้ร่นเบ่งได้ถูกวิธี เบ่งลงก้น หน้าไม่แดง
- 2) ไม่ร้องครวญคราง หรือบิดตัวไปมา
- 3) เบ่งแล้วส่วนนำมีการเคลื่อนต่ำลงมา
- 4) การคลอดสิ้นสุดภายในเวลา 2 ชั่วโมง

การพยาบาล

- 1) เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด เริ่มจากการจัดทำในการเบ่ง โดยจัดให้ผู้คลอดนอนหงาย ศีรษะสูงเล็กน้อย ชันเข่า และแยกเท้าออกให้กว้าง มือทั้งสองข้างจับที่ข้อเท้า
- 2) สอนวิธีการเบ่งคลอดที่ถูกต้อง โดยเมื่อมดลูกเริ่มมีการหดตัวบอกให้สตรีตั้งครรภ์้วยร่นหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ 1-2 ครั้ง หลังจากนั้นให้สูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้ พร้อมทั้งก้มหน้าให้คางจรดหน้าอก ลำตัวอเป็นรูปตัว C เบ่งลงทางช่องคลอดคล้ายกับการเบ่งถ่ายอุจจาระ การเบ่งแต่ละครั้งให้เบ่งนาน 6-8 วินาที โดยมดลูกหดตัวแต่ละครั้งให้เบ่งได้อย่างน้อย 3 ครั้ง เมื่อมดลูกคลายตัวแล้วให้หายใจลึกๆ ยาวๆ อีก 1-2 ครั้ง
- 3) ฝ้าคลอด โดยอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อเบ่งคลอดถูกวิธี และช่วยควบคุม กระตุ้นให้เบ่งทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว
- 4) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ได้แก่ การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ การหดตัวของมดลูก ระยะเวลาของการคลอด เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 3 ของการคลอด

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการตกเลือดจากแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ตรวจแผลฝีเย็บพบมีการฉีกขาด (Second degree tear) ก่อนข้างลึก
- 2) ตรวจพบมีเลือดฟุ้งจากเส้นเลือดบริเวณแผลฝีเย็บ
- 3) ขณะรอรกคลอดมีเลือดสดๆ ไหลออกมาจากช่องคลอดรวม 300 ซีซี

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) แผลฝีเย็บไม่มี Active Bleeding
- 2) เลือดที่ออกทางช่องคลอดมีปริมาณไม่เกิน 500 ซีซี
- 3) ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค

4) สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต systolic ≤ 120 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต diastolic ≤ 80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12-22 ครั้งต่อนาที

การพยาบาล

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ โดยประเมินเป็นระยะทุก 15 นาทีในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และทุกครั้งชั่วโมงในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด
- 2) หนีบเส้นเลือดที่ฉีกขาดโดยใช้ อาร์เตอร์เรียลคลัมป์ (Arterial clamps) และเย็บผูกเส้นเลือด
- 3) ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยตรวจดูบริเวณเหนือหัวหน่าว พบว่ากระเพาะปัสสาวะโป่งตึง จึงสวนปัสสาวะให้เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก
- 4) ภายหลังรกคลอด คลึงมดลูกให้แข็งทันที และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกและช่องคลอดออกเพื่อให้มดลูกหดตัวดี
- 5) ตรวจสอบประมาณจำนวนการเสียเลือดทั้งหมดตลอดระยะการคลอด
- 6) ซ่อมแซมแผลฝีเย็บอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 4 ของการคลอด

5. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีโอกาสเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างมารดาและทารก

ข้อมูลสนับสนุน

- 1) เป็นมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก
- 2) มารดาวัยรุ่นบอกไม่ได้ตั้งใจที่จะมีลูก
- 3) ในระหว่างรอคลอดมารดามีความเจ็บปวดมาก
- 4) หลังคลอดมารดามีอาการอ่อนเพลีย อยากพักผ่อน
- 5) หลังคลอดมารดาปฏิเสธที่จะโอบกอดทารก

เป้าหมายการพยาบาล มารดาและทารกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) มารดาแสดงท่าทางสนใจและต้องการโอบกอดทารก
- 2) มารดามีสีหน้ายิ้มแย้มขณะโอบกอดทารก ได้มองหน้า สบตากัน
- 3) มารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันตลอดเวลา rooming-in
- 4) มารดาได้ให้นมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด

การพยาบาล

- 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยเริ่มด้วยการ ทักทายอย่างอ่อนโยน เป็นกันเอง
- 2) ช่วยเริ่มให้นมแม่โดยทำเมื่อทั้งมารดาและทารกมีความพร้อม โดยมีผู้ดูแล อยู่คอยช่วยเหลือตลอดเวลา ปฏิบัติต่อมารดาอย่างนุ่มนวล แสดงความเห็นใจ และเต็มใจช่วยเหลือ
- 3) ช่วยมารดาให้สามารถเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกภายใน 1/2 ชั่วโมงแรกหลัง คลอด
- 4) ช่วยจัดท่าให้มารดา โดยให้นอนตะแคงเข้าหาทารกและใช้หมอนหนุน หลังเพื่อให้มารดารู้สึกสบายที่สุด จับด้านนมมารดาอย่างเบามือ
- 5) ช่วยจัดท่าทารกให้สามารถอมและดูดหัวนมได้ถูกต้อง
- 6) ประเมินการอมหัวนมเป็นระยะขณะทารกดูดนม โดยให้เห็นลานนม ด้านล่างมากกว่าหรือเห็นพอกๆกัน ปากของทารกไม่อ้ากว้าง ริมฝีปากล่างของทารกตรง หรือม้วนเข้า คางและจมูกของลูกออกห่างจากเต้าแม่ กล่าวคำชมเชยเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง โดยพูดว่า “คุณแม่ เก่งมาก ทำได้ถูกต้องแล้วค่ะ”

บทที่ 5

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขและพัฒนางาน

การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะคลอดที่ผ่านมาอาจมี ปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติพยาบาล อยู่บ้าง ซึ่งผู้เขียนได้เสนอแนวทางในการ แก้ไขปัญหาและพัฒนา ไว้ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน	แนวทางแก้ไขและพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ด้านระบบ - ที่โรงพยาบาลศิริราชเมื่อมีสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์จะจัดให้เข้าโครงการพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผดุงครรภ์เจ้าของไข้ (คลินิกดาวชมพู) โดยคลินิก จะมีพยาบาลเจ้าของไข้ ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แบบต่อเนื่องใน ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ รวมทั้ง ติดตามเยี่ยมหลังคลอด แต่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด จะได้รับการดูแลโดยพยาบาลของห้องคลอด ซึ่งทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่อง พยาบาลเจ้าของไข้จะไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแล - ไม่มีรูปแบบการส่งต่อข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นรูปธรรม ทำให้พยาบาลที่ให้การ	- ที่ห้องคลอดพยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อค้นหาปัญหา แล้วนำมาวางแผนการพยาบาลต่อไป - พยาบาลผู้ดูแลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดูแล - เมื่อแรกรับที่ห้องคลอดพยาบาลผู้ดูแลต้องประเมินสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยเฉพาะด้านจิตสังคมที่ต้องใช้ประสบการณ์และทักษะ เพื่อค้นหาปัญหาแล้วนำมาวางแผน	- พัฒนา Competency ของพยาบาลห้องคลอดในการให้การดูแลกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น - พัฒนารูปแบบการส่งต่อข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรม เช่น สร้างแบบส่งต่อข้อมูลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายแนบมากับใบฝากครรภ์ โดยเป็นการสรุปปัญหาในช่วงตั้งครรภ์ การแก้ไขปัญหายังคงต้องติดตามต่อ เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลที่ห้องคลอดสามารถทราบปัญหาและให้การดูแลต่อเนื่องได้

ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน	แนวทางแก้ไขและพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ดูแลในส่วนของห้องคลอดไม่ทราบปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประเมินได้ในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในด้านจิตสังคม	การพยาบาลต่อไป - พยาบาลผู้ดูแลควรให้ญาติ เช่นสามี หรือ มารดา มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในด้านจิตสังคม เพื่อที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน	
บุคลากร/ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรบางรายอาจมีทัศนคติในเชิงลบต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดี	-มีการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการอบรมชุมชนคนห้องคลอด เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทที่มีความซับซ้อนของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งแนวทางการสร้างสัมพันธภาพ -จัดให้บุคลากรที่อยู่ในทีม PCT teenage ได้มีโอกาสมาดูงานที่คลินิกดาวชมพู เพื่อให้ทราบแนวทางการดูแลแบบต่อเนื่อง และเข้าใจบริบทของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น	-จัดให้บุคลากรที่มีส่วนในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกท่านได้มีโอกาสหมุนเวียนเข้ามาดูงานที่คลินิกดาวชมพู

ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติงาน	แนวทางแก้ไขและพัฒนา	ข้อเสนอแนะ
ผู้รับบริการ - สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดมาก่อน และไม่ได้อ่านแผนที่จะมีบุตร ทำให้ส่วนใหญ่กลัวการคลอดบุตร มีความวิตกกังวลสูง - สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดที่ไม่ดี บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา - สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นบางส่วน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคลอดบุตร โดยเฉพาะกลุ่มที่ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลอื่นๆหรือคลินิก	- พยาบาลห้องคลอดต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น - พยาบาลห้องคลอดควรสนับสนุนให้ญาติ เช่น สามี หรือ มารดา มีส่วนร่วมในการดูแลในระยะคลอด เช่น ฝ้าคลอด เพื่อลดความเครียด ความกลัวที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเพียงลำพังกับคนที่ไม่คุ้นเคย - พยาบาลห้องคลอดควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอดแก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นระยะๆ	- พัฒนารูปแบบการฝ้าคลอดโดยให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล มาทำหน้าที่ฝ้าคลอด เนื่องจากที่ผ่านมาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีญาติที่จะมาทำหน้าที่ดูแลในระยะคลอด

บรรณานุกรม

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง , บุญฤทธิ์ สุขรัตน์ , เอกชัย โควาศารัช , ประกายดาว พรหมประพัฒน์ และจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น* . กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- บุรเทพ โชคนานุกุล และกมลชนก ขำสุวรรณ . (2559). “การตั้งครรภ์วัยรุ่น ” ผลกระทบทางสังคมจากมุมมองเรื่องเพศของแม่ต่างรุ่น . กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ . (2555). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก* . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง , มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พริยา สุภศรี. (2546). *การพยาบาลในระยะคลอด*. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิริनुช ชมโท และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ . (2559). *เวชปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานี ปิยะอนันต์ , ชาญชัย วันทนาศิริ และประเสริฐ ศันสนีย์วิทยกุล . (2552). *ตำราสูติศาสตร์* . กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ . (2558). *การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด* . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.
- ยุพา พูนขำ, สมศักดิ์ สุทศน์วรวิทย์ และรุจิรา วัฒนาอิงเจริญชัย . (2558). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- เขื่อน ตันนิรันดร และวรพงษ์ ภู่งงศ์ . (2551). *เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* . กรุงเทพฯ : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- รศวันต์ อาริมิตร , สุกัญญา อินอิ้ว , บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์ , ศิริไชย หงส์สงวนศรี และสมจิตร จารูรัตนศิริกุล. (2559). *ตำราเวชศาสตร์วัยรุ่น*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.

- วีรวรรณ ภาษาประเทศ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และสิดานันท์ ศรีใจวงศ์. (2556). *การพยาบาลระยะคลอด*. นนทบุรี: บริษัท ยูทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล . (2557). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ศิริภรณ์ สวัสดิ์, กรรณิการ์ บางสายน้อย, กุสุมา ชูศิลป์, รัชดา เกษมทรัพย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, ธิติรัตน์ วงศ์วิสุทธิ และวไล เชตะวัน . (2555). *เรียนรู้นมแม่จากภาพ (ฉบับประเทศไทย)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล . (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม2)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิวพร สุดเพชร . (2557). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียด ความเจ็บปวด และความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก* . วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง , มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2555). *สูติศาสตร์ระยะคลอด*. สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- สุกัญญา ปรีศัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด*. เชียงใหม่: บริษัท นันทพันธ์พรินติ้ง จำกัด.
- สุพร อภินันทเวช, บุญยี่ มานะบริบูรณ์, จิราภรณ์ อรุณากูร และภัทรวลัย ตลิ่งจิตร . (2558). *การดูแลแม่วัยรุ่นแบบองค์รวม*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฮาซัน.
- อรนันท์ หาญยุทธ . (2557). *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้* . *วารสารพยาบาลทหารบก* , 15(3), 137-143.
- Dick-Read, G. (1984). *Childbirth without Fear* (5th ed.). New York: Harper & Row.
- Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 198-200.
- Kayne, M. A., Greulich, M. B., & Albers, L. L. (2001). Doulas: An alternative yet complementary addition to care during childbirth. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 692-703.

- Margaret Barnes., & Jennifer Rowe. (2008). Child, Youth and Family Health. Australia: *Reed International Books Australia Pty Ltd*, 100-128.
- 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(2), 92-97.
- Oboro, V. O., Oyeniran, A. O., Akinola, S. E., & Isawumi, A. I. (2011). Attitudes of nigerian women toward the presence of their husband or partner as a support person during labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 112(1), 56-58.
- Oweis, A. (2009). Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 525-533.
- Thaithae, S., Thato, R. (2011). Obsteric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(6), 342-6.
- World Health Organization. (2001). The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: *World Health Organization*.
- WHO/UNICEF. (2009). BFHI Section 3: Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital; 20-hour course, 199-211.
- World Health Organization. (2011). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescent in Developing Countries: *World Health Organization*.

ประวัติผู้จัดทำคู่มือ

ชื่อ	นางสาวเมษปภา สูดเพชร
วัน เดือน ปีเกิด	16 ตุลาคม พ.ศ. 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์ชั้นสูง) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557
ทุนการศึกษา	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	26/11 หมู่ 1 ถนนบางกรวยไทรน้อย แขวงบางกรวย เขตบางกรวย นนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 082 -3665195 E-mail: metpaphasudphet@gmail.com
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและ สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนพรมานนก แขวงศิริราช เขตบางกอก น้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-419-4640-2, 02-4196769

หนังสือรับรองคุณภาพคู่มือการพยาบาล

1. ชื่อคู่มือการพยาบาล การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด
2. ชื่อผู้จัดทำ นางสาวเมษปภา สุตเพชร ตำแหน่ง พยาบาล สังกัด งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
โทรศัพท์ 082-3665195 โทรสาร 02-4194642 อีเมล metpapha.sud@mahidol.ac.th

3. ชื่อผู้ร่วมจัดทำ

☒ ไม่มี เนื่องจากดำเนินการเพียงผู้เดียว

☐ มี จำนวน คน

1. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง สังกัด
โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล
2. ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง สังกัด
โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล

3. พี่เลี้ยง

☐ ไม่มี

☒ มี ชื่อ - สกุล นางสาวภัสรา หากุลลาบ ตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วยพระศรีฯ 4 สามัญ สังกัด
งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

โทรศัพท์ 081-3432038 โทรสาร 02-4194642 อีเมล passara.hak@mahidol.ac.th

ลงชื่อ เมษปภา สุตเพชร ผู้จัดทำ

(นางสาวเมษปภา สุตเพชร)

ขอรับรองว่าคู่มือการพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบจากพี่เลี้ยง/กรรมการคู่มือปฏิบัติงานของงานการพยาบาลแล้ว

ลงชื่อ (นางสาวภัสรา หากุลลาบ)

(นางสาวภัสรา หากุลลาบ)

พี่เลี้ยง

ลงชื่อ (นางจารุพันธ์ ศรีจันทร์ดี)

(นางจารุพันธ์ ศรีจันทร์ดี)

กรรมการฯ

ขอรับรองว่าคู่มือการพยาบาลได้ผ่านการตรวจสอบจากงานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาลแล้ว

ลงชื่อ (นางสาวชรัสนิกุล ยิมบุญนะ)

(นางสาวชรัสนิกุล ยิมบุญนะ)