

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ High Risk Pregnancy: The Nurse Midwife Roles

รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์¹
Rattanaorn Tanasirijiranont¹

บทคัดย่อ

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรสุขภาพ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม ทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งปัจจุบันพบว่าทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับรวมทั้งในประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงผลกระทบต่ออวัยวะสุขภาพของมารดาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด อีกทั้งยังส่งผลต่ออัตราการตายมารดาและทารกปริกำเนิดสูงขึ้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการค้นหา คัดกรอง การประเมิน ช่วยในการการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยง รวมถึงให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก รวมถึงลดการเกิดความพิการของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ผดุงครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

The midwifery nurse is a health care provider who has an important role among the caring of high risk pregnant women who face with problems of medical and obstetrical during the period of pregnancy, intrapartum and postpartum. Recently, the trend of high risk pregnancy has increasing as gradually such global and Thailand. Complications of high risk pregnancy effect to the physical and psychological of pregnant mother, fetus and newborn. They gain of the rates of maternal death, still birth, and neonatal death. Therefore, the midwifery nurse should perform their roles for investigating, screening, assessing, and assisting to diagnose high risk pregnancy through the good quality and effectively of the nurse midwife nursing which aims to support safety pregnancy, reduce the rate of maternal and neonatal mortality, and also fetal and neonatal malability.

Key words: High risk pregnancy, Midwifery, Midwifery nurse, The Nurse Midwife Roles

¹ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ (McCormick Faculty of Nursing, Payap University)
email: rat2019@gmail.com หมายเลขโทรศัพท์ 053-242-532

บทนำ

การตั้งครรภ์เสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ อาจมีผลเสียทั้งทางร่างกายหรือจิตใจต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์เสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบ อาจเป็นได้ทั้งภาวะที่ไม่มีอันตรายไปจนถึงภาวะที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของทั้งมารดาหรือทารกในครรภ์ได้ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมีการเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยเสี่ยง เพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยง รวมถึงให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ จะช่วยให้การตั้งครรภ์เสี่ยงสูงนั้นมีความปลอดภัย และลดอัตราการตายของมารดาและทารกในครรภ์ได้

สถานการณ์และแนวโน้มการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (High risk pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ที่สตรีตั้งครรภ์และ/หรือทารกในครรภ์ มีความเสี่ยงเป็นอันมากหรืออย่างสูงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ และ/หรือเสียชีวิตระหว่างการตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด (WHO, 2016) จากการสำรวจของ องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2018 พบว่าการตายของมารดาทั่วโลกมีจำนวนรวม 140,000 รายรายต่อปี เฉลี่ยเป็น 830 รายต่อวันจากจำนวนการตั้งครรภ์/การคลอดบุตร โดยพบว่าแนวโน้มอัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Rate: MMR) (จำนวนมารดาที่ตายด้วยสาเหตุเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วันหลังคลอด เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในปีเดียวกัน 100,000 คน) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 – 2013 ทั่วโลกมีอัตราการตายมากที่สุดในภูมิภาคของทวีปแอฟริกา เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และตะวันออกกลาง ตามลำดับ และร้อยละ 99 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา กลุ่มประเทศยากจน ห่างไกลความเจริญ และมีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัยของมารดา พบว่ากลุ่มมารดาที่ตั้งครรภ์วัยรุ่น มีปัญหาการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ความผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และมีอัตราเสียชีวิตมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ช่วงวัยอื่น ดังนั้นทักษะการดูแลให้การรักษาและพยาบาลก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์ และภายหลังการคลอดบุตรจากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดอัตราการตายของมารดาและทารก (WHO, 2018)

การตั้งครรภ์เสี่ยงสูง พบได้ประมาณร้อยละ 7 - 21 ของการตั้งครรภ์ปกติ โดยผลกระทบต่อมารดาพบว่าการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertensive disorder) การติดเชื้อ (Infection) การตกเลือด (Hemorrhage) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันของปอด (Pulmonary embolism) เหล่านี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของการตั้งครรภ์และการคลอดทั่วโลก นอกจากนี้การตั้งครรภ์เสี่ยงยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกคลอด ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตของทารก (Neonatal death) ที่อาจมีสาเหตุจากความพิการแต่กำเนิด (Congenital anomalies) การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย (Low birth weight: LBW) กลุ่มอาการของทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory Distress Syndrome: RDS) ซึ่ง

มักเกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงสูงที่เกิดขึ้นกับมารดาขณะตั้งครรภ์ (WHO, 2016) ทั้งนี้การเกิดความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์นั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมต่างๆ

สถานการณ์และแนวโน้มครรภ์เสี่ยงสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2558 (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าการตายของมารดาร์อยละ 56.6 มาจากสาเหตุที่ป้องกันได้คือ การตกเลือดหลังคลอด และ 2 ใน 3 ของการตาย เกิดจากการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ หรือภาวะโรคที่สตรีตั้งครรภ์เคยเป็นอยู่แล้ว และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าอัตราส่วนการตายของมารดาเป็น 26.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย) อัตราตายของทารกแรกเกิด (28 วันหลังคลอด) เป็น 3.5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกิน 5 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ) และยังพบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนัก $\leq 2,500$ กรัม เป็นร้อยละ 11.1 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7) จากสถิติดังกล่าวพบว่าแนวโน้มของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ยังคงมีอัตราสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้ เนื่องจากปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ร่วมกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีตั้งครรภ์ (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2562) ได้แก่

1. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธ์ที่ก้าวหน้าทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์ได้แม้อายุมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์อายุครรภ์

2. ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม

- 2.1. พฤติกรรมการบริโภคที่ปัจจุบันพฤติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่นิยมอาหารปิ้งย่าง อาหารสำเร็จรูป อาหาร fast food เป็นต้น ไปรวมกับการทำงานที่พึ่งพาเทคโนโลยีเป็นส่วนใหญ่ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ทำให้เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คอเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น

- 2.2 สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ยาและสารเสพติด เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ แอมเฟตามีน เป็นต้น ทำให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดความพิการ

- 2.3 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มขึ้น จากค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนไป การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งปัจจุบันพบการตั้งครรภ์เร็วขึ้นในวัยเด็กและวัยรุ่น ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สถิติวัยรุ่นไทยคลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 370 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับของภูมิภาคอาเซียน รองจากประเทศลาว นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น รวมถึงการกลับมาระบาดของโรคติดเชื้อซิฟิลิส ซึ่งพบมากขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เช่นกัน

2.4 กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคก่อนการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมื่อย และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งภาวะของการเกิดโรคดังกล่าว อาจทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้นขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะระบบต่างๆที่สำคัญ (target organ) จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเสี่ยงสูง

จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้นร่วมกับปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมที่พบเพิ่มขึ้น จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จากปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมในการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมของการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านชีวกายภาพ (Biophysical risk factors) ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม (Psychosocial risk factors) ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมเศรษฐกิจ (Sociodemographic risks) และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental risk factors) (กนกวรรณ ฉันทะนวมงคล, 2559; นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง, 2560; ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2560; อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, 2557; Cunningham, et. al, 2018; Jordan, Engstrom, Marfell & Faeley, 2014; Simpson & Creehan, 2014) ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรชีววิทยา (Biophysical risk factors) เป็นปัจจัยที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ หรือทารกในครรภ์และมีผลกระทบต่อพัฒนาการ หรือการทำหน้าที่ของสตรีตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์ หรือทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านสรีรชีววิทยา ได้แก่

1.1 พันธุศาสตร์ (Genetic) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติครอบครัวหรือการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา ได้แก่ ทารกมีภาวะพิการแต่กำเนิด ความผิดปกติของยีนส์ (Defective genes), ความผิดปกติทางโครโมโซม (Chromosome anomalies), การตั้งครรภ์แฝด (Multiple pregnancy), ทารกแรกเกิดตัวโต (Giant baby หรือ Macrosomia) ทารกแรกเกิดตัวโตกว่าอายุครรภ์ (Large for Gestational Age: LGA) และความผิดปกติของการเข้ากันของกลุ่มเลือด (ABO Incompatibility) ทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์คือ การตั้งครรภ์แฝด เกิดความวิตกกังวล และความเครียด และผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คือ ทารกเกิดความพิการแต่กำเนิด มีความผิดปกติของโครโมโซม ทารกตัวโต ทารกมีความผิดปกติในการเข้ากันของกลุ่มเลือด

1.2 ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) หากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะทุพโภชนาการ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยหรือมากกว่าเกณฑ์ปกติ แท้ง (Abortion) หรือเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ คือ ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักน้อยหรือขาดสารอาหารเรื้อรัง คลอดก่อนกำหนด พัฒนาการในครรภ์ล่าช้ากว่าอายุครรภ์ (Intra Uterine Growth Restriction) คลอดตาย (Still birth) คลอดติดขัด (Distocia) และมีความ

เสี่ยงต่อการตายภายใน 7 วันแรกหลังคลอดสูง หรือในสตรีตั้งครรภ์ที่ขาดไอโอดีน อาจทำให้ทารกมีความพิการทางสมอง เป็นใบ้ และการเจริญเติบโตชะงักได้

1.3 ความผิดปกติทางอายุรกรรมและสูติกรรม (Medical and obstetric disorders) ทั้งการตั้งครรภ์ปัจจุบันและประวัติการครรภ์ครั้งก่อน เช่น การมีบุตรยาก (Infertility) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) และการแท้ง ทารกตายคลอด หรือเสียชีวิตในระยะแรกเกิด การคลอดก่อนกำหนด การคลอดทารกตัวใหญ่ จำนวนครั้งในการคลอด ประวัติการผ่าตัดคลอด เป็นต้น

1.3.1 ประวัติของมารดาทางอายุรกรรม (maternal medical history) ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ได้แก่โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ โรคทางระบบทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และโรคไต

1.3.2 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน (current obstetric status) ได้แก่ การไม่มาฝากครรภ์/ฝากครรภ์ช้า การมีเลือดออกก่อนคลอด (antepartum hemorrhage) การตั้งครรภ์แฝด (multifetal pregnancies) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (pregnancy induced hypertension: PIH) ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (premature rupture of membrane: PROM) ทารกในครรภ์พัฒนาการล่าช้า (intra uterine growth retardation: IUGR) การตั้งครรภ์ยาวนาน (prolonged pregnancy) ทารกในครรภ์ผิดปกติ (abnormal fetus) ทารกในครรภ์อยู่ในท่าและส่วนนำผิดปกติ (abnormal presentation and position) และภาวะน้ำคร่ำมากหรือน้อยกว่าปกติ (polyhydramnios and oligohydramnios)

1.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health behavior risks) เช่น การสูบบุหรี่ (smoking) ของสตรีตั้งครรภ์หรือการสูดดมควันบุหรี่ การบริโภคคาเฟอีน (Caffeine) ที่อาจส่งผลกระทบให้ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight: LBW) เพิ่มอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal Mortality Rate: NMR) แท้ง (abortion) คลอดก่อนกำหนด (pre-term labor) ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Premature Rupture of Membrane: PROM) นอกจากนี้การบริโภคหรือดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol) และการใช้ยาและสารเสพติด (Drugs) อาจทำให้ทารกเกิดภาวะติดแอลกอฮอล์ (Fetal Alcohol Syndromes: FASs), ทารกได้รับผลกระทบจากแอลกอฮอล์ (Fetal Alcohol Effects: FAEs), การบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disabilities: LD), สมาธิสั้น (Hyperactivity) เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ (Psychosocial risks) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนและเตรียมตัวในการเปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นมารดา และยังเกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ที่อาจส่งผลการดูแลครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้แก่สภาวะจิตอารมณ์ ความเครียด การจัดการกับความเครียด สถานภาพและบทบาทในครอบครัว (Family status and family roles factors) เช่น การขาดผู้สนับสนุนดูแลขณะตั้งครรภ์ สถานภาพครอบครัวที่แตกแยก การขัดแย้งในบทบาทของการเป็นแม่ (Maternal role conflict) ย่อมส่งผลกระทบต่อการดูแลครรภ์ให้เป็นไปตามคุณภาพ การดูแลตนเองที่ไม่ดีขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการฝาก

ครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าเกณฑ์ 12 สัปดาห์ได้ (Late Antenatal Care) ซึ่งมักจะพบในกลุ่มของสตรีที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยระหว่างการฝากครรภ์อาจพบปัญหาเช่น การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด (loss ANC follow up) น้ำหนักไม่ขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์มีภาวะ IUGR และมีการติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคมเศรษฐกิจ (Sociodemographic risks) ได้แก่ การที่ตั้งครรภ์และครอบครัวมีรายได้ต่ำ การขาดการเข้าถึงระบบสุขภาพ การตั้งครรภ์วัยรุ่น การตั้งครรภ์อายุน้อย จำนวนการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส สภาพแวดล้อมในการอยู่อาศัย และเชื้อชาติศาสนา ที่มีผลต่อการดูแลและเข้าถึงการบริการสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมได้

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) ได้แก่ การติดเชื้อต่างๆขณะตั้งครรภ์ การได้รับสารกัมมาพรังสี การได้รับสารพิษต่างๆขณะตั้งครรภ์ (Teratogen) รวมถึงการสูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ ที่อาจส่งผลให้ทารกในครรภ์ เช่น การแท้ง ทารกตายในครรภ์ ทารกพิการแต่กำเนิด คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์มีพัฒนาการล่าช้า และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์

การใช้เกณฑ์ประเมินการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นมีหลายมีหลายรูปแบบการประเมินความเสี่ยงซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้เกณฑ์ของการประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่างๆเป็นหลักในการพิจารณา สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้กำหนดแบบประเมินความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ใช้ซักประวัติ สตรีตั้งครรภ์ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยประเมินความเสี่ยงจากประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน และประวัติทางอายุรกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต ได้แก่ ประวัติว่าสตรีตั้งครรภ์เคยมีทารกตายในครรภ์หรือเสียชีวิตแรกเกิด (1 เดือนแรก) เคยแท้ง 3 ครั้ง ติดต่อกันหรือมากกว่าติดต่อกัน เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์หรือครรภ์เป็นพิษ และเคยผ่าตัดอุ้งเชิงกรานในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ หรือไม่

ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด สตรีตั้งครรภ์มีอายุน้อยกว่า 17 ปี หรืออายุมากกว่า 35 ปี (นับถึง EDC) มีหมู่เลือด Rh Negative มีเลือดออกทางช่องคลอด มีก้อนในอุ้งเชิงกราน ค่าความดันโลหิต Diastolic ≥ 90 mmHg และดัชนีมวลกลายน้อยกว่า 18.5 กก./ตรม. หรือไม่ ประวัติทางอายุรกรรม ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ การใช้ยาและสารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และ/หรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ และโรคอายุรกรรมอื่นๆ เช่น ไทรอยด์ SLE เป็นต้น

จากเกณฑ์การประเมินนี้ หากพบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเหล่านี้แม้เพียงข้อเดียว ให้สรุปว่าเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยง ต้องส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลพิเศษ และ/หรือประเมินเพิ่มเติม และทำคลอดโดยสูติแพทย์

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพการผดุงครรภ์

พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง หรือแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างแท้จริง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ หมายถึง บุคคลซึ่งขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล ซึ่งผู้ที่ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ต้องรักษามาตรฐานวิชาชีพของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลประกาศได้กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2562)

กรรมการ กันธะรักษา (2562) ได้อธิบายเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ (Midwifery standards) พ.ศ. 2562 (ประกาศสภาการพยาบาล, 2562) ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมาตรฐานเชิงโครงสร้าง เป็นการพิจารณาและประเมินเกี่ยวกับระบบโครงสร้าง และการบริหารงานการผดุงครรภ์ (Midwifery Structure and Management) ในระดับโรงพยาบาล และหน่วยงาน ว่ามีการกำหนดโครงสร้างไว้อย่างไร รวมไปถึงลำดับในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ภายใต้บริหารงานการผดุงครรภ์ในแต่ละหน่วยงานในองค์กรพยาบาลและโรงพยาบาล

มาตรฐานเชิงกระบวนการ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผดุงครรภ์ (Midwifery Practice) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าหมวดที่ 2 มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งในหมวดนี้ประกอบด้วยมาตรฐานย่อย 9 มาตรฐาน และมีข้อกำหนดไว้รวม 39 ข้อ ในที่นี้จะขออธิบายเพียงมาตรฐาน และข้อกำหนดที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลครรภ์เสี่ยงสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 1 การปฏิบัติการผดุงครรภ์ทั่วไป (General midwifery practice) ประกอบด้วยข้อกำหนด 5 ข้อ ดังนี้

1.1 ปฏิบัติการผดุงครรภ์แบบองค์รวม คำนึงถึงจริยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม

1.2 ใช้กระบวนการผดุงครรภ์ (Midwifery Process) เป็นเครื่องมือในการให้การดูแลผู้รับบริการ

1.3 ประยุกต์แนวปฏิบัติการผดุงครรภ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และความรู้จากการวิจัย มาใช้ในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.4 ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล

1.5 มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการผดุงครรภ์ ทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสม

มาตรฐานที่ 2 การดูแลก่อนและระหว่างการจัดตั้งครรภ์ (Care before and during pregnancy/Antenatal care) ประกอบด้วยข้อกำหนด 6 ข้อ โดยข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการให้พยาบาลผดุงครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงคือข้อกำหนดที่ 2.5 เกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน (First line management of high risks and complications in pregnancy) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการคัดกรอง ประเมิน จัดการเบื้องต้น ปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น การตั้งครรภ์วัยรุ่น ภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน การเจริญเติบโตของทารกไม่เป็นไปตามอายุครรภ์ เป็นต้น และพยาบาลผดุงครรภ์ยังมีบทบาทในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดำเนินนโยบายการปฏิบัติของประเทศ

มาตรฐานที่ 5 ปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อรักษาชีวิต (Life-saving midwifery practice) ประกอบด้วยข้อกำหนด 8 ข้อ โดยข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการให้พยาบาลผดุงครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงคือข้อกำหนดที่ 5.2 เกี่ยวกับการจัดการรักษาชีวิตจากภาวะชักจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (Life-saving management of eclampsia) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะชักจากความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ รวมถึงส่งต่อเพื่อให้การรักษาอย่างเหมาะสม

มาตรฐานที่ 7 การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ประกอบด้วยข้อกำหนด 3 ข้อ ดังนี้

7.1 พัฒนาแนวปฏิบัติทางการผดุงครรภ์ให้ถูกต้องเหมาะสม และทันสมัย

7.2 พัฒนานวัตกรรมการผดุงครรภ์ที่ตอบสนองต่อการให้บริการการผดุงครรภ์

7.3 ทบทวน ประเมินและปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 8 การจัดการการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อกำหนด 4 ข้อ ได้แก่

8.1 การประเมิน วางแผน และจัดการการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสุขภาพผู้รับบริการ และครอบครัว

8.2 พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว รวมทั้งประสานการใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

8.3 ส่งต่อการดูแลผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ

8.4 มีระบบและกลไกติดตาม ประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง และนำไปพัฒนาการผดุงครรภ์

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกและรายงานการผดุงครรภ์ ประกอบด้วยข้อกำหนด 4 ข้อ ดังนี้

9.1 บันทึกข้อมูลสำคัญ 4 ส่วน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ กิจกรรมการผดุงครรภ์ และการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการผดุงครรภ์

9.2 บันทึกข้อมูลสำคัญที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการที่ถูกต้อง เป็นจริง และมีความต่อเนื่อง

9.3 รายงานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ เพื่อสื่อสารในทีมการผดุงครรภ์ ทีมการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

9.4 ติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพการบันทึก และรายงานการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ เป็นมาตรฐานที่ประเมินและพิจารณาผลลัพธ์การผดุงครรภ์ (Midwifery outcomes) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าหมวดที่ 3 ผลลัพธ์การผดุงครรภ์ (Midwifery outcomes standards) มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งในหมวดนี้ประกอบด้วยมาตรฐานย่อย 2 มาตรฐาน และมีข้อกำหนดไว้รวม 7 ข้อ ในที่นี้จะขออธิบายเพียงมาตรฐานที่ 2 ที่มี 3 ข้อกำหนดย่อย ที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลครรภ์เสี่ยงสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการผลลัพธ์การผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 3 ข้อกำหนดย่อย ดังนี้

2.1 มีระบบการคัดเลือกตัวชี้วัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับบริบทขององค์กร วัดและประเมินได้สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของการให้บริการ และตอบสนองเป้าหมายของหน่วยงานหรือองค์กร

2.2 มีการวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหา (Root cause analysis) ติดตามผลลัพธ์ตามหลักวิชาการ มีการสังเคราะห์และประมวลผลที่แสดงปัจจัยเชื่อมโยงที่มีผลลัพธ์การผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

2.3 มีการนำผลการวัดและประเมินตามตัวชี้วัดผลลัพธ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการวางแผน และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งใช้การเทียบเคียง (Benchmarking) ผลลัพธ์การผดุงครรภ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการผดุงครรภ์สู่ความเป็นเลิศ

สรุป

พยาบาลผดุงครรภ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ และแนวโน้มของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะทำให้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่กระบวนการการค้นหา การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงสูง การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และลดอัตราการตายของมารดาและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ ฉันทะนวมงคล. (2559). *การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2562). *บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์กับสถานการณ์และแนวโน้มของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการก้าวทันยุคการพยาบาลสูติศาสตร์และการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่าง วันที่ 24 – 26 กรกฎาคม 2562 โรงแรมโอโมรา ท่าแพ เชียงใหม่. ศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง. (2560). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอน เซอร์วิส.
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์, กุศล รัศมีเจริญ และ ตรีกาพ เลิศบรรณพงษ์. (2560). *ตำราสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง.
- ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2560). *การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน.
- สภาการพยาบาล. (2562). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาลผดุงครรภ์. *ราชกิจจานุเบกษา*: เล่มที่ 136 ตอนพิเศษ 97ง, ลงวันที่ 18 เมษายน 2562, หน้า 30-36.
- อำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (2557). *สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง.

- Cunningham, G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey B. M. (2018). *Williams obstetrics (25th ed)*. New York: McGraw-Hill Education.
- Jordan, R. G., Engstrom, J. L., Marfell, J. A., & Faeley, C. L. (2014). *Prenatal and care: A woman-centered approach*. Singapore: John Wiley & Sons, Inc.
- Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2014). *Perinatal Nursing*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*. Retrived on July, 30, 2019 from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- World Health Organization (WHO). (2018). *Maternal mortality; key facts*. Retrived on July, 30, 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>