

## เอกสารคำสอน

วิชา พย.๑๓๑๑ การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ๑

หน่วยที่ ๕ การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวม  
บนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร  
และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

โดย...นางสาวปาริชาติ ชูประดิษฐ์

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
ภาคการศึกษาที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

## คำนำ

เอกสารคำสอน เรื่อง “การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวมพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนวิชา พย.๑๓๑๑ การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ๑ ให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ การประเมินภาวะสุขภาพและการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และการสร้างเสริมสัมพันธภาพและบทบาทของมารดาทารก ครอบครัว และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตลอดจนการวิเคราะห์ และใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวม

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารคำสอนฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาพยาบาล อาจารย์ และผู้สนใจในการให้การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ปาริชาติ ชูประดิษฐ์  
มิถุนายน ๒๕๖๔

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	๒
สารบัญ	๓
สารบัญตาราง	๔
สารบัญภาพ	๕
การวินิจฉัยการตั้งครรภ์	๘
การประเมินภาวะสุขภาพและการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ	๑๓
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์	๕๓
การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	๗๖
การเตรียมตัวเพื่อการคลอด	๘๐
การสร้างเสริมสัมพันธภาพและบทบาทของมารดาทารกครอบครัว และบทบาทของมารดา ทารก ครอบครัว และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว	๘๗
เอกสารอ้างอิง	๙๐

## สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ ๑ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับยอดมดลูก	๒๒
ตารางที่ ๒ แสดงการแบ่งกลุ่มน้ำหนักตามค่าดัชนีมวลกาย	๒๓
ตารางที่ ๓ แสดงค่าดัชนีมวลกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์	๒๔
ตารางที่ ๔ แสดงอาการปกติและผิดปกติที่พบจากการตรวจร่างกาย	๒๕
ตารางที่ ๕ การให้คะแนน Nipple และ Areola	๒๘
ตารางที่ ๖ ความสัมพันธ์ Presentation กับ Denominator และการใช้คำย่อ	๓๕
ตารางที่ ๗ เปรียบเทียบเทคนิคการบันทึกการเดินของทารกและเกณฑ์การวินิจฉัย ทารกในครรภ์ดึ้นน้อยลง	๔๖
ตารางที่ ๘ เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก	๕๐
ตารางที่ ๙ แสดงตัวอย่างยาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์	๕๙

## สารบัญภาพ

เรื่อง	หน้า
ภาพที่ ๑ แสดงการตรวจหัวนม	๒๗
ภาพที่ ๒ แสดงการแก้ไขหัวนมสั้น โดยวิธี Hoffman's maneuver	๒๘
ภาพที่ ๓ แสดงลักษณะ fetal ovoid ที่ทุกส่วนงอเข้าหากัน	๓๐
ภาพที่ ๔ แสดงกระดูกกะโหลกศีรษะ รอยต่อระหว่างกระดูกและขม่อม	๓๐
ภาพที่ ๕ แสดงส่วนต่าง ๆ ของศีรษะทารก	๓๑
ภาพที่ ๖ แสดงเส้นผ่านศูนย์กลางกลางของศีรษะทารก	๓๓
ภาพที่ ๗ แสดงแนวลำตัวและส่วนนำของทารกในครรภ์	๓๔
ภาพที่ ๘ แสดงลักษณะของทารกในครรภ์ท่าต่าง ๆ ในแต่ละส่วนของช่องเชิงกราน	๓๖
ภาพที่ ๙ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๑ First Leopold's handgrips	๔๐
ภาพที่ ๑๐ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๒ Second Leopold's handgrips	๔๑
ภาพที่ ๑๑ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๓ Third Leopold's handgrips	๔๒
ภาพที่ ๑๒ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๔ Fourth Leopold's handgrips	๔๓
ภาพที่ ๑๓ แสดงท่า Tailor stretching	๖๒
ภาพที่ ๑๔ แสดง Pelvic rocking	๖๓
ภาพที่ ๑๕ A แสดงท่ายืนที่ถูกต้อง	๖๕
ภาพที่ ๑๕ B แสดงท่านั่งเก็บของที่ถูกต้อง	๖๕
ภาพที่ ๑๖ แสดงท่านอนที่ถูกต้อง	๖๕
ภาพที่ ๑๗ แสดงแบบแผนการหายใจแบบช้า	๘๒
ภาพที่ ๑๘ แสดงแบบแผนการหายใจแบบตื้น	๘๓
ภาพที่ ๑๙ แสดงแบบแผนการหายใจแบบหอบ-เป่า	๘๔
ภาพที่ ๒๐ แสดงแบบแผนการหายใจเพื่อเบ่งคลอด	๘๕
ภาพที่ ๒๑ แสดงการลูบหน้าท้อง (A) และการลูบต้นขา (B)	๘๖

**หน่วยที่ ๕**  
**การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร**  
**และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**

อ.ดร.ปาริชาติ ชูประดิษฐ์  
 ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

**ความมุ่งหมาย**

- บอกการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ได้
- บอกการประเมินภาวะสุขภาพ และการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อได้
- บอกการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ได้
- บอกการเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้
- บอกการเตรียมตัวเพื่อการคลอดได้
- บอกการสร้างเสริมสัมพันธภาพ และบทบาทของมารดาทารกครอบครัว และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้

**เนื้อเรื่อง**

**หน่วยที่ ๕ การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร**  
**และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์**

๕.๑ การวินิจฉัยการตั้งครรภ์

๕.๒ การประเมินภาวะสุขภาพ และการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ

- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- การตรวจครรภ์
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การคัดกรองภาวะเสี่ยง
- การนัดตรวจติดตาม

๕.๓ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์

- ด้านโภชนาการและการใช้ยา
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการมีเพศสัมพันธ์
- ด้านการพักผ่อน
- ด้านการให้ภูมิคุ้มกัน
- การพยาบาลภาวะไม่สุขสบายอื่น ๆ

๕.๔ การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

๕.๕ การเตรียมตัวเพื่อการคลอด

๕.๖ การสร้างเสริมสัมพันธภาพ และบทบาทของมารดาทารกครอบครัว และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

### กิจกรรมและวิธีสอน

- ให้นักศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากเอกสารคำสอน และ powerpoint ที่ upload ใน Google Classroom

- การบรรยายประกอบ powerpoint ผ่านโปรแกรม Camtasia, OBS studio และการสอนผ่านสื่อออนไลน์ Google Meet

- มอบหมายนักศึกษารายบุคคล ให้ศึกษาใบงานการจัดทำรายงานคำศัพท์เกี่ยวกับสูติศาสตร์

- ประเมินการเข้าห้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ และประเมินความตรงต่อเวลาในการส่งงานผ่าน Google Classroom

### สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้

- เอกสารคำสอน upload ใน Google Classroom

- Powerpoint และ VDO upload ใน Google Classroom

### วิธีประเมินผล

- จากการทำแบบฝึกหัดท้ายบท และการสอบปลายภาค

- จากการเข้าห้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ และความตรงต่อเวลาในการส่งงานผ่าน Google Classroom

- จากการทำรายงานคำศัพท์เกี่ยวกับสูติศาสตร์

## หน่วยที่ ๕

### การพยาบาลมารดาทารกระยะตั้งครรภ์แบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร และให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

อ.ดร.ปาริชาติ ชูประดิษฐ์

ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจเพื่อให้เหมาะสมแก่การเจริญเติบโตของทารกและการคลอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัว ยอมรับการตั้งครรภ์ และในรายที่มีโรคแทรกซ้อนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพหรือชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จะได้รับการเฝ้าระวังติดตามดูแลที่เหมาะสมต่อไป

#### การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ (Diagnosis of Pregnancy)

การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องทราบเพื่อช่วยให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การวินิจฉัยการตั้งครรภ์สามารถทำได้หลายวิธี ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสม รวมทั้งต้องแปลผลให้ถูกต้อง ซึ่งอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการซักประวัติอาการและอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง โดยแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่มอาการ คือ

**1. อาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ (Presumptive signs of pregnancy)** เป็นอาการที่เกิดขึ้นในระยะแรกที่สตรีจะสังเกตและสงสัยว่าตนเองตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการและอาการแสดง ดังนี้

**๑. การขาดประจำเดือน (cessation of menstruation or amenorrhea)** เป็นอาการที่นำเชื่อถือว่าน่าจะตั้งครรภ์ในกรณีที่สตรีนั้นให้ประวัติว่ามีสุขภาพปกติ มีประวัติประจำเดือนที่ปกติ และขาดประจำเดือนนานกว่า ๑๐ วันขึ้นไป หรือประจำเดือนขาดนับจากประจำเดือนครั้งสุดท้ายมากกว่า ๔๕ วัน

อย่างไรก็ตาม การขาดประจำเดือนสำหรับสตรีที่เคยมีประจำเดือนปกติ อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกิดจากความเครียด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ต่อมไฮโปธาลามัส การใช้ยาบางชนิด ภาวะเบื่ออาหาร (anorexia) การออกกำลังกายหักโหม และการขาดสารอาหาร เป็นต้น สตรีบางรายมีการตั้งครรภ์โดยยังมีเลือดออกทางช่องคลอด และเข้าใจว่าเลือดที่ออกเป็นประจำเดือน ทั้งนี้เลือดที่ออกอาจเกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมบนเยื่อโพรงมดลูก (implantation bleeding) หรืออาจเกิดจากการแท้งคุกคาม (threatened abortion) และแท้งค้าง (missed abortion)

**๒. อาการคลื่นไส้ (nausea with or without vomiting)** เป็นอาการที่มักพบในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ในสัปดาห์ที่ ๔-๑๔ ของการตั้งครรภ์ และพบมากในช่วงสัปดาห์ที่ ๘-๑๒ ของการตั้งครรภ์ เรียกว่า



อาการแพ้ท้อง (morning sickness หรือ nausea gravidarum) เป็นอาการที่เกิดจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน estrogen และเป็นกลไกที่ร่างกายจะป้องกันทารกในครรภ์จากสารพิษในระยะแรกของการตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตาม อาการคลื่นไส้ อาจเกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ความเครียด น้ำตาลในเลือดต่ำจากภาวะโรคเบาหวาน การรับประทานยาบางอย่าง ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ รวมทั้งอิทธิพลทางด้านจิตใจของสตรีมีครรภ์ในการปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดา

**๓. อ่อนเพลีย (fatigue)** ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรีจะรู้สึกอ่อนเพลีย ง่วงนอนมาก สาเหตุโดยตรงยังไม่ทราบแน่ชัด อาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน progesterone การพักผ่อน และการรับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอจะช่วยลดอาการนี้ได้

อย่างไรก็ตาม อาการอ่อนเพลียไม่สามารถยืนยันการตั้งครรภ์ได้ ควรจำแนกอาการผิดปกติอื่นด้วย เช่น โรคประจำตัว การทำงานหนักเกินไป อยู่ในภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

**๔. อาการถ่ายปัสสาวะบ่อย (frequent urination or disturbance in urination)** เกิดจากมีการกรองน้ำปัสสาวะที่ไตเพิ่มขึ้นในขณะที่มดลูกที่โตขึ้นกดเบียดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้แรงดันกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นจนรู้สึกปวดปัสสาวะบ่อย

อย่างไรก็ตาม อาการถ่ายปัสสาวะบ่อยอาจเกิดขึ้นได้ในรายที่ดื่มน้ำมาก โรคเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ มีก้อนเนื้ออกที่มดลูก (myoma uteri) และภาวะมดลูกหย่อน (prolapsed uteri) และควรตรวจสอบอาการผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับการปัสสาวะบ่อย ได้แก่ ปัสสาวะลำบาก มีอาการแสบขัด หรือปวดหน่วงเวลาถ่ายปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หรือการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ (cystitis)

**๕. การเปลี่ยนแปลงของเต้านม (changes in the breast)** พบในระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยจะมีอาการเจ็บคัดตึง (tenderness) มีอาการคัน รู้สึกแปล๊บเหมือนถูกของมีคมเล็ก ๆ ทิ่มแทงภายในเต้านม (breast tingling) หัวนมจะไวต่อการกระตุ้น ซึ่งเป็นอาการคล้ายกับอาการก่อนมีประจำเดือน บริเวณลานนม (areola) หัวนม (nipple) จะมีสีเข้มขึ้น และเส้นผ่าศูนย์กลางขยายออก มีต่อมไขมันขยายขนาดโตขึ้นเป็นตุ่มเล็ก ๆ (montgomery's tubercles) มีหน้าที่ให้ความชุ่มชื้นแก่หัวนม เส้นเลือดสีดำเห็นได้ชัดเจนใต้ชั้นผิวหนัง และเต้านมขยายขนาด ประมาณเดือนที่ ๓-๔ ของการตั้งครรภ์ อาจมีน้ำนมใสคล้ายน้ำนมเหลือง (colostrum) ออกทางหัวนม

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมและหัวนมก็อาจพบได้ในรายที่เป็นเนื้องอกชนิด prolactin secreting pituitary tumors การใช้ยาที่ทำให้เกิดภาวะ hyperprolactinemia และอาจพบในรายตั้งครรภ์เทียม (pseudocyesis)

**๖. ความรู้สึกว่ามีเด็กดิ้นครั้งแรก (quickenng)** เป็นความรู้สึกว่ามีสิ่งเคลื่อนไหวภายในครรภ์ โดยสตรีครรภ์แรก จะรู้สึกถึงการดิ้นครั้งแรก ประมาณอายุครรภ์ ๑๘-๒๐ สัปดาห์ และสตรีครรภ์หลังจะรู้สึกเด็กดิ้นครั้งแรก ประมาณอายุครรภ์ ๑๖-๑๘ สัปดาห์ การรับรู้ว่าลูกดิ้นเป็นเพราะมดลูกที่โตขึ้นพันอุ้งเชิงกรานทำให้ผนังมดลูกชิดผนังหน้าท้อง เมื่อทารกดิ้นกระทบผนังมดลูกจึงทำให้รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวดังกล่าว

ผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ก็อาจจะรู้สึกคล้ายกันได้ จากภาวะที่มีการเคลื่อนไหวของแก๊สในลำไส้ แม้ว่าปัจจุบันไม่นำ quickening มาคำนวณอายุครรภ์ แต่สามารถใช้เพื่อทวนสอบการคิดอายุครรภ์วิธีอื่น และใช้เพื่อประเมินความใส่ใจของสตรีตั้งครรภ์ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

**๗. การเปลี่ยนแปลงของสีผิวและการเกิดรอยแตกของผิวหนัง (increased skin pigmentation and appearance of abdominal striae)** โดยอาการจะชัดขึ้นในไตรมาสที่สองและสาม ร้อยละ ๙๐ ของสตรีตั้งครรภ์ พบเส้นกลางหน้าท้องมีสีคล้ำ (linea nigra) ตั้งแต่เหนือหัวเข่าถึงสะดือ บางรายมีฝ้าบริเวณใบหน้า (melasma หรือ chasma gravidarum) ซอกพับของรักแร้และขาหนีบมีสีคล้ำขึ้น สตรีตั้งครรภ์ยังอาจเกิดผิวหนังแตก เป็นริ้วบริเวณหน้าท้อง (striae gravidarum) เนื่องจากการยืดขยายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissues) และการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน cortisol

อย่างไรก็ตาม การมีสีผิวคล้ำขึ้นนั้นอาจเกิดจากภาวะแปรปรวนของฮอร์โมน เช่น progesterone และการรับประทานยาที่ไปกระตุ้นต่อมสร้างเม็ดสีเพิ่มขึ้น (melanocyte stimulating hormone) ส่วนการมีผิวหนังแตกเป็นริ้ว อาจเกิดจากการขยายของหน้าท้อง เช่น ในภาวะอ้วนมาก และมีท้องมาน (ascites)

**๘. การเปลี่ยนสีของเยื่อช่องคลอด (discoloration of the vaginal mucosa)** ในระยะตั้งครรภ์ vaginal mucosa จะสีคล้ำเกือบม่วงแดง (chadwick's sign) เกิดจากการมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณเยื่อช่องคลอดมาก ซึ่งพบได้ประมาณอายุครรภ์ ๖-๑๐ สัปดาห์ แต่การเปลี่ยนสีของเยื่อช่องคลอด พบได้เช่นกันในรายที่มีพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานที่ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณช่องคลอดมาก

**II. อาการแสดงว่าน่าจะตั้งครรภ์ (Probable signs of pregnancy)** เป็นอาการแสดงที่สามารถตรวจพบได้ด้วยการตรวจร่างกายโดยแพทย์หรือพยาบาล และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่วนใหญ่เป็นอาการที่พบเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามสตรีที่มีอาการกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องตั้งครรภ์เสมอไป เพราะอาจจะมีสาเหตุมาจากอาการของโรคบางอย่าง ดังนั้นจึงไม่สามารถวินิจฉัยว่าสตรีที่มีอาการเหล่านี้มีการตั้งครรภ์แน่นอน ซึ่งอาการแสดงที่น่าจะตั้งครรภ์ ได้แก่ อาการต่าง ๆ ดังนี้

**๑. หน้าท้องโตขึ้น (enlargement of the abdomen)** เมื่อตั้งครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ มดลูกจะโตพ้นเชิงกราน ทำให้หน้าท้องโตขึ้น แต่สตรีที่อ้วนอาจไม่รู้สึกรถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ สำหรับสตรีบางรายอาจมีหน้าท้องโตขึ้นจาก (pelvic tumor)

**๒. การเปลี่ยนแปลงของมดลูกและปากมดลูก (changes in the uterus and the cervix)** ได้แก่ อาการต่าง ๆ ดังนี้

**๒.๑ Goodell's sign** คลำพบปากมดลูกนูน เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ต่อมที่ปากมดลูกมีการเพิ่มจำนวนและขนาดมากขึ้น ตรวจพบได้ในระยะตั้งครรภ์ ๘ สัปดาห์ แต่อาการนี้สามารถตรวจพบได้เช่นกันในรายที่รับประทานยาคุมกำเนิดชนิด estrogen-progestin ส่วนสตรีที่มีการติดเชื้อของปากมดลูกหรือ เป็นมะเร็งปากมดลูกนั้น ปากมดลูกอาจยังแข็งอยู่เหมือนก่อนตั้งครรภ์

๒.๒ Hegar's sign เป็นความนุ่มของ isthmus สามารถตรวจได้ด้วยการทำ bi-manual examination สามารถใช้นิ้วมือกดเข้าหากันได้ในขณะที่อีกมือหนึ่งกดทางด้านหน้าท้อง สามารถตรวจพบเมื่อตั้งครรภ์ได้ ๖-๘ สัปดาห์

๒.๓ McDonald's sign เป็นการตรวจพบว่า มดลูกจะยืดหยุ่นได้มาก และสามารถหักพับงอกับปากมดลูก (uterocervical junction) ได้ง่าย ตรวจพบได้เมื่ออายุครรภ์ ๗-๘ สัปดาห์

๒.๔ Ladin's sign เป็นภาวะที่พบว่าตรงกลางด้านหน้าของมดลูกมีความนุ่มตัวมากเป็นพิเศษ

๒.๕ Von Fernwald's sign เป็นภาวะที่บริเวณมดลูกในตำแหน่งที่รกเกาะนุ่มลง

๒.๖ Piskacek's sign เป็นภาวะที่พบว่ามดลูกขยายใหญ่ออกไปข้างหนึ่งคล้ายมดลูกโตไม่สม่ำเสมอ เกิดจากการที่รกเกาะด้านข้างของมดลูกใกล้ส่วนคอของมดลูก (cornu) มาก จะทำให้มดลูกส่วนนี้บวมเด่นออกมาข้างหนึ่ง แต่เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นก็จะโตสม่ำเสมอเท่ากัน

**๓. การหดรัดตัวของมดลูก (braxton hick contraction)** เป็นการหดรัดตัวที่เกิดขึ้นไม่สม่ำเสมอ ไม่เจ็บปวด เกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ จะรู้สึกขัดขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์ การหดรัดตัวอาจเพิ่มขึ้นหากมีการกระตุ้นบริเวณยอดมดลูก เมื่อใกล้คลอดการหดรัดตัวของมดลูกจะเปลี่ยนเป็นลักษณะเจ็บท้องเตือน (false labour pain) ทำให้รู้สึกไม่สุขสบายได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องตรวจสอบจำแนกให้ได้ระหว่าง Braxton hick contraction กับการหดรัดตัวของมดลูกที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด

อย่างไรก็ตาม สตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ แต่มีเนื้องอกมดลูก (myoma uteri) ก็อาจรู้สึกถึงการหดรัดตัวของมดลูกได้เช่นกัน

**๔. การขยับคลอนทารก (ballottement)** เมื่ออายุครรภ์ยังน้อย ขนาดทารกยังเล็กและมีน้ำคร่ำมาก ทำให้สามารถโยกคลอนได้ชัดเจน สามารถตรวจได้ดังนี้

๔.๑ ตรวจทางหน้าท้อง (external ballottement) โดยการวางมือบริเวณหน้าท้อง จับส่วนทารกในอุ้งมือ แล้วกดลงที่มดลูกเร็ว ๆ เบา ๆ เมื่อปล่อยมือ ทารกจะจมลงส่วนล่างแล้วเคลื่อนกลับที่ตำแหน่งเดิม ทำให้รู้สึกว่ามีส่วนของทารกกระทบมือ

๔.๒ ตรวจจากภายในช่องคลอด (internal ballottement) ในรายที่อ้วน ไม่สามารถตรวจทางหน้าท้องได้ จะตรวจภายในช่องคลอด โดยสอดนิ้วมือเข้าทางช่องคลอดตรงบริเวณปากมดลูก กดดันเบา ๆ เร็ว ๆ ที่ส่วนนำของทารก ทารกจะลอยไปกระทบมืออีกข้างที่ทางหน้าท้อง แล้วเคลื่อนกลับไปกระทบมือที่สอดในช่องคลอดนั้น

แต่การตรวจพบการโยกคลอนทารกในครรภ์ได้ลักษณะนี้ อาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การตั้งครรภ์ได้ เช่น มีเนื้องอกที่ปากมดลูก และมีเนื้องอกในมดลูก

**๕. คลำขอบเขตตัวทารกได้ (palpation of fetal outline)** อายุครรภ์ประมาณ ๒๔ สัปดาห์ อาจคลำขอบเขตของลำตัวทารกได้ทางหน้าท้อง และเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นจะยิ่งคลำได้ชัดเจน โดยเฉพาะสตรีที่มีผนังหน้าท้องบางจะคลำตรวจสัมผัสได้ง่ายกว่า

อย่างไรก็ตาม อาจคลำได้คล้ายคลึงกันในรายที่เนื้องอกมดลูก (myoma uteri) มีก้อนโต

**๖. ได้ยินเสียงของหลอดเลือดมดลูก (uterine souffle)** อายุครรภ์ประมาณ ๑๔-๑๖ สัปดาห์ จะได้ยินเสียงฟู ๆ เบา ๆ เป็นจังหวะ มีอัตราเท่ากับชีพจรสตรีตั้งครรภ์ เกิดจากการที่มีเลือดไหลผ่านตัวมดลูก

ในรายที่มีเนื้องอกของมดลูก และระยะหลังคลอดที่มดลูกยังอยู่สูงเหนือหัวหน้า ก็อาจพบเสียงของหลอดเลือดมดลูกได้เช่นกัน

**๗. การตรวจพบฮอร์โมน human chorionic gonadotrophin (HCG)** การทดสอบการตั้งครรภ์ โดยการตรวจหาฮอร์โมน HCG เป็นการทดสอบที่ใช้มากที่สุด สามารถทำได้ทั้งในเลือดและปัสสาวะ แต่นิยมใช้การตรวจจากปัสสาวะมาก ฮอร์โมน HCG เป็น glycoprotein ในระยะแรกสร้างโดยตัวอ่อน ต่อมาสร้างโดยรก จากส่วน syncytiotrophoblast แล้วถูกขับเข้ากระแสเลือด และขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ฮอร์โมน HCG จะเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันแรกของการฝังตัวของไข่ที่อุณหภูม และเพิ่มสูงสุดประมาณวันที่ ๖๐-๗๐ ของการตั้งครรภ์ สามารถตรวจหา HCG ได้ประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ มิลลิยูนิต/มิลลิลิตร เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๑๐ สัปดาห์ หลังจากนั้นเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ ๒ หรืออายุครรภ์ประมาณ ๒๐ สัปดาห์ ฮอร์โมน HCG จะลดระดับลง และคงที่ คือ ประมาณ ๒๐,๐๐๐ มิลลิยูนิต/มิลลิลิตร จนถึงสิ้นสุดการตั้งครรภ์ การตรวจ HCG ยืนยันการตั้งครรภ์ได้แม่นยำ ร้อยละ ๙๕

ในรายที่เป็นการตั้งครรภ์ไขปลาคูก (molar pregnancy) การเป็นมะเร็งครรภ์ไขปลาคูก (gestational trophoblastic tumor หรือ choriocarcinoma) รวมทั้งรายที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก (ectopic pregnancy) ก็สามารถตรวจพบ HCG ได้เช่นกัน

**III. อาการแสดงว่าตั้งครรภ์แน่นอน (Positive signs of pregnancy)** เป็นอาการแสดงที่สามารถวินิจฉัยได้ว่าสตรีมีการตั้งครรภ์อย่างแน่นอน เนื่องจากไม่มีสภาวะอื่นที่ทำให้เกิดอาการเหล่านี้ได้ เป็นการยืนยันว่าตั้งครรภ์จากรายงานการตรวจของแพทย์หรือพยาบาล ได้แก่

**๑. ได้ยินเสียงหัวใจทารก (fetal heart sound)** โดยการฟังเสียงผ่านผนังหน้าท้องสตรีตั้งครรภ์ ถ้าใช้ fetoscope จะได้ยินเสียงประมาณสัปดาห์ที่ ๑๗-๒๐ ของการตั้งครรภ์ หากใช้ Doppler สามารถได้ยินเสียงตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๑๒-๑๔ ของการตั้งครรภ์ เสียงหัวใจทารกที่ปกติจะเป็นเสียงคู่ อัตราการเต้นประมาณ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ บางรายอาจได้ยินเสียง funic souffle หรือ umbilical souffle ซึ่งเป็นเสียงเลือดที่สายสะดือทารกในครรภ์ เป็นเสียงแผ่วเบา ดังฟู มีอัตราเท่ากับเสียง fetal heart sound

**๒. เห็นการเคลื่อนไหวและคลำส่วนต่าง ๆ ของทารกได้ (fetal movement and fetal parts)** เป็นการคลำส่วนต่าง ๆ ของทารกได้ และเห็นการเคลื่อนไหวของทารกทางหน้าท้อง ซึ่งจะเริ่มชัดเจนเมื่ออายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์

**๓. เห็นทารกผ่านทางคลื่นเสียงความถี่สูง (visualization of the fetus by ultrasound)** การใช้ ultrasound สามารถวินิจฉัยการตั้งครรภ์ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ ๕-๖ สัปดาห์ และอาจจะดู gestational sac ผ่านทางช่องคลอด (vaginal probe) ตั้งแต่สัปดาห์ที่ ๔ ปัจจุบันการทำ ultrasound ได้รับความนิยมแพร่หลาย โดยใช้ในการคำนวณอายุครรภ์ การหาความผิดปกติของทารกที่เห็นได้ทางร่างกาย รวมทั้งการยืนยันการตั้งครรภ์

**๔. การใช้รังสีเอกซเรย์ (radiological demonstration)** จะเห็นรูปร่างของกระดูกของทารก ประมาณสัปดาห์ที่ ๑๖ วิธีนี้ควรหลีกเลี่ยงในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์ เนื่องจากอันตรายของรังสีที่มีต่อทารกในครรภ์

การวินิจฉัยว่าสตรีรายใดตั้งครรภ์ ไม่สามารถระบุได้จากกลุ่มอาการแสดงที่สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ หรืออาการแสดงว่าน่าจะตั้งครรภ์ แต่อาการแสดงว่าตั้งครรภ์แน่นอน เป็นข้อมูลที่แม่นยำเชื่อถือได้ สำหรับใช้ในการวินิจฉัยการตั้งครรภ์เบื้องต้น

### การประเมินภาวะสุขภาพและการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการส่งต่อ

การประเมินภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ จะต้องประเมินตั้งแต่ครั้งแรกที่สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ (first visit) โดยถือว่าเป็นการประเมินครั้งแรก เมื่อสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ตามนัดจะต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยการทบทวนข้อมูลที่บันทึกไว้ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก อาการและอาการแสดงต่าง ๆ รวมทั้งความไม่สุขสบาย การตรวจร่างกาย การตรวจทางนรีเวชตามความจำเป็น การประเมินด้านจิตสังคม และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่ได้ควรบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ต้องอาศัยการประมวลข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลหรือผู้ดูแล จะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ต่าง ๆ ที่จะมีอันตรายต่อการตั้งครรภ์และทารก ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถคาดคะเนถึงอันตรายได้อย่างสมบูรณ์ที่สุด สามารถกำหนดแผนแนวทาง และดำเนินการป้องกันดูแลรักษาได้ครบถ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มารับบริการการตรวจและการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่ได้รับการตรวจและดูแลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การฝากครรภ์จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับประโยชน์มากมาย ทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและการดูแลรักษา สามารถลดภาวะแทรกซ้อน หรืออัตราเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับมารดาและทารกในระยะการตั้งครรภ์ตลอดจนถึงระยะคลอด

การที่สตรีตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ตามนัด มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

๑. ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน
๒. ประเมินภาวะเสี่ยงจากประวัติสุขภาพ ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด อาการและอาการแสดงตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามอายุครรภ์
๓. ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของทารก ตรวจค้นหาสาเหตุและป้องกันความผิดปกติแต่กำเนิด
๔. ให้คำแนะนำเพื่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งของตนเองและทารกในครรภ์
๕. สนับสนุนการปรับตัวของสตรีในระยะตั้งครรภ์และครอบครัวให้มีความพร้อมสำหรับการคลอด ลดความวิตกกังวล ตลอดจนการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่

๖. ป้องกัน วินิจฉัย และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางอายุรกรรมและสูติกรรม ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

### การซักประวัติ

การซักประวัติ เป็นการค้นหาข้อมูลจากการบอกเล่าของสตรีตั้งครรภ์ (subjective symptom) ซึ่งนำมาใช้ร่วมกับข้อมูลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อจะได้วินิจฉัยได้ถูกต้อง การซักประวัติจำเป็นต้องซักถามอาการสำคัญ ซึ่งเป็นอาการนำให้สตรีตั้งครรภ์มาพบแพทย์ ดังนี้

**ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและประวัติทางสังคม** เป็นข้อมูลที่ช่วยในการประเมินภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และช่วยในการพิจารณาถึงความเหมาะสมในการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือในส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑. **ชื่อ นามสกุล และสัญชาติ** เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย และคุ้มครองสิทธิประโยชน์

๒. **อายุ** มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ และความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจต่อการตั้งครรภ์ ช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์คือ ๒๐-๓๐ ปี สตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มักมีปัญหาทางด้านทุพโภชนาการ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า ๓๕ ปี มีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

๓. **อาชีพ** ช่วยในการประเมินฐานะเศรษฐกิจ รายได้ และความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ควรซักถามประเภทของงาน ลักษณะงานประจำเพื่อประเมินความเสี่ยงของการได้รับ teratogens เช่น การสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นพิษ เป็นต้น และประเมินผลกระทบของงานต่อปัญหาสุขภาพหรือความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ เช่น งานที่ต้องยืนเป็นเวลานาน งานที่ต้องยกของหนัก งานที่เป็นกะในเวลากลางคืน เป็นต้น

๔. **เชื้อชาติ ศาสนา** เพื่อวางแผนให้การดูแลอย่างเหมาะสม

๕. **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาช่วยในการวางแผนให้คำแนะนำโดยใช้สื่อหรือคำอธิบายที่เหมาะสม

๖. **สิทธิในการรักษาพยาบาล** เช่น บัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม สิทธิเบิกตรงของข้าราชการ เป็นต้น การระบุสิทธิในการรักษาช่วยในการให้คำแนะนำและการดูแลที่พิทักษ์สิทธิของสตรีตั้งครรภ์ สำหรับสตรีตั้งครรภ์คนไทยสามารถเข้าร่วมโครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิด้วยบัตรสุขภาพแม่และเด็กในหน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลที่ให้บริการฝากครรภ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มุ่งสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิหลักประกันสุขภาพโดยจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่สตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด ได้แก่ การทดสอบการตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์และประเมินความเสี่ยง ตรวจครรภ์ด้วยอัลตราซาวด์ ตรวจเลือดคัดกรองภาวะซีด ซีฟิลิส เอชไอวี ตับอักเสบบี ธาราล์สซีเมีย และดาวน์ซินโดรม ตรวจปัสสาวะ ฉีดวัคซีนคอตีบบาดทะยัก และวัคซีนไขหวัดใหญ่ ให้ยาบำรุงเสริมธาตุเหล็ก โฟลิก และไอโอดีน การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ตรวจช่องปากและฟัน ซัดและทำความสะอาดฟันรวมถึงการขูดหินน้ำลาย

ประเมินสุขภาพจิต ตรวจหลังคลอดและคุมกำเนิด ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สมุดบันทึกสุขภาพ ตลอดจน การใช้สิทธิคลอดบุตรได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

**๗. ที่อยู่ปัจจุบันและลักษณะของสิ่งแวดล้อม** เพื่อประเมินผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะถ้าอาศัยอยู่ในบริเวณโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการปล่อยสารพิษ เนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีผลต่อภาวะสุขภาพของสตรี ตั้งครรภ์และอาจทำให้ทารกพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้ยังใช้ในการประเมินระยะทางและเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมสำหรับการคำนวณเวลาเดินทางมาคลอดที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริง

**๘. ข้อมูลส่วนบุคคลของสามี** ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้ยาและสารเสพติด และโรคประจำตัว

**๙. สถานภาพสมรส** จำนวนครั้งของการแต่งงาน และการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรสใช้ในการประเมินความพร้อมต่อการตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร สตรีตั้งครรภ์ที่สามีไม่มีอาชีพหรือแยกกันอยู่จะพบอุปสรรคของการคลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลจากสามี สำหรับจำนวนครั้งของการแต่งงานใช้ในการประเมินภาวะเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมควรประเมินแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน การประคับประคองทางจิตใจ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ โดยสอบถามถึงบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์เมื่อมีปัญหา ได้แก่ สามี บิดา มารดา บุตร เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ การรับรู้ต่อบริการต่าง ๆ ที่ได้รับทั้งจากสถานบริการพยาบาลและมีการสนับสนุนการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว สร้างเสริมพลังอำนาจของสตรีให้มีความรู้ ความเข้าใจ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาและประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา

**การประเมินแบบแผนสุขภาพ** เพื่อประเมินการรับรู้และการดูแลสุขภาพ ดังนี้

**๑. การรับประทานอาหารและน้ำ และปัญหา** โดยประเมินจำนวนมื้อ ชนิด และปริมาณอาหาร ความเชื่อต่าง ๆ ในการเลือกรับประทานอาหารหรือละเว้น ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด แสบร้อนยอดอก เป็นต้น

**๒. การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และปัญหา** โดยประเมินจากจำนวนครั้งของการขับถ่าย ลักษณะ และปัญหา เช่น ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

**๓. ความสามารถในการทำงาน ทำกิจวัตร และปัญหา** เช่น การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย อาการเหนื่อยง่าย หน้ามืด เป็นลม ปวดเมื่อย ตะคริว เหน็บชา เป็นต้น

**๔. การนอนหลับ การพักผ่อนหย่อนใจ และปัญหา** เช่น การนอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ได้พักในระหว่างวัน เป็นต้น

**๕. การเตรียมสำหรับการเลี้ยงดูบุตร และการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์** ได้แก่ การเตรียมสถานที่ ของใช้ การให้นมบุตร ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การรับรู้การดิ้นของทารกในครรภ์ การลูบหน้าท้อง

และพูดคุยกับทารก การจินตนาการถึงทารก ความต้องการและความคาดหวังต่อบุตรของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว

**๖. ความรู้สึกต่อตนเองในขณะตั้งครรภ์** เช่น ความสามารถในการเป็นมารดา ความรู้สึกต่อรูปร่างที่เปลี่ยนแปลงไป ความภาคภูมิใจ เป็นต้น

**๗. ความสามารถในการรับรู้** เช่น การฟัง มองเห็น ได้กลิ่น รับรส รับสัมผัส ความจำ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา เป็นต้น

**๘. ปัญหาที่ทำให้เกิดความกลัวหรือความเครียดในขณะตั้งครรภ์** ได้แก่ สาเหตุ และความต้องการความช่วยเหลือ ความรู้ในการจัดการกับความเครียด

**๙. ค่านิยม วัฒนธรรม และความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์** โดยสอบถามความเชื่อ ข้อห้าม และวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ค่านิยมของสตรีและครอบครัวต่อการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การปฏิบัติบทบาทตามความเชื่อทางวัฒนธรรม และการประเมินผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว เพื่อความเข้าใจวิถีปฏิบัติตามวัฒนธรรมและปรับกลยุทธ์การให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม เช่น การแนะนำการเตรียมของใช้สำหรับบุตรก่อนการคลอดซึ่งอาจจะเป็นข้อห้ามของบางท้องถิ่น การงดอาหารบางประเภทระหว่างตั้งครรภ์ การดื่มน้ำมะพร้าว เป็นต้น

**๑๐. การมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ การป้องกันอันตรายและการติดเชื้อ** โดยซักประวัติปัญหาในระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ การตกเลือด ตกขาว การมีหรืองดเพศสัมพันธ์ เหตุผล และการป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

**ประวัติทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา** ได้แก่

**๑. ประวัติประจำเดือน** เพื่อช่วยคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด ได้แก่

**๑.๑ อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก (menarche)** ระยะรอบประจำเดือน (interval) จำนวนวันที่มีประจำเดือน (duration) ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน (regularity) และอาการขณะมีประจำเดือน เช่น อาการปวดประจำเดือน (dysmenorrhea) ลักษณะของประจำเดือน เป็นต้น

**๑.๒ วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (first day of last menstrual period: LMP)** อาจมีเลือดออกผิดปกติภายหลังตั้งครรภ์แล้ว แต่สตรีตั้งครรภ์คิดว่าเลือดที่ออกนั้นเป็นเลือดประจำเดือนปกติ โดยเลือดที่ออกอาจเกิดจาก

- เลือดออกจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกลมผสม เรียกว่า Hartman's sign หรือ implantation bleeding ซึ่งส่วนมากจะน้อยกว่าประจำเดือนปกติ แต่ใกล้เคียงกับกำหนดของประจำเดือนรอบต่อไป

- เลือดออกจากการแท้งในระยะเริ่มแรก (การแท้งคุกคาม หรือ threatened abortion) ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจผิดคิดว่าเป็นประจำเดือน

**๒. ประวัติการคุมกำเนิด** เพื่อประเมินความแม่นยำของประวัติประจำเดือนที่ใช้คาดคะเนอายุครรภ์ ได้แก่ วิธีคุมกำเนิดที่ใช้ วิธีสุดท้ายที่ใช้ก่อนตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่หยุดคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ปัจจุบัน และการมีประจำเดือนหลังหยุดคุมกำเนิด



๓. ประวัติการมีบุตรยากและการรักษาก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความต้องการบุตร โอกาสเสี่ยงต่อการแท้ง และการประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

#### ๔. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

๔.๑ ประวัติการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะห่างของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในระยั้งตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง ทารกตายในครรภ์ การตั้งครรภ์นอกมดลูก เป็นต้น

๔.๒ ประวัติการแท้ง ได้แก่ จำนวนครั้ง อายุครรภ์ขณะแท้ง สาเหตุของการแท้ง ประวัติการขุดมดลูก และภาวะแทรกซ้อนภายหลังแท้ง โดยสตรีที่เคยตั้งครรภ์นอกมดลูก และเคยแท้งจะมีโอกาสเสี่ยงต่ออัตราตายของทารกปริกำเนิดสูงขึ้น และสตรีที่เคยแท้งเองติดต่อกัน ๓ ครั้ง (habitual abortion) ต้องส่งต่อแพทย์เพื่อพิจารณาโอกาสแท้งซ้ำ และให้การป้องกันการแท้งในครรภ์ปัจจุบัน

๔.๓ ประวัติการคลอด วิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เพื่อเตรียมการคลอดและประเมินภาวะเสี่ยงที่จะเกิดซ้ำในครรภ์ปัจจุบัน สิ่งที่ต้องซักประวัติได้แก่ อายุครรภ์ขณะคลอด เพื่อประเมินความเสี่ยงของการคลอดก่อนหรือเกินกำหนดซ้ำ ชนิดของการคลอดและข้อบ่งชี้ ได้แก่ การคลอดปกติ หรือการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดต่าง ๆ ได้แก่ การใช้เข็มช่วยคลอด (forceps extraction) การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) วิธีคลอดทำกัน (manual or instrumental) และการล้วงรก (manual removal of placenta) การตกเลือด และการติดเชื้อหลังคลอด

๔.๔ ข้อมูลบุตรคนก่อน ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ลักษณะแรกเกิด ความพิการแต่กำเนิด ระยะเวลาของการให้นมแม่อย่างเดียว และภาวะสุขภาพของบุตรคนก่อนในปัจจุบัน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของบุตร และวางแผนให้คำแนะนำสำหรับครรภ์ปัจจุบันอย่างเหมาะสม

๔.๕ การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อทารกในระยะปริกำเนิดของการคลอดครั้งก่อน ได้แก่ การตั้งครรภ์แฝด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (low birth weight) หรือมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม (macrosomia) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ประวัติทารกตายคลอดหรือเสียชีวิตใน ๗ วัน และทารกแรกเกิดได้รับการกู้ชีพหรือการรักษาอื่นใด

ข้อมูลทางสูติกรรมจะบันทึกรายละเอียด และข้อมูลสรุป โดยใช้ตัวเลขแสดงจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์สำคัญ จำนวน ๓ ระบบ ดังนี้

#### ระบบที่ ๑ G P

G = Gravida หมายถึง จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงจำนวนทารกที่เกิดมาว่ามีชีวิตหรือไม่ รวมทั้งครรภ์ปัจจุบัน

P = Para หมายถึง จำนวนครั้งของการคลอดที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ หรือเมื่อมีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป

เช่น G<sub>๒</sub>P<sub>๑</sub> หมายถึง การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๒ เคยคลอดแล้ว ๑ ครั้ง

## ระบบที่ ๒ GPAL

G = Gravida	หมายถึง	จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงจำนวนทารกที่เกิดมาว่ามีชีวิตหรือไม่ รวมทั้งครรภ์ปัจจุบัน
P = Para	หมายถึง	จำนวนครั้งของการคลอดที่ทารกสามารถมีชีวิตรอดได้ หรือเมื่อมีอายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป
A = Abortion	หมายถึง	จำนวนครั้งการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม
L = Number of living children	หมายถึง	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
เช่น G <sub>๖</sub> P <sub>๑</sub> A <sub>๐</sub> L <sub>๑</sub>	หมายถึง	จำนวนการตั้งครรภ์ ๖ ครั้ง เคยคลอด ๑ ครั้ง ไม่เคยแท้งบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ๑ คน

## ระบบที่ ๓ TPAL

Gravida	จะเหมือนเดิม แต่จะเน้นที่ Para	โดยจะบอกลักษณะของทารกที่คลอดออกมา
T = Term	หมายถึง	การตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด หรือน้ำหนักทารกแรกเกิด ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป
P = Premature infant	หมายถึง	ทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือทารกน้ำหนักมากกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ถึงน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
A = Abortion	หมายถึง	การแท้ง (สิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ หรือน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม)
L = Number of living children	หมายถึง	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน
เช่น G <sub>๖</sub> P <sub>๑-๐-๐-๑</sub>	หมายถึง	ตั้งครรภ์ที่ ๖ เคยคลอดบุตรครบกำหนด ๑ คน ไม่เคยคลอดก่อนกำหนด ไม่เคยแท้ง บุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ๑ คน

**ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน** โดยซักประวัติหรือพิจารณาจากบรรพบุรุษที่สำคัญ ดังนี้

๑. การวินิจฉัยการตั้งครรภ์ จากอาการและอาการแสดง และการตรวจยืนยันการตั้งครรภ์จากคลินิกอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น การตรวจปัสสาวะ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นต้น

๒. การฝากครรภ์ที่อื่นมาก่อน บันทึกข้อมูลสำคัญ เช่น อายุครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่ม ผลการตรวจครรภ์ การรักษาที่ได้รับ และปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ตลอดจนเหตุผลที่เปลี่ยนสถานที่ฝากครรภ์เพื่อการประเมินซ้ำหรือการส่งต่อตามความจำเป็น

๓. การคาดคะเนอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอด โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การคาดคะเนอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอดจาก Naegale's rule และ quickening เป็นต้น

๔. การประเมินภาวะเสี่ยงจากการได้รับ teratogens ในไตรมาสแรก ได้แก่ การรับประทานยา การใช้สารเสพติด ต้มสุราหรือสูบบุหรี่ การสัมผัสกับรังสี X-ray สารเคมี และการสัมผัสโรคหัดเยอรมัน

**๕. ความไม่สบายหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์** เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน แสบร้อนยอดอก ท้องอืด ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ตกขาว เป็นตะคริว ปวดหลัง เป็นต้น อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด คันในช่องคลอด บวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปัสสาวะแสบขัด เป็นต้น

**ประวัติการเจ็บป่วยของสตรีตั้งครรภ์ในอดีต ได้แก่**

**๑. ภาวะเจ็บป่วยในวัยเด็ก โรคติดต่อ และประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค** โดยเฉพาะโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม อีสุกอีใส และบาดทะยัก

**๒. โรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรมในอดีต** การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งวิธีการรักษาที่ได้รับโดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ วัณโรค หอบหืด ทางเดิน ปัสสาวะอักเสบ ตับอักเสบ โรกระบบทางเดินอาหาร มะเร็ง ไข้รูมาติก และโรคจิตประสาท สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เคยได้รับการผ่าตัดควรซักประวัติชนิดของการผ่าตัดและสาเหตุ

**๓. การได้รับอุบัติเหตุหรือโรคของกระดูกเชิงกรานและหลัง** ได้แก่ โปลิโอ วัณโรคของกระดูกสันหลัง และสะโพก และกระดูกเชิงกรานหักจากอุบัติเหตุ สตรีที่มีความผิดปกติของกระดูกเชิงกรานและหลังอาจมีผลทำให้เกิดภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ทำให้คลอดยากหรือคลอดทางช่องคลอดไม่ได้

**๔. โรคและการตรวจรักษาทางนรีเวช** ได้แก่ การผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานต่าง ๆ เช่น การผ่าตัดเนื้องอกมดลูก เป็นต้น ควรส่งต่อแพทย์เพื่อพิจารณาชนิดของการคลอด การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การติดเชื้อหนองใน การติดเชื้อหูดหงอนไก่ เป็นต้น

**ประวัติความเจ็บป่วยของสตรีตั้งครรภ์ในปัจจุบัน**

**๑. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันรวมทั้งการรักษาที่ได้รับ** เช่น โรคประจำตัวและอาการในปัจจุบัน เป็นต้น

**๒. ประวัติการใช้ยาและการแพทย์** ยาบางชนิดอาจผ่านจากรดาสู่ทารกได้ และอาจจะมีผลต่อการเกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ ดังนั้นเพื่อช่วยในการวางแผนดูแลรักษา รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ยานั้นๆ จึงควรซักประวัติการใช้ยาและการแพทย์ การแพ้อาหาร และสารเคมีต่าง ๆ รวมทั้งการใช้สมุนไพรชนิดไหนเป็นประจำ

**๓. การใช้สารเสพติด** ปริมาณการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ หรือน้ำอัดลมที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน การดื่มชา รวมทั้งการรับประทานช็อกโกแลตเป็นประจำ

**ประวัติความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว**

**๑. โรคทางพันธุกรรมของบุคคลในครอบครัว** เช่น ประวัติการตั้งครรภ์แฝดในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวสตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติครรภ์แฝดในครอบครัวจะมีโอกาสตั้งครรภ์

แฝดได้สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติครรภ์แฝด ชักประวัติโรคที่ถ่ายทอดสู่ทารกได้ เช่น โรคเลือด หรือ ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ เลือดหยุดยากหรือใช้เวลานานกว่าปกติ ความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

**๒. โรคอายุครรภ์และโรคติดต่อของสมาชิกครอบครัว** ได้แก่ โรคอายุครรภ์และโรคติดต่อของสามี ญาติที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน ญาติพี่น้องสายตรงของสตรีตั้งครรภ์และสามีที่อาจมีผลกระทบต่อ การตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคประสาท โรคจิต วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

### การคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด

การคาดคะเนอายุครรภ์ (gestational age : GA) และการคาดคะเนกำหนดวันคลอด (expected date of confinement or estimated date of confinement : EDC) มีความสำคัญเนื่องจากถ้าคิดอายุครรภ์ผิดพลาดจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้อายุครรภ์ยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยไม่ปล่อยให้ตั้งครรภ์เกินกำหนด

การคิดอายุครรภ์ของทารกในครรภ์ (fetal age) โดยทั่วไปนับสัปดาห์และเดือนของการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกในครรภ์ที่นับตั้งแต่การปฏิสนธิ โดยทั่วไปนับจากวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstrual period : LMP) การตั้งครรภ์ปกติจะครบกำหนดคลอดเมื่ออายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ถ้าเกิน ๔๒ สัปดาห์ถือเป็นการตั้งครรภ์เกินกำหนด และการคลอดก่อน ๓๗ สัปดาห์ ถือเป็นการคลอดก่อนกำหนด

#### ๑. ประวัติวันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP)

**การคาดคะเนอายุครรภ์ (GA)** นับจาก LMP จนถึงวันที่ต้องการคำนวณ จะได้อายุครรภ์เป็นจำนวนวัน แล้วหารด้วย ๗ จะได้อายุครรภ์เป็นจำนวนสัปดาห์

เช่น LMP วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๒ มาฝากครรภ์วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๒ จะได้อายุครรภ์ ๗๔ วัน หรือ ๑๐ สัปดาห์ ๔ วัน

**การกำหนดวันคลอด (EDC)** เป็นวิธีการคำนวณที่เรียกว่า Naegele's rule โดยนับจาก LMP ไป ๙ เดือน บวกอีก ๗ วัน หรือ นับย้อนหลัง ๓ เดือน บวกอีก ๗ วัน

$$EDC = LMP + ๙ \text{ เดือน} + ๗ \text{ วัน} \quad \text{หรือ} \quad EDC = LMP - ๓ \text{ เดือน} + ๗ \text{ วัน}$$

เช่น LMP วันที่ ๑๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ EDC คือวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๓

Naegele's rule ไม่เหมาะสำหรับที่จะนำมาใช้คำนวณอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอด ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีประจำเดือนไม่แน่นอน เช่น ประจำเดือนเว้นเป็นระยะเวลานานกว่า ๑ เดือน อยู่ในระยะให้นมบุตร หรือ ใช้น้ำคุมกำเนิดชนิดฉีดและไม่มีประจำเดือนมาก่อน เป็นต้น

**๒. ประวัติความรู้สึกลูกดิ้นครั้งแรก (quickening)** โดยใช้ค่าประมาณสตรีตั้งครรภ์แรกจะรู้สึกลูกดิ้นครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๘-๒๐ สัปดาห์ ส่วนในครรภ์หลังสตรีตั้งครรภ์อาจจะรู้สึกได้เร็วขึ้นประมาณ ๑๖-๑๘ สัปดาห์

**การคาดคะเนอายุครรภ์ (GA)** ให้นับจำนวนวันจาก quickening จนถึงวันที่ต้องการทราบอายุครรภ์ จะได้อายุครรภ์เป็นจำนวนวัน แล้วหารด้วย ๗ จะได้อายุครรภ์เป็นสัปดาห์ จากนั้นบวกด้วย ๑๘-๒๐ สัปดาห์ ในครรภ์แรก และบวกด้วย ๑๖-๑๘ สัปดาห์ในครรภ์หลัง

**การกำหนดวันคลอด (EDC)** ให้นับจำนวนวันต่อจากวันที่ quickening จนครบ ๔๐ สัปดาห์ โดยถ้าเป็นสตรีครรภ์แรก นับจากวัน quickening บวกเพิ่ม ๒๐-๒๒ สัปดาห์ ถ้าเป็นสตรีครรภ์หลัง นับจากวัน quickening บวกเพิ่ม ๒๒-๒๔ สัปดาห์

**๓. การวัดระดับยอดมดลูกจากการตรวจครรภ์ (fundal height)** เป็นการวัดระดับของยอดมดลูก ทั้งด้วยการวัดเป็นเซนติเมตร และโดยวิธีวัดด้วยสัดส่วน ดังนี้

**๓.๑ การวัดระดับยอดมดลูกเป็นเซนติเมตร** สามารถวัดได้โดยการใช้สายวัด หรือ Martin calipers โดยมีการคิดอายุครรภ์ ดังนี้

- McDonald's rule โดยการใช้สายวัด หรือ Martin Calipers วัดความสูงของยอดมดลูก ตามแนวตรงจากขอบบนของรอยต่อกระดูก Symphysis pubis กับยอดมดลูก โดยคาดคะเนว่าเมื่ออายุครรภ์ ครบกำหนด ๔๐ สัปดาห์ ยอดมดลูกจะสูง ๓๕ เซนติเมตร การคาดคะเนอายุครรภ์จึงใช้ค่าตัวเลขที่วัดได้เทียบ บัญญัติไตรยางศ์ (หรือคูณด้วย ๘/๗) เป็นอายุครรภ์สำหรับการคาดคะเนกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวัน ต่อจากวันที่ตรวจจนครบ ๔๐ สัปดาห์

เช่น วัดยอดมดลูก วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ได้ความสูงของยอดมดลูก ๒๘ เซนติเมตร จะได้อายุครรภ์  $28 \times \frac{40}{35} = 32$  สัปดาห์ และกำหนดวันคลอด ๒ เมษายน

วิธีนี้มีความคลาดเคลื่อนสูง โดยเฉพาะในไตรมาสที่ ๓ เนื่องจากทารกจะเจริญเติบโตด้วย น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากกว่าความสูง ทำให้มดลูกจะขยายออกด้านข้างมากกว่าด้านยาว และเมื่อศีรษะทารกเข้า ช่องเชิงกรานยอดมดลูกจะลดลงได้เล็กน้อย ดังนั้นจึงไม่มีการใช้วิธีนี้ในทางคลินิก

-Modified McDonald's rule โดยการใช้สายวัด วัดความสูงของยอดมดลูกตามแนวยาว โดยการใช้สายวัดกับแนวโค้งของมดลูก จากขอบบนของรอยต่อกระดูก Symphysis pubis ถึงยอดมดลูก โดยคาดคะเนอายุครรภ์เป็นสัปดาห์เท่ากับจำนวนเซนติเมตรที่วัดได้ บวกค่าความคลาดเคลื่อนจากวิธีการวัด ประมาณ ๒ เซนติเมตร การคาดคะเนอายุครรภ์จึงใช้ค่าตัวเลขที่วัดได้บวก หรือลบ ด้วย ๒ เป็นอายุครรภ์ สำหรับการคาดคะเนกำหนดวันคลอด ใช้การนับจำนวนวันต่อจากวันที่ตรวจจนครบ ๔๐ สัปดาห์

เช่น วัดยอดมดลูก วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ได้ความสูงของยอดมดลูก ๒๘ เซนติเมตร จะได้อายุครรภ์  $28 \pm 2 = 26-30$  สัปดาห์ และกำหนดวันคลอด ๑๖ เมษายน ถึง ๑๔ พฤษภาคม

วิธีนี้มีความแม่นยำเมื่ออายุครรภ์ ๑๘-๓๐ สัปดาห์ และสามารถติดตามคัดกรองความผิดปกติ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือมากเกินไป หรือน้ำคร่ำน้อย หรือมากกว่าปกติได้

**๓.๒ การวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วน** เป็นวิธีที่สามารถใช้คาดคะเนความสูงของยอดมดลูกเปรียบเทียบกับ umbilicus , symphysis pubis และ xyphoid process การคาดคะเนอายุครรภ์จากการวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วนนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละตำรา แต่การแบ่งระยะเป็นสัดส่วนโดยทั่วไปจะใกล้เคียงกัน โดยแบ่งระยะจาก umbilicus ถึง xyphoid process เป็น ๔ ส่วน และแบ่งระยะจาก symphysis pubis ถึง umbilicus เป็น ๓ ส่วน ดังนี้

**ตารางที่ ๑** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์กับระดับยอดมดลูก

อายุครรภ์ (สัปดาห์)	ระดับยอดมดลูก
๑๒	๑/๓ เหนือระดับหัวหน้า
๑๖	๒/๓ เหนือระดับหัวหน้า
๒๐	ระดับสะดือ
๒๔	๑/๔ เหนือระดับสะดือ
๒๘	๒/๔ เหนือระดับสะดือ
๓๒	๓/๔ เหนือระดับสะดือ
๓๖	อยู่ที่ xyphisternum เล็กน้อย
๔๐	๓/๔ เหนือระดับสะดือ (มี lightening)

**๓.๓ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonogram)** วิธีนี้สามารถบอกอายุครรภ์ได้ตั้งแต่อายุครรภ์น้อย จนถึงอายุครรภ์มาก ใช้สำหรับการคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดที่มีความแม่นยำ โดยเฉพาะเมื่อมีการตรวจหลายครั้งติดตามต่อเนื่อง แต่วิธีนี้ไม่สะดวกในทางปฏิบัติเพราะต้องการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำ และค่าใช้จ่ายสูง การใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการคาดคะเนอายุครรภ์ได้จากการประเมิน gestational sac และสัดส่วนของทารกดังนี้

- ไตรมาสที่ ๑ ตรวจพบ gestational sac เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๕ สัปดาห์ ตรวจวัด crown-rump length มีความแม่นยำสูง เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๘-๑๔ สัปดาห์ โดยมีความคลาดเคลื่อนประมาณ ๓-๕ วัน

- ไตรมาสที่ ๒ ตรวจวัด biparietal diameter (BPD) จะแม่นยำมากเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง ๑๔-๒๖ สัปดาห์ โดยมีความคลาดเคลื่อนประมาณ ๗-๑๐ วัน การวัด femur length (FL) ร่วมกับการวัด BPD มีความคลาดเคลื่อนประมาณ ๗-๑๑ วัน ส่วน head circumference (HC) นั้นจะเหมาะสมกว่าการใช้ BPD ถ้าศีรษะทารกมีความแบน (dolicho-cephalic head) หรือกลม (brachycephalic head)

- ไตรมาสที่ ๓ การตรวจวัดสัดส่วนของทารกเพื่อคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด จะมีความคลาดเคลื่อนสูง เนื่องจากทารกเจริญเติบโตช้ากว่าในไตรมาสที่ ๒

**๓.๔ การถ่ายภาพรังสี (x-rays)** เป็นการคาดคะเนอายุครรภ์จาก ossification center ปลายกระดูกในช่วงอายุต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ โดย

-อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ จะเห็น ossification center ปลายกระดูก femur

-อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ จะเห็น ossification center ปลายกระดูก tibia

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติจะไม่นิยมใช้วิธีนี้ เนื่องจากผลของรังสีที่อาจจะมีต่อทารกและเมื่อสามารถใช้การตรวจคาดคะเนอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอดด้วยวิธีอื่นที่ปลอดภัยกว่า

ความแม่นยำของการคิดอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดมีความสำคัญสำหรับการฝากครรภ์ ทั้งนี้เพราะอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดจะเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการตัดสินใจในการดูแลรักษาเพื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ลดอุบัติเหตุของการตั้งครรภ์เกินกำหนดและการเร่งคลอดที่ไม่จำเป็น การให้คำแนะนำสำหรับการดูแลตนเองและการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ตลอดจนการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมตามอายุครรภ์ วิธีที่ใช้ในการคิดอายุครรภ์และกำหนดวันคลอดมีหลากหลายวิธี แต่ละวิธีมีความแม่นยำและความคลาดเคลื่อนแตกต่างกันไป พยาบาลผดุงครรภ์จะต้องวิเคราะห์วิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย โดยพิจารณาจากความน่าเชื่อถือ ความแม่นยำ และความสัมพันธ์ของอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอดจากหลากหลายวิธี

#### การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจครรภ์ และการตรวจภายใน ดังนี้

##### การตรวจร่างกายทั่วไป

๑. **ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง** จะต้องวัดส่วนสูงครั้งแรกที่สตรีมาฝากครรภ์ และชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI)

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (kg)}}{\text{ส่วนสูง (m}^2\text{)}}$$

**ตารางที่ ๒** แสดงการแบ่งกลุ่มน้ำหนักตามค่าดัชนีมวลกาย

การแบ่งกลุ่ม	ดัชนีมวลกาย (kg/m <sup>๒</sup> )
Underweight	< ๑๘.๕
Normal weight	๑๘.๕-๒๔.๙
Overweight	๒๕-๒๙.๙
Obese class I	๓๐-๓๔.๙
Obese class II	๓๕-๓๙.๙
Obese class III	> ๔๐

การใช้ดัชนีมวลกายในการติดตามน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและลดลงขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ และสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามดัชนีมวลกาย ดังนี้

ตารางที่ ๓ แสดงค่าดัชนีมวลกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นทั้งหมด (total weight gain)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ ๑ (kg)	น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นต่อสัปดาห์ในไตรมาสที่ ๒ และ ๓ (kg)
Underweight < ๑๘.๕ kg/m <sup>๒</sup>	๑๒.๕-๑๘	๒.๓	๐.๔๙
Normal weight ๑๘.๕-๒๔.๙ kg/m <sup>๒</sup>	๑๑.๕-๑๖	๑.๖	๐.๔๔
Overweight ๒๕-๒๙.๙ kg/m <sup>๒</sup>	๗-๑๑.๕	๐.๙	๐.๓๐
Obese > ๓๐ kg/m <sup>๒</sup>	๖-๙	-	-

สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และทารกน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อย

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นถึงสองเท่า รวมทั้งความเสี่ยงในการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซึ่งพบสูงขึ้น ทำให้ทารกตัวโต คลอดยาก มีความเสี่ยงในการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการคลอด การตกเลือด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ รวมถึงการบาดเจ็บและการตายของทารกได้

สตรีตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ๑๐-๑๒ กิโลกรัมตลอดการตั้งครรภ์ ในไตรมาสแรกน้ำหนักอาจจะเพิ่มน้อย หลังจากนั้นน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยน้ำหนักในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ควรเพิ่มประมาณ ๐.๕ กิโลกรัม/สัปดาห์

**๒. สัญญาณชีพ** ควรวัดชีพจรและความดันโลหิตทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และพบว่ามีอาการรุนแรงถึงขั้นชัก (eclampsia)

การวัดความดันโลหิต ควรวัดหลังจากสตรีตั้งครรภ์ได้นอนพักสักครู่ ไม่ควรวัดขณะที่ตื่นเต้น เครียด หรือมีการหดตัวของมดลูก ค่าความดันโลหิตไม่ควรเกิน ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

ชีพจรอาจเพิ่มขึ้นประมาณ ๑๐-๑๕ ครั้ง/นาที ชีพจรเร็วอาจแสดงถึงภาวะตื่นเต้น วิตกกังวล หรือภาวะของโรคหัวใจ



### ๓. การตรวจร่างกายตามระบบ ลักษณะผิดปกติและสาเหตุ ดังนี้

#### ตารางที่ ๔ แสดงอาการปกติและผิดปกติที่พบจากการตรวจร่างกาย

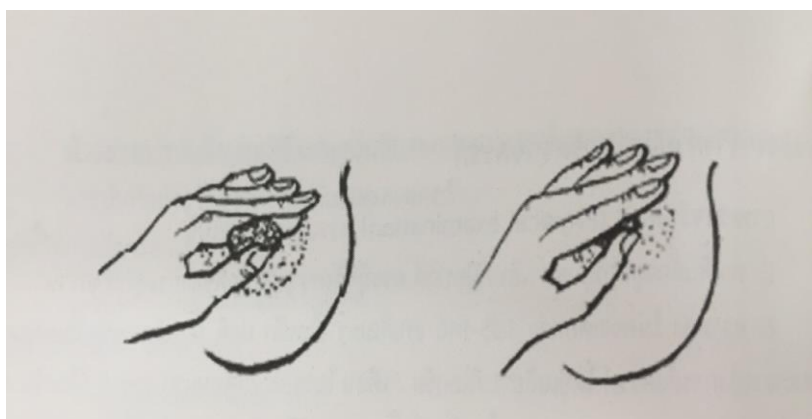
การตรวจร่างกาย และลักษณะปกติ	ลักษณะผิดปกติ
<b>สภาพทั่วไป</b> ได้แก่ การแต่งกาย ความสะอาด ระดับความรู้สึกตัว สีหน้า ท่าทาง อารมณ์ ความสามารถในการตอบคำถาม การตัดสินใจ และการใช้เหตุผล	เดินกระเผลกกระเผลก การรับรู้ช้า มีสีหน้าไม่สดชื่น ง่วงนอน แต่งกายไม่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์
<b>ผิวหนัง</b> อาการบวมไม่เกิน+๑ หรือมีอาการบวมเล็กน้อยบริเวณเท้า อาจพบ spider navi บริเวณหน้าท้อง มีฝ้ามือแดง ฝ่ามือเปลี่ยนสีหรือขนาด อาจพบการเปลี่ยนแปลงของสีผิว เช่น linea nigra, striae gravidarum, chloasma เป็นต้น	บวมมากกว่า +๑ มีรอยผื่นคัน มีแผลติดเชื้อ มีรอยจำเลือด ชีต เหลือง ฝ่ามือสีเข้มขึ้น หรือขนาดโตขึ้น
<b>จมูก</b> อาจมีการบวมของเยื่อภายในจมูก รู้สึกคัดจมูก (rhinitis of pregnancy) และมีเลือดออกเมื่อสั่งน้ำมูกแรง ๆ	จมูกไม่ได้กลิ่น มีน้ำมูกสีเหลือง สีเขียว ไอ หรือจามร่วมด้วย
<b>ปากฟัน</b> มีเหงือกบวมเล็กน้อย (hypertrophy of gingival tissue จาก estrogen) อาจพบ epulis	เหงือกบวม มีการอักเสบ มีเลือดออกตามไรฟันเวลาแปรงฟัน ริมฝีปากซีด ฟันผุ
<b>คอ</b> ต่อมไทรอยด์โต ไม่เจ็บ ต่อม thyroid ไม่โต กดไม่เจ็บ	ต่อมไทรอยด์โต กดเจ็บ แข็ง คลำพบต่อม thyroid enlargement
<b>ทรวงอกและปอด</b> ทรวงอกสมมาตร ขณะหายใจไม่เหนื่อยหอบ หายใจลึกช้า ออกไม่บวม เสียงการหายใจปกติ	หายใจเร็ว ตื้น หรือหยุดหายใจเป็นช่วง มีเสียงผิดปกติขณะหายใจ ไอถี่ เหนื่อยง่าย
<b>เต้านมและหัวนม</b> เต้านมปกติ ขนาดขยาย เมื่อคลำจะพบลักษณะขรุขระของต่อมและท่อน้ำนม เส้นเลือด superficial vein ขยาย หัวนมมีสีคล้ำ tubercles of montgomery ขยายขนาด รู้สึกเสียวแปล็บและไวต่อการกระตุ้น มีน้ำนมเหลือง (colostrums) ภายหลังอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ตรวจโดย Waller's test อาจพบลักษณะหัวนมปกติ สั้น แบน หรือบวม	ผิวขรุขระไม่เรียบ ลักษณะเหมือนผลส้ม กดเจ็บ คลำพบก้อนในเต้านมข้างใดข้างหนึ่ง ต่อมไทรอยด์บริเวณรักแร้โต หัวนมบวม มีเลือดออกหรือมีรอยแตก (cracked หรือ fissure)
<b>ท้อง</b> อาจพบ striae gravidarum, linea nigra, และ diastasis recti ที่ผิวหนังหน้าท้อง ความสูงของยอดมดลูกสัมพันธ์กับอายุครรภ์ อาจเห็นการดิ้นของทารกในครรภ์ คลำได้ ballotement เมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๔-๕ เดือน คลำส่วนของทารกได้ จากการตรวจครรภ์เมื่ออายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป	หน้าท้องตึง แข็ง กดเจ็บ คลำพบก้อน คลำตบโต ความสูงของยอดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ ไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ไม่รู้สึกเด็กดิ้นเมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๒๐ สัปดาห์

การตรวจร่างกาย และลักษณะปกติ	ลักษณะผิดปกติ
แขน ขา ขยับเคลื่อนไหวเป็นปกติ ผิวหนังอุ่น อาจมีเส้นเลือดคอดขยาย และพบ varicose veins เล็กน้อยที่ขา	มือ และเท้าเย็นขึ้น บวมกดบุ๋ม มี varicose vein มาก ปลายมือปลายเท้าซีด เล็บอ่อน เป็นรูปช้อนตามลักษณะของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก
กล้ามเนื้อ กระดูก มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความตึงตัว การทรงตัว การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ปกติ กระดูกสันหลังโค้ง เป็นปกติ ไหล่ไม่ค่อมงอ	หลังแอ่น นอนหงายแล้วมีอาการปวดหลังมาก ไหล่ค่อมงอ มีอาการชาบริเวณแขนและปลายมือ ปวดหลังและปวดชาบริเวณขามาก
Reflexes ปกติ	Reflex ไว (hyperactivity)
อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การกระจายตัวของ pubic hair ปกติ สิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด ไม่มีกลิ่น สีใสคล้ายแป้งเปียก ปริมาณน้อย ไม่มีอาการคัน อาจมีน้ำลักษณะคล้ายเหงื่อ (transudation) ปนออกมากับสิ่งคัดหลั่ง	มีแผล บวมแดง มี varicosities ต่อม Bartholins โต กดเจ็บ มีสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอดลักษณะผิดปกติ -ถ้ามีสีขาวขุ่น เหนียวคล้ายกลืนน้ำกรด มีการอักเสบของปากมดลูกจากการติดเชื้อ Corynebacterium vaginale vaginitis -ถ้ามีสีชมพูจาง ลักษณะเป็นน้ำ เกิดจาก nonspecific bacterial infection -ถ้ามีสีเขียวแกมเหลืองเป็นฟอง กลิ่นเหม็น เกิดจากการติดเชื้อ Trichomonas vaginalis -ถ้ามีสีน้ำตาลเป็นน้ำ กลิ่นอับ มีการอักเสบของปากมดลูกและช่องคลอด -ถ้ามีสีเทา มีเลือดปน กลิ่นเหม็นเน่าเกิดจากมีแผลในช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบ มีเนื้องอกในช่องคลอด หรือปากมดลูก -ถ้ามีสีขาว เกาเป็นแผ่น กลิ่นเหม็นอับเกิดจากการติดเชื้อรา

- การตรวจเต้านม เป็นการตรวจหาก้อน หรือสิ่งผิดปกติที่เต้านม เมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ และควรสอนให้สตรีตั้งครรภ์ตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ให้สตรีตั้งครรภ์นอนราบศีรษะหนุนหมอน ใช้ฝ่าผืนเล็กพับรองใต้ไหล่ซ้าย และเอามือซ้ายรองหนุนใต้ศีรษะ นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง ของมือขวา คลำพร้อมกับคลึงเป็นวงเล็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่บริเวณกระดูกหน้าอก วนไปเป็นวงเรื่อย ๆ จนถึงหัวนม พร้อมกับสังเกตดูว่า มีก้อนหรือผิวหนังมีลักษณะด้าน หนา หรือไม่ ในการคลำอาจพบว่ามีเนื้อเป็นสันแข็งที่เต้านมส่วนล่าง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งผิดปกติตามธรรมชาติ ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้ส่งปรึกษาแพทย์ทันที

- การตรวจหัวนม โดยใช้วิธี Waller's test โดยวางมือลงบนเต้านม ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้วางทาบกับผิวหนังตรงรอยต่อระหว่างฐานของหัวนมและลานนม (areolar) กดนิ้วมือทั้งสองลงไปตรง ๆ เล็กน้อย แล้วบีบเข้าหากัน จับหัวนมขึ้นมาเบา ๆ ถ้าหัวนมที่ยาวปกติ ควรวัดขนาดความยาวได้ตั้งแต่ ๐.๗ เซนติเมตรขึ้นไป จะสามารถจับหัวนมได้ แสดงว่าทารกสามารถดูดนมได้ แต่ถ้านิ้วทั้งสองจับหัวนมไม่ติด เนื่องจากหัวนมจะผลุบลงไประหว่างนิ้วทั้งสอง แสดงว่า หัวนมสั้น แบน บวม หรือบอด ซึ่งทารกไม่สามารถดูดนมได้

การตรวจเต้านมและหัวนม จะตรวจครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ และครั้งที่ ๒ จะตรวจเต้านมและหัวนมเมื่ออายุครรภ์  $\geq 32$  สัปดาห์



หัวนมปกติ

หัวนมสั้น แบน บวมหรือบอด

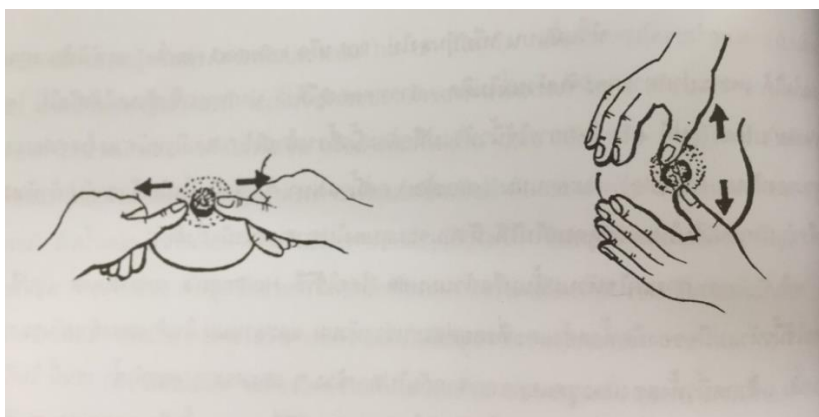
### ภาพที่ ๑ แสดงการตรวจหัวนม

ที่มา : วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖, หน้า ๑๐๖

## ตารางที่ ๕ การให้คะแนน Nipple และ Areola

Nipple (ความยาวปกติ ๑ เซนติเมตร)		Areola	
บอดสนิท/ปุ่ม	= Grad ๐	ตั้งมาก	= Grad ๐
สั้น ๐.๑-๐.๓ เซนติเมตร	= Grad ๑ <sup>+</sup>	ตั้งค่อนข้างมาก	= Grad ๑ <sup>+</sup>
สั้น ๐.๔-๐.๖ เซนติเมตร	= Grad ๒ <sup>+</sup>	ตั้งปานกลาง	= Grad ๒ <sup>+</sup>
สั้น ๐.๗-๑.๐ เซนติเมตร	= Grad ๓ <sup>+</sup>	นุ่มดี	= Grad ๓ <sup>+</sup>
		เหลว	= Grad ๔ <sup>+</sup>

การแก้ไขหัวนมสั้น โดยการทำ Hoffman's maneuver คือ ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้ง ๒ ข้าง วางด้านตรงข้ามกันบริเวณตรงรอยต่อของหัวนมกับลานนม กดนิ้วลงเล็กน้อยและค่อย ๆ รูดนิ้วออกจากกัน ทำจนรอบทั้ง ๘ ทิศ แล้วใช้นิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือดึงหัวนมขึ้น ๒-๓ ครั้ง นับเป็น ๑ ชุด ทำซ้ำประมาณ ๔-๕ ชุด ก่อนและหลังอาบน้ำทุกวัน จะช่วยให้หัวนมยาวขึ้น



ภาพที่ ๒ แสดงการแก้ไขหัวนมสั้น โดยวิธี Hoffman's maneuver  
ที่มา : วรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ, ๒๕๕๗, หน้า ๒๓๘

### การตรวจภายใน

การตรวจภายใน มีการตรวจในกรณีเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก หากอายุครรภ์ไม่เกิน ๒๐ สัปดาห์ ในรายที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในช่องคลอดจากการชกประวัติ และเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ ดังนี้

๑. เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์ไม่เกิน ๒๐ สัปดาห์ จะเป็นการตรวจละเอียดด้วย bimanual examination และ speculum เพื่อประเมินลักษณะของช่องคลอด ปากมดลูก ลักษณะสี และกลิ่นของสารคัดหลั่ง ขนาด ตำแหน่ง ลักษณะ และอาการกดเจ็บของมดลูก

๒. ในรายที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในช่องคลอดจากการซั๊กประวัติ ควรส่งพบแพทย์เพื่อตรวจสิ่งคัดหลั่งจากช่องคลอด และให้การรักษาก่อนการคลอด ทั้งนี้เพราะหากมีการติดเชื้อหนองใน (gonorrhoea) และไม่ได้รับการรักษาจนกระทั่งคลอดอาจทำให้ทารกที่คลอดผ่านช่องคลอดมีการอักเสบติดเชื้อของตา (ophthalmia neonatorum)

๓. ให้ประวัติว่ามีเลือดออกทางช่องคลอด ทั้งนี้เลือดออกทางช่องคลอดในขณะอายุครรภ์ ไตรมาสที่ ๑ อาจแสดงถึงการแท้งคุกคาม และถ้าเลือดออกเมื่ออายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนดจะเป็นความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด

๔. เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ จะเป็นการประเมินการเข้าสู่ระยะคลอด โดยประเมินการเปิดของปากมดลูก ความบาง ระดับของส่วนน้ำ ทาและทรงของทารกในครรภ์ และประเมินหนทางคลอดโดยการตรวจวัดกระดูกเชิงกราน

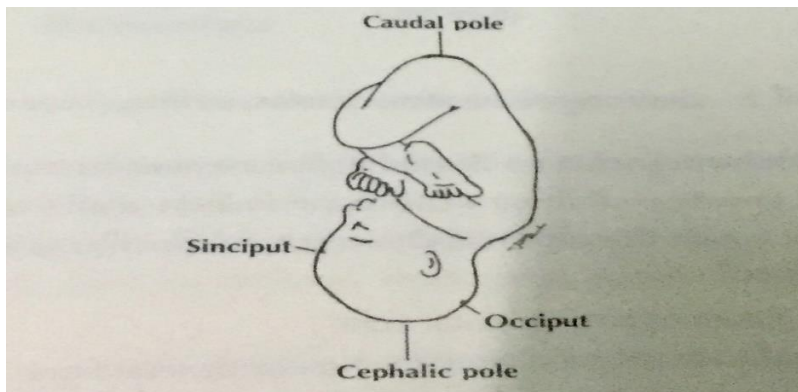
การตรวจภายในจะช่วยคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของมดลูก ทั้งขนาดและลักษณะในทางคลินิก จะตรวจภายในเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก หากพบว่าผลการตรวจภายในสอดคล้องกับประวัติ LMP จะช่วยยืนยันอายุครรภ์ได้ แม้ว่าจะไม่มีการตรวจวินิจฉัยการตั้งครรภ์ที่แน่นอนก็ตาม ทั้งนี้การคาดคะเนอายุครรภ์จากการตรวจภายในจะใช้วิธีประเมินจากขนาดและลักษณะของมดลูก ดังนี้

- อายุครรภ์ประมาณ ๖ สัปดาห์ จะตรวจพบ Ladin's sign คือ บริเวณตรงกลางของมดลูกด้านหน้า ตำแหน่งที่เป็นจุดต่อระหว่างมดลูกกับปากมดลูก จะมีความอ่อนนุ่ม
- อายุครรภ์ประมาณ ๖-๘ สัปดาห์ จะตรวจพบ Hegar's sign คือความนุ่มของ isthmus
- อายุครรภ์ประมาณ ๗-๘ สัปดาห์ จะตรวจพบ McDonald's sign คือมดลูกจะยืดหยุ่นได้มาก และสามารถหักพับงอกับปากมดลูก (uterocervical junction) ได้ง่าย
- อายุครรภ์ประมาณ ๑๐-๑๒ สัปดาห์ มดลูกจะนุ่มและโตสม่ำเสมอทุกด้าน มีรูปร่างกลม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๘ เซนติเมตร
- อายุครรภ์ประมาณ ๑๖-๒๐ สัปดาห์ จะตรวจพบ ballotement คือ การที่ทารกจะเคลื่อนไหวกระทบกับมือของคนตรวจเมื่อทำ bimanual examination

### การตรวจครรภ์

การตรวจครรภ์ มีคำศัพท์เฉพาะที่เกี่ยวข้องมากมาย ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจ และจำให้ได้ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคำศัพท์เหล่านี้จะแสดงถึงส่วนประกอบต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ และความสัมพันธ์ของทารกในครรภ์กับช่องทางคลอดของมารดา คำศัพท์ที่ใช้ในการวินิจฉัยท่าของทารกในครรภ์ที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะของทารกที่งอทุกส่วนของร่างกาย (fetal ovoid) และส่วนต่าง ๆ ของทารกในครรภ์ แนวลำตัว (lie), ส่วนน้ำ (presentation), จุดน้ำ (denomination), ทรง (attitude) ท่าของทารกในครรภ์ (position) และการที่ส่วนน้ำเข้าสู่เชิงกราน (engagement)

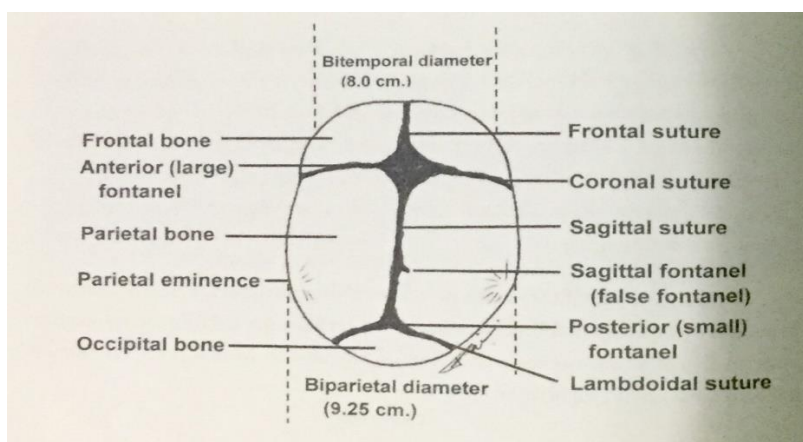
**Fetal ovoid** หมายถึง ลักษณะของทารกในครรภ์ที่งอทุกส่วนของร่างกาย คือ ศีรษะก้ม หลังงอ แขน และขางอทุกข้อต่อ ทำให้มองดูลักษณะเหมือนรูปไข่ ซึ่งมีแกนตามยาวคือ แนวยาวของลำตัวของทารก มีขั้ว ๒ ขั้ว คือ Cephalic pole เป็นขั้วทางด้านศีรษะ และ Caudal pole เป็นขั้วทางด้านก้น (breech) และส่วนต่าง ๆ ของขาทารก



ภาพที่ ๓ แสดงลักษณะ fetal ovoid ที่ทุกส่วนงอเข้าหากัน  
ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ (บรรณาธิการ), ๒๕๖๐, หน้า ๑๘๙

**ส่วนของศีรษะและกะโหลกศีรษะ** ศีรษะของทารกเป็นส่วนที่มีความสำคัญทางสูติศาสตร์ เป็นส่วนที่ต้องปรับให้เข้ากับช่องเชิงกราน ศีรษะทารกประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนหน้า (face) และกะโหลกศีรษะ (cranium)

**กะโหลกศีรษะ** กะโหลกศีรษะของทารกในครรภ์ประกอบด้วยกระดูก ๗ ชิ้น ได้แก่ frontal bone ๒ ชิ้น , parietal bone ๒ ชิ้น, temporal bone ๒ ชิ้น และ occipital bone ๑ ชิ้น ระหว่างกระดูกแต่ละชิ้นจะมี membrane tissue เชื่อมอยู่ เรียกว่า suture



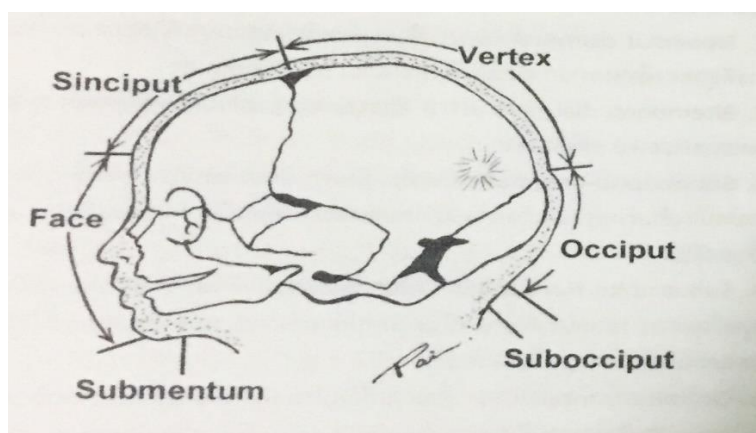
ภาพที่ ๔ แสดงกระดูกกะโหลกศีรษะ รอยต่อระหว่างกระดูกและขม่อม  
ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ (บรรณาธิการ), ๒๕๖๐, หน้า ๑๙๐

รอยต่อระหว่างกระดูก (suture) มีความสำคัญในขณะคลอดเพราะช่วยให้กระดูกอ่อนเข้ามาชิดกัน และเกยกัน (molding) เพื่อให้ขนาดของศีรษะทารกเล็กลง ผ่านช่องทางคลอดได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ saggital suture ยังช่วยในการวินิจฉัยท่าของทารกในครรภ์ในระยะคลอด suture ที่สำคัญ คือ

- ๑) Frontal suture อยู่ระหว่าง frontal bone
- ๒) Coronal suture อยู่ระหว่าง frontal bone และ parietal bone
- ๓) Saggital suture อยู่ระหว่าง parietal bone
- ๔) Lambdoidal suture อยู่ระหว่าง parietal bone และ occipital bone

**ขม่อม (fontanel)** คือบริเวณที่รอยต่อของกระดูกกะโหลกศีรษะมาบรรจบกัน การตรวจพบขม่อมจากการตรวจทางช่องคลอดขณะคลอดจะช่วยให้บอกท่าและทรงของทารกในครรภ์ได้ ขม่อมที่สำคัญ คือ

- ๑) ขม่อมหน้าหรือขม่อมใหญ่ (anterior fontanel หรือ large fontanel) เป็นที่บรรจบกันของ frontal suture, coronal suture และ saggital suture มีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด
- ๒) ขม่อมหลังหรือขม่อมน้อย (posterior fontanel หรือ small fontanel) เป็นที่บรรจบกันของ lambdoidal suture และ saggital suture รูปร่างเป็นสามเหลี่ยม ขนาดเล็กขม่อมหน้า



ภาพที่ ๕ แสดงส่วนต่าง ๆ ของศีรษะทารก

ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ (บรรณาธิการ), ๒๕๖๐, หน้า ๑๙๑

**ส่วนต่าง ๆ ของศีรษะทารก** มีความสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับท่าและส่วนนำของทารกในครรภ์ ศีรษะทารกแบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- ๑) Face (หน้าทารก) คือ บริเวณจากคางถึงระหว่างคิ้ว (glabella)
- ๒) Sinciput หรือ brow (หน้าผาก) คือ บริเวณจากระหว่างคิ้ว (glabella) ถึงขม่อมหน้าหรือบริเวณ frontal bone

๓) Vertex (ยอดศีรษะ) คือ บริเวณจากขม่อมหน้าถึงขม่อมหลัง หรือส่วน parietal bone มีอาณาเขตลงมาถึงบริเวณส่วนนูนของ parietal bone ทั้งสองข้าง (parietal eminence)

๔) Occiput (ท้ายทอย) คือ บริเวณจากขม่อมหลังถึงปุ่มกระดูกท้ายทอย (occipital protuberance)

๕) Subocciput (ใต้ท้ายทอย) คือ บริเวณที่อยู่ต่ำกว่าปุ่มกระดูกท้ายทอย (suboccipital region)

๖) Mentum (คาง) และ submentum (ใต้คาง)

**ขนาดของศีรษะทารก** ทราบได้จากการวัดความยาวของเส้นผ่านศูนย์กลางและความยาวเส้นรอบวงระหว่างจุดสำคัญบนศีรษะทารก ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับกลไกการคลอดปกติและบ่งบอกได้ถึงความผิดปกติของท่าต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดการคลอดติดขัดได้ ขนาดของศีรษะที่สำคัญ มีดังนี้

๑) Biparietal diameter (BPD) คือ ระยะระหว่างส่วนนูนที่สุดของ parietal bone เป็นส่วนที่กว้างที่สุดของศีรษะทารก ความกว้างประมาณ ๙.๒๕ เซนติเมตร

๒) Bitemporal diameter (BTD) คือ ระยะระหว่างส่วนกว้างที่สุดของ temporal bone ความกว้างประมาณ ๘ เซนติเมตร

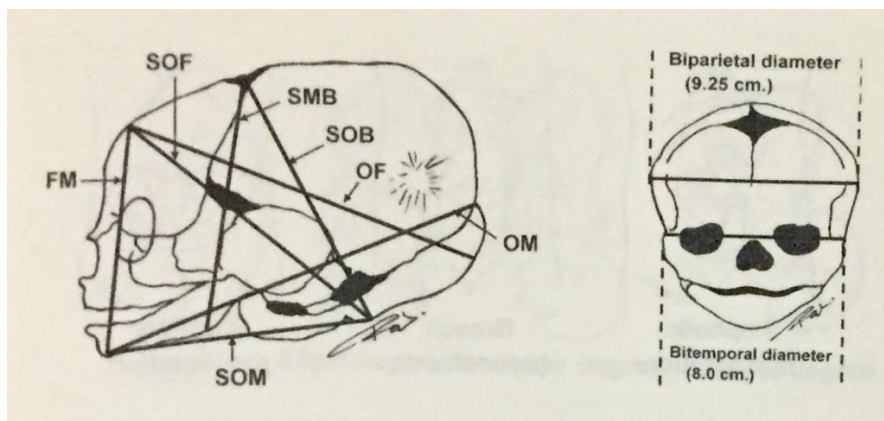
๓) Suboccipito-bregmatic (SOB) คือ ส่วนที่ล้อมรอบศีรษะของทารกจากใต้ท้ายทอยจนถึงขม่อมหน้า เส้นผ่านศูนย์กลางยาว ๙.๕ เซนติเมตร ความกว้าง ๙.๒๕ เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว ๓๐ เซนติเมตร

๔) Suboccipito-frontal (SOF) คือ ส่วนที่ล้อมรอบศีรษะของทารกจากใต้ท้ายทอยจนถึงบริเวณที่นูนที่สุดของ frontal bone เส้นผ่านศูนย์กลางยาว ๑๐.๕ เซนติเมตร ความกว้าง ๙.๒๕ เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว ๓๒ เซนติเมตร

๕) Occipito-frontal (OF) คือ ส่วนที่ล้อมรอบศีรษะของทารกจากบริเวณที่นูนที่สุดบน occipital bone จนถึงส่วนนูนที่สุดของ frontal bone เส้นผ่านศูนย์กลางยาว ๑๑.๕ เซนติเมตร ความกว้าง ๙.๒๕ เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว ๓๔ เซนติเมตร

๖) Occipito-mental (OM) คือ ส่วนที่ล้อมรอบศีรษะของทารกจากส่วนล่างของส่วน vertex หรือบริเวณขม่อมหลังจนถึงบริเวณคาง ด้วยเหตุนี้ตำราบางเล่มจึงนิยมเรียกส่วนนี้ว่า mento-vertical เพราะไม่ได้ผ่านส่วนของ occipital bone เส้นผ่านศูนย์กลางยาว ๑๓-๑๓.๕ เซนติเมตร ความกว้าง ๙.๒๕ เซนติเมตร และเส้นรอบวงยาว ๓๖ เซนติเมตร





ภาพที่ ๖ แสดงเส้นผ่านศูนย์กลางของศีรษะทารก

ที่มา : จันทรัตน์ เจริญสันติ (บรรณาธิการ), ๒๕๖๐, หน้า ๑๙๓

### ส่วนต่าง ๆ ของลำตัวทารก แบ่งออกเป็น

๑) ไหล่ มีลักษณะแบน ยาว ทางด้านข้างมีความยาวมากที่สุด ได้แก่ bisacromial diameter มีความกว้าง ๑๑ เซนติเมตร เส้นรอบวง ๓๔ เซนติเมตร โดนครรมาชาติไหล่จะตั้งได้ฉากกับศีรษะ และสามารถถูกบีบรัดให้มีขนาดเล็กลงได้อีกในระหว่างการคลอด

๒) ทรวงอก มีขนาดเส้นรอบวง (chest circumference) ปกติ ๓๒ เซนติเมตร ซึ่งสามารถถูกบีบให้เล็กลงขณะผ่านลงมาในหนทางคลอดได้เช่นเดียวกับไหล่

๓) ส่วนท้อง ขนาดไม่แน่นอน โดยทั่วไปแล้วท้องจะมีขนาดเล็กกว่าทรวงอก แต่ทารกบางรายอาจมีภาวะท้องมาน ทำให้ท้องมีขนาดใหญ่กว่าศีรษะและไหล่ เป็นสาเหตุให้ลำตัวคลอดไม่ได้

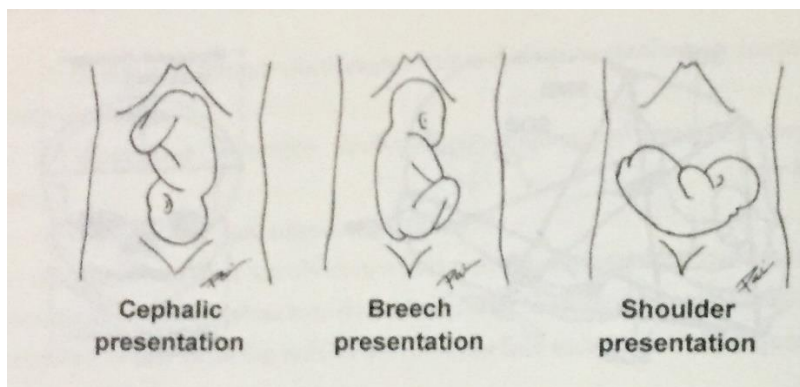
๔) ก้น โดยธรรมชาติก้นจะอยู่ในแนวเดียวกับไหล่และตั้งได้ฉากกับศีรษะ ส่วนที่มีความยาวมากที่สุด คือ bitrochanteric diameter หรือ bisiliac diameter มีความกว้าง ๙ เซนติเมตร เส้นรอบวง ๓๒ เซนติเมตร แต่ถ้ามีส่วนของขาและเท้าเข้ามารวมด้วย ก้นจะมีขนาดใหญ่กว่านี้

**Lie** (แนวลำตัวทารกในครรภ์) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแกนลำตัวตามยาวของทารกในครรภ์ (fetal longitudinal axis) กับ แนวตามยาวของหนทางคลอด แนวลำตัวทารกมี ๓ ชนิด ได้แก่

- longitudinal lie (แนวยาว) แนวยาวลำตัวของทารกในครรภ์อยู่ในแนวเดียวกับแนวความยาวของมดลูกหรือหนทางคลอด

- transverse lie (แนวขวาง) แนวยาวลำตัวของทารกตั้งฉากกับแนวยาวของมดลูก หรือหนทางคลอดเป็นท่าของทารกที่ผิดปกติ แลไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้

- Oblique lie (แนวเฉียง) แนวยาวลำตัวของทารกทำมุมเฉียงกับแนวความยาวของมดลูกหรือหนทางคลอด



ภาพที่ ๗ แสดงแนวลำตัว และส่วนนำของทารกในครรภ์  
ที่มา : จันทรัตน์ เจริญสันติ (บรรณาธิการ), ๒๕๖๐, หน้า ๑๙๔

**Presentation** (ส่วนนำ) หมายถึง ส่วนของทารกในครรภ์ที่ผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกราน เป็นส่วนแรก จากการตรวจครรภ์ ส่วนนำ คือ ส่วนที่อยู่ต่ำสุด หรือใกล้ช่องเข้าเชิงกราน (pelvic inlet) มากที่สุด และเป็นส่วนที่จะผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานก่อนส่วนอื่น ๆ และ presentation จะมีความสัมพันธ์กับ lie ดังนี้

๑) ทารกที่อยู่ในแนวยาว (Longitudinal lie) ส่วนนำอาจเป็นศีรษะ (Cephalic presentation) หรือก้น (Breech presentation)

๒) ทารกอยู่ในแนวขวาง (Transverse lie) ส่วนนำอาจเป็นไหล่ (Shoulder presentation)

- **Cephalic presentation (ส่วนนำเป็นศีรษะ)** แบ่งออกเป็น

- vertex presentation ทารกอยู่ในแนวยาวกับศีรษะ และขดตัวเต็มที่จนคางชิดอก ขม่อมเล็กเป็นส่วนนำ

- face presentation ทารกอยู่ในแนวยาว ศีรษะหงายเต็มที่ หน้าเป็นส่วนนำ

- brow presentation ทารกอยู่ในแนวยาว ศีรษะตรง เงยเล็กน้อย หน้าผากและแนวคิ้ว (กระดูก frontal) เป็นส่วนนำ

- **Breech presentation ก้นเป็นส่วนนำ**

- complete breech presentation เป็นภาวะที่ทารกงอเข้าและข้อสะโพก หรืออยู่ในท่านั่งขัดสมาธิ อยู่ในท่าก้มศีรษะ

-incomplete breech presentation ทารกอยู่ในท่าก้น เอาแต่ส่วนก้นหรือส่วนของขาลงมาก่อน ได้แก่ frank breech presentation (ทารกอยู่ในลักษณะก้นเป็นส่วนนำ งอข้อสะโพก ต้นขาแนบกับหน้าท้อง เขยียดข้อเข้า เท้าพาดบริเวณหน้าอกหรือหน้า ) และ footling breech presentation (ทารกยื่นเท้าลงมาโดยเขยียดต้นขาและเข่าเล็กน้อยต่างกัน ถ้ายื่นเท้าลงมา ๒ ข้าง เรียก double footling ถ้ายื่นเท้าลงมาข้างเดียว เรียก single footling ถ้ายื่นเท้าลงมาแต่เข่างอ เข่าเป็นส่วนนำ เรียก knee presentation

- ส่วนนำอื่น ๆ ได้แก่ shoulder presentation ทารกจะอยู่ในแนวขวาง ไหล่ หรือ กระดูกสะบักเป็นส่วนนำ, funic presentation สายสะดือเป็นส่วนนำ มีการเคลื่อนต่ำของสายสะดือเข้าสู่ช่องเชิงกรานก่อน ส่วนนำจะมีอันตรายมาก เช่น การเกิดสายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) จากการแตกของ amniotic fluid และ compound presentation ส่วนนำที่มีมากกว่าหนึ่งส่วนรวมกัน เช่น มือและศีรษะ เท้าและศีรษะ มือและกัน เป็นต้น

**Denominator or leading point** (จุดนำ) หมายถึง ส่วนหนึ่งบนส่วนนำที่ผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานเป็นส่วนแรก หรือเป็นจุดที่ต่ำที่สุดของส่วนนำที่ผ่านสู่นทางคลอด จุดนำมีการปรับเปลี่ยนตามทรงของทารกในครรภ์ (attitude) การวินิจฉัยจุดนำจะทำได้จากการตรวจทางช่องคลอด และทำเมื่อมีการเคลื่อนผ่านของส่วนนำเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้ว (engagement)

**ตารางที่ ๖** ความสัมพันธ์ Presentation กับ Denominator และการใช้คำย่อ

Presentation	Denominator	คำย่อ
Vertex presentation	Occiput	O
Brow presentation	Frontal bone	F
Face presentation	Mentum	M
Breech presentation	Sacrum	S
Shoulder presentation	Scapular or Acromion	Sc/Ac

**Attitude** (ทรง) หมายถึง ความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายกับแนวลำตัวของทารกในครรภ์ การวินิจฉัยทรงของทารกมักจะทำในกรณีที่มีการเคลื่อนของส่วนนำผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานแล้ว โดยการตรวจทางช่องคลอด และวินิจฉัยได้จากการวินิจฉัยจุดนำ (denominator) โดยเฉพาะส่วนนำที่เป็นศีรษะ ทรงของทารกแบ่งออกได้ดังนี้

- Flexion (ทรงก้ม) ลักษณะทารกจะงอตัวเต็มที่ตามความโค้งของรูปร่างมดลูก แขน ขา งอพับเข้าทางด้านหน้า ส่วนศีรษะจะก้มเข้าหาลำตัวจนขาชิดอก ลักษณะเช่นนี้ทำให้ทารกมีรูปร่างเหมือนรูปไข่ เรียกว่า fetal ovoid ปลายด้านหนึ่งเป็นกัน และปลายอีกด้านหนึ่งเป็นศีรษะ ทางลักษณะนี้พบได้มาก จึงเรียกว่า universal flexion

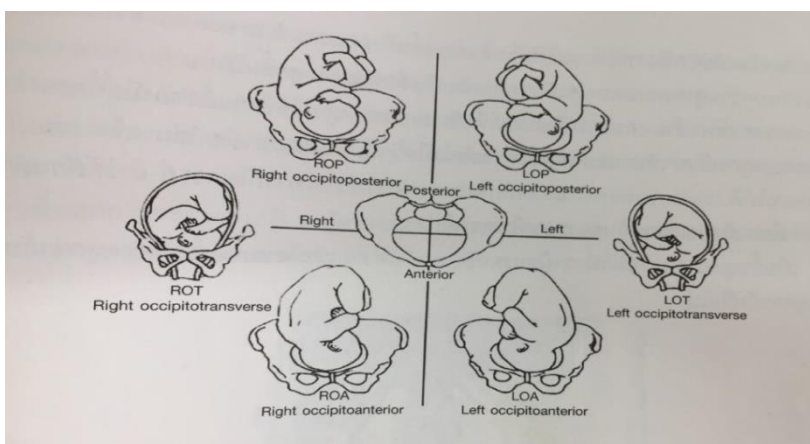
- Deflexion (ทรงแหงน) ลักษณะทารกจะมีศีรษะที่ตั้งตรงกับลำตัว หรือเียงแหงนไปด้านหลัง แขน ขา งอพับทางด้านหน้าเช่นกัน การเียงแหงนมี ๓ ระดับ ดังนี้

- slight deflexion (แหงนเล็กน้อย) ลักษณะศีรษะจะตั้งตรงหรือเียงเล็กน้อย หม่อมหน้าเป็นส่วนนำที่เข้าสู่ช่องเชิงกราน

- moderate deflexion (แหงนปานกลาง) ลักษณะศีรษะแหงนไปข้างหลังมากขึ้น ส่วนของศีรษะที่นำเข้าสู่ช่องเชิงกราน ได้แก่ หน้าผาก (blow)
- marked deflexion (แหงนเต็มที่) ศีรษะทารถแหงนไปด้านหลังเต็มที่ ในกรณีนี้ ทารกใช้ใบหน้าเป็นส่วนนำ (face) จึงเรียกว่าทารกทำหน้า (face presentation)

**Position** (ท่าของทารกในครรภ์) เป็นการบอกความสัมพันธ์ของทารกในครรภ์ และหนทางคลอด การวินิจฉัยท่าของทารกในครรภ์จะใช้ความสัมพันธ์ของจุดนำและส่วนของช่องเชิงกรานเป็นการวินิจฉัย นั่นคือ จุดนำของทารกในครรภ์อยู่ในส่วนใดของช่องเชิงกราน โดยแบ่งเชิงกรานออกเป็น ๔ ส่วน ช่องเชิงกราน คือ ตัวแทนของหนทางคลอด ตรวจสอบว่าทารกอยู่ในแนวใด ส่วนนำคืออะไร และอยู่ทางใด เช่น ท่าของทารกในครรภ์ที่มีส่วนนำเป็นศีรษะ และทรงปกติ คือ ทรงก้ม จุดนำของทารกคือ occiput สัญลักษณ์คือ O ความสัมพันธ์ของจุดนำของทารกในครรภ์ และช่องเชิงกรานจะมี ๘ ท่า ดังต่อไปนี้

OA	Occiput Anterior	จุดนำคือท้ายทอยอยู่ตรงกลางด้านหน้าของช่องเชิงกราน
OP	Occiput Posterior	ท้ายทอยอยู่ตรงกลางด้านหลังของช่องเชิงกราน
LOA	Left Occiput Anterior	ท้ายทอยอยู่ด้านหน้าข้างซ้ายของช่องเชิงกราน
LOT	Left Occiput Transverse	ท้ายทอยอยู่ตรงแนวขวางช่องเชิงกรานด้านซ้าย
LOP	Left Occiput Posterior	ท้ายทอยอยู่ทางด้านหลังข้างซ้ายของช่องเชิงกราน
ROA	Right Occiput Anterior	ท้ายทอยอยู่ด้านหน้าข้างขวาของช่องเชิงกราน
ROT	Right Occiput Transverse	ท้ายทอยอยู่ตรงแนวขวางช่องเชิงกรานด้านขวา
ROP	Right Occiput Posterior	ท้ายทอยอยู่ทางด้านหลังข้างขวาของช่องเชิงกราน



ภาพที่ ๘ แสดงลักษณะของทารกในครรภ์ท่าต่าง ๆ ในแต่ละส่วนของช่องเชิงกราน

ที่มา : Dickason, Silverman & Kaplan, ๑๙๙๘, p. ๒๘๒

อ้างอิงใน วรณรัตน์ สุวรรณและคณะ, ๒๕๕๖, หน้า ๑๑๕

**Engagement** (การเคลื่อนต่ำของส่วนนำเข้าสู่ช่องเชิงกราน) หมายถึง ส่วนที่กว้างที่สุดของส่วนนำผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานจริง (true pelvis) เช่น ศีรษะเป็นส่วนนำ และทารกอยู่ในทรงปกติ ส่วนกว้างที่สุด คือ biparietal diameter (BPD)

สตรีตั้งครรภ์แรก จะมี engagement ในช่วง ๒-๔ สัปดาห์สุดท้ายของการตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์หลัง engagement โดยส่วนมากจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด

**การตรวจครรภ์** เป็นทักษะการประเมินที่สำคัญของพยาบาล เป็นการตรวจทางหน้าท้อง โดยวิธีการดู การคลำ และการฟัง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ เช่น พัฒนาการของการตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตและการมีชีวิตของทารกในครรภ์เพื่อใช้ในการวางแผนการคลอดและการดูแลในระยะคลอด การตรวจครรภ์ที่ผิดพลาดอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ ซึ่งการตรวจครรภ์มีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. เพื่อเปรียบเทียบความสูงของยอดมดลูกกับอายุครรภ์ ใช้เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และพิจารณาคาดคะเนอายุครรภ์และกำหนดวันคลอด

๒. เพื่อวินิจฉัยสภาพของทารกในครรภ์ ได้แก่ แนวลำตัว (Lie) ส่วนนำ (Presentation) ทรง (Attitude) และท่า (Position) ใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อการคลอดปกติ หรือจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ

๓. เพื่อวินิจฉัยสภาพการมีชีวิต และภาวะวิกฤติของทารกในครรภ์ และเป็นข้อมูลสำหรับการส่งต่อแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

๔. เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นร่วมกับการตั้งครรภ์ เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เป็นต้น

การตรวจครรภ์ เป็นการตรวจบริเวณหน้าท้องให้ได้ค่าแม่นยำ และลดความไม่สุขสบายของสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนต้องปกป้องสิทธิและประโยชน์ของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีการเตรียมการตรวจดังนี้

๑. สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัวและมิดชิด เช่น เป็นห้องตรวจ หรือมีม่านกั้นระหว่างเตียงตรวจเตียงที่ใช้ในการตรวจควรมีความสูงที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์

๒. ให้สตรีตั้งครรภ์ถ่ายปัสสาวะก่อนการตรวจครรภ์ ทั้งนี้เพราะกระเพาะปัสสาวะที่เต็มจะทำให้ผลการตรวจคลาดเคลื่อนได้

๓. จัดทำให้สตรีตั้งครรภ์นอนหงายหนุนหมอน วางมือข้างลำตัวหรือหน้าอก แยกขาออกจากกัน เล็กน้อย หรือชันเข่าขึ้น และหายใจเข้าออกช้า ๆ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อหน้าท้อง ทั้งนี้เพราะการตรวจขณะที่สตรีตั้งครรภ์เกร็งหน้าท้องจะตรวจได้ยาก และสตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกเจ็บขณะตรวจหาส่วนนำของทารกในครรภ์

๔. มือของผู้ตรวจต้องอุ่น โดยการถูมือ หรือล้างมือด้วยน้ำอุ่น ทั้งนี้เพราะมือที่เย็นจะทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกไม่สุขสบาย และกล้ามเนื้อหน้าท้องหดเกร็ง ซึ่งทำให้ตรวจครรภ์ได้ยาก

๕. ไม่เปิดเผยร่างกายสตรีตั้งครรภ์เกินความจำเป็นโดยการคลุมผ้าให้เรียบร้อย และเปิดเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจ คือ ใต้ราวนมจนถึงเหนือหัวหน้า ทั้งนี้เพราะการตรวจครรภ์ต้องมีการประเมินบริเวณหน้าท้องด้วยการดู และต้องมีการเคารพความเป็นบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ด้วย

๖. ใช้เทคนิคการตรวจครรภ์ที่ถูกต้องโดยการใช้ฝ่ามือและปลายนิ้วทั้งสองข้างสัมผัสหน้าท้อง ขยับเคลื่อนอย่างนุ่มนวล และมีความแรงพอรับรู้ความรู้สึกถึงทารกในครรภ์ ไม่คลำแรงเกินไป และไม่เคลื่อนย้ายตำแหน่งของมืออย่างรวดเร็ว ทั้งนี้การคลำที่รุนแรง และการเคลื่อนย้ายตำแหน่งของมืออย่างรวดเร็วอาจทำให้สตรีมีครรภ์เกร็งหน้าท้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผลการตรวจคลาดเคลื่อน นอกจากนั้นการคลำหรือกระตุ้นที่รุนแรงบริเวณยอดมดลูกจะทำให้มดลูกหดรัดตัว ทำให้ไม่สามารถตรวจครรภ์ได้ ขณะที่ตรวจควรสอบถามสตรีตั้งครรภ์ถึงความแรงของมือเพื่อผู้ตรวจจะได้ปรับจังหวะการตรวจและความแรงของการตรวจให้เหมาะสม

๗. พยาบาลผู้ตรวจควรอยู่ด้านข้างของเตียงตรวจในท่าที่ถนัดและสะดวกในการตรวจโดยผู้ตรวจที่ถนัดมือขวาควรอยู่ด้านขวาของสตรีตั้งครรภ์ และผู้ตรวจที่ถนัดมือซ้ายควรอยู่ด้านซ้ายของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้ผลของการตรวจถูกต้องและมีความสะดวกทั้งสตรีตั้งครรภ์และผู้ตรวจครรภ์

๘. ขณะตรวจครรภ์ควรสังเกตอาการของสตรีตั้งครรภ์ หากมีเหงื่อออก รู้สึกคล้ายจะเป็นลม อาจเกิดจากความดันโลหิตต่ำขณะนอนหงาย (supine hypotensive syndromes) ต้องให้นอนตะแคงซ้ายทันที ในทางปฏิบัติจะตรวจครรภ์ไม่เกิน ๓๐ นาที แต่สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจไม่สามารถทนต่อการนอนหงายได้เกินกว่า ๑๕ นาที

**การดู (Inspection)** การดูจะทำให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ขนาด รูปร่าง การเคลื่อนไหวของทารก ลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง และลักษณะบริเวณเหนือหัวหน้า ดังนี้

๑. ขนาด (size) เพื่อประเมินความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ ขนาดหน้าท้องใหญ่กว่าอายุครรภ์อาจเกิดจากครรภ์แฝด (twins) ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) ทารกตัวโต (giant baby) สำหรับขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์อาจเกิดจากทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) น้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) ขนาดที่ไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์จะต้องตรวจสอบการคาดคะเนอายุครรภ์ ความผิดปกติของทารก น้ำคร่ำ และมดลูก

๒. รูปร่าง (shape) เพื่อประเมินรูปร่างของมดลูกตามแนวยาว (longitudinal lie) หรือ แนวยขวาง (transverse lie) โดยทั่วไปทารกที่มีส่วนหน้าเป็นศีรษะหรือก้น มดลูกจะมีรูปร่างรีเป็นรูปไข่ (ovoid shape) แต่ถ้าทารกอยู่ในท่าขวาง มดลูกจะเป็นรูปกลม (round shape) ทารกที่อยู่ในท่าก้นชนิด frank breech จะทำให้หน้าท้องมีรูปร่างเป็นรูปสามเหลี่ยมที่มีฐานอยู่ที่ยอดมดลูก

๓. การเคลื่อนไหวของทารก (fetal movement) เป็นข้อบ่งชี้ว่าทารกมีชีวิต และช่วยในการคาดคะเนท่าของทารกในครรภ์ได้คร่าว ๆ โดยทารกที่อยู่ในท่า occiput posterior (OP) จะเห็นการเคลื่อนไหวมาก บริเวณหน้าท้อง และทารกที่เคลื่อนไหวมากทางด้านซ้ายค่อนข้างหน้าท้องอาจอยู่ในท่า right occiput anterior (ROA)

๔. ลักษณะทั่วไปของหน้าท้อง ตรวจดูสิ่งต่อไปนี้

๔.๑ รูปร่างของผนังหน้าท้อง (abdominal contour)

- ผนังหน้าท้องหย่อน (pendulus abdomen) ซึ่งจะตรวจได้ชัดเจนในท่ายืนมากกว่าท่านอน
- กล้ามเนื้อหน้าท้องแยกจากกัน (diastasis recti)

รูปร่างของผนังหน้าท้อง ทั้งที่ผนังหน้าท้องหย่อน และกล้ามเนื้อหน้าท้องแยกจากกันจะมีผลต่อแรงเบ่งในระยะคลอด ทำให้คลอดยาก และสิ้นสุดการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ

#### ๔.๒ ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง ได้แก่

- แผลบริเวณหน้าท้องทั้งรอยแผลผ่าตัด (scars) แผลถลอก (bruises) และบาดเจ็บ (injuries)
- การเปลี่ยนแปลงของสีผิว (linea nigra)
- รอยแตกของผิวหนัง (striae gravidarum) บริเวณหน้าท้อง เต้านม และต้นขา สตรีตั้งครรภ์จะเห็นเป็นริ้ว ๆ สีชมพูแดง และสตรีตั้งครรภ์หลัง จะเห็นเป็นสีเงิน ซึ่งเกิดจากการแยกของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใต้ผิวหนังอันเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน cortisol

- เส้นเลือดที่ผิวหนัง (vascular spiders) ขนาดเล็ก สีแดงเป็นจุด เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงบริเวณชั้น subcutaneous ที่เกิดจากผลของฮอร์โมน estrogen ที่เพิ่มขึ้น และในรายที่มี vascular spiders มักพบร่วมกับการมีฝ่ามือแดง (palmar erythema)

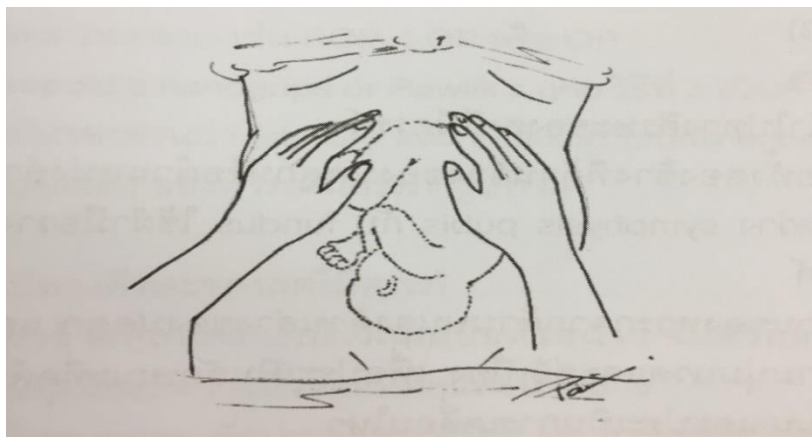
๕. ลักษณะบริเวณเหนือหัวหน้า ถ้าราบและบวมลงไปมักเกิดจากทารกอยู่ในท่า OP แต่ถ้านูนมากกว่าปกติอาจเกิดจากศีรษะทารกเกยอยู่เหนือขอบบนของกระดูกหัวหน้า (overriding) จากภาวะศีรษะทารกไม่สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา (cephalo-pelvic disproportion : CPD)

**การคลำ (Palpation)** หลังจากประเมินหน้าท้องโดยการดูแล้วขั้นต่อไปจะเป็นการคลำ ซึ่งจะคลำทั้งส่วนบนและส่วนล่างของมดลูก นิยมใช้ Leopold's maneuver ซึ่งประกอบด้วย ๔ วิธี เพื่อตรวจประเมินตั้งแต่ระดับยอดมดลูกจนถึงบริเวณเหนือกระดูกหัวหน้า (symphysis pubis) โดยควรเริ่มจากวิธีที่ ๑ จนถึงวิธีที่ ๔ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและแม่นยำในการตรวจ ดังนี้

๑. **First Leopold's handgrips or Fundal grip** เป็นการคลำบริเวณยอดมดลูกเพื่อตรวจหาระดับของยอดมดลูกและส่วนของทารกที่อยู่ที่ยอดมดลูก

#### วิธีการตรวจ

- หันหน้าไปทางศีรษะของสตรีตั้งครรภ์
- วางมือทั้งสองข้างที่ส่วนบนของมดลูก ใช้นิ้วมือวางทาบบนที่ยอดมดลูก
- คลำส่วนของทารกเพื่อประเมินความแข็ง นุ่ม การเคลื่อนไหว และการโยกคลอน (ballotement)
- คาดคะเนความสูงของยอดมดลูกด้วยสัดส่วน และด้วยการวัดระดับยอดมดลูกเป็นเซนติเมตร



ภาพที่ ๙ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๑ (First Leopold's handgrips)

ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ, ๒๕๕๗, เล่ม ๒ หน้า ๖๗

### สิ่งที่ตรวจพบ

- ถ้าส่วนของทารกกลม แข็ง เรียบ มี ballottement จะเป็นศีรษะของทารก แต่ถ้าส่วนของทารกไม่เรียบ นุ่ม กว้าง ไม่มี ballottement จะเป็นส่วนก้นของทารก ถ้าบริเวณยอดมดลูกกว้างโล่งไม่พบส่วนของทารกให้สงสัยว่าทารกอยู่ในท่าขวาง

- คาดคะเนอายุครรภ์จากการวัดระดับยอดมดลูกด้วยสัดส่วนตามระยะจาก umbilicus ถึง xyphoid process เป็น ๔ ส่วน และแบ่งระยะจาก symphysis pubis ถึง umbilicus เป็น ๓ ส่วน และคาดคะเนอายุครรภ์เป็นสัปดาห์จากจำนวนเซนติเมตรที่วัดได้ เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์จากความสูงของยอดมดลูกกับ LMP หรือวิธีอื่น ๆ เช่น ultrasonogram ประวัติลูกดิ้นครั้งแรก เป็นต้น

**๒. Second Leopold's handgrips or Umbilical grip** เป็นการคลำบริเวณด้านข้างของมดลูก เพื่อตรวจหาหลังและตำแหน่งของหลังทารกว่าอยู่ด้านใดของลำตัวสตรีตั้งครรภ์

### วิธีการตรวจ

- หันหน้าไปทางศีรษะของสตรีตั้งครรภ์  
- วางมือทั้งสองข้างที่ด้านข้างของมดลูกหรือตำแหน่งลำตัวของสตรีตั้งครรภ์ บริเวณกึ่งกลางระหว่าง symphysis pubis กับ fundus ใช้ฝ่ามือวางทาบไปกับผนังหน้าท้องของสตรีตั้งครรภ์

- คลำส่วนของทารกจากด้านบนลงด้านล่างของมดลูก และจากด้านหน้าท้องไปยังซี่ข้างด้วยความนุ่มนวลและต่อเนื่อง เพื่อประเมินลักษณะที่คลำได้ว่าเป็นแผ่นเรียบ หรือขรุขระ เป็นปุ่มนูน และประเมินการเคลื่อนไหว

- คาดคะเนท่าของทารกจากลักษณะแผ่นเรียบ หรือขรุขระ





ภาพที่ ๑๐ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๒ (Second Leopold's handgrips)

ที่มา : จันทรัตน์ เจริญสันติ, ๒๕๕๗, เล่ม ๒ หน้า ๖๘

### สิ่งที่ตรวจพบ

- ถ้าพบลักษณะเป็นแผ่นเรียบ มีแรงต้าน (large part) จะเป็นแผ่นหลังของทารก ถ้าลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ เคลื่อนไหวหรือตะขงขณะที่คลำ (small part) จะเป็นส่วนแขนขาของทารก

- ถ้าตรวจพบ large part ของทารกอยู่ด้านซ้ายหรือขวาของลำตัวสตรีตั้งครรภ์ แสดงว่าทารกอยู่ในแนว longitudinal lie

- คาดคะเน position จากแนว large part ของทารก ถ้า large part อยู่เต็มด้านใดด้านหนึ่ง หรือเลยกึ่งกลางลำตัวไปอยู่อีกด้านหนึ่งของลำตัวสตรีตั้งครรภ์ และคลำ small part ได้ไม่ชัดเจน คาดคะเนว่าน่าจะเป็น anterior position เช่น ROA, LOA หรือ OA

แต่ถ้า large part อยู่ประมาณกึ่งกลางลำตัวของสตรีตั้งครรภ์ คาดคะเนว่าน่าจะเป็น left transverse หรือ right transverse position และถ้าลักษณะไม่เรียบ ขรุขระ เคลื่อนไหวหรือตะขงขณะที่คลำ (small part) ทั่วหน้าท้องและคลำไม่พบ large part หรือคลำได้ไม่ชัดเจน ให้สงสัยว่าทารกอยู่ในท่า posterior เช่น ROP, LOP, หรือ OP

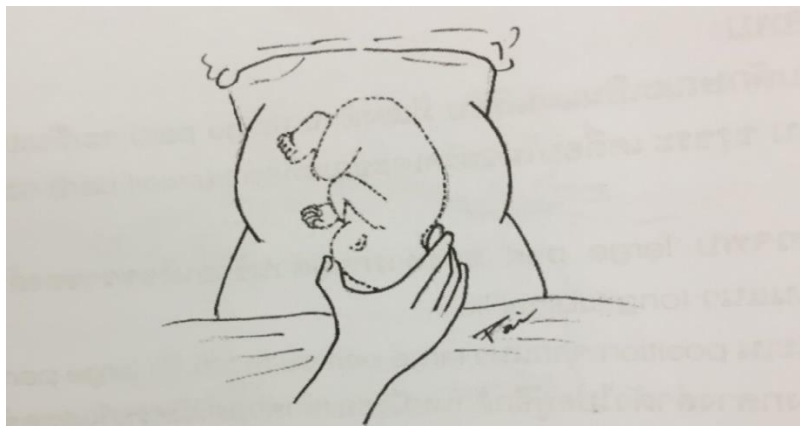
๓. Third Leopold's handgrips or Pawlik's grip เป็นการตรวจหาส่วนนำ (presenting part) และระดับของส่วนนำ (station)

### วิธีการตรวจ

- หันหน้าไปทางศีรษะของสตรีตั้งครรภ์

- ใช้มือข้างที่ถนัดวางบริเวณเหนือหัวหน้า จับส่วนของทารกที่บริเวณเหนือหัวหน้าให้อยู่ในอุ้งมือ ระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วกลาง

- คลำส่วนนำของทารก เพื่อประเมินความแข็ง นุ่ม การเคลื่อนไหว และการโยกคลอน (ballotement) ไปมาระหว่าง iliac fossa เพื่อประเมินว่าส่วนนำเป็นศีรษะหรือก้น และมี engagement หรือไม่



ภาพที่ ๑๑ แสดงการตรวจวิธีที่ ๓ (Third Leopold's handgrips)

ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ, ๒๕๕๗, เล่ม ๒ หน้า ๗๐

#### สิ่งที่ตรวจพบ

- การตรวจหาส่วนนำ ถ้าส่วนของทารกกลม แข็ง เรียบ จะเป็นศีรษะของทารก ถ้าส่วนของทารกไม่เรียบ นุ่ม กว้าง จะเป็นส่วนก้นของทารก ถ้าไม่พบส่วนของทารกให้สงสัยว่าทารกอยู่ในท่าขวางหรือทารกไม่มีกะโหลกศีรษะ (anencephalies) หรืออาจเกิดจากศีรษะทารกผ่านเข้าช่องเชิงกราน (engagement) มากจนคลำไม่ได้ศีรษะทารกแต่คลำได้ส่วนไหล่ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคลำไม่พบส่วนนำ

- การตรวจระดับส่วนนำ ถ้าสามารถโยกคลอนส่วนนำไปมาระหว่าง iliac fossa ได้ชัดเจน แสดงว่าส่วนนำยังไม่มี engagement บางครั้งเรียกว่า partial engaged แต่ถ้าไม่สามารถโยกคลอนเคลื่อนไหวส่วนนำได้ แสดงว่าส่วนนำมี engagement แล้ว

๔. Fourth Leopold's handgrip or bilateral inguinal grip เป็นการตรวจหาส่วนนำ (presenting part) และระดับของส่วนนำ (station)

#### วิธีการตรวจ

- หันหน้าไปทางปลายเท้าของสตรีตั้งครรภ์
- วางมือทั้งสองข้างที่ด้านข้างของส่วนนำที่บริเวณขาหนีบ (inguinal region) ทั้งสองข้าง
- คลำส่วนนำของทารกเพื่อประเมินความเรียบ กลม แข็ง หรือ นุ่ม กว้าง
- ใช้ฝ่ามือเคลื่อนไหวตามสองข้างของส่วนนำไปหารอยต่อกระดูกหัวหน้า เพื่อประเมิน engagement

engagement



ภาพที่ ๑๒ แสดงการตรวจครรภ์วิธีที่ ๔ (Fourth Leopold handgrip)

ที่มา : จันทรรัตน์ เจริญสันติ, ๒๕๕๗, เล่ม ๒ หน้า ๗๒

### สิ่งที่ตรวจพบ

- การตรวจหาส่วนนำ จะตรวจพบเช่นเดียวกับการตรวจวิธีที่ ๓ กล่าวคือ ถ้าส่วนของทารกกลม แข็ง เรียบ จะเป็นศีรษะของทารก ถ้าส่วนของทารกไม่เรียบ นุ่ม กว้าง จะเป็นก้นของทารก ถ้าไม่พบส่วนของทารก ให้สงสัยว่าทารกอยู่ในท่าขวางหรือทารก anencephalus หรืออาจเกิดจากศีรษะทารกมี engagement มากจนคลำไม่ได้ศีรษะทารก แต่คลำได้ส่วนไหล่ซึ่งทำให้รู้สึกว่าการคลำไม่พบส่วนนำ
- การตรวจหาระดับส่วนนำ เมื่อเคลื่อนฝ่ามือตามสองข้างของส่วนนำแล้ว ปลายมือยังสอดเข้าหากันได้ แสดงว่าส่วนนำยังไม่มีการ engagement ถ้าปลายมือสอดเข้าหากันไม่ได้แล้ว แสดงว่าส่วนนำมีการ engagement แล้ว

**การฟัง (Auscultation)** การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ เป็นการประเมินสุขภาพ (well-being) และการมีชีวิต (living) ของทารกในครรภ์ โดยตำแหน่งที่ได้ยินชัดเจน ดังนี้

๑. ถ้าส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ ตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกจะอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าส่วนนำเป็นก้นตำแหน่งของเสียงหัวใจทารกจะอยู่ระดับสะดือของสตรีตั้งครรภ์ขึ้นไป

๒. ฟังได้ชัดเจนที่บริเวณสะบักด้านซ้ายของทารก (left scapula region)

การฟังเสียงหัวใจทารกจะได้ยินชัดเจนเป็นลักษณะเสียงคู้แต่ละคู้ คือ การเต้นของหัวใจหนึ่งครั้ง และระหว่างการเต้นแต่ละครั้งจะมีระยะเว้นห่างกันเล็กน้อย เสียงหัวใจที่ปกติจะเป็นจังหวะสม่ำเสมอประมาณ ๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที หากพบความผิดปกติ ได้แก่ ได้ยินเสียงไม่สม่ำเสมอ หรืออัตราการเต้นที่น้อยกว่า ๑๒๐ หรือมากกว่า ๑๖๐ ครั้ง/นาที ต้องประเมินข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย

ทั้งนี้ เสียงหัวใจทารกอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามธรรมชาติโดยขณะที่มดลูกหดตัวและเจ็บครรภ์คลอด เสียงหัวใจทารกจะเร็วขึ้นแล้วเปลี่ยนเป็นช้าลง แต่ต้องไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ครั้ง/นาที และกลับสู่ภาวะปกติ

ภายใน ๒๐-๒๕ วินาที หลังมดลูกคลายตัว ดังนั้นในทางปฏิบัติของบางโรงพยาบาลจึงใช้อัตราการเต้นปกติที่ ๑๑๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูกและการเจ็บครรภ์ร่วมด้วย

เสียงที่ได้ยินจากการตรวจครรภ์ นอกเหนือจากเสียงการเต้นของหัวใจทารกแล้ว อาจได้ยินเสียงอื่นร่วมด้วย ได้แก่

- umbilical soufflé หรือ funic soufflé เป็นเสียงที่ได้ยินจากการที่เลือดไหลผ่านเส้นเลือดของสายสะดือทารกไม่สะดวก ซึ่งอาจจะเกิดจากการถูกกดเบียด หรือ สายสะดือบิด เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงดังฟู มีอัตราเท่ากับการเต้นของหัวใจทารก ถ้าได้ยินเสียงในระยะคลอดต้องเฝ้าระวังปัญหาสายสะดือย้อย สายสะดือพันคอทารกและสายสะดือสั้น และต้องฟังเสียงของหัวใจทารกบ่อยครั้งขึ้น

- uterine soufflé เป็นเสียงที่ได้ยินขณะเลือดไหลผ่านหลอดเลือดของมดลูก เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงดังฟู อัตราเท่ากับชีพจรของสตรีตั้งครรภ์

- fetal shocking sound เป็นเสียงที่ได้ยินจากการดิ้นของทารกในครรภ์ และส่วนของทารกกระทบกึ่งผนังของมดลูก เสียงที่ได้ยินเป็นเสียงดังตุบ ๆ และจังหวะไม่สม่ำเสมอ

สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจครรภ์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ โดยการวัดความสูงของยอดมดลูก การตรวจสอบการมีชีวิตของทารกในครรภ์ และความผิดปกติต่าง ๆ หากสงสัยว่ามีความผิดปกติ เช่น ท่าของทารกผิดปกติ หรือมีความผิดปกติที่ขนาดของทารก จะต้องส่งต่อเพื่อการประเมินซ้ำด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หากมีความผิดปกติจะได้วางแผนการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต่อไป

เมื่อพยาบาลได้ตรวจครรภ์สตรีตั้งครรภ์เรียบร้อยแล้ว ควรบันทึกผลการตรวจครรภ์ให้ถูกต้องครบถ้วน ได้แก่ ความสูงของยอดมดลูก ส่วนหน้า ท่าของทารกในครรภ์ และเสียงหัวใจทารกในครรภ์ เพื่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องต่อไป

### การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด แบ่งออกเป็นการประเมิน ๓ ด้าน คือ

๑. การประเมินอายุครรภ์ (gestational age) และพัฒนาการของทารกในครรภ์ เพื่อให้ทราบว่าทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสมกับอายุครรภ์หรือไม่ และเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพิจารณาตัดสินใจให้มีการคลอดในเวลาที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ทารกที่เกิดมาสามารถมีชีวิตรอดอย่างปลอดภัยและมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

๒. การประเมินภาวะการมีชีวิตของทารกในครรภ์ (fetal well being) เพื่อให้ทราบว่าทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ และอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยเพียงใด โดยเฉพาะในสตรีมีครรภ์ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (risk group) หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนนั้นได้

๓. การประเมินความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์หรือการได้รับสารพวก teratogen การประเมินนี้

นิยมเรียกว่า การวินิจฉัยก่อนคลอด (prenatal diagnosis) ซึ่งมีความสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

ขณะตรวจครรภ์ สามารถประเมินภาวะการมีชีวิตของทารกได้โดยการสังเกตการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์และการฟังเสียงหัวใจของทารก ผู้ตรวจครรภ์ควรวางมือที่หน้าท้องสตรีตั้งครรภ์เพื่อสังเกตการดิ้นของทารก ถ้าทารกไม่ดิ้นอาจอยู่ในระหว่างพักให้กระตุ้นโดยเขย่าเบา ๆ ทารกที่ปกติจะเคลื่อนไหวทันที การสังเกตการดิ้นของทารกกระทำได้ในช่วงปลายไตรมาสที่สองและตลอดไตรมาสที่สาม คือ ตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ ๒๐-๒๔ สัปดาห์ ส่วนการฟังเสียงหัวใจของทารก ถ้าฟังด้วยหูฟังธรรมดา (stethoscope) หรือหูฟังสำหรับฟังเสียงหัวใจทารก (fetoscope) จะสามารถได้ยินเมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๑๖-๒๐ สัปดาห์

การสังเกตการดิ้นของทารกและการฟังเสียงหัวใจของทารก ควรกระทำทุกครั้งที่สตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ อย่างไรก็ตามการสังเกตการดิ้นของทารกในระยะสั้น ๆ และการฟังเสียงหัวใจของทารกเพียงครั้งเดียว จะบอกผลได้เพียงว่าทารกในครรภ์ยังมีชีวิตเท่านั้น แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าทารกอยู่ในภาวะปลอดภัยหรือไม่ ต้องอาศัยการนับการดิ้นของทารกอย่างต่อเนื่อง และการประเมินด้วยวิธีอื่น ๆ หากมีข้อบ่งชี้

**การนับการดิ้นของทารกในครรภ์ (fetal movement counting)** การดิ้นของทารกเป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีชีวิตของทารก เป็นวิธีการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์หลังไตรมาสที่ ๒ เป็นวิธีการที่ดี ง่าย ปลอดภัยและประหยัด ความรู้สึกของมารดาต่อการดิ้นของทารกในครรภ์เป็นสัญญาณว่าทารกนั้นยังมีชีวิตอยู่ บ่งบอกถึงการทำงานของประสาทสมองส่วนกลางของทารกซึ่งควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ทารกปกติจะเริ่มเคลื่อนไหวขณะอายุครรภ์ ๗ สัปดาห์ โดยมีการเคลื่อนไหวแขนขาแบบกระตุกสั้น ๆ เป็นครั้งคราว ในครั้งแรกของการตั้งครรภ์การเคลื่อนไหวเป็นแบบอิสระปราศจากการประสานงานกันของแต่ละอวัยวะ ในครั้งหลังของการตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การเคลื่อนไหวจะซับซ้อนขึ้นตามความสมบูรณ์ในการประสานงานของระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเคลื่อนไหวที่ประสานกันเป็นระบบและจะเคลื่อนไหวแรงขึ้นและบ่อยขึ้น ช่วงอายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ทารกจะดิ้นน้อย หลังจากนั้นจะดิ้นมากขึ้นเรื่อย ๆ ช่วงที่ทารกดิ้นมากที่สุด คือ อายุครรภ์ ๒๙-๓๘ สัปดาห์ หลังจากนั้นทารกจะดิ้นน้อยลงเล็กน้อย หากอายุครรภ์เกินกำหนดทารกจะยังดิ้นน้อยลง

#### วิธีการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ ประกอบด้วย

๑. แบบกำหนดช่วงเวลา (fixed time period) ได้แก่ วิธีของ Sadovsky และRayburn
๒. แบบกำหนดจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น (fixed number) ได้แก่ วิธีของ Pearson และBaskett&Liston

ตารางที่ ๗ เปรียบเทียบเทคนิคการบันทึกการดิ้นของทารก และเกณฑ์การวินิจฉัยทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง

ผู้ศึกษา	เทคนิคการบันทึกการดิ้นของทารก	เกณฑ์การวินิจฉัยทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง
Sadovsky & Polishuk	- นับการดิ้นของทารกวันละ ๓ ครั้ง (เช้า กลางวัน เย็น) ครั้งละ ๓๐-๖๐ นาที แล้วนำจำนวนการดิ้นมาบวกกัน ถือว่าเป็นการนับในช่วง ๑๒ ชั่วโมง (๑๒ hour counting) ถ้าใน ๑ ชั่วโมงนับการดิ้นได้น้อยกว่า ๓ ครั้ง ให้นับต่ออีก ๖-๑๒ ชั่วโมงต่อวัน รวมจำนวนครั้งที่ดิ้นต่อ ๑๒ ชั่วโมง เรียกว่า daily fetal movement record : DFMR	-ไม่ดิ้นเลยใน ๑๒ ชั่วโมง -DFMR $\leq$ ๑๐ ครั้งในช่วง ๑๒ ชั่วโมง ถือว่ามี fetal inactivity หรือ มี movement alarm signal (MAS)
Rayburn	นับการดิ้นของทารกวันละครั้งในช่วงเวลาใดก็ได้ตามแต่สะดวก นับนาน ๑ ชั่วโมง หรือนานกว่า ทำเป็นเวลา ๒ วัน ติดต่อกัน เมื่ออายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์	-ถ้านับได้ $\leq$ ๓ ครั้งต่อชั่วโมง ในช่วง ๒ ชั่วโมงติดต่อกัน ถือว่ามี fetal inactivity
Pearson	“Cardiff Count to Ten” เริ่มนับการดิ้นของทารกตั้งแต่ ๐๘.๐๐ หรือ ๐๙.๐๐ น. ให้นับไปจนครบ ๑๐ ครั้ง แล้วบันทึกเวลาที่ครบ ๑๐ ครั้ง หลังจากนั้นหยุดนับ เริ่มทำเมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์	-ถ้าในช่วง ๑๒ ชั่วโมง นับได้น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง ถือว่ามี fetal inactivity
Baskett & Liston	“Modified Cardiff Count” เหมือนวิธีของ Pearson แต่ลดเวลาการนับลงเหลือ ๔ ชั่วโมง (๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น.) เริ่มทำตั้งแต่อายุครรภ์ ๓๐ สัปดาห์	-นับได้น้อยกว่า ๑๐ ครั้งใน ๑๒ ชั่วโมง ถือว่ามี fetal activity

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory test and screening) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การตรวจเลือด และการตรวจปัสสาวะ ดังนี้

**๑. ความเข้มข้นของเลือด** เป็นการตรวจระดับ Hemoglobin (Hb) และ Hematocrit (Hct) เพื่อประเมินภาวะโลหิตจาง โดยจะตรวจเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจซ้ำเมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ องค์การอนามัยโลก กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน น้อยกว่า ๑๑ กรัม/เดซิลิตร (Hb<๑๑ gm%) หรือความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๓ เปอร์เซ็นต์ (Hct<๓๓%) ถ้าความเข้มข้นของเลือดต่ำ ต้องหาสาเหตุของโรคโลหิตจาง ได้แก่ ภาวะโลหิตจางจากโรคเลือด การขาดธาตุเหล็ก การขาดสารที่จำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด หรือจากพยาธิ

ภาวะโลหิตจาง มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก ในสตรีตั้งครรภ์พบปัญหาการติดเชื้อ ความอดทนต่อการเสียเลือดขณะคลอดน้อย ทำให้เพิ่มอันตรายและอัตราการตายของมารดาสูงขึ้น สำหรับทารกจะเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ดังนั้น จึงต้องวินิจฉัยและทราบสาเหตุของภาวะโลหิตจางตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาและลดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกได้

**๒. การคัดกรองพาหะของโรค Thalassaemia** จากการตรวจ Osmolality Fragility Test (OFT) ทั้งของสตรีตั้งครรภ์และสามี ซึ่งการตรวจ OF เป็นการตรวจสอบการแตกตัวของเม็ดเลือดใน hypotonic saline solution คนที่เป็นพาหะของโรคจะมีการแตกตัวน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ แปลผลดังนี้

- Negative หมายถึง ค่า  $OF > 60\%$  ไม่ใช่พาหะของ  $\alpha$  thal ๑ และ  $\beta$  thal
- Positive หมายถึง ค่า  $OF < 60\%$  อาจเป็นพาหะของ  $\alpha$  thal ๑ และ  $\beta$  thal และต้องตรวจ HbA<sub>2</sub> และ PCR ต่อไป

**๓. การตรวจหมู่เลือด (Blood group)** ABO or Rh Blood group จะตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อเตรียมสำหรับความต้องการใช้เลือดกรณีเร่งด่วนและฉุกเฉิน เช่น มีภาวะตกเลือด เป็นต้น การมีหมู่เลือด Rh negative และสามีของสตรีตั้งครรภ์มีหมู่เลือด Rh positive อาจทำให้เกิดภาวะ Blood incompatibility ทำให้เกิดภาวะ hydrops fetalis และทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้

#### ๔. การตรวจทางน้ำเหลือง (Serological test) ได้แก่

๔.๑ การตรวจหาเชื้อซิฟิลิส โดยวิธี Venereal Disease Research Laboratory Test : VDRL ถ้าพบว่ามี การจับกลุ่มของ antigen เป็นก้อนขนาดกลางหรือใหญ่ถือว่า มีปฏิกิริยาเป็นบวก จำเป็นต้องตรวจเลือดเพื่อยืนยันการวินิจฉัยด้วยวิธี FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test) เนื่องจากการตรวจ VDRL อาจให้ผลบวกวงได้ ถ้าผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิส สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการรักษาทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปยังทารก หรือป้องกันการทารกในครรภ์เกิดความพิการแต่กำเนิด

๔.๒ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี (Antihuman Immunodeficiency virus : Anti HIV) ควรตรวจทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามี โดยต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และเป็นไปด้วยความสมัครใจ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เป็นการตรวจ serum เพื่อหาเชื้อ HIV โดยวิธี FDA-Licensed Elisa ถ้าผลการตรวจหาเชื้อ HIV ให้ผลบวก จำเป็นต้องตรวจเลือดเพิ่มเติมด้วยวิธี ELISA (Enzyme linked immunosorbant assays) และเทคนิควิธี Western blot technology เพื่อยืนยันการติดเชื้อ HIV

๔.๓ การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B surface antigen : HBsAg) เพื่อตรวจการเป็นพาหะของเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี สตรีตั้งครรภ์ทั้งในผู้ที่ติดเชื้อเฉียบพลัน และเป็นพาหะสามารถถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปยังทารก โดยทารกที่เกิดจากมารดาที่เป็นพาหะของโรค และตรวจพบเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg positive) โดยไม่ได้รับการรักษาเมื่อแรกเกิด จะมีการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ ๘๐-๙๐ และทารกเหล่านี้จะกลายเป็นพาหะของโรค และเสียชีวิตด้วยโรคตับอักเสบบี และมะเร็งตับ เมื่ออายุมากขึ้น

## ๕. การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น ๒ แบบ คือ

๕.๑ ตรวจคัดกรองทุกราย (universal screening) เป็นการตรวจโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์

๕.๒ การตรวจคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (selective screening) เป็นการตรวจโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์เฉพาะรายที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๕ กิโลกรัม/ตารางเมตร ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า ๔ กิโลกรัมต่อเดือน หรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม โดยจะคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และหากได้ผลปกติจะคัดกรองเมื่ออายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

การตรวจคัดกรองเบื้องต้นจะตรวจ Glucose challenge test (GCT) โดยให้ดื่มน้ำตาล glucose ๕๐ กรัม และหลังจากนั้น ๑ ชั่วโมงเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาล ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ๑๔๐ mg/dl แสดงว่าปกติ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๑๔๐ mg/dl จะต้องตรวจความทนต่อระดับน้ำตาล (Oral Glucose Tolerance Test : OGTT) ต่อไป

๖. การตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการตรวจคัดกรองเบื้องต้นของโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โดยจะตรวจทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

๖.๑ การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ (glucosuria) โดยให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำสะอาด ๑-๒ แก้ว แล้วถ่ายปัสสาวะลงในภาชนะที่สะอาด ตรวจสอบน้ำตาลในปัสสาวะโดยจุ่มแผ่นทดสอบลงในภาชนะที่เก็บปัสสาวะแล้วยกขึ้นทันที ถูแผ่นทดสอบไว้ ๓๐ วินาที - ๑ นาที เทียบสีกับข้างขวด ผลเป็น negative, trace, +๑, +๒, +๓ และ +๔

ในสตรีตั้งครรภ์ อาจพบน้ำตาลในปัสสาวะได้เล็กน้อย (trace) ในครั้งหลังของการตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะ physiological change หรือรับประทานอาหารก่อนตรวจไม่เกิน ๑ - ๒ ชั่วโมง ถ้าได้ผล +๑ ขึ้นไป หรือให้ผล +๑ ติดต่อกันหลายครั้ง อาจเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของการเป็นเบาหวาน ต้องส่งปรึกษาแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัย GCT หรือ OGTT ต่อไป

๖.๒ การตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Albuminuria) โดยให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำสะอาด ๑-๒ แก้ว แล้วถ่ายปัสสาวะลงในภาชนะที่สะอาด ตรวจสอบโปรตีนในปัสสาวะ โดยจุ่มแผ่นทดสอบลงในภาชนะที่เก็บปัสสาวะแล้วยกขึ้นทันที ถูแผ่นทดสอบไว้ ๓๐ วินาที - ๑ นาที เทียบสีกับข้างขวด ผลเป็น negative, trace, +๑, +๒, +๓ และ +๔

ในสตรีตั้งครรภ์อาจพบโปรตีนในปัสสาวะได้เล็กน้อย (trace) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ที่จะมีการขับโปรตีน amino acid และ urea ในปัสสาวะ นอกจากนี้ผลการตรวจอาจคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากการปนเปื้อนมาจากช่องคลอด สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวล มีการออกกำลังกาย ยืนนาน ๆ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนมากเกินไป รวมทั้งการใช้ยา salicylate ถ้าได้ผล +๑ ขึ้นไป หรือให้ผล +๑ ติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง ต้องส่งปรึกษาแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง หรือโรคระบบทางเดินปัสสาวะ



## การคัดกรอง ภาวะเสี่ยง และการส่งต่อ

พยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้ที่สามารถใช้ความรู้และทักษะเพื่อให้การตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดปกติ ขณะเดียวกันต้องมีความสามารถในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เพื่อค้นหาการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) ซึ่งหมายถึง การตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีโอกาสผิดปกติ หรือการตั้งครรภ์ที่อาจมีอันตรายต่อสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ โดยการตรวจคัดกรองตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก และทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และพยาบาลผดุงครรภ์จะต้องมีความสามารถในการสื่อสารและส่งต่อในกรณีที่พบหรือสงสัยครรภ์เสี่ยงสูง

### การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของครรภ์เสี่ยงสูง มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

๑. เพื่อค้นหา จำแนก และวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์จากปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนการตั้งครรภ์ และในระยะตั้งครรภ์

๒. เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันอันตรายจากปัจจัยเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

๓. เพื่อการดูแลรักษาร่วมกันในทีมสุขภาพอย่างทันท่วงที ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์ และทารก

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงเพื่อวินิจฉัยครรภ์เสี่ยงสูง เป็นการค้นหาสาเหตุเพื่อวางแผนในการดูแลรักษา สตรีตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและพบแพทย์อย่างทันท่วงที โดยมีผลลัพธ์คือภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารก

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงของครรภ์เสี่ยงสูงมีในสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายแตกต่างกัน สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงจากความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์บางรายมีสุขภาพดีก่อนการตั้งครรภ์ แต่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงจนทำให้เกิดครรภ์เสี่ยงสูง การจำแนกปัจจัยเสี่ยงจึงต้องมีการนำข้อมูลของภาวะเสี่ยงมาพิจารณาให้ครอบคลุม

**การแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ตามระดับของภาวะเสี่ยง** สามารถแบ่งภาวะเสี่ยงเป็น ๓ ระดับ ตามความรุนแรงของผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ดังนี้

๑. กลุ่มเสี่ยงต่ำ (low risk) คือ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ปัจจุบันและอดีต ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นปกติ ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยพิเศษใด ๆ

๒. กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) คือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อายุมากกว่า ๓๕ ปี เป็นต้น

๓. กลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) คือ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ภาวะเสี่ยงมีผลกระทบต่อมารดาและทารก ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด และต้องได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ ตามความรุนแรงของภาวะเสี่ยง เช่น มีความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ครรภ์แฝด เลือดออกขณะตั้งครรภ์ และตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น

กรมอนามัย ได้กำหนดแบบประเมินภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ (classifying form) ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (เล่มสีชมพู) โดยเป็นแบบประเมินจากการซักประวัติ และให้ใช้ประเมินสตรีตั้งครรภ์ทุกราย

เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก สำหรับรายที่มีประวัติอย่างหนึ่งอย่างใดให้ส่งพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยภาวะเสี่ยง และรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ส่วนรายที่ซักประวัติไม่พบภาวะเสี่ยงใด ๆ ให้ตรวจและนัดฝากครรภ์ต่อไป

ตารางที่ ๘ เกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก

รายการความเสี่ยง	ไม่มี	มี
<b>ประวัติอดีต</b>		
๑. เคยมีทารกตายในครรภ์ หรือเสียชีวิตแรกเกิด (๑เดือนแรก)		
๒. เคยแท้ง ๓ ครั้ง หรือมากกว่า ติดต่อกัน		
๓. เคยคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หรือคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์		
๔. เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม		
๕. เคยเข้ารับการรักษาพยาบาลความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ หรือครรภ์เป็นพิษ		
๖. เคยผ่าตัดอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ผ่าตัดปากมดลูก ผูกปากมดลูก ฯลฯ		
<b>ประวัติปัจจุบัน</b>		
๗. ครรภ์แฝด		
๘. อายุ < ๑๗ ปี (นับถึง EDC)		
๙. อายุ > ๓๕ ปี (นับถึง EDC)		
๑๐. Rh Negative		
๑๑. เลือดออกทางช่องคลอด		
๑๒. มีก้อนในอุ้งเชิงกราน		
๑๓. ความดันโลหิต Diastolic $\geq$ ๙๐ mmHg		
๑๔. BMI < ๑๘.๕ กก/ตร.ม.		
<b>ประวัติทางอายุรกรรม</b>		
๑๕. โลหิตจาง		
๑๖. โรคเบาหวาน		
๑๗. โรคไต		
๑๘. โรคหัวใจ		
๑๙. ติดยาเสพติด ติดสุรา สูบบุหรี่ คนใกล้ชิดสูบบุหรี่		
๒๐. โรคอายุรกรรมอื่น ๆ เช่น ไทรอยด์ SLE ฯลฯ (โปรดระบุ).....		
๒๑. อื่น ๆ โปรดระบุ.....		

ถ้าพบคำตอบข้อใดข้อหนึ่ง ตกในช่อง มี แสดงว่าผู้ตั้งครรภ์รายนี้เป็นการตั้งครรภ์เสี่ยง ต้องส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลพิเศษ และ/หรือ ประเมินเพิ่มเติม และทำคลอดโดยสูติแพทย์

**การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคทางอายุรกรรม** โรคทางอายุรกรรมที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และพบบ่อยในระยะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน สามารถแบ่งกลุ่มเสี่ยงเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ผู้ที่อายุน้อยกว่า ๒๕ ปี น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในชุมชนที่มีความชุกของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่ำ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน ไม่มีความผิดปกติของความคงทนต่อน้ำตาลกลูโคส ไม่มีประวัติของผลการตั้งครรภ์ที่ไม่ดีในครรภ์ก่อน ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองเบาหวาน

๒. กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ กลุ่มคนที่มีคุณสมบัตินอกเหนือจากกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หรือประชากรเชื้อสายเหล่านี้ คือ อเมริกากลาง แอฟริกา ชนพื้นเมืองทวีปอเมริกา เอเชียใต้ และตะวันออก ในกลุ่มนี้ควรตรวจคัดกรองเบาหวานขณะอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์

๓. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มที่ต้องตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก ถ้าผลปกติต้องตรวจซ้ำขณะอายุครรภ์ ๒๔-๒๘ สัปดาห์ ได้แก่ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐ กก./ตร.ม. ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า ๔ กิโลกรัมต่อเดือน เคยคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า ๔,๐๐๐ กรัม

### การส่งต่อเพื่อรับการรักษา

เมื่อคัดกรองและตรวจพบภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นครรภ์เสี่ยงสูง ควรให้การส่งต่อเพื่อการรักษาได้ทันเวลาที่ โดยใช้หลัก risk approach ๓ ประการ ดังนี้

๑. ค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

๒. ให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมในแต่ละเกณฑ์เสี่ยง

๓. ส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอย่างเหมาะสม

๓.๑ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ สามารถให้การดูแลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้

๓.๒ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงปานกลาง ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลอำเภอ หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และเฝ้าระวังความรุนแรงของภาวะเสี่ยง

๓.๓ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เฉพาะทางหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยรับไว้ดูแลในคลินิกภาวะเสี่ยงสูง (high risk clinic) มีการตรวจติดตามและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์เฉพาะทาง

### บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

๑. การให้การพยาบาลในระยะเริ่มแรก โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาภาวะเสี่ยง และระดับความรุนแรงของภาวะเสี่ยง บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ให้ครอบคลุมเพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้สามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ดังนี้

- แนะนำการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์
- วินิจฉัยการตั้งครรภ์ คาดคะเนอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอดอย่างถูกต้อง
- ประเมินภาวะเสี่ยงตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่อสงสัยว่าอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงให้ส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษา

- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะของโรค อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และข้อมูลสำคัญที่ควรรายงานแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแล และการตรวจครรภ์ก่อนวันนัดเมื่อสงสัยว่ามีความผิดปกติ

- เมื่อพบครรภ์เสี่ยงสูง ประเมินสภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจ และความต้องการของสตรีมีครรภ์และครอบครัว

- บันทึกข้อมูลต่าง ๆ ให้ครอบคลุมเพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องจะสามารถให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

## ๒. การดูแลอย่างต่อเนื่อง

- วางแผนการพยาบาล (planning) ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตั้งไว้โดยวางแผนในการดูแลทั้งระยะสั้นและระยะยาว ร่วมกับสตรีในระยะตั้งครรภ์ ครอบครัวยุ และบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ

- การนัดตรวจอย่างสม่ำเสมอ และมีการประเมินภาวะเสี่ยงจากข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์ และการตรวจพิเศษตามความจำเป็น

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองและการรักษา ตามภาวะเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ เช่น การจัดการกับความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจด้วยกระบังลม การนวดร่างกาย การพักผ่อน และรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น

- ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีในระยะตั้งครรภ์และทารกจากภาวะเสี่ยง

- เตรียมความพร้อมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เรื่องการคลอดและการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด

- ติดตามผลการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจภายใน, ultrasonography, GCT, OGTT เป็นต้น

## ๓. ให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล

- วิเคราะห์ภาวะเครียดของสตรีมีครรภ์และครอบครัว

- ประเมินการปรับตัวจาก การรับรู้ที่ถูกต้อง การได้รับการสนับสนุนเพียงพอ มีวิธีการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และมีความสามารถในการแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่มีภาวะเสี่ยง

- เปิดโอกาสให้สตรีมีครรภ์และครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการรักษา ตลอดจนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม

- ประสานงานด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

- ให้ความรู้และเหตุผลของการพยาบาลด้วยความชัดเจน และยอมรับในการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการปฏิเสธหรือยอมรับการพยาบาล

- อธิบายผลของภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์ต่อภาวะเสี่ยง ขั้นตอนการรักษาในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

- ส่งต่อสตรีมีครรภ์และครอบครัวที่ไม่สามารถปรับตัวไปยังหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากการปรับตัวหรือการดูแลตัวเองที่ไม่เหมาะสม

**๔. การประเมินผล** พยาบาลควรประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล และมีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลตามความจำเป็น ตลอดจนการศึกษานหาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับสตรีและครอบครัวเป็นรายกรณี

**๕. การศึกษาวิจัย** พยาบาลควรมีการทำวิจัยรวมทั้งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล (nursing outcome) ที่จะเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และครอบครัว ต่อไป

### การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์

การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของมารดาในระยะตั้งครรภ์ เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่สตรีตั้งครรภ์ โดยการให้คำแนะนำจะให้ตามความเหมาะสมกับอายุครรภ์และครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

**๑. ด้านการดูแลตนเอง (Self-care needs)** ในระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์อาจได้รับทราบข้อมูลการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งข้อห้ามการปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งอาจเป็นข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้องในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยให้คำแนะนำการดูแลตนเองดังนี้

**๑.๑ การอาบน้ำ (Bathing)** สตรีตั้งครรภ์ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์จะมีเหงื่อออกมากจากการเผาผลาญพลังงานของร่างกายสูงขึ้น และมีการขับสารคัดหลั่งออกมาทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์ไม่ควรอาบน้ำโดยการแช่ลงในอ่างอาบน้ำ เพราะน้ำในอ่างอาจเข้าไปในช่องคลอดและปากมดลูก ทำให้ติดเชื้อได้โดยเฉพาะในรายที่ถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด หรือในเดือนสุดท้ายของการตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกอาจเริ่มมีการเปิดขยาย

**๑.๒ การดูแลเต้านม (Breast care)** ขณะตั้งครรภ์เต้านมขยายขนาดใหญ่ขึ้น และคัดตึงเต้านมเพิ่มขึ้น การดูแลเต้านมในระยะตั้งครรภ์ คือการสวมใส่เสื้อยกทรงที่มีขนาดเหมาะสมกับเต้านมเพื่อช่วยพยุงเต้านม หรืออาจซื้อเสื้อยกทรงที่มีขนาดใหญ่กว่าขนาดของเต้านมเล็กน้อยเพื่อนำมาใช้ในระยะหลังคลอดได้

ขณะตั้งครรภ์ได้ ๑๖ สัปดาห์ จะมีการขับหลังน้ำนมเหลือง (colostrum) ออกมาที่หัวนมและอาจแข็งตัวเกาะที่บริเวณหัวนมได้ แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ทำความสะอาดเต้านมด้วยผ้าชุบน้ำธรรมดาเช็ดเบา ๆ ที่บริเวณหัวนมจนสะเก็ดของน้ำนมเหลืองออก แต่ไม่ควรแกะเกาหรือใช้สบู เพราะจะทำให้ผิวหนังแห้งและเป็นสาเหตุให้หัวนมแตกได้ ถ้าสตรีตั้งครรภ์รายใดมีน้ำนมเหลืองออกมามาก อาจใช้ผ้าก๊อช (gauze) หรือแผ่นซับน้ำนม (breast pads) สอดไว้ในเสื้อยกทรง และควรเปลี่ยนผ้าก๊อชหรือแผ่นซับน้ำนมบ่อย ๆ

**๑.๓ การดูแลสุขภาพฟัน (Dental care)** ในระยะตั้งครรภ์เนื้อเยื่อที่เหงือกจะขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เหงือกอักเสบได้ง่าย สตรีตั้งครรภ์ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธี ไม่ควรแปรงฟันแรง และควรพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจและรักษาฟัน ฟันผุเกิดจากปฏิกิริยาของเชื้อแบคทีเรียกับน้ำตาลทำให้เกิดความ

เป็นกรดในช่องปากและความเป็นกรดจะทำลายชั้นเคลือบฟัน (enamel) จึงทำให้ฟันผุ จึงควรทำความสะอาดฟันหลังรับประทานอาหาร

**๑.๔ การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ (Perineal hygiene)** สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีสารคัดหลั่งออกมาทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น จึงควรรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกด้วยน้ำและสบู่ แต่ไม่ควรสวนล้างช่องคลอด (douching) เพราะแรงจากการสวนล้างช่องคลอดจะทำให้ช่องคลอดเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้

**๑.๕ การขับถ่าย (Bowel habits)** ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์อาจมีปัญหาท้องผูก เนื่องจากการเพิ่มของฮอร์โมน progesterone ทำให้กล้ามเนื้อเรียบรวมทั้งลำไส้ส่วนล่างมีการคลายตัว การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลงทำให้เกิดอาการท้องผูก และอาจทำให้เกิดริดสีดวงทวารได้ ดังนั้นควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว และออกกำลังกาย แต่ไม่ควรใช้ยาระบายหรือใช้น้ำยาสวนอุจจาระ

**๑.๖ การสวมเสื้อผ้า (Clothing)** สตรีตั้งครรภ์ควรเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่หลวม เนื้อผ้าสวมใส่สบาย ไม่ระคายผิว และควรใส่เสื้อผ้าให้เหมาะกับฤดูกาล แต่ไม่ควรสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่น เช่น ถุงน่องที่รัดแน่น กางเกงยีนส์ หรือการรัดเข็มขัดแน่น ๆ เพราะการสวมใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่นจะทำให้เลือดบริเวณส่วนล่างของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก นอกจากนั้นควรแนะนำให้สวมใส่กางเกงชั้นในที่มีขนาดเหมาะสมกับขนาดหน้าท้องที่ขยายใหญ่ขึ้น และสามารถสวมใส่คลุมได้ถึงเอวและสะโพกซึ่งจะช่วยพยุงหน้าท้องได้ดี การสวมใส่รองเท้า ควรสวมรองเท้าส้นเตี้ย กระชับเท้า สวมใส่สบาย เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง

**๑.๗ การทำงาน (Employment)** ในปัจจุบันสตรียังคงทำงานได้แม้ว่าจะตั้งครรภ์ ตามสิทธิทางกฎหมายสตรีตั้งครรภ์มีสิทธิทำงาน การตั้งครรภ์มิใช่ข้ออ้างในการยกเลิกการทำงานของสตรี และหากงานที่ต้องยืนนานมากกว่า ๘ ชั่วโมง งานที่ต้องยกของหนัก ปีนบันได หรืองานที่มีการก้มโค้งหลังตลอดเวลา ต้องมีระยะเวลาพักในช่วงเวลาการทำงาน เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย

แนวทางการทำงานของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ไม่ควรยืนนานมากกว่า ๔ ชั่วโมง, ไม่ควรก้มตัวลงมากกว่า ๒ ครั้งต่อชั่วโมง, การขึ้นลงบันไดไม่ควรมากกว่า ๔ ครั้งต่อการทำงาน ๑ เวน โดยเฉพาะในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์, ไม่ควรยกของหนักมากกว่า ๑๑.๔ กิโลกรัม เป็นเวลานานซ้ำ ๆ , การนั่งหรือยืนทำงานเป็นเวลา ๘ ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการอ่อนเพลีย ควรมีการหยุดพักระหว่างการทำงาน และหาเวลาพักผ่อนในช่วงพักรับประทานอาหารกลางวันโดยนั่งยกเท้าทั้งสองข้างให้สูงระดับเดียวกับสะโพก เพื่อช่วยการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย, ควรลุกไปปัสสาวะทุก ๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, ขณะทำงานควรระวังภาวะ Hyperthermia เนื่องจากอุณหภูมิของร่างกายร้อนมากเกินไป อาจเกิดจากลักษณะงานที่ต้องออกแรงมาก หรืออุณหภูมิของอากาศที่ร้อนเกินไป

สตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้านอาจพักผ่อนและรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย พยาบาลควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์พักผ่อนในช่วงเวลาพักกลางวัน และยกเท้าสูง เพื่อช่วยให้เลือดบริเวณส่วนปลายกลับเข้าสู่หัวใจได้ดีขึ้น และควรประเมินคุณภาพและปริมาณของอาหารที่ตั้งครรภ์รับประทาน เช่น อาหารจานด่วน (fast food) พยาบาลควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เตรียมอาหารที่มีคุณค่าทาง

โภชนาการไปรับประทานอาหารที่ทำงาน เพื่อให้สตรีและทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

**๑.๘ การเดินทาง (Travel)** การเดินทางไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสตรีและทารกในครรภ์ แต่ถ้ามีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์ ในระยะไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ควรมีการวางแผนการเดินทาง เช่น สตรีที่ต้องเดินทางด้วยเครื่องบิน ถ้าจำเป็นต้องเดินทางเมื่อใกล้กำหนดคลอด ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพ เพื่อความมั่นใจที่จะไม่คลอดก่อนกำหนด หรือคลอดบนเครื่องบิน ถ้าต้องเดินทางโดยรถยนต์ในระยะทางไกล ๆ ควรหาข้อมูลสถานพยาบาลที่ใกล้ ๆ กับเส้นทางเดินทาง และนำสมุดฝากครรภ์ติดตัวไปด้วย เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บครรภ์คลอดจะได้เข้ารับการรักษาทันที

การเดินทางโดยรถยนต์ สตรีตั้งครรภ์ควรคาดเข็มขัดนิรภัยโดยให้เข็มขัดพาดที่ใต้ท้อง และอีกเส้นพาดจากสะโพกไปที่หัวไหล่ ไม่ควรใช้เข็มขัดพาดผ่านท้องของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าต้องเดินทางไกล ๆ ไม่ว่าจะเดินทางด้วยวิธีไหน สตรีตั้งครรภ์ควรมีการหยุดพักระหว่างทางอย่างน้อยทุก ๆ ๒ ชั่วโมง เพราะการนั่งอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ อาจทำให้เกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) เส้นเลือดขอด (varicose vein) และริดสีดวงทวาร (hemorrhoid) โดยเฉพาะในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์

**๑.๙ การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม (Smoking and passive smoking)** การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม มีผลข้างเคียงดังนี้ ๑) คาร์บอนมอนอกไซด์ (carbon monoxide) จากการสูบบุหรี่จะแย่งออกซิเจนจับกับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ทำให้ลดการขนส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อได้น้อยลง ๒) นิโคติน (nicotine) ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว ทำให้เลือดไหลผ่านที่บริเวณรกลดน้อยลง ๓) ลดความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ๔) ลดปริมาณเลือดของสตรีตั้งครรภ์

ดังนั้นการสูบบุหรี่ของสตรีตั้งครรภ์จึงมีผลต่อทารกในครรภ์ คือทำให้ทารกในครรภ์น้ำหนักตัวน้อย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ ๕ มวนต่อวัน มีโอกาสคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อย เป็นสองเท่าของสตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราตายของทารก และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น แท้ง รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

พยาบาลควรมีการประเมินพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของสตรีตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัว หลังจากนั้นควรให้ความรู้ถึงผลกระทบของบุหรี่ต่อทารกในครรภ์ โดยการให้คำปรึกษา กระตุ้น และสร้างแรงจูงใจเพื่อหยุดสูบบุหรี่ของสตรีตั้งครรภ์และบุคคลในครอบครัว หรือเลิกสูบบุหรี่ตลอดไป

**๑.๑๐ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol use)** ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มแล้วมีผลทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์ได้ (teratogenic effect) แต่ถ้าดื่มมากกว่า ๒ แก้วต่อวัน ทารกในครรภ์ร้อยละ ๑๐ เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของทารกจากการที่สตรีดื่มสุราในขณะตั้งครรภ์ (fetal alcohol syndrome) ทารกกินนี้ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ มีปัญหาด้านสติปัญญา และมีลักษณะทางร่างกายที่ผิดปกติ คือ ช่องตาสั้น ริมฝีปากบนเรียบยาวและบาง หนึ่งตาคลุมหัวตา มาก จมูกแบน ปลายจมูกเขี้ยวและบริเวณส่วนกลางใบหน้ามีพัฒนาการน้อยกว่าปกติ

พยาบาลควรมีการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีตั้งครรภ์ทุกราย ให้ความรู้ถึงผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ (childhood mental retardation) สตรีที่ดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ สำหรับสตรีที่มีพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเข้าสู่โปรแกรมการรักษาต่อไป

**๒. ด้านโภชนาการและการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์** โภชนาการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสตรีในระยะตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดคือให้นมบุตร ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ควรจะได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอต่อความต้องการทางด้านร่างกายเพื่อตนเองและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ พยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องคุณค่าและสารอาหารที่จำเป็นในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้

**๒.๑ พลังงาน (Energy)** ในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ยังไม่ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีก ๓๔๐ กิโลแคลอรี และเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นอีก ๔๕๒ กิโลแคลอรี (ข้อแนะนำในการรับประทานอาหารสำหรับชาวอเมริกัน [Dietary Guidelines for Americans] ในปี ค.ศ.๒๐๐๕ ได้แนะนำสตรีที่อายุ ๑๔-๕๐ ปี ควรได้รับพลังงาน ๑,๘๐๐-๒,๔๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน ปริมาณพลังงานของสตรีแต่ละคนขึ้นกับระดับกิจกรรมที่ทำ)

พลังงานส่วนใหญ่ได้มาจากการเผาผลาญอาหารเพื่อตอบสนองความต้องการของร่างกาย โดยปกติมักจะใช้หน่วยของพลังงานเป็นกิโลแคลอรี หรือ แคลอรี พลังงานส่วนใหญ่ได้มาจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ซึ่งคาร์โบไฮเดรต และโปรตีน จะให้พลังงาน ๔ กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนัก ๑ กรัม ส่วนไขมันให้พลังงาน ๙ กิโลแคลอรีต่อน้ำหนัก ๑ กรัม

**๒.๒ โปรตีน (Protein)** โปรตีนมีความจำเป็นในการเผาผลาญพลังงาน การสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ปริมาณอาหารที่ควรได้รับประจำวัน (RDA) แนะนำให้ผู้ใหญ่ควรรับประทานโปรตีน ๐.๘ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม ดังนั้นโดยเฉลี่ยสตรีควรรับประทานโปรตีน ๔๖ กรัมต่อวัน ทั้งนี้ขึ้นกับอายุและขนาดของร่างกาย แต่ในสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับโปรตีน ๗๑ กรัมต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในการเพิ่มปริมาตรเลือด และสร้างเนื้อเยื่อของสตรีและทารกในครรภ์ พยาบาลควรแนะนำแหล่งอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ถั่ว และเมล็ดธัญพืช

**๒.๓ คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrates)** จะอยู่ในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว (simple carbohydrate) พบในผักและผลไม้ ประกอบด้วยไดแซคคาไรด์ ได้แก่ แลคโตส ซูโคส มอลโตส และโมโนแซคคาไรด์ ได้แก่ กลูโคส ฟรุคโตส กาแลคโตส สำหรับคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) พบในข้าว แป้ง พืชที่มีเส้นใยจะให้กากอาหาร เนื่องจากเส้นใยอาหารจะดูดซึมน้ำ และกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ช่วยป้องกันอาการท้องผูก และทำให้อาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ทำให้รู้สึกอิ่ม

**๒.๔ ไขมัน (Fat)** ไขมันให้พลังงาน เมื่อต้องการลดพลังงานลง ควรลดอาหารประเภทนี้ แต่ไม่ควรงดรับประทาน เพราะการรับประทานไขมันมีความสำคัญ ทำให้ร่างกายได้รับกรดไขมันที่จำเป็นที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้ เช่น กรดโอเมกา-๓ (Omega-๓ acid) ซึ่งช่วยในระบบประสาทและพัฒนาการมองเห็นของทารกในครรภ์



**๒.๕ วิตามิน (Vitamin)** วิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และ เค จะถูกเก็บสะสมไว้ที่ตับ ถ้ารับประทานมากไปอาจเป็นพิษได้ สำหรับวิตามินที่ละลายในน้ำ เช่น วิตามินบี ๖ บี ๑๒ วิตามินซี กรดโฟลิก (folic acid) วิตามินบี ๑ (thiamine) วิตามินบี ๒ (riboflavin) และวิตามิน บี ๓ (niacin) วิตามินเหล่านี้จะไม่ถูกเก็บไว้ในร่างกายเหมือนวิตามินที่ละลายในไขมัน ดังนั้นการรับประทานอาหารประจำวัน ควรคำนึงถึงวิตามินที่ละลายในน้ำเหล่านี้ด้วย

วิตามินเอ ร่างกายมีความต้องการเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณร้อยละ ๒๕ มีมากในผักใบเขียว ใบเหลียง ผลไม้ นม เนย ครีม น้ำมันตับปลา มีความสำคัญต่อการมองเห็นและการเจริญเติบโตของเซลล์ทารกในครรภ์ ปกป้องผิวหนังและชั้นเยื่อเมือก มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์ คือ การเจริญเติบโตของทารกและการแบ่งเซลล์ ถ้ารับประทานวิตามินเอมากเกินไป อาจทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท หัวใจทารกในครรภ์ ทารกเกิดความพิการขณะตั้งครรภ์หรือผิดปกติแต่กำเนิด (fetal defects) และไม่ควรรับประทานยา Isotretinoin (Accutane) เนื่องจากยาตัวนี้เป็นวิตามินเอที่ใช้ในการรักษาสิว อาจทำให้ทารกเกิดความพิการได้

วิตามินดี เป็นสารอาหารสำคัญที่ช่วยในการสร้างกระดูกและฟัน ร่วมกับแคลเซียม และฟอสฟอรัส อาหารที่มีวิตามินดี ได้แก่ ไข่ เนย ตับ ซีส โยเกิร์ต สาหร่ายทะเล ปลาทูน่า และปลาที่มีไขมัน เช่น ปลาแมคเคอเรล ปลาซาดีน ปลาแซลมอน นอกจากนี้วิตามินดียังสามารถผลิตได้จากการที่ร่างกายได้รับแสงแดดอีกทางหนึ่งด้วย สำหรับคนที่รับประทานมังสวิรัต และสัมผัสแสงแดดน้อย จะมีความเสี่ยงสูงต่อการขาดวิตามินดี

วิตามินอี เชื่อว่าการแท้งที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous abortion) มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับภาวะการขาดวิตามินอีด้วย มีในอาหารประเภทพืชผักใบเขียว พืชชนิดเมล็ด ข้าว เนย ถั่ว ไข่แดง

วิตามินซี มีมากในพวกผลไม้ประเภทส้ม มะเขือเทศ ผักใบเขียว กะหล่ำปลี เป็นวิตามินที่ช่วยสังเคราะห์คอลลาเจนโปรตีนที่จำเป็นต่อการสร้างกระดูก เหงือก กระดูกอ่อน กล้ามเนื้อและเส้นเลือด ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก และแคลเซียมในร่างกาย และช่วยในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากสารอนุมูลอิสระในร่างกาย ความต้องการวิตามินซีในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเป็น ๖๐ มิลลิกรัมต่อวัน วิตามินซีสามารถผ่านรกไปยังทารกได้ ดังนั้นการให้วิตามินซีเสริมในปริมาณที่มากเกินไปขณะตั้งครรภ์ อาจมีผลข้างเคียงต่อทารกในครรภ์ได้

กรดโฟลิก (folic acid) หรือ โฟเลต สามารถลดอัตราการเกิดความผิดปกติของท่อระบบประสาท (neural tube defects) ของทารกแรกเกิด และช่วยป้องกันภาวะปากแหว่ง (cleft lip) เพดานโหว่ (cleft palate) การได้รับโฟลิกอย่างเพียงพอมีความสำคัญมากในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ และช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ดังนั้นสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกรายควรรับประทานกรดโฟลิกอย่างน้อยวันละ ๔๐๐ ไมโครกรัม (๐.๔ มิลลิกรัม) และสตรีที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่มีความผิดปกติของท่อระบบประสาทควรรับประทานกรดโฟลิก อย่างน้อยวันละ ๔ มิลลิกรัม เป็นเวลา ๔ สัปดาห์ก่อนการตั้งครรภ์ จนกระทั่งไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของท่อระบบประสาทได้ถึงร้อยละ ๘๐ ขณะตั้งครรภ์ควรรับประทานกรดโฟลิกวันละ ๖๐๐ ไมโครกรัม (๐.๖ มิลลิกรัม)

**๒.๖ เกลือแร่** ที่ร่างกายต้องการส่วนใหญ่พบในอาหารที่รับประทานในชีวิตประจำวัน ดังนี้

- **ธาตุเหล็ก** ขณะตั้งครรภ์ร่างกายต้องการธาตุเหล็กประมาณ ๑,๐๐๐ มิลลิกรัม โดยร้อยละ ๒๕-๓๐ ถูกนำมาใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดา และเก็บสะสมไว้ที่ทารก และเมื่อทารกมีอายุอยู่ในช่วง ๔-๖ เดือน จะนำธาตุเหล็กที่เก็บสะสมไว้มาใช้ ซึ่งธาตุเหล็กพบได้ใน เนื้อสัตว์ ไข่แดง ผักใบเขียว สตรีส่วนใหญ่ รับประทานธาตุเหล็กต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อตั้งครรภ์ก็มักพบโลหิตจาง และมีธาตุเหล็กสะสมอยู่น้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับธาตุเหล็กเสริมวันละ ๓๐ มิลลิกรัม แต่ถ้ามีภาวะโลหิตจางอาจจะเพิ่มเป็นวันละ ๖๐-๑๒๐ มิลลิกรัม โดยจะให้ยาธาตุเหล็กเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาธาตุเหล็กจะดูดซึมได้ดีในช่วงที่กระเพาะอาหารว่าง แต่สตรีส่วนใหญ่อาจมีความไม่สุขสบายท้อง จากการรับประทานยาธาตุเหล็ก ทั้งนี้เนื่องจากผลข้างเคียงของยา คือ คลื่นไส้ อาเจียน จุกเสียดยอดอก ปวดที่บริเวณลิ้นปี่ ท้องผูก ท้องเสีย และอุจจาระดำ การรับประทานเหล็กในช่วงก่อนนอนอาจลดผลข้างเคียงจากยาได้ สำหรับการดูดซึมยาธาตุเหล็กเพื่อให้ผลดี ควรดื่มพร้อมน้ำ หรือน้ำผลไม้ แต่ไม่ควรดื่มพร้อมกับชา กาแฟ หรือ นม

- **แคลเซียม** มีความจำเป็นต่อการสร้างกระดูก การแข็งตัวของเลือด และการทำหน้าที่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ แคลเซียมจะเก็บสะสมที่ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เพื่อนำไปสร้างกระดูกและฟันของทารก การดูดซึมและการเก็บสะสมของแคลเซียมจะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ อาหารที่พบว่ามีแคลเซียมมากที่สุด คือ นม แต่ในสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารมังสวิรัต หรือไม่สามารถดื่มนมได้ เนื่องจากมีอาการท้องเสีย (lactose intolerance) ควรได้รับแคลเซียมเสริม โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า ๑๘ ปี ควรได้รับแคลเซียมในปริมาณที่มากพอ เนื่องจากความหนาแน่นของกระดูกยังไม่สมบูรณ์ ควรรับประทานแคลเซียมพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานพร้อมกับยาธาตุเหล็ก แต่ควรรับประทานพร้อมวิตามินดี เพื่อช่วยในการดูดซึม การดื่มนมจะทำให้แคลเซียมถูกขับออกจากร่างกายมากขึ้น

- **โซเดียม** ความต้องการโซเดียมในระยะตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดและความต้องการของทารกในครรภ์ แม้ว่าจะไม่มีข้อจำกัดเรื่องปริมาณของโซเดียมในระยะตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่ควรได้รับโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไป อาหารที่มีโซเดียมสูงและควรรับประทานอย่างจำกัด ได้แก่ อาหารกระป๋อง เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงชูรส (monosodium glutamate) ขนมขบเคี้ยว แสม และเบคอน

**๒.๗ น้ำ** มีความสำคัญในระยะตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในการเพิ่มปริมาตรเลือด และเป็นส่วนประกอบในการเพิ่มเนื้อเยื่อของสตรีและทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ควรดื่มน้ำวันละ ๘ แก้ว (แก้วละ ๒๔๐ มิลลิลิตร) แต่ไม่ควรดื่มน้ำมากขณะรับประทานอาหาร เพราะน้ำจะไปแทนที่อาหารและทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

**๒.๘ การปรึกษา** การให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ (preconception counseling) เจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ควรประเมินการปรึกษาที่สตรีตั้งครรภ์ใช้เป็นประจำ และตรวจสอบว่ามียาชนิดใดที่สามารถผ่านจากรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทาน โดยก่อนการรับประทานยาทุกครั้งควรปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่มียุทธศาสตร์ก่อน แต่สตรีตั้งครรภ์บางรายที่จำเป็นต้องใช้ยา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ก็

ต้องพิจารณาถึงความจำเป็นที่ใช้ ข้อดี และข้อเสียของการใช้ยา เช่น สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหอบหืด จำเป็นต้องรักษาด้วยยาเพื่อช่วยให้หลอดลมขยายตัว แต่ยาอาจส่งผลกระทบต่อออกซิเจนไปเลี้ยงทารกได้น้อยลง เป็นต้น

**ตารางที่ ๙** แสดงตัวอย่างยาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าทำให้เกิดความผิดปกติต่อทารกในครรภ์

ยา	ความผิดปกติ
Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs)	หลอดไตฝอยผิดปกติ ภาวะไตวายในทารก การสร้างกระดูกกะโหลกศีรษะผิดปกติ
Antithyroid drugs (propylthiouracil และ methimazole)	-ภาวะคอพอกและขาดไทรอยด์ฮอร์โมนในทารก -ความผิดปกติที่พบเฉพาะยา methimazole----aplasia cutis และ choanal/esophageal atresia
Carbamazepine	ความผิดปกติที่ท่อประสาท (neural tube defects)
Chlorambucil	ภาวะที่ไตเจริญไม่สมบูรณ์หรือไม่เจริญเลย
Cyclophosphamide	เพดานโหว่ ความผิดปกติของนิ้วและตา หรือระบบประสาทส่วนกลาง การเกิดมะเร็ง
Cytarabine	ความผิดปกติของแขนขาส่วนปลาย หูพิการ
Danazol และ androgenic drugs	บุรุษภาพในทารกเพศหญิง (masculinization)
Diethylstilbestrol	มะเร็งเยื่อช่องคลอด ความผิดปกติอื่น ๆ ของอวัยวะเพศและทางเดินปัสสาวะของทารกเพศชายและหญิง
5-Fluorouracil	ความผิดปกติของอวัยวะภายใน
Idodine	ภาวะคอพอกในทารก
Lithium	ความผิดปกติของหัวใจ
Methotrexate	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางและแขนขา
Misoprostol	Moebius syndrome (ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแขนขาและ CNS)
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)	หลอดเลือดตีบ (constriction of the ductus arteriosus) ลำไส้เล็กและใหญ่อักเสบ ทำให้ตายเฉพาะส่วน (necrotizing enterocolitis)
Phenytoin	การเติบโตล่าช้า ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง
Penicillamine	หนังหย่อน (cutis laxa)
Psychoactive drugs (เช่น barbiturate, opioids และ benzodiazepines)	การใช้ยาในช่วงใกล้คลอดอาจทำให้เกิดภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด
Streptomycin	การเป็นพิษต่อหู

ยา	ความผิดปกติ
Systemic retinoids (isotretinoin หรือ etretinate)	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง กะโหลกศีรษะและใบหน้า ระบบหัวใจหลอดเลือด และอื่น ๆ
Tetracycline	ความผิดปกติของฟันและกระดูก
Thalidomide	แขนขาด้วนเหลือแต่มือเท้า (phocomelia) สภาวะไร้หู สภาวะหูเล็ก ความผิดปกติของอวัยวะภายใน
Valproic acid	ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ความผิดปกติที่ต่อประสาท
Warfarin	ความผิดปกติของกระดูก ตา และระบบประสาทส่วนกลาง, Dandy-Walker syndrome

**๓. ด้านการออกกำลังกาย** การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผน มีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการกระทำที่ซ้ำ ๆ หรือสม่ำเสมอของการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสมรรถภาพทางกาย (physical fitness) ปี ค.ศ. ๒๐๐๘ Department of Health and Human Services ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ออกแนวปฏิบัติของการมีกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีในระยะตั้งครรภ์และสตรีในระยะหลังคลอดที่มีสุขภาพดีโดยแนะนำให้ทำกิจกรรมทางกายอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์ โดยเป็นกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว ๆ ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์เคยทำกิจกรรมทางกายระดับหนักมาก่อนการตั้งครรภ์ เช่น การวิ่ง สามารถทำกิจกรรมทางกายระดับหนักนี้ได้ตลอดการตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถออกกำลังกายได้ แต่ไม่ควรออกกำลังกายมากเกินไป จนกระทั่งรู้สึกอ่อนเพลีย หรือออกกำลังกายชนิดที่เป็นอันตรายต่อสตรีและทารกในครรภ์ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างหนักขณะตั้งครรภ์อาจสัมพันธ์กับการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย แต่ถ้าออกกำลังกายระดับปานกลางจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยป้องกันภาวะเลือดคั่งที่ส่วนปลายของร่างกาย พยาบาลควรแนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายที่เหมาะสม รวมทั้งบอกถึงข้อห้ามการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์

- **ข้อห้ามในการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ : ข้อห้ามอย่างเด็ดขาด (absolute contraindications)** ได้แก่ โรคหัวใจที่มีการทำงานของหัวใจไม่ได้อย่างชัดเจน โรคปอดที่มีการจำกัดการขยายตัวของปอด ภาวะปากมดลูกบวม การตั้งครรภ์ที่มีทารกมากกว่า ๑ คนขึ้นไป การมีเลือดออกทางช่องคลอดในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีอาการคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตก ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะซีดรุนแรงมีค่าฮีโมโกลบินต่ำกว่า ๗ กรัม/เดซิลิตร

- **ข้อห้ามในการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ : ข้อห้ามที่ไม่ได้ห้ามอย่างเด็ดขาด (absolute contraindications)** ได้แก่ ภาวะซีด ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมองอักเสบเรื้อรัง ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐-๔๔.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร ดัชนีมวลกายน้อยกว่า ๑๒ กิโลกรัม/ตารางเมตร ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้มีภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีข้อจำกัดในการ

เคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ โรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ สตรีที่ตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐ มวนต่อวัน

คำแนะนำการออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และหลังคลอด ควรออกกำลังกายระดับปานกลาง อย่างน้อย ๒๐-๓๐ นาที ๕ วันต่อสัปดาห์ โดยที่ชีพจรของสตรีตั้งครรภ์ขณะออกกำลังกายไม่ควรมากกว่า ๑๔๐ ครั้ง/นาที โดยใช้เวลา ๕ นาทีเพื่ออบอุ่นร่างกาย (Warm-up) และระยะออกกำลังกาย (stimulus) เป็นเวลา ๒๐ นาที และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (cool down) เป็นเวลา ๕ นาที สำหรับชนิดของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับความสนใจของสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

การออกกำลังกายในสตรีตั้งครรภ์ควรใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การเดิน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนระดับความรุนแรงของการออกกำลังกายควรเป็นระดับปานกลาง (moderate intensity) สำหรับในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ควรหลีกเลี่ยงการวิ่งเนื่องจากจะทำให้เกิดแรงกระแทก (high impact) ที่หัวเข่าและกระดูกเชิงกราน อาจทำให้สตรีตั้งครรภ์บาดเจ็บได้ การว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดีของการตั้งครรภ์เช่นกัน เพราะช่วยลดอาการปวดหลัง แต่มีข้อห้ามในสตรีตั้งครรภ์ที่มีถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด

#### แนวทางการออกกำลังกายสำหรับสตรีในระยะตั้งครรภ์

๑) ควรออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหาร ๑-๒ ชั่วโมง และไม่ควรรออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

๒) ความดันโลหิตไม่ควรเกิน ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท

๓) ควรออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง และควรมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย

๔) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตลอดสัปดาห์ ดีกว่าการออกกำลังกายเป็นเวลานาน ๆ ภายในหนึ่งวัน

๕) ประเมินระดับหนักเบาของการออกกำลังกาย ถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถร้องเพลงได้ในขณะออกกำลังกายแสดงว่าเป็นการออกกำลังกายระดับเบา แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์สามารถพูดได้เป็นคำ ๆ ขณะออกกำลังกายแสดงว่าเป็นการออกกำลังกายระดับปานกลาง

๖) ดื่มน้ำบ่อย ๆ ก่อน ขณะ และหลังออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

๗) ไม่ควรรออกกำลังกายในท่านอนหงาย หลังจากไตรมาสแรกไปแล้ว

๘) ถ้ามีไข้ อุณหภูมิ ๓๗.๘ องศาเซลเซียส ควรงดออกกำลังกาย

การบริหารร่างกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้แข็งแรง และเป็นการเตรียมกล้ามเนื้อเพื่อทำหน้าที่ในระยะคลอด ทำการบริหารร่างกายในระยะตั้งครรภ์ มีดังนี้

#### การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอด อู้งเชิงกราน และผีเย็บ (Kegel's exercise)

**ประโยชน์ :** ช่วยทำให้ช่องคลอดกระชับ บริเวณผีเย็บยืดหยุ่นได้ดี

**วิธีทำ** - ทำได้ทั้งทำยืน เดิน นั่ง หรือนอน

- สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับเกร็งหรือขมิบก้ามเนื้อรอบ ๆ รุทวารหนัก ช่องคลอด ขมิบหรือเกร็งเหมือนกับการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ นับ ๑ ถึง ๕ แล้วค่อยผ่อนลมหายใจออก นับ ๑ ถึง ๕ พร้อมกับคลายกล้ามเนื้อที่เกร็ง ควรทำซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ อย่างน้อยวันละ ๕๐ ครั้ง

- หลังจากนั้นให้เพิ่มระยะเวลาให้ขมิบนานขึ้น สามารถขมิบได้นาน ๘ ถึง ๑๐ วินาทีต่อครั้ง โดยให้ขมิบ ๘ ถึง ๑๒ ครั้งต่อ ๑ ชุด และปฏิบัติให้ได้ ๓ ชุดต่อวัน และควรปฏิบัติอย่างน้อย ๓ ถึง ๔ วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา ๑๕ ถึง ๒๐ สัปดาห์ เมื่อปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวได้แล้ว สามารถเพิ่มความแรงและระยะเวลาขมิบให้มากขึ้นได้

- หากต้องการให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรงต่อไปในระยะยาว ควรปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

### การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (Tailor stretching)

**ประโยชน์ :** ช่วยให้กล้ามเนื้อสะโพก หลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อขาและเชิงกราน ให้มีความยืดหยุ่นและแข็งแรง และช่วยให้คลอดง่าย

**วิธีทำ** - นั่งกับพื้นให้ฝ่าเท้าทั้ง ๒ ข้างมาประกบกัน ดึงส้นเท้าเข้ามาให้ชิดต้นขาให้มากที่สุด  
- ใช้มือรองใต้หัวเข่าทั้งสองข้าง ยกหัวเข่าขึ้นพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าลึก ๆ นับ ๑ ถึง ๕ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปาก นับ ๑ ถึง ๕ พร้อมกับใช้มือกดหัวเข่าลงให้แนบกับพื้นมากที่สุด ทำวันละ ๕ ถึง ๑๐ ครั้ง



ภาพที่ ๑๓ แสดงท่า Tailor stretching

ที่มา : [www.sk-hospital.com/-ob/labor/prepare.htm](http://www.sk-hospital.com/-ob/labor/prepare.htm)

อ้างอิงในวรรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๖๐

### การบริหารกล้ามเนื้อขา สะโพก และข้อเท้า (Leg exercise)

**ประโยชน์ :** ช่วยให้ระบบหมุนเวียนเลือดบริเวณส่วนล่างของร่างกายดีขึ้น

**วิธีทำ** - นอนหรือนั่งพิงพนักเตียง หรือนั่งห้อง ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง  
- หายใจเข้าลึก ๆ พร้อมกับหักข้อเท้าขึ้น นับ ๑ ถึง ๕ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปาก นับ ๑ ถึง ๕ พร้อมกับกดปลายเท้าลง นับเป็น ๑ ครั้ง ทำวันละ ๑๐ ครั้ง

- หมุนปลายเท้าเข้า โดยการกดปลายเท้าลงทั้ง ๒ ข้าง แล้วหมุนแยกปลายเท้าขึ้นมาบรรจบกัน ในลักษณะปลายเท้ากระดกขึ้น ทำวันละ ๑๐ ครั้ง

- หมุนปลายเท้าออก โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นทั้ง ๒ ข้าง แล้วหมุนแยกปลายเท้าลงให้บรรจบกันด้านล่าง ทำวันละ ๑๐ ครั้ง

### การบริหารกล้ามเนื้อต้นแขน ไหล่ หลังส่วนบน และทรวงอก (Rib cage)

**ประโยชน์ :** ช่วยให้กล้ามเนื้อแขน ไหล่ หลังส่วนบนแข็งแรง กล้ามเนื้อทรวงอกแข็งแรง ยืดหยุ่นดี และหายใจได้สะดวก

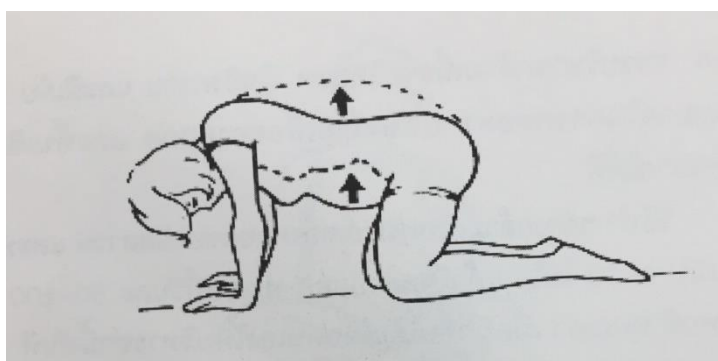
**วิธีทำ** - นั่งขัดสมาธิหลวม ๆ หรือนั่งเก้าอี้ที่แข็งแรง หรืออยู่ในท่ายืน  
- ยกแขนขวาขึ้นเหนือศีรษะในลักษณะเหยียดตรง แขนแนบใบหู หลังยืดตรง ค่อย ๆ โน้มตัวไปทางซ้ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และขณะโน้มตัวให้แขนแนบศีรษะ พร้อมกับหายใจเข้า นับ ๑ ถึง ๕ มือซ้ายแนบชิดลำตัว แล้วค่อย ๆ กลับมาในท่าตรงตามเดิม พร้อมกับหายใจออก ทำสลับข้างกัน ทำข้างละ ๑๐ ครั้ง

### การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และหลัง (Pelvic rocking)

**ประโยชน์ :** ช่วยบรรเทาอาการปวดหลัง กล้ามเนื้อหลังและกระดูกสันหลังมีความยืดหยุ่นมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นระบบการย่อยอาหาร

**วิธีทำ** - คุกเข่าอยู่ในท่าคลาน แขนทั้งสองข้างยันกับพื้นในลักษณะเหยียดตรงและตั้งฉากกับพื้น หายใจเข้าลึก ๆ นับ ๑ ถึง ๕ พร้อมกับก้มศีรษะลงกางขาออก และโก่งหลังบริเวณบั้นเอวขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้

- หายใจออกทางปาก นับ ๑ ถึง ๕ พร้อมกับเงยหน้าขึ้น และแอ่นหลังบริเวณบั้นเอวลงให้มากที่สุด ทำสลับกันเช่นนี้ ทำวันละ ๑๐ ครั้ง



ภาพที่ ๑๔ แสดงท่า Pelvic rocking

ที่มา : Wong et. al., ๒๐๐๒, p.๒๐๐ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๖๒

## การบริหารกล้ามเนื้อขา และน่อง (Calf stretching)

**ประโยชน์ :** ช่วยป้องกันการเกิดตะคริวที่ขา น่อง บรรเทาอาการเส้นเลือดขอดที่ขา และอาการปวดที่เกิดจากเส้นเลือดขอด ช่วยให้กล้ามเนื้อขา และน่องแข็งแรง

**วิธีทำ** - หันหน้าเข้าหาผนังห้อง ยืนตรงแยกเท้าออกจากกันเล็กน้อย

- ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างทาบบนผนังห้อง โดยให้แขนอยู่ในลักษณะตั้งฉากกับผนังห้อง สูดลมหายใจเข้าพร้อมกับก้าวขาขวาไปด้านหลังพอสมควร โดยวางส้นเท้าราบลงกับพื้นนับ ๑ ถึง ๕ หลังจากนั้นหายใจออกทางปาก พร้อมกับย่อเข่าซ้ายลงและเหยียดขาขวาจนรู้สึกตึงที่น่องนับ ๑ ถึง ๕ แล้วจึงพักขา ๒-๓ นาที ทำซ้ำโดยเริ่มจากขาอีกข้างหนึ่ง ทำวันละ ๑๐ ครั้ง

- อาจใช้มือทั้ง ๒ ข้างจับที่พนักเก้าอี้หรือขอบโต๊ะที่มั่นคงและแข็งแรง แทนการใช้ผนังห้องได้

**ท่าทางการทรงตัว** สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา โดยเฉพาะมดลูกที่มีขนาดโตขึ้น ทำให้จุดสมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการปวดหลังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้

**ท่ายืนที่ถูกต้อง** ปฏิบัติดังนี้

- ลำตัวตั้งตรง และจัดให้ศีรษะ ลำคอ และคางอยู่ในแนวตรง
- ไหล่และหน้าอกยึดตรง ดึงไหล่ให้ผายออก
- แขนแนบขนานกับลำตัว
- หน้าท้องและสะโพกไม่ยื่นแอ่นไปข้างหน้ามาก ดึงเก็บสะโพกให้อยู่ในแนวตรงกระชับกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่ให้ยื่นมาก
- เข่างอเล็กน้อยเพื่อช่วยรับน้ำหนักที่เท้า
- เท้ายืนให้มั่นและแยกเท้าห่างกันเล็กน้อย เพื่อช่วยกระจายน้ำหนักไปที่จุดกึ่งกลางเท้า

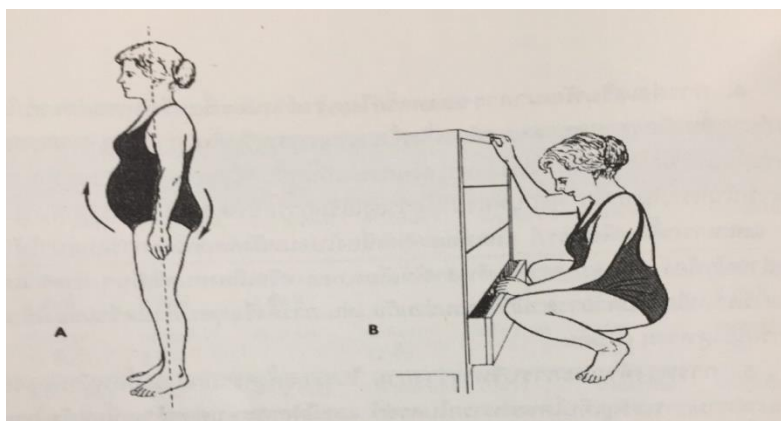
**ท่านั่งที่ถูกต้อง** ปฏิบัติดังนี้

- นั่งลงบนเก้าอี้ ใช้หมอนหนุนหลังบริเวณบั้นเอวและวางเท้าทั้งสองข้างแนบกับพื้น จะช่วยให้นั่งได้สบาย แต่ถ้าปลายเท้าลอยพ้นพื้นให้ใช้เก้าอี้เตี้ย ๆ รองบริเวณปลายเท้าทั้งสองข้าง หรือยกเท้าทั้งสองข้างสูงระดับสะโพกโดยวางเท้าบนเก้าอี้กึ่งตัวหนึ่ง
- ควรย่อตัวลงหยิบของกับพื้นแทนการก้มหรือนำมัตถมาเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง

**ท่านอนที่ถูกต้อง** ปฏิบัติดังนี้

- สตรีตั้งครรภ์ควรนอนตะแคงและมีหมอนรองระหว่างมือและขา หมอนนิ่ม ๆ จะช่วยให้นอนหลับได้สบายขึ้น
- การลุกจากท่านอน ท่าที่ถูกต้องคือนอนตะแคงข้าง แล้วใช้มือและแขนทั้ง ๒ ข้าง ช่วยดันตัวให้ลุกขึ้นจากที่นอน การลุกอย่างถูกต้องจะช่วยป้องกันอาการปวดหลังและปวดบริเวณกล้ามเนื้อหน้าท้อง





ภาพที่ ๑๕ A ทำยีนที่ถูกต้อง

ภาพที่ ๑๕ B ทำนั้งเก็บของที่ถูกต้อง

ที่มา : Bobax & Jensen, ๑๙๙๓ p.๓๐๘ อ้างถึงในวรรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๕๘



ภาพที่ ๑๖ ทำนอนที่ถูกต้อง

ที่มา : [www.transitiontoparenthood.com/ttp/foreducators/arthome.htm](http://www.transitiontoparenthood.com/ttp/foreducators/arthome.htm)

อ้างถึงในวรรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๕๙

**๔. ด้านการมีเพศสัมพันธ์** สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความอายที่จะถามถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนัก และถามข้อมูลถึงการมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ โดยการเปิดโอกาสให้ซักถามและใช้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ไม่มีข้อห้าม แต่ห้ามในรายที่สตรีตั้งครรภ์เคยมีประวัติการแท้ง มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด ในระยะแรกของการตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์จะมีความต้องการทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง เนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมน estrogen ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เต้านมมีอาการเจ็บคัดตึง การตื่นตัวทางเพศ (sexual arousal) ลดลง และประกอบกับมีความกังวลเกี่ยวกับอันตรายต่อทารกในครรภ์ โดยปกติเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมักจะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์งดมีเพศสัมพันธ์ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการแท้งบุตร และงดมีเพศสัมพันธ์ในช่วง ๔ สัปดาห์ก่อนคลอด เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และป้องกันการติดเชื้อ

ในไตรมาสที่ ๒ ของการตั้งครรภ์จะมีเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณอุ้งเชิงกรานเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจมีความรู้สึกถึงจุดสุดยอดเป็นครั้งแรก ในขณะที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากการมีเลือดมาเลี้ยงที่บริเวณอุ้งเชิงกรานมากขึ้น แต่ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์มดลูกจะมีขนาดขยายใหญ่ขึ้น และมีความรู้สึกอึดอัดขณะนอนหงาย ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์และสามีควรเปลี่ยนท่าทางการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ท่านอนตะแคง (side by side position) หรือท่าที่สตรีตั้งครรภ์อยู่ด้านบน (women on top position) นอกจากนี้ถ้าคู่สมรสมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ควรแนะนำการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

**๕. ด้านการนอนหลับพักผ่อน** การเจริญเติบโตของร่างกายเกิดขึ้นจากการหลั่งของ growth hormone ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต และเกี่ยวข้องกับขบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย ซึ่งฮอร์โมนนี้จะหลั่งออกมาสูงสุดในขณะที่ร่างกายนอนหลับ การตั้งครรภ์ทำให้เพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกายมากกว่าปกติ จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการการพักผ่อนนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ร่างกายได้มีการสร้างเซลล์ใหม่ในระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ เนื่องจากร่างกายต้องการการพักผ่อนมากกว่าปกติอยู่แล้ว แต่อาจพบสตรีตั้งครรภ์บางรายมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ อาจแนะนำให้ดื่มนมอุ่น ๆ นอนพักในที่เงียบสงบ ออกกำลังกายที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อคอ ไหล่ และแขน จะช่วยทำให้นอนหลับได้ดีขึ้น

ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มักพบปัญหาตื่นขึ้นมาเวลากลางคืน นอนได้เป็นระยะเวลาสั้น ๆ หรือตื่นเนื่องจากทารกในครรภ์ดิ้นแรง นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์บางรายอาจเกิดอาการปัสสาวะบ่อยในช่วงเวลากลางคืน กรดไหลย้อน (heartburn) หรืออาการหายใจลำบาก (dyspnea) ก็เป็นสาเหตุทำให้สตรีตั้งครรภ์ตื่นมากลางดึก โดยเฉพาะถ้าสตรีตั้งครรภ์นอนในท่านอนหงายราบ สาเหตุเหล่านี้ทำให้สตรีตั้งครรภ์นอนหลับไม่เพียงพอ เกิดความรู้สึกกังวล และอ่อนเพลีย ควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคง ศีรษะสูงโดยการหนุนหมอน ๒ ใบ

สตรีในระยะตั้งครรภ์ควรมีการพักผ่อนให้เพียงพอในเวลากลางคืน และถ้าเป็นไปได้ควรหาเวลาพักผ่อนในช่วงเวลาบ่าย และท่านอนที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์คือท่านอนตะแคงข้างซ้าย (sim's position) แล้วใช้หมอนเล็ก ๆ หรือผ้าหนุนบริเวณท้อง และใต้หัวเข่า

**๖. การให้ภูมิคุ้มกัน (Immunizations)** สตรีตั้งครรภ์อาจจำเป็นต้องได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส (viral infection) ที่อาจคุกคามต่อสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ วัคซีนป้องกันโปลิโอ (Polio vaccine), วัคซีนหัดเยอรมัน (Rubella) ควรให้ก่อนตั้งครรภ์ และควรคุมกำเนิดไว้อย่างน้อย ๓ เดือน, วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) ควรให้เมื่อหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ครบ ๔ เดือนขึ้นไป, วัคซีนบาดทะยัก (Tetanus Toxoid: TT)

Tetanus Toxoid: TT ปัจจุบันเปลี่ยนรูปแบบเป็นวัคซีนรวม เช่น คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก (Diphtheria- Tetanus- Pertussive vaccine: DTP) หรือ คอตีบ บาดทะยัก (Diphtheria- Tetanus vaccine: dT) โดยเข็มแรกให้ตอนอายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ นัดฉีดเข็มที่สองห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย ๑ เดือน และเข็มที่สามห่างจากเข็มที่สองอย่างน้อย ๖ เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก ๑๐ ปี

**๖.๑** กรณีสตรีตั้งครรภ์เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว ๑ เข็ม ให้ฉีดอีก ๒ เข็ม โดยเข็มที่สองห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย ๑ เดือน และเข็มที่สามห่างจากเข็มที่สองอย่างน้อย ๖ เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก ๑๐ ปี

**๖.๒** กรณีเคยได้รับวัคซีนมาแล้ว ๒ เข็ม ให้ฉีดอีก ๑ เข็ม โดยมีระยะห่างจากเข็มที่สองอย่างน้อย ๖ เดือน จากนั้นให้กระตุ้นทุก ๑๐ ปี

**๖.๓** กรณีเคยได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ ๓ เข็มมาก่อน และเกิน ๕ ปี ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้นอีก ๑ เข็ม ขณะตั้งครรภ์ โดยช่วงที่แนะนำคือหลังจากอายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ แต่ถ้าไม่ได้รับการฉีดกระตุ้นในช่วงตั้งครรภ์ ควรให้ทันทีหลังคลอด ซึ่งสามารถสร้างภูมิคุ้มกันและส่งผ่านจากมารดาสู่ทารกได้จาก Antibody ผ่านทางน้ำนม แต่ถ้าเคยฉีดครบชุดมาแล้วไม่เกิน ๕ ปี ไม่ต้องฉีดกระตุ้น

**๖.๔** กรณีที่ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนในอดีต ให้ฉีด dT ๓ เข็ม โดยให้เข็มแรก เมื่อมาฝากครรภ์ เข็มที่สองห่างจากเข็มแรกอย่างน้อย ๑ เดือน เข็มที่สามห่างจากเข็มที่สองอย่างน้อย ๖ เดือน ถ้าภายหลังฉีดแล้วประมาณ ๔-๑๒ ชั่วโมง เกิดปฏิกิริยาปวด บวมบูน แดงบริเวณที่ฉีด โดยอาการบวมอาจลามจากหัวไหล่ไปถึงข้อศอก (Arthus reaction) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาแสดงว่าเคยได้รับวัคซีนที่มีส่วนประกอบของบาดทะยักมาแล้วและมีระดับภูมิคุ้มกันสูง ให้หยุดฉีดบาดทะยัก dT/TT อย่างน้อย ๑๐ ปี ทั้งนี้เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากการอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย (cellulitis) เนื่องจากการฉีดที่ไม่สะอาดและมีการปนเปื้อน

### การป้องกันปัญหาสุขภาพของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ปกติ

#### การพยาบาลภาวะไม่สุขสบายอื่น ๆ

ความไม่สุขสบายในระยะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาค แม้ว่าความไม่สุขสบายในระหว่างตั้งครรภ์จะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ แต่ถ้าขาดความสนใจเอาใจใส่ดูแลอาจเกิดพยาธิสภาพขึ้นได้ พยาบาลควรประเมินความไม่สุขสบายในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ในแต่ละไตรมาส ดังนี้

#### ไตรมาสที่ ๑

**๑. อาการคลื่นไส้ อาเจียน (nausea and vomiting or morning sickness)** เป็นอาการที่เกิดขึ้นในช่วง ๔ เดือนแรกของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์ที่ ๔-๑๔ อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ สะอึก จุกเสียดยอดอก น้ำลายมาก และกระหายน้ำ บางรายมีความต้องการรับประทานอาหารเฉพาะอย่าง (craving) เช่น อาหารรสจัด หรือรับประทานของแปลก ๆ ที่ไม่ใช่อาหาร (pica) เช่น ดินเหนียว ดอกไม้ เป็นต้น อาการคลื่นไส้ อาเจียนส่วนใหญ่มักเกิดในตอนเช้า จึงเรียกว่า morning sickness ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากตลอดวัน ถือว่ามีภาวะแพ้ท้องรุนแรง (hyperemesis gravidarum) ทำให้ร่างกายขาดน้ำ เสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และขาดอาหาร จำเป็นต้องได้รับการรักษา

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบสาเหตุและอาการ เพื่อคลายความวิตกกังวล

- ให้หลีกเลี่ยงอาหารหรือสิ่งกระตุ้น เช่น อาหารรสจัด อาหารมัน อาหารที่มีกลิ่นฉุน/เหม็น การรับประทานอาหารมากเกินไป และการอยู่ในสถานที่ที่มีกลิ่นที่ไม่ชอบ เป็นต้น

- รับประทานอาหารเช้าครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพิ่มจำนวนมื้อเป็นวันละ ๕-๖ มื้อ รับประทานอาหารเช้าที่ย่อยง่าย เช่น ขนมปังกรอบ เพื่อให้ได้รับคาร์โบไฮเดรตเพิ่ม ช่วยเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้น

- จิบน้ำอุ่นทันทีที่ตื่นนอน แล้วนอนพักสักครู่ (๑๕ นาที) จึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด และป้องกันอาการหน้ามืดขณะลุกจากที่นอน

- หลังอาเจียนควรบ้วนปากให้สะอาด และลดสิ่งกระตุ้นทำให้คลื่นไส้อาเจียน

- ดื่มน้ำมาก ๆ อาจเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำขิง เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

- ให้สามีและญาติให้การดูแลเอาใจใส่ เพื่อคลายความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์

ในรายที่มีอาการรุนแรง ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ น้ำหนักลด ควรได้รับการรักษาโดยให้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน อาจให้ยาระงับประสาทและการดูแลด้านจิตใจ

**๒. น้ำลายออกมาก (ptyalism)** เกิดจากระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทแป้งมากเกินไป จะกระตุ้นต่อมน้ำลายให้ทำงานมากขึ้น มักพบได้ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ อาการจะทุเลาลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

#### การบรรเทาอาการ

- ให้เคี้ยวหมากฝรั่ง จิบเปปเปอร์มินต์ เพื่อช่วยลดความเครียด

- บ้วนปากบ่อย ๆ และดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ เพื่อลดปริมาณน้ำลายในช่องปาก

- ถ้าเป็นมาก ควรปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจให้ยานอนหลับอ่อน ๆ เพื่อเพิ่มการนอนหลับและลดการทำงานของระบบประสาท

**๓. เหงือกอักเสบ (gingivitis)** เกิดจากการกระตุ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีโลหิตไหลเวียนบริเวณเหงือกมากขึ้น และเกิดการบวมขึ้น อาการจะหายไปเองหลังคลอด ๑-๒ เดือน

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มลดการระคายเคืองต่อเหงือก

- รับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วน เพิ่มวิตามินซี เพื่อช่วยให้เส้นเลือดแข็งแรง

- ถ้ามีอาการมากปรึกษาทันตแพทย์เพื่อตรวจรักษา

**๔. ตกขาว (leukorrhoea)** ผลจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ผนังช่องคลอดและปากมดลูกบวม มีสารคัดหลั่งออกมากขึ้น

#### การบรรเทาอาการ

- อธิบายให้ทราบถึงความแตกต่างของลักษณะตกขาวปกติและผิดปกติ

- รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ล้างด้วยน้ำสะอาดและซับให้แห้งหลังขับถ่าย เปลี่ยนกางเกงในเมื่อเปียกชื้น ถ้ามีตกขาวมากควรใส่ผ้าอนามัยซับไว้และเปลี่ยนบ่อย ๆ เพื่อป้องกันการอักเสบ และลดการสะสมของเชื้อโรค ห้ามสวนล้างช่องคลอดเพราะอาจเกิดอันตรายได้

- ถ้ามีตกขาวผิดปกติ ต้องรีบมาพบแพทย์ และใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

## ๕. ปัสสาวะบ่อย มักเกิดในช่วงไตรมาสแรกและไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์

### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- อธิบายให้ทราบสาเหตุเพื่อคลายความวิตกกังวล
- ควรดื่มน้ำอย่างน้อย ๒,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวันเพื่อช่วยการระบายน้ำปัสสาวะ
- ควรถ่ายปัสสาวะทุก ๒-๓ ชั่วโมง ลดปริมาณน้ำดื่มก่อนเข้านอน ๒ ชั่วโมง และถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอนเพื่อลดปริมาณน้ำในกระเพาะปัสสาวะ
- ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเพราะอาจทำให้ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบติดเชื้อได้
- สังเกตอาการผิดปกติของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะสีเข้ม มีเลือดปน มีไข้ และปวดหลังบริเวณบั้นเอว ควรรีบปรึกษาแพทย์

## ๖. อารมณ์แปรปรวน (mood swings) มีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า ร้องไห้ง่ายโดยไม่มีเหตุผล

### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- อธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ และเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้คลายกังวล
- ส่งเสริมให้สามีและสมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่สตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นเพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์
- แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การทำสมาธิ การนวด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายลดความเครียด

## ไตรมาสที่ ๒

๑. อาการแสบร้อนยอดอก (heart burn) มักเกิดได้ในระยะไตรมาสที่ ๒ และ ๓ ของการตั้งครรภ์ เกิดจากการที่กรดในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับไปที่หลอดอาหารส่วนปลาย เนื่องจากกระเพาะอาหารถูกดันขึ้นโดยมดลูกที่มีขนาดใหญ่ขึ้นร่วมกับการที่ระบบย่อยอาหารทำงานช้ากว่าปกติ

### การป้องกันและการบรรเทาอาการ

- รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่เพิ่มจำนวนมื้ออาหาร เพื่อช่วยให้ย่อยได้ง่ายขึ้น อาหารถูกส่งไปที่ลำไส้ได้เร็วขึ้น ไม่เป็นภาระหนักต่อกระเพาะอาหาร
- หลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นให้อาการแสบร้อนยอดอกกำเริบ เช่น อาหารมัน อาหารทอด ช็อกโกแลต ละอาหารรสจัด เป็นต้น

- ดื่มน้ำ ๘-๑๐ แก้วต่อวัน แต่ไม่ควรดื่มน้ำร่วมกับการรับประทานอาหารเพราะจะยิ่งทำให้กระเพาะอาหารเต็ม กรดก็จะดันย้อนกลับได้มากขึ้น แต่ควรดื่มน้ำเพิ่มขึ้นในระหว่างมื้ออาหาร
- ไม่ควรนอนราบหลังรับประทานอาหาร ควรนั่งหรือนอนในท่าศีรษะสูงเพราะช่วยลดความดันในช่องท้อง ทำให้อาหารในกระเพาะย้อนกลับมาได้ยากขึ้น
- ถ้ามีอาการมากควรพบแพทย์ แพทย์อาจให้ยาลดกรด เช่น aluminum hydroxide, magnesium hydroxide และไม่ควรรับประทานยาพร้อมกับผลไม้รสเปรี้ยวเพราะจะต้านฤทธิ์ยาได้

**๒. ท้องอืด (flatulence)** ระบบย่อยอาหารเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ท้องอืด แน่นท้อง เรอ ท้องเฟ้อ และผายลมมากกว่าปกติ

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน และอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เช่น ถั่ว ข้าวโพด กะหล่ำปลี หัวหอม และหัวผักกาด เป็นต้น
- รับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง และเคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อช่วยในการย่อยและลดอาหารตกค้างที่ทำให้เกิดแก๊ส
- หลังรับประทานอาหารควรเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว
- ระวังอย่าให้ท้องผูก เพื่อลดอาหารตกค้างในลำไส้ที่จะทำให้เน่าบูดและเกิดแก๊ส

**๓. ท้องผูก (constipation)** ผลจากฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง มีการดูดซึมน้ำกลับของน้ำมากขึ้น จึงทำให้อุจจาระจับตัวเป็นก้อนแข็งทำให้เกิดอาการท้องผูก

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- ดื่มน้ำอย่างน้อย ๖-๘ แก้วต่อวัน เพื่อช่วยให้กากอาหารอ่อนตัวและเคลื่อนผ่านลำไส้ได้สะดวกขึ้น
- รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก และผลไม้ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดียิ่งขึ้น
- ฝึกนิสัยการขับถ่ายให้เป็นเวลา ไม่กลั้นอุจจาระเพื่อช่วยป้องกันอาการท้องผูก
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวได้ดี

**๔. ริดสีดวงทวาร (haemorrhoids)**สตรีที่มีอาการริดสีดวงทวารอยู่ก่อนตั้งครรภ์ อาการจะกำเริบมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ อาการท้องผูกและการเบ่งถ่ายที่รุนแรงและเรื้อรัง เป็นตัวเร่งทำให้เกิดอาการ

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- ระวังอย่าให้ท้องผูก โดยรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มมากขึ้น (high fiber diet) และดื่มน้ำอย่างน้อย ๖-๘ แก้วต่อวัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน ไม่ควรเบ่งนานขณะถ่ายอุจจาระ เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนดี
- นอนท่ายกสะโพกสูง (knee chest) ช่วยให้อุจจาระเคลื่อนตัวได้ดี

- ถ้ามีอาการเจ็บบริเวณข้อมือ ควรใช้กระเป๋าน้ำแข็งประคบ และแช่กับด้วยน้ำอุ่นเพื่อบรรเทาอาการไม่สบาย
- ถ้ามีอาการมาก ไม่ควรซื้อยาใช้เอง ควรปรึกษาแพทย์

**๕. เส้นเลือดดำขอดพอง (varicose vein)** การตั้งครรภ์ส่งผลให้มีปริมาณเลือดเพิ่มมากขึ้นและมดลูกกดหลอดเลือดดำบริเวณอุ้งเชิงกราน อาจสังเกตเห็นหลอดเลือดดำใหญ่โป่งนูนชัดเจนบริเวณต้นขา ข้อเท้า บางครั้งสามารถคลำได้เป็นลำหรือเห็นเป็นใยแมงมุม ถ้ามีเส้นเลือดขอดบวมขึ้น แดงร้อน และกดเจ็บ ควรพบแพทย์

#### การป้องกันและการบรรเทาอาการ

- ไม่ควรนั่งหรือยืนนาน ๆ ควรเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ
- บริหารขาและข้อเท้า นอนยกขาสูง ๔๕ องศา นาน ๕-๑๐ นาที วันละ ๒-๓ ครั้ง เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี
- หลีกเลี่ยงการใส่เครื่องรัดต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะหน้าท้อง
- ใช้ผ้าพันแผลแบบยืด (elastic bandage) พันจากปลายเท้าถึงหัวเข่าและโคนขา

**๖. เป็นลม (faintness)** อาการหายใจไม่สะดวก วิงเวียน และหน้ามืดเป็นลม มักพบในรายที่เปลี่ยนท่าทางเร็วเกินไป ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ ที่เรียกว่า supine hypotension syndrome หรือมีภาวะขาดน้ำตาลในเลือด มักเกิดในช่วงไตรมาสแรกและเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น

#### การป้องกันและการบรรเทาอาการ

- นอนตะแคงซ้ายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกดทับหลอดเลือด inferior vena cava ใช้หมอนหนุนศีรษะและไหล่ขณะนอนเพื่อช่วยให้หายใจสะดวกและมีเลือดไหลเวียนได้ดี
- เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในตอนเช้า ควรลุกขึ้นจากที่นอนช้า ๆ และนั่งพักบนเตียงก่อนสักครู่จึงค่อยลุกขึ้นยืนเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนขึ้นไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น
- หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัดหรือในที่ที่มีอากาศร้อนเพื่อให้หายใจได้เต็มที่ ปอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
- ถ้ามีอาการหายใจไม่สะดวก ให้นั่งพักและหายใจเข้าออกช้า ๆ ถ้ารู้สึกหน้ามืดจะเป็นลมในหนึ่ง หรือนอนลง ก้มศีรษะลงระหว่างเข่า เพื่อช่วยให้เลือดสามารถไหลเวียนขึ้นไปเลี้ยงสมองได้มากขึ้น และควรปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับการตรวจรักษา

**๗. ปวดเจ็บและชาที่ข้อและนิ้วมือ (numbness & tingling of fingers)** เกิดจากขณะตั้งครรภ์มีการคั่งของน้ำในร่างกายทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ มีการบวม น้ำ และส่งผลให้เกิดการกดทับเส้นประสาท median และ ulna nerve ก็จะทำให้เกิดการบวมที่มือ มีอาการชาโดยเฉพาะด้านนิ้วหัวแม่มือจะชามากกว่าด้านนิ้วก้อย มักเป็นตอนตื่นนอนตอนเช้า หรือถ้านอนทับมือก็จะทำให้เส้นประสาทถูกกดมากขึ้น เกิดอาการปวดข้อมือหรือ

ฝ่ามือ และเจ็บปวดบริเวณปลายนิ้ว อาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างก็ได้ เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า capal tunnel syndrome

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- วางท่าทางให้ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการนอนทับมือ เพื่อไม่ให้เกิดการกดทับเส้นประสาท median และ ulna nerve
- สวมเสื้อยกทรงที่มีขนาดพอดีกับเต้านม สายไม่คับหรือดึงรั้งเกินไป เพื่อให้เลือดไหลเวียนบริเวณแขนและมือทั้งสองข้างได้สะดวก
- บริหารกล้ามเนื้อมือและแขน และการนวดอยู่เสมอเพื่อช่วยการไหลเวียนเลือด และหากมีอาการชาและปวดให้กำมือสลับกับแบมือ และสลับมือจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น
- ลดการทำงานที่ใช้ข้อมืออย่างหนัก เช่น พิมพ์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น
- ถ้ามีอาการปวด ชา มากขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ อาจได้รับวิตามินบี ๖ เพื่อช่วยบำรุงประสาท

**๘. ปวดหลัง กระดูกเชิงกราน และสะโพก (back pain และ pelvic pain)** กลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่าง มักพบในไตรมาสที่ ๒ และ ๓ ของการตั้งครรภ์ ส่วนอาการปวดหลังส่วนบน (thoracic region) จะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ ๓ นอกจากนั้นอาจพบอาการปวดบริเวณท้องน้อย กระดูกก้นกบ และปวดร้าวลงบริเวณต้นขาด้านหลังหรือสะโพก จากการที่ทารกในครรภ์กดทับเส้นประสาทบริเวณอุ้งเชิงกราน อาจปวดต้นขาข้างเดียวหรือปวดทั้งสองข้าง

#### การป้องกันและการบรรเทาอาการ

- วางท่าทางและเปลี่ยนอิริยาบถให้ถูกต้อง เช่น ท่ายืน ท่านอน ท่านั่ง ท่าหยิบของหรือท่าก้ม เพื่อป้องกันอาการเคล็ดหรือปวดหลัง
- พักผ่อนให้เพียงพอ และหลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าเดิวนาน ๆ ไม่ควรใช้ที่นอนนุ่มเกินไป และอาจ girdle พุงหน้าท้อง เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง
- ออกกำลังกายและบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะท่าบริหารกล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และกล้ามเนื้อขา เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้อหลัง และช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างการตั้งครรภ์ได้
- หลีกเลี่ยงการยกของหนักและสวมรองเท้าส้นสูง เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหลังและน่อง
- นวดบริเวณที่ปวด เป็นการกระตุ้นปลายประสาทขนาดใหญ่ เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ทำให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ส่งผลให้ความรู้สึกปวดลดลง รวมทั้งการนวดยังช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวมและอักเสบ
- เปลี่ยนท่านอนขณะปวด ให้นอนท่ายกสะโพกสูง (knee chest) ในรายที่มีอาการปวดร้าวลงบริเวณต้นขาทั้งสองข้าง ถ้าเป็นข้างเดียวให้นอนตะแคงด้านตรงกันข้ามกับข้างที่เจ็บเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต
- ประคบด้วยความร้อน ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ลดการเกร็งตัวของเนื้อเยื่อ ส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ



### ๙. อาการคันผิวหนัง มักพบอาการคันบริเวณท้อง เต้านม และต้นขา ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน การป้องกันและบรรเทาอาการ

- รักษาความสะอาดร่างกายอยู่เสมอ ควรใช้สบู่อ่อน ๆ ซับตัวให้แห้งหลังอาบน้ำ ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดตัว เช็ดแรง ๆ เพราะจะกระตุ้นให้มีอาการคันเพิ่มขึ้น ควรใช้โลชั่นทาผิวหนังเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น
- ถ้ามีอาการคันไม่ควรเกา เพราะจะทำให้เป็นแผลถลอกและติดเชื้อได้
- ถ้ามีอาการคันมาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

### ไตรมาสที่ ๓

**๑. ตะคริว (leg cramp)** อาจเกิดจากปริมาณแคลเซียมในเลือดลดต่ำลง มดลูกที่ใหญ่ขึ้นกดทับ เส้นประสาทบริเวณต้นขา หรือการอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ทำให้เกิดตะคริวได้ง่าย กล้ามเนื้อที่พบเป็นตะคริว บ่อย ได้แก่ ขา น่อง และแขน

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- ถ้าเป็นตะคริวที่น่องแก้ไขด้วยวิธี calf stretch คือ การเหยียดขาตรง กดหัวเข่าให้ข้อพับแนบกับพื้น และกระดกปลายเท้าเข้าหาลำตัวให้มากที่สุดจนทำให้น่องตึงเพื่อลดการเกร็งของกล้ามเนื้อน่อง
- ใช้ความร้อนและความเย็นประคบเพื่อบรรเทาอาการปวด ไม่ควรนวดคลึงเพราะจะทำให้เกิดอาการปวด ช่วงที่กล้ามเนื้อหดเกร็งมากให้ใช้วิธีประคบด้วยน้ำอุ่นจัด ๆ ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการลงได้ หรือเมื่อมีอาการปวดหรือเจ็บกล้ามเนื้อมาก ใช้การประคบเย็นช่วยบรรเทาอาการได้
- หลีกเลี่ยงการวางท่าทางไม่ถูกต้อง เช่น นั่งไขว่ห้างหรือนาน เพราะจะส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี
- บริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเท้าอยู่เสมอ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณส่วนปลาย
- รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมาก เช่น ไข่แดง ปลาไส้ตัน เพื่อเพิ่มแคลเซียมในร่างกาย
- ถ้าเป็นตะคริวมากแพทย์อาจให้ calcium carbonate หรือ calcium lactate หรือ aluminum hydroxyl เพื่อยับยั้งการดูดซึมฟอสฟอรัส

### ๒. อาการบวม (edema) เกิดจากการยืนหรือนั่งนาน ๆ อยู่ในท่าทางที่ไม่ถูกต้อง หรือสวมเสื้อผ้าคับ การป้องกันและการบรรเทาอาการ

- หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งท่าเดิมนาน ๆ และการนั่งไขว่ห้าง
- นอนยกปลายเท้าให้สูงกว่าสะโพก หรือนอนตะแคงซ้ายช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดี
- บริหารกล้ามเนื้อบริเวณขา และข้อเท้า ช่วยให้เลือดไหลเวียน
- สังเกตอาการผิดปกติ ถ้าบวมมากเกินระดับหัวเข่า หรือบวมบริเวณหน้า ลำตัว ต้องรีบปรึกษาแพทย์

**๓. หายใจลำบาก (breathlessness or dyspnea)** พบได้ร้อยละ ๖๐ ของสตรีตั้งครรภ์ มดลูกที่มีขนาดใหญ่ดันกระบังลมให้สูงขึ้น

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- นั่งหรือนอนในท่าศีรษะสูง และยกมือขึ้นเหนือศีรษะ หายใจเข้าออกช้า ๆ จะช่วยให้ผ่อนคลายได้มาก และหายใจได้สะดวกยิ่งขึ้น
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอิมมากเกินไปเพราะจะทำให้กระบังลมถูกเบียด และหายใจได้ไม่เต็มปอด
- สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อยง่าย หอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษา

**๔. เจ็บบริเวณซี่ข้างเหนือกระดูกซี่โครง (rib soreness)** เกิดจากการขยายตัวของมดลูกไปกดทับกระดูกซี่โครง

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- เปลี่ยนท่าช้า ๆ ไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็วเพราะอาจทำให้เกิดอาการบาดเจ็บ
- การบริหารร่างกายในท่าบริหารกล้ามเนื้อซี่ข้าง (rib cage lifting) และยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขนและหน้าอก เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด
- นั่ง ยืน เดินตัวตรง ใช้หมอนรองไว้ด้านหลังเพื่อให้บริเวณใต้อกมีเนื้อที่เพิ่มมากขึ้น ไม่ควรนั่งห่อไหล่ และลำตัว เพราะจะทำให้มดลูกค้ำยันชายโครงมากขึ้น

**๕. นอนไม่หลับ (insomnia)** อาจเกิดจากอาการแน่นอึดอัดเนื่องจากมดลูกโตขึ้น ทำให้นอนไม่สบาย ทารกดิ้นแรง ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด และปัสสาวะบ่อย

#### การป้องกันและบรรเทาอาการ

- ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน
- นอนในท่าตะแคงและพ่อนคลายโดยใช้หมอนรูปตัวยู (U-shape pillow) รองบริเวณท้อง ขาส่วนบน หลัง และตะโพก เพื่อให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว ลดอาการปวดเมื่อยและควรใช้เทคนิคพ่อนคลายร่วมด้วย
- นอนพักกลางวันเพื่อชดเชยการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน
- ถ้ามีความวิตกกังวล ความเครียด ควรปรึกษาผู้ใกล้ชิด และถ้านอนไม่หลับจนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา

#### การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาเซลล์สมองของทารก คือ ๑) พันธุกรรม ๒) สารอาหารที่ทารกได้รับจากมารดาในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ๓) การกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

เซลล์สมองของทารกในครรภ์มีการพัฒนาโดยมีการเพิ่มทั้งจำนวนและขนาดอย่างรวดเร็ว เจริญเป็นเนื้อสมอง เส้นใยประสาทที่เชื่อมโยงกับสมอง และเชื่อมโยงกันเองเป็นข่ายใยเส้นประสาท โดยในระยะแรกเป็นขั้นตอนของการสร้างเนื้อสมอง คือ มีการแบ่งตัวของเซลล์ เพิ่มจำนวนเซลล์สมอง ขั้นตอนนี้เริ่มตั้งแต่การปฏิสนธิจนถึงอายุครรภ์ประมาณ ๑๘ สัปดาห์ หลังจากนั้นจะไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์ เป็นขั้นตอนของการเจริญเติบโตของเนื้อสมอง โดยมีการขยายขนาดและเพิ่มการเชื่อมโยงระหว่างเซลล์ประสาทสมองด้วยกัน ในระยะ ๒-๔ เดือนหลังการปฏิสนธิ เซลล์สมองของทารกจะมีการแบ่งตัวถึง ๒๕๐,๐๐๐ เซลล์ต่อนาที และเมื่อครบกำหนดคลอดจะมีเซลล์สมองถึงหนึ่งแสนล้านเซลล์ ภายหลังคลอดเซลล์สมองของทารกจะขยายขนาดได้อีกเล็กน้อย จนถึงอายุครบ ๒ ปี

ดังนั้น การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการต่าง ๆ ให้กับทารกตั้งแต่อายุอยู่ในครรภ์จะช่วยให้เซลล์สมองของทารกพัฒนาจนถึงขีดความสามารถสูงสุด มีผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคมของทารกต่อไป หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวไปแล้วก็ไม่สามารถพัฒนาเซลล์สมองให้เจริญเพิ่มได้

### วิธีการส่งเสริมพัฒนาการทารกในครรภ์

ปัจจุบันเชื่อว่าทารกสามารถรับรู้ และตอบสนองสิ่งกระตุ้นจากภายนอกมดลูกได้ตั้งแต่อายุในครรภ์มารดา โดยมีวิธีการส่งเสริมพัฒนาการทารกในครรภ์ดังนี้

**๑. การปรับด้านอารมณ์** จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่อารมณ์ดีมีความสุขจะหลั่งสารแห่งความสุข (endorphin) ผ่านไปทางสายสะดือไปยังทารก ทำให้ทารกมีพัฒนาการที่ดีทั้งทางสติปัญญา (intelligent quotient : IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligent : EQ) หรือเชาว์อารมณ์ (emotional quotient : EQ)

**๒. การกระตุ้นโดยการสัมผัส** คือการลูบหน้าท้องและการสัมผัสโดยการใช้น้ำอุ่นและน้ำเย็น

- **การลูบหน้าท้อง** ช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดา บิดา และทารกในครรภ์ ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และช่วยส่งเสริมให้ทารกมีอารมณ์ดี สงบ ไม่ก้าวร้าว รู้สึกอบอุ่น มั่นคง และเคยชินกับการสัมผัส

**วิธีทำ :** ควรลูบหน้าท้องอย่างนุ่มนวลและสม่ำเสมอ โดยใช้มือลูบวนบริเวณท้องเป็นวงกลมช้า ๆ ร่วมกับการสัมผัสทารกและตบหน้าท้องเบา ๆ หรือลูบขึ้นไปทางสี่ข้างพร้อมกับหายใจเข้าและลูบลงตรงกลางหน้าท้องพร้อมกับหายใจออกช้า ๆ ควรลูบหน้าท้องช้า ๆ สม่ำเสมอ ตั้งแต่อายุครรภ์ ๕ เดือนขึ้นไป ทำช่วงเวลาใดและนานเท่าไรก็ได้

- **การสัมผัสโดยการใช้น้ำอุ่นและน้ำเย็น** เป็นการพัฒนาเซลล์ประสาทรับความรู้สึกร้อนหนาวซึ่งจะช่วยปรับสภาพให้ทารกเคยชินกับอุณหภูมิภายนอกมดลูกซึ่งเย็นกว่าภายในมดลูก ช่วยให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และสามารถปรับตัวเข้าหาสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ง่ายและเร็วขึ้น

**วิธีทำ :** นำแก้วหรือขวดน้ำอุ่นสลับกับน้ำเย็นวางบริเวณหน้าท้องหรืออาบหน้าโดยใช้ฝักบัวฉีดบริเวณนั้น ใช้เวลาทำประมาณ ๓-๕ นาที

**๓. การโยกตัวไปทางด้านหน้า ด้านหลัง** ช่วยพัฒนาระบบประสาทส่วนรับการเคลื่อนไหวและความรู้สึกของทารกในครรภ์ ช่วยในการทรงตัว ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อคอและหลัง ช่วยให้ทารกตอบสนองต่อสิ่งเร้าและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี เพราะการโยกตัวหน้า-หลัง หรือซ้าย-ขวา วิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเป็นระบบจะทำให้ทารกในครรภ์รู้จักการต้านแรงเพื่อให้งั่งตัวอยู่ได้ ส่งผลให้มีการพัฒนาของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ทารกสามารถชันคอ พลิกตัวไปมาได้เร็วกว่าทารกปกติ และทารกเกิดความเคยชินและเกิดอารมณ์สงบกับการโยกในระยะหลังคลอดเมื่อทารกร้องกวน ถ้าอุ้มนั่งบนเก้าอี้โยก ทารกจะสงบเร็วขึ้น

**วิธีทำ :** ควรนั่งโยกตัวไปด้านหน้าและหลัง หรือซ้ายและขวา โดยนั่งโยกเป็นระบบสม่ำเสมอ ควรทำในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เงียบสงบ มีแสงไฟสลัว ควรทำสม่ำเสมอทุกวัน ทำช่วงเวลาใดและนานเท่าไรก็ได้ตั้งแต่อายุครรภ์ ๕ เดือนขึ้นไป

**๔. การใช้เสียงกระตุ้น** อาจเป็นเสียงพูดคุยของสตรีมีครรภ์หรือคู่สมรส เสียงดนตรี หรือเสียงที่เกิดจากธรรมชาติจะทำให้ทารกในครรภ์ผ่อนคลาย สมองแจ่มใส การใช้เสียงกระตุ้นเป็นการพัฒนาระบบการได้ยิน โดยเสียงจะผ่านเข้าสู่สมองส่วนรับการได้ยินของทารกในครรภ์ไปกระตุ้นระบบประสาททำให้มีการพัฒนาเซลล์สมองให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และมีการเชื่อมโยงกันมากขึ้น เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับการได้ยินในระยะหลังคลอด ช่วยส่งเสริมให้ทารกมีอารมณ์ดี สงบ เยือกเย็น เป็นเด็กเลี้ยงง่าย ไม่ร้องกวนภายหลังคลอด ช่วยให้มีพัฒนาการทางด้านภาษาและการออกเสียงเร็วกว่าปกติ และช่วยส่งเสริมความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร

**วิธีทำ :** ใช้เสียงดนตรีหรือเสียงเพลงจังหวะช้า ๆ เช่น เพลงบรรเลง เพลงคลาสสิก หรืออาจจะเป็นเพลงที่ชอบฟัง ซึ่งทารกจะตอบสนองโดยการดิ้นเบา ๆ หรืออ่านหนังสือ เล่านิทาน หรือร้องเพลง ควรใช้น้ำเสียงที่นิ่มนวลและพูดคุยบ่อย ๆ ควรทำในช่วงที่ทารกดิ้น หรือช่วงเย็นหรือกลางคืน โดยเลือกใช้ห้องที่เงียบสงบและพูดคุยทุกวัน ทำวันละประมาณ ๑๐-๑๕ นาที ทำเมื่ออายุครรภ์ ๕ เดือนขึ้นไปก็ได้ เพราะช่วงนี้ทารกจะเริ่มรับรู้และเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบได้ดี

ปัจจุบันมีการผลิตอุปกรณ์ใช้พูดคุยกับทารกในครรภ์ที่เรียกว่า infant phone ปลายหนึ่งครอบไว้ที่หน้าท้องของมารดาบริเวณใกล้กับศีรษะของทารกในครรภ์ อีกปลายหนึ่งไว้ให้มารดาพูดคุยกับทารก หรืออาจใช้กระดาษพับเป็นรูปกรวยปลายแคบให้สตรีมีครรภ์พูด และวางกระดาษปลายกว้างครอบไว้กับหน้าท้องให้ทารกฟัง

ดังนั้น พยาบาลควรสนับสนุน ให้สตรีมีครรภ์และครอบครัวมีการส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของเด็กในอนาคต

### การเตรียมตัวเพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

น้ำนมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก มีคุณค่าต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของมารดาและทารกในการสร้างเสริม สนับสนุน ให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อความสำเร็จในการส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาดังนี้

## บันได ๑๐ ขั้น สู่ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานบริการ ดังนี้

๑. มีนโยบายการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นลายลักษณ์อักษรที่สื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขทุกคน ได้รับรู้เป็นประจำ
๒. ฝึกอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขทุกคนให้มีทักษะที่จำเป็นในการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติ
๓. ชี้แจงให้สตรีมีครรภ์ทุกคนทราบถึงประโยชน์และวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
๔. ช่วยมารดาเริ่มให้บุตรดูดนมภายในครึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอด
๕. แสดงให้มารดาวิธีเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและวิธีให้น้ำนมยังคงมีปริมาณพอเพียงแม้ว่ามารดาและบุตรจะต้องแยกกัน
๖. อย่าให้อาหาร น้ำ หรืออาหารอื่นแก่ทารกแรกเกิด นอกจากนมมารดา ยกเว้นแต่ในรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
๗. ให้มารดาและบุตรอยู่ห้องเดียวกันตลอด ๒๔ ชั่วโมง
๘. สนับสนุนให้บุตรได้ดูดนมมารดาทุกครั้งที่ต้องการ
๙. อย่าให้บุตรดูดหัวนมยาง หัวนมปลอม หรือหัวนมปลอม
๑๐. สร้างเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และส่งต่อมารดาเข้ากลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก

## แนวทางในการปฏิบัติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะตั้งครรภ์

๑. การประเมินความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยประเมินเจตคติ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิมของมารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ความตั้งใจและระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนเจตคติ และเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
๒. ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะตั้งครรภ์ ดังนี้
  - ๑) การพูดคุยสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ สามี และสมาชิกครอบครัวได้เข้าฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพื่อจะได้พิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีการในการให้นมบุตรได้ด้วยตนเอง
  - ๒) การพูดคุยเกี่ยวกับอุปสรรคที่พบบ่อยในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น การขาดความมั่นใจ ความอาย ความกังวล ความกลัวเจ็บหัวนม เพื่อให้คำอธิบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้
  - ๓) การให้ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตรเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกาย
  - ๔) อธิบายถึงความเสี่ยงของการให้อาหารชนิดอื่นที่ไม่ใช่นมมารดาแก่ทารกในช่วง ๖ เดือนแรกหลังคลอด การใช้ขวดนมและหัวนมปลอม ความแตกต่างของนมมารดาและนมผสม ความเสี่ยงและอันตรายจากการไม่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

๕) ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

## ไตรมาสถที่ ๒

๑) แนะนำให้มารดาและสามีเข้าร่วมโปรแกรมหรือโครงการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่โรงพยาบาลจัดขึ้น

๒) กระตุ้นและสนับสนุนให้มารดาเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

๓) ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น ความสำคัญของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเตี๋ยว (exclusive breastfeeding) นาน ๖ เดือน กายวิภาคสรีรวิทยาของการสร้างและหลั่งน้ำนม การให้นมตามความต้องการของบุตร การยืนยันว่าน้ำนมแม่มีปริมาณเพียงพอ ความถี่ของมือนม สื่อสัญญาณที่ทารกแสดงว่าหิว และการสังเกตว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ

๔) ความสำคัญของการสร้างความผูกพันกับบุตรในระยะแรกเกิด (early bonding) การโอบกอดและสัมผัสบุตรแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin to skin contact) ให้เร็วที่สุดจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ทำให้มารดาและบุตรได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทารกบางรายสามารถดูดนมมารดาได้ทันที ในบางรายอาจใช้เวลา ๒๐-๓๐ นาที หรือมากกว่า ๑ ชั่วโมง

๕) ความสำคัญของการอยู่ร่วมห้องเดียวกับทารกตลอด ๒๔ ชั่วโมง (rooming-in) จะช่วยให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้ตามต้องการ มารดามองเห็นและให้การดูแลบุตรได้ตลอดเวลา ช่วยให้ผู้เลี้ยงบุตรได้เรียนรู้และเข้าใจสัญญาณหิวจากบุตร เช่น การดูดปาก การดูดมือ เป็นต้น

๖) วิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเบื้องต้น อธิบายวิธีอุ้มบุตรอย่างถูกต้อง เพื่อช่วยให้บุตรดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพและกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนมอย่างเพียงพอ ดังนี้

- ใช้หลัก four key signs ของท่าในการให้นม ได้แก่ ๑) ศีรษะและลำตัวทารกอยู่ในแนวเดียวกัน ๒) ตัวทารกหันเข้าหาเต้านม จมูกของทารกตรงกับหัวนมมารดา ๓) ตัวของทารกชิดตัวของมารดา และ ๔) นิ้วของมารดาไม่อยู่บนลานนมหรือใกล้กับหัวนม

- ใช้หลัก four key signs ของการอมหัวนม ได้แก่ ๑) มองเห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง ๒) ทารกอ้าปากกว้าง ๓) ริมฝีปากล่างของทารกบานออก และ ๔) คางทารกแนบหรือเกือบแนบกับเต้านมของมารดา

๗) ความสำคัญของการดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนม ทำให้น้ำนมมาเร็วและเพียงพอต่อความต้องการของบุตร

๘) การรักษาเต้านมให้คงรูปทรงด้วยการใส่ยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะ เต้านมจะขยายใหญ่ขึ้น สตรีตั้งครรภ์จึงควรใส่เสื้อยกทรงที่มีขนาดพอเหมาะและสามารถพยุงเต้านมได้ดีเพื่อป้องกันการกดทับท่อน้ำนมและเต้านม

## ไตรมาสถที่ ๓

๑) การสาธิตและฝึกปฏิบัติโดยให้สตรีตั้งครรภ์ปกติ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง รวมทั้งผู้ที่ช่วยเหลือเลี้ยงบุตร ได้ฝึกการจับเต้านม ทำอุ้มบุตร และการให้บุตรอมหัวนมอย่างถูกต้อง

๒) การทบทวนขั้นตอนการเริ่มให้นมมารดาแก่บุตร ผลกระทบของการให้นมชนิดอื่น และอาหารสำหรับมารดาในระยะให้นมบุตร

๓) การกระตุ้นให้สตรีตั้งครรถ์พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำหรับมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

๔) การทำความสะอาดเต้านมและหัวนม ขณะอาบน้ำไม่ควรใช้สบู่ฟอกบริเวณลานนม และหัวนม หรือใช้สารเคมีใด ๆ เช็ดหัวนม เพราะอาจไปชะล้างสารที่ให้ความชุ่มชื้นบริเวณหัวนมหรือลานนม จะทำให้ผิวหนังแห้งแตกได้ง่าย ถ้ามีคราบน้ำนมเหลือง (colostrum)แห้งติดควรใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ด ไม่ควรแกะเกา เพราะจะทำให้หัวนมถลอกเป็นแผลและติดเชื้อได้ง่าย

### การประเมินเต้านมและหัวนม และการช่วยเหลือแก้ไขความผิดปกติของหัวนม

๑) การตรวจดูขนาดและรูปร่างของเต้านมและหัวนม และความสมดุลของเต้านมทั้งสองข้าง โดยการคลำเต้านมเพื่อตรวจสอบความผิดปกติ เช่น หัวนมสั้น บอด แบน บุ่ม หัวนมใหญ่ หัวนมยาว จากนั้นก็ตรวจหัวนมด้วยวิธี Waller's test โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางทาบบัวกับผิวหนังตรงรอยต่อระหว่างฐานของหัวนม และลานนม (areolar) กดนิ้วเบา ๆ แล้วบีบนิ้วมือทั้งสองเข้าหากัน หัวนมปกติควรวัดขนาดความยาวได้ตั้งแต่ ๐.๗ เซนติเมตร ขึ้นไป หากมีหัวนมสั้นหรือแบน หัวนมจะผลุบลงไประหว่างนิ้วทั้งสองนั้น

๒) การประเมินความยืดหยุ่นของลานนมโดยการดึงหัวนม ถ้าลานนมสามารถยืดตามแรงได้ดี แสดงว่าลานนมมีความยืดหยุ่นดี แต่ถ้าลานนมต้านหรือไม่ยืดตามแรงดึงแสดงว่ามีความยืดหยุ่นไม่ดี

### การแก้ไขปัญหาหัวนมและลานนม

เมื่อตรวจพบความผิดปกติของหัวนม พยาบาลควรให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจแก่สตรีตั้งครรถ์ โดยอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรถ์จะช่วยให้หัวนมยื่นออกมามากขึ้น และในระยะหลังคลอดทารกบางรายจะสามารถดูดและดึงหัวนมที่สั้นให้ยืดออกทีละน้อยทำให้สามารถดูดนมได้ ไม่ควรใช้คำพูดหรือแสดงท่าทางที่ทำให้สตรีตั้งครรถ์ขาดความมั่นใจ เช่น แก้ไขยาก ต้องใช้เวลานานในการแก้ไข บุตรดูดลำบาก เป็นต้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาหัวนมตั้งแต่ในระยะตั้งครรถ์จึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาหัวนมหรือลานนม มีดังนี้

๑) การทำ Hoffman's maneuver กรณีที่พบว่าหัวนมสั้น (short nipple) แบน (flat nipple) และบุ่ม (inverted nipple) แนะนำให้แก้ไขโดยวางนิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างบริเวณรอยต่อระหว่างหัวนมและลานนม กดนิ้วทั้งสองลงแล้วรูดแยกออกจากฐานของหัวนมในทิศทางตรงกันข้าม ทำจนรอบทั้ง ๘ ทิศ แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ ดึงหัวนมขึ้น ๒-๓ ครั้ง นับเป็น ๑ ชุด ทำซ้ำประมาณ ๔-๕ ชุด ก่อนและหลังอาบน้ำทุกวัน จะช่วยให้หัวนมยาวขึ้น

๒) การดึงและคลึงหัวนม (nipple pulling and rolling) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับด้านข้างของหัวนมที่ติดกับลานนมคลึงเบา ๆ พร้อมทั้งดึงให้หัวนมยืดออกมาเล็กน้อยแล้วปล่อย จะช่วยให้หัวนมยืดและยาวขึ้น ทำนานประมาณ ๑-๒ นาที ทำซ้ำ ๒-๓ ครั้ง หลังอาบน้ำเข้าและเย็น

๓) การใช้ nipple puller โดยใช้นิ้วมือบีบที่ลูกยางแดง วางกรวยพลาสติกครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิท ปล่อยูกยางแดงเบา ๆ เพื่อให้เกิดแรงดูดและดึงให้หัวนมยื่นยาวออกมา ทำข้างละประมาณ ๑๐ นาที แล้วคลายลูกยางแดงออกโดยค่อย ๆ บีบลูกยางแดงเข้าหากันและแยกกรวยพลาสติกชิ้นเล็กน้อย ค่อย ๆ ดึงออกจากลานนม

๔) การใช้ syringe puller ตัดปลาย syringe ขนาด ๒๐ ซี.ซี. แล้วนำลูกสูบของกระบอกฉีดยามาสวมย้อนทางจากด้านที่ตัดปลายออก ดึงลูกสูบโดยให้ส่วนปลายของลูกสูบอยู่ห่างจากปลายของกระบอกฉีดยาเล็กน้อยก่อนนำมาวางครอบบริเวณหัวนมให้แนบสนิท ดึงลูกสูบให้เกิดแรงดูดและดึงให้หัวนมยื่นยาวออกมาอย่างนุ่มนวล ทำข้างละประมาณ ๕-๑๐ นาที หลังอาบน้ำเข้าเย็น

๕) การใช้ปั๊มแก้ว (breast shell หรือ breast cup) ใช้ในรายที่ลานหัวนมตึงหรือหัวนมสั้น โดยจะใส่ครอบปั๊มแก้วซึ่งทำด้วยพลาสติกใสบนหัวนม แนะนำให้ใส่ปั๊มแก้วในไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ ในช่วงเริ่มต้นอาจใส่วันละ ๒-๓ ชั่วโมงต่อวัน ไม่ควรใส่ตอนกลางคืน เมื่อคลอดบุตรแล้วอาจใส่ก่อนให้นมบุตร ๓๐ นาที

ข้อควรระวังการแก้ไขปัญหาหัวนมผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ทั้งวิธี Hoffman's maneuver, การใช้ nipple puller, การใช้ syringe puller เป็นการดึงหัวนมที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกและคลอดก่อนกำหนดได้ แนะนำให้ทำในช่วงอายุครรภ์ ๒๕-๓๕ สัปดาห์ และต้องทำด้วยความนุ่มนวลและระมัดระวัง ถ้าหากมีการหดตัวของมดลูกให้หยุดทำ ไม่แนะนำให้ทำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติ preterm หรือมีความเสี่ยง preterm labor และการใช้ nipple puller และ syringe puller อย่างผิดเทคนิคอาจทำให้หัวนมแตกได้ ถ้าพบว่าหัวนมแตกให้หยุดทำและมาพบแพทย์

### การเตรียมตัวเพื่อการคลอด

ระยะใกล้คลอดสตรีตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับการคลอด พยาบาลควรมีการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอดโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด สิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด บางโรงพยาบาลอาจจัดให้สตรีตั้งครรภ์ได้ไปเยี่ยมชมห้องคลอด ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ให้กับสตรีตั้งครรภ์ ก็เพื่อจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงได้ โดยพยาบาลควรมีการเตรียมสตรีตั้งครรภ์เพื่อลดความปวดในระยะคลอดในเรื่องการเพ่งจุดสนใจ (focal point) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (breathing technique) และการลูบหน้าท้อง (effeurage) ดังนี้

๑. การเพ่งจุดสนใจ (focal point) ในระยะคลอดสัญญาณที่แรงที่สุดมาจากการหดตัวของมดลูก หลักการนี้ คือ วิธีที่ทำให้เกิดสัญญาณที่แรงกว่าไปทดแทนสัญญาณจากมดลูก โดยการเพ่งจุดสนใจไปที่พฤติกรรมที่ตนเองสนองขณะที่มดลูกมีการหดตัว เมื่อมีการหดตัวของมดลูก สตรีตั้งครรภ์จะถูกสอนและฝึกหัดตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ให้สามารถควบคุมการตอบสนองของร่างกายได้ทันที ซึ่งมีผลทำให้บริเวณที่ยับยั้งสัญญาณจากมดลูกมีกำลังแข็งแรงขึ้น และระดับการรับรู้ต่อความรู้สึกอื่น ๆ จะลดน้อยลง ความรู้สึกเจ็บครรภ์จึงลดลง ระดับความทนทานต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น



## วิธีปฏิบัติ

การเพ่งจุดสนใจ จะทำไปพร้อม ๆ กับการลูบหน้าท้อง และการฝึกหายใจ เป็นการเบนความสนใจของผู้คลอด โดยสตรีตั้งครรภ์อยู่ในท่าใดก็ได้ ลืมตา เพ่งจุดสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งที่เป็นจุดหนึ่งหรือจุดที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น รูปภาพติดฝาผนัง ฯลฯ สายตาจับอยู่ที่จุดนั้นตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่มดลูกหดตัวจนถึงมดลูกคลายตัว

**๒. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxation)** การฝึกผ่อนคลายเป็นวิธีที่มีประโยชน์มาก เพราะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และความไม่สุขสบายในขณะที่มดลูกบีบหรือหดตัว ควรฝึกสม่ำเสมอทุกวันตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพราะเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะสามารถใช้พลังงานอย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่เสียพลังงานโดยไม่จำเป็น

## วิธีปฏิบัติ

ในขณะที่มดลูกหดตัว สตรีตั้งครรภ์ต้องคลายกล้ามเนื้อร่างกายส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการคลอดอยู่เสมอ ตลอดระยะเวลาของการคลอด หรือถ้ารู้สึกว่าคุณเองกำลังเกร็งกล้ามเนื้อในส่วนดังกล่าวให้รับคลายทันที และทุกครั้งด้วย เพื่อสงวนพลังงานต่าง ๆ ให้มดลูกในการหดตัว ทำให้การคลอดดำเนินไปด้วยดี การฝึกการผ่อนคลายควรฝึกทุก ๆ วัน อย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง การผ่อนคลายที่ได้ผลนั้น สตรีตั้งครรภ์จะรู้สึกสบาย มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจจะลดลง

**๓. เทคนิคการหายใจ (breathing technique)** เป็นการนำเอาเทคนิคการหายใจมาใช้ในการตอบสนองต่อการหดตัวของมดลูก เพื่อที่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถควบคุมและปรับเทคนิคการหายใจที่จะทำให้การตอบสนองในระยะคลอดได้เหมาะสมยิ่งขึ้น การฝึกหายใจขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

### ท่าที่ ๑ การหายใจด้วยท้อง

**วิธีปฏิบัติ :** นอนหงาย หมอนวางใต้ศีรษะ ผ้าห่มรองใต้เข่าทั้งสอง ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย มือทั้งสองวางทับบนหน้าท้อง หายใจเข้าทางจมูก และออกทางปาก ดังนี้

หายใจเข้า ท้องป่อง นับ ๑-๒-๓

หายใจออก ท้องแฟบ นับ ๑-๒-๓

### ท่าที่ ๒ การหายใจด้วยส่วนอก

**วิธีปฏิบัติ :** ทาบมือทั้งสองลงบนซี่โครงใต้ราวนม หายใจเข้าทางจมูก และออกทางปาก ดังนี้ หายใจเข้านับ ๑-๒ แล้วหายใจออก ขณะหายใจเข้า-ออก มือที่วางบนหน้าอกจะเคลื่อนขึ้นลง

### ท่าที่ ๓ การหายใจด้วยคอ

**วิธีปฏิบัติ :** มือขวาทาบหลวม ๆ รอบลำคอเหนือไหปลาร้า หายใจเข้าออกอย่างรวดเร็วทางปาก การฝึกหายใจอาจเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ การแก้ไขมีดังต่อไปนี้

- หายใจในอุ้งมือสักครู่
- หายใจในถุงกระดาษหรือถุงพลาสติกสักครู่
- กลืนหายใจ ๑-๒ นาที

### หลักปฏิบัติในการฝึกเทคนิคการหายใจ มีดังต่อไปนี้

๑. ผู้ฝึกนั่งหรือนอนอยู่ในท่าที่สบาย ทำใจให้สบาย กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายผ่อนคลาย
๒. สายตามองจับอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งเพื่อให้เกิดสมาธิ
๓. การฝึกหายใจทุกครั้งต้องมีคำสั่งบอกว่า “มดลูกหดตัว มดลูกคลายตัว” เพื่อให้เกิดความเคยชินว่า การหายใจมีความสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก เมื่อฝึกไปนาน ๆ พอมดลูกเริ่มหดตัวก็จะเริ่มควบคุมการหายใจโดยอัตโนมัติ
๔. ก่อนและหลังการใช้เทคนิคหายใจวิธีใดก็ตาม ให้หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ ๑ ครั้ง (cleaning breath) ทุกครั้งเสมอ
๕. การหายใจแต่ละครั้งพยายามอย่าให้ความดันของกะบังลมกดลงบนมดลูก ทำโดยการหายใจเอาอากาศเข้าปอดเพียงบางส่วนเท่านั้น คือ หายใจเร็วและตื้น (chest breathing) ยกเว้นเวลาแบ่ง จะหายใจเอาอากาศเข้าเต็มปอด และใช้ในการผลักดันทารกให้คลอดออกมา

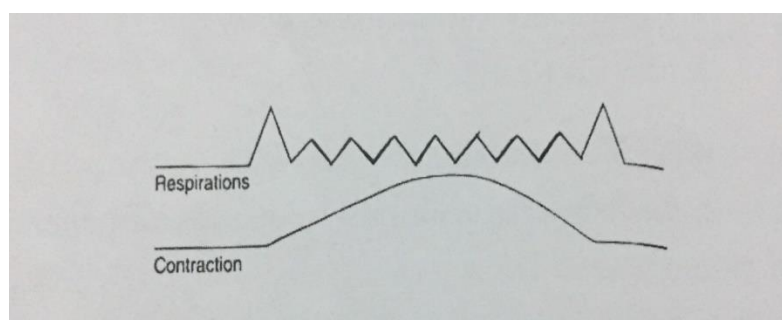
### แบบแผนการหายใจในระยะคลอด มีดังนี้

๓.๑ การหายใจแบบช้า (slow breathing) หรือการหายใจแบบก้าวไปช้า ๆ (slow paced breathing) โดยทั่วไปการหายใจแบบช้าช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายความเครียดได้ดีที่สุด และสามารถนำไปใช้ได้ดีตลอดกระบวนการคลอด

**ระยะที่ใช้ :** เมื่อปากมดลูกเริ่มเปิดขยาย-๓ เซนติเมตร หรือเพื่อผ่อนคลายความเครียด

#### วิธีปฏิบัติ

มดลูกเริ่มหดตัว	หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากหรือจมูกช้า ๆ ๑ ครั้ง
มดลูกหดตัวมากขึ้น	หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ลึก ๆ แล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ โดยเปิดปากเล็กน้อย ทำเช่นนี้ ๖-๙ ครั้งต่อนาที
มดลูกเริ่มคลายตัว	หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเล็กน้อยช้า ๆ ๑ ครั้ง



ภาพที่ ๑๗ แสดงแบบแผนการหายใจแบบช้า

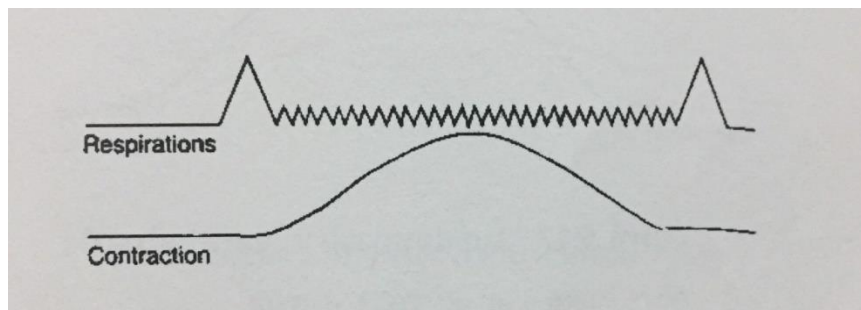
ที่มา : Pillitteri et. al., ๒๐๐๓ p.๓๓๘ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๖๘

๓.๒ การหายใจแบบตื้น (shallow breathing) หรือการหายใจแบบก้าวไปอีกขั้น (modified paced breathing)

**ระยะที่ใช้ :** เมื่อปากมดลูกเปิดขยายระหว่าง ๔-๗ เซนติเมตร หรือเมื่อรู้สึกว่าการหายใจแบบช้าไม่ได้ผล เพราะการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแรงขึ้น และระยะห่างกันครั้งหนึ่ง ๆ ใกล้กันมากขึ้นให้เปลี่ยนเป็นการหายใจแบบตื้น

#### วิธีปฏิบัติ

มดลูกเริ่มหดตัว	หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ๑ ครั้ง แล้วหายใจต่อด้วยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ แล้วหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเล็กน้อย (หายใจแบบการหายใจในระยะปากมดลูกเปิดเข้าไปเรื่อย ๆ จนกว่ามดลูกหดตัวมากขึ้น)
มดลูกหดตัวมากขึ้น	หายใจออกทางปากตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ จะรู้สึกว่าได้ออกแรงเหมือนกับหายใจอยู่ที่คอประมาณ ๒๐ ครั้ง
มดลูกเริ่มคลายตัว	หายใจต่อด้วยหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ และหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเล็กน้อย (หายใจแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่ามดลูกคลายตัว)
มดลูกคลายตัว	หายใจเข้าทางจมูก หรือปากช้า ๆ ลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากเล็กน้อย ช้า ๆ ๑ ครั้ง



ภาพที่ ๑๘ แสดงแบบแผนการหายใจแบบตื้น

ที่มา : Pillitteri et. al., ๒๐๐๓ p.๓๓๘ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๖๙

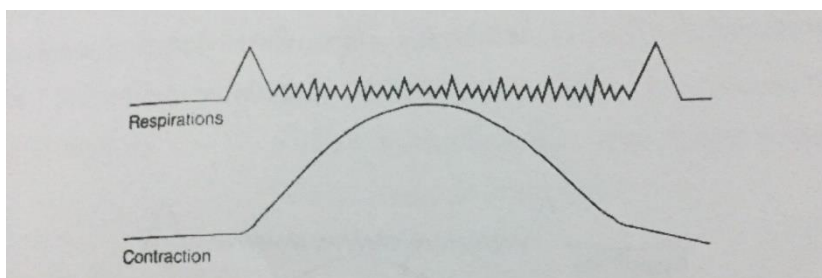
๓.๓ การหายใจแบบหอบ-เป่า (pant-blow breathing) หรือการหายใจแบบก้าวตามแบบแผน (pattern paced breathing) มีประโยชน์มากในระยะที่การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแรงมาก

**ระยะที่ใช้ :** เมื่อปากมดลูกเปิดขยาย ๘-๑๐ เซนติเมตร , รู้สึกว่าการหายใจแบบตื้นหรือแบบช้าไม่ได้ผล เพราะการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแรงขึ้นอีก และระยะห่างกันครั้งหนึ่ง ๆ ใกล้กันมาก ให้

เปลี่ยนเป็นการหายใจแบบหอบ-เป่า , การหายใจแบบหอบ-เป่านี้ ยังใช้ได้ดีในขณะที่มีลมเบ่ง แต่ต้องกลั่นลมเบ่งไว้เมื่อพยาบาลบอกว่ายังไม่ต้องเบ่งคลอด

### วิธีปฏิบัติ

มดลูกเริ่มหดรัดตัว	หายใจเข้าทางจมูก หรือปากลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก โดยเปิดเล็กน้อยซ้ำ ๆ ๑ ครั้ง
มดลูกหดรัดตัวมากขึ้น	หายใจเข้าออกทางปากสั้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ๔-๕ ครั้งติดต่อกัน แล้วหายใจออกแบบเป่าโดยการห่อปาก และเป่าลมออกทางปากยาว ๆ ๑ ครั้ง (คล้ายกับการเป่าเทียน)
มดลูกคลายตัว	หายใจเข้าทางจมูก หรือปากช้า ๆ ลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปาก โดยเปิดปากเล็กน้อย ๑ ครั้ง



ภาพที่ ๑๙ แสดงแบบแผนการหายใจแบบหอบ-เป่า

ที่มา : Pillitteri et. al., ๒๐๐๓ p.๓๓๙ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๗๐

### ๓.๔ การหายใจเพื่อเบ่งคลอด (pushing)

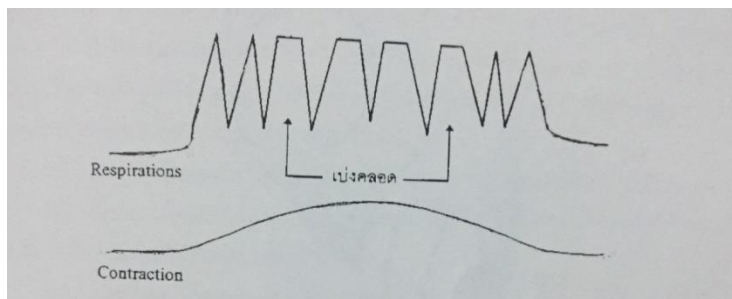
**ระยะที่ใช้ :** เมื่อปากมดลูกเปิดหมด คือ ๑๐ เซนติเมตร พร้อมกับมีลมเบ่งออกมา และพยาบาลบอกให้เบ่งคลอดได้

### วิธีปฏิบัติ

ท่าที่เหมาะสม คือ ท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน หรือนอนหัวสูงเล็กน้อย ร่างกายทุกส่วนผ่อนคลาย โดยเฉพาะบริเวณช่องคลอด และฝีเย็บ

มดลูกเริ่มหดรัดตัว	หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ๒ ครั้ง
มดลูกหดรัดตัวมากขึ้น	หายใจเข้าให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นหายใจเบ่งลงล่าง ดันกะบังลม และกลัมน้ำหนักหน้าท้องลงให้แรงดันลงไปบริเวณช่องคลอด ขณะเบ่งนับ ๑-๑๒ แล้วหายใจออกทางปาก หายใจแบบนี้ประมาณ ๓-๔ ครั้ง
มดลูกคลายตัว	หายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ทำ ๒ ครั้ง

เมื่อเข้าสู่ระยะที่สี่ระยะทารกคลอด ผู้คลอดต้องหยุดเบ่ง โดยหายใจเข้าทางจมูกซ้ำ ๆ ลึก ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากซ้ำ ๆ ๑ ครั้ง ต่อจากนั้นหายใจสั้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ เพื่อช่วยไม่ให้เบ่ง หายใจเช่นนี้ตลอดระยะการหดตัวของมดลูก เมื่อมดลูกคลายตัว หายใจเข้าทางจมูกซ้ำ ๆ ลึก ๆ แล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากซ้ำ ๆ ๑ ครั้ง



ภาพที่ ๒๐ แสดงแบบแผนการหายใจเพื่อเบ่งคลอด

ที่มา : Pillitteri et. al., ๒๐๐๓ p.๓๓๙ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๗๑

### ๓.๕ การหายใจเมื่อสี่ระยะทารกคลอด (diagrammatic breath pattern for panting)

ระยะที่ใช้ : เมื่อสี่ระยะทารกคลอด ผู้คลอดจะต้องหยุดเบ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการฝีกขาดของฝีเย็บมากเกินไป

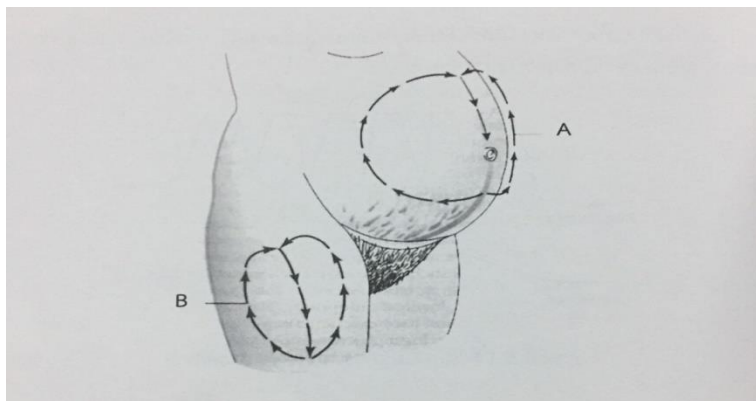
วิธีปฏิบัติ : โดยการอ้าปากหายใจเข้าออก สั้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ตลอดระยะเวลาการหดตัวของมดลูก เพื่อช่วยไม่ให้เบ่ง

๔. การลูบหน้าท้อง (effleurage) เป็นวิธีบรรเทาความเจ็บปวดจากการคลอดอีกวิธีหนึ่ง โดยทำให้สัมพันธ์กับการฝึกหายใจ เพื่อเบนความสนใจของผู้คลอดไปจากการหดตัวของมดลูก เพราะขณะลูบหน้าท้อง ผู้คลอดจะนึกถึงการลูบหน้าท้องแทนที่จะสนใจการหดตัวของมดลูก

#### วิธีปฏิบัติ

วางมือทั้งสองข้างของมารดาจรดกันตรงกึ่งกลางเหนือกระดูกหัวเหน่า (ภาพที่ ๑๒ A) โดยทำมือให้มีลักษณะเป็นอุ้งมือ ใช้ปลายนิ้วลูบ หรือนวดเบา ๆ ค่อย ๆ แยกมือลูบขึ้นมาทางด้านข้างของหน้าท้อง จนถึงส่วนบน มือจะมารดกันเหนือสะดือเล็กน้อย ลูบลงกึ่งกลาง และกลับไปเดิม ให้ทำซ้ำ ๆ เบา ๆ จะสัมพันธ์กับการหายใจออก เมื่อหายใจเข้า - ออก ๑ ครั้ง ก็จะลูบหน้าท้องได้ ๑ ครั้ง พร้อม ๆ กัน

กรณีมืออีกข้างหนึ่งไม่วางอาจเนื่องจากให้สารน้ำ อาจใช้มือข้างเดียวลูบหน้าท้องก็ได้ หรือบริเวณหน้าท้องติดเครื่องประเมนหัวใจทารกในครรภ์ไว้ อาจใช้การลูบบริเวณต้นขาแทน (ภาพที่ ๑๒ B)



ภาพที่ ๒๑ แสดงการลูบหน้าท้อง (A) และการลูบต้นขา (B)

ที่มา : Pillitteri, ๑๙๙๙, p.๓๐๙ อ้างถึงใน วรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖ หน้า ๑๗๒

### การเตรียมของใช้สำหรับมารดาและบุตรก่อนมาโรงพยาบาล

สตรีตั้งครรภ์ควรเตรียมของใช้ที่จำเป็นจัดเตรียมใส่กระเป๋าไว้ เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริงจะนำไปโรงพยาบาลได้ทันที ของใช้ที่สตรีตั้งครรภ์ควรเตรียมพร้อมไว้ ได้แก่

- ๑) บัตรสำคัญต่าง ๆ เช่น บัตรประจำตัวโรงพยาบาล รายงานใบฝากครรภ์หรือสมุดสีชมพู ใบตั้งชื่อบุตร สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสตรีตั้งครรภ์และสามี และสำเนาสมุดทะเบียนบ้าน
- ๒) ของใช้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ เสื้อผ้า ๑ ชุด แปรงสีฟัน ยาสีฟัน หวี แป้ง สบู่ น้ำยาสระผม ผ้าเช็ดตัว และผ้าอนามัยแบบมีห่วง
- ๓) ของใช้สำหรับบุตร ได้แก่ สบู่สำหรับเด็ก ผ้าอ้อม เสื้อ และผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่สำหรับห่อบุตรกลับบ้าน

### อาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด ได้แก่

๑. ทารกในครรภ์ดิ้นน้อยลง หรือไม่ดิ้น สตรีตั้งครรภ์สามารถสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ด้วยการนับหลังอาหารเป็นเวลาประมาณ ๑ ชั่วโมง ๓ มื้อ คือ เช้า กลางวัน และเย็น ถ้าทารกดิ้นมากกว่า ๓-๔ ครั้ง ใน ๑ ชั่วโมง และเมื่อรวมกัน ๓ มื้อ แล้วต้องดิ้นมากกว่า ๑๐ ครั้ง ถือว่าปกติ แต่ถ้าใน ๑ ชั่วโมง ทารกดิ้นน้อยกว่า ๓-๔ ครั้ง ให้นับต่ออีก ๑ ชั่วโมง ถ้ายังดิ้นน้อยกว่า ๓-๔ ครั้ง ควรมาพบแพทย์
๒. มีอาการบวมร่วมกับปวดศีรษะ หรือมีอาการอื่น ๆ เช่น ตาพร่ามัว จุกเสียดยอดอก
๓. มีน้ำเดิน (ถุงน้ำคร่ำรั่ว หรือแตก) คือมีน้ำใส ๆ ออกจากช่องคลอด ควรรีบมาโรงพยาบาลทันที เพราะอาจเกิดอันตรายจากภาวะสายสะดือพลัดต่ำ (prolapsed cord) หรืออาจเกิดการติดเชื้อได้
๔. มีเลือดออกทางช่องคลอด อาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด
๕. มีไข้ ถ่ายปัสสาวะแสบขัด หรือปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ
๖. มีมูกหรือมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากปากมดลูกเริ่มมีการเปิดขยาย

## ๗. มีอาการเจ็บครรภ์ ดังนี้

๗.๑ อาการเจ็บครรภ์เตือน (false labor pain) เมื่อใกล้กำหนดคลอด มดลูกจะมีการหดรัดตัวแข็งบ่อยขึ้น โดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ แต่มีความรู้สึกปวดถ่วง ๆ บริเวณหัวเหน่า มดลูกจะหดรัดตัวแข็ง ๔-๕ ครั้ง แล้วจะหายไปเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น เปลี่ยนจากท่านั่งเป็นท่าเดิน มดลูกจะคลายตัว นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ยังคงสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

๗.๒ อาการเจ็บครรภ์จริง (true labor pain) เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มดลูกจะมีการหดรัดตัวแข็ง อาการปวดจะเริ่มบริเวณท้อง ท้องน้อย แล้วปวดร้าวไปที่หลัง และหน้าขา เมื่อลูกเดินจะปวดมากขึ้น อาจมีมูก หรือมูกปนเลือดออกมาทางช่องคลอด มดลูกจะหดรัดตัวแรง และถี่ขึ้นเรื่อย ๆ แสดงว่าเป็นอาการเจ็บครรภ์จริง สตรีตั้งครรภ์ควรรีบมาโรงพยาบาล

## การสร้างสัมพันธภาพและบทบาทของมารดา ทารก ครอบครัว

### และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์เพื่อลดความวิตกกังวลต่าง ๆ และมีเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ มีความมั่นใจในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นบิดามารดาได้อย่างเหมาะสม ในแต่ละไตรมาส ดังนี้

#### ไตรมาสที่ ๑ ควรให้การพยาบาลดังนี้

๑. ประเมินภาวะจิตสังคมตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยประเมินการรับรู้และการตอบสนองของสตรีต่อการตั้งครรภ์ ความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์

๒. สนใจรับฟังและเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวแสดงความคิดเห็น และระบายความรู้สึกต่าง ๆ เพื่อลดความตึงเครียด

๓. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์

๔. ให้ความมั่นใจว่าความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) เป็นสิ่งปกติที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป เพื่อลดความรู้สึกผิด

๕. สนับสนุนและเปิดโอกาสให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการเข้ารับฟังคำแนะนำและระบายความรู้สึกต่าง ๆ สร้างเสริมให้เข้าใจปฏิกิริยา และสนับสนุนให้ตอบสนองสตรีตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

๖. อธิบายให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

#### ไตรมาสที่ ๒ ควรให้การพยาบาลดังนี้

๑. เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์แสดงความรู้สึกต่ออาการลักษณะที่เปลี่ยนไปของตนเอง และให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ

๒. อธิบายถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์ในระยะต่าง ๆ ให้สตรีตั้งครรภ์และสามีทราบ

๓. เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์และสามี ได้ฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ พร้อมทั้งให้คำส่วนต่าง ๆ ของทารกในครรภ์

๔. แนะนำให้สังเกตการณ์ดินของทารกในครรภ์ เพื่อช่วยเฝ้าระวังทารกในครรภ์

๕. แนะนำการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและทารกในครรภ์

๖. ส่งเสริมและสนับสนุนสามีและสมาชิกในครอบครัวให้มีการช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกว่าคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์

### ไตรมาสที่ ๓ ควรให้การพยาบาลดังนี้

๑. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ เช่น การพูดคุยกับทารก การสังเกตการณ์ดินของทารก การเรียกชื่อทารก การสัมผัส ลูบลำบริเวณหน้าท้อง พร้อมทั้งสังเกตการตอบสนองของทารกในครรภ์

๒. ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการสร้างสัมพันธ์ภาพกับมารดาของตนเองและมารดาของสามี ควรสนับสนุนมารดาของสตรีตั้งครรภ์และมารดาของสามีให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากความคิดเห็นไม่ตรงกัน

๓. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอด การเจ็บครรภ์ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การปฏิบัติตัวและการเลี้ยงดูทารก

๔. กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์และสามีแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับบทบาทการเป็นบิดามารดา หรือการปรับตัวในบทบาทใหม่

๕. สนับสนุนให้สามีและสมาชิกในครอบครัวประทับใจประกอบจิตใจสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้

๕.๑ อธิบายให้เข้าใจถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของสตรีตั้งครรภ์

๕.๒ ให้สมาชิกในครอบครัวร่วมวางแผนในการเลี้ยงดูทารก จัดระบบเศรษฐกิจภายในบ้าน เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับทารกที่จะเกิดมา

๕.๓ ติดตามและประเมินการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดามารดา

๕.๔ ให้ความรู้และการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และสามีมีความมั่นใจในการปรับตัวต่อบทบาทใหม่

๖. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพสำหรับสมาชิกในครอบครัวเพื่อรับสมาชิกใหม่โดยสนับสนุนให้มีการเตรียมตัวบุตรคนก่อนสำหรับการเปลี่ยนบทบาทเป็นพี่และช่วยให้ปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยแนะนำสตรีตั้งครรภ์และสามีให้บอกเด็กว่าจะมีน้อง และอธิบายว่าตนมีความสำคัญต่อน้องใหม่ เพื่อช่วยให้เด็กรู้สึกว่าคุณค่ายังมีความสำคัญไม่ถูกทอดทิ้ง หากมีการเปลี่ยนแปลงภายในบ้าน เช่น การย้ายเด็กไปอยู่ห้องอื่นเพื่อให้ห้องมาอยู่แทนต้องชี้แจงให้เข้าใจ ก่อนไปคลอดต้องบอกให้เด็กทราบและควรมีการเตรียมผู้ดูแลเด็กแทนเพื่อให้เด็กคุ้นเคย รวมทั้งเมื่อนำบุตรคนใหม่กลับบ้านควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกใหม่ด้วย



๗. ส่งเสริมการปรับตัวสู่บทบาทใหม่ของปู่ ย่า ตา ยาย เพราะบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกมาก โดยให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ปู่ ย่า ตา ยาย มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ควรจัดให้ปู่ ย่า ตา ยาย ได้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจในสิ่งที่สงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และแก้ไขข้อขัดข้องเหล่านั้น

## เอกสารอ้างอิง

จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๗). *สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์ เล่มที่ ๒ (ระยะตั้งครรภ)*. เชียงใหม่ : บริษัท ครองช่าง พรินท์ติ้ง จำกัด.

จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (บรรณาธิการ). (๒๕๖๐). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะตั้งครรภ*. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (๒๕๖๐). *การพยาบาลสตรีระยะตั้งครรภ*. กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์. (บรรณาธิการ). (๒๕๕๖). *การพยาบาลสูติศาสตร์*. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก

วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. (๒๕๕๗). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม ๑*. นนทบุรี : บริษัทยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.

วรรณรัตน์ สุวรรณ และคณะ. (๒๕๕๖). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ*. กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด.

สุพร แก้วศิริวรรณ. (๒๕๕๖). *การพยาบาลในระยะตั้งครรภ*. กรุงเทพฯ : บริษัท วี. พรินท์ ๑๙๙๑ จำกัด.

สุวิมล ยี่งู. (๒๕๕๖). *Drug Use in Pregnancy*. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อนงค์ ภิบาล, ทิพย์วรรณ นิลทยา, นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์, อุไร หัตถกิจ และวิชาญ ภิบาล. (๒๕๕๗). *การส่งเสริมสุขภาพมารดาทารกในวิถีมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้*. ปัตตานี : โรงพิมพ์มิตรภาพ.

อำไพ จารุวัชรพานิชกุล. (๒๕๕๗). *สาระหลักทางการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิด และการผดุงครรภ์ เล่มที่ ๑ (ระยะตั้งครรภ)*. เชียงใหม่ : บริษัท ครองช่าง พรินท์ติ้ง จำกัด.