

แผนการสอนหน่วยที่ 1

แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์

เวลาเรียน จำนวน 2 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1) 28/4/2564 รวม 2 ชั่วโมง

หัวข้อการเรียนรู้

1. แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา-ทารก
2. ความเป็นมาของการดูแลสุขภาพมารดา-ทารก
3. สถิติชีพที่เกี่ยวข้องกับมารดา-ทารก
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์
5. มาตรฐานการผดุงครรภ์
6. นโยบายระบบสุขภาพ /หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับมารดา-ทารก
7. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์
8. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดา ทารก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนแล้วนักศึกษาสามารถ

1. อธิบายแนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา-ทารกแบบองค์รวมได้
2. บอกความเป็นมาของการดูแลสุขภาพมารดา-ทารกได้
3. อธิบายความหมาย วิธีการ และประโยชน์ของสถิติชีพมารดา-ทารกได้
4. อธิบาย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ได้
5. บอกมาตรฐานการผดุงครรภ์ขององค์การอนามัยโลกได้ สามารถบอกขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผดุงครรภ์ในประเทศไทย
6. บอกนโยบายระบบสุขภาพ /หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับมารดา-ทารก ได้
7. ระบุนกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการผดุงครรภ์ได้ ได้
8. ระบุปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาและทารกได้
9. ตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทพยาบาลมารดาและทารก ในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

วิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. ซักถามและมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน
4. ฝึกคำนวณหาค่าสถิติชีพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดา-ทารก
5. ให้นักศึกษาเข้าร่วม โครงการสืบสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสตรี

สื่อการเรียนการสอน

1. PowerPoint
2. แบบฝึกหัดท้ายบท
3. เอกสารประกอบการสอนกิจกรรมการเรียนการสอน

การวัดผลและประเมินผล

1. การวัดผล สอบกลางภาค และปลายภาคด้วยข้อสอบ MCQ 10 ข้อ
2. การประเมินผล สอบกลางภาค และปลายภาคด้วยข้อสอบ MCQ ผ่านเกณฑ์ 60 เปอร์เซ็นต์

บทนำ

พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นมาวิวัฒนาการการดูแลมารดาทารก สถิติชีพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ประเด็นและแนวโน้มตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานวิชาชีพและองค์การอนามัยโลก นโยบายระบบสุขภาพ หลักประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาและทารก และสามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดาทารกได้

1. แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา ทารก

หลักการของการพยาบาลมารดา ทารก อุดมคติมาจากการคลอดบุตรตามธรรมชาติโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ สิ่งแวดล้อม ความเชื่อที่คิดว่าปฏิบัติตามแล้วจะปลอดภัยต่อตนเองและบุตรและหรืออาศัยความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือหมอตำแย (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุรยา, 2554: 1) ปัจจุบันได้นำแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผดุงครรภ์และการดูแลมารดาทารก ที่ถูกกำหนดโดยองค์การอนามัยโลก และองค์กรวิชาชีพนานาชาติ มาปรับใช้ในการให้บริการสุขภาพมารดาทารก มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ และมีการนำแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดา ทารก โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2.ความเป็นมาของการดูแลสุขภาพมารดา-ทารก

2.1 ประวัติและวิวัฒนาการทางสูติศาสตร์ การผดุงครรภ์ การพยาบาลมารดา และทารกในประเทศไทยและต่างประเทศ

ประวัติทางสูติศาสตร์ในอเมริกาจนถึงปัจจุบัน ค.ศ. 1700 ผู้หญิงคลอดเองตามธรรมชาติ ไม่ได้การดูแลใดๆ และการคลอดเป็นสาเหตุของการตายในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน ต่อมาจึงมีหมอทำคลอดที่เป็นผู้หญิงคอยดูแลและทำคลอดที่บ้าน จากนั้นปี ค.ศ. 1800 มีการยกระดับให้มีผดุงครรภ์ และมีสูติแพทย์สำหรับชนชั้นกลาง หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) ได้ค้นพบเชื้อจุลินทรีย์ และพบว่าเชื้ออีโมไลติก สเตปโตคอคคัส (hemolytic streptococcus) เป็นสาเหตุของการติดเชื้อหลังคลอด ทำให้เป็นที่มาของการนำวิธีการปลอดเชื้อมาใช้ในทางสูติศาสตร์ ต่อมา ค.ศ. 1984 บอสตัน (Boston) ได้คิดค้นวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ค.ศ. 1895 มีการนำเอ็กรเธรย์มาใช้ในการประเมนช่องกรานก่อนการคลอด ค.ศ. 1900 มีการนำยาสลบมาใช้ในการผ่าตัด ในปี ค.ศ. 1933 ดร. ดิค รีด (Dr. Grantley Dick-Reed) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Childbirth Without Rear. ได้ค้นพบวงจร

กลั้ว-เครีชด-เจ็บ ค.ศ. 1984 ดร.ลามาส (Dr.Fernand Lamaze) ได้เขียนหนังสือเรื่อง Painless Childbirth: The Lamaze Method ค้นพบเทคนิคการผ่อนคลายและการรับรู้การเจ็บปวดที่น้อยลง ค.ศ. 1970 พบอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดสูงถึงร้อยละ 34 หลังจากนั้น ภายในปี ค.ศ. 1970-1980 จึงเป็นจุดของการกลับไปจุดเริ่มต้นคือการคลอดโดยไม่ใช้ยาและไม่ใช้หัตถการ ปี ค.ศ. 2000 ผดุงครรภ์มีบทบาทในการทำคลอดที่บ้าน (CDC, 2011 ; Ricci, 2013)

ประวัติการพยาบาลสูติศาสตร์ในประเทศไทย จุดเริ่มต้นการพยาบาลสูติศาสตร์ ก่อนคริสต์ศักราช 5,000 ปี มีการคลอดเองโดยการนั่งของๆคลอดบุตร ต่อมามีการช่วยคลอดโดยหมอดำแยร่วมกับการใช้คาถาอาคม พบมีอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอดมาก สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชจึงทรงเขียน “คัมภีร์ปฐมจินดา” ขึ้นถือเป็นตำราสูติศาสตร์เล่มแรกของไทย ในสมัยพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว หมอบริดเลย์ ชาวตะวันตกนำวิชาการแพทย์สมัยใหม่ “คัมภีร์ครรภ์รักษา” เข้ามาที่มีการช่วยคลอดโดยใช้หัตถการและการผ่าตัดคลอด ต่อมาสมัยรัชกาลที่ 5 สร้างโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2439 มีการจัดตั้งโรงเรียนผดุงครรภ์แห่งแรกในประเทศไทย และได้รับเริ่มหลักสูตรวิชาผดุงครรภ์ การผดุงครรภ์มากกว่าการพยาบาล พ.ศ. 2478 มีการยกระดับพื้นฐานการศึกษา โดยรับนักเรียนที่สำเร็จการศึกษามัธยมปีที่ 6 เข้าเรียนต่อ 3 ปีเป็นพยาบาลทั่วไป แล้วจึงเรียนเฉพาะการผดุงครรภ์อีก 6 เดือน แล้วได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2474 โรงเรียนพยาบาลสภาภาคเพิ่มหลักสูตรผดุงครรภ์เข้ามาด้วยจากหลักสูตรพยาบาล ชื่อว่า “โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยวชิระพยาบาล ในขณะเดียวกันก็มีการเปิดอบรมหมอดำแยขึ้นเพื่อแก้ไขภาวะขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลผดุงครรภ์ ต่อมาได้พัฒนาหลักสูตรพยาบาลผดุงครรภ์ เป็น 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี จนถึงระดับปริญญาหรือเทียบเท่าและในปัจจุบันได้มีการพัฒนามาตรฐานการศึกษาเรื่อยมาจนถึงระดับปริญญาโท ใช้ชื่อหลักสูตรว่า “การพยาบาลครอบครัว” “การพยาบาล บิดา มารดาและเด็ก” “การพยาบาลแม่และเด็ก” แล้วแต่สถาบัน (อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, 2554: 2-6 ; วัฒวรรณ กล้าแรง, 2554)

จะเห็นได้ว่าการคลอดของประเทศไทยปัจจุบันหันมาใช้วิธีการทางการแพทย์กันมาก พบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูง ในทางกลับกันในต่างประเทศ เช่น อเมริกา อังกฤษ เป็นต้น หันกลับไปใช้วิธีการคลอดแบบธรรมชาติ ใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เน้นการคลอดที่บ้านและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการจัดการศึกษาการพยาบาล

มารดา ทารกในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาพยาบาลผดุงครรภ์ในการสร้างเชื่อมั่นให้ ผู้รับบริการหันกลับไปใช้วิธีการคลอดแบบธรรมชาติ ให้เห็นความสำคัญของการเน้นครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง

3. สถิติชีพที่เกี่ยวข้องกับมารดา-ทารก

สถิติชีพเป็นระบบสถิติ ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวิเคราะห์ ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการจัดส่งข้อมูลป้อนกลับ มีประโยชน์เพื่อค้นหาปัญหาสาธารณสุข เพราะจะสะท้อนถึงคุณภาพการบริการอนามัยแม่และเด็กด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ,2556) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องสถิติชีพ เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ และ กำหนดเป้าหมายในการให้บริการ สำหรับสถิติชีพที่สำคัญกับมารดาทารกมีดังนี้

สถิติชีพการเกิดและการตาย

ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดและการตาย มีประโยชน์ในการนำมาเปรียบเทียบ เพื่อให้ทราบว่า ภายหลังการเปลี่ยนแปลง ว่ามีจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ลดลงมากน้อยเพียงใด และยังใช้เป็น เครื่องมือชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและบอกถึงความต้องการบริการสาธารณสุขในทุกระดับในชุมชน ได้

ในการเปรียบเทียบการเกิดและการตาย ของชุมชนหนึ่งกับอีกชุมชนหนึ่ง หรือของประเทศ หนึ่งกับอีกประเทศหนึ่ง มักจะใช้คำนวณหาอัตราส่วน (ratio) และสัดส่วน (proportion) โดยข้อมูล ทั้งสองแห่ง จะต้องอยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งนิยมใช้ช่วงหนึ่งปีจึงจะสามารถเปรียบเทียบกันได้ อย่างดี

สถิติการเกิด

1. อัตราการเกิดอย่างหยาบ (crude birth rate) คือ จำนวนเกิดมีชีพในปีหนึ่งต่อประชากร 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดมีชีพ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งปีกับจำนวนประชากรใน ระยะเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราการเกิดอย่างหยาบ} = \frac{\text{จำนวนเกิดมีชีพในประหว่งปี}}{\text{จำนวนประชากรในระยะเวลาเดียวกัน}} \times 1,000 \text{ คน}$$

2. อัตราเจริญพันธุ์ทั่วไป (general fertility rate) คือ จำนวนเด็กเกิดมีชีวิต (ทั้งเพศหญิง และชาย) ต่อประชากรหญิงในวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี) 1,000คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดมีชีวิตกับประชากร เฉพาะเพศ และเฉพาะที่อยู่ในวัยที่สามารถจะมีบุตรได้

$$\text{อัตราเจริญพันธุ์ทั่วไป} = \frac{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในระหว่างปี}}{\text{จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี)}} \times 1,000 \text{ คน}$$

3. อัตราเจริญพันธุ์เฉพาะกลุ่มอายุ (age specific fertility rate) คือ จำนวนเกิดมีชีวิตจากมารดาในกลุ่มหนึ่ง ต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุนั้น 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนเกิดมีชีวิตเฉพาะกลุ่มมารดากับประชากรหญิงเฉพาะกลุ่มอายุนั้น ๆ

$$\text{อัตราเจริญพันธุ์เฉพาะกลุ่มอายุ} = \frac{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในระหว่างปี}}{\text{จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มหนึ่ง}} \times 1,000 \text{ คน}$$

สถิติชีพการตาย

1. อัตราตายอย่างหยาบ (crude death rate) คือ จำนวนประชากรตายในปีหนึ่งต่อประชากร 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนคนตายในช่วงระยะเวลาหนึ่งปี กับจำนวนประชากรในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราตายอย่างหยาบ} = \frac{\text{จำนวนคนตายทั้งหมดในระหว่างปี}}{\text{จำนวนประชากรกลางปีในปีเดียวกัน}} \times 1,000 \text{ คน}$$

2. อัตราตายของทารก (infant mortality rate) คือ จำนวนทารกตายเมื่อมีอายุต่ำกว่าหนึ่งปี ต่อจำนวนทารกเกิดมีชีวิต ภายในปีเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบกับภายในระยะเวลาปีหนึ่ง ๆ จะมีทารกที่เกิดมาแล้วตายก่อนที่อายุจะครบหนึ่งปี ก็คน เมื่อเทียบกับทารกที่เกิดใหม่

2.1 อัตราตายของทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน (early neonatal mortality หรือ perinatal mortality) คือ จำนวนทารกตายอายุต่ำกว่า 7 วันในระหว่างปี ต่อจำนวนทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปีเดียวกัน เป็นการเปรียบเทียบว่าภายในปีหนึ่ง ๆ มีทารกเกิดมาแล้วตายเมื่ออายุไม่ครบ 7 วัน มีกี่คนเมื่อเปรียบเทียบกับทารกเกิดมีชีวิตในปีเดียวกัน

$$\text{อัตราตายของทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน} = \frac{\text{จำนวนตายของทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีวิตในปีเดียวกัน}} \times 1,000 \text{ คน}$$

2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 28 วัน (neonatal mortality rate) คือ จำนวนการตายของทารก อายุต่ำกว่า 28 วัน ในระหว่างปีต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพ ในปีเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดใหม่ที่อายุไม่ถึง 28 วัน ตายก็เปรียบเทียบกับทารกเกิดใหม่

$$\text{อัตราตายของทารกแรกเกิด} = \frac{\text{จำนวนตายของทารกอายุต่ำกว่า 28 วัน} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีเดียวกัน}}$$

2.3 อัตราตายของทารกอายุเกิน 28 วัน (post neonatal mortality rate) คือ จำนวนทารกตายอายุเกิน 28 วันแต่ต่ำกว่า 1 ปีในระหว่างปี ต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพ ในปีเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนทารกตายในระหว่างอายุดังกล่าว กับจำนวนเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราตายของทารกอายุเกิน 28 วัน} = \frac{\text{จำนวนตายของทารกอายุเกิน 28 วัน} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีเดียวกัน}}$$

2.4 อัตราตายก่อนและหลังคลอด (stillbirth rate and perinatal mortality) อัตราตายก่อนและหลังคลอด หมายถึง จำนวนทารกตายอายุต่ำกว่า 7 วัน รวมกับจำนวนทารกเกิดไร้ชีพ (ทารกเกิดไร้ชีพหรือทารกตายในท้อง หมายถึง ทารกที่อยู่ในท้องมารดาตั้งแต่ 7 เดือนหรือ 28 สัปดาห์ขึ้นไปเมื่อคลอดมาไม่แสดงอาการของการมีชีวิตอยู่ คือ ไม่หายใจ สายสะดือไม่เต้น กล้ามเนื้อไม่กระตุก เป็นต้น) ในระหว่างปีต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพในปีเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบทารกตายก่อนคลอดนั่นคือ จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ และทารกที่เกิดมามีชีวิต แต่ตายเมื่ออายุยังไม่ครบ 7 วัน กับจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราตายก่อนและหลังคลอด} = \frac{\text{จำนวนทารกตายอายุต่ำกว่า 7 วัน} + \text{จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีเดียวกัน}}$$

2.5 อัตราเด็กเกิดไร้ชีพ (stillbirth rate) คือ จำนวนทารกเกิดไร้ชีพ หรือบุตรตายในครรภ์ในระหว่างปี ต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพในปีเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบจำนวนทารกที่คลอดออกมาไม่มีชีวิต กับจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราเด็กเกิดไร้ชีพ} = \frac{\text{จำนวนเด็กเกิดไร้ชีพในระหว่างปี} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพและเด็กเกิดไร้ชีพในปีเดียวกัน}}$$

3. อัตราการตาย (maternal mortality rate) คือ จำนวนมารดาที่ตายด้วยสาเหตุการตายที่เนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะอยู่ไฟ (ภายใน 42 วันหลังคลอด) กับจำนวนทารกเกิดมีชีพในระยะเวลาเดียวกัน 1,000 คน เป็นการเปรียบเทียบว่ามีมารดาตายเนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอดและในระยะอยู่ไฟกี่คน กับจำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราการตายของมารดา} = \frac{\text{จำนวนมารดาที่ตายเนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะอยู่ไฟ} \times 1,000 \text{ คน}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีเดียวกัน}}$$

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมารดาทารก

ในการให้การดูแลสุขภาพมารดาทารกนั้น ได้เป็นที่ยอมรับกันดีว่าการพยาบาลอันประกอบไปด้วย กระบวนการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และทฤษฎีการพยาบาลนั้นมีประโยชน์อย่างยิ่งในการที่จะให้การดูแลมารดา ทารก และครอบครัว ได้อย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติของการพยาบาล คือการป้องกันความเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (Pilitteri, 2003)

1. กระบวนการพยาบาล: กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว เนื่องจากกระบวนการพยาบาลนั้นได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เน้นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนที่ชัดเจน ใช้ความเป็นเหตุผล และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญคือสามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์

2. การวิจัยทางการพยาบาล การวิจัยเป็นกระบวนการการทดลองและแสวงหาวิธีการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ อีกทั้งยังเป็นการควบคุมคุณภาพการพยาบาล ปัจจุบันเน้นการนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้การพยาบาล

3. ทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ โดยที่พยาบาลซึ่งเป็นคนในวิชาชีพ ได้ปฏิบัติงานโดยใช้องค์ความรู้ของศาสตร์สาขาการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงาน อันจะเป็นประโยชน์ในการทำให้พยาบาลได้เข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นจะส่งผลดีต่อการดูแลที่มีคุณภาพด้วยในที่สุด

5. มาตรฐานการผดุงครรภ์

5.1 มาตรฐานการปฏิบัติงานการผดุงครรภ์เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ขององค์การอนามัยโลก กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) ได้ออกข้อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานของผดุงครรภ์ในการบริการเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย (WHO Mather Baby package [WHO, 1994])

- ก. มาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ทั่วไป ประกอบด้วย 1) การเตรียมชีวิตครอบครัวที่มีคุณภาพ และ 2) การลงบันทึกข้อมูล
- ข. มาตรฐานการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 1) การค้นหาและแนะนำบริการฝากครรภ์แก่หญิงมีครรภ์ในเขตรับผิดชอบ 2) การตรวจและการติดตามในระยะตั้งครรภ์ 3) การตรวจครรภ์ 4) การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง 5) การดูแลเบื้องต้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 6) การเตรียมตัวสำหรับการคลอด
- ค. มาตรฐานการดูแลในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ประกอบด้วย 1) การดูแลในระยะคลอด 2) การคลอดที่ปลอดภัย 3) การช่วยคลอดรก และเยื่อหุ้มเด็กโดยวิธี controlled cord traction อย่างถูกต้อง 4) การจัดการเมื่อมีการคลอดระยะที่สองยาวนาน ร่วมกับมีภาวะ Severe fetal distress โดยการตัดฝีเย็บ 5) การช่วยคลอดโดยใช้คีมคิบ และ 6) การช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ พยายามต้องให้การช่วยเหลือ
- ง. มาตรฐานการดูแลหลังคลอด ประกอบด้วย 1) การดูแลทารกแรกเกิดทันที 2) การดูแลทันทีในระยะสองชั่วโมงแรกหลังคลอด 3) การดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด
- จ. มาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อช่วยชีวิต 1) การจัดการฉุกเฉินภาวะตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ 2) การจัดการฉุกเฉินในภาวะ Eclampsia 3) การจัดการฉุกเฉินสำหรับภาวะการคลอดยาวนาน และการคลอดติดขัด 4) การจัดการฉุกเฉินในภาวะรกค้าง 5) การจัดการฉุกเฉินในภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก 6) การจัดการฉุกเฉินในภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง 7) การจัดการฉุกเฉินในภาวะติดเชื้อหลังคลอด และ 8) การจัดการฉุกเฉินในภาวะการขาดออกซิเจนของทารกขณะเกิด

5.2 มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาลตามประกาศสภาการพยาบาลมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 มาตรฐานการผดุงครรภ์(Midwifery Standards) ประกอบด้วย 3 หมวด ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และ มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ สามารถคลิกอ่านตามลิงค์ อ่านฉบับเต็มได้ที่

<https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A222.PDF>

6. นโยบายระบบสุขภาพ /หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/สิทธิประกันสังคม /สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับมารดา-ทารก

6.1 นโยบายและแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ด้านสังคมพบว่าโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การ

เป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในทุกช่วงวัย เนื่องจากปัจจัยหลักๆ ได้แก่ ประชากรวัยเด็กของไทยมีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว มีพัฒนาการไม่สมวัยและการตั้งครรรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปี 2507-2508 เป็น 1.62 คน ในช่วงปี 2548- 2558 และคาดว่าในปี 2583 จะลดลงเหลือเพียง 1.3 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

6.2 ระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ เพื่อคุณภาพของบริการหรือความเสมอภาคในสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ หรือระบบการเงินเพื่อสุขภาพ ดังนั้นประเทศไทยจึงมีการกำหนดระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ไว้ดังนี้

1. ที่มีเครือข่ายของสถานบริการสุขภาพ โดยการจัดให้มีสถานบริการหลายระดับ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้แต่ละระดับของสถานบริการมีการประสานงานเป็นเครือข่าย โดยใช้ระบบส่งต่อ (Referral system)

2. บริการสุขภาพเชิงรุกที่จัดให้มีสถานพยาบาลประจำครอบครัว สนับสนุนให้มีสถานบริการด่านแรกที่มีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็นอย่างครบถ้วน ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง

3. บริการสุขภาพแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการต้องเข้าใจว่าคนเป็นบูรณาการของกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เน้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัว มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

4. มีคุณภาพ มีมาตรฐาน และมีความต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิให้มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบเครือข่ายที่สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง

5. มีค่าใช้จ่ายเหมาะสม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น เมื่อประชาชนไม่เกิดปัญหาเจ็บป่วยที่รุนแรงซับซ้อนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคไม่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการลงทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำและคุ้มค่า

6. ชุมชนมีส่วนร่วม ครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนรับรู้ข้อมูล ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพยาบาล การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ในการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

7. ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง การสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการที่จะตัดสินใจและกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

8. ให้บริการแบบบูรณาการ ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมใน ลักษณะสหวิทยาการที่มีการประสานงานในแนวราบมากกว่าแนวดิ่ง บุคลากรแต่ละวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพเป็นพื้นฐาน

9. เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงรุก โดยเข้าไปให้บริการในชุมชนโดยบุคลากรสุขภาพ ให้บริการอย่างผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพ

10. มีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ โดยอาศัยการค้นคว้าวิจัย เพื่อนำมาแก้ปัญหา การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการ

6.3 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนไทยทุกคนจะมีสิทธิตามกฎหมายที่รัฐบาลให้ตั้งแต่แรกเกิดและตลอดช่วงชีวิต ซึ่งผู้ใช้บัตรทองจะต้องลงทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลที่ตนต้องการเข้ารับการรักษา หากมีการตั้งครรภ์ใช้สิทธิ์ฟรีโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย 1) การฝากครรภ์ 5 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 12, 18, 26, 32 และ 38 2) ตรวจยืนยัน “โลหิตจางธาลัสซีเมีย” ในหญิงตั้งครรภ์และสามี 3) ตรวจคัดกรอง “คาวนซ์ซินโดรม” ในหญิงตั้งครรภ์ อายุ 35 ปีขึ้นไป 4) ตรวจคัดกรอง “ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์” ในเด็กแรกเกิด 5) การป้องกัน “การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย” 6) คลอดฟรีทั้งธรรมชาติและผ่าคลอดในโรงพยาบาลของรัฐ (สิทธิ์คลอดฟรีนี้สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ทำประกันสังคมหรือเป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ) 7) การคุมกำเนิดกึ่งถาวร การใส่ห่วงอนามัย หรือฝังยาคุมกำเนิด ในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี 8) บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร การใส่ห่วงอนามัย หรือฝังยาคุมกำเนิด ในหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป และกรณีหลังยุติการตั้งครรภ์ 9) การตรวจคัดกรอง “มะเร็งปากมดลูก” 10) สตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 4 เดือนขึ้นไป และเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี มีสิทธิ์ที่จะได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล

หลักฐานที่ใช้สมัครบัตรทองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ต้องมีสัญชาติไทย หนังสือรับรองการพักอาศัย (กรณีที่อยู่ไม่ตรงตามบัตรประจำตัวประชาชน) พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าบ้าน หรือหลักฐานอื่นที่แสดงว่าตนเองนั้นอาศัยอยู่จริง เช่น ใบเสร็จค่าน้ำ ค่าไฟ สัญญาเช่าที่พัก ฯลฯ แบบคำร้องขอลงทะเบียน (ขอได้ ณ จุดรับลงทะเบียน)

และบัตรประจำประชาชน ในกรณีที่ลูกอายุต่ำกว่า 15 ปี ถ้าให้ใช้ใบสูติบัตร หรือใบเกิดแทน ไม่มี สิทธิประกันสุขภาพจากหน่วยงานรัฐ ได้แก่ สิทธิตามกฎหมายประกันสังคม สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลของข้าราชการ / พนักงานส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของ หน่วยงานรัฐอื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน ข้าราชการการเมือง

วิธีสมัครบัตรทอง บัตรประกันสุขภาพ มีด้วยกัน 3 วิธี

1. ลงทะเบียนด้วยตนเอง

- 1.1 กรณีต่างจังหวัด ติดต่อได้ที่สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชน ศูนย์ สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลของรัฐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 – 12
- 1.2 กรณีในกรุงเทพมหานคร ติดต่อได้ที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กทม. จุดรับลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สำนักงานเขต 19 เขตของ กรุงเทพมหานคร สถานีรถไฟกรุงเทพ (หัวลำโพง)

2. ลงทะเบียนทางโทรศัพท์ ตรวจสอบสิทธิอัตโนมัติ โทร.1330 กด 2 ตามด้วยเลขประจำตัว ประชาชน 13 หลัก กด # กดโทรออก

3. ลงทะเบียนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ สปสช. www.nhso.go.th หรือ app สปสช. (หากลูกอายุไม่เกิน 5 ปี พ่อแม่สามารถลงทะเบียนแทนได้)

6.4 สิทธิประกันสังคม

สิทธิประกันสังคมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. ค่าตรวจครรภ์และฝากครรภ์ เป็นจำนวนเงิน 1,500 บาท ไม่ว่าจะเป็ค่าฝากครรภ์ครั้งแรก อัลตราซาวด์ วัคซีน หรือค่ายาต่าง ๆ ก็สามารถเบิกได้โดยจะแบ่งเกณฑ์การจ่ายเงินดังนี้

ครั้งที่	อายุครรภ์	จำนวนเงิน
ครั้งที่ 1	ไม่เกิน 12 สัปดาห์	จ่ายให้ไม่เกิน 500.-
ครั้งที่ 2	มากกว่า 12 แต่ไม่เกิน 20 สัปดาห์	จ่ายให้ไม่เกิน 300.-
ครั้งที่ 3	มากกว่า 20 แต่ไม่เกิน 28 สัปดาห์	จ่ายให้ไม่เกิน 300.-
ครั้งที่ 4	มากกว่า 28 แต่ไม่เกิน 32 สัปดาห์	จ่ายให้ไม่เกิน 200.-
ครั้งที่ 5	มากกว่า 32 แต่ไม่เกิน 40 สัปดาห์	จ่ายให้ไม่เกิน 200.-

ในส่วนนี้สามารถขอเบิกค่าฝากครรภ์จากประกันสังคมได้ โดยไม่ต้องให้คลอดบุตรก่อน หรือจะยื่นขอรับสิทธิหลังคลอดครั้งเดียวก็ได้

2. ค่าคลอดบุตร สามารถเบิกค่าคลอดบุตรในอัตราแบบเหมาจ่าย 15,000.-/ครั้ง สามารถเลือก เข้าโรงพยาบาลไหนก็ได้ที่เลือกลงทะเบียนไว้ ซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในสังกัด

สตรีตั้งครรภ์ก็สามารถสำรองจ่ายไปก่อน และทำเรื่องเบิกที่ประกันสังคมได้เลย โดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ดังนี้ 1) ต้องจ่ายประกันสังคมมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 เดือน หรือภายใน 15 เดือนก่อนคลอดบุตร 2) กรณีสามีภรรยาเป็นผู้ประกันทั้งคู่ ให้เลือกใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ไม่จำกัดจำนวนบุตร/ครั้ง 3) หากบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดแล้ว ไม่สามารถนำมาขอเบิกค่าคลอดได้อีก 4) หากเป็นกรณีที่คลอดบุตรแฝดสามารถเบิกค่าคลอดบุตรประกันสังคมได้ตามปกติ โดยเหมาจ่าย 13,000.-/ครั้งเช่นกัน หากสตรีตั้งครรภ์ต้องการเปลี่ยนโรงพยาบาลประกันสังคมเพื่อความสะดวกในการเดินทางต้องแจ้งกับทางประกันสังคมก่อน

3. ค่าสิทธิลาคลอด ประกันสังคมจ่ายให้อัตรา 50% ของเงินเดือนเป็นระยะเวลา 90 วัน โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขดังนี้ 1) จะต้องจ่ายค่าประกันสังคมแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 เดือน 2) สิทธิการลาคลอดใช้ได้เฉพาะฝ่ายหญิงเท่านั้น ฝ่ายชายไม่สามารถเบิกใช้ได้ 3) จ่ายให้ไม่เกินฐานเงินเดือน 15,000 บาท หากเงินเดือนมากกว่ากำหนด ก็จะคิดแค่ 15,000 บาท 4) สำหรับการนำสิทธิประกันสังคมนี้ จะใช้ได้เฉพาะบุตรคนที่ 1 และคนที่ 2 เท่านั้น 5) มีระยะเวลาจ่ายเงินให้ทั้งหมด 90 วัน หรือ 3 เดือน นับรวมวันหยุดราชการ (หากสตรีตั้งครรภ์กลับมาทำงานได้ปกติก่อนระยะเวลา 90 วันก็ยังสามารถรับเงินชดเชยหยุดงานอยู่
4. ค่าชดเชยกรณีแท้งบุตร สามารถเบิกค่าคลอดบุตรประกันสังคมได้ตามปกติ ไม่ว่าเด็กจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ ถือว่าเป็นกรณีคลอดบุตร โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องจ่ายเงินค่าประกันสังคมแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 เดือน 2) จะต้องมียุครรภ์ ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ หรือ 7 เดือนขึ้นไป และ 3) หากสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตกะทันหันหลังคลอดบุตรก็ยังสามารถเบิกค่าคลอดบุตรเพราะถือว่ามีสิทธิก่อนที่จะเสียชีวิตอยู่แล้ว
5. เงินสงเคราะห์บุตรหลังคลอด เป็นเงินเหมาจ่ายเดือนละ 600.-/บุตร ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 ปี โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องจ่ายเงินประกันสังคมมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 12 เดือนภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิ์ได้รับประโยชน์ทดแทน 2) เป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย 3) ยกเว้นบุตรบุญธรรมหรือบุตรที่ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของคนอื่น 4) อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ จำนวนไม่เกิน 3 คน 5) ยกเว้นกรณีบุตรเสียชีวิต 6) ส่วนกรณีบุตรแฝด 2 คน ก็จะได้รับเงินประกันสังคมตามจำนวนบุตรครบ รวมเป็น 1,200.- ต่อเดือน จะจ่ายให้สูงสุดได้ไม่เกิน 3 คน

7. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์

วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้ออกกฎหมายควบคุมการทำงานภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 กำหนดความหมายการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2553)

มาตรา 4 การนิยามความหมาย

"การพยาบาล" หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำ การรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล

"การประกอบวิชาชีพการพยาบาล" หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยกระทำการต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลรวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยการบรรเทาอาการของโรค การดูแลของโรค และการฟื้นฟูสภาพ
- (3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค
- (4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรคทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการ ประเมิน สุขภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผล

"ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล" หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ วิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

"การผดุงครรภ์" หมายความว่า การกระทำเกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความผิดปกติ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดรวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำ การรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์

" การประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์" หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การผดุงครรภ์ต่อหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด ทารกแรกเกิดและครอบครัว โดยการกระทำดังต่อไปนี้

- (1) การสอน การแนะนำการให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
- (2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันความ ผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
- (3) การตรวจ การทำคลอด และการวางแผนครอบครัว

(4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์ในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การ วางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

"ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์" หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2530

ข้อบังคับนี้มีทั้งหมด 4 หมวด 38 ข้อ ในหมวดที่ 2 ส่วนที่ 1 ข้อ 16-19 เป็นข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยเฉพาะรายละเอียดดังนี้

ข้อ 16 ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจะทำการผดุงครรภ์ได้แต่เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก

ในรายที่มีครรภ์ผิดปกติหรือคลอดผิดปกติไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทำคลอดได้ในเวลาอันสมควรและเห็นประจักษ์ว่าถ้าจะละเลยไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดา หรือทารก ก็ให้ทำคลอดในรายเช่นนั้นได้ แต่ห้ามให้ใช้เครื่องมือทำคลอด หรือฉีดยารัดมดลูกก่อนคลอด

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ชั้นสอง จะทำการผดุงครรภ์ได้เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก

ข้อ 18 ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ จะต้องใช้ยาทำลายการป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตา หรือป้ายตาทารกเมื่อคลอดแล้วทันที

ข้อ 19 ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์จะต้องบันทึกการรับฝากครรภ์ และทำการคลอดทุกรายลงในสมุดบันทึกการผดุงครรภ์ ตามแบบของสภาการพยาบาลและต้องรักษาสมุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน

สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง มี 14 สมรรถนะ ซึ่งสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการผดุงครรภ์ คือสมรรถนะที่ 2 (สภาการพยาบาล, 2553)

สมรรถนะที่ 2 ปฏิบัติการผดุงครรภ์อย่างมีจริยธรรมตามมาตรฐาน และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

1. ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ
2. วินิจฉัยการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์
3. วางแผนการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์

4. บริบาลครรภ์ โดยการรับฝากครรภ์ คัดกรอง และส่งต่อในรายผิดปกติ และประยุกต์หลักการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพและวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์
5. ทำคลอดปกติ
6. ตัด และซ่อมแซมฝีเย็บ
7. เตรียมและช่วยคลอดกรณีคลอดปกติ
8. ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่าง บิดา มารดา และทารก ตลอดการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด
9. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
10. ดูแลมารดา และทารกที่ปกติ มีภาวะแทรกซ้อน และฉุกเฉิน
11. ให้ความรู้ และให้การปรึกษารอบครัวในการวางแผนครอบครัว และการเตรียมตัวเป็นบิดา มารดา และการดูแลตนเองของมารดาในทุกระยะของการตั้งครรภ์
12. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติการผดุงครรภ์

นอกจากนี้การปฏิบัติงานของพยาบาลด้านสูติกรรมและผดุงครรภ์ สามารถปฏิบัติได้ตามระเบียบปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งกำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2518 ดังนี้

1. ตัดและเย็บฝีเย็บในการทำคลอดเมื่อมีความจำเป็น
2. การใช้ยารัดมดลูกจะใช้ได้ต่อเมื่อรกคลอดเสร็จเรียบร้อยแล้วเท่านั้น
3. การกลับท่าเด็กภายนอก
4. การใช้สเป็คูลัมตรวจปากมดลูกในการตรวจภายหลังคลอด และการติดตามผลการใช้ห่วงอนามัย
5. การสวนปัสสาวะเกี่ยวกับการคลอดและหลังคลอด
6. ทำคลอดในรายที่ครรภ์ผิดปกติหรือคลอดผิดปกติ ในกรณีที่จำเป็น แต่ห้ามมิให้ใช้เข็มสูงหรือทำการผ่าตัดในการทำคลอด หรือนิยดยารัดมดลูกก่อนคลอด
7. ใส่และถอดห่วงอนามัย
8. การประกอบโรคศิลปะนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ ให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้บังคับบัญชาซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว
9. สามารถให้ยาตามบัญชีที่กำหนดไว้ทำระเบียบกระทรวงสาธารณสุขปี 2518 ได้แก่
 - 9.1 ยาสามัญประจำบ้านตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข
 - 9.2 ยาที่ผู้บังคับบัญชาซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว สั่งให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายและเฉพาะคราว กล่าวคือยาที่ให้ตามคำสั่งแพทย์

9.3 ขาบางชนิดดังต่อไปนี้

- 9.3.1 ยาใช้ทาภายนอกและเฉพาะที่ให้ใช้ทุกชนิด สำหรับยาจำพวกทำให้ชาเฉพาะแห่งให้ใช้เฉพาะชนิดฟันหรือทาเท่านั้น
- 9.3.2 ยารับประทาน เช่น ยาจำพวกกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกทุกชนิด และยาปรุ่งสำเร็จที่มียาเหล่านี้ เฉพาะสตรีคลอดบุตรที่รกคลอดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยาจำพวกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ร่างกายทุกชนิด และยาคุมกำเนิดตามโครงการวางแผนครอบครัว เป็นต้น
- 9.3.3 ยานี้ดเข้าใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ เช่น ยาจำพวกกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกทุกชนิดเฉพาะสตรีคลอดบุตรที่รกคลอดเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยาจำพวกวิตามิน และยาจำพวกสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายทุกชนิด เป็นต้น
- 9.3.4 ยานี้ดเข้าเส้นโลหิตเฉพาะในรายที่จำเป็น เช่น น้ำเกลือ หรือกลูโคส เป็นต้น

7.3 ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลมารดาและทารก (สภาการพยาบาล, 2552)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ได้ประกาศกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไว้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการได้ตามขอบเขตของวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบ เป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม โดยสามารถแบ่งได้เป็น 8 ด้านดังต่อไปนี้

- 7.3.1 สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย
- 7.3.2 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- 7.3.3 สมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
- 7.3.4 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ
- 7.3.5 สมรรถนะด้านวิชาการ และการวิจัย
- 7.3.6 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ
- 7.3.7 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ
- 7.3.8 สมรรถนะด้านสังคม

7.4 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

องค์การอนามัยโลก (สภากาพยาบาล, 2555) ได้กำหนดนิยาม “ผดุงครรภ์” หมายถึงบุคคล ผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรผดุงครรภ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศนั้นๆ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์ ต้องสามารถให้การนิเทศ การดูแล และการแนะนำที่จำเป็นแก่สตรีใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งปฏิบัติการทำคลอดในขอบเขตความ รับผิดชอบ ตลอดจนดูแลทารก โดยมีบทบาทและสมรรถนะ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเพียงพอในการตัดสินใจของสตรีเพื่อรับบริการ
2. การร่วมมือประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก สถานที่ในการให้ความช่วยเหลือสตรีมีครรภ์
3. การให้คำปรึกษาแก่สตรีและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการรักษา การเลือกสถานที่คลอด และการวางแผนการคลอด
4. การสนับสนุนการคลอดปกติ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลสตรีในภาวะปกติ และสามารถประเมินความผิดปกติเพื่อส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
5. ให้การดูแลโดยใช้ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยคำนึงถึงความต้องการและสิทธิ ของสตรีและครอบครัว
6. การติดตามประเมินผลการรักษา

8. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมารดา-ทารก

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และบริการสาธารณสุขดังนี้ (วิลาวณิชย์ กล้าแรง, 2554 : คะนิงสุข พุพิสุทธิ์, 2556)

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เสริมลูกิจ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส พฤติกรรมของ หญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ (Maternal nutrition) อารมณ์ขณะตั้งครรภ์ (Maternal emotion) การใช้จ่าย การใช้สารเสพติด สุรา บุหรี่ สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ เป็นต้น สุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ เช่น ความเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ (Maternal illness) โรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคทางพันธุกรรม เป็นต้น เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารก ในครรภ์ได้

2. **ปัจจัยครอบครัว** ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีจะมีผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าเป็นครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ ของครอบครัวในเรื่องสุขภาพอนามัย ตลอดจนการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข จะมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของชุมชนและต่อ มารดา-ทารก เช่น ประเพณีเกี่ยวกับการคลอด การตัดสายสะดือ การอยู่ไฟหลังคลอด การนั่งถ่าน การเข้ากระโจม การนวดหม้อเกลือ ยาหลังคลอด อาหารหลังคลอด การเลี้ยงดูทารกแรกเกิด อาหารทารก

4. ปัจจัยบริการทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ การบริการด้านสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงประชาชน กำลังคนด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ ขาดแคลนเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ ขาดประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการ เหล่านี้ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ (พินิจ ฟ้าอำนาจผลและชาญวิทย์ ทรัพย์, 2552)

พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้สตรีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่ในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ในการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ พยาบาลจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล และให้บริการแบบเป็นองค์รวมโดยมองคนทั้งคน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มอายุ

เอกสารอ้างอิง

- คะนิงสุข พุ่พิสุทธิ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์. ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ . *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์*. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ชนาเพรส จำกัด.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2555). *ประเด็นและแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล.(Trend & Issue of Nursing Profession*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- วิลาวรรณ กล้าแรง. (2554). แนวคิดและหลักการพยาบาลมารดา ทารก และครอบครัว. ใน วรรณรัตน์ จงเจริญยานนท์ และคณะ. *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 1*. พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์ จำกัด.
- พินิจ ฟ้าอำนวยผล, และชาญวิทย์ ทระเทพ. (2552). *ปัญหาสุขภาพกับระบบบริการและการคลังระบบสุขภาพของคนไทย*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
- สภาการพยาบาล. (2552). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่าง ๆ*. [Online] เข้าถึงได้จาก <http://www.tnc.or.th>. [2559, ธันวาคม 30]
- สภาการพยาบาล. (2553). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2)*. พ.ศ. 2540. กรุงเทพฯ: เดอะเบสท์ กราฟฟิค แอนด์ปริ้นท์.
- สภาการพยาบาล. (2555). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: เดอะเบสท์ กราฟฟิค แอนด์ปริ้นท์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). *ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12*. [Online] เข้าถึงได้จาก [http://www.nesdb.go.th/article_attach/Book_\[2559, ธันวาคม 30\]](http://www.nesdb.go.th/article_attach/Book_[2559, ธันวาคม 30])
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *ค่านิยมสถิติสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ*. [Online] เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th/new_bps. [2560, กรกฎาคม 20]

- สำนักงานคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2560). *แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12(ร่าง)*. [Online] เข้าถึงได้จาก <http://bps.moph.go.th/new> [2559, ธันวาคม 30]
- อภิรัช อินทรานุกร ณ อรุชยา. (2554). บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ระดับวิชาชีพ. ใน *อำเภอ จารุวัชรพณิชกุล (บรรณาธิการ). ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1*. เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นติ้ง จำกัด.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2012). *Maternal & Women's health care* (10th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pillitteri, A. (2003). *Maternal and child health nursing: Care of the childbearing and Childrearing family* (2nd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (1994). *Mather Baby package*. [Online] เข้าถึงได้จาก <http://apps.who.int/iris/bitstream>. [2559, ธันวาคม 30]
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Maternal mortality rate*. [Online] เข้าถึงได้จาก <http://www.who.int>. [2559, ธันวาคม 30]