

รูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น Model of Care for Pregnant Adolescents

ลักขณา แกล้วกล้า* เอ็มพร รตินธร** วรณา พาหุพัฒน์กร***

Luckana Klaewkla,* Ameporn Ratinthorn,** Wanna Phahuwatanakorn***

* กรมแพทยทหารเรือ, กรุงเทพมหานคร

* Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok

,* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร

, * Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok

** Corresponding Author: ameporn.rat@mahidol.edu

บทคัดย่อ

การศึกษาอิสระในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 13 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (ระดับ 3) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (ระดับ 5) จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่ศึกษาย้อนหลัง (ระดับ 5) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงสังเกต (ระดับ 5) จำนวน 2 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า (ระดับ 5) จำนวน 2 เรื่อง นำมาประเมินคุณภาพและสังเคราะห์ ข้อสรุปการสังเคราะห์พบรูปแบบการดูแลและยกระดับโครงสร้างสำหรับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้ 1) โปรแกรมการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ โดยการให้การปรึกษาตามปัญหาที่ประเมินได้เป็นรายบุคคล 2) การจัดการการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยกำหนดแนวทางการดูแล การให้ความรู้ตามความเชี่ยวชาญและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพ 3) โปรแกรม/คลินิกฝากครรภ์วัยรุ่นที่จัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงทั้งทางด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านจิตสังคม โดยเน้นการคัดกรองและจัดการปัญหาต่างๆ ที่พบร่วมกับการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อปัญหาของแต่ละราย 4) การจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผู้จัดการรายกรณีเพื่อทำหน้าที่หลักในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล พบว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังคลอด มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีรูปแบบการจัดการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแบบต่อเนื่องโดยผู้จัดการรายกรณีร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม พฤติกรรมเสี่ยง และให้ข้อมูลคำแนะนำต่างๆ ที่ครอบคลุมต่อเนื่องทุกช่วงระยะของการตั้งครรภ์ตามปัญหาที่พบแต่ละราย รวมทั้งการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอดที่มีการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องและการอบรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีแก่บุคลากรที่ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น รูปแบบการดูแล ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

Received: January 21, 2020; Revised: February 27, 2020; Accepted: March 4, 2020



Abstract

This thematic paper aimed at reviewing research evidence-based on model of care for pregnant adolescents. A total of 13 research evidence-based studies were selected. Of these, one was a meta-analysis of experimental studies (Level 3), three were quasi-experimental studies (Level 5), five were retrospective studies (Level 5), two were observational studies (Level 5), and two were prospective studies (Level 5). The selected research studies were evaluated and synthesized. The study findings regarding model of care for pregnant adolescents were as follows: 1) The programs continuously disseminated knowledge during pregnancy on self-care practices and care of the fetus by offering consultancy based on individuals' problems, 2) Continuous and comprehensive care was provided by a multi-disciplinary team by specifying the care guideline, knowledge dissemination, and roles of healthcare team members based on their specialization, 3) The antenatal care clinics/programs were established to solve problems related to health risk behaviors and psychosocial risks with an emphasis on screening and problem-solving together with provision of information and counseling specifically to problems of individual pregnant adolescents, and 4) Caring was continuously offered by case managers who ensure continuity of care from pregnancy to delivery periods. The review showed that antenatal care programs for pregnant adolescents resulted in positive pregnancy outcomes and desirable behaviors during the postpartum period.

Based on the study findings, it is recommended that model of care for pregnant adolescents should be continuously provided by case managers in collaboration with multidisciplinary team members to assess problems related to physical well-being, psycho-social well-being, and risk behaviors of pregnant adolescents. Moreover, information and advice should be offered to cover all stages of the pregnancy in accordance with problems of each pregnant adolescents. Advice should also be given to ensure appropriate practice during the postpartum period. Finally, a continuous care guideline should be developed, and training on case management should be organized to ensure quality of care provided to pregnant adolescents.

Keywords : pregnant adolescents, model of care, pregnancy outcome

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพของมารดาและทารก จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 รายงานถึงจำนวนสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ทั่วโลกมีอัตราของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ที่ 65 คนต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 คน โดยอัตราเฉลี่ยของทวีปเอเชียอยู่ที่ 56 คน ในขณะที่อัตราของประเทศไทยอยู่ที่ 70 คนต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 คน¹ มีรายงานการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดของสตรีวัยรุ่นจากร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 16.2 ในปี พ.ศ. 2553 และเป็นอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่กำหนดให้อัตราการมีบุตรคนแรกของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10²

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นถือเป็นภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งต่อมารดาและทารก เนื่องจากปัจจัยด้านร่างกายอีกทั้งสภาพทางด้านอารมณ์ สังคม และเขาวัยปัญหาของวัยรุ่นที่ยังต้องการการพัฒนาต่อไปอีกระยะหนึ่ง^{3,4} ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและเป็นการตั้งครรภ์ก่อนการสมรส อีกทั้งยังเป็นช่วงที่กำลังศึกษาเล่าเรียน วัยรุ่นจึงอาจประสบกับปัญหาทางด้านอารมณ์ตามมาได้^{5,6} บางรายอาจมีการตอบสนองต่อความวิตกกังวลด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม^{7,8} เช่น ละเลยไม่ไปตรวจหรือฝากครรภ์ล่าช้า หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของการตั้งครรภ์^{9,10} สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรม การเลือกบริโภคอาหาร ไม่ได้บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือรับประทานไม่เพียงพอ และรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กไม่สม่ำเสมอ¹¹ การบริโภคอาหาร

เกินความต้องการของร่างกายหรือไม่เหมาะสม รวมทั้งการพักผ่อน การใช้ยา และสารเสพติดอื่นๆ¹² ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลต่อทารกในครรภ์มักพบปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดมีคะแนนสภาพทารกแรกคลอด (APGAR score) ต่ำ¹³ และภาวะแรกเกิดน้ำหนักน้อย¹⁴⁻¹⁶ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพรวมทั้งการได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม^{10,12,17,18}

จากปัญหาดังกล่าวผู้เขียนจึงได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ของรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเพื่อให้ได้ข้อสรุปการดูแลที่เหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดต่อไป

ขั้นตอนการศึกษา/ทบทวนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ประกอบด้วยขั้นตอน การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสังเคราะห์¹⁹ ดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังคลอด ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการคุมกำเนิด ด้วยการกำหนดรอบการสืบค้นของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 กรอบในการสืบค้น กำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามประเด็นคำถามทางคลินิก (Clinical question) คือ “รูปแบบการดูแลระยะตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นสามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดตามมาได้หรือไม่ และอย่างไร” ซึ่งเป็นมิติคำถามการบำบัด (Therapy domain) โดยใช้กรอบแนวคิดการสืบค้นของ PICO (PICO Framework : Population, Intervention, Comparison, Outcome) ของ Grace¹⁹ P (Population) : สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น I (Intervention) : รูปแบบการดูแลในระยะตั้งครรภ์ C (Comparison) : ไม่มีการเปรียบเทียบ O (Outcome) : ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (ในที่นี้คือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการคุมกำเนิด)

1.2 ขอบเขตการสืบค้น กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง Pregnant adolescents และ Pregnant teenage และ Prenatal care หรือ Prenatal programs หรือ Antenatal care และ Pregnancy outcomes หรือ Breast feeding หรือ Contraceptive use โดยฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในการสืบค้น ได้แก่ The Cochrane Library และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์งานวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), ProQuest Nursing, Science Direct, Ovid Full Text และวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา รวมทั้งทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยมือจากตำรา วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ที่เกี่ยวข้องจากมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้องที่สำนักงาน

คณะกรรมการการอุดมศึกษารับรองในระดับชาติ และระดับนานาชาติ

2. เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากขอบเขตในการสืบค้นที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตรงกับความต้องการ จึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

2.1 ลักษณะของหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษตั้งแต่ พ.ศ. 2528 เป็นต้นไป ซึ่งเป็งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full text) และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้

2.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นการศึกษาวิจัยในประเด็น ดังนี้

- กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
- ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์
- มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะหลังคลอดเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการคุมกำเนิด
- เป็นงานวิจัยที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled studies) งานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental studies) งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental studies) งานวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) งานวิจัยที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective studies) และงานวิจัยที่ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective studies)

2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้ศึกษาในระยะตั้งครรภ์

3. การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความตรงของผลการศึกษา ผลการศึกษา และการนำไปประยุกต์ใช้ พบหลักฐานงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 13 เรื่อง โดยพบหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study) (ระดับ 3) จำนวน 1 เรื่อง²⁰ งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) (ระดับ 5) จำนวน 3 เรื่อง²¹⁻²³ งานวิจัยที่ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) (ระดับ 5) จำนวน 5 เรื่อง^{17,22,24-26} งานวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) (ระดับ 5) จำนวน 2 เรื่อง^{27,28} และงานวิจัยที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) (ระดับ 5) จำนวน 2 เรื่อง^{29,30}

ผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 13 เรื่อง สามารถสรุปประเด็นความรู้จากงานวิจัยได้ว่า ส่วนใหญ่เห็นว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีลักษณะเฉพาะซึ่งแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ใหญ่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งยังไม่มีวุฒิภาวะในการเผชิญและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆ อาจส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด รวมไปถึงการเลี้ยงดูบุตรในขวบปีแรก ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ ดังนี้

1. โปรแกรมการให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ เน้นการให้ความรู้และข้อมูลเพื่อให้เกิดความ สามารถและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปฏิบัติตัวในระยะต่างๆ ของการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมโดยเริ่มให้เมื่ออายุครรภ์อยู่ในไตรมาสที่ 2 ความรู้ที่ควรจัดในลักษณะการประเมินความรู้ก่อนให้การปรึกษาแบบรายบุคคล ซึ่งประเด็นการให้คำปรึกษามาจากข้อมูลการทำแบบประเมินความรู้ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การปฏิบัติตนและการส่งเสริมสุขภาพในระยะต่างๆ ของการตั้งครรภ์²⁴ ผลการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด (11.6% vs 39.5%, $p = .003$) และภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.3% vs 41.9%, $p = .001$) มีอัตราการเกิดภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม น้อยกว่า (9.3% vs 32.6%, $p < .008$) และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (81.4% vs 37.2%, $p < .001$)

2. การจัดการการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้เพื่อให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลที่เหมาะสมและ สอดคล้องกับปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละ รายอย่างต่อเนื่องต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามา มีบทบาทในการดูแลหลักร่วมกัน โดยมีการกำหนด แนวทางการดูแลและหน้าที่หลักของบุคลากรให้ ตรงกับสาขาและความเชี่ยวชาญ ทีมที่ให้การดูแล หลักส่วนใหญ่ประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาล-ผดุงครรภ์ พยาบาล โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์²¹⁻²³ และบางการศึกษา มีการนำกุมารแพทย์²⁵ อาสาสมัคร ที่ผ่านโครงการการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้ให้ คำปรึกษา^{21,22} เข้ามาร่วมอยู่ในทีมด้วย โดยบุคลากร สุขภาพที่อยู่ในทีมดูแลจะทำการประเมินสตรี ตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องตามความเชี่ยวชาญใน สาขาวิชาชีพของตนเอง โดยเริ่มให้การดูแลตั้งแต่ อายุครรภ์ 12 สัปดาห์²¹ และมีการศึกษา 1 เรื่อง ที่

ให้การดูแลแก่กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์²³

การให้ความรู้มีทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งการให้ความรู้รายกลุ่มมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และคำแนะนำแบบอภิปราย ซึ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความรับผิดชอบในตนเองและสามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้อง³⁰ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง²³ ให้ทั้งหมด 7 - 9 ครั้ง^{23,26} และมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง ที่ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ทำอย่างต่อเนื่องทุกๆ 2 สัปดาห์ ตลอดระยะการตั้งครรภ์ทั้งหมด 12 ครั้ง และหลังจากคลอดบุตร 1 ครั้ง ช่วงเวลาที่ให้ตั้งแต่ 15.30 - 19.00 น.²¹ ความรู้ที่ให้ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก โดยรายละเอียดของเนื้อหาที่พบ ได้แก่ อาการหรือปัญหาที่พบได้ทั่วไป และสัญญาณอันตรายจากการตั้งครรภ์²¹ การเจริญเติบโตพัฒนาการของทารกในครรภ์ โภชนาการ และสารอาหารที่จำเป็นในระหว่างตั้งครรภ์ อันตรายจากการใช้สารเสพติด การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์²³ การล่วงละเมิดทางเพศ²¹ อาการและอาการแสดงเมื่อใกล้คลอด วิธีการเผชิญและจัดการกับอาการเจ็บปวดที่จะต้องพบในระยะคลอด เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่มีและนำมาใช้ในการลดความเจ็บปวดระยะคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง บทบาทการเป็นบิดา มารดา²¹ การเจริญเติบโตและพัฒนาการในช่วงหนึ่งสัปดาห์แรกหลังคลอด ความต้องการของทารก สารอาหารในช่วงขวบปีแรกของทารก²³ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงดูบุตร การวางแผนคุมกำเนิด²¹ ทางเลือกและความแตกต่างของการคุมกำเนิดในแต่ละวิธีพร้อมให้เอกสารอธิบาย^{21,23} ผลการวิจัย พบว่า มีงานวิจัย 3 ใน 4 เรื่อง ที่รายงานว่า การจัดการการดูแลที่ครอบคลุมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการ

ให้ความรู้สามารถเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการลดภาวะแทรกซ้อน^{23,25}

3. โปรแกรม/คลินิกฝากครรภ์วัยรุ่นที่จัดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงต่างๆ ที่มีต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์โดยเฉพาะภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย^{17,24} ซึ่งได้แก่ปัญหาด้านจิตสังคม (เช่น วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับผู้ปกครอง หรือบิดา มารดาแยกทางกัน ยุติความสัมพันธ์กับบิดาของทารกในครรภ์ และไม่มีที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่ง) ปัญหาด้านโภชนาการ¹⁷ ภาวะติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ความรุนแรงทางอารมณ์²⁴ ทั้งนี้นอกจากการตรวจคัดกรองตามขั้นตอนของการฝากครรภ์แล้ว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการ การตรวจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการติดเชื้อ คัดกรองความรุนแรงในครอบครัว การใช้ยาและสารเสพติด และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสามี²⁴ โดยผู้ให้การดูแลซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ โภชนาการ และนักจิตวิทยา^{16,17,24} นอกจากนี้ยังได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่มีความเฉพาะเจาะจงตามปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายอย่างใกล้ชิด หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล เช่น ในเรื่องปัญหาโภชนาการ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะได้ข้อมูล คำแนะนำ และกำหนดอาหารที่ควรบริโภครวมทั้งดูแลติดตามทุกๆ 2 สัปดาห์¹⁷ ส่วนการดูแลด้านจิตสังคมจะติดต่อกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและบิดาของทารกที่เป็นวัยรุ่นอย่างใกล้ชิดเป็นกันเองและต่อเนื่อง ให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวทั้งที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาล และติดตามการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องไปถึงในระยะหลังคลอด¹⁶ ผลการวิจัย พบว่า มีเพียงงานวิจัย 1 เรื่อง ที่รายงานถึงผลของคลินิกฝากครรภ์วัยรุ่นสามารถลดการ

เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ (15% vs 28%, OR = 0.45, 95% CI = 0.29 - 0.68, $p < .0001$)²⁴ และการรายงานผลของการจัดโปรแกรม/คลินิกฝากครรภ์วัยรุ่นต่อน้ำหนักตัวทารกแรกคลอด พบว่า น้ำหนักตัวทารกแรกคลอดในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{16,24} และพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลมีทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม (6.7% vs 9.9%, $p < .01$) ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม (2.3% vs 5.1%, $p < .01$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลมีอัตราการคุมกำเนิดหลังคลอดสูงกว่า^{16,24} แต่ไม่พบความแตกต่างในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²⁴

4. การจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผู้จัดการรายกรณี^{17,24,29} เป็นรูปแบบที่มีผู้จัดการรายกรณีซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และจัดการการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยตรง มาทำหน้าที่หลักในการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด คัดกรอง ประเมินภาวะเสี่ยง วิเคราะห์ความต้องการทางสุขภาพ วางแผนจัดการการดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นดูแลตนเองและทารก และประสานการดูแลเพื่อส่งต่อในระบบการรักษาและเครือข่ายที่อยู่นอกกระบวนการตามระดับความจำเป็นและปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละราย รวมทั้งสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และจัดอบรมเป็นแบบรายกลุ่มและรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด 1 ปี^{27,29} ซึ่งการดูแลที่ให้มีทั้งที่ให้เฉพาะที่หน่วยฝากครรภ์ และที่ร่วมกับการเยี่ยมบ้านของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น²⁷ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยผู้จัดการ

รายกรณีมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป

จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลระยะตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นที่สืบค้นได้ 13 เรื่อง มีข้อสรุป ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลในระยะตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นควรเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องโดยมีผู้จัดการรายกรณีมาทำหน้าที่หลักในการดูแล โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงแรกของระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ไปจนถึงระยะหลังคลอด 1 ปี²⁷ และมีโปรแกรมต่างๆ ที่จัดให้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างเฉพาะเจาะจง ตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์หรือเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์²¹ หรือน้อยกว่า 36 สัปดาห์²³ และควรมีการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น บิดา มารดา และคู่สมรสให้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารก^{15,21,25,28}

2. การจัดการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ ซึ่งได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ โดยมีการกำหนดแนวทางขั้นตอนการดูแลและหน้าที่หลักให้ตรงกับสาขาและความเชี่ยวชาญให้ชัดเจน เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละรายอย่างต่อเนื่อง^{21,23,25} โดยอาจมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสุขภาพ

3. ควรประเมินข้อมูลและปัญหาต่างๆ ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างครอบคลุม ทั้งภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการ^{20,21,23} การศึกษาต่อ การประกอบอาชีพ การวางแผน

คุมกำเนิด²³ รวมทั้งการคัดกรองภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว การใช้ยาและสารเสพติด²⁴ เพื่อนำไปวางแผนและแก้ไขปัญหาให้แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละราย

4. ควรมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยต่าง ๆ ของการตั้งครรภ์ และการดูแลตนเอง^{25,27} ที่ครอบคลุมต่อเนื่องทุกช่วงระยะของการตั้งครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติตนในระยะหลังคลอดที่เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละราย โดยครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์^{23,26} การเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์²³ การดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ในระยะต่างๆ โภชนาการและสารอาหารที่จำเป็นในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด²³ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การล่วงละเมิดทางเพศ²¹ อาการหรือปัญหาที่พบได้ในขณะตั้งครรภ์ และสัญญาณอันตรายจากการตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดงเมื่อใกล้คลอด วิธีการเผชิญและจัดการกับอาการเจ็บปวดที่จะต้องพบในระยะคลอด^{21,23} เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่มีและนำมาใช้ในการลดความเจ็บปวดในระยะคลอด การคลอดทารก²⁶ การคลอดทางหน้าท้อง²³ บทบาทการเป็นบิดามารดา²⁵ การเจริญเติบโตและพัฒนาการในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ความต้องการสารอาหารในช่วงขวบปีแรกของทารก²⁶ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงดูบุตร^{23,25} การวางแผนคุมกำเนิด²³ ทางเลือกและความแตกต่างของการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี พร้อมมีการให้เอกสารอธิบาย^{25,26} การศึกษาต่อ การประกอบอาชีพ บทบาทการเป็นมารดา การสร้างความมั่นใจและทักษะการเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการปรับตัวในระยะหลังคลอด การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก^{6,25}

5. การให้ความรู้สามารถให้แบบรายกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที รวม 7 - 9 ครั้ง โดยครอบคลุมเนื้อหาดังที่กล่าวมา สำหรับรายบุคคลควรให้ในลักษณะการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่ประเมินได้ โดยความรู้ที่ให้ควรมีเนื้อหาและข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่าย^{21,23}

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำข้อสรุปความรู้ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาและจัดทำแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบการจัดการโดยมีพยาบาลวิชาชีพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น โปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. พัฒนาศักยภาพและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ตลอดจนกระบวนการดูแลในแนวทางการดูแลระยะตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่น และนำไปปฏิบัติใช้ในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง เช่น แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

3. มีการวางระบบการให้บริการและการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยจัดประชุมหรืออบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลด้วยระบบจัดการรายการณีก้นบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการในการให้บริการที่เป็นมิตรแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์



วัยรุ่นอย่างต่อเนื่องที่ห้องคลอดและหน่วยหลังคลอด เพื่อเป็นการดูแลเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดที่ดีและมีคุณภาพ

2. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลและยกระดับตั้งครรภ์สำหรับวัยรุ่นที่พัฒนาขึ้นภายหลังนำไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics: Geneva: WHO; 2010.
2. Unicef Thailand. Multiple indicator cluster survey 2015-2016. [Internet]. [cited 2012 September 22]. Available from: [https://www.unicef.org/thailand/media/176/file/Key%20Findings%20from%20Thailand%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202015-2016%20\(English\).pdf](https://www.unicef.org/thailand/media/176/file/Key%20Findings%20from%20Thailand%20Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202015-2016%20(English).pdf).
3. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. Adolesc Med State Art Rev 2012;23(1):123-38.
4. Lopez, FP, Chedraui P, Kravitz AS, Pousada DS, Hidalgo L. Present problems and controversies concerning pregnant adolescents. Journal of Gynecology & Obstetrics 2011;2011(2):85-94.
5. Dubhashi SS, Wani RJ. Teenage Pregnancy. Journal Bombay Hospital 2008;50(2):236-39.
6. Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy. Journal of Adolescent Health 2005;36(4):352-60.
7. Ryan JA, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents late adolescents and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. Int J Gynaecol Obstet 2009;107(2):162-5.
8. Montgomery KS. Improving nutrition in pregnant adolescents: recommendations for clinical practitioners. J Perinat Educ 2003;12(2):22-30.
9. Alwahab AA. Pregnancy complication and outcome among Journal Thi-Qar Medical 2011;5(3):87-93.
10. Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, Bhargava V. Outcome of teenage pregnancy. Indian J Pediat 2007;74(10):927-31.
11. Phanthumat S. Factors related to self-care behaviors among primigravida teenagers in Ubonratchathani. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2012. (in Thai).
12. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2007;36(2):368-73.



13. Kalaivani K. Prevalence & consequences of anemia in pregnancy. *Indian J Med Res* 2009;130(5):627-33.
14. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight failure to thrive in pregnancy and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003;189(6):1726-30.
15. Williamson CS. Nutrition in pregnancy. *Nutrition Bulletin* 2006;31(1):28-59.
16. Wise NJ, Arcamone AA. Survey of adolescent views of healthy eating during pregnancy. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2011;36(6):381-6.
17. Dubois S, Coulombe C, Pencharz P, Pinsonneault O, Duquette MP. Ability of the Higgins nutrition intervention program to improve adolescent pregnancy outcome. *Journal of the American Dietetic Association* 1997;97(8):871-8.
18. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. *Journal Matern Fetal Neonatal Med* 2004;16(5):265-70.
19. Grace J. Essential skills for evidence-based practice: strength of evidence. *J Nurs Sci* 2009;27(2):8-13.
20. Mersal FA, Esmat OM, Khalil GM. Effect of prenatal counselling on compliance and outcomes of teenage pregnancy. *East Mediterr Health J* 2013;19(1):10-7.
21. Grady MA, Bloom KC. Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a centering pregnancy program. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(5):412-20.
22. Pinto e Silva JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs. unwanted. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;63Suppl 1:S151-6.
23. Smoke J, Grace MC. Effectiveness of prenatal care and education for pregnant adolescents nurse-midwifery intervention and team approach. *Journal of Nurse-Midwifery* 1988;33(4):178-84.
24. Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. *BJOG* 2004;111(6):571-8.
25. Rabin JM, Seltzer V, Pollack S. The long term benefits of a comprehensive teenage pregnancy program. *Clin Pediatr (Phila)* 1991;30(5):305-9.
26. Slager-Earnest SE, Hoffman SJ, Beckmann CJ. Effects of a specialized prenatal adolescent program on maternal and infant outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1987;16(6):422-9.
27. Koniak-Griffin D, Mathenge C, Anderson NL, Verzemnieks I. An early intervention program for adolescent mothers a nursing demonstration project. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999;28:51-9.



28. Hardy JB, King TM, Repke JT. The Johns Hopkins adolescent pregnancy program an evaluation. *Obstet Gynecol* 1987;69(3 Pt 1):300-6.
29. Korenbrot CC, Showstack J, Loomis A, Brindis C. Birth weight outcomes in a teenage pregnancy case management project. *J Adolesc Health Care* 1989;10(2):97-104.
30. Kittipibul S. Teenage pregnancy at Trat Hospital. *J Prapokkloa Hosp Clin Med Educated Center* 2010;27(2):107-14. (in Thai).