

การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

Promotion of Family Care for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) *

แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่พยาบาลควรนำมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด สามารถให้การส่งเสริมและดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตามเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมถึงเป็นกำลังใจให้สามารถผ่านพ้นพันธกิจตามระยะต่างๆ ของการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย บทความนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: แนวทางการดูแลรักษา

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนที่รกสร้างมีผลต้านฤทธิ์อินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องสร้างอินซูลินมากขึ้น แต่เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณอินซูลินกับน้ำตาล ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 1.4-14 ของสตรีตั้งครรภ์ (American Diabetes Association: ADA, 2005) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ร้อยละ 1-14 (จิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, 2007) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกตายคลอดไม่ทราบสาเหตุ คลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 4,000 กรัมขึ้นไป คลอดทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด ญาติสายตรงลำดับแรกเป็นโรคเบาหวาน มีดัชนีมวลกายสูงในช่วงก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ มีประวัติความทนต่อน้ำตาลบกพร่องหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักมากกว่าปกติ (เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี, 2557; Simmons, 2011) หากพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น แพทย์จะทำการคัดกรองด้วย 50-gram glucose challenge test (50 g GCT) หากระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่า 140 mg/dl แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ให้ทดสอบด้วยการคัดกรองด้วย 100-gram oral glucose tolerance test (100 g OGTT) โดยทำการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ สังเกตระดับน้ำตาล ณ ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 โดยค่าปกติคือ 180, 155 และ 140 mg/dl หากผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี, 2557)

กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลต่อสตรีตั้งครรภ์ที่สำคัญคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์จากการแพ้ท้อง (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2555) ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าเกิดเพิ่มขึ้น 4 เท่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี (Schneider, Freerksen, Röhrig, Hoeft, & Maul,

* อาจารย์ สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2012) นอกจากนี้ยังพบภาวะการคลอดยาก การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด และการคลอดติดไหล่ ซึ่งเกิดจากการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี ทำให้ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ (Bodnar, Siega-Riz, Simhan, Himes, & Abrams, 2010) และส่งผลให้เกิดการตกเลือดในระยะหลังคลอดตามมา (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010) ทั้งนี้ เมื่อเวลาผ่านไป 5-10 ปี สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจได้ (Tam et al., 2012) ส่วนผลต่อทารกนั้น ที่สำคัญคือภาวะทารกตายคลอด ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของรก ส่วนภาวะอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกมีขนาดตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) โดยทารกจะมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม (Mitanechez, Burguet, & Simeoni, 2014)

เป้าหมายของการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอและให้ใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด แนวทางการดูแลรักษาควรเน้นเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จากการศึกษางานวิจัยหลายเรื่องพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (Carolan-Olah, 2016) และมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการที่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยดูแลและเป็นที่กำลังใจ (Garnweidner, Sverre, & Mosdøl, 2013) ตามปกติแล้ว ครอบครัวต้องการที่จะดูแลสุขภาพของสมาชิกตนเอง เพียงแต่ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือหรือยืนยันว่าการดูแลสุขภาพที่ครอบครัวปฏิบัตินั้นถูกต้อง ซึ่งพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นการดูแลที่นำความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมาร่วมในการวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแลสุขภาพ

แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการบริการสุขภาพแก่สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยแนวคิดนี้เริ่มจากการดูแลเด็กที่เจ็บป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นศูนย์กลางชีวิตของเด็ก จึงสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลเด็ก (รัชนี นามจันทร์, 2552) ในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้มีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าครอบครัวมีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันได้ เช่น การจัดเตรียมอาหาร การจัดหาเครื่องนุ่งห่ม การดูแลเรื่องสุขภาพกายและจิต เช่น การฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องยา การพาไปพบแพทย์ (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2558) ซึ่งการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นวิธีการที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสมาชิกของตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยครอบครัวมีบทบาทตั้งแต่การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน การดูแลในยามเจ็บป่วย และการจัดการให้สมาชิกดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้ (วิภา จีระแพทย์, 2557)

1. การให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) บุคลากรทางสุขภาพต้องรับฟังและเคารพความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว โดยความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จะรวมอยู่ในการวางแผนและการให้การดูแล

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) บุคลากรทางสุขภาพต้องมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเปิดเผย จริงใจ ไม่ลำเอียง

3. การเป็นหุ้นส่วนและการประสานงาน (participation and collaboration) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจในวิถีทางที่ตนเองเลือก และใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นประโยชน์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัว

4. การเจรจาต่อรองการออกแบบการมีส่วนร่วมในการดูแล (negotiation) มีการให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผลลัพธ์ของการดูแล การวางแผนการดูแล จะมีความยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว จะเห็นว่าการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับครอบครัว และผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป จากผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมาเป็นการทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลจะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มีการทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล โดยแต่ละฝ่ายต่างได้รับประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน ทั้งนี้ พยาบาลควรมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว เป้าหมายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานให้เหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยพยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและปัญหา พยาบาลควรทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงความสำคัญของครอบครัวในการช่วยดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน พร้อมทั้งร่วมกับครอบครัวในการกำหนดแนวทางการประเมินความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง ค่านิยม ความเชื่อ วัฒนธรรม และปัจจัยอื่นๆ โดยประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวที่มีต่อสุขภาพของตนเองในขณะนี้ ประเมินจุดแข็ง/ความเข้มแข็ง วิถีเผชิญปัญหา และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของครอบครัว

หลักของการประเมินความต้องการและปัญหานั้น พยาบาลควรใช้หลักของการให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว ด้วยการสร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สีนัยท่าทางเป็นกันเอง เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดความรู้สึกสบายใจ พร้อมทั้งจะระบายความรู้สึก ควรมีการเสริมสร้างพลังทางบวก เช่น การกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ข้อมูลที่พยาบาลควรประเมินสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงด้วยการประเมินประวัติทางสุติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย และค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ควรประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติมในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เช่น การมีน้ำตาลในปัสสาวะ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ ลักษณะการเลือกรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวต่อไป

2. การซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเชื่อหรือวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว และการออกกำลังกาย ซึ่งพยาบาลควรซักประวัติเกี่ยวกับอาหารที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวรับประทาน ได้แก่ 1) ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน 2) ความถี่ของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด เช่น 5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือต่อเดือน หรือไม่เคยรับประทานเลย 3) ชนิดและปริมาณอาหารที่ชอบรับประทาน 4) ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ เช่น ควรรับประทานข้าวกับปลาแห้งเท่านั้น เพราะหากบำรุงดีเกินไป ทารกจะตัวใหญ่และคลอดยาก นอกจากนี้ควรซักประวัติเกี่ยวกับลักษณะการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายในแต่ละวัน และระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย (Shuaibi, Sevenhuysen, & House, 2008)

วิธีการประเมินอาจได้จากการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม โดยอาจให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวช่วยจดบันทึกการรับประทานอาหารในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24-hour Recall or Record) ซึ่งการทราบข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารในปริมาณมากเพียงใด มากเกินความต้องการของร่างกายหรือไม่ อาหารที่รับประทาน

มีผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์หรือไม่

3. การตรวจร่างกายทางคลินิก โดยเฉพาะน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และความสูง เพื่อนำมาคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ ซึ่งพยาบาลต้องคำนวณจากน้ำหนักมาตรฐาน (ideal body weight) โดยใช้สูตรดังนี้ (นิตยา สิ้นสุกใส, 2557)

$$\text{น้ำหนักมาตรฐาน} = (\text{ความสูง} - 100) - 10\% \text{ ของ } (\text{ความสูง} - 100)$$

ตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์สูง 160 ซม. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 80 กิโลกรัม ดังนั้น ควรมีน้ำหนักมาตรฐานเท่ากับ $(160 - 100) - 10\% \text{ ของ } (160 - 100) = 54$ กิโลกรัม กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ควรมีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 54 กิโลกรัม

จากนั้น พยาบาลควรดูว่าน้ำหนักจริง ๆ ของสตรีตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{น้ำหนัก (กก.)} / \text{ความสูง (เมตร)}^2$$

จากนั้น นำค่าดัชนีมวลกายมากำหนดความต้องการพลังงาน/กก. โดยจำแนกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการพลังงานต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ของสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย

กลุ่มดัชนีมวลกาย	ความต้องการพลังงาน/กก.
BMI < 19.80 กก./ม. ²	35 กิโลแคลอรี
BMI 19.80 - 29.90 กก./ม. ²	30 กิโลแคลอรี
BMI ≥ 30 กก./ม. ²	25 กิโลแคลอรี

จากตัวอย่างข้างต้น สตรีตั้งครรภ์สูง 160 ซม. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 80 กิโลกรัม หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ $80/(1.6)^2 = 31.25$ กก./ม.² ดังนั้น พลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันคือ 25 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักมาตรฐาน 1 กิโลกรัม กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับพลังงานวันละ $54 \times 25 = 1,300$ กิโลแคลอรี ทั้งนี้ การวางแผนเรื่องการควบคุมอาหารของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายต้องขึ้นอยู่กับปริมาณแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับกับน้ำหนักตัว

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลต้องมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ หรือผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และแจ้งให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบ เพื่อเป็นการประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวต่อไป

2. การวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับครอบครัว

การวางแผนการดูแล เป็นการเลือกกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายของการดูแล สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้โดยไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยเป้าหมายของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือ การให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งนี้ พยาบาลควรใช้หลักของการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) โดยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจนเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยมีการให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างเปิดเผยจริงใจ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ในการพูดคุยหรือกับครอบครัว ควรใช้เวลาแก่สตรีตั้งครรภ์

และครอบครัวในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายยังทำใจยอมรับการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งแรกไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และมีคำถามมากมาย พยาบาลจะต้องมีเทคนิคการให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนมากยิ่งขึ้น

การวางแผนการดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว ควรใช้หลักการเป็นหุ้นส่วนและการประสานงาน (participation and collaboration) โดยพยาบาลควรส่งเสริม สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติการดูแลตนเองในประเด็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจครรภ์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร เป็นการดูแลที่สำคัญ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีการเผาผลาญที่ดี รักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค พยาบาลควรเน้นให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบว่า การควบคุมอาหารมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถที่จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี พยาบาลควรมีการกำหนดชนิดอาหารร่วมกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อที่จะได้เป็นไปตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจมีความต้องการแตกต่างกันทั้งด้านพลังงานและนิสัยการรับประทานอาหาร ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหารนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ครอบครัวดูแลสตรีตั้งครรภ์ดังนี้

1.1 ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับพลังงานวันละ 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม โดยจะต้องควบคุมการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะคีโตนในเลือด ครอบครัวควรจัดให้สตรีตั้งครรภ์มีการกระจายมื้ออาหารในแต่ละวัน โดยเป็นอาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และอาหารว่างอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน ทั้งนี้ อาจมีมื้อก่อนนอนด้วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงกลางคืน และที่สำคัญต้องรับประทานอาหารให้เป็นเวลา

เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551)

1.2 ครอบครัวยังควรจัดให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และควรงดรับประทานอาหารบางประเภท ดังนี้ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551; สมบูรณ์ บุญเกียรติ, 2557)

1.2.1 ควรจัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง วันละ 200-250 กรัม โดยให้เลือกรับประทานอาหารที่เป็นธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ขนมหั้วธัญพืช

1.2.2 ควรจัดอาหารประเภทโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา หมูเนื้อแดง ไก่ชนิดไม่ติดหนัง เนื้อวัวไม่ติดมัน และควรจัดให้รับประทานโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วลิสง งา ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่มีเส้นใยอาหาร จะช่วยการทำงานของระบบขับถ่าย ป้องกันไม่ให้ท้องผูก

1.2.3 ควรให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น หนั๋งไก่ มันทอด แกงกะทิ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของไขมัน ควรเน้นการดื่มนมสดชนิดจืดพร่องมันเนย หรือขาดมันเนย หรือดื่มนมถั่วเหลืองแทนเพื่อหลีกเลี่ยงไขมันในนม และควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย แทนการใช้ไขมันหมู เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแข็ง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

1.2.4 ควรให้เลือกรับประทานผลไม้ที่มีเส้นใยและมีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ พุทรา แอปเปิ้ล เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่น้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำหวานต่างๆ น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล น้ำอัดลม ไอศกรีม นมข้นหวาน รวมทั้งอาหาร

ที่มีน้ำตาลมาก เช่น แยม เยลลี่ ช็อกโกแลต ลูกกวาด ผลไม้แช่อิ่ม ขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น พุเรียน ขนุน น้อยหน่า ละมุด ลำไย ฝรั่ง เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้นได้ หากต้องการได้ความหวาน สามารถใช้น้ำตาลเทียม เช่น แอสปาเทม ซูคราโลส แทนน้ำตาลได้

1.2.5 ให้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ เพราะแอลกอฮอล์และสารนิโคตินจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และทำให้ทารกพิการได้

กลวิธีที่พยาบาลสามารถจัดให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีทางเลือกในการตัดสินใจเลือกวิธีการควบคุมอาหาร มีดังนี้

1. จัดทำตัวอย่างเมนูอาหารหรือรายการอาหารแลกเปลี่ยนแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อเป็นทางเลือกในการจัดสรรอาหารในแต่ละมื้อ โดยพยาบาลอาจประสานงานกับฝ่ายโภชนาการให้จัดทำอาหารจริงมาให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวดูเป็นตัวอย่าง หรือมีตัวอย่างเมนูอาหารที่มีการกำหนดพลังงานต่างกัน เช่น 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน เพื่อให้ดูลักษณะและประเภทของอาหาร (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551) และมีการจัดทำคู่มืออาหารพร้อมรายการอาหารที่แสดงจำนวนแคลอรี หรือสอนครอบครัวให้ใช้ smart phone ในการดาวน์โหลด application เกี่ยวกับแคลอรีอาหารมาใช้ดู เป็นต้น ตัวอย่างรายการอาหารที่แนะนำ (ให้พลังงาน 1,500-1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน) (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างรายการอาหารที่แนะนำ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
(ให้พลังงาน 1,500-1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน)

ช่วงเวลา	รายการอาหาร
อาหารเช้า	ข้าวสวย 2 ทัพพี / แองจิตปวยเล้งหมูสับ
อาหารว่างเช้า	นมจืด 1 ถ้วย / มะละกอสุก 6 ชิ้น ขนาดพอดีคำ
อาหารกลางวัน	เส้นหมี่น้ำลูกชิ้นปลา / ชมพู 4 ผลใหญ่
อาหารว่างบ่าย	นมจืด 1 ถ้วย / ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง
อาหารเย็น	ข้าวสวย 2 ทัพพี / ผักกะเพราปลา

2. จัดทำตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อาจทำเป็นแผ่นพับหรือสมุดคู่มืออาหารให้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อนำกลับไปจัดอาหารรับประทานที่บ้านได้ ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน เช่น ข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้ง 1 ส่วน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี ได้แก่ ข้าวสวย 1 ทัพพี / ข้าวเหนียวหนึ่ง ½ ทัพพี / ข้าวต้ม 2 ทัพพี อาหารนม 1 ส่วน (240 มล.) ได้แก่ นมสดพร้อมดื่ม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี / นมสดพรมันเนย 120 กิโลแคลอรี / นมขาดมันเนย 90 กิโลแคลอรี (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี นิยมสกุล, 2551)

3. ฝึกให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวบันทึก รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อลงในตาราง และนำกลับไปบันทึกที่บ้านทุกวัน จนครบ 1 สัปดาห์ และพยาบาล จะต้องมีการประเมินอาหารที่สตรีตั้งครรภ์รับประทานใน 1 สัปดาห์ หรือฝึกให้ครอบครัวได้มีการคำนวณพลังงาน จากตัวอย่างอาหารในแผ่นพับและจากอาหารที่รับประทานจริง เพื่อประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการพลังงานหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาล สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว ได้ร่วมกันปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ตรงตามความต้องการของร่างกาย (นุจิ ชื่นขงค์, 2550)

4. มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร ดังนี้ (นุจิ ชื่นขงค์, 2550)

- จัดกลุ่มสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวาน ทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีมาโดยตลอด มาเล่าประสบการณ์ให้ฟัง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ว่าสามารถดูแลตนเองได้

- ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เป็นรายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมฟัง โดยมีสื่อ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ภาพพลิก อาหารจริง ประกอบการให้ความรู้ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้าใจได้ง่ายขึ้น และให้นำเอกสารไปทบทวนที่บ้าน เช่น แผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน ตัวอย่างอาหารคำนวณ

5. เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่าง พยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เช่น ไลน์ โทรศัพท์ หรือมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา หรือให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยลดภาวะดื้ออินซูลิน สตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและภายหลังการรับประทาน อาหารลดลง พยาบาลควรแนะนำให้ครอบครัวมีการกระตุ้น สตรีตั้งครรภ์ให้ออกกำลังกาย หรือให้ครอบครัวออกกำลังกาย ร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ โดยการออกกำลังกายแบ่งระดับ

ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การออกกำลังกายระดับเบา เช่น เดินช้าๆ ทำการบริหารเพื่อยืดเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ โยคะ การออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน และการออกกำลังกายระดับหนัก เช่น วิ่งแข่ง เต้นแอโรบิก ทั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ควรตัดสินใจเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยออกกำลังกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ และไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึก ไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจ ไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมากหรือน้อยผิดปกติ (ปัญหาน้ำหนัก ลิมเรื่องรอง, นิตยา สันสุกใส, เอมพร รตินธร, และจิตูกันต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2011)

3. การมาตรวจครรภ์ตามนัด พยาบาลต้องเน้น ให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการพาสตรีตั้งครรภ์มา ตรวจตามนัด เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ พร้อมทั้งแนะนำให้สังเกตภาวะแทรกซ้อน ที่อาจพบได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด รวมทั้งแนะนำให้บันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ภายหลัง การรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยให้นั่งพักและนับการดิ้น ของทารกนาน 1 ชั่วโมง ถ้าได้ 3 ครั้งขึ้นไป แสดงว่าปกติ และใน 1 วัน ทารกในครรภ์ควรดิ้นมากกว่า 10 ครั้ง หากมี อาการผิดปกติ ควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีพอ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่าย

3. การประเมินผลการดูแล เป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการดูแล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติ การดูแล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้รับบริการ ว่าสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ ในส่วนการประเมินผลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน พยาบาลควรมีการติดตามเป็นระยะว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ เพื่อให้เกิด การจัดการสุขภาพตามแผนที่ครอบครัวและสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกันวางแผนไว้ โดยประเมินจากการปฏิบัติตนและค่า ระดับน้ำตาลในเลือด กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ยังไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พยาบาลควรใช้หลักการ

การเจรจาต่อรอง (negotiation) กับสตรีตั้งครรภ์และ ครอบครัวในการออกแบบการดูแลตนเอง มีการประเมิน วิธีการปฏิบัติตน หรือข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติ ตน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนกิจกรรม การดูแลที่ยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว และติดตามผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยน กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ครอบครัว เป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลและให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ ให้สามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้ พยาบาลจึงควรร่วมครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายของการดูแลเพื่อให้ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานดำเนินการตั้งครรภ์ได้ อย่างปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ พยาบาลยังควรมีการติดตามภาวะสุขภาพ ภายหลังการคลอด เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ตามมาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2558). การสังเคราะห์งานวิจัย โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิตินิการดูแลผู้สูงอายุ. ใน เอกสารการประชุมวิชาการ วาระครบรอบ 72 ปี โรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย (คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง ครอบครัว: หัวใจของสุขภาพและการดูแล. หน้า 87-88. วันที่ 26-27 มีนาคม 2558 ณ โรงแรมวันนา กรุงเทพฯ.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี ญาทรวง. (บ.ก.). การพยาบาล ผดุงครรภ์ เล่ม 3: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: ครองช่าง พรินท์ติ้ง.

- นิตยา สีนสุกใส. (2557). โรคเบาหวานในระยะปรีกำเนิด: บทบาทพยาบาล. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- นุจรี ชื่นยงค์. (2550). บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน. ใน *ชาญชัย วันทนาศิริ. (บ.ก.). เวชศาสตร์ปรีกำเนิด. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินธร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2011). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้า ในสตรีที่เ็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *Journal of Nursing Science, 29(suppl. 2), 48-58.*
- เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี. (2557). การดูแลมารดาที่เ็นเบาหวาน. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- มณีภรณ์ โสมานุสรณ์, และวรรณวดี เนียมสกุล. (2551). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรค่วมกับการตั้งครรภ์. ใน *ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บ.ก.). การพยาบาล สูติศาสตร์เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.*
- รัชณี นามจันทรา. (2552). บทบรรณาธิการรับเชิญ การดูแลที่เ็นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล, 24(1), 5-10.*
- วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. (2007). Medical complications in elderly gravida. *Srinagarind Medical Journal, 22(suppl.), 39-42.*
- วีณา จีระแพทย์. (2557). กลยุทธ์ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อคุณภาพการดูแลปรีกำเนิดอย่างยั่งยืน. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- สมบุรณ์ บุญเกียรติ. (2557). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 1. กรุงเทพฯ: สินธนา ก๊อปปี้ เซ็นเตอร์.*
- American Diabetes Association. (2005). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care, 28(suppl. 1), s4-s36.*
- Bodnar, L. M., Siega-Riz, A. M., Simhan, H. N., Himes, K. P., & Abrams, B. (2010). Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes. *The American Journal of Clinical Nutrition, 91(6), 1642-1648.*
- Carolan-Olah, M. C. (2016). Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: An integrative review. *Collegian, 23(1), 103-114.*
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Garnweidner, L. M., Sverre, P. K., & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery, 29(12), e130-e137.*

- Mitanez, D., Burguet, A., & Simeoni, U. (2014). Infants born to mothers with gestational diabetes mellitus: Mild neonatal effects, a long-term threat to global health. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 445-450.
- Schneider, S., Freerksen, N., Röhrig, S., Hoeft, B., & Maul, H. (2012). Gestational diabetes and preeclampsia--Similar risk factor profiles?. *Early Human Development*, 88(3), 179-184.
- Shuaibi, A. M., Sevenhuysen, G. P., & House, J. D. (2008). Validation of a food choice map with a 3-day food record and serum values to assess folate and vitamin B-12 intake in college-aged women. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(12), 2041-2050.
- Simmons, D. (2011). Diabetes and obesity in pregnancy. *Best Practice & Research, Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 25-36.
- Tam, W. H., et al. (2012). Cardiometabolic risk in Chinese women with prior gestational diabetes: A 15-year follow-up study. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 73(2), 168-176.
-