รายงานผลการฝึกอบรม หัวข้อ "Integrated Care for Sustainable Midwifery Practice"
ระหว่างวันที่ ๑๕ – ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รูปแบบ Online ผ่านโปรแกรม Zoom Workplace
จัดโดย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรายงานข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดังนี้

๑. เนื้อหา

วัตถุประสงค์การอบรมครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริบาลมารดาและทารกระยะปริกำเนิดในประเทศให้แก่สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลสูตินรีเวช พยาบาลกุมารเวช และบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้อง จากการอบรมสรุปเนื้อหาสาระสำคัญได้ดังนี้

๑.๑ เรื่อง บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ โดย ผศ.ดร.สตรีรัตน์ ธาดากานต์

การพยาบาลมารดา ทารก หมายถึง การให้การพยาบาลสตรีในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด การผดุงครรภ์ หมายถึง การกระทำเกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอดหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความผิดปกติในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค กรณีที่หญิงมีครรภ์มีภาวะ โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์และศิลปะในการดูแล

บทบาทและขอบเขตของผดุงครรภ์ ผดุงครรภ์วิชาชีพชั้นหนึ่งได้รับอนุญาตให้ทำบทบาทและขอบเขต ดังนี้

1. การคลอดปกติ รวมถึงการดูแลแม่และทารกแรกเกิด
2. การคลอดผิดปกติในกรณีฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อมารดาหรือทารก ถ้าไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำการคลอดได้ในเวลาอันสมควร
3. ห้ามทำคลอดโดยใช้คีมสูง เครื่องดูดสุญญากาศ หรือการผ่าตัด
4. สามารถทคลอดรกด้วยการดึงสายสะดือในกรณีรกค้าง และรักษาอาการตกเลือดเบื้องต้นได้

มาตรฐานการผดุงครรภ์ ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ปี 2562 ประกอบด้วย 3 หมวด มีมาตรฐานรวม 15 มาตรฐาน แต่ละมาตรฐานมีข้อกำหนดที่นำสู่การปฏิบัติรวมทั้งสิ้น 68 ข้อกำหนด ดังนี้

หมวดที่ 1 : มาตรฐานเชิงโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ดังนี้

1. การบริหารงานการผดุงครรภ์
2. ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน
3. การบริหารจัดการบริการผดุงครรภ์
4. การพัฒนาคุณภาพการผดุงครรภ์

หมวดที่ 2: มาตรฐานการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 9 มาตรฐาน ดังนี้

1. การดูแลทั่วไป
2. การดูแลก่อนคลอดและระหว่างตั้งครรภ์
3. การดูแลในระยะคลอด
4. การดูแลหลังคลอด
5. การช่วยเหลือเพื่อรักษาชีวิต
6. การคุ้มครองสิทธิ จริยธรรม และจรรยาบรรณ
7. การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ
8. การดูแลต่อเนื่อง

9. การบันทึกและรายงานข้อมูล

หมวดที่ 3: ผลลัพธ์ของการผดุงครรภ์ ประกอบด้วย 2 มาตรฐาน ดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่ไวต่อการผดุงครรภ์
2. การบริหารจัดการผลลัพธ์

<u>หน้าที่และความรับผิดชอบของผดุงครรภ์</u>

1. Clinical responsibility คือ ความรับผิดชอบทางคลินิก ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดีตามประสบการณ์และความรู้ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ, การประเมินและการดูแล, สนับสนุนด้านจิตสังคม, การให้สุขศึกษาและความรู้ในการดูแลสุขภาพ

2. Professional responsibility คือ ความรับผิดชอบทางวิชาชีพ เป็นความรับผิดชอบในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อรักษามาตรฐานวิชาชีพ เช่น การพัฒนาความรู้โดยการเก็บคะแนนหน่วยกิตของสภาการพยาบาลในการ up skill หรือ re skill ของตนเอง รวมถึงความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ เช่นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการ การให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจในการรักษาหรือการดูแลตนเอง เป็นต้น

<u>การสอดคล้องกับมาตรฐานสากล</u>

ในการรับผิดชอบต่อวิชาชีพจะมีคณะกรรมการการพัฒนาผดุงครรภ์แห่งชาติ จะทำงานที่เน้นความสอดคล้องกับ ICM (International Confederation of Midwives) และ องค์การอนามัยโลก (WHO) และร่วมดูแลให้วิชาชีพมีมาตรฐานระดับชาติ /สากล ทั้งด้านกำลังคน สมรรถนะ การศึกษา และมาตรฐานวิชาชีพ โดยการพิจารณาอัตรากำลัง ดูแลสมรรถนะของผดุงครรภ์ร่วมกับการศึกษา เช่น การศึกษาระดับปริญญาโทกับการเรียนเฉพาะทางจะมีความต่างกันอย่างไร เรียนเฉพาะทางแล้วจะสามารถเก็บหน่วยกิตไปเรียนปริญญาโทได้หรือไม่ เพื่อให้เรียนน้อยลง เป็นต้น

<u>รูปแบบการดูแลผดุงครรภ์ในต่างประเทศ</u>

รูปแบบการดูแลผดุงครรภ์ในต่างประเทศหลายแบบที่ผดุงครรภ์ในประเทศไทยมีการปฏิบัติ แต่ไม่คุ้นกับคำเหล่านี้ ได้แก่

1. Continuity of care การดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ในประเทศไทยปัจจุบันมีการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ รพสต. จนถึงโรงพยาบาล

2. Led care การดูแลความเสี่ยงต่ำ เช่น กรณีพยาบาลรพสต. ดูแลตรวจครรภ์ความเสี่ยงต่ำ (ส่งต่อหากต้องพบแพทย์ U/S) นับเป็นความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ ต้องหวงแหนไม่ให้ใครมาทำแทน

3. Private Midwifery Care / independent midwives การดูแลโดยผดุงครรภ์หรือกลุ่มของผดุงครรภ์ ถ้าการตั้งครรภ์เกิดภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจะมีการทำงานร่วมกับแพทย์

4. Combined Care or 'DOMINO' "DOMiciliary In and Out" การดูแลในชุมชน ตามไปทำคลอดในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องถึงหลังคลอดเมื่อกลับบ้าน

5. Team Midwifery Care การดูแลโดยกลุ่มทีมผดุงครรภ์เล็ก ๆ ไม่เกิน 8 คนที่เปลี่ยนเวรกัน ภายใต้ความร่วมมือกับแพทย์ในกรณีที่มีความเสี่ยงและแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือการทำงานเป็นทีมในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด Caseload midwifery การดูแลเฉพาะ 1-2 คน ที่ไม่จำเป็นต้องดูทุกระยะติดต่อกัน เป็นรูปแบบการจ่ายเคสแบบ primary care

๑.๒ เรื่อง การดูแลและบทบาท พยาบาลผดุงครรภ์ในภาวะคลอดไหล่ติด

โดย อ.นพ.วรัญญู เลิศรัตน์ และ อ.ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล

ภาวะคลอดไหล่ยาก (Shoulder Dystocia)

การวินิจฉัยภาวะคลอดไหล่ยาก_เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อศีรษะของทารกคลอดแล้ว แต่ไม่สามารถดึงไหล่หน้าออกมาได้ตามปกติ ต้องใช้เทคนิคหรือหัตถการช่วยเหลือเพิ่มเติม_ไม่มีเกณฑ์ชัดเจนด้านแรงที่ใช้หรือระยะเวลาที่ถือว่าเป็น "ไหล่ยาก" จึงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ทำคลอด_การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว (แม้จะไม่แม่นยำ 100%) มักนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ปลอดภัยกว่า

แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะคลอดไหล่ยาก

- ขั้นตอนเบื้องต้น ได้แก่ การเรียกทีมช่วยเหลือ (สูติแพทย์, วิสัญญีแพทย์, กุมารแพทย์, พยาบาล), เตรียมช่องทางคลอด, และให้มารดาเบ่งอีกครั้ง
- หัตถการช่วยคลอด ที่สำคัญ เช่น:
    - McRoberts maneuver (งอขาแม่ขึ้นชิดหน้าท้อง)
    - Suprapubic pressure (กดเหนือหัวหน่าว)
    - Rubin's maneuver และ Reversed Woods maneuver (หมุนไหล่ทารก)
    - Delivery of posterior arm และ Posterior axilla sling traction
    - Gaskin maneuver (ท่าคุกเข่า-ยันมือ)
    - Zavanelli maneuver, Cleidotomy (ใช้ในกรณีรุนแรง)

ภาวะแทรกซ้อน

- ต่อมารดา ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด, ฉีกขาดช่องคลอดรุนแรง, มดลูกแตก, บาดเจ็บทางเดินปัสสาวะ
- ต่อทารก ได้แก่ กระดูกหัก, บาดเจ็บเส้นประสาท, ขาดออกซิเจนจนสมองเสียหาย หรือเสียชีวิต

๑.๓ เรื่อง Prenatal screening: what does prenatal screening do?

โดย รศ.ดร.พญ.ปิยา แช่มสายทอง และอ.วราพร รุ่งโรจน์ประทีป

สถิติและความผิดปกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ ในปัจจุบัน พบร้อยละ 3-5 ของการตั้งครรภ์มักพบความผิดปกติ ประมาณร้อยละ 20-30 ของทารกที่มีความผิดปกติที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อได้ การตรวจพบความผิดปกติของโครโมโซมในทารกเพิ่มความเสี่ยงสูญเสียหรือยุติการตั้งครรภ์ โรคร้ายแรง เช่น Trisomy 21, 18 และ 13 มีผลต่อการตัดสินใจของครอบครัว

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

1. การตรวจคัดกรอง NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) Combined test
2. การตรวจวินิจฉัย CVS (Chorionic Villus Sampling Amniocentesis Cordocentesis

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ก่อนการตรวจวินิจฉัย

1. ให้ข้อมูลครบถ้วน อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนก่อนตรวจ
2. ประเมินความวิตกกังวล รับฟังความต้องการและความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์
3. เตรียมร่างกายและใจ สนับสนุนให้พร้อมทั้งทางกายและจิตใจ
4. คำปรึกษาพันธุศาสตร์ อธิบายผลกระทบและทางเลือกที่เป็นไปได

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ขณะและหลังการตรวจวินิจฉัย

- ดูแลระหว่างการตรวจ เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และให้กำลังใจอย่างอบอุ่น
- ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์
- สังเกตอาการหลังการตรวจ ติดตามภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด พร้อมให้คำแนะนำที่เหมาะสม

- สนับสนุนด้านอารมณ์ ช่วยสตรีตั้งครรภ์รับมือกับความเครียดและความกังวลอย่างเหมาะสม

<u>การพยาบาลหลังทำหัตถการ</u>

- ดูแลเพื่อบรรเทาความไม่สุข สบายของสตรีตั้งครรภ์
- ติดตามและสังเกต ภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ
- ให้สตรีตั้งครรภ์นั่งพัก 15-30 นาที เพื่อสังเกตอาการ
- แนะนำการปฏิบัติตัวและนัดฟังผลหลังทำหัตถการ 2-3 สัปดาห์

<u>การพยาบาลหลังการตรวจและรับฟังผล</u>

- การประเมินผลและแนะนำต่อ แนะนำพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเมื่อตรวจพบความผิดปกติ
- สนับสนุนทางอารมณ์ ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจและการฟังอย่างตั้งใจ
- ให้ข้อมูลและคำแนะนำ แนะนำทางเลือกในการตรวจเพิ่มเติมและการจัดการความรู้สึก

<u>การแจ้งข่าวร้าย</u>

ข่าวร้ายในบริบทของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ผลตรวจพบความผิดปกติของทารก หรือแพทย์แนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์ ผลกระทบของข่าวร้ายต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตกใจ สูญเสียความหวัง และรู้สึกผิด

<u>บทบาทของพยาบาล</u> พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประคับประคองอารมณ์ และเสริมสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดการตัดสินใจที่เหมาะสมและปลอดภัย

<u>การพยาบาลสตรีที่ได้รับข่าวร้าย</u>

1. ระยะก่อนการแจ้งข่าว (ช่วงฝากครรภ์และระหว่างรอผล)
    - เตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย
    - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และค่านิยมของผู้ป่วย
    - อธิบายขั้นตอนการตรวจน้ำคร่ำและภาวะแทรกซ้อน
    - การสนับสนุนและวางแผน ให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง วางแผนร่วมกับทีมแพทย์หากพบความผิดปกติ
2. ระยะการแจ้งข่าวร้าย จัดเตรียมสถานที่ส่วนตัวและสงบปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
    - ประเมินความเข้าใจและความพร้อมทางจิตใจของผู้ป่วย
    - ขออนุญาตก่อนแจ้งข่าว ใช้ถ้อยคำอ่อนโยนและชัดเจน
    - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และถามคำถามโดยไม่ขัดจังหวะ
    - สนับสนุนให้คู่สมรสหรือบุคคลสำคัญร่วมรับฟังและตัดสินใจ
    - ช่วยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์อย่างครบถ้วนและตอบข้อสงสัย
3. การพยาบาลในระยะหลังแจ้งข่าวร้าย

    3.1 อาการที่พบได้ในระยะ Shock (ตกใจ)

    - เงียบงันหรือช็อก (speechless, frozen)
    - ไม่สามารถพูดอะไรออกมาได้เบลอ มึนงง (confused, disoriented) รับข้อมูลไม่ครบถ้วน
    - น้ำตาคลอ/ร้องไห้ทันที โดยไม่สามารถควบคุมได้ตัวสั่น มือเย็น ใจเต้นเร็ว
    - บางรายอาจหัวเราะเบา ๆ อย่างไม่เหมาะสม เป็นปฏิกิริยาปกป้องตัวเองจากอารมณ์เจ็บปวด

    3.2 อาการในระยะ Denial (ปฏิเสธความจริง)

    - ปฏิเสธผลวินิจฉัย เช่น “ไม่จริง หมอต้องตรวจผิดแน่”
    - ขอความเห็นที่สอง (second opinion) หรือขอให้ทำซ้ำอีกครั้ง
    - คิดว่ายังมีโอกาสที่ลูกจะไม่เป็นอะไร แม้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจน
    - บางคนอาจเริ่มค้นหาข้อมูลออนไลน์อย่างหวังผลลัพธ์ที่ดีแทน

· พูดว่า “เราไม่เชื่อ ยังรู้สึกว่าลูกแข็งแรงดี” หรือ “ยังไม่อยากคิดถึงเรื่องนี้ตอนนี้”

3.3 อาการในระยะ Anger (โกรธ)

· โกรธแพทย์ พยาบาล หรือระบบสาธารณสุข เช่น “ทำไมไม่ตรวจให้เร็วกว่านี้” “ทำไมไม่มีใครเตือน”

· แสดงพฤติกรรมตึงเครียด เช่น พูดเสียงดัง ไม่อยากร่วมพูดคุย

· โกรธตนเองหรือคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา หรือญาติผู้ใหญ่

· คู่สามีภรรยาอาจเกิดความขัดแย้งกันมากขึ้น

3.4 อาการในระยะ Bargaining (ต่อรอง)

คิดว่า “ถ้าฉันทำต่างไป ลูกคงไม่เป็นแบบนี้”
อธิษฐานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์เปลี่ยนผลลัพธ์
รู้สึกผิดต่อลูกและโทษตัวเอง
ถามหาสาเหตุซ้ำ ๆ “ทำไมต้อง เกิดกับเรา”

3.5 อาการในระยะ Depression (ภาวะซึมเศร้า)

สีหน้าเศร้าหมอง น้ำตาคลอหรือ ร้องไห้บ่อย
นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือ หลับตลอดวัน
แยกตัว ไม่อยากพูดคุยกับใครแม้แต่คู่สมรส
บางรายมีความคิดอยากตายหรือไม่มีชีวิตอยู่

<u>การพยาบาลในระยะหลังแจ้งข่าวร้าย</u>

พยาบาลควรรับฟังโดยไม่ตัดสิน ให้ได้ระบายความรู้สึกได้เต็มที่สะท้อนความรู้สึกด้วยความเข้าใจ เช่น “คุณแม่อาจรู้สึกผิดหรือเสียใจที่คิดว่าเป็นความผิดของตัวเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกปกติที่เกิดขึ้นได้ในสถานการณ์นี้” ประเมินสุขภาพจิตทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามี เปิดพื้นที่ปลอดภัยให้แสดงอารมณ์ โดยไม่รีบผลักให้ "ดีขึ้น" หากมีภาวะเศร้าอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้พบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิก แนะนำการใช้กลุ่มสนับสนุน (support group) สำหรับครอบครัวที่สูญเสียลูก

๑.๔ เรื่อง กลเม็ดเคล็ด(ไม่) ลับ...ในการคลอดปกติ โดย ผศ.นพ.อดิเทพ เชาว์วิศิษฐ และรศ.ดร.สายลม เกิดประเสริฐ

สถานการณ์และแนวโน้มการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลหลากหลาย เช่น การมีบุตรน้อยลง อายุครรภ์มากขึ้น และการเลือกผ่าตัดคลอดโดยแพทย์_อิทธิพลจาก สื่อสังคมออนไลน์ และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความปลอดภัยของการคลอด_แนวคิด “ผ่าตัดง่าย ดีกว่าคลอดยาก” กลายเป็นค่านิยมใหม่ที่ควรได้รับการทบทวน

<u>ความรู้พื้นฐานด้านกลไกการคลอด</u>

- อธิบายกระบวนการคลอดตามขั้นตอน “Cardinal Movements” ได้แก่ engagement, descent, flexion, internal rotation, extension, restitution, external rotation และ expulsion
- เน้นความสำคัญของการตรวจทางช่องคลอด เพื่อประเมินลักษณะของส่วนนำ เช่น molding, asynclitism
- ปัจจัย 3 ประการ (3P) ที่มีผลต่อการคลอด:
    - Power (แรงเบ่งและการหดรัดตัวของมดลูก)
    - Passenger (ทารก)
    - Passage (ช่องเชิงกรานและทางคลอด)

<u>แนวทางการดูแลในแต่ละระยะของการคลอด</u>

- ระยะที่ 1: การตรวจ position และพิจารณาเจาะถุงน้ำคร่ำโดยระมัดระวัง
- ระยะที่ 2: ประเมินการคลอดยากจาก CPD (หัวติดเชิงกราน), ศีรษะไม่หมุน, การบีบตัวไม่พอ ฯลฯ

- ระยะที่ 3: การแยกรกอย่างถูกวิธี เช่น Brandt-Andrews, Modified Credé's Maneuver, หลีกเลี่ยงการดึงสายสะดือหากไม่ได้แยกรกแล้ว

<u>คุณสมบัติของมารดาที่เหมาะสมต่อการคลอดธรรมชาติ</u>

- ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม
- ศีรษะเข้าสู่อุ้งเชิงกรานดี ไม่มีภาวะเสี่ยง
- มารดามีความตั้งใจคลอดเอง
- มารดาอายุน้อยกว่า 35 ปี และไม่มีภาวะเร่งด่วน

<u>สรุปข้อเสนอแนะ</u>

การคลอดธรรมชาติยังคงเป็นวิธีที่ปลอดภัยและเหมาะสมในหลายกรณี แต่ต้องอาศัยการประเมินอย่างรอบคอบ ทักษะที่แม่นยำ และวิธีคิดอย่างเป็นระบบของทีมสหวิชาชีพ การเปลี่ยนค่านิยมด้วยการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้คลอด เป็นสิ่งสำคัญในปัจจุบัน

๑.๕ เรื่อง Syphilis in Pregnancy โดย อ.นพ.นพดล ไชยสิทธิ และ พว.ยิ่งขวัญ อยู่รัตน์

<u>สถานการณ์โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis)</u> ปัจจุบันพบว่าอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าในปี 2562 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดเท่ากับ 45.6 ต่อเด็กเกิด มีชีพแสนคน และปี 2566 เท่ากับ 119.5 ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน โดยประเทศไทยมีเป้าหมายในการลดอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด ≤50 ต่อเด็กเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) โรคนี้เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* โดยผ่านทางรกขณะทารกอยู่ในครรภ์ สามารถเกิดได้ทุกระยะของการตั้งครรภ์ มีส่วนน้อยที่เกิดระหว่างการคลอด โดยพบความรุนแรงของพยาธิสภาพแตกต่างกันได้มาก ตั้งแต่ตรวจไม่พบความผิดปกติใด ๆ เลยหลังเกิดจนเมื่อโตจึงพบความพิการทางกระดูกและระบบประสาท ทารกที่มีความผิดปกติรุนแรงจะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ เช่น ทารกภาวะบวมน้ำ (hydrops fetalis) และกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งแท้งและตายคลอด

โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1. Early-onset manifestation พบอาการและอาการแสดงตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 2 ปี ส่วนมากจะแสดงอาการภายใน 5 สัปดาห์แรก

2. Late-onset manifestation หากผู้ป่วยที่เป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะพบอาการและอาการแสดงหลังอายุ 2 ปี และมักเป็นพยาธิสภาพที่คงอยู่ตลอดชีวิต

มาตรการณ์ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด

1. Reach :
   - เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
   - ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในกลุ่มเป้าหมาย
   - กระตุ้นการฝากครรภ์คุณภาพ
   - เข้าถึงถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น
   - ดำเนินการเชิงรุกในชุมชน
2. Recruit :
   - เข้าถึงการฝากครรภ์คุณภาพฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในระบบบริการสาธารณสุข
   - ให้บริการ Pre-test counseling และส่งต่อเข้ารับบริการ
3. Test :

- หน่วยงานส่วนกลางสนับสนุนชุดตรวจซิฟิลิสแบบไว้ เพื่อคัดกรองกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดสูงจำนวน 15 จังหวัด (Same day test)

- ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในสามีหรือคู่เพศสัมพันธ์ ของหญิงตั้งครรภ์

- พัฒนาการตรวจโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ แบบ reverse algorithm

- ขับเคลื่อนชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส

4. Treat :

- รักษาด้วย Benzathine Penicillin G (Same day treat) และมีระบบติดตามผู้สัมผัสมาตรวจและรักษา

- พัฒนาระบบส่งต่อ กรณีที่หน่วยบริการไม่สามารถทำการรักษาได้

- พัฒนาระบบการทวนสอบแบบสอบสวนโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดโดยผู้เชี่ยวชาญในระบบบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่/ระดับจังหวัด

5. Prevent :

- ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปกับการตรวจรักษา

- รณรงค์ป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

6. Retain :

- ติดตามการรักษาโรคซิฟิลิส และให้คงระบบการดูแลรักษา

- ให้คำปรึกษาต่อเนื่องเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

<u>การวินิจฉัย</u>

1. การตรวจชนิดไม่เฉพาะ (Non-treponemaL test) ได้แก่

- การตรวจ VenereaL Diseases Research Laboratory Test : VDRL หรือการตรวจ Rapid PLasma Reagins Test โดยการตรวจแปลผล ดังนี้

- Reactive (ผลบวก/ เป็นซิฟิลิส) รายงานระดับของแอนติบอดีจะรายงานผลเป็นผลบวก 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32 เป็นต้น มีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา

- Nonreactive (ผลลบ/ไม่เป็นซิฟิลิส)

2. การตรวจชนิดเฉพาะ (Treponemal test) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูงมีประโยชน์มากในการยืนยันการวินิจฉัยโรคซิฟิลิสกรณีที่อาการแสดงของโรคไม่ชัดเจน เช่น ซิฟิลิสระยะแฝง ซิฟิลิสระบบประสาท โรคซิฟิลิสแต่กำเนิด เป็นต้น การตรวจ FluorescentTreponemal Antibody Absorption Tests หรือการตรวจTreponema Pallidum Hemagglutination Assay : TPHA เป็นการส่งตรวจซีรั่มพลาสม่าน้ำไขสันหลัง
การแปลผล Reactive (เป็นซิฟิลิส) Nonreactive (ไม่เป็นซิฟิลิส)

<u>การพยาบาลและการให้การให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์</u>

- ให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังตรวจเลือดภายหลังทราบผลการตรวจเลือดพบว่ามีการติดเชื้อ
- ประเมินการรับรู้ความรู้ความเข้าใจต่อโรคซิฟิลิสรวมทั้งความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น
- อยู่เคียงข้างให้คำแนะนาวิธีการลดและจัดการกับความวิตกกังวลวิธีการฝึกการผ่อนคลายการเสริมสร้างพลังด้านบวกและพลังสนับสนุนจากครอบครัว
- แนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อโดยการได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา

<u>การรักษาในหญิงตั้งครรภ์/หญิงในระยะให้นมบุตร</u> ให้ตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของสูติแพทย์

- ให้การรักษาตามระยะของโรคซิฟิลิสเหมือนผู้ป่วยทั่วไปแต่ควรให้การรักษาด้วย PENICILLIN (PREGNANCY CATEGORY B) เนื่องจากยาสามารถผ่านรกไปยังทารกในครรภ์ได้หากผู้ป่วยมีประวัติแพ้ PENICILLIN ให้ทำ PENICILLIN DESENSITIZED ก่อนแล้วรักษาด้วย PENICILLIN
- ห้ามใช้ DOXYCYCLINE (PREGNANCY CATEGORY D) หรือTETRACYCLINE (PREGNANCY CATEGORY D) ในหญิงตั้งครรภ์
- ยา ERYTHROMYCIN STEARATE (PREGNANCY CATEGORY B) ไม่สามารถผ่านรกไปที่ทารกในระดับที่เพียงพอที่จะป้องกันโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดในทารกส่วนยา CEFTRIAXONE (PREGNANCY CATEGORY B) ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลว่าสามารถป้องกันการเกิดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิดได้
- ในกรณีที่ไม่สามารถมารับการฉีดยาได้ตามกำหนดต้องพยายามให้การฉีดยาเข็มต่อไปไม่ห่างจากเข็มที่ฉีดก่อนหน้าเกิน 14 วันแต่ถ้าทำตามไม่ได้ให้เริ่มการรักษาใหม่
- ควรมีการตรวจ RPR/VDRL ในวันแรกที่ได้รับการรักษาและวันที่ได้รับการรักษาใหม่กรณีแพ้ยาPENICILLIN ให้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่ DOXYCYCLINE 100 MG รับประทานวันละ 2 ครั้งหลังอาหารนาน 28 วัน TETRACYCLINE 500 MG รับประทานวันละ 4 ครั้ง หลังอาหารนาน 28 วัน
- ในกรณีที่สงสัยภาวะของโรคซิฟิลิสของระบบประสาทในหญิงตั้งครรภ์ไม่แนะนำให้เจาะน้ำไขสันหลัง (LUMBAR PUNCTURE) เนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ได้
- ไม่แนะนำให้ทำการทดสอบการแพ้ยาด้วยการใช้ตัวยา BENZATHINE PENICILLIN G มาใช้ในการทดสอบ SKIN TESTING

<u>การดูแลในระยะคลอด</u>

- ซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา
- ประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เพื่อวางแผนการดูแลในระยะรอคลอด เช่น ทารกเกิดความพิการ ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นต้น
- เตรียมทีมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดรวมถึงตรวจร่างกายดูลักษณะรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศที่อาจส่งผลต่อวิธีการคลอด
- ดูแลให้การพยาบาลผู้คลอดตามมาตรฐานเพื่อให้ดำเนินการคลอดเป็นไปตามปกติ
- ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้หลัก Universal precaution ระมัดระวัง
- สิ่งคัดหลั่งหรือเลือดกระเด็นเข้าตาปากหรือบาดแผล
- การตรวจรกรกของผู้คลอดที่ติดเชื้อซิฟิลิสจะมีลักษณะใหญ่ซีดและบวมน้ำควรตรวจรกให้ละเอียดเนื่องจากอาจมีเศษชิ้นส่วนของรกตกค้างในโพรงมดลูกส่งผลให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดได้
- แพทย์อาจพิจารณาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Histopathology) ทั้งรกและสายสะดือในทารกที่คลอดจากมารดาที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสทุกราย (Strongly recommend) จะพบเชื้อซิฟิลิส

<u>การดูแลทารกแรกเกิด</u>

- ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดทันทีตามมาตรฐาน
- ให้การพยาบาลโดยใช้หลักป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยใช้อุปกรณ์ป้องกัน สวมถุงมือทุกครั้งที่มีการให้การพยาบาล หรือสัมผัสสารคัดหลั่งของทารก
- ควรแยกทารกที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิดขณะอยู่ในโรงพยาบาล
- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อซิฟิลิส โดยการตรวจร่างกายทารกที่ติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

- อาการและอาการแสดง ลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบได้หากมีภาวะ congenital syphilis เช่น ผื่นผิวหนัง อาจเป็นผื่นผิวนูนตุ่มน้ำ ผิวหนังลอกเป็นมันวาว ฝ่าเท้าลอกผิดปกติ รอยโรคที่เยื่อบุ mucous ทำให้มีน้ำมูกใส ตับม้ามโต เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อนย้ายทารกไปรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด
- ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น โดยอาจให้มารดาแยกจากมารดาหลังคลอด และทารกรายอื่น และแยกอุปกรณ์เครื่องใช้หลังคลอดที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หม้อนอน ห้องน้ำ ถังขยะติดเชื้อ เป็นต้น
- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ติดเชื้อซิฟิลิสสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการติดเชื้อ Treponemapallidum ผ่านทางน้ำนม แต่ควรงดให้นมแม่ กรณีที่มารดามีรอยโรค เช่น แผลริมแข็ง (Chancre) บริเวณเต้านมหรือรักแร้หรือมีหัวนมถลอกหัวนมแตกเต้านมอักเสบ เป็นต้น เพราะจะทำให้ทารกติดเชื้อซิฟิลิส
- แนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับมารดาหลังคลอดและสามี หรือ คู่เพศสัมพันธ์ เพื่อเว้นระยะการมีบุตร
- แนะนำคู่มารดาและสามีให้เข้ารับการรักษาจนหาย
- แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- แนะนำการมาตรวจตามนัดและติดตามผลการรักษาทั้งตัวมารดาสามีและบุตร

<u>การป้องกันบุคลากรทางการแพทย์ต่อการสัมผัสเชื้อซิฟิลิส</u>

ใช้ standard precaution ในการดูแลรักษาทารกที่สงสัยหรือพิสูจน์ได้ว่าเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด บุคลากรการแพทย์ต้องสวมถุงมือเมื่อสัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง รวมทั้งรอยโรคที่ผิวหนังของเด็ก และทารก จนกว่าจะรักษาครบ 24 ชั่วโมง

บุคลากรการแพทย์ที่สัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยตรงก่อนการรักษาหรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษา ให้เฝ้าติดตามความผิดปกติของผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หลังจากสัมผัส และควรทำการตรวจหาแอนติบอดีต่อซิฟิลิสภายหลังการสัมผัส และติดตามตรวจซ้ำอีก 3 เดือนต่อมา หรือเมื่อตรวจพบมีความผิดปกติ

พิจารณาฉีดยา benzathinepenicillin G 2.4 mU เข้ากล้ามเนื้อ และตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ถ้ามีการสัมผัสสารคัดหลั่งของทารกโดยไม่ได้ใส่ถุงมือก่อนที่ทารกจะได้รับการรักษา ได้แก่ สารคัดหลั่งจากตุ่มน้ำบริเวณมือเท้าลอก (pemphigus syphiliticus) น้ำมูก (snuffles) เลือดน้ำไขสันหลังแผลริมแข็ง (chancre) mucocutaneouslesion เช่น ในช่องปากทวาร condylomalata

๑.๗ เรื่อง Baby is what mom eats: a health baby starts with mom's nutrition

โดย ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.วิทยา ถิฐาพันธ์ และ อ.ดร.ชุลีพร พรหม

<u>โภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป</u>

- ควรได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นประมาณ 300-500 แคลอรี่ต่อวัน โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 2 และ 3
- ควรได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้นเป็น 60-100 กรัมต่อวัน
- กรดโฟลิก 600 ไมโครกรัมต่อวัน (เพื่อป้องกันความผิดปกติของหลอดประสาท)
- ธาตุเหล็ก 27 มิลลิกรัมต่อวัน (ป้องกันภาวะโลหิตจาง)
- แคลเซียม 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน (สำหรับการพัฒนากระดูกของทารก)
- ดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน

สารอาหารที่สำคัญสำหรับทารกในครรภ์

สารอาหาร	ปริมาณที่แนะนำต่อวัน	ความสำคัญ	แหล่งอาหาร
โปรตีน	70-100 กรัม	สร้างเซลล์และเนื้อเยื่อของทารก	เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ, ปลา, ไข่, นม, ถั่วเมล็ดแห้ง, เต้าหู้
กรดโฟลิก	600 ไมโครกรัม	ป้องกันความผิดปกติของหลอดประสาท, พัฒนาสมอง	ผักใบเขียว, ผลไม้ตระกูลส้ม, ถั่ว, ธัญพืชเสริมวิตามิน
ธาตุเหล็ก	27 มิลลิกรัม	สร้างเม็ดเลือดแดง, ป้องกันภาวะโลหิตจาง	เนื้อแดง, ตับ, ไข่แดง, ถั่วเมล็ดแห้ง, ผักใบเขียว
แคลเซียม	1,000-1,300 มิลลิกรัม	พัฒนากระดูกและฟัน, ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ	นมและผลิตภัณฑ์จากนม, ปลากระป๋องที่รับประทานกระดูกได้, ผักใบเขียว
โอเมก้า-3 (DHA)	200-300 มิลลิกรัม	พัฒนาสมองและระบบประสาท, จอประสาทตา	ปลาทะเลน้ำลึก (แซลมอน, ซาร์ดีน, ทูน่า), น้ำมันตับปลา
ไอโอดีน	220 ไมโครกรัม	พัฒนาสมองและระบบประสาท, การทำงานของต่อมไทรอยด์	อาหารทะเล, เกลือไอโอดีน, นม, ไข่
วิตามินดี	600-1,000 IU	ช่วยดูดซึมแคลเซียม, พัฒนากระดูก, ระบบภูมิคุ้มกัน	ปลาน้ำมัน, ไข่แดง, นมเสริมวิตามินดี, แสงแดด
วิตามินบี 12	2.6 ไมโครกรัม	พัฒนาเซลล์ประสาท, สร้างเม็ดเลือดแดง	เนื้อสัตว์, นม, ไข่
สังกะสี	11-13 มิลลิกรัม	การเจริญเติบโต, พัฒนาระบบภูมิคุ้มกัน	เนื้อแดง, อาหารทะเล, ถั่วเมล็ดแห้ง, ธัญพืช
โคลีน	450 มิลลิกรัม	พัฒนาสมองและระบบประสาท	ไข่แดง, ตับ, เนื้อสัตว์, ถั่วเหลือง
วิตามินซี	85 มิลลิกรัม	สร้างคอลลาเจน, ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก	ผลไม้ตระกูลส้ม, พริกหวาน, สตรอเบอร์รี่, กีวี
วิตามินเอ	770 ไมโครกรัม	พัฒนาเซลล์, ระบบภูมิคุ้มกัน, สายตา	ผักสีเขียวเข้ม, ผักสีส้ม-แดง, ไข่, นม
แมกนีเซียม	350-360 มิลลิกรัม	พัฒนากระดูกและฟัน, การทำงานของกล้ามเนื้อ	ถั่ว, เมล็ดพืช, ธัญพืชไม่ขัดสี, ผักใบเขียว

สารที่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

สาร/ปัจจัยเสี่ยง	ผลกระทบต่อทารก	คำแนะนำ
แอลกอฮอล์	- กลุ่มอาการผิดปกติจากแอลกอฮอล์ (Fetal Alcohol Syndrome) - พัฒนาการสมองช้า - ความผิดปกติของใบหน้าและร่างกาย - ความพิการแต่กำเนิด	งดการดื่มแอลกอฮอล์โดยสิ้นเชิงระหว่างตั้งครรภ์
บุหรี่/นิโคติน	- น้ำหนักแรกเกิดต่ำ - ภาวะคลอดก่อนกำหนด - ความเสี่ยงต่อการแท้ง - ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด - กลุ่มอาการเสียชีวิตเฉียบพลันในทารก (SIDS)	งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง
สารเสพติด	- ภาวะขาดยาในทารกแรกเกิด - ความผิดปกติของระบบประสาท - พัฒนาการล่าช้า	งดการใช้สารเสพติดทุกชนิด และขอคำปรึกษาจากแพทย์หากต้องการความช่วยเหลือ

สาร/ปัจจัยเสี่ยง	ผลกระทบต่อทารก	คำแนะนำ
รังสีเอกซ์	- ความผิดปกติแต่กำเนิด - ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในอนาคต	แจ้งแพทย์ทุกครั้งว่ากำลังตั้งครรภ์เมื่อต้องตรวจด้วยรังสี
แบคทีเรีย Listeria	- การแท้งบุตร - การคลอดก่อนกำหนด - การติดเชื้อในทารกแรกเกิด	หลีกเลี่ยงเนยแข็งนิ่ม นมที่ไม่ผ่านการพาสเจอร์ไรซ์ อาหารทะเลดิบ เนื้อดิบ
เชื้อ Toxoplasma	- ความผิดปกติของสมองและตา - ความพิการแต่กำเนิด	หลีกเลี่ยงการสัมผัสอุจจาระแมว ล้างผักผลไม้ให้สะอาด ทานเนื้อที่ปรุงสุกเท่านั้น
ไวรัสซิกา	- ศีรษะเล็กผิดปกติ (Microcephaly) - ความผิดปกติของสมอง	หลีกเลี่ยงการเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาด ป้องกันยุงกัด

<u>โภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์</u>

- ควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตให้เหมาะสม โดยเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ
- แบ่งมื้ออาหารเป็น 3 มื้อหลักและ 2-3 มื้อว่าง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
- ควรได้รับโปรตีนคุณภาพดี เช่น เนื้อปลา ไข่ นม ถั่ว
- จำกัดการบริโภคน้ำตาลและของหวาน
- รับประทานผักให้มากขึ้น (ช่วยเพิ่มใยอาหารและควบคุมระดับน้ำตาล)

<u>อาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ควรรับประทาน</u>

1. คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน: เลือกข้าวแป้งที่ไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ถั่ว ผักและผลไม้หลากหลายชนิด
2. อาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ: อาหารที่มีกากใยสูง เช่น ถั่ว ผลไม้บางชนิด (ฝรั่ง แอปเปิ้ล ส้ม) และผักใบต่างๆ
3. โปรตีนที่มีไขมันต่ำ: ปลา ไข่ ไก่ เต้าหู้ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ ถั่วเปลือกแข็ง และนม
4. ไขมันไม่อิ่มตัว: น้ำมันพืช อาโวคาโด้ ถั่วเปลือกแข็ง (วอลนัท อัลมอนด์) และปลาที่มีกรดไขมันโอเมก้าสูง

๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน

๒.๑ ได้พัฒนาตนเองและทบทวนองค์ความรู้ และข้อมูลงานวิจัยใหม่ๆ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์

๒.๒ ทราบข้อมูลและงานวิจัยนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด

๒.๓ นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ถ่ายทอดในการเรียนการสอน

๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยากร การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น ความรู้ที่ได้รับมีความทันสมัย วิทยากรมีความรู้ความสามารถ สามารถนำความรู้มาใช้ในการเรียนการสอนในหลักสูตรได้ คุ้มค่าต่อการเข้าร่วมอบรม