

บทบาทพยาบาลกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

เบญจพร จิตติญาณวิโรจน์, พย.ม.^{1*} วรรณพร คำพิลา, พย.ม.¹ ปวีณา มานาดี, พย.ม.¹ สุกัญญา รักศรี, พย.ม.¹
ทิพวรรณ ทัพซ่าย, พย.ม.¹ รัชณี พจนา, ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบได้ในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ด้วย ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว สาเหตุสำคัญที่ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน คือ ภาวะไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร และการใช้พลังงาน ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ได้ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการคัดกรองภาวะเสี่ยง ให้การดูแลสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะเสี่ยง รวมถึงการป้องกันผลกระทบจากการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนขณะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และบทบาทพยาบาล

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: benjaporn.t@bcnk.ac.th

The Vital Role of Nurses in Caring for Overweight and Obese Pregnant Women

Benjaporn Thitiyarnviroj, M.N.S.^{1*}, Wannaphon Khampila, M.N.S.¹, Pawintra Manadee, M.N.S.¹,
Sukanya Raksee, M.N.S.¹, Thippawan Tubsai, M.N.S.¹, Ratchanee Potchana, Ph.d.¹

Abstract

Overweight and obesity pose significant health challenges and are leading contributors to non-communicable diseases (NCDs). These conditions are pervasive globally, including in Thailand, affecting individuals across the lifespan, from childhood and adolescence to adulthood and even the elderly, with a notable impact on pregnant women. The consequences of overweight and obesity are far-reaching, affecting both the short-term and long-term health of expectant mothers and their fetuses.

The primary underlying cause of overweight and obesity in pregnancy often lies in the imbalance between energy intake and expenditure. When pregnant women struggle to manage their weight gain during pregnancy, the ramifications extend to their physical and mental well-being, as well as the health of their unborn children. Therefore, the role of nurses becomes paramount in this context, as they play a crucial role in identifying health risks, providing essential care, and guiding overweight and obese pregnant women in managing their weight gain during pregnancy. Effective nursing care is essential not only for the well-being of pregnant women but also for mitigating the potential complications associated with excessive weight during pregnancy.

Furthermore, nurses play a pivotal role in preventive measures, striving to avert the adverse effects of overweight and obesity during pregnancy. By actively participating in the care and support of pregnant women in this population, nurses contribute significantly to healthier pregnancies, improved maternal well-being, and better fetal outcomes.

Key words: Nurse's Role, Obese, Overweight, Pregnant Women

¹ Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

* Corresponding author e-mail: benjaporn.t@bcnkk.ac.th

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายในระดับผิดปกติหรือมากกว่าปกติที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2021) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพและสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และยังพบแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งในวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ด้วย ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ทั้งระยะสั้น ได้แก่ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การแท้ง คลอดติดขัด และการตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น และระยะยาว ได้แก่ เบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะซึมเศร้า และทารกพิการ (Driscoll & Gregory, 2020)

จากสถานการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบว่าเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ซึ่งสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ จากการรายงานข้อมูลสถานการณ์ของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2016 พบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกิน 1.9 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39 และภาวะอ้วน 650 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 โดยพบว่าเป็นกลุ่มประชากรหญิงมากกว่าประชากรชาย อีกทั้งพบว่าประชากรหญิงมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 40 และมีภาวะอ้วน ร้อยละ 15 (WHO, 2021) และจากรายงานข้อมูลอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนในประเทศสหรัฐอเมริกาของศูนย์สถิติด้านสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี ค.ศ. 2016-2019 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 26.1, 27, 28 จนถึงร้อยละ 29 ตามลำดับ และยังพบว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 และรองลงมาคือกลุ่มที่มีอายุ 20-29 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 12 และอายุ 30-39 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และลำดับสุดท้ายคือกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 9 (Driscoll & Gregory, 2020) เช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลียมีการสำรวจ เมื่อปี ค.ศ. 2021 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 27.7 และ 22.7 ตามลำดับ (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2023) เห็นได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบ่งบอกถึงการที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะต้องหาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัวสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ได้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง การคลอดติดขัด ทารกมีขนาดใหญ่ เป็นต้น ดังนั้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะเสี่ยงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และให้การส่งเสริมการดูแลสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนให้สามารถควบคุมน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ได้ และส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละราย เพื่อให้เกิดการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะเสี่ยง รวมถึงการป้องกันผลกระทบจากการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนขณะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

การแบ่งระดับของดัชนีมวลกาย (Body Mass Index [BMI])

องค์การอนามัยโลกกำหนดค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตามสรีรวิทยาของประชากรชาวยุโรปและอเมริกัน โดยภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และอ้วน (Obese) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 25.0-29.9 และ ≥ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ตามลำดับ และองค์การอนามัยโลกปรับเกณฑ์การประเมินภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสำหรับชาวเอเชียขึ้นมาใหม่ เนื่องจากชาวเอเชียมีความแตกต่างจากชาวยุโรปและอเมริกันทางสรีรวิทยาและสังคม จากการศึกษาเปรียบเทียบระดับดัชนีมวลกายเท่า ๆ กันของชาวเอเชียและยุโรป พบว่า ชาวเอเชียมีปริมาณไขมันสะสม และการกระจาย

ของไขมันในร่างกายมากกว่าชาวยุโรป และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดัชนีมวลกาย ที่ต่ำกว่าประชากรชาติอื่น (National Institutes of Health [NIH], 2015)

ประเทศไทยเป็นผู้กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งประเภทของน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนหรือใช้มาตรฐานของประชากรเอเชีย โดยภาวน้ำหนักเกินเกณฑ์มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 23.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร (WHO, 2009) ซึ่งแตกต่างจากแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่กำหนดภาวน้ำหนักเกินและอ้วนไว้ที่ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ที่ 25-29.9 และ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ตามลำดับ (Limruangrong, 2016) ดังนี้

การแบ่งกลุ่ม	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	
	มาตรฐานสากล	มาตรฐานเอเชีย
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Underweight)	<18.5	<18.5
น้ำหนักปกติ (Normal)	18.5-24.9	18.5-22.9
น้ำหนักเกิน (Overweight)	25-29.9	23-24.9
ภาวะอ้วน (Obese)	≥30	≥25
อ้วนระดับ 1 (Obese Class I)	30-34.9	25-29.9
อ้วนระดับ 2 (Obese Class II)	35-35.9	30-34.9
อ้วนระดับ 3 (Obese Class III)	≥40	≥35

พยาธิสภาพ

การตั้งครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ฮอรโมน และการเผาผลาญพลังงาน เพื่อสะสมพลังงานและสารอาหารให้กับทารกในการเจริญเติบโต และเตรียมตัวในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด จึงมีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงด้านการเผาผลาญพลังงานต่าง ๆ ของร่างกาย และการตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อกลไกภาวะสมดุลของระดับกลูโคสในร่างกาย (Glucose homeostatic mechanism) โดยเกิดการหลั่งอินซูลินและความไวต่ออินซูลินลดน้อยลง (Insulin secretion and sensitivity) และเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น (Insulin resistance) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอรโมนขณะตั้งครรภ์ เช่น คอร์ติซอล และโปรเจสเตอโรน ทำให้อาจมีภาวะดื้ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ และเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์จะมีการสะสมไขมันน้อยลง และมีการสลายไขมันจากเนื้อเยื่อเพิ่มมากขึ้น (Lipolysis) เนื่องจากภาวะดื้ออินซูลิน จึงเป็นสาเหตุให้มีระดับไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และทำให้กรดไขมัน (Fatty acid) ไหลเวียนไปที่รกและส่งผ่านไปที่ตัวของทารก ทำให้ทารกในครรภ์มีระดับไขมันเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทารกในครรภ์จึงได้รับผลกระทบตั้งแต่ระยะฝังตัวอ่อน (Limruangrong, 2016)

ภาวน้ำหนักเกินและอ้วนมีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่มากเกินไปทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประกอบกับการตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญพลังงานต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ กลูโคส ไขมัน กรดอะมิโน และฮอรโมนที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ เช่น คอร์ติซอล เอสโตรเจน และ HPL ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของระดับกลูโคสในร่างกาย (Glucose homeostasis mechanism) ทำให้การหลั่งอินซูลินและความไวต่ออินซูลินน้อยลง (Insulin secretion and insulin sensitivity) ร่างกายจึงเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น (Insulin resistance) ส่งผลให้รกและทารกในครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากรกที่มีขนาดใหญ่มีพื้นที่ผิวในการส่งผ่านอาหารได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักเกณฑ์ปกติ

และทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารมากจึงทำให้ทารกในครรภ์มีน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ (Limruangrong, 2016)

กลไกการเชื่อมโยงระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนกับทารก โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโภชนาการเกินจะสร้างโปรแกรมหรือปัจจัยทางพันธุกรรมของภาวะอ้วนให้ทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เรียกว่า “Early Life Program” เนื่องจากร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนและโภชนาการเกินจะเพิ่มระดับของ inflammatory cytokines มากขึ้น จึงเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น (Insulin resistance) ทำให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันร่างกายก็ต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้นเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ดังนั้น ทารกที่ได้รับ “Early Life Program” จะมีภาวะอ้วนตั้งแต่อยู่ในมดลูก (Uterus) เนื่องจากได้รับสารอาหารแบบโภชนาการเกิน (Over-nutrition) จากการดื่มนมแม่ในระยะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการสะสมไขมันที่ใต้ผิวหนังมาก (Adipose tissue) ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง (Hyperglycemia) กระตุ้นให้มีการหลั่ง insulin เพิ่มมากขึ้น และมีการหลั่ง Growth hormone เพิ่มมากขึ้น ทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตและมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เมื่อคลอดออกมาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ระบบเผาผลาญอาหาร และกลไกการควบคุมความอยากอาหาร (Appetite regulation) ผิดปกติไป จนในที่สุดเกิดภาวะอ้วนจนกระทั่งวัยผู้ใหญ่ (Lim et al., 2014)

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์จากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ต่อสรีดตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เนื่องจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และอิทธิพลของฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์ เช่น ฮอร์โมนจากรก (Human placental lactogen) เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน เป็นต้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้ทำงานต้านอินซูลิน ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มากถึงร้อยละ 23.4 และร้อยละ 21.8 (Salzer, Tenenbaum-Gavish, & Hod, 2015)

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Gestational hypertension) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจะมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด และจากปฏิกิริยาไกลเคชั่นในการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคส (Glycation) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแข็งตัว และสูญเสียความยืดหยุ่นร่วมกับการอุดตันของไขมันในหลอดเลือด จึงทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Bodmer-Roy, Morin, Cousineau, & Rey, 2012) ผลการศึกษาของ Knight, Pressman, Hackney, and Thornburg (2012) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประมาณ 2-3.8 เท่า (Knight et al., 2012)

ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolism complication) เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาและทารกในครรภ์เสียชีวิต ซึ่งพบในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมากเป็น 2-4 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ (Lim et al., 2014)

น้ำหนักเพิ่มมากในขณะตั้งครรภ์ (Excessive gestational weight gain) สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเกณฑ์ปกติในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด การที่มีน้ำหนักเพิ่มมากเกินไปพบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การชักนำการคลอดล้มเหลว อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น และมารดามีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในระยะหลังคลอด (Lim et al., 2014)

ภาวะแท้งบุตร (Miscarriage) จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการแท้ง โดยพบอัตราแท้งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.8 และจากรายงานพบว่า เสี่ยงต่อการแท้งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.2 เท่า และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแท้งซ้ำ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3.5 เท้า (Shaw et al., 2014)

การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยพบได้ประมาณร้อยละ 21.58-29.69 (Molyneaux, Poston, Ashurst-Williams, & Howard, 2014)

ต่อตัวทารกในครรภ์ ดังนี้

ทารกมีขนาดใหญ่ (Large-for-gestational age fetus) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 17.5 คลอดทารกที่มีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม โดยพบร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Raio, Bolla, & Baumann, 2015) และอาจส่งผลกระทบต่อในระยะยาว คือ ทำให้เกิดภาวะอ้วนต่อไปจนถึงวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะเติบโตเป็นเด็กที่มีภาวะอ้วนในช่วงวัย 2-4 ปี เป็น 2 เท่าของทารกที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักปกติ น้ำหนักปกติ นอกจากนี้การที่ทารกในครรภ์ได้รับโภชนาการเกินส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง (Hyperglycemia) กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลิน (Insulin) และ growth hormone เพิ่มขึ้น ทำให้ทารกมีภาวะอ้วนจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่กลายเป็นวงจรของโรคอ้วน (Cycle of obesity) (Lim et al., 2014) และมีรายงานพบว่า มารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการเป็นโรคหอบหืด โรคออสติก มีพัฒนาการล่าช้า และโรคสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้น (Shaw et.al., 2014)

ทารกมีน้ำหนักน้อย (Small-for-gestational age fetus) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีแนวโน้มคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย โดยพบได้ร้อยละ 9.0 ซึ่งพบได้บ่อยในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่เซลล์เยื่อหลอดเลือดแดงจากภาวะระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ทำให้การสร้างหลอดเลือดเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดแดง (Spiral arteries) ของเยื่อโพรงมดลูกและรกเกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ (ACOG, 2021)

ทารกมีความพิการแต่กำเนิด (Congenital malformations) ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดความพิการแต่กำเนิดได้สูงกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงปกติ โดยเชื่อว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้รับสารอาหารที่จำเป็นในการพัฒนาการของทารกไม่เพียงพอ โดยเฉพาะโฟเลต ธาตุเหล็ก และกรดอะมิโนที่จำเป็น แต่จะมีระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และสารชีวเคมีจากภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) สูงกว่าปกติ เช่น พบภาวะกระดูกสันหลังไม่ปิด (Spina bifida) ร้อยละ 2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 1.4 ภาวะไม่มีรูทวารหนัก (Anorectal atresia) ร้อยละ 1.33 ภาวะแขน ขาสั้นกว่าปกติ (Limb reduction) ร้อยละ 1.36 ภาวะผนังหน้าท้องไม่ปิด (Omphalocele) ร้อยละ 1.63 (Raio et al., 2015)

ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (Intrauterine fetal death) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีแนวโน้มคลอดทารกที่เสียชีวิตในครรภ์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วงปกติประมาณ 5 เท่า โดยพบได้ร้อยละ 5.4 ในขณะที่พบทารกเสียชีวิตในครรภ์ ซึ่งพบได้บ่อยในมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ร่วมด้วย เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Raio et al., 2015)

ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์จากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตใจและอารมณ์ตลอดการตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวปกติ 1.19 และ 1.43 เท่า ตามลำดับ และพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 28.6 และ 33 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมากกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวปกติ 1.09 และ 1.3 เท่า โดยพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 11.8 และ ร้อยละ 13 ตามลำดับ และพบว่าเกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and discrimination) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้

เกิดความกดดันทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกแสบและเสียใจ (Feeling upset) เกี่ยวกับการให้คำแนะนำและคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Molyneaux et al., 2014)

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

แนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของประเทศแถบเอเชียยังไม่มีวรรณกรรมที่ชัดเจนสำหรับประเทศไทยยังไม่มีเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐาน จากการประชุมองค์กรคนไร้พุงที่จัดโดยราชแพทยวิทยาลัยร่วมกับสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย มีข้อเสนอแนะให้ใช้ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์กับเกณฑ์การดูแลน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของ Institute of Medicine [IOM] และเพื่อความสอดคล้องในการดูแลการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย ตามยุโรปและสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาพบว่า มีหลักการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน 2 หลักการ คือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย (Lim et al., 2014)

1) **การควบคุมอาหาร** การให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนเรื่องการควบคุมอาหาร ควรแนะนำตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมอาหาร นอกจากนี้ พยาบาลและทีมสุขภาพ ควรประเมินปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน เช่น สภาพจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ครอบครัวยุคสมัย และสภาพแวดล้อมของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุม

การควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ให้เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของ IOM ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ควรมีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 7-11.5 กิโลกรัม โดยแบ่งเป็นน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสแรก เท่ากับ 0.9 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่สองและสาม 0.3 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และในสตรีตั้งครรภ์ที่อ้วน ($BMI \geq 30$) ควรมีน้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 5-9 กิโลกรัม โดยควรมีน้ำหนักเพิ่มสัปดาห์ละ 0.22 กิโลกรัม (IOM, 2009) และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ไขมันสูง อาหารประเภทกะทิ ของทอด อาหารจานด่วน (Fast food) อาหารที่มีไขมันสูง และส่งเสริมให้รับประทานอาหารสุขภาพ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ผักและผลไม้ที่ให้เส้นใยอาหารสูง และอาหารประเภทธัญพืช

ขั้นตอนการประเมินความต้องการพลังงานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

- 1) ประเมินดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์
- 2) ประเมินกิจกรรมทางกาย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์แต่ละคนมีกิจกรรมทางกายแตกต่างกัน เพื่อให้ทราบระดับการมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) และทำให้สามารถประเมินค่าสัมประสิทธิ์ของการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งนำค่าสัมประสิทธิ์ของการมีกิจกรรมทางกายมาใช้ในการคำนวณความต้องการพลังงาน โดยการแบ่งระดับกิจกรรมทางกายได้ ดังนี้ 1) การไม่มีกิจกรรมมีกิจกรรมทางกาย (Sedentary) ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน งานบ้านทั่ว ๆ ไป นั่งทำกิจกรรมเบา ๆ 2) การมีกิจกรรมทางกายต่ำ (Low activity) ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน งานบ้านทั่ว ๆ ไป ร่วมกับการออกกำลังกายระดับปานกลาง นาน 30-60 นาที 3) การมีกิจกรรมทางกาย (Active) ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน งานบ้านทั่ว ๆ ไป ร่วมกับการออกกำลังกายระดับปานกลาง นานมากกว่า 60 นาที และ 4) การมีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก (Very active) ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน งานบ้านทั่ว ๆ ไป ร่วมกับการออกกำลังกายระดับหนัก เช่น การขี่จักรยานความเร็วปานกลาง วิ่ง 1 ไมล์ใน 10 นาที หรือร่วมกับการออกกำลังกายระดับปานกลาง เป็นเวลา 120 นาที (IOM, 2009)

► ค่าสัมประสิทธิ์ของการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Coefficients) (IOM, 2009)

• ไม่มีกิจกรรมทางกาย	1.0
• มีกิจกรรมทางกายต่ำ	1.14
• มีกิจกรรมทางกาย	1.27
• มีกิจกรรมทางกายอย่างหนัก	1.45

3) ประเมินความต้องการพลังงาน (Estimate Energy Requirement; EER) ซึ่งค่าพลังงานที่ร่างกายควรได้รับเพื่อรักษาสมาดุลของสุขภาพ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม เพื่อความจำเป็นในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และสร้างน้ำนม โดยคำนวณความต้องการพลังงานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยใช้สูตรการประเมินความต้องการพลังงานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ คือ Estimate Energy Requirement (EER) = $354 - (6.91 \times A) + PA \times (9.36 \times Wt + 726 \times Ht)$ และคำนวณจากน้ำหนักที่ใช้ในการคำนวณพลังงาน (Adjust Body weight) โดยใช้สูตร ดังนี้ Adjust Body weight = $(ABW - IDBW) \times 0.25 + IDBW$ ซึ่งการแทนค่าจากสูตร Estimate Energy Requirement (EER) คือ A = อายุ (ปี) , PA = Physical activity Coefficient, Wt = น้ำหนัก (กิโลกรัม), Ht = ส่วนสูง, ABW = actual body weight (Kg), IDBW = ideal desirable body weight (Kg), 0.25 = percentage of excess body weight that is metabolically active

ตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์อายุ 28 ปี น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร (BMI = 33.29) มีกิจกรรมทางกายต่ำ

► น้ำหนักปกติควรอยู่ระหว่าง 42-56 กิโลกรัม

คิดจากส่วนสูง = 1.55 เมตร x 1.55 เมตร
= 2.25 ตารางเมตร

และคิดจาก BMI เกณฑ์ปกติ คือ 18.5-24.9

น้ำหนักปกติควรอยู่ระหว่าง $18.5 \times 2.25 = 41.6$ และ $24.9 \times 2.25 = 56$

► Adjusted Body weight = $((80-56) \times 2.5) + 56$
= 62 กิโลกรัม

► EER = $354 - (6.91 \times A) + PA \times (9.36 \times Wt + 726 \times Ht)$
= $354 - (6.91 \times 28) + 1.14 \times (9.36 \times 62 + 726 \times 1.55)$
= $160.52 + 1,862.84$
= 2,023.36 แคลอรี/วัน

2) การออกกำลังกาย สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ควรออกกำลังกายและการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำสตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือ 20-30 นาที/วัน และสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายเป็นประจำสามารถออกกำลังกายในระดับหนักได้ สามารถแบ่งระดับการออกกำลังกาย ดังนี้ การออกกำลังกายระดับเบา (Light-intensity activity) เช่น โยคะ ยืดคลายกล้ามเนื้อ การเดิน การออกกำลังกายระดับปานกลาง (Moderate-intensity activity) เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยานอยู่กับที่เร็ว ๆ และการออกกำลังกายระดับหนัก (Vigorous-intensity activity) เช่น วิ่งแข่ง เต้นแอโรบิค และสามารถประเมินระดับความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk test) โดยการออกกำลังกายระดับเบา สามารถร้องเพลงขณะออกกำลังกายได้ การออกกำลังกายปานกลางสามารถพูดจาโต้ตอบได้ในขณะออกกำลังกาย และการออกกำลังกายอย่างหนัก ไม่สามารถพูดโต้ตอบได้อย่างปกติ (ACOG, 2020) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวปกติสามารถออกกำลังกายด้วยประเภทของชนิดการออกกำลังกายที่กล่าวมาข้างต้นได้เหมือนกัน

สำหรับชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดินเร็ว ว่ายน้ำ เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ไม่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และอุบัติเหตุ ส่วนในไตรมาสที่สามควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงาย เพื่อป้องกันภาวะ Supine hypotension และสิ่งสำคัญต้องประเมินชีพจรของสตรีตั้งครรภ์ขณะออกกำลังกายไม่ควรเกิน 140 ครั้ง/นาที และควรงดเว้นการออกกำลังกายที่มีการปะทะ (Contact) กระแทก (Impact) และการกระโดด (Bounce) และหากมีอาการดังต่อไปนี้ สตรีตั้งครรภ์ควรหยุดออกกำลังกายทันที คือ 1) เลือดออกทางช่องคลอด (Vaginal bleeding) 2) มีการหดตัวของมดลูก (Regular painful contraction) มีน้ำเดิน (Amniotic fluid leaked) 4) อาการหอบเหนื่อยก่อนออกแรง (Dyspnea before exertion) 5) ปวดศีรษะ (Headache) 6) หน้ามืด (Dizziness) 7) มีอาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) 8) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (Muscle weakness affecting balance) 9) มีอาการปวดน่อง หรืออาการบวม (Calf pain or swelling) เป็นต้น (ACOG, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนส่วนใหญ่มีการดูแลโดยการควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย โดยมีการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกายกับผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จำนวน 19 เรื่อง เป็น Randomized control trial จำนวน 10 เรื่อง และ Non randomized control trial จำนวน 6 เรื่อง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,726 คน ทุกงานวิจัยมีรูปแบบการดูแลทั้งการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ได้แก่ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ และการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่าการดูแลโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายสามารถลดการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Oteng-Ntim, Varma, Croker, Poston, & Doyle, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bruno et al. (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีอายุ > 18 ปี และตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ โดยได้รับการปรึกษาจากนักโภชนาการรายบุคคลประมาณ 1 ชั่วโมง แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ ไขมันอิ่มตัวต่ำ ฟิซ ธัญพืช ถั่ว ปลา น้ำมันมะกอก ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีกิจกรรมทางกายควรได้รับพลังงาน 1,500 กิโลแคลอรี/วัน และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีกิจกรรมทางกายระดับเบาจะได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น 300 กิโลแคลอรี/วัน และ 200 กิโลแคลอรี/วัน ตามลำดับ และมีการแบ่งมื้ออาหารเป็นอาหารหลัก 3 มื้อ และอาหารว่าง 3 มื้อ คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 โปรตีนร้อยละ 20 ไขมันร้อยละ 25 ทั้งนี้แนะนำให้แบ่งมื้ออาหารออกเป็นมื้อเล็ก ๆ และบ่อยครั้ง และรับประทานคาร์โบไฮเดรตต้องได้รับอย่างน้อย 225 กรัม/วัน เพื่อป้องกันการเกิดกรดคีโตนในปัสสาวะ และสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกายแนะนำให้มีการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ และมีการติดตามพฤติกรรมและประเมินภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จนกระทั่งอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (ร้อยละ 18.8) เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับโปรแกรม (ร้อยละ 37.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.019$)

บทบาทพยาบาลกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้เหมาะสม โดยมีบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์มีหน้าที่ให้การปฏิบัติการทางคลินิก (Direct care) การสอนและชี้แนะ (Teaching and coaching) การให้คำปรึกษา (Consultant) และการประสานความร่วมมือ (Collaboration) ดังนี้

1. การปฏิบัติการทางคลินิก (Direct care) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายจะเน้นการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยการควบคุมอาหารนั้นจะต้องได้รับการประเมิน 1) ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 2) กิจกรรมทางกายของสตรีตั้งครรภ์ 3) ความต้องการพลังงานในแต่ละวัน และ 4) การประเมินด้านจิตใจเมื่อมารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อวางแผนการดูแลตลอดการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2. การสอนและชี้แนะ (Teaching and coaching) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการสอนและชี้แนะความรู้ในการปฏิบัติตัว โดยคำแนะนำที่สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนประกอบด้วย 1) การควบคุมอาหาร เริ่มต้นด้วยการคำนวณพลังงานที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์รายบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนควรได้รับพลังงานระหว่าง 1,500-1,800 กิโลแคลอรี/วัน พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ ไขมันอิ่มตัวต่ำ เช่น ปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ผักและผลไม้ที่ให้เส้นใยอาหารสูง และอาหารประเภทถั่วพืช ถั่ว น้ำมันมะกอก เป็นต้น และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น ไอศกรีม อาหารประเภทกะทิ ของทอด อาหารจานด่วน (Fast food) เป็นต้น (Bruno et al., 2017) 2) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 20-30 นาที/วัน หรือ 150 นาที/สัปดาห์ เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยานอยู่กับที่เร็ว ๆ เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการปะทะ (Contact) กระแทก (Impact) และการกระโดด (Bounce) (ACOG, 2020) 3) การดูแลด้านจิตใจ พยาบาลผดุงครรภ์ให้คำแนะนำในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยสนับสนุนการทำกิจกรรมนันทนาการ หรือการหางานอดิเรก และทำในสิ่งที่ตนเองสนใจและถนัด เช่น การฟังเพลง การปลูกต้นไม้ การดูหนัง และการอ่านหนังสือ เป็นต้น และสนับสนุนให้สามีหรือคนใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อเสริมพลังบวกในการดูแลตนเอง

3. การให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำถึงช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และช่องทางในการหาความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยในปัจจุบันช่องทางในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์มีการจัดการบริการทางการแพทย์ทางไกล (Telehealth) เป็นช่องทางที่สามารถติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

4. การประสานความร่วมมือ (Collaboration) ในกรณีสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนไม่สามารถควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ได้ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการส่งต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลแผนกอื่น ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น การส่งต่อข้อมูลไปที่นักโภชนาการ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถวางแผนการเลือกรับประทานอาหารด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนไตรมาสที่ 3 พยาบาลแผนกฝากครรภ์มีระบบส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนการคลอด และเตรียมตัวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

บทสรุป

สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์การคลอดก่อนกำหนด ทารกมีขนาดใหญ่ ทารกมีขนาดเล็ก มีความพิการแต่กำเนิด หรือเสียชีวิตในครรภ์ การชักนำการคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ที่เหมาะสมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ควรปฏิบัติหน้าที่ให้การปฏิบัติการทางคลินิก การสอนและชี้แนะ การให้คำปรึกษา และการประสานความร่วมมือ เพื่อติดตามกำกับประเมินการปฏิบัติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดตั้งคลินิกและจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลให้ได้มาตรฐาน
2. ส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล
3. การทำวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนให้มีประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้การสนับสนุน และข้อเสนอแนะในการเขียนบทความวิชาการในครั้งนี้

References

- Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2023. *Maternal body mass index*. Retrieved from <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australias-mothers-babies-data-visualisations/contents/antenatal-period/body-mass-index>
- Bodmer-Roy, S., Morin, L., Cousineau, J., & Rey, E. (2012). Pregnancy outcomes in women with and without gestational diabetes mellitus according to the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria. *Obstetrics & Gynecology*, 120(4), 746-752.
- Bruno, R., Petrella, E., Bertarini, V., Pedrielli, G., Neri, I., & Facchinetti, F. (2017). Adherence to a lifestyle programme in overweight/obese pregnant women and effect on gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Maternal & child nutrition*, 13(3), e12333.
- Driscoll, A. K., & Gregory, E. C. (2020). Increases in prepregnancy obesity: United States, 2016-2019. *NCHS Data Brief*, 1(392), 1-8.
- Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academy Press.
- Knight, K. M., Pressman, E. K., Hackney, D. N., & Thornburg, L. L. (2012). Perinatal outcomes in type 2 diabetic patients compared with non-diabetic patients matched by body mass index. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(6), 611-615.
- Lim, W. Y., Kwek, K., Chong, Y. S., Lee, Y. S., Yap, F., Chan, Y. H., ... & Pan, A. (2014). Maternal adiposity and blood pressure in pregnancy: Varying relations by ethnicity and gestational diabetes. *Journal of hypertension*, 32(4), 857-864.
- Limruangrong, P. (2016). Managing overweight and obesity during pregnancy in women. In Sindhu, S., Limruangrong, P. & Tankumpuan, T. (Ed.), *Nurse Led in Overweight Management*. Nonthaburi. [In Thai]
- Molyneaux, E., Poston, L., Ashurst-Williams, S., & Howard, L. M. (2014). Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*, 123(4), 857-67.

- National Institutes of Health [NIH]. (2015). *Obesity*. Retrieved from: www.nlm.nih.gov/medlineplus/obesity.html
- Oteng-Ntim, E., Varma, R., Croker, H., Poston, L., & Doyle, P. (2012). Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: Systematic review and meta-analysis. *BMC medicine*, 10(1), 1-15.
- Raio, L., Bolla, D., & Baumann, M. (2015). Hypertension in pregnancy. *Current Opinion in Cardiology*, 30(4), 411-5.
- Salze, L., Tenenbaum-Gavish, K., & Hod, M. (2015). Metabolic disorder of pregnancy (understanding pathophysiology of diabetes and preeclampsia). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(3), 328-338.
- Shaw, G. M., Wise, P. H., Mayo, J., Carmichael, S. L., Ley, C., Lyell, D. J., ... & March of Dimes Prematurity Research Center at Stanford University School of Medicine. (2014). Maternal prepregnancy body mass index and risk of spontaneous preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 28(4), 302-311.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2021). Obesity in pregnancy: *Obstetrics and gynecology*, 137(6), e128-e144.
- World Health Organization [WHO]. (2009). Appropriate body mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403): 157-63.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Obesity and overweight*. Retrieved from www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.