

ความจำเป็นของการนับถารกดิน: บทบาทพยาบาล

สมพิศ ไยสุน, กศ.ด. (การอุดมศึกษา) *

บทคัดย่อ

การนับถารกดิน เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ในระยะก่อนคลอดโดยที่สตรีตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เนื่องจากทารกในระยะนี้มักมีปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะในรายที่สตรีตั้งครรภ์นั้นมีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่แตกต่างกันไป บางรายส่งผลกระทบรุนแรงถึงขั้นทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ดังนั้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลหรือแพทย์ควรให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลตนเองและการนับถารกดิน เพื่อจะได้นำไปปฏิบัติในการส่งเสริมให้สุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย บทความนี้จะนำเสนอเนื้อหาการนับถารกดินของทารก และบทบาทพยาบาล

คำสำคัญ: การนับถารกดิน บทบาทพยาบาล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

The necessity of fetal movement count: nursing roles

Sompit Yaisoon, Ed.D (Higher Education)*

Abstract

Fetal movement count was a very important method for antepartum fetal health assessment with maternal participation in this assessment. During the antepartum period, the fetus may have health problems especially in at-risk mothers who have complications during pregnancy. These complications may affect the fetus in different ways but some cases can kill the fetus. So nurses or doctors should advise pregnant women to take care of themselves and to count the fetal movement to promote safety of pregnant women's health and her fetus's health. This article presents the contents of Fetal Movement Counts and Nursing Roles.

Keywords: fetal movement counts, nursing roles

* Assistant Professor, Department of Pediatric and Obstetric Nursing. The Thai Red Cross College of Nursing.

ปัจจุบันแม้ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเจริญก้าวหน้าไปอย่างมากมาย แต่ปัญหาอัตราการตายของมารดาและทารกปริกำเนิดยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งอัตราการตายทารกปริกำเนิดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพของการดูแลสุขภาพ ดังนั้น การเกิดทารกเสียชีวิตเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการป้องกันและแก้ไข แม้ว่าในปี พ.ศ. 2553 ถึง 2556 สถิติอัตราการตายในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี (under 5 mortality) จะลดลงจาก 90 เหลือ 46 ต่อการเกิดมีชีพ 1000 คน และอัตราการตายของทารกลดลงจาก 63 เหลือ 34 และอัตราตายของทารกแรกเกิดใน 28 วันหลังคลอด (Neonatal mortality rate) ลดลงจาก 33 เหลือ 20⁽¹⁾ ปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับทารกในครรภ์เสียชีวิตคือ มารดาอายุมาก ครรภ์แรกหรือตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครรภ์ ด้อยเศรษฐกิจ ด้อยการศึกษา ครรภ์แฝด การใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ และเคยมีประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิตมาก่อน คลอดทารกก่อนกำหนด ทารกโตช้า อ้วน สืบพันธุ์ใช้สารเสพติด และดื่มสุรา นับเป็นความเสี่ยงทารกในครรภ์เสียชีวิตที่แก้ไขได้⁽²⁾ แม้ว่าการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษาและประคับประคองเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย แต่ก็มีสตรีตั้งครรภ์อีกจำนวนหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งต้องการการรักษาอย่างทันด่วนที่ หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำก็อาจกลายเป็นความเสี่ยงสูงได้ทุกขณะ จึงเป็นความท้าทายของแพทย์ พยาบาล ที่มีหน้าที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ระหว่างฝากครรภ์และการคลอด ที่

จะหาวิธีคัดกรองหรือค้นหาภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ที่อาจเกิดขึ้นได้เพื่อให้การดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

การประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดทารกเสียชีวิตในครรภ์ ค้นหาความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันด่วนที่ เพื่อช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายขณะตั้งครรภ์ และช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ด้วย^(4,5) การตายปริกำเนิดและพยาธิสภาพของทารกระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุจากการขาดออกซิเจนของทารก การประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์สามารถทำให้ลดอัตราการตายปริกำเนิดและพยาธิสภาพของทารกได้อย่างมาก โดยประเมินจากประวัติและการตรวจร่างกายในระหว่างการฝากครรภ์จะช่วยให้สามารถตรวจหาทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะการขาดออกซิเจนได้ เช่น การหาโรคประจำตัว การตรวจดูการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ การประเมินการโตของมดลูกหรือน้ำหนักทารกทางคลินิก รวมทั้งการนับการดิ้นของทารกในครรภ์ เมื่อพบมีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ก็ควรตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษเพิ่มเติม⁽⁶⁾ ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์มี 2 แบบ คือ^(7,8) 1) Biochemistry เช่น การตรวจหาค่า estriol (E3) ในเลือดและปัสสาวะของมารดา หรือหาค่า Human placental lactogen (hPL) ในเลือดของมารดา และ 2) Biophysics เช่น Fetal Movement

Count (FMC) Contraction Stress Test (CST)
Non Stress Test (NST) Fetal Biophysical
Profile (BPP) เป็นต้น

การนับการดิ้นของทารก (Fetal Movement Count = FMC)

ความหมายและความสำคัญ

การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ โดยการนับการดิ้นของทารก (Fetal Movement Count = FMC) หรือ kick count การรับรู้ของมารดาต่อการดิ้นทารกในครรภ์ เป็นสัญญาณว่าทารกนั้นยังมีชีวิตอยู่ ซึ่ง Sadovsky และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาและแบ่งลักษณะการดิ้นของทารกเป็น 3 ลักษณะ คือ ดิ้นเบา (weak) ดิ้นแรง (strong) และมีการกลิ้งตัว (rolling) พบว่าเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น การดิ้นเบาจะลดลง แต่การดิ้นแรงและมีการกลิ้งตัวจะมากขึ้นตามอายุครรภ์ จนกระทั่งอายุครรภ์ครบกำหนดการดิ้นเบาจะเพิ่มขึ้น แต่การดิ้นแรงและการกลิ้งตัวจะลดลง

สตรีตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 16-20 สัปดาห์ การรับรู้การดิ้นนั้นจะสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวลำตัวแขนขา การหมุนหรือพลิกตัวของทารกในครรภ์ ซึ่งการดิ้นของทารกในครรภ์เป็นเครื่องบ่งชี้ของภาวะสุขภาพของทารก ถ้าทารกดิ้นน้อยลงมักเป็นอาการแสดงเตือนถึง ภาวะขาดออกซิเจน (asphyxia) และการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (IUGR) การคลอดก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิต^(10,11) การดิ้นของทารกเริ่มแรกเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 7 สัปดาห์ แต่สตรีตั้งครรภ์จะรับรู้ถึงการดิ้นของทารกในครรภ์ โดยครรภ์แรกเริ่มรู้สึกว่าลูกดิ้นครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์

ครรภ์หลังเริ่มรู้สึกว่าลูกดิ้นครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 16 - 18 สัปดาห์^(4,12) ซึ่งการนับลูกดิ้น เป็นวิธีเดียวที่สตรีตั้งครรภ์สามารถทำได้เอง โดยไม่ต้องใช้แพทย์หรือเครื่องมือใดๆ นอกจากนี้ข้อดีของการนับทารกดิ้น คือ ไม่แพง ไม่ยุ่งยาก ช่วยค้นหาความผิดปกติเบื้องต้นของทารกซึ่งไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงมาก่อน สะดวกต่อสตรีตั้งครรภ์และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์^(4,11,13) โดยทั่วไปมักจะเริ่มให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตและบันทึกการนับทารกดิ้น เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ ขึ้นไป⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะเมื่อการตั้งครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ควรนับการดิ้นของทารกทุกวัน ซึ่งทารกมักหยุดดิ้น 8 ชั่วโมงและดิ้นลดลง 24 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิต หรือการเคลื่อนไหวของทารกมักจะลดลงและไม่เคลื่อนไหว 12 - 24 ชั่วโมง ก่อนที่หัวใจทารกจะหยุดเต้น โดยเรียกสัญญาณอันตรายนี้ว่า Movement Alarm Signal (MAS) ควรรีบมาพบแพทย์ทันที^(7,8) จากการศึกษาของ Grant และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 68,000 ราย เปรียบเทียบการนับลูกดิ้นแบบประจำวันกับการนับเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น เด็กดิ้นน้อยลง หรือในรายที่มีความเสี่ยงสูงพบว่า การนับแบบประจำทุกวันนี้มีอัตราตายของทารกในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุต่ำกว่าเล็กน้อย โดยมีจำนวนของมารดาที่ต้องการการดูแลรักษาเท่ากับ 1,250 นั่นคือ จะต้องให้สตรีตั้งครรภ์ 1,250 ราย นับลูกดิ้นแบบประจำวัน จึงจะป้องกันทารกตายในครรภ์ได้ 1 ราย และจากการศึกษาของ Sadovsky Pearson และ Weaver⁽⁷⁾ พบว่า การบันทึกการดิ้นของทารกมีความเชื่อถือได้มากกว่าการตรวจระดับ estriol ในปัสสาวะ โดยเฉพาะการคาดคะเนทารกในครรภ์เสียชีวิต

กลไกการคืนของทารก

การคืนของทารกเกิดจากการกระตุ้นที่บริเวณ neuromuscular footplate ในกล้ามเนื้อโครงสร้างของทารก สัญญาณประสาทที่มากระตุ้นอาจมาจากรากประสาทไขสันหลังหรือเส้นประสาทสมอง ซึ่งสัญญาณประสาทที่เพียงพอต้องเกิดจากแหล่งกำเนิดอย่างน้อย 2 แหล่ง ในการกระตุ้นแต่ละครั้งโดยส่วนใหญ่สัญญาณประสาทเริ่มต้นมักเกิดจาก สมองทารกแล้วส่งผ่านมาทางไขสันหลังหรือเส้นประสาทสมองมายังกล้ามเนื้อโครงสร้าง⁽⁸⁾ การคืนของทารกในครรภ์แสดงถึงภาวะสุขภาพของทารกและส่วนใหญ่อันเนื่องมาจากการไหลเวียนเลือดที่รก เพราะถ้ารกเสื่อมหรือทำงานผิดปกติ และทารกผิดปกติทารกจะคืนน้อยลง⁽¹⁶⁾

รูปแบบของอัตราการคืนของหัวใจ การคืนของทารกและการเคลื่อนไหวของตา

รูปแบบของอัตราการคืนของหัวใจ การคืนของทารกและการเคลื่อนไหวของตา มี 4 ระยะ ซึ่งส่วนใหญ่ทารกมักจะมีรูปแบบ ระยะ 1F และระยะ 2F มีรายละเอียดแต่ละระยะดังนี้⁽¹⁷⁾

ระยะ 1F ภาวะหลับสงบ อัตราการคืนของหัวใจทารกแกว่งอยู่ในช่วงแคบๆ

ระยะ 2F มีการเคลื่อนไหวทั้งตัวบ่อย ตาเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง อัตราการคืนของหัวใจทารกแกว่งอยู่ในช่วงกว้าง ภาวะนี้เหมือนทารกมีภาวนอนหลับที่มี REM (Rapid eye movement)

ระยะ 3F การเคลื่อนไหวของตาอย่างต่อเนื่อง ที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย อัตราการคืนของหัวใจทารกไม่เพิ่มขึ้น

ระยะ 4F การเคลื่อนไหวของร่างกายที่แรงพร้อมกับการเคลื่อนไหวของตาอย่างต่อเนื่อง

อัตราการคืนของหัวใจทารกเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์^(8,10,18,19)

1. ภาวะพร่องออกซิเจน การขาดออกซิเจนเฉียบพลันจะทำให้การคืนของทารกลดลงทันทีภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที หลังจากเริ่มขาดออกซิเจน และภาวะขาดออกซิเจนหมดไปจะใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที กว่าทารกจะมีการคืนที่เหมือนเดิม ในภาวะพร่องออกซิเจนเรื้อรังทารกจะตอบสนองโดยพยายามลดการใช้ออกซิเจนและเก็บสะสมพลังงานด้วยการลดหรือหยุดการเคลื่อนไหว การที่ทารกหยุดดิ้นและไม่มีอัตราการคืนของหัวใจทารก acceleration ในขณะที่มี supine hypotension แสดงว่า ภาวะพร่องออกซิเจนน่าจะมีผลต่อการตอบสนองดังกล่าว

2. ทารกพิการหรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกที่มีความพิการรุนแรงมักจะเคลื่อนไหวน้อยลง เช่น ทารกที่มีความผิดปกติของโครโมโซมหรือทารกมักจะหยุดดิ้นประมาณ 8 ชั่วโมงก่อนเสียชีวิตและก่อนหน้านั้นทารกจะคืนน้อยลงมาก่อน 24 ชั่วโมง

3. ภาวะเครียดของมารดา ถ้ามารดามีภาวะเครียดทารกจะคืนมากและแรง เมื่อภาวะเครียดหายไปทารกจะคืนตามปกติ

4. ผลของยาหรือสารเสพติด ยาบางอย่างที่ให้ในขนาดมากเกินไปและผ่านรกได้ดี เช่น barbiturates, narcotics, benzodiazepines, alcohol, steroid เป็นต้น อาจกดการเคลื่อนไหวของทารกไว้ชั่วคราว แต่เมื่อหยุดยาทารกจะกลับมาเคลื่อนไหวตามปกติ หรือ การสูบบุหรี่ของมารดามีผลลดการเคลื่อนไหวของทารกได้

5. การเจ็บครรภ์คลอด พบว่าทารกจะคืน

มากขึ้นเมื่อมีการหดตัวของมดลูก โดยมากมักเป็นการหมุนของศีรษะและการงอลำตัว

6. ช่วงเวลาของวันอาจมีผลต่อการดิ้นของทารกในครรภ์ เช่น ในช่วงเช้าอาจดิ้นน้อยแต่ช่วงเย็นอาจดิ้นมากกว่า เป็นต้น

7. วงจรการหลับและตื่นของทารก ทารกจะหลับและตื่นสลับกันทุก 20-40 นาที ในขณะที่หลับพบว่า อัตราการดิ้นจะน้อยลงกว่าในขณะที่ตื่น

8. อายุครรภ์ ทารกจะเคลื่อนไหวมากที่สุดช่วง อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงไปยังจนกระทั่งคลอด

นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ต่อการดิ้นของทารกเช่น ตำแหน่งที่รกเกาะ ปริมาณน้ำคร่ำ อายุครรภ์ ความอ้วน ความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ โดยรกเกาะด้านหน้าการรับรู้ลดลงแต่ถ้ารกเกาะด้านหลังการรับรู้มากขึ้น ถ้าปริมาณน้ำคร่ำมากการรับรู้ลดลงรับรู้ได้มากขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ถ้าอ้วนมากการรับรู้ลดลง และหากสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลก็จะมีผลต่อการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์เองซึ่งอาจมากขึ้นหรือลดลงได้

เทคนิคการนับทารกดิ้น (Techniques of Fetal Movement Counts)

เทคนิควิธีการนับทารกดิ้นจากการรับรู้ของมารดา ที่พบว่าถูกนำมาใช้บ่อยๆ มี 2 เทคนิค

1. เทคนิคของ Cardiff (Cardiff Technique/ Cardiff “count- to -10”) เป็นการนับทารกดิ้นในระยะเวลา 12 ชั่วโมง โดยเริ่ม ตั้งแต่เวลา 09.00 น. ถ้าสตรีตั้งครรภ์นับทารกดิ้นได้ 10 ครั้ง ให้หยุดนับได้ แต่ถ้ายังไม่ครบให้นับต่อจนถึง 21.00 น. ถ้าจำนวนไม่ถึง 10 ครั้ง ให้มาพบ

แพทย์ทันทีเพื่อการตรวจต่อไป^(8,13,20)

2. เทคนิคของ Sadovsky (Sadovsky Technique) เป็นการนับและบันทึกการดิ้นของทารกใน 1 วัน (daily fetal movement) คือนับผลรวมของจำนวนของการดิ้นของทารกในช่วง 12 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 08.00-20.00 น. โดยแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นับการดิ้นของทารกวันละ 3 ช่วง ได้แก่ ช่วง 1 ชั่วโมง ตอนเช้า กลางวัน เย็น แล้วรวมจำนวนครั้งของทารกดิ้นทั้งสามช่วง ได้ผลเป็นจำนวนครั้งของทารกดิ้นต่อวัน ซึ่งในแต่ละช่วงเวลาที่นับ ถ้าทารกดิ้นน้อยกว่า 3 ครั้ง ควรสังเกตต่อไปอีก 1 ชั่วโมง แล้วทำเช่นนี้ในวันต่อไป ถ้าผลการนับน้อยกว่า 10 ครั้งต่อ 12 ชั่วโมง 2 วันติดต่อกัน ถือว่าเป็นอันตรายและควรให้ทารกคลอดทันที^(7,8)

บทบาทพยาบาลในการนับทารกดิ้น

พยาบาลหนึ่งในทีมสุขภาพและใกล้ชิดสตรีตั้งครรภ์ จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแล แนะนำวิธีการนับทารกดิ้นแก่สตรีตั้งครรภ์ ทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการนับทารกดิ้นให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจและเห็นความสำคัญในการนับทารกดิ้น เมื่อมีความเข้าใจจะได้ตั้งใจสังเกตและบันทึกความต่อเนื่องของการนับทารกดิ้น เพราะเมื่อได้รับการตรวจสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ผลการตรวจครรภ์ปกติ ก็มิได้แสดงว่าเมื่อสตรีตั้งครรภ์กลับไปบ้านแล้ว ทารกจะปกติตลอดไป มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น

มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก มีภาวะเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น และควรบอกข้อจำกัดของการนับทารกคืน เช่น ไม่สามารถตรวจหาการเจริญเติบโต หรือความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ได้

2. อธิบายลักษณะการคืนของทารกให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจ เพราะสตรีตั้งครรภ์อาจไม่สามารถแยกลักษณะการคืนของทารกออกจากภาวะมดลูกหดตัว หรือการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ โดยเฉพาะในครรภ์แรกที่ไม่ม่ประสบการณ์มาก่อน หรืออายุครรภ์น้อยๆ โดยทั่วไปมักจะเริ่มให้สตรีตั้งครรภ์สังเกตและบันทึกการนับทารกคืน เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ขึ้นไป และกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์นับทารกคืนในสภาพที่ผ่อนคลาย และท่าที่สบาย นอนศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) หรือ นอนตะแคง (side-lying) เช่น คอหนุนในช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน พร้อมบันทึก และให้ข้อมูล ถ้าทารกคืนน้อยลงควรทำอะไร พร้อมแบบบันทึกขณะบันทึกมารดาควรอยู่ในสภาพที่เงียบ เพราะ

จะทำให้มีสมาธิในการรับรู้ลูกคืนได้มาก เมื่ออธิบายสตรีตั้งครรภ์แล้วจะต้องสอบถามข้อมูลย้อนกลับเพื่อความเข้าใจและนำไปปฏิบัติที่ถูกต้อง

3. ติดตามประเมินผลสุขภาพมารดาและทารกของการมาตรวจตามนัด โดยสอบถามและสังเกตบันทึกการนับการคืนของทารกในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ ถ้าพบความผิดปกติควรปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์จะได้ตรวจประเมินสุขภาพทารกด้วยวิธีอื่นต่อไป

การนับทารกคืน เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการประเมินสุขภาพทารกในขณะตั้งครรภ์พยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยตนเอง ทั้งสตรีตั้งครรภ์ปกติและสตรีตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้นำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย อันจะเป็นก้าวแรกที่สำคัญให้ทารกเติบโตเป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/draft-MDGs%20report.pdf>
2. ณัฐพัชร จันทรสภา. ทารกในครรภ์เสียชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/>
3. ณัฐฉณี ศรีสันติโรจน์. สัญญาณเตือนภัยในมารดาขณะตั้งครรภ์. ใน: วิทยา ถิฐาพันธ์, พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, กติกา นวพันธ์, ณัฐฉณี ศรีสันติโรจน์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ปริกำเนิด : คัดกรอง & ป้องกัน & ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย; 2554. หน้า 9-20.

4. อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล. การประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และการเฝ้าระวังทารกในครรภ์. ใน: อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, บรรณาธิการ. ความรู้เบื้องต้นการพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 1 ระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554. หน้า 133-54.
5. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev 2007;24;(1):CD004909.
6. ชานูชัย วัฒนาศิริ, พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ. การเฝ้าระวังดูแลทารกในครรภ์. ใน: ชานูชัย วัฒนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ปริกำเนิด. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 1-8.
7. อภิชาติ จิตต์เจริญ, สมศรี พิทักษ์กิจรณกร. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์. ใน: เยื่อน ต้นนรินทร์, วรพงศ์ ภูพจน์, เอกชัย โควาริสารัช, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. นิพนธ์ และเรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 343-404.
8. อติวุธ กมุทมาศ. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ในระยะก่อนคลอด. ใน: อติวุธ กมุทมาศ, บรรณาธิการ. ตำราสูติศาสตร์ชุดการตั้งครรภ์และการคลอดปกติ. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต; 2546. หน้า 217-46.
9. พรพิมล เรืองวุฒิเลิศ, จิรศักดิ์ มั่นสสาร. การเฝ้าระวังดูแลทารกในครรภ์. ใน: มานี ปิยอนันต์, ชานูชัย วัฒนาศิริ, ประเสริฐ คันสนียวิทยากุล. ตำราสูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2553. หน้า 115-26.
10. Ricci SS, Kyle T. Maternity and pediatric nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
11. Davidson MR, London ML, Ladewig PA. Olds' Maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan. 8th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2008.
12. Cronje HS, Grobler CJF, Visser AA. Obstetrics in Southern Africa. Pretoria: J.A. Van Schaik Publishers; 1996.
13. Murray SS, McKinney ES. Foundations of maternal-newborn nursing. 4th ed. St. Mosby Elsevier; 2006.
14. พัณณ พันธ์บูรณะ. การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ก่อนคลอด. ใน: วรพงศ์ ภูพจน์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 159-74.

15. กุศล รัศมีเจริญ, มนศักดิ์ ชูโชติรส, มณีรัตน์ ไชยานนท์. การดูแลสตรีตั้งครรภ์บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ : ระยะตั้งครรภ์. ใน: ชัญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ปริกำเนิด. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย; 2550. หน้า 25-30.
16. Sadovsky E, Yaff H. Daily fetal movement recording and fetal prognosis. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1973 [cited 2015 Jan 25];41(6):845-50. Available from: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1973/06000/>
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD, Williams JW. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
18. อีระ ทองสง. การตรวจสอบสุขภาพทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี บี ฟอเร็น บুক เซนเตอร์; 2544.
19. Velazquez MD, Rayburn WF. Antenatal evaluation of the fetus using fetal movement monitoring. *Clin Obstet Gynecol* 2002;45(4):993-1004.
20. Bennet VR, Brown LK. *Myles Textbook for midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.