

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
เรื่อง แผนการสอนการบันทึกการเดินของทารกในครรภ์ขณะรอคลอด

เสนอโดย

นางสาวอัญชลิ อุ่นญาติ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1037)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 6 สิงหาคม 2550 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความหมาย

น้ำคร่ำน้อย (oligohydramnios) หมายถึง ภาวะตั้งครรภ์ที่มีปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร หรือ มีดัชนีน้ำคร่ำ (amniotic fluid index : AFI) น้อยกว่า 5 เซนติเมตร (มานี ปิยอนันต์และคณะ, 2548 : หน้า 123)

เมื่อน้ำคร่ำน้อยก็เกิดภาวะ pulmonary hypoplasia ในทารกได้บ่อย เนื่องจาก

1. มีการกดต่อผนังทรวงอก โดยมดลูกที่มีน้ำคร่ำน้อย ซึ่งจะขัดขวางการขยายตัวของปอด และผนังทรวงอกของทารก
2. ขาดน้ำที่จะหายใจเข้าไปใน internal airway ของปอด และผลตามมาก็คือการหยุดการเติบโตของปอด
3. เกิดจากความผิดปกติของปอดเอง จะเห็นว่าปริมาณน้ำคร่ำที่หายใจเข้าไปในตัวทารกที่ปกติ มีบทบาทสำคัญในการทำให้ปอดขยายตัว แล้วส่งผลให้มีการเจริญเติบโตของปอดเป็นปกติ

สาเหตุ

ยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจน อาจเกิดจาก

1. ทารกพิการโดยกำเนิด
2. การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะของทารก
3. ภาวะไตฝ่อทั้งสองข้าง (renal agenesis)
4. ทารกมีความผิดปกติของโครโมโซม
5. รกเสื่อมสภาพ (utero-placental insufficiency:UPI) เช่น
 - 5.1 ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์
 - 5.2 มารดาเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน preeclampsia
 - 5.3 ครรภ์เกินกำหนด
 - 5.4 รกลอกตัวก่อนกำหนด
6. Twin-Twin transfusion syndrome
7. การรั่วของถุงน้ำคร่ำเป็นระยะเวลานาน ๆ
8. ภาวะเบาจืด (diabetes insipidus) ของมารดาบางราย
9. มารดาได้รับยาบางอย่าง เช่น indomethacin หรือ angiotensin-converting enzyme inhibitors

ความสำคัญ

ภาวะน้ำคร่ำน้อยอาจจะพบร่วมกับความผิดปกติของทารก ความผิดปกติของโครโมโซม ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และครรภ์เกินกำหนด

ปริมาณน้ำคร่ำน้อยพบได้บ่อยในภาวะทารกโตช้าในครรภ์ ซึ่งบ่งชี้ว่าสุขภาพอาจไม่ดี ภาวะน้ำคร่ำน้อยเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดและอัตราทุพพลภาพ ไม่ว่าจะมือน้ำคร่ำน้อยโดยการวัดโพรงน้ำคร่ำที่ลึกที่สุดในแนวตั้ง (maximum vertical pocket : MVP) หรือการวัดดัชนีน้ำคร่ำ (amniotic fluid index :AFI) หรือโดยความรู้สึก น้ำคร่ำน้อยที่เกิดตั้งแต่อายุครรภ์น้อย ๆ จะสัมพันธ์กับทารกพิการร้อยละ 15-25 การเกิดในไตรมาสแรกซึ่งเห็นถุงน้ำการตั้งครรภ์มีขนาดเล็กกว่าที่ควรจะเป็นในแต่ละอายุครรภ์ ทำนายได้ว่าเกือบทั้งหมดจะแห้งออกมาในที่สุด ในภาวะที่น้ำคร่ำน้อยมากอยู่เป็นเวลานาน ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่สอง จะมีผลเสียตามมาจากการกดเบียดทารกในครรภ์ ดังที่เรียกว่า Potter sequence คือ ปอดแฟบ (pulmonary hypoplasia) หน้าตาผิดปกติ เช่น จมูกแบน คางเล็ก แขนขาผิดปกติ เช่น หดเกร็งข้อสะโพกเคลื่อน ภาวะปอดแฟบมักจะทำให้ทารกเสียชีวิตแรกคลอดซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก ทรวงอกถูกกดนาน หายใจน้อย ขาดการไหลเข้าออกของน้ำคร่ำในทางเดินหายใจ ทำให้ปอดไม่พัฒนา ถึงแม้ในรายที่ทารกไม่มีความผิดปกติทางโครงสร้าง แต่ภาวะน้ำคร่ำน้อยก็มีความเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน และสายสะดือถูกกด มีอัตราการตายสูงทั้งในครรภ์และแรกคลอด

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อย ปัจจุบันนิยมใช้การประเมินปริมาณน้ำคร่ำโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพราะสะดวก และสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ที่สำคัญสามารถตรวจหาความผิดปกติของทารกได้

การรักษา

การรักษาขึ้นกับสาเหตุ กรณีที่สัมพันธ์กับความพิการรุนแรงมักจะแนะนำให้เลือกยุติการตั้งครรภ์ กรณีที่สัมพันธ์กับภาวะ IUGR ให้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาภาวะ IUGR กรณีที่มีภาวะรกเสื่อมสภาพจะเน้นการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด

มีรายงานการให้ selective antidiuretic agonist (1-deamino vasopressin) ขนาด 2 ไมโครกรัมทางหลอดเลือดดำร่วมกับการดื่มน้ำปริมาณมาก (20 มิลลิลิตร/กิโลกรัม) พบว่าสามารถเพิ่ม AFI ได้

การรักษาภาวะน้ำคร่ำน้อย อาจเลือกให้น้ำเกลือเข้าสู่โพรงน้ำคร่ำ (amnioinfusion) ในระยะคลอดที่มีปัญหาการกดสายสะดือ ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีความปลอดภัย เพื่อบรรเทาการกดสายสะดือ เป็นวิธีที่ได้ผลและลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่แน่นอนเสมอไป และอาจจะไม่ช่วยการลดปัญหา meconium aspiration syndrome

การรักษาภาวะทารกเจริญเติบโตช้าที่เหมาะสม ควรค้นหาภาวะความผิดปกติแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ โดยการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงซึ่งจะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น มีการรักษาภายในครรภ์โดยการ

ใส่สาย (shunt) เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะของทารกในครรภ์ที่การอุดตันอยู่ต่ำกว่าบริเวณท่อปัสสาวะ เชื่อว่าจะช่วยลดภาวะ hydronephrosis และทำให้ไตทารกไม่เสียมาก (ธีระ ทองสงและคณะ, 2544 : หน้า 257)

ภาวะน้ำคร่ำน้อย เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ ในภาวะที่มีน้ำคร่ำน้อยเป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในไตรมาสที่สอง จะมีผลเสียตามมาจากการกดเบียดทารกในครรภ์ หรือกดสายสะดือทารกในครรภ์ได้ เมื่อพบภาวะดังกล่าวควรสิ้นสุดการคลอดให้เร็วที่สุด ซึ่งวิธีที่นิยมใช้คือการผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean delivery)

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Cesarean delivery) หมายถึง การทำคลอดทารกโดยผ่านทางแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง (laparotomy) และแผลผ่าตัดผ่านผนังมดลูก (hysterotomy)

อุบัติการณ์

ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้เพิ่มสูงขึ้นมากทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย จากสถิติของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2536 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 26.1 ของจำนวนการคลอดทั้งหมด และได้เพิ่มขึ้นทุกปีเป็นร้อยละ 34.4 ในปี พ.ศ. 2545 จากสถิติของภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า ในปี พ.ศ. 2549 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 20.37 ของจำนวนคลอดทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2550 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 21.39 ของจำนวนคลอดทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2550 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องร้อยละ 22.41 ของจำนวนคลอดทั้งหมด

สาเหตุที่อัตราของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้น ได้แก่

1. จำนวนบุตรลดลงและสัดส่วนของมารดาที่เป็นครรภ์แรกเพิ่มขึ้น และสาเหตุของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบมากในครรภ์แรก
2. ผู้หญิงในปัจจุบันมีการศึกษาดีขึ้น ทำให้สมรสช้ากว่าในอดีต จึงตั้งครรภ์ขณะมีอายุมาก โดยเฉพาะอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ก็มีโอกาที่จะคลอดโดยการผ่าตัดมากขึ้น
3. มีการใช้เครื่องมือ electronic fetal monitoring : EFM ในการเฝ้าระวังภาวะทารกขาดออกซิเจน (fetal distress) ในระหว่างการคลอดมากขึ้น ทำให้สูติแพทย์สามารถตรวจพบภาวะดังกล่าวได้เร็วขึ้นจึงเลือกตัดสินใจให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้รวดเร็วกว่าแต่ก่อน เพื่อเป็นการช่วยทารกในครรภ์ ไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะขาดออกซิเจน
4. การคลอดทารกทำกัน ในปัจจุบันนั้นประมาณร้อยละ 83 ของทารกทำกัน สูติแพทย์มักเลือกการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการให้คลอดเอง หรือช่วยคลอดทางช่องคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดอันตรายต่อทารก
5. หัตถการบางอย่างในการช่วยคลอดทารกทางช่องคลอด เช่น การช่วยคลอดด้วยคีม (forceps extraction) หรือเครื่องดูดสุญญากาศ (vacuum extraction) ขณะที่ศีรษะทารกสูงกว่าตำแหน่ง +2 (midpelvic

vaginal deliveries) ปัจจุบันไม่นิยมทำ เนื่องจากเป็นหัตถการที่ทำยาก และอาจเกิดอันตรายต่อทารกและมารดาได้มาก สูติแพทย์จึงมักตัดสินใจให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

6. ปัจจุบันมีการฟ้องร้องกันมากขึ้น โดยเฉพาะสูติแพทย์ ทำให้สูติแพทย์บางคนเลือกวิธีการทำคลอดโดยการผ่าตัดคลอดมากกว่าการให้คลอดทางช่องคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้อง โดยเฉพาะการเกิดปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางสมองของทารกเมื่อโตขึ้น เช่น cerebral palsy หรือเป็นโรคลมชัก เป็นต้น

7. เศรษฐฐานะของคู่สมรส ในปัจจุบันพบว่ามีการเลือกเวลาคลอดของทารก โดยบิดามารดาของทารกในรายที่มีเศรษฐฐานะดี ซึ่งทำกันมากในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ บางรายก็กลัวความเจ็บปวดในขณะที่เจ็บครรภ์ หรือทนความเจ็บปวดไม่ไหวก็ร้องขอให้แพทย์ทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อบ่งชี้

ในปัจจุบันได้มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในสถาบันที่มีความพร้อม ทั้งนี้มุ่งถึงความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นหลัก หากสงสัยว่าอาจเกิดอันตรายต่อมารดาหรือทารกในครรภ์สมควรพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยไม่รอนานเกินไปจนเกิดปัญหาขึ้น ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. มีข้อห้ามในการเจ็บครรภ์

ในบางรายการหดรัดตัวของมดลูกขณะเจ็บครรภ์อาจเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกในครรภ์ เช่น รกเกาะต่ำ เคยมีแผลผ่าตัดที่มดลูกจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยเฉพาะแบบ classical จากการผ่าตัดเนื่องออกมาดลูก และจากการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของมดลูก นอกจากนี้ยังพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในรายที่ทารกพิการในครรภ์ซึ่งสามารถรักษาได้ เช่น ทารกหัวบาตร เป็นต้น

2. การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ไม่เป็นผลสำเร็จ

ในมารดาที่เป็นโรคบางอย่าง เช่น เบาหวาน ครรภ์เป็นพิษ หรือบางภาวะ เช่น isoimmunization และทารกโตช้าในครรภ์ อาจจำเป็นต้องทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง บางครั้งการชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์เพื่อให้คลอดทางช่องคลอดอาจทำได้ยาก หรือไม่ประสบความสำเร็จ เช่น ปากมดลูกยังไม่พร้อม สมควรเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทน

3. การคลอดยาก

เป็นข้อบ่งชี้ที่พบบ่อยที่สุดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครั้งแรก ได้แก่

3.1 การผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา

3.2 การขวางกั้นช่องทางคลอด เช่น มีผนังกั้นในช่องคลอด มีเนื้องอกมดลูกหรือรังไข่

3.3 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าขวาง ท่าก้น ควรพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นกรณีไป

โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่น เช่น ขนาดของเชิงกราน ขนาดทารก อายุของมารดา และจำนวนครั้งที่เคยคลอดทางช่องคลอด

3.4 การเจ็บครรภ์ผิดปกติจากการหดตัวของมดลูกรุนแรง หรือน้อยเกินไป เมื่อแก้ไขแล้วไม่ประสบความสำเร็จ

4. ภาวะฉุกเฉินของมารดาหรือทารก

ในบางภาวะจำเป็นต้องรีบให้คลอดโดยเร็ว เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำมีเลือดออก สายสะดือข้อยืด ทารกอยู่ในภาวะคับขันจากเหตุต่าง ๆ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก

อัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเกิดแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกที่คลอดโดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบประมาณร้อยละ 25-50 ที่สำคัญได้แก่

1. Anesthetic accidents พบเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เป็นสาเหตุการตายของมารดามากที่สุด โดยเฉพาะเกี่ยวกับการเกิด aspiration pneumonitis
2. Infection มีการติดเชื้อของแผลบริเวณที่ทำผ่าตัด หรือมีการติดเชื้อในโพรงมดลูก
3. Hemorrhage การทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีการเสียเลือดมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด มีการคะเนว่าจะเสียเลือดอย่างน้อยประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งมากกว่าการเสียเลือดเมื่อคลอดปกติทางช่องคลอดประมาณ 2-3 เท่า

นอกจากนี้ยังพบมีการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ การมีไข้หลังผ่าตัด โดยไม่ทราบสาเหตุ thrombophlebitis และ pulmonary embolism ได้มากกว่าในรายที่คลอดปกติทางช่องคลอด

สำหรับภาวะแทรกซ้อนของทารกนั้น ได้แก่ birth trauma (Erb palsy, skull fracture, and fracture of long bones) และพบว่าทารกจะเกิดภาวะ transient tachypnea of the newborn ได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดถึง 4.5 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากน้ำในปอดของทารกไม่ได้ถูกขับออกมาในขณะที่คลอด

ชนิดของการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เทคนิคในการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นจะมีแผลผ่าตัดที่จะต้องทำอยู่ 2 แห่ง คือ ที่ผนังหน้าท้องกับที่กล้ามเนื้อมดลูก ดังนี้

1. การลงแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง (abdominal incision)

1.1 Intraumbilical midline vertical incision (lower midline incision) คือ การลงแผลในแนวตั้งกลางลำตัวต่ำกว่าระดับสะดือ ความยาวของแผลผนังหน้าท้องขึ้นอยู่กับขนาดของทารก ควรมีความยาวเพียงพอแก่การทำคลอดทารกได้โดยสะดวก การลงแผลผ่าตัดแบบนี้มีข้อดี คือ สามารถขยายความกว้างของแผลได้ตามต้องการ การผ่าตัดสามารถทำคลอดทารกได้สะดวกและรวดเร็ว

1.2 Transverse incision (Pfannenstiel incision) คือ การลงแผลในแนวขวางลำตัวตรงตำแหน่ง skin's crease เหนือหัวหน้า การลงแผลผ่าตัดแบบนี้มีข้อดี คือ แผลสวยงามและรอยแผลซ่อนอยู่ใต้ขอบกางเกงชั้นใน ความแข็งแรงของแผลดีกว่าทำให้เกิด incision hernia น้อยกว่า แต่มีข้อเสียคือ การขยายขนาดของแผลผ่าตัดทำได้ไม่ดีเท่า midline incision และใช้เวลาทำผ่าตัดน้อยกว่าเล็กน้อย

2. การลงแผลผ่าตัดที่กล้ามเนื้อมดลูก มี 2 วิธี คือ

2.1 Vertical incision คือ การลงแผลผ่าตัดที่บริเวณกึ่งกลางของตัวมดลูกตรงบริเวณ body ของมดลูก แต่เหนือระดับ lower uterine segment ซึ่งเรานิยมเรียกการทำผ่าตัดแบบนี้ว่า classical cesarean incision ซึ่งไม่ได้รับความนิยมทำกันในปัจจุบัน

2.2 Lower segment transverse incision คือ การลงแผลผ่าตัดในแนวขวางที่บริเวณ lower segment ของตัวมดลูก (Kerr's) เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมทำกันในปัจจุบัน

การดูแลมารดา ก่อนและหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

มารดาที่จะเข้ารับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะต้องได้รับการตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสม โดยการตรวจความเข้มข้นของเลือด มีการเตรียมเลือดตามความจำเป็น ให้นอนหลับในคืนก่อนผ่าตัด งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 8 ชั่วโมง สวมอุจจาระตามความเหมาะสม เตรียมหน้าท้องเช่นเดียวกับการผ่าตัดอื่น ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนทางปัสสาวะ อาจให้ยาลดกรดก่อนทำผ่าตัดเพื่อป้องกันการสำลักกรดในกระเพาะอาหาร และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในรายที่มีความเสี่ยงสูง

การดูแลหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีหลักการเช่นเดียวกับการผ่าตัด โดยทั่วไป คือ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้จากการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะน้ำคร่ำน้อย เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ การที่ปริมาณน้ำคร่ำน้อยลงกว่าปกติอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ กัน และอาจส่งผลกระทบต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้มากมาย ในช่วงก่อนการเจ็บครรภ์ ความสำคัญขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ที่เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อยและระยะเวลาที่เกิดมีภาวะน้ำคร่ำน้อย หากน้ำคร่ำน้อยเกิดก่อนอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ จะพบอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติทางโครงสร้าง ซึ่งเกิดจากการกดทับ (pressure hypoplasia) ในขณะที่เจ็บครรภ์คลอด น้ำคร่ำจะทำหน้าที่เหมือนกันชนไม่ให้สายสะดือถูกกดทับระหว่างตัวเด็กกับผนังมดลูก การกดทับสายสะดือขณะมดลูกบีบตัวจะทำให้เกิด fetal heart rate deceleration ทำให้เกิดภาวะกรดในเลือดทารก คะแนน APGAR ของทารกแรกคลอดต่ำ เพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าตัดคลอดและอัตราการตายปริกำเนิด การที่สามารถวินิจฉัยภาวะน้ำคร่ำน้อยได้เร็วและแม่นยำ ตลอดจนหาสาเหตุของภาวะดังกล่าวและให้การดูแลที่เหมาะสม จะช่วยให้ได้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ดีที่สุด พยาบาลซึ่งมีหน้าที่ดูแลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำคร่ำน้อย สาเหตุ ความสำคัญ การวินิจฉัยและการตรวจค้น การดูแลรักษา ข้อวินิจฉัยและหลักการพยาบาล เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายและช่วยลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของทารก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โดยผู้คลอดรายนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากเจ็บครรภ์สม่ำเสมอทุก 5 นาที และทารกในครรภ์คืบน้อยลง แพทย์ทำอัลตราซาวด์พบว่าปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (AFI เท่ากับ 3.5) แพทย์พิจารณาคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

2. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จากเอกสารวิชาการ และตำราต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาเรียบเรียงแล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของงาน

4. นำเสนอผลงานเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษา ผู้คลอดหญิง ไทย HN 37324/46 AN 12605/50 อายุ 22 ปี สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 มาโรงพยาบาลเนื่องจาก 4 ชั่วโมงก่อนมาเจ็บครรภ์สม่ำเสมอทุก 5 นาที และทารกในครรภ์คืบน้อยลง แพทย์จึงให้นอน โรงพยาบาลเพื่อคลอด ผู้คลอดตั้งครรภ์ที่ 1 ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด ผ่าครรภ์ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการฝากครรภ์ปกติ เข้ารับการดูแลในห้องคลอด วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เวลา 21.10 นาฬิกา สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อายุครรภ์ 37⁺² สัปดาห์ (คำนวณจากวันแรกของประจำเดือน ครั้งสุดท้าย) ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิด ส่วนน้ำอยู่เหนือระดับ ischial spine 2 เซนติเมตร ไม่มีน้ำคืบ คีร์ระเป็นส่วนน้ำ ได้รับการรักษา คือ บันทึกดติดตามสภาวะทารกในครรภ์ทุก 4 ชั่วโมง ผลการบันทึกปกติ บันทึก สัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เวลา 12.20 นาฬิกา ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์มากขึ้น แพทย์จึงให้ยาบรรเทาอาการปวด (Pethidine 50 mg) ทางหลอดเลือดดำ หลังได้รับยาอาการเจ็บครรภ์ทุเลาลง ผู้คลอดสามารถพักผ่อนได้ วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เวลา 16.00 นาฬิกา แพทย์ทำอัลตราซาวด์พบว่าปริมาณน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (AFI เท่ากับ 3.5 เซนติเมตร) จึงพิจารณาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ก่อนเตรียมผู้คลอดเพื่อทำการผ่าตัดคลอดได้อธิบายให้ผู้คลอดได้ทราบถึงเหตุผลที่ต้องผ่าตัดคลอด แผนการรักษาที่จะได้รับ และแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัด และเตรียมผู้คลอดก่อนเข้าห้องผ่าตัด โดยให้สารน้ำ Lactate Ringer Solution 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและฝีเย็บสวนปัสสาวะแบบคาสาย จองเลือดชนิด PRC จำนวน 2 ยูนิต ขณะรอส่งเข้าห้องผ่าตัด บันทึกติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที ผู้คลอดเข้าห้องผ่าตัด เวลา 18.00 นาฬิกา ทารกเกิดวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2550

เวลา 19.03 นาฬิกา ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,750 กรัม Apgar score ที่ 1 นาทีได้ 10 ที่ 5 นาทีได้ 10 ลักษณะทารกทั่วไปแข็งแรงดี ผู้คลอด เสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดประมาณ 800 มิลลิลิตร ได้รับยา oxytocin 10 unit ใน Dextrose 5 % in ½ normal saline 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (Methylergometrine 0.2 มิลลิกรัม) ทางหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัด ผู้คลอดนอนพักสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น 2 ชั่วโมง และย้ายไปตักพักหลังคลอด ตั้งแต่วันที่ 8-11 มิถุนายน พ.ศ. 2550 หลังผ่าตัดอาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อน ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านพร้อมบุตรในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2550 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ คือ 1. ทารกในครรภ์มีโอกาสขาดออกซิเจนจากสายสะดือถูกกดเนื่องจากน้ำคร่ำน้อย การพยาบาลโดยการบันทึกและติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที แนะนำให้มารดานอนตะแคงซ้าย เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่มากขึ้น 2. วิดกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์เนื่องจากน้ำคร่ำน้อย การพยาบาลโดยปลอบโยนและให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก 3. ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดเนื่องจากผ่าตัดคลอดครั้งแรก การพยาบาลโดยการแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดคลอด เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล และประเมินการรับรู้ของผู้คลอด 4. การกำซาบของเนื้อเยื่ออาจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด การพยาบาลโดยเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด เฝ้าระวังสัญญาณชีพ บันทึกและประเมินปริมาณเลือดที่ออก ประเมินการหดตัวของมดลูก และมีการบันทึกปริมาณปัสสาวะ 5. ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากการบาดเจ็บเนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลาย การพยาบาลโดยการจัดท่านอนให้เหมาะสม ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Pain score สอนและฝึกปฏิบัติให้ใช้เทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาปวด การให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาพร้อมทั้งประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาบรรเทาปวด 6. อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายขณะผ่าตัด การพยาบาลคือ ติดตามและเฝ้าระวังสัญญาณชีพเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากการติดเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัด ทำแผลให้สะอาด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา แนะนำเกี่ยวกับสุขนิสัยการทำมาสะอาดแผล สรุป ในการเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้คลอดรายนี้ ทารกไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและผู้คลอดคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกในครรภ์และการผ่าตัดคลอด ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลและติดตามและประเมินผลการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเป็นเวลา 5 วัน และเยี่ยมหลังคลอดจำนวน 4 ครั้ง พบว่า ปัญหาการพยาบาลทั้งหมดได้รับการแก้ไข โดยผู้คลอดและทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากการคลอด ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและผู้คลอดสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2550 และได้นัดมาตรวจหลังคลอดวันที่ 25 มิถุนายน 2550

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลและเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ที่สนใจศึกษารณีผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอดโดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยและคลอด โดยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องรายนี้พบว่าทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากปริมาณน้ำคร่ำน้อยลงจะส่งผลทำให้สายสะดือถูกกดรัดได้ง่าย ทำให้เลือดและออกซิเจน ไปเลี้ยงทารกได้ไม่ดี ผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด หากได้รับการวินิจฉัยช้าและเฝ้าระวังไม่เพียงพอ อาจทำให้ทารกในครรภ์ได้รับอันตรายและเสียชีวิตได้ ระหว่างรอคลอดควรประเมินการหดตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกทุก 15-30 นาที เพื่อป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน แนะนำให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงรกมากขึ้น แนะนำให้ผู้คลอดดื่มน้ำและอาหารทางปาก และดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อเตรียมพร้อมหากเกิดภาวะทารกขาดออกซิเจนก็สามารถพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดได้ทันที ควรประสานงานกับทีมกุมารแพทย์เมื่อพบทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน และเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้เมื่อใกล้คลอด

ปัญหาที่สำคัญรองลงมาคือปัญหาทางด้านจิตใจของผู้คลอดและญาติจะวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทารกเนื่องจากมีภาวะน้ำคร่ำน้อยและวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดคลอดเนื่องจากตั้งครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์จึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ผู้คลอดเป็น แผนการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการนับทารกดิ้นและสังเกตอาการผิดปกติ พุดปอบโยนและให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติได้ระบายความรู้สึก ได้พูดคุยและสอบถามข้อสงสัย

10. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งต่อศูนย์สาธารณสุขเพื่อติดตามเยี่ยมและดูแลผู้คลอดหลังจากมีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยให้พยาบาลทราบเพื่อวางแผนรักษาอย่างมีระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... อัญชลี อุ่นญาติ


(นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ)

พยาบาลวิชาชีพ 5

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 13 มกราคม 2553

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่..... 14 ส.ค. 2553

ลงชื่อ..... 

(นายชัยวัน เจริญโชคทวี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร

และวชิรพยาบาล

วันที่..... 15 ส.ค. 2553

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวอัญชลี อุณญาติ**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1037) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักงานแพทย์

เรื่อง แผนการสอนการบันทึกการคืนของทารกในครรภ์ขณะรอดคลอด

หลักการและเหตุผล

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำคร่ำน้อยเป็นภาวะที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะ
ตั้งครรภ์ที่มีผลต่อสุขภาพของทารกและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนและเสียชีวิต

จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำคร่ำน้อยที่ตีกลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2551 พบ 218 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.35 ของการคลอด จากการศึกษาพบว่าถ้า
ตรวจพบและได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้คลอดได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ทั้งที่ และ
สามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำคร่ำน้อยได้ พยาบาลซึ่งถือว่าเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้คลอด
ตลอดเวลา จึงมีโอกาที่จะสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ สามารถตรวจค้นความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น
ตั้งแต่ระยะแรก หรือประเมินสุขภาพของทารกขณะอยู่ในครรภ์ได้ รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล
เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สังเกตและเฝ้าระวังการเกิดอันตรายของทารกในครรภ์ได้ด้วยตนเอง โดยวิธีการสอนที่ไม่
เป็นทางการ เช่น การพูดคุย การสนทนา การสาธิตในโอกาสทั่ว ๆ ไป หรือการสอนอย่างเป็นทางการ เช่น การ
สอนเป็นรายบุคคล การสอนเป็นกลุ่มหรือการจัดอบรม นอกจากให้คำแนะนำและสอนแล้ว การมอบเอกสาร
การบันทึกการคืนของทารกให้ผู้คลอดนำติดตัวกลับไปอ่านที่บ้านหรือใช้บทวนความจำเป็นสิ่งที่พึงกระทำ
อย่างยิ่ง โดยได้อธิบายให้ผู้คลอดทราบว่าการนับการคืนของทารกเป็นสิ่งสำคัญ ถ้ามารดาารู้สึกว่าทารกใน
ครรภ์คืนน้อยลง เป็นสัญญาณอันตรายที่มารดาต้องรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อตรวจวินิจฉัยต่อไปว่าทารกใน
ครรภ์มีสุขภาพเป็นอย่างไรและต้องให้การรักษาหรือไม่ ซึ่งการที่ทารกในครรภ์คืนน้อยลงมักเกิดร่วมกับภาวะ
ขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ และก่อนที่ทารกในครรภ์จะเสียชีวิต 12-48 ชั่วโมงจะพบว่ามารดาจะให้
ประวัติว่าทารกคืนน้อยลงหรือหยุดคืน ดังนั้นการบันทึกหรือนับการคืนของทารกในครรภ์จะช่วยในการค้นหา
หรือแก้ไขภาวะที่อาจทำให้ทารกในครรภ์เสียชีวิตได้ โดยปกติพบว่าทารกในครรภ์จะคืนมากในช่วงเวลา
21.00-01.00 นาฬิกา และเมื่อมารดารับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ วิธีการนับการคืนของทารกในครรภ์ที่
ได้รับความนิยมนำไปปฏิบัติด้วยตัวเองที่บ้านคือ บันทึกจำนวนครั้งที่ทารกในครรภ์คืน
หลังอาหารทันที 3 มื้อ โดยให้มารดาบันทึกการคืนของทารกในครรภ์หลังรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และ

เย็น นานประมาณ 1 ชั่วโมง และนำจำนวนครั้งที่นับได้ทั้ง 3 เวลาารวมกัน โดยถ้าพบว่าใน 1 ชั่วโมงใดทารก ดิ้นน้อยกว่า 4 ครั้ง ให้บันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ต่อไปให้ครบ 6 ชั่วโมง และเมื่อรวมจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น ทั้ง 3 เวลาแล้วพบว่ามึ้นน้อยกว่า 12 ครั้ง หรือพบว่าทารกดิ้นน้อยกว่า 4 ครั้งใน 6 ชั่วโมง แสดงว่าทารก ในครรภ์ดิ้นน้อยลง มารดาต้องรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้คลอดมีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์
2. เพื่อให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ได้ด้วยตนเอง
3. เพื่อระวังและป้องกันการเกิดภาวะทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดพันที่ขาดออกซิเจน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะน้ำคร่ำน้อยเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้หญิงตั้งครรภ์และ ครอบครัววิตกกังวล หรือกลัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บีแลนด์และพาสซอส (Beland & Passos, 1981,อ้างถึง ใน ทรงพร จันทรพัฒน์, 2543 : หน้า 141) ได้กล่าวไว้ว่า ความไม่รู้เป็นบ่อเกิดแห่งความวิตกกังวลที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิต การให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่หญิงตั้งครรภ์จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ เนื่องจากการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ ข้อมูลจะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เข้าใจขั้นตอนและสถานการณ์ที่ตนเอง จะต้องประสบ หรือสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสภาพตนเอง ได้อย่างถูกต้อง เกิดความอบอุ่นใจ และมั่นใจว่าจะมีผู้ให้ความช่วยเหลือ ไม่ได้อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. จัดเตรียมแผนการสอนเรื่องการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ขณะรอคลอด โดยเนื้อหาจะ ประกอบด้วย ความสำคัญของการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ อายุครรภ์ที่ควรเริ่มบันทึกการดิ้นของ ทารกในครรภ์ และวิธีการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์
2. เมื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าผู้คลอดมีภาวะน้ำคร่ำน้อยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ พยาบาลผู้รับผิดชอบผู้คลอดประเมินความรู้ของผู้คลอดเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่เกิดกับผู้คลอด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและความสำคัญของโรค การปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการผิดปกติ
3. พยาบาลผู้รับผิดชอบให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการมีภาวะน้ำคร่ำน้อย แผนการ รักษาเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาล แนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์
4. พยาบาลผู้รับผิดชอบประเมินความรู้ที่ผู้คลอดได้รับ และให้คำแนะนำในประเด็นที่ผู้คลอดไม่รู้ ไม่ เข้าใจซ้ำเพื่อให้ผู้คลอดสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้

5. ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีปฏิสัมพันธ์และให้กำลังใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้ความรู้ทางสุขภาพอย่างมีระบบและสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ตลอดมีความรู้และเข้าใจถึงความสำคัญของการบันทึกการคืนของทารกในครรภ์ สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่บุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ตลอดสามารถประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ได้ด้วยตนเอง และได้รับการดูแลรักษาได้ทันเวลา ซึ่งจะช่วยลดอัตราทารกตายปริกำเนิด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ตลอดบันทึกการคืนของทารกในครรภ์ได้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 80

ลงชื่อ..... อัญชลี อุนญาตี

(นางสาวอัญชลี อุนญาตี)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 13 มกราคม 2553