

# การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องค้การอนามัยโลกแนะนำ ของพยาบาลห้องคลอด

## Practice for Normal Birth based on the World Health Organization's Recommendations among Labor Nurses

พริยา สุภศรี\* วท.ม.

Piriya Suppasri, M.Sc.

ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต\*\* พย.ม.

Tatirat Suwansujarid, M.N.S.

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องค้การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอด จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ และกลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลห้องคลอดที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องค้การอนามัยโลกแนะนำที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีครอนบาคแอลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลห้องคลอดมีการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติที่ไม่เป็นไปตามคำ

แนะนำของท้องค้การอนามัยโลก เช่น การปฏิบัติในกลุ่ม ก ที่ท้องค้การอนามัยโลกแนะนำว่ามีประโยชน์และควรสนับสนุน พบว่า มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงน้อย แต่การปฏิบัติในกลุ่ม ข ที่ท้องค้การอนามัยโลกแนะนำว่าเป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ พบว่า มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้น ผู้บริหารจึงควรหาปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลห้องคลอดในการปฏิบัติตามท้องค้การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อหากลยุทธ์ในการส่งเสริมให้พยาบาลห้องคลอดได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของท้องค้การอนามัยโลก

คำสำคัญ : การปฏิบัติ การคลอดปกติ อท้องค้การอนามัยโลกแนะนำ พยาบาลห้องคลอด

### Abstract

This descriptive study aimed to examining nursing practices following WHO's recommendations for normal birth. These recommendations encompass 4 categories of practices

\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

including : A) practices that useful and should be encouraged, B) practices that harmful or ineffective and should be eliminated, C) practices that should be carefully used due to insufficient supported evidence, and D) practices that are frequently used inappropriately. Subjects consisted of 200 labor nurses attending nursing conference at Burapha University. Questionnaire related to normal birth practice based on WHO's recommendations developed by the researcher was employed. Its Cronbach's alpha coefficient was .89. Data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation.

The results of this study revealed that labor nurses did not follow these 4 categories as recommended by WHO. For example, some interventions in category "A", labor nurses merely practiced at moderate to low levels. However, some interventions in category "B", labor nurses practiced at moderate to high level. Based on this results, administrators should find out problems and obstacles that impede labor nurses to completely follow WHO's recommendations. This will help them find strategies to enhance labor nurses to follow WHO's recommendations.

**Key words** : Practices, normal birth, World Health Organization's recommendations, labor nurses

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตการคลอดเกิดขึ้นที่บ้าน แต่ในปัจจุบันเมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้น การคลอดได้ถูกย้ายจากบ้านมาสู่โรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลห้องคลอดส่วนใหญ่ผ่านการฝึกฝนด้วย

มุมมองว่า การคลอดเป็นพยาธิสภาพมากกว่าที่จะเป็นเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ปกติ (normal physiological event) จึงมีการใช้กิจกรรมทางการแพทย์ (medical intervention) หรือการปฏิบัติมากมาอยู่กับผู้คลอด ดังเห็นได้จากการปฏิบัติหลายอย่างที่ใช้กันอย่างเป็นกิจวัตรกับผู้คลอด เช่น การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การสวนปัสสาวะ การงดน้ำและอาหารตลอดการคลอด การติดเครื่องฟังหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ฯลฯ การปฏิบัติบางอย่างเกินความจำเป็นสำหรับการคลอดปกติ เช่น การใช้ยาบรรเทาปวด การเร่งคลอด การเจาะถุงน้ำ การให้สารน้ำ เป็นต้น และมีการปฏิบัติต่อผู้คลอดด้วยมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการคลอดปกติ หรือการคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะเสี่ยง จึงทำให้เกิดประเด็นโต้แย้งว่า ผู้คลอดปกติอาจจะได้รับกิจกรรมทางการแพทย์หรือการปฏิบัติที่มากเกินความจำเป็นหรือไม่ เพราะโดยธรรมชาติแล้ว ในการคลอดปกติเมื่ออวัยวะของทารกในครรภ์สมบูรณ์และพร้อมที่จะดำรงชีวิตอยู่ภายนอกมดลูก ทางวิทยาศาสตร์เชื่อว่าร่างกายของทารกจะหลั่งสารจำนวนเล็กน้อยที่ส่งสัญญาณให้ร่างกายมารดาหลั่งฮอร์โมนที่กระตุ้นมดลูกให้หดตัว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นเข้าสู่การคลอด (Condon, Pancharatnam, Faust & Mendelson, 2004) และการคลอดสามารถดำเนินไปได้เอง เพราะธรรมชาติได้วางแผนการคลอด (nature's plan) ให้กับผู้คลอดทุกคนเรียบร้อยแล้ว ผู้ให้บริการควรเปิดโอกาสให้สิ่งที่ธรรมชาติสร้างไว้ให้แล้วนี้ได้ทำงานเองก่อน หากมีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนจึงเข้าให้การช่วยเหลือ แต่ถ้าการคลอดสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี การรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติจะต้องกระทำอย่างมีเหตุผล ดังนั้น กิจกรรมทางการแพทย์หรือการปฏิบัติควรเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้คลอดและทารก

องค์การอนามัยโลกเป็นหน่วยงานระหว่างประเทศในสังกัดสหประชาชาติ มีหน้าที่ให้บริการด้าน

สุขภาพอนามัยแก่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาและตัดสินใจเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางสูติศาสตร์ และกำหนดแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการคลอดปกติขึ้น ซึ่งจำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพและไม่ควรปฏิบัติ กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ และกลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ โดยมีเป้าหมายของการดูแลในระยะคลอดสำหรับการคลอดปกติเพื่อให้มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง ใช้ปฏิบัติการดูแลที่น้อยที่สุดและปลอดภัยที่สุด (World Health Organization, 1996)

พยาบาลห้องคลอดเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้คลอด ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ดังนั้น การปฏิบัติสำหรับการคลอดควรเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการโดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ แต่ในปัจจุบันจะเห็นว่าพยาบาลห้องคลอดส่วนใหญ่ปฏิบัติตามเหตุผลทางการแพทย์มากกว่าบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้แนะนำแนวปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติแล้ว คณะผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอด เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการของห้องคลอดต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การคลอดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาเพื่อการกำเนิดทารก ธรรมชาติได้สร้างแผนการคลอดให้

กับผู้คลอดทุกคน การปฏิบัติที่แทรกแซงแผนการคลอดธรรมชาติจะต้องมีเหตุผล ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดไม่ควรปฏิบัติบนฐานความรู้ความเชื่อเดิมหรือสัญชาตญาณ แต่ต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งคำนึงถึงความปลอดภัย และการเคารพสิทธิผู้คลอด

องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับผู้คลอดปกติ ซึ่งจำแนกเป็น 4 กลุ่ม (WHO, 1996) ได้แก่ กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ และกลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจึงควรปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานระดับสากล

### คำถามการวิจัย

การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอดเป็นอย่างไร

### นิยามศัพท์

คลอดปกติ หมายถึง การคลอดที่เริ่มเจ็บครรภ์คลอดเอง มีความเสี่ยงต่ำตลอดกระบวนการคลอดอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ คลอดทางช่องคลอด ภายหลังคลอดทั้งผู้คลอดและทารกมีสุขภาพแข็งแรง

การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำ หมายถึง การกระทำต่อผู้คลอดปกติตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำของพยาบาลห้องคลอด จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพและไม่ควรปฏิบัติ กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่าง

ระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ และกลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ

พยาบาลห้องคลอด หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และอาจารย์พยาบาลที่นิเทศนิสิตในห้องคลอด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ พยาบาลห้องคลอดที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การคลอดธรรมชาติ ตามแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เมื่อวันที่ 25-29 กุมภาพันธ์ 2551 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ทำงาน ประสบการณ์ในการทำงาน/นิเทศนิสิตในห้องคลอด การทราบถึงการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำจำนวน 54 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอิงการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามการจำแนกขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) และปรับข้อความให้เหมาะสมกับบทบาทของพยาบาล แบ่งการปฏิบัติเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน จำนวน 24 ข้อ กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตราย

หรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ จำนวน 8 ข้อ กลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผล โดยแบ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย 0.01-1.0 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อย 1.01-2.0 หมายถึง ปฏิบัติในระดับปานกลาง และ 2.01-3.0 ปฏิบัติในระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 คน โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มิได้มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ ไม่ต้องระบุชื่อลงบนแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และแบบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการทุกคน ได้ตอบแบบสอบถามกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์จำนวน 200 ฉบับ จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

#### สรุปการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วง 22-59 ปี เฉลี่ย 36.06 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 30.5) รองลงมาอายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 20.3) และอายุ 40-44 ปี (ร้อยละ 10.67) เพศหญิงร้อยละ 99.5 เพศชายร้อยละ 0.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 อิสลามร้อยละ 1 และคริสต์ร้อยละ 0.5 สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญาตร้อยละ 0.5 ปริญญาตรี ร้อยละ 76 และปริญญาโทร้อยละ 23.5 ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 71.5 หัวหน้าห้องคลอด/หัวหน้าแผนกร้อยละ 15.5 และอาจารย์พยาบาลร้อยละ 13 ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 83 สถาบันศึกษาร้อยละ 13 โรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 2 และสถานพยาบาลไทยร้อยละ 2 สถานที่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 38.5 ภาคกลางร้อยละ 20.5 ภาคเหนือ ภาคใต้ร้อยละ 15 ภาคตะวันออก ร้อยละ 14 และภาคเหนือร้อยละ 12

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการทำงาน/นิเทศนิสิตในห้องคลอดในช่วง 1-36 ปี เฉลี่ย 9.53 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 53.06) ช่วง 10-20 ปี (ร้อยละ 38.26) และมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 8.67) ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะองค์การอนามัยโลกมีคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับทารกคลอดปกติ ร้อยละ 61.38 และทราบร้อยละ 38.62 กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 57.95 ศึกษาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 28.20 และไม่เคยศึกษาเลย ร้อยละ 13.85

2. การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติดังนี้

กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน โดยภาพรวมพบว่า มีการปฏิบัติในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.43$ ,  $SD = .28$ ) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติน้อย คือ การอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะรอคลอด ( $\bar{X} = 0.80$ ,  $SD = 1.20$ ) และการอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด ( $\bar{X} = 0.74$ ,  $SD = .98$ )

กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ โดยภาพรวมพบว่า มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.39$ ,  $SD = .42$ ) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติมาก ได้แก่ การจัดให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข้าในระยะคลอด ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = .99$ ) การแนะนำให้ผู้คลอดกลืนหายใจแล้วแบ่งให้ยาวนานที่สุดในระยะเบ่งคลอด ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = 1.05$ ) และการเปิดเส้นเพื่อให้น้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้คลอดในระยะรอคลอด ( $\bar{X} = 2.10$ ,  $SD = .96$ )

กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ โดยภาพรวมพบว่า มีการปฏิบัติในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.28$ ,  $SD = .38$ ) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติมาก ได้แก่ การป้องกันการฉีกขาดเพิ่มเติมของฝีเย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก โดยการรวบฝีเย็บและกดศีรษะทารกไม่ให้แรงเร็ว ( $\bar{X} = 2.71$ ,  $SD = .67$ ) และการหนีบสายสะดือทารกหลังทารกคลอดทันที ( $\bar{X} = 2.18$ ,  $SD = 1.08$ )

กลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ โดยภาพรวมพบว่า มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.70$ ,  $SD = .46$ ) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีการปฏิบัติมาก ได้แก่ การย้ายผู้คลอดจากห้องรอคลอดไปยังห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมด หรือเปิดเกือบหมด ( $\bar{X} = 2.69$ ,  $SD = .67$ ) และการตัดฝีเย็บผู้คลอด ( $\bar{X} = 2.33$ ,  $SD = .71$ ) (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลก  
แนะนำของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อ	การปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การปฏิบัติ
<b>กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน</b>				
1	ท่านวางแผนการคลอดร่วมกับผู้คลอดและครอบครัว	1.85	.82	ปานกลาง
2	ท่านประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด	2.86	.44	มาก
3	ท่านติดตามประเมินสุขภาพกายของผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด	2.75	.50	มาก
4	ท่านติดตามประเมินสุขภาพทางจิตของผู้คลอดตลอดระยะเวลาการคลอด	2.25	.76	มาก
5	ท่านดูแลให้ผู้คลอดได้ดื่มน้ำตามความต้องการตลอดระยะเวลาที่รอคลอด รวมทั้งในระยะคลอด	1.56	.97	ปานกลาง
6	ท่านเคารพในการตัดสินใจของผู้คลอด	2.26	.65	มาก
7	ท่านเคารพในสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้คลอด	2.53	.56	มาก
8	ท่านให้การดูแลผู้คลอดอย่างเห็นอกเห็นใจในระหว่างเจ็บครรภ์และคลอด	2.60	.56	มาก
9	ท่านอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะรอคลอด	0.80	1.20	น้อย
10	ท่านอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด	0.74	.98	น้อย
11	ท่านให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่ผู้คลอดตามที่ต้องการ	2.68	.50	มาก
12	ท่านช่วยบรรเทาความเจ็บปวดแก่ผู้คลอดด้วยวิธีที่ไม่ได้ใช้ยา เช่น การนวด เทคนิคการผ่อนคลาย	2.26	.77	มาก
13	ท่านติดตามสุขภาพทารกในครรภ์โดยการฟังเสียงหัวใจทารกเป็นระยะๆ	2.91	.42	มาก
14	ท่านใช้วัสดุที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง หรือถ้าวัสดุนั้นสามารถใช้ได้อีก จะมี การทำให้ปราศจากเชื้อก่อนนำมาใช้	2.85	.52	มาก
15	ท่านสวมถุงมือปราศจากเชื้อในขณะที่ตรวจภายใน ทำคลอดทารกและรก	2.96	.32	มาก
16	ท่านกระตุ้นให้ผู้คลอดมีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าได้อย่างอิสระตลอด ระยะเจ็บครรภ์คลอด	2.54	.64	มาก
17	ท่านไม่สนับสนุนให้ผู้คลอดนอนหงายในระยะเจ็บครรภ์คลอด	1.82	1.00	ปานกลาง
18	ท่านติดตามความก้าวหน้าของการคลอดอย่างระมัดระวังด้วยพาร์โทกราฟ (partograph) ขององค์การอนามัยโลก	2.87	.49	มาก
19	ท่านดูแลให้ยาบีบรัดมดลูก (oxytocin) แก่ผู้คลอดในระยะที่ 3 ของ การคลอด กรณีที่ผู้คลอดมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด	2.44	.90	มาก
20	ท่านตัดสายสะดือด้วยเทคนิคที่สะอาดปราศจากเชื้อ	2.98	.23	มาก
21	ท่านป้องกันไม่ให้ทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำ	2.95	.33	มาก
22	ท่านให้มารดาและทารกแรกเกิดได้สัมผัสซึ่งกันและกันทันทีหลังคลอด	2.46	.74	มาก
23	ท่านส่งเสริมให้ผู้คลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด	2.76	.55	มาก
24	ท่านประเมินสภาพรกและเชือกหุ้มทารกให้ครบถ้วน	2.89	.41	มาก
<b>รวมการปฏิบัติ</b>		<b>2.43</b>	<b>.28</b>	<b>มาก</b>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การปฏิบัติ
<b>กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรถูกปฏิบัติ</b>				
25	ท่านสวนอุจจาระให้กับผู้คลอดในระยะก่อนคลอดอย่างเป็นกิจวัตร	1.57	1.12	ปานกลาง
26	ท่านโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ของผู้คลอดอย่างเป็นกิจวัตร	1.77	1.25	ปานกลาง
27	ท่านให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้คลอดในระยะรอคลอดอย่างเป็นกิจวัตร	2.10	.96	มาก
28	ท่านดูแลให้ผู้คลอดนอนหงายในระยะเจ็บครรภ์คลอดอย่างเป็นกิจวัตร	1.02	.93	ปานกลาง
29	ท่านตรวจดูความก้าวหน้าของการคลอดทางทวารหนัก	0.12	.44	ปานกลาง
30	ท่านดูแลให้ยาบีบรัดมดลูก (oxytocin) เพื่อเร่งคลอดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยที่มารดาและทารกในครรภ์ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็น	0.90	1.07	น้อย
31	ท่านจัดให้ผู้คลอดนอนหงายชันขาหยั่งในระยะคลอดอย่างเป็นกิจวัตร	1.44	1.20	ปานกลาง
32	ท่านจัดให้ผู้คลอดนอนหงายชันขาในระยะเวลาคลอดอย่างเป็นกิจวัตร	2.33	.99	มาก
33	ท่านแนะนำให้ผู้คลอดกลืนหายใจแล้วเบ่งให้ยาวนานที่สุดในขณะเบ่งคลอด	2.33	1.05	มาก
34	ท่านนวดและยึดฝีเย็บของผู้คลอดขณะช่วยคลอด	1.57	1.08	ปานกลาง
35	ท่านให้ยาบีบรัดมดลูก (ergotmetrine) ทางหลอดเลือดดำหรือทางปากแก่ผู้คลอดภายหลังรกคลอดอย่างเป็นกิจวัตร	1.53	1.30	ปานกลาง
36	ท่านสวนล้างโพรงมดลูกแก่ผู้คลอดภายหลังคลอด	0.10	.39	น้อย
<b>รวมการปฏิบัติ</b>		<b>1.39</b>	<b>.42</b>	<b>ปานกลาง</b>
<b>กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ</b>				
37	ท่านใช้วิธีการลดความเจ็บปวดในระยะรอคลอดด้วยสมุนไพรการแช่ตัวในน้ำและการกระตุ้นระบบประสาท	0.07	.33	น้อย
38	ท่านเจาะถุงน้ำคร่ำตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์คลอดอย่างเป็นกิจวัตร	0.98	.92	น้อย
39	ท่านกดหรือดันยอดมดลูกระหว่างทำคลอดทารก	1.27	.89	ปานกลาง
40	ท่านป้องกันการฉีกขาดเพิ่มของฝีเย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก โดยการรวบฝีเย็บ และกดศีรษะทารกไม่ให้งยเร็ว	2.71	.67	มาก
41	ท่านดูแลให้ยาบีบรัดมดลูก (oxytocin) แก่ผู้คลอดภายหลังทารกคลอด	1.83	1.19	ปานกลาง
42	ท่านทำคลอดรกโดยการดึงสายสะดือ (cord traction)	1.08	1.06	ปานกลาง
43	ท่านหนีบสายสะดือทารกทันทีหลังคลอด	2.18	1.08	มาก
44	ท่านกระตุ้นหัวนมผู้คลอดเพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกในระหว่างทำคลอดรก	0.20	.57	น้อย
<b>รวมการปฏิบัติ</b>		<b>2.28</b>	<b>.38</b>	<b>มาก</b>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อ	การปฏิบัติ	$\bar{X}$	SD	ระดับ การปฏิบัติ
<b>กลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำเป็นประจำ</b>				
45	ท่านให้ผู้คลอดดอาหารและน้ำในระยะเจ็บครรภ์คลอด	1.92	1.02	ปานกลาง
46	ท่านดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา	1.34	1.05	ปานกลาง
47	ท่านติดตามประเมินสุขภาพทารกในครรภ์โดยใช้เครื่องฟังเสียงเต้านของหัวใจทารกในครรภ์ ชนิดที่ติดไว้ทางหน้าท้องตลอดเวลาในขณะที่รอกคลอด	1.20	.95	ปานกลาง
48	ท่านสวมผ้าปิดปากปิดจมูกและเสื้อคลุมปราศจากเชื้อในขณะที่เฝ้าคลอด	1.35	1.24	ปานกลาง
49	ท่านย้ายผู้คลอดจากห้องรอกคลอดไปยังห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิดเกือบหมดอย่างเป็นกิจวัตร	2.69	.67	มาก
50	ท่านสวมปลาสาวะแก่ผู้คลอด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะที่เต็มขัดขวางความก้าวหน้าในการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิดเกือบหมด	1.66	.93	ปานกลาง
51	ท่านกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งเมื่อปากมดลูกเปิดเกือบหมดหรือเปิดหมดแล้ว ก่อนที่ผู้คลอดจะรู้สึกปวดเบ่งเอง	0.97	1.03	น้อย
52	ท่านยึดถือระยะเวลาในการเบ่งคลอดภายใน 1 ชั่วโมง สำหรับครรภ์หลัง หรือ 2 ชั่วโมง สำหรับครรภ์แรกอย่างเคร่งครัด โดยไม่คำนึงว่าภาวะของมารดาและทารก และความก้าวหน้าของการคลอด	1.07	1.06	ปานกลาง
53	ท่านตัดฝีเย็บของผู้คลอดอย่างเป็นกิจวัตร	2.33	0.71	มาก
54	ท่านใช้มือตรวจเข้าไปในโพรงมดลูกภายหลังรอกคลอด	1.07	1.20	ปานกลาง
<b>รวมการปฏิบัติ</b>		<b>1.70</b>	<b>.46</b>	<b>ปานกลาง</b>

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า แม้วงศ์การอนามัยโลก ได้แนะนำการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (WHO, 1996) มานานกว่า 10 ปีแล้ว แต่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามคำแนะนำนั้น ดังเห็นได้จาก การปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่ามีประโยชน์และควรสนับสนุน พบว่า มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงน้อย แต่การปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ พบว่ามีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของคาลิลและคณะ (Khalil et al., 2005) ที่พบว่า การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติในโรงพยาบาลที่ศึกษาในประเทศอียิปต์ส่วนใหญ่ยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติที่อิง

หลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์การอนามัยโลก การที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.38) ยังไม่ทราบว่าองค์การอนามัยโลกมีการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติ ดังนั้น ผู้บริหารจำเป็นต้องเร่งหากกลยุทธ์ให้บุคลากรในห้องคลอดทุกคนได้รับทราบคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

**กลุ่ม ก) การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน** พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับมาก แต่มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับน้อย ได้แก่ การอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้า



มาอยู่เป็นเพื่อนในระยะรอคลอด และการอนุญาตให้ผู้คลอดเลือกผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในระยะคลอด การที่ควรสนับสนุนให้มีผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนตลอดการคลอดนั้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การที่ผู้คลอดได้รับการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งในระยะคลอด ไม่ว่าจะ เป็นสามี ญาติ ผดุงครรภ์ หรือพยาบาล จะเกิดประโยชน์มากมาย เช่น ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง ความต้องการใช้ยาบรรเทาปวดของผู้คลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทารกแรกเกิดมีคะแนนแอฟการ์ (apgar score) ต่ำกว่า 7 ลดลง และการทำสูติศาสตร์หัตถการลดลง (WHO, 1996) และผู้คลอดเองก็ประเมินว่าการสนับสนุนจากผู้ดูแลในขณะคลอดมีความสำคัญมากกว่ายาบรรเทาปวด (Hodnett, 2002) แต่การที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตให้มีผู้เข้ามาอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอดในระดับน้อยนั้น อาจเนื่องจากห้องคลอดส่วนใหญ่ของประเทศไทย ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้ญาติเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด การอนุญาตให้ญาติเข้าไปอาจจะไปรบกวนผู้คลอดรายอื่น ทำให้ผู้คลอดรายอื่นขาดความเป็นส่วนตัว และทีมสุขภาพทำงานได้ไม่สะดวก ดังองค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้คลอดในประเทศที่พัฒนาแล้วมักรู้สึกโดดเดี่ยวในห้องคลอดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ล้อมรอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ และการประทับประคองจากผู้ดูแลที่ขาดความเป็นเพื่อน ส่วนผู้คลอดในประเทศที่กำลังพัฒนา บางโรงพยาบาลมีผู้คลอดจำนวนมาก ความเป็นส่วนตัวและการประทับประคองจากครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดจึงเป็นไปได้ (WHO, 1996)

กลุ่ม ข) การปฏิบัติที่เป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ควรปฏิบัติ พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง แต่มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับมาก ได้แก่

1. การจัดให้ผู้คลอดนอนหงายชันเข่าใน ระยะคลอดอย่างเป็นทางการ การที่ไม่ควรปฏิบัติเช่นนั้น เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า

ท่าที่ลำตัวอยู่ในแนวตั้ง (upright position) เช่น ท่ายืน ท่าคุกเข่า ท่านั่งยองๆ ท่าศีรษะสูง ผู้คลอดจะได้ประโยชน์จากแรงโน้มถ่วงของโลกตามธรรมชาติช่วยเสริมให้ทารกเคลื่อนต่ำ จากผลการเอ็กซเรย์ (x-rays) ของจอห์นสัน จอห์นสัน และ กุพตา (Johnson, Johnson & Gupta, 1991) พบว่าผู้คลอดในท่านั่งยองๆ จะทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางของช่องเชิงกรานกว้างขึ้น ซึ่งมีพื้นที่สำหรับการเคลื่อนต่ำของทารกเพิ่มขึ้น ทำให้ระยะที่สองของการคลอดสั้นลง ส่งผลให้การช่วยคลอดด้วยคีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศลดลง การตัดฝีเย็บลดลง ทารกมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติลดน้อยลง และความเจ็บปวดอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะเบ่งคลอดน้อยลง (Gupta, Hofmeyr & Smyth, 2004) ส่วนท่านอนหงายนั้นทำให้เกิดผลเสียมากมาย ได้แก่ ผู้คลอดหายใจไม่สะดวก หน้ามืดเป็นลมได้จากน้ำหนักมดลูกที่กดทับลงบนเส้นเลือดดำใหญ่ที่ไหลกลับหัวใจ เลือดไหลเวียนไปยังมดลูกและรกลดน้อยลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้ ทำให้กระดูกเชิงกรานเคลื่อนไหวได้น้อย มีผลต่อการเคลื่อนต่ำของส่วนนำและการหมุนของทารกในครรภ์ ฝีเย็บมีโอกาสฉีกขาดได้มากขึ้น แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงจัดให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายชันเข่าในระดับมากนั้น อาจเนื่องจากเป็นท่าที่สะดวกและง่ายต่อการให้การพยาบาลและช่วยคลอด เช่น การตัดและซ่อมแซมฝีเย็บ การให้ยาและสารน้ำ การติดเครื่องฟังเสียงเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2. การแนะนำให้ผู้คลอดกลั้นหายใจแล้วเบ่งให้ยาวนานที่สุดในขณะเบ่งคลอด (sustained valsalva bearing down efforts) เป็นวิธีที่ไม่ควรแนะนำ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า แม้ว่าการกลั้นหายใจและเบ่งยาวนานนั้นจะทำให้ระยะที่สองของการคลอดสั้นลง แต่จะเกิดผลเสียตามมา มากมายต่อทารกในครรภ์และผู้คลอด ได้แก่ ทำให้เลือดทารกมีภาวะเป็นกรด (acidemia) หรือขาด

ออกซิเจน (Simpson & James, 2005) ค่าคะแนน แอปการ์เมื่อแรกคลอดลดลงโดยเฉพาะกรณีที่ ผู้คลอดนอนหงาย การฝึกขาของผีเสื้อมากกว่า (Sampsel & Hines, 1999) ผู้คลอดมีอาการ อ่อนเพลีย (Hansen, Clark & Foster, 2002) รวมทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ของกระเพาะ ปัสสาวะลดลง เพิ่มอุบัติการณ์ของการกลั่นปัสสาวะ ไม่อยู่ในระยะหลังคลอด (Bloom, Casey, Schaffer, McIntire & Leveno, 2006) ดังนั้น จึงไม่ควร แนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้คลอดกลั่นหายใจแล้วเบ่ง นานเกินไป (10-30 วินาที) การเบ่งที่ถูกต้อง คือ ให้ ผู้คลอดเบ่งเอง การเบ่งแต่ละครั้งไม่เกิน 6-8 วินาที แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงแนะนำให้ผู้คลอดกลั่น หายใจแล้วเบ่งให้ยาวนานที่สุดขณะเบ่งคลอดใน ระดับมากนั้น อาจเนื่องจากพยาบาลห้องคลอดยังยึด ติดกับแนวคิดเดิมที่เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ส่วนน้ำเคลื่อนต่ำและการคลอดสั้นสุดลง โดยเร็ว โดยไม่ติดตามหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการ ปฏิบัติเช่นนั้นจะเป็นผลเสียต่อมารดาและทารก มากกว่าเป็นผลดี

3. การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้คลอด ในระยะเจ็บครรภ์คลอดอย่างเป็นกิจวัตร เป็นกิจกรรม ที่ไม่ควรปฏิบัติ เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนว่า การคลอดต้องการพลังงานจำนวนมาก ในผู้คลอดที่ไม่มีภาวะเสี่ยงควรได้รับพลังงานเสริม เพื่อสุขภาพของผู้คลอดและทารกในครรภ์ การจำกัด อาหารอย่างรุนแรงนำไปสู่ภาวะขาดน้ำและร่างกาย เป็นกรดได้ (acidosis) การจำกัดอาหารและน้ำ ทำให้ผู้คลอดจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนผลที่ตามมา คือ ระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้คลอดเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ของทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นด้วย กระตุ้นตับอ่อนของ ทารกในครรภ์ให้สร้างอินซูลิน (insulin) เพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycaemia) และ ระดับแลคเตต (lactate) ในเลือดเพิ่มขึ้นตามมาได้ เมื่อแรกคลอด (WHO, 1996) นอกจากนี้ สารน้ำ

ทางหลอดเลือดดำไม่สามารถให้สารอาหารและ พลังงานเช่นเดียวกับอาหารและน้ำ นอกจากนี้ ยัง ทำให้ผู้คลอดเจ็บปวดและเครียด การเปลี่ยนท่าไม่ สะดวก และไม่สามารถลุกเดินได้อย่างอิสระ ดังนั้น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจึงควรให้ในกรณีที่ จำเป็น เช่น มีภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารไม่ได้ มี ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เป็นต้น แต่การที่กลุ่ม ตัวอย่างยังคงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้คลอด ในระยะเจ็บครรภ์คลอดอย่างเป็นกิจวัตรในระดับมาก นั้น อาจเนื่องจากต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของ แพทย์ โดยแพทย์ส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการคลอด เป็นภาวะเสี่ยง จึงจำเป็นต้องดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน เพื่อให้มีความพร้อมที่จะผ่าตัดคลอด หากผู้คลอด รับประทานอาหารและน้ำจะเสี่ยงต่อการสำลักเศษ อาหารได้ในขณะผ่าตัดคลอด

กลุ่ม ค) การปฏิบัติที่ควรใช้อย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ พบว่า โดย ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในระดับมาก และ กิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติมากในลำดับต้นๆ ได้แก่

1. การป้องกันการฝึกขาเพิ่มของผีเสื้อใน ขณะทำคลอดศีรษะทารก โดยการรวบผีเสื้อและกด ศีรษะทารกไม่ให้เงยเร็ว การบาดเจ็บของผีเสื้อเป็น สิ่งที่ทุกขั้ทรมานสำหรับผู้คลอด ดังนั้น ผู้ช่วยคลอด จึงมีเทคนิคหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยลดการบาดเจ็บ ของผีเสื้อ โดยใช้มือข้างหนึ่งประคองบริเวณผีเสื้อ อีกมือหนึ่งกดที่ศีรษะทารกเพื่อควบคุมไม่ให้ศีรษะ ทารกเงยเร็วเกินไป แม้ว่าการปฏิบัติเช่นนี้จะสามารถ ป้องกันการฝึกขาของผีเสื้อได้ แต่ก็เป็นไปได้ที่ แรงกดบนศีรษะทารกจะขัดขวางการเงยของศีรษะ ทารก และทำให้ทิศทางการเคลื่อนต่ำของศีรษะ ทารกเปลี่ยนไป เพิ่มโอกาสการฝึกขาของผีเสื้อ เพิ่มมากขึ้น (WHO, 1996) เนื่องจากยังไม่มี หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการปฏิบัติเช่นนี้กับการ ปฏิบัติด้วยวิธีที่ไม่รวบผีเสื้อและกดศีรษะทารก อย่างใดมีประสิทธิภาพผลดีกว่ากัน (WHO, 1996) จึง ควรใช้อย่างระมัดระวัง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยัง

คงปฏิบัติด้วยการรวบฝีเย็บและกดศีรษะทารก เพื่อไม่ให้เงยเร็วขณะคลอดศีรษะทารกในระดับ มากนั้น อาจเนื่องจากตำราส่วนใหญ่ยังคงแนะนำให้ปฏิบัติเช่นนั้น

2. การหนีบสายสะดือทารกทันทีหลังคลอด ระยะเวลาที่เหมาะสมในการหนีบสายสะดือทารก แรกเกิดยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ บางสถาบัน หนีบสายสะดือทารกภายใน 10-15 วินาทีหลังคลอด บางสถาบันก็หนีบสายสะดือเมื่อกล่าวไม่พบชีพจร นั่นคืออาจจะล่าช้าถึง 10 นาที (Mercer, 2001) มี รายงานวิจัยมากมายสนับสนุนให้หนีบสายสะดือล่าช้า เพื่อประโยชน์ต่อทารกแรกเกิด เนื่องจากมีเลือดไหล ผ่านรกไปยังทารกประมาณ 80 มิลลิลิตรใน 1 นาที แรกหลังคลอด และเพิ่มเป็น 100 มิลลิลิตรใน 3 นาที แรกหลังคลอด ซึ่งปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้ ทารกได้รับเหล็กเพิ่มขึ้น 40-50 มิลลิกรัม/กิโลกรัม อันจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุ เหล็กได้ในขวบปีแรกของชีวิต (Linderkamp, Nelle, Kraus, & Zilow, 1992) แต่การหนีบสาย สะดือทันทีหลังคลอดมีการทำกันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากการจัดการในระยะที่ 3 อย่างเร่งด่วน (active manage) โดยมีการให้ยาบีบรัดมดลูก (oxytocin) ภายหลังคลอดไหลบนหรือคลอดทารกทั้งตัวแล้ว รวมทั้งการเร่งรีบช่วยคลอดรกโดยการดึงรก (con- trolled cord traction) แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคง หนีบสายสะดือทารกทันทีหลังคลอดในระดับมากนั้น อาจเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการ จัดการในระยะที่ 3 อย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการ ตกเลือดของมารดาหลังคลอด และการป้องกันภาวะ อุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด จึงต้องรีบนำทารก ไปให้ความอบอุ่น

กลุ่ม ง) การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม แต่กระทำ เป็นประจำ พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการ ปฏิบัติในระดับปานกลาง และมีบางกิจกรรมที่ยังคง ปฏิบัติ ในระดับมาก ได้แก่

1. การย้ายผู้คลอดจากห้องรอกคลอดไปยัง

ห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิดเกือบหมด อย่างเป็นกิจวัตร องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ห้อง รอกคลอดและห้องคลอดควรเป็นห้องเดียวกันไม่ควรย้าย ผู้คลอดจากห้องรอกคลอดไปยังห้องคลอด เนื่องจากมี หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ผู้คลอดที่มีสุขภาพ ดีไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การช่วยคลอดมากมาย แต่ ต้องการได้รับการดูแลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและ รู้สึกว่าได้รับการปกป้องและปลอดภัย ต้องการผู้ดูแล ที่คำนึงถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาของการคลอด และไม่รบกวนถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน (Lothian, 2009) แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคงมีการย้ายผู้คลอด จากห้องรอกคลอดไปยังห้องคลอดเมื่อปากมดลูกเปิด หมดหรือเกือบหมดในระดับมากนั้น อาจเนื่องจาก โครงสร้างของห้องคลอดในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกออกแบบมาเป็นห้องเดี่ยวเพื่อผู้คลอด เฉพาะราย แต่เป็นห้องรวมที่ผู้คลอดอยู่ร่วมกัน ดังนั้น การให้คลอดในห้องรอกคลอดจึงไม่สะดวก จึงมีความ จำเป็นต้องย้ายผู้คลอดจากห้องรอกคลอดไปยังห้อง คลอดเมื่อปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิดเกือบหมด

2. การตัดฝีเย็บของผู้คลอดอย่างเป็นกิจวัตร การตัดฝีเย็บเป็นการปฏิบัติที่ใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา (Graham, Carroli, Davies & Medves, 2005) การตัดฝีเย็บอย่าง เป็น กิจวัตรด้วยเหตุผลว่า เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของ พื้นเชิงกรานอย่างรุนแรง และสันนิษฐานว่า ช่วยลด การฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3 และ 4 ทำให้ง่ายต่อการ ซ่อมแซมและการหายของแผลดีกว่าการฉีกขาดเอง (Cunningham, MacDonald & Gant, 1989) ส่วนประโยชน์ต่อทารกคือ ป้องกันการบาดเจ็บของ ศีรษะและสมองของทารก ในทางตรงกันข้าม การตัด ฝีเย็บอย่าง เป็น กิจวัตรต้องซ่อมแซมฝีเย็บมากกว่า การฉีกขาดเอง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้คลอด ไม่สุขสบายมากกว่า นอกจากนี้ การตัดฝีเย็บอย่าง เป็น กิจวัตรไม่ได้มีผลดีต่อพื้นเชิงกรานของผู้คลอด ในระยะยาว เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อดีกว่า การไม่ตัดฝีเย็บ หรือป้องกันการกลั่นอุจจาระและ

ปีสภาวะไม่อยู่ (Lede, Belizfin & Carroli, 1996) แต่อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติที่แนะนำบนฐานทฤษฎี ไม่ใช่ข้อมูลของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Jakobi, 2003) จึงควรจำกัดการปฏิบัติ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างยังคง ตัดฝีเย็บของผู้คลอดอย่างเป็นกิจวัตรในระดับมาก นั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความกลัว วิตกกังวล ว่าการปล่อยให้ฝีเย็บฉีกขาดเองจะไม่สวย เย็บลำบาก และผู้คลอดอาจได้รับอันตรายมากกว่าการตัดฝีเย็บ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติที่ยังไม่สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ดังเห็นได้จากการปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่ามีประโยชน์ และควรสนับสนุน มีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงน้อย ส่วนการปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเป็นอันตรายหรือไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรปฏิบัติ พบว่ามีบางกิจกรรมที่ยังคงปฏิบัติในระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้น เพื่อให้การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติเป็นไปตามหลักสากล ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้คลอดควรปฏิบัติ ดังนี้

#### ด้านการบริหาร

1. ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติในห้องคลอด โดยกำหนดให้การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติตามที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำเป็นตัวบ่งชี้สำคัญ (KPI) ของการปฏิบัติงานไว้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2. พัฒนาสมรรถนะของทีมสุขภาพในห้องคลอดในการปฏิบัติงานบนหลักฐานเชิงประจักษ์

#### ด้านการปฏิบัติ

จัดการความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับการปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลพึงมี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้คลอด ทารก ครอบครัวยุ และประเทศชาติ

#### ด้านการวิจัย

วิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติ สำหรับการคลอดปกติ ทารกแรกเกิดและครอบครัว เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับหน่วยงานของตนเอง

#### ด้านการศึกษา

1. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนทาง สุนติศาสตร์ที่เน้นการนำผลการวิจัยไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
2. พัฒนาทักษะผู้เรียนให้มีสมรรถนะใน การปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยหรืออุปสรรคที่พยาบาลห้อง คลอดที่ไม่แนะนำปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ไปสูการปฏิบัติ เพื่อเป็น ข้อมูลในการวางแผนพัฒนางานบริการของห้องคลอด
2. ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลห้องคลอดต่อ การปฏิบัติสำหรับการคลอดปกติขององค์การอนามัย โลกหรือตามหลักฐานเชิงประจักษ์
3. ศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติสำหรับการ คลอดปกติตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำกับการ ปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรในประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อผู้คลอด ทารก ครอบครัวยุ และองค์กร เพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการดูแลผู้คลอด ปกติของสังคมไทย

#### เอกสารอ้างอิง

Bloom, S. L., Casey, B. M., Schaffer, J. I., McIntire, S. S., & Leveno, K. J. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194 (1), 10-13.

Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal

lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101 (14), 4978-4983.

Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., & Gant, N. F. (1989). *Williams obstetrics* (18<sup>th</sup> ed.). Norwalk: Appleton.

Graham, I. G., Carroli, G., Davies, C., & Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world: An update. *Birth*, 32 (3), 219-223.

Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Smyth, R.M.D. (2000). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No.: CD002006.

Hansen, S., Clark, S., & Foster, J. (2002). Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 99 (1), 29-34.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), S160- S172.

Jakobi, P. (2003). Are you happy with the episiotomy? *IKA*, 5, 581-584.

Johnson, N., Johnson, V. A., & Gupta, J. K. (1991). Maternal position during labor. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 46 (7), 428-434.

Khalil, K., Elnoury, A., Cherine, M., Sholkamy, H., Hassanein, N., Mohsen, L., et al. (2005). Hospital practice versus evidence-based

obstetrics : Categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital, *Birth*, 32 (4), 283-289.

Lede, R. L., Belizfin, J. M., & Carroli, G. (1996). Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 174 (5), 1399-1402.

Linderkamp, O., Nelle, M., Kraus, M., & Zilow, E. P. (1992). The effect of early and late cord-clamping on blood viscosity and other hemorrheological parameters in full-term neonates. *Acta Paediatrica*, 81 (10), 745-750.

Lothian, J. A. (2009). Safe, healthy birth : What every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18 (3), 52.

Mercer, J. S. (2001). Current best evidence : A review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46 (6), 402-414.

Sampselle, C., & Hines, S. (1999). Spontaneous pushing during birth: Relationship to perineal outcomes. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44 (1), 36-39.

Simpson, K. R., & James, D. C. (2005). Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being. *Nursing Research*, 54 (3), 149-157.

World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A practical guide*. Geneva : Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization.