



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ทุนวิจัย
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานวิจัย

ผลลัพธ์ของการคลอเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย

618.4
ร759ค

สุชาดา รัชชกุล

สิงหาคม ๒๕๕๖



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ทุนวิจัย
กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานวิจัย

ผลลัพธ์ของการคลอตนเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โดย

สุชาดา รัชชกุล

สิงหาคม ๒๕๔๖



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทุนวิจัย

กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

รายงานผลการวิจัย

ผลลัพธ์ของการคลอเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอ

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล

สิงหาคม 2546
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนวิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภชเพื่อทำการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ พยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกสตูดิโอและแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่กรุณาให้ความร่วมมือและความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์ ชยันต์ อินทร์พรชัย หัวหน้าแผนกสูติกรรมและคุณละเอียด กาญจน์ หัวหน้าพยาบาลตึกหลังคลอด ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำอย่างกัลยาณมิตรที่ดียิ่งที่ช่วยให้การวิจัยสามารถดำเนินไปด้วยความราบรื่น ส่วนดีของงานวิจัยนี้ขอมอบให้กับมารดาหลังคลอดทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุชาดา รัชชกุล

สิงหาคม 2546

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อเรื่องการวิจัย	ผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอด
ชื่อผู้วิจัย	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุชาดา รัชชกุล
เดือนปีที่เสร็จ	สิงหาคม 2546

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดที่เกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดและเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติและผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้จำนวน 272 คน แบ่งเป็นผู้คลอดเองโดยธรรมชาติ 136 คนและผู้คลอดแบบเร่งคลอด 136 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินผลลัพธ์การคลอดของผู้คลอดและทารกแรกเกิด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอด ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าไคสแควร์ (Chi - square) และค่าที (Independent t-test) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างผู้คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดพบว่า มีความแตกต่างกันใน 6 ตัวชี้วัด คือ วิธีการคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้รับยาระงับปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาที่สามของการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 2 ตัวชี้วัด คือ จำนวนการสูญเสียโลหิตในการคลอดและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติและการคลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทั้ง 8 ตัวชี้วัด คือ ค่า blood gas ค่า apgar score ที่ 1 และ 5 นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด การบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา

3. ความพึงพอใจในการคลอดทั้งของผู้คลอดเองโดยธรรมชาติและผู้คลอดแบบเร่งคลอดพบว่า อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, S.D. = .57 และ $\bar{x} = 3.82$, S.D. = .52 ตามลำดับ) และผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Project Title	The Outcomes of Active Birth and Augmentation of Labor
Investigator	Assistant Professor Dr. Suchada Ratchukul
Year	August, 2003

Abstract

This descriptive study was proposed to compare the birth outcomes and maternal birth satisfaction between a group of women experiencing active birth management and those who received oxytocin augmentation. A total of 272 women was included in this study. One hundred and thirty six women in each group were purposively selected from uncomplicated pregnant women who were admitted in labor room at Charonkrung Pracharak hospital. Research instruments composed of measures of maternal and neonatal birth outcomes and maternal birth satisfaction. The instruments were tested for reliability using Cronbach's coefficient alpha ($\alpha = 0.92$). Frequency, mean, standard deviation, chi-square, and independent t-test were used for data analysis. The results were as following:

1. The significantly differences in maternal birth outcomes were found between women experiencing active birth and those who received oxytocin augmentation in 6 indicators including birth method, intravenous infusion management, pain relief medication, labor complication, hospital medical cost, and duration of third stage of labor ($p < .05$). However, there were no differences in two indicators: amount of blood loss and length of hospital stay.

2. The neonatal birth outcomes as measured by 8 indicators including blood gas, apgar score at 1 and 5 minutes, fetal heart rate, birth complications, birth trauma, neonatal jaundice, length of hospital stay, and hospital medical cost were no statistically differences between the two groups.

3. High level of maternal birth satisfaction were found in women experiencing active birth and those who received oxytocin augmentation ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = .57 and $\bar{X} = 3.82$, S.D. = .52, respectively). In addition, there were no statistically differences between maternal birth satisfaction in the two groups.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ii
บทคัดย่อภาษาไทย.....	iii
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	iv
สารบัญ.....	v
สารบัญตาราง.....	vi
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	37
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
5 สรุปและการอภิปรายผล.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
การอภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	85
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	94

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด.....	41
2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีคลอดเองโดยธรรมชาติ กับคลอดแบบเร่งคลอด.....	44
3 เปรียบเทียบอายุ อายุครรภ์ น้ำหนัก และส่วนสูง ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดย ธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด.....	46
4 เปรียบเทียบระดับการศึกษา ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอด แบบเร่งคลอด.....	46
5 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอด แบบเร่งคลอด จำแนกตามการได้รับสารน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำ และการได้ยาระงับปวด.....	47
6 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอด แบบเร่งคลอด จำแนกตามการแตกของถุงน้ำคร่ำ ลักษณะสีของน้ำคร่ำ และปากมดลูก.....	48
7 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอด แบบเร่งคลอด จำแนกตามวิธีคลอด มีเย็บ การสูญเสียเลือด และระยะคลอด.....	50
8 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอด แบบเร่งคลอด จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนในการคลอด.....	52
9 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอด แบบเร่งคลอด จำแนกตามระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว ในโรงพยาบาล.....	54
10 เปรียบเทียบจำนวนการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการคลอด ระยะเวลาและ ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ กับผู้คลอดแบบเร่งคลอด.....	55
11 เปรียบเทียบวิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด และ ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอด แบบเร่งคลอด.....	56

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
12 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามอัตราการเดินของหัวใจทารก Apgar score ที่ 1, 5 นาที การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด และภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิด.....	57
13 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอด	60
14 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามระยะเวลาและค่าใช้จ่ายของทารกในโรงพยาบาล.....	61
15 เปรียบเทียบค่า Blood gas จากสายสะดือทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด.....	62
16 เปรียบเทียบอัตราการเดินของหัวใจทารก Apgar score ที่ 1, 5 นาที ระยะเวลา และค่าใช้จ่ายของทารกในโรงพยาบาล ระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด.....	63
17 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการคลอด ระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด.....	64
18 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ จำแนกเป็นรายด้าน.....	65
19 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด จำแนกเป็นรายด้าน.....	66
20 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอด ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด.....	67
21 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย จำแนกเป็นรายข้อ.....	68
22 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการประทับประคองทางจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ.....	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
23 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการลดความเจ็บปวด จำแนกเป็นรายข้อ.....	70
24 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านข้อมูลข่าวสาร การคลอด จำแนกเป็นรายข้อ.....	71
25 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ จำแนกเป็นรายข้อ.....	72
26 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านความสบายทางร่างกาย จำแนกเป็นรายข้อ.....	73
27 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการประคับประคองทางจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ.....	74
28 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการลดความเจ็บปวด จำแนกเป็นรายข้อ.....	75
29 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านข้อมูลข่าวสาร การคลอด จำแนกเป็นรายข้อ.....	76
30 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำแนกเป็นรายข้อ.....	77

บทที่ 1

บทนำ



ความสำคัญของปัญหา

การคลอดถือว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของการนำไปสู่การกำเนิดอีกชีวิตหนึ่ง เมื่อตั้งครรถ์นานเฉลี่ย 280 วันหรือ 40 สัปดาห์ มดลูกจะมีปฏิกิริยาในการพยายามขับเอาทารกในครรภ์ออกมาสู่ภายนอกร่างกาย หากหญิงตั้งครรถ์ไม่มีความผิดปกติของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง การคลอดแล้วร้อยละ 90 สามารถคลอดได้เองแม้จะไม่มีใครช่วยทำคลอดให้ก็ตาม ดังนั้นการคลอดจึงเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ ที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือหรือพึ่งพาอุปกรณ์เครื่องมือชนิดใดก็สามารถดำเนินไปได้อย่างปลอดภัย

กระบวนการคลอดจะเริ่มต้นเมื่อปากมดลูกเปิดขยาย ซึ่งจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้คลอด ความเจ็บปวดด้านร่างกายเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ มดลูก ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติบริเวณเอวและเชิงกราน ดังนั้นการบีบรัดตัวของมดลูกจะไม่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวด แต่ตัวที่ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดคือประสาทรับความรู้สึกในช่องท้องหรือความรู้สึกเจ็บปวดจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อภายใน (Bonica and McDonald, 1990; Smedstad, 1992) ความเจ็บปวดขณะเริ่มเข้าสู่ระยะคลอด ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและความวิตกกังวล ดังที่ Dick-Read (1994) กล่าวไว้ว่า อาการของผู้คลอดที่อยู่ในระยะคลอดจะประกอบด้วยความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด เป็นวงจรต่อเนื่องกันไป ความตระหนกตื่นกลัว นำไปสู่กระบวนการต่อต้านการคลอดโดยร่างกายจะถูกกระตุ้นให้หลั่งสาร adrenalin ไปกระตุ้นประสาท sympathetic ทำให้ลดการหมุนเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะที่ไม่จำเป็นและดึงเลือดไปเลี้ยงอวัยวะที่จำเป็นและสำคัญคือ หัวใจ ปอดและกล้ามเนื้อเรียบ มดลูกเป็นอวัยวะหนึ่งที่เลือดมาเลี้ยงลดน้อยลง ส่งผลให้ออกซิเจนและอาหารไปเลี้ยงตัวมดลูกไม่ดีพอ ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ซึ่งหากคงอยู่ในระยะเวลานานๆ จะส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (Fetal anoxia) หรือเกิดภาวะเครียด (Fetal distress) ตามมาได้ และอาจทำให้เนื้อสมองทารกเสียหาย (Brain damage) หรือทารกตายในครรภ์ (Intrauterine death) ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเสียดังกล่าว ผู้ช่วยคลอดจะต้องตัดวงจรความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวดลง วิธีการสำคัญประการหนึ่ง คือ การช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอด

ลงโดยการอยู่เป็นเพื่อนช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจหรือให้กำลังใจขณะคลอด (Hodnett and Osborn, 1989; Simkin, 1995; Oakley, 1991)

การลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการคลอดของผู้คลอด ถือได้ว่าเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลโดยตรงที่ต้องช่วยเหลือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญต่อความกลัวและความวิตกกังวลขณะเจ็บครรภ์ได้ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือให้ผู้คลอดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญความเจ็บปวดหรือสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง ในระยะเจ็บครรภ์คลอดเพราะผู้คลอดที่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ จะก่อให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์คลอดเป็นไปในทางที่ดีมีความพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมในการสร้างสัมพันธภาพกับบุตรในระยะแรกคลอดเป็นไปด้วยดี

ในอดีตหญิงตั้งครรภ์มักจะคลอดที่บ้านซึ่งเป็นการคลอดที่ดำเนินไปตามธรรมชาติ โดยยึดหลักการสนับสนุนและการตอบสนองความต้องการของผู้คลอดทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้คลอดเองและจากสมาชิกในครอบครัวด้วย (Dick-Read, 1994; Reeder and Martin, 1987) ประการสำคัญในระยะเบ่งคลอดพบว่าผู้คลอดจะอยู่ในท่าที่สบายที่สุดคือท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน ด้านหลังจะพิงกับหมอนหรือที่นอนและแยกขาทั้ง 2 ข้าง บางครั้งอาจอยู่ในท่านั่งหรือท่าศีรษะและลำตัวตั้งตรง (Sitting or upright position) ในบางท้องถิ่นอาจให้ผู้คลอดเบ่งคลอดโดยอยู่ในท่าโหนผ้าที่ผูกยึดโยงกับชื่อบ้านเพื่อให้ผู้คลอดโหนตัวอยู่ในท่าลำตัวตั้งตรง หากพิจารณาท่าคลอดในอดีตจะเห็นว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับกลไกธรรมชาติของร่างกาย เพราะการเบ่งคลอดในขณะที่อยู่ในท่าลำตัวตั้งตรง (Upright position) จะช่วยให้ผู้คลอดออกแรงเบ่งคลอดได้ดี มดลูกหดตัวดี ช่วยให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลงและมีผลต่อจิตใจของผู้คลอดด้วย (Dick-Read, 1994; Russell, 1982)

จะเห็นได้ว่า เป้าหมายหลักของวิธีคลอดในอดีตมุ่งเน้นส่งเสริมการคลอดเองตามธรรมชาติกล่าวคือ เป็นวิธีคลอดที่ผู้คลอดสามารถผ่อนคลาย ปล่อยตัวตามสภาวะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเปิดใจกว้าง เพื่อให้ร่างกายดำเนินการคลอดไปตามวิถีของธรรมชาติ สิ่งสำคัญที่สุดในการคลอดคือ การให้ผู้คลอดได้สนใจตนเองและรับรู้ว่าจะไร้อะไรกำลังเกิดขึ้นกับร่างกายและร่างกายต้องการอะไร รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกอยู่ในท่าสบายที่สุดที่จะช่วยให้ร่างกายเผชิญต่อความเจ็บปวดจากการบีบรัดของมดลูกและการขยายตัวของปากมดลูกได้ดี และช่วยให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมาช่วยให้การคลอดก้าวหน้าเร็วขึ้น ยิ่งผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวตั้งตรงมากเท่าไรจะยิ่งเป็นการนำแรงดึงดูดของโลกมาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้กล้ามเนื้อมดลูกบีบตัว เพื่อขยาย

ปากมดลูกได้ดีขึ้นทำให้การสั้นสุดของการคลอดเร็วขึ้น และผลลัพธ์จากการคลอดที่เกิดกับทารก และผู้คลอดมีประสิทธิภาพสูงสุด (Russell, 1982)

ในทางตรงกันข้ามกับการคลอดแผนปัจจุบัน พบว่าทุกโรงพยาบาลเริ่มมีรูปแบบการดูแลผู้คลอดเปลี่ยนไปจากเดิม โดยจากการใช้ระบบสนับสนุนให้เป็นไปตามธรรมชาติกลับกลายเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วย (Patients' care) ทำให้เจตคติต่อการคลอดเปลี่ยนไป สถานที่คลอดมีลักษณะคล้ายห้องผ่าตัดและเต็มไปด้วยอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ มากมาย ผู้คลอดต้องเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ท่ามกลางคนแปลกหน้าโดยสมาชิกในครอบครัวถูกกันให้ห่างออกไป แม้กระทั่งท่าคลอด ก็ถูกกฎระเบียบของโรงพยาบาลกำหนดให้ต้องอยู่ในท่านอนหงายราบชั้นเข้า (Supine position) หรือท่านอนหงายราบพาดขาไว้บนขาหยั่ง (Lithotomy position) เพียงเพื่อความสะดวกของผู้ช่วยคลอด ในการช่วยเหลือให้ผู้คลอดและทารกได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Russell, 1982) มีรายงานการศึกษาพบว่า ท่านอนหงายส่งผลเสียต่อผู้คลอดหลายประการเพราะตามหลักสรีรวิทยาแล้วการนอนหงายทำให้น้ำหนักของมดลูกตกไปอยู่ด้านหลังทำให้ไปกดเส้นเลือดดำใหญ่ที่เรียกว่า Inferior Vena Cava และเส้นเลือดแดงใหญ่ ทำให้การไหลเวียนของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจไม่สะดวก ส่งผลให้ผู้คลอดหายใจไม่สะดวกและเกิดภาวะหน้ามืดเป็นลมเนื่องจากเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ (Haukeland, 1981 cited in Russell, 1982)

นอกจากนั้นแล้วลักษณะการคลอดแผนปัจจุบันอีกประการหนึ่งก็คือ กระบวนการคลอดจะถูกดำเนินการไปตามขั้นตอน โดยการใช้ยาควบคุมการคลอดร่วมกับการใช้ยาระงับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการใช้ยาเร่งการคลอด (Augmentation of labor) จากวิธีการใช้ยา oxytocin หรือที่รู้จักดีว่า syntocinon ผสมกับสารน้ำหยดเข้าหลอดเลือดดำ (Cooke, 1997) แม้ว่า การใช้ยาเร่งคลอดจะมีประโยชน์ในการช่วยให้ระยะคลอดสั้นลง แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกได้เช่นกันกล่าวคือ การใช้ยาเร่งคลอดทำให้ระยะเวลาของการหดตัวและการคลายตัวของมดลูกที่เป็นไปตามธรรมชาติเปลี่ยนไป ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดมากขึ้น เนื่องจากระยะการพักหลังการหดตัวของมดลูกเสียความสมดุลไป เนื่องจากยาจะควบคุมมดลูกให้หดตัวที่มากขึ้น ทำให้ผู้คลอดต้องได้รับยาระงับปวดเพื่อลดความทรมานลง (Huntingford, 1985; Thomas, 1996) อีกทั้งทำให้ผู้คลอดและมดลูกอยู่ในภาวะเหนื่อยล้าออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกน้อยลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดได้ (Fetal distress) และเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Fetal anoxia) ตามมาได้ (Thomas, 1996) มีรายงานการศึกษาพบว่า มีผลทำให้มดลูกแตกได้ (Wigton and Wolk, 1994; Cooke, 1997) รวมทั้งส่งผลเสียระยะหลังคลอดจากการเกิดภาวะน้ำคั่งในร่างกายนานหลังคลอด (Water retention)

และการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Neonatal jaundice) ได้ (Bergsjö et al., 1989; Thomas, 1996)

จากการที่องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปและอเมริกา (WHO, 1996) ได้มีคำประกาศออกมาว่า "การคลอดไม่ใช่การเจ็บป่วย" (Birth is not an illness) และได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดถึง 15 ประการ ซึ่งล้วนแต่เป็นการสนับสนุนการคลอดที่เน้นความเป็นธรรมชาติ โดยการยึดผู้คลอดและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการคลอดมากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยหลายแห่งเริ่มสนใจหันมาใช้แนวคิดการคลอดเองโดยธรรมชาติมากขึ้น อย่างไรก็ตามบางโรงพยาบาลยังไม่มีความมั่นใจว่าแนวคิดดังกล่าว จะส่งผลดีต่อการคลอดทั้งผู้คลอดและทารกแรกเกิดแตกต่างไปจากปัจจุบันหรือไม่อย่างไร ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ได้คำตอบระดับหนึ่งถึงผลลัพธ์ที่ได้จากคลอดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด เพื่อจะได้นำมาใช้ในการปรับปรุงช่วยเหลือการคลอดให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ รวมทั้งผู้คลอดเกิดความพึงพอใจในการคลอดที่ได้รับมากที่สุดด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดที่เกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิด
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอด ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดที่เกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิดมีความแตกต่างกัน
2. ความพึงพอใจในการคลอด ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียวที่ให้บริการการคลอดทั้งแบบการ

คลอดเองโดยธรรมชาติและการคลอดแบบเร่งคลอด โดยศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม 2545 – เมษายน 2546

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผลลัพธ์ของการคลอด (Birth outcomes) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นตามมากับผู้คลอด และทารกแรกเกิด อันเนื่องมาจากการได้รับการดูแลช่วยเหลือการคลอดจากแพทย์หรือพยาบาล ตั้งแต่รับเข้าไว้ในห้องคลอดจากการเจ็บครรภ์จนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน ผลลัพธ์การคลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. **ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้คลอด** คือ สิ่งที่เกิดกับหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดจากการช่วยคลอดโดยตรง ซึ่งเป็นผลที่เกิดในลักษณะทางคลินิกและทางชีวภาพ โดยประเมินจากวิธีการคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด ระยะเวลาของการคลอด ปริมาณการสูญเสียโลหิต ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย

2. **ผลลัพธ์ที่เกิดกับทารกแรกเกิด** คือ สิ่งที่เกิดกับทารกแรกเกิดอันเป็นผลที่เกิดจากการช่วยคลอดที่มารดาได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลโดยตรง โดยประเมินจากภาวะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ค่า blood gas จากสายสะดือแรกเกิด คะแนน apgar score การบาดเจ็บจากการช่วยคลอด ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย

การคลอดเองโดยธรรมชาติ (Active birth) หมายถึง การเฝ้าดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้คลอดระยะเจ็บครรภ์คลอดและขณะคลอดให้ผ่านพ้นการคลอด โดยใช้วิธีการช่วยคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ประยุกต์แนวคิดมาจาก active birth ของ Balascas โดยเน้นให้ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการคลอดของตนเอง สามารถเคลื่อนไหวลุกเดินหรืออยู่ในท่านั่งได้ตามที่ต้องการขณะที่ปากมดลูกยังเปิดไม่ถึง 10 เซนติเมตร ไม่ได้รับสารน้ำเข้าทางเส้นเลือด ไม่ได้รับยาระงับปวดและสามารถเลือกท่าคลอดในท่านั่งหรือกึ่งนั่งกึ่งนอนได้ตามต้องการ ซึ่งทั้งนี้ในระยะเจ็บครรภ์หรือขณะคลอด หากพบว่าผู้คลอดมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ช่วยเหลือคลอดจึงจะให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆหรือด้วยสูตรศาสตร์หัตถการเพื่อให้มารดาและทารกในครรภ์คลอดปลอดภัยต่อไป

การคลอดแบบเร่งคลอด (Augmentation of labor) หมายถึง การเฝ้าดูแลและให้ความช่วยเหลือหญิงระยะเจ็บครรภ์คลอดและขณะคลอด ให้ผ่านพ้นการคลอดโดยใช้วิธีการแพทย์สมัยใหม่โดยใช้ยา syntocinon ผสมในสารละลายน้ำ 5 % หยดเข้าเส้นเลือดดำตาม

แผนการรักษาของแพทย์จนกว่าปากมดลูกเปิดหมด และจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอนหงายชันขาบนขาห้อย (Lithotomy position) ขณะคลอด ซึ่งทั้งนี้ ในระยะเจ็บครรภ์หรือขณะคลอดหากพบว่าผู้คลอดมีความผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้ช่วยเหลือคลอดจะให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่างๆหรือด้วยสูติศาสตร์หัตถการเพื่อให้มารดาและทารกในครรภ์คลอดปลอดภัยต่อไป

ความพึงพอใจในการคลอด หมายถึง ความรู้สึกชอบ ชื่นชมหรือรู้สึกพอใจเป็นสุขของผู้คลอดที่มีต่อการได้รับการดูแลและช่วยเหลือในห้องคลอดขณะเจ็บครรภ์และขณะคลอด เพื่อให้การคลอดผ่านพ้นไปอย่างปลอดภัยทั้งตนเองและทารก ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Kintz (1987) ร่วมกับแนวคิดของ Lomas และคณะ (1994) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้คลอดครอบคลุม 5 ด้านคือ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย ด้านระดับประคองทางจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด ด้านการลดความเจ็บปวด และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้คลอด หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดอายุครรภ์ 38 – 42 สัปดาห์ ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดครรภ์ รับไว้ในห้องคลอดด้วยอาการเจ็บครรภ์ตามธรรมชาติและปากมดลูกเริ่มเปิดขยายแล้ว จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการ เป็นแนวทางในการปรับปรุงวิธีการช่วยเหลือคลอดที่ยืดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง โดยมีวิธีคลอดที่หลากหลายวิธีเพื่อให้ผู้คลอดมีโอกาสเลือกมากขึ้น
2. ด้านการบริหารโรงพยาบาล นำไปปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจในบริการในห้องคลอดมากยิ่งขึ้น
3. ด้านการศึกษา นำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ในหลักสูตรสูติศาสตร์ของนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลในการช่วยคลอด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้คลอดให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

บทที่ 2

แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เพื่อศึกษามลพิษของการคลอดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการเร่งคลอดที่เกิดกับผู้คลอดและทารกแรกเกิด รวมทั้งศึกษาความพึงพอใจในการคลอดทั้งสองวิธีด้วย ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงกระบวนการคลอดและวิธีช่วยคลอดทั้งสองวิธีดังกล่าว ในบทนี้จะนำเสนอถึงกระบวนการคลอดและแนวคิดการช่วยคลอด ตลอดจนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรวบรวมมาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดสังเขปดังนี้

กระบวนการคลอด

1. การเจ็บครรภ์

เมื่อตั้งครรภ์มาได้นาน 280 วันหรือ 40 สัปดาห์นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายจะถึงเวลาเริ่มเจ็บครรภ์ โดยร่างกายจะพยายามขับทารกและรกออกมาสู่ภายนอก ร่างกายสำหรับสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บครรภ์นั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่มีทฤษฎีที่สามารถนำมาอธิบายหลายทฤษฎีดังนี้ (Cunningham and McDonald, 1989; Gorrie et al., 1994)

1.1 Oxytocin theory เชื่อว่าในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ จะมีการเพิ่ม oxytocin receptor ในกระแสเลือดมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มดลูกไวต่อ oxytocin ในร่างกายมากขึ้น จนกระทั่งมดลูกเริ่มหดตัวแรงขึ้นกลายเป็นการเจ็บครรภ์จริงทั้งๆที่ปริมาณ oxytocin ไม่ได้มีระดับสูงขึ้นก่อนการเจ็บครรภ์แต่อย่างใด

1.2 Prostaglandin theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในระยะใกล้คลอดจะมีปริมาณ prostaglandin hormone เพิ่มมากขึ้นในน้ำคร่ำและกระแสเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวเช่นเดียวกับ oxytocin hormone

1.3 Estrogen stimulation theory ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อเข้าระยะใกล้คลอด จะมี estrogen hormone เพิ่มในกระแสเลือดมากขึ้น hormone นี้ส่งผลให้ myocin ซึ่งเป็นสารโปรตีนในกล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวเพิ่มขึ้น และยังมีผลต่อ adenosine triphosphate ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานที่ใช้ในการหดตัวภายในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มดลูกเกิดการหดตัว

1.4 Progesterone withdrawal theory ทฤษฎีนี้อธิบายว่าตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์จะมี progesterone hormone อยู่ในกระแสเลือดปริมาณหนึ่งซึ่งส่วนใหญ่สร้างจากรกและมีคุณสมบัติพิเศษในการช่วยให้กล้ามเนื้อมดลูกคลายตัว จนเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของการตั้งครรภ์จะพบว่าปริมาณลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเชื่อว่าการลดลงของ progesterone ทำให้มีการหดตัวของมดลูกตามมาได้ ซึ่งทฤษฎีนี้เป็นความจริงในสัตว์บางชนิด เช่น แพะ แกะ อย่างไรก็ตามในคนนั้นอาจจะไม่สามารถอธิบายการเจ็บครรภ์ด้วยทฤษฎีนี้ได้ เนื่องจากก่อนเจ็บครรภ์จริงไม่พบว่ามี การลดลงของ progesterone

1.5 Fetal cortisol theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อทารกเจริญเติบโตเต็มที่ในครรภ์ จะทำให้ต่อมหมวกไตของทารกไวต่อ adrenocorticotrophic hormone ซึ่งสร้างจากต่อมใต้สมองเพิ่มมากขึ้น ปฏิกริยาของ hormone นี้ช่วยกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง cortisol hormone ในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกเริ่มหดตัวและเกิดเจ็บครรภ์ขึ้นได้ แต่ทฤษฎีนี้มีข้อจำกัดในการไม่สามารถใช้อธิบายในทารกที่คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากต่อมหมวกไตของทารกยังไม่เจริญเติบโตมากพอที่จะทำหน้าที่ได้ แต่การเจ็บครรภ์ก็เกิดขึ้นได้เช่นกัน

1.6 Placental aging theory เชื่อว่าเมื่อตั้งครรภ์มานานได้ 280 วันหรือ 40 สัปดาห์ การไหลเวียนของเลือดจากมารดาสู่ทารกโดยผ่านไปที่รกนั้นจะลดน้อยลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของรกขาดเลือดและเสื่อมสภาพลง ทำให้กระบวนการผลิต estrogen และ progesterone hormone ลดน้อยลง จึงทำให้เกิดการเจ็บครรภ์ได้

1.7 Organ communication system hypothesis เป็นทฤษฎีที่ในปัจจุบันเชื่อถือกันมากที่สุดโดยเชื่อว่าการเจ็บครรภ์คลอดนั้นเป็นผลร่วมกันทั้งฝ่ายมารดาและทารก ซึ่งผลสุดท้ายทำให้ chorion, amnion และ decidua สร้าง prostaglandins ทำให้มดลูกเกิดการหดตัวและกระบวนการคลอดเกิดตามมา สำหรับสารที่กระตุ้นให้เกิดการสร้าง prostaglandins ยังไม่เป็นที่ทราบชัดเจน แต่ส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็น interleukin -1 beta หรือ fetal kidney derived growth factor (KDGF)

กล่าวโดยสังเขปได้ว่า สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์นั้นมีการพยายามอธิบายด้วยหลากหลายทฤษฎี อย่างไรก็ตามค่อนข้างเป็นที่ชัดเจนแล้วว่า การอธิบายสาเหตุของการเจ็บครรภ์ด้วยทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีหนึ่งตามลำพังดังกล่าวยังคงจะไม่สามารถอธิบายได้ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ต้องอธิบายโดยใช้หลายๆทฤษฎีมาอธิบายร่วมกันจึงจะชัดเจนขึ้น ทั้งนี้เพราะการเจ็บครรภ์คลอดนั้นเป็นภาวะของความสลับซับซ้อนร่วมกันระหว่างมารดา ทารกและรก นับตั้งแต่ปริมาณที่เพิ่มขึ้นของ ฮอร์โมน estrogen และ prostaglandin และปริมาณที่ลดลงของฮอร์โมน

progesterone ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตของทารกด้วย การทำงานที่ผสมกลมกลืนกันเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อมดลูกเกิดการหดตัว และทำให้เกิดกระบวนการขับทารกและรกออกมาสู่ภายนอกร่างกายได้ในที่สุด

2. กลไกการคลอดปกติ

ตามธรรมชาติแล้วประมาณร้อยละ 95 ของการคลอดทั้งหมด ทารกในครรภ์จะอยู่ในท่าศีรษะ (Vertex หรือ Occiput presentation) ซึ่งเท่ากับว่าผู้คลอดสามารถดำเนินการคลอดปกติได้ อย่างไรก็ตามการคลอดจะเป็นไปได้ดีตามปกติหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ช่องทางคลอด (Passage) ได้แก่ กระดูกเชิงกรานและช่องคลอดส่วนล่าง ต้องมีความกว้างมากพอและไม่ผิดปกติ ช่องคลอดและมีเย็บต้องไม่มีภาวะผิดปกติแต่กำเนิด หรือมีความผิดปกติอื่นๆ ช่องทางคลอดที่ทำให้ไม่สามารถถ่างขยายให้ทารกผ่านออกได้

2.2 ตัวทารก (Passenger) ขนาดทารกต้องไม่ใหญ่เกินไป รวมทั้งท่าและส่วนนำที่ผิดปกติก็อาจทำให้ทารกผ่านออกมาไม่ได้ โดยเฉพาะส่วนกะโหลกศีรษะ หากกะโหลกศีรษะของทารกเกยกันได้มากการคลอดก็เป็นไปได้ตามปกติ หากเกยกันน้อยหรือศีรษะมีขนาดใหญ่ผิดปกติการคลอดก็เป็นไปได้ยากขึ้น

2.3 แรงขับ (Power) ต้องมีแรงผลักดันจากมดลูกและแรงเบ่งของผู้คลอดมากพอ และต้องเพียงพอที่จะขับทารกออกจากโพรงมดลูกมาสู่ภายนอกได้

2.4 สภาวะด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด ดังได้กล่าวมาแล้วแต่ข้างต้นว่าหากผู้คลอดเกิดภาวะกลุ่มอาการของความกลัว - ความเครียด - ความเจ็บปวด (Fear - tension - pain syndrome) ก็จะส่งผลให้การคลอดนั้นล่าช้าหรือไม่สามารถคลอดปกติได้ และต้องสิ้นสุดการคลอดด้วยวิธีการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการต่อไป

3. ระยะของการคลอด

ระยะของการคลอดแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage of labor)

เป็นระยะนับตั้งแต่ปากมดลูกเริ่มเปิด จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดใน ระยะเริ่มต้นเจ็บครรภ์จะมีระยะห่างและมดลูกหดตัวสั้น เช่น 10 นาทีเจ็บครั้ง จึงไม่ทำให้เจ็บครรภ์มากนัก ซึ่งระยะนี้อาจอยู่ที่บ้านทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆได้ แต่เมื่อการเจ็บครรภ์ก้าวหน้ามากขึ้นโดยมีการเจ็บถี่ขึ้นและเจ็บครรภ์นานขึ้นเรื่อยๆ เช่น เจ็บทุก 5 - 6 นาที และยิ่งใกล้คลอดระยะเวลายิ่งถี่ขึ้นเป็น 1 - 3 นาที ส่วนการเจ็บครรภ์แต่ละครั้งจะนานมากขึ้นจากเจ็บครั้งละ 30 วินาที จะเพิ่มมากขึ้นเป็นครั้งละ 60 วินาที

ในขณะที่มดลูกหดตัวดีขึ้น ก็จะส่งผลให้ปากมดลูกเปิดมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับทารกในครรภ์จะถูกดันลงมาเรื่อยๆ ตามกลไกการคลอด จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด 10 เซนติเมตร ซึ่งเวลาเฉลี่ยของระยะที่หนึ่งของการคลอดในครรภ์แรกประมาณ 12 ชั่วโมง และ 8 ชั่วโมงในครรภ์หลัง

3.2 ระยะที่สองของการคลอด (Second stage of labor)

เป็นช่วงเวลาที่ปากมดลูกเปิดหมดจนทารกคลอดออกมา ในระยะนี้ศีรษะทารกจะลดต่ำลงมาในแนวกลางของทางคลอดซึ่งจะทำให้ฝีเย็บตึงจึงควรช่วยตัดฝีเย็บ(Episiotomy) การตัดฝีเย็บนี้เชื่อว่าจะช่วยลดอันตรายต่อสมองเด็ก จากการศึกษาที่ศีรษะเด็กถูกกดกับบริเวณปากช่องคลอดรวมทั้งเพื่อสะดวกในการเย็บซ่อมแซม (Russell,1991) เพราะถ้าไม่ตัดฝีเย็บโอกาสที่ฝีเย็บจะฉีกขาดเองมีได้สูง ซึ่งทำให้การเย็บซ่อมยากกว่าและอาจเกิดภาวะการหย่อนของ pelvic floor ได้ เวลาเฉลี่ยของการคลอดระยะที่สองประมาณ 50 นาทีในครรภ์แรก และประมาณ 20 นาทีในครรภ์หลัง

3.3 ระยะที่สามของการคลอด (Third stage of labor)

ถือว่าเป็นระยะเวลาของรกคลอด โดยหลังจากทารกคลอดแล้วผู้คลอดจะหายเจ็บครรภ์ไปชั่วคราว หลังจากนั้นอีก 2 – 3 นาที จะมีการหดตัวของมดลูกอีกครั้งจนกระทั่งรกลอกตัวจากผนังมดลูกและเคลื่อนออกจากโพรงมดลูก เวลาของระยะที่สามของการคลอดจะประมาณ 3 – 10 นาทีทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง หากรกไม่ลอกตัวหรือติดแน่นกับผนังโพรงมดลูกจำเป็นต้องช่วยเหลือคลอดรกด้วยวิธีการล้วงรกต่อไป

ตลอดระยะเวลาการคลอดผู้คลอดจะสูญเสียเลือดโดยเฉลี่ยประมาณ 350 – 500 มิลลิลิตร ซึ่งถือว่าเป็นภาวะปกติที่คนปกติจะทนได้โดยไม่ต้องให้เลือดทดแทน หากมีการสูญเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ขึ้นไปจะเรียกว่า การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage = PPH)

4. การฉีกขาดของช่องทางคลอด

ในการตัดฝีเย็บหรือฝีเย็บฉีกขาดเอง สามารถแบ่งลักษณะการฉีกขาดออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Cunningham and McDonald, 1989)

4.1 First degree laceration เป็นการฉีกขาดที่ fourchette ผิวหนังของฝีเย็บและเยื่อช่องคลอด แต่จะไม่ถึงชั้น fascia และกล้ามเนื้อของฝีเย็บ

4.2 Second degree laceration เป็นการฉีกขาดเหมือน first degree แต่จะเพิ่มการฉีกขาดถึงชั้น fascia และกล้ามเนื้อฝีเย็บ แต่จะไม่ถึง anal sphinctor

4.3 Third degree laceration การฉีกขาดจะมากขึ้นถึง anal sphinctor และ อาจถึงเยื่อ rectum ด้านหน้าได้

นอกจากนี้แล้วหากตรวจพบว่ามี การฉีกขาดถึง rectal mucosa บางคนจะเรียกว่า fourth degree tear ได้ ดังนั้นในการแพทย์สมัยใหม่มักจะป้องกันการฉีกขาดของช่องทางคลอด โดยการตัดฝีเย็บ (Episiotomy) ให้กับผู้คลอดเกือบทุกราย

แนวคิดความเจ็บปวดจากการคลอด

เป็นที่ทราบกันดีว่าความเจ็บปวดในระยะคลอดนั้นยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่มี ผู้พยายามอธิบาย โดยอาศัยองค์ประกอบทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกของ ร่างกาย (Somatosensory system) มาอธิบาย เพื่ออย่างน้อยการทราบสาเหตุก็นำไปสู่การให้การ ดูแลและช่วยเหลือในการลดความเจ็บปวดให้ผู้คลอดได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจแบ่งได้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (Melzack and Wall, 1965; Hedlin and Dostrovsky, 1978; Bonica and McDonald, 1990; Cunningham, 1993; Bonica, 1994)

1. สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (Pain stimuli)
2. ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor)
3. วิถีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impulse pathway)

1. สิ่งกระตุ้นความเจ็บปวด (Pain stimuli)

โดยธรรมชาติแล้วความเจ็บปวดจะเกิดขึ้นได้ต้องมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่ง สิ่งกระตุ้นนั้นแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ สิ่งกระตุ้นทางกายภาพ (Physical stimuli) และสิ่ง กระตุ้นทางเคมี (Chemical stimuli) ในกระบวนการคลอดก็เช่นกัน เชื่อว่าสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดในการคลอดเกิดจากการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้มีการยืดขยายของ มดลูกส่วนล่าง การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและฝีเย็บ ตลอดทั้งแรงกดบริเวณอวัยวะภายในที่เกิดจากการเคลื่อนต่ำลงของส่วนนำทารก ส่งผลให้ nerve ganglion บริเวณปากมดลูกและ lower segment ของมดลูกทำงานมากขึ้นจึงเกิดความเจ็บปวด ส่วนสิ่งกระตุ้นทางเคมีภายในร่างกายของผู้คลอดนั้น เชื่อว่าขณะมดลูกมีการหดรัดตัว ร่างกาย จะปล่อยสาร prostaglandins ไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกให้ไวต่อสารเคมีที่เนื้อเยื่อ มดลูกหลั่งออกมาคือ bradykinin และ histamine ทำให้มดลูกไวต่อความเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งเมื่อ ร่างกายรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดก็จะหลั่งสาร catecholamine ออกมา ส่งผลให้หลอดเลือดทั่ว ร่างกายตีบตัวทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์กล้ามเนื้อลดลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมดลูกเกิดภาวะ

hypoxia ขณะหดตัวแต่กลับมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น จึงเกิดภาวะการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้เกิด lactic acid เพิ่มขึ้น ซึ่ง lactic acid จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ และส่งผ่านกระแสประสาทไปตามวิธีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดไปยังสมอง ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกเจ็บปวดเมื่อเข้าระยะเจ็บครรภ์ได้ โดยความเจ็บปวดนี้จะสิ้นสุดเมื่อทารกคลอดแล้วเพราะ prostaglandins จะลดลง

2. ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain receptor)

เมื่อมดลูกหดตัว จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งได้แก่ ใยประสาท uterine plexus และ pelvic plexus ที่หล่อเลี้ยงบริเวณมดลูกและอุ้งเชิงกราน เมื่อปลายประสาทถูกกระตุ้นถึงระดับขีดกันของความเจ็บปวด จึงเกิดเป็นกระแสประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ส่งผ่านไปตามเส้นประสาท hypogastric sympathetic และ pelvic parasympatetric สู่วัยหลังและสมอง ซึ่งเป็นส่วนรับรู้ความรู้สึกและแปลความให้ทราบถึงความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับอวัยวะที่ถูกกระตุ้นให้เจ็บปวด

3. วิธีประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวด (Pain impluse pathway)

เป็นเส้นทางที่กระแสความรู้สึกเจ็บปวดถูกนำไปสู่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยส่งผ่านเข้าสู่ไขสันหลังบริเวณ dorsal horn ขึ้นสู่ thalamus ซึ่งจะถูกแปลผลออกมาเป็นความรู้สึกเจ็บปวด แต่ยังไม่สามารถบอกความรุนแรงได้ จนกว่าความรู้สึกนั้นถูกส่งต่อไปถึงสมองส่วน sensory cortex จึงจะมีการแปลความรู้สึกเจ็บปวดได้อย่างละเอียดพร้อมทั้งการแสดงพฤติกรรมตอบโต้สิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด (Hedlin and Dostrovsky, 1978)

กล่าวได้ว่าแนวความคิดอธิบายถึงความเจ็บปวดในการคลอดนั้นอธิบายได้ว่า เกิดขึ้นจากการมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด ได้แก่ การหดตัวของมดลูก การบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก การยืดขยายของช่องคลอดและมีเย็บ และแรงกดบริเวณอวัยวะใกล้เคียงภายในอุ้งเชิงกรานที่เกิดจากการเคลื่อนต่ำลงของส่วนนำของทารก สิ่งเหล่านี้ทำให้ส่วนรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกกระตุ้นเกิดเป็นกระแสประสาทความเจ็บปวดนำส่งไปตามเส้นประสาท hypogastric sympathetic และ pelvic parasympathetic เข้าสู่ไขสันหลังและสมอง โดยสมองจะแปลความรู้สึกความเจ็บปวดว่ามีมากน้อยเพียงใด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดจากการคลอด

Gorrie et al. (1994) และ Reeder (1991) ได้ให้ความหมายของความเจ็บปวดในระยะคลอดว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบายขณะที่มดลูกหดตัว และจะมีเพิ่มขึ้นตามลำดับตามความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก และจะลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อทารกถูกขับออกจากโพรงมดลูก

ส่วน Bonica (1994) อธิบายว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดจากการคลอดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านกายวิภาค ด้านสรีรวิทยาและชีวเคมี ด้านจิตวิทยาและด้านวัฒนธรรมของผู้คลอด ดังนี้

1) ปัจจัยด้านกายวิภาค

Bonica (1994: 621) ได้ศึกษาพบว่า อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สภาพร่างกาย สภาพของปากมดลูก ความสัมพันธ์ระหว่างช่องทางคลอดและขนาดของทารก เหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการเจ็บครรภ์คลอดโดยตรง นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็มีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดเช่นกัน (Sherwen, 1999) จากรายงานผลการศึกษาของ Melzack และ Belenger (1989 cited in Bonica, 1994) พบว่า สภาพร่างกายที่อยู่ในท่าตั้งตรงในระยะที่ 1 ของการคลอดจะก่อให้เกิดผู้คลอดเจ็บครรภ์น้อยกว่าท่าอื่นๆ และเมื่อเข้าระยะที่ 2 ของการคลอด คือขณะคลอด หากให้นอนท่าตะแคงจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าการคลอดในท่าอื่นๆ ส่วน Fridh et al. (1988 cited in Bonica, 1994) ได้ศึกษาพบว่า ผู้คลอดคนใดมีอาการปวดท้องก่อนและหลังขณะมีประจำเดือน ก็จะทำให้มีความเจ็บปวดระหว่างการคลอดสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวดประจำเดือน นอกจากนี้แล้ว พิริยา สุภาศรี (2540) มีความเห็นว่าความอ่อนเพลียเหนื่อยล้าส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ต่อความเจ็บปวดมากขึ้น เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานและความสามารถในการจัดการกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจึงทำให้การรับรู้ต่อความเจ็บปวดมีมากขึ้นกว่าเดิม

2) ปัจจัยด้านสรีระวิทยาและชีวเคมี

มีรายงานการศึกษาพบว่าระหว่างการคลอดมีการเพิ่มขึ้นของระดับ β - endorphin, β - lipotropin และ adrenocorticotropic (ACTH) ในกระแสเลือด และพบว่ามีค่าสูงสุดในระยะคลอดและหลังคลอดซึ่งมากกว่าก่อนตั้งครรภ์ประมาณ 4 - 10 เท่า ผลการศึกษานี้ทำให้เกิดความเข้าใจว่า β - endorphin จะเป็นตัวช่วยในการระงับความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างการคลอดได้ (Fachinetti et al., 1982 cited in Bonica, 1994) แต่ต่อมามีการศึกษาที่ระบุว่าไม่พบสาร β - endorphin ที่หลั่งออกมาในระดับสูงนี้จะสามารถผ่าน Blood brain barrier ได้ หรือใช้เพื่อระงับความรู้สึกเจ็บปวดในหญิงปกติได้ จากรายงานการศึกษาของ Gintzier (1980 cited in Bonica, 1994) พบว่า หนูจะมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นในช่วงท้ายการตั้งครรภ์และอยู่ในระดับสูงสุดระยะใกล้คลอดแล้วกลับสู่ระดับปกติภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การคลอดของมนุษย์แล้วจะมีลักษณะแบบเดียวกัน กล่าวคือ ผู้คลอดจะมีความทนต่อความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์สูงสุดระยะคลอดและกลับสู่ปกติภายหลังการคลอดสิ้นสุดลง

3) ปัจจัยด้านจิตวิทยา

มีการศึกษามากมายที่ชี้ชัดว่าปัจจัยด้านจิตวิทยามีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอดมากที่สุด โดยมีการศึกษาพบว่า สภาพจิตใจ ทักษะคิดต่อการคลอด รวมทั้งสภาพอารมณ์ขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด ซึ่งได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ต่อความรู้สึกเจ็บปวดและพฤติกรรมแสดงต่อความเจ็บปวดนั้นเช่นกัน (Dcutsch, 1955; Zuckerman et al., 1963; Fridh et al., 1988 cited in Bonica, 1994) ซึ่ง Jensen et al. (1980) ศึกษาพบว่าความกลัวที่เกิดในระยะคลอดได้แก่ (1) กลัวเกี่ยวกับตนเอง (Fear for self) โดยกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิตหรือได้รับอันตรายจากการคลอด (2) กลัวเกี่ยวกับทารก (Fear for the baby) โดยกลัวว่าทารกจะเสียชีวิต ทารกจะมีความผิดปกติหรือทารกอาจได้รับอันตรายจากการคลอด และ (3) กลัวสิ่งที่ไม่รู้ (Fear of unknown) ซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมในห้องคลอด กระบวนการคลอด เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีรายงานการศึกษา พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน การตั้งครรภ์นอกสมรส การตั้งครรภ์ที่ขาดการยอมรับ การตั้งครรภ์ที่ขาดการสนับสนุน ลักษณะการตั้งครรภ์ดังกล่าวนี้ ล้วนมีผลต่อการรับรู้ของผู้คลอดที่มีต่อความเจ็บปวดจากการคลอดสูงขึ้น (Nettelblatt et al., 1976 cited in Bonica, 1994) ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับสามีก็มีผลต่อความเจ็บปวดในการคลอดด้วยเช่นกัน โดยมีการศึกษาพบว่าคะแนนประเมินความเจ็บปวดในผู้คลอดที่มีสามีอยู่ด้วยในห้องคลอด จะลดน้อยลงกว่าผู้คลอดที่ไม่มีสามีอยู่ร่วมด้วย (Melzack and Patrick, 1994) นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า สามีที่มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ของภรรยาไปในทางบวก จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลเอาใจใส่ภรรยาอย่างใกล้ชิดทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างคลอด (Nettelblatt et al., 1976; Norr et al., 1988 cited in Bonica, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจินดา ตรีเนตร (2545) ที่พบว่า ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการเตรียมตัวคลอดโดยได้รับการสนับสนุนจากสามีจะดีกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าปัจจัยด้านจิตวิทยาได้แก่ ทักษะคิดต่อการคลอด อารมณ์ความรู้สึกและความเชื่อต่อการคลอดของผู้คลอด ล้วนมีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอดได้

4) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเชื้อชาติ

มีรายงานการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความทนความเจ็บปวดในการคลอดและพฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเจ็บปวดจากการคลอดด้วย เช่น ชาวอิตาเลียน ชาวลาตินอเมริกัน ชาวแถบเมดิเตอร์เรเนียน มักจะยอมรับการแสดงออกถึงความเจ็บปวดหรือการใช้คำพูดแสดงออกที่เกินความจริงได้ แต่ในขณะที่บางเชื้อชาติ เช่น ชาว

สแกนดิเนเวีย ชาวไอริช ชาวอาเชียน ชาวเอสกีโม จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดในการคลอดสูงโดยจะแสดงออกเป็นคำพูดหรือพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

(Bonica, 1994)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บปวดมากหรือน้อยจากการคลอดมีมากมายหลายปัจจัยนับตั้งแต่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ พันธุกรรม วัฒนธรรม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจของผู้คลอด ตลอดจนสัมผัสพันธภาพระหว่างผู้คลอดกับสามี ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ต่อความเจ็บปวดในระหว่างคลอดได้ทั้งสิ้น

ผลกระทบจากการเจ็บครรภ์คลอด

ดังได้กล่าวแล้วว่าเมื่อมดลูกมีการหดตัวเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดตามมา เรียกว่า การเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งการเจ็บครรภ์คลอดถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้คลอดจะต้องได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย มีความกลัว วิตกกังวลและความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อภาวะ homeostatic ของผู้คลอดได้ โดยจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการหายใจ การไหลเวียนโลหิต เมตาบอลิซึมและการทำงานของต่อมไร้ท่อ และส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้ ดังนี้ (Bobak, Lowdermilk and Jensen, 1995; Gorrie et al, 1994; Sherwen, Sedoveno and Weingarten, 1995)

1. ผลต่อผู้คลอด

1.1 การหายใจ ในขณะที่เจ็บครรภ์ผู้คลอดจะหายใจเพิ่มขึ้นประมาณ 5 -20 เท่าของภาวะปกติ ทำให้ค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) ลดลงจากค่าปกติ 32 mmHg เหลือ 15 - 20 mmHg ระดับความเป็นกรดต่าง (pH) เพิ่มขึ้นเป็น 7.55 - 7.60 จึงทำให้เกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) ซึ่งมีผลทำให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลง และผลของการลดลงของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงจะทำให้ผู้คลอดหายใจช้าลงกว่าปกติในระยะพัก ทำให้ค่าความดันออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (PaO_2) ลดลงร้อยละ 10 - 15 ซึ่งพบว่าหากระดับออกซิเจนในหลอดเลือดแดง (PaO_2) ลดลงต่ำกว่า 70 mmHg จะมีผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนได้

1.2 การไหลเวียนโลหิต ในขณะที่เจ็บครรภ์ พบว่า ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจ (Cardiac output) จะมีเพิ่มขึ้นโดยในระยะแรกของการคลอดระยะที่ 1 การไหลเวียนโลหิตจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 - 20 ส่วนในระยะท้ายของระยะที่ 1 ของการคลอดจะเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 35 - 40 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 45 -50 เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งปริมาณเลือดที่

ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นขณะมดลูกหดตัวนี้ จะทำให้มีเลือดไหลเข้าสู่ระบบการไหลเวียนโลหิต ประมาณ 250 – 300 มิลลิลิตร แต่เมื่อมดลูกคลายตัวปริมาณเลือดในระบบการไหลเวียนก็จะลดลงทันที ซึ่งไปมีผลกระตุ้นการทำงานของระบบ sympathetic ทำให้เส้นเลือดมีการหดตัวโดยอัตโนมัติทำให้ผู้คลอดมีความดันโลหิต systolic เพิ่มขึ้น 20 – 30 mmHg และความดัน diastolic เพิ่มขึ้น 15 – 20 mmHg การเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณเลือดและความดันโลหิตนี้ ส่งผลให้หัวใจห้องล่างต้องทำงานมากขึ้น ดังนั้นหากผู้คลอดมีปัญหาเกี่ยวกับความสมบูรณ์แข็งแรงของหัวใจแล้ว อาจจะมีอันตรายจากภาวะหัวใจล้มเหลวในระหว่างคลอดได้

1.3 เมตาบอลิซึม จากการที่ขณะเจ็บครรภ์มีผลกระตุ้นต่อระบบ sympathetic ส่งผลให้ร่างกายผู้คลอดมีเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นตามมา แต่โดยที่ผู้คลอดมักจะไม่ได้รับสารอาหารในขณะระคลอด รวมทั้งการที่ไตขับ carbonate (HCO_3) ออกทางปัสสาวะเพื่อลดภาวะความเป็นด่างจากการหายใจ (Respiratory alkalosis) จึงทำให้ร่างกายผู้คลอดเกิดภาวะความเป็นกรดจากเมตาบอลิซึมได้ (Metabolic acidosis) ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้

1.4 สภาวะจิตใจผู้คลอด การเจ็บครรภ์คลอดที่รุนแรงเป็นเวลานานจะมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้คลอดได้ โดยผู้คลอดจะเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลตามมา ส่งผลให้ร่างกายเกิดความตึงเครียดและแสดงปฏิกิริยาได้ตอบออกมาผ่านทางระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท ทำให้ความรู้สึกต่อความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Dick – Read (1994) เรียกว่าเป็นกลุ่มอาการของ ความกลัว-ความเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain syndrome) หากกลุ่มอาการนี้มีมากขึ้นก็จะมีผลทำให้การคลอดล่าช้าออกไป และกลายเป็นประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีไม่เป็นที่พึงพอใจของผู้คลอดได้

2. ผลต่อการคลอด

ดังได้กล่าวแล้วว่า ความเจ็บปวดจากการคลอดและความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้คลอด จะส่งผลกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร catecholamines และ cortisol ออกมา ซึ่งมีผลให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ ดังจากการศึกษาของ Bonica (1994) พบว่า norepinephrine และ cortisol มีผลให้กล้ามเนื้อมดลูกทำงานลดลง บางครั้งพบว่าผู้คลอดเจ็บครรภ์บ่อยครั้งแต่ไม่รุนแรงทำให้ไม่มีแรงผลักดันทารกออกจากโพรงมดลูกได้ ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อมดลูกไม่ประสานกัน จึงทำให้เกิดภาวะการคลอดที่ล่าช้าหรือทำให้การคลอดไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ตามปกติ และต้องสิ้นสุดลงโดยการใช้สูติศาสตร์หัตถการเข้าช่วยการคลอดนั้น

3. ผลต่อทารกในครรภ์

ในขณะที่มดลูกหดตัวนั้น ปริมาณก๊าซที่อยู่ในรกโดยเฉพาะส่วน intervillous space จะลดลง ทำให้ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งตามปกติร่างกายทารกจะมีความทนต่อระดับการเปลี่ยนแปลงของความดันก๊าซในหลอดเลือดได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะอันตรายตามมา อย่างไรก็ตามหากผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนในการคลอดเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวรุนแรงผิดปกติหรือถี่ผิดปกติ มีความล่าช้าในการคลอด มีภาวะต่างจากการคลอด (Respiratory alkalosis) มีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Metabolic acidosis) ก็จะทำให้ทารกในครรภ์ได้รับอันตรายจากการขาดออกซิเจนจนถึงแก่ชีวิตได้

นอกจากนี้แล้วการคลอดที่ล่าช้าทำให้ทารกต้องอยู่ภายใต้สภาวะมดลูกที่หดตัวเนิ่นนานเกินไป ทำให้เกิดความดันในศีรษะทารกสูงขึ้น ส่งผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือนโดยทำให้เส้นเลือดในสมองฉีกขาด มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้น dura หรือใต้ชั้น arachnoid ซึ่งอาจทำให้ทารกเสียชีวิตหรือมีปัญหาด้านสติปัญญาเมื่อเจริญเติบโตได้

กล่าวได้ว่า ผลกระทบจากความเจ็บปวดในการคลอดนั้นมีผลต่อทั้งมารดา ทารกและกระบวนการคลอดได้ หากช่วยให้ผู้คลอดสามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลลงได้ การคลอดก็จะดำเนินไปได้ตามปกติมีความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารก ในทางตรงกันข้าม หากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดจากการคลอดได้ ก็อาจส่งผลให้การคลอดนั้นไม่สามารถดำเนินได้ตามปกติ และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือการคลอดโดยวิธีอื่นต่อไปก่อนที่ผู้คลอดหรือทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายรุนแรงถึงชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาภายหลัง

วิธีการช่วยเหลือระดับความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

ดังได้กล่าวแล้วว่าในระยะเจ็บครรภ์ มดลูกจะหดตัวทำให้เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกและช่องคลอดยืดออก และมีสาร lactate และ kinin เกิดขึ้น ซึ่งสารเคมีเหล่านี้จะไปกระตุ้นเส้นประสาททำให้เกิดความเจ็บปวดขึ้น ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการเจ็บครรภ์ถือว่าเป็นความเจ็บปวดชนิดรุนแรง ก่อให้ผู้คลอดกลัว วิตกกังวลและเครียด เส้นประสาท sympathetic หลังสาร catecholamines ออกมามากทำให้สรีรวิทยาของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กล่าวคือ เส้นเลือดทั่วร่างกายตีบทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายน้อยลง มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น เซลล์ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงทารกซึ่งรวมถึงออกซิเจนก็น้อยลงด้วย ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกคลอด ดังนั้นหากการเจ็บครรภ์มีมากหรือรุนแรงและเนิ่นนานเท่าใด ก็จะมีผลเสียต่อมารดาและทารกมากขึ้นเพียงนั้น อย่างไรก็ตามผู้ช่วยเหลือคลอดในโรงพยาบาลต่างๆ ได้พยายามหาวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้คลอดผ่านการคลอดด้วยความเจ็บปวดน้อยที่สุดหรือปราศจากความเจ็บปวดเลย โดยมีเป้าหมายไม่ให้

ผู้คลอดต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการช่วยเหลือระดับอาการเจ็บปวดในระยะคลอดหลากหลายวิธี ดังนี้

1. แบบไม่ใช้ยา (Nonpharmacological method)

เป็นการให้กำลังใจหรือจิตบำบัดในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด โดยใช้หลักการให้ผู้คลอดมั่นใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวลและไม่ตื่นกลัวการคลอด ซึ่งบุคคลที่มีชื่อเสียงและเป็นผู้บุกเบิกแนวคิดดังกล่าวคือ แพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ Lamaze (1970) โดยเสนอแนวคิดว่าการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติอยู่แล้ว หากฝึกให้ผู้คลอดได้มีการควบคุมการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ การทำสมาธิและการควบคุมจิตใจภายใต้คำแนะนำและกำลังใจจากผู้ฝึกก็จะช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดลงได้ ซึ่งต่อมา Dick-Read (1994) สูติแพทย์ชาวอังกฤษได้นำมาประยุกต์ใช้ในการคลอดเป็นระบบมากขึ้นและเรียกวิธีการคลอดดังกล่าวว่า เป็นการคลอดแบบธรรมชาติ (Natural Childbirth) ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นรูปแบบมากขึ้นและเป็นที่รู้จักกันดีว่าเป็นการคลอดแบบ active birth ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากและแพร่หลาย ดังจากรายงานผลการศึกษาของ Lowe (1989 cited in Bonica, 1994) ที่ศึกษาผู้คลอดตั้งครรภ์ครบกำหนดและมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดต่ำจำนวน 134 ราย พบว่าผู้คลอดที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองว่าจะเอาชนะการคลอดได้จะมีความเจ็บปวดน้อยกว่า และตัวแปรที่ทำนายความเจ็บปวดจากการคลอดได้ดีที่สุดคือความเชื่อมั่นและทัศนคติที่ดีต่อการคลอด นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษามากมายที่ พบว่า หากมีการเตรียมด้านจิตใจและอารมณ์ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดความมั่นใจในการคลอดแล้ว ผู้คลอดจะมีพฤติกรรมการเผชิญต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดดีขึ้น และมีความต้องการยาระงับความเจ็บปวดน้อยลง (รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์, 2530; ประกายแก้ว กำคำ, 2534; อูษา เชื้อหอม, 2534; พรรณีภา รักษ์กุล, 2537; วัลลิกา เมือกโสภณ, 2539; จารุวรรณ รั้งสิยานนท์, 2540; สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี, 2542; สุจินดา ตรินेत्र, 2545; Charles et al., 1978; Manning and Wright, 1983; Kintz, 1987; Callister, 1993; Brown et al., 1994; Corbett and Callister, 2000)

2. แบบใช้ยา (Pharmacological methods) ซึ่งการให้ยาระงับปวดมีหลายวิธี ดังนี้

2.1 การให้ยาระงับปวดและยากล่อมประสาท (Analgesics and sedatives)

เป็นวิธีการที่นิยมมากในระยะแรกของการเจ็บครรภ์ เพื่อลดอาการปวดและช่วยให้ผู้คลอดสงบลงและพักผ่อนได้มากขึ้น ยาที่นิยมใช้ได้แก่ meperidine (Pethidine), morphine, alphaprodine และ promethazine โดยเฉพาะ meperidine จะให้ขนาด 50 – 100 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือขนาด 25 – 50 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ซึ่งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อสามารถ

ฉีดเข้าได้ทุก 3 – 4 ชั่วโมง โดยยาจะออกฤทธิ์หลังฉีดประมาณ 45 นาที ส่วนการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ยาจะออกฤทธิ์ภายใน 5 นาที แต่จะหมดฤทธิ์ใน 2 – 3 ชั่วโมง ซึ่งข้อเสียของยาระงับปวดนี้จะผ่านไปออกฤทธิ์ที่ทารกในครรภ์ได้โดยกดศูนย์หายใจของทารกได้หากการคลอดเกิดขึ้นเร็วหลังได้รับยา นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า meperidine อาจทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีได้ (Macer et al., 1992; Wigton and Wolk, 1994; Cooke, 1997) แต่จากหลักฐานในปัจจุบันยังไม่พบว่ายาระงับปวดและยากล่อมประสาทจะไปมีผลต่อการลดลงของการหดตัวของมดลูกแต่อย่างใด (จตุพร ศรีสมบุญ, 2539)

2.2 การให้ยาสลบ (General anesthesia)

ซึ่งได้แก่การใช้พวก anesthetic gas เช่น nitrous oxide, halothane หรือยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เช่น ketamine HCl (Ketalar), thiopental เป็นต้น(จตุพร ศรีสมบุญ, 2539) การให้ยาสลบบดังกล่าวนี้ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะส่วนใหญ่ผู้คลอดจะไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน ซึ่งนอกจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้าลึกเศษอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจในระหว่างให้ยาสลบแล้ว ยาสลบทุกตัวที่กดระบบประสาทของผู้คลอดสามารถส่งผ่านรกไปมีผลกดระบบประสาททารกในครรภ์ได้เช่นกัน

2.3 การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะบริเวณ (Regional anesthesia)

ได้แก่การให้ยาเฉพาะที่ เช่น pudendal nerve block, paracervical block, epidural หรือ caudal block, spinal block ซึ่งการให้ต้องอาศัยความชำนาญของผู้ทำเป็นสำคัญ เพราะหากเกิดผิดพลาด พิษของยาอาจทำให้ผู้คลอดและทารกเสียชีวิตได้ (จตุพร ศรีสมบุญ, 2539)

3. การฝังเข็ม (Acupuncture)

เป็นวิธีการช่วยเหลือน้าระงับปวดวิธีหนึ่ง แต่ไม่เป็นที่นิยมแพร่หลายมากนักเนื่องจากได้ผลไม่แน่นอน ไม่แตกต่างจากการใช้ยาหลอก ซึ่งการบรรเทาปวดด้วยการกระตุ้นเส้นประสาทด้วยกระแสไฟฟ้าจะใช้ไม่ค่อยได้ผลในระยะที่สองของการคลอด

4. วิธีการอื่นๆ

4.1 การนวด (Massage) โดยนวดบริเวณที่เจ็บปวดคือ ส่วนบั้นเอวด้านหลังและบริเวณกระดูกกันบก (Sacrum) ซึ่งเชื่อว่าการนวดนี้จะเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองให้หลั่งสาร endorphine เพิ่มในร่างกาย ซึ่งสารนี้จะช่วยยับยั้งกระแสประสาทนำความรู้สึกเจ็บปวดขึ้นสู่สมองหรือที่เรียกว่า close the gate ตามแนวคิดของ Melzack และ Wall (1965)

4.2 การประคบด้วยความร้อนและความเย็น (Hot and cold compress) เป็นการใช้น้หลักความร้อนทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ช่วยลดความเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อขาด

เลือดมาเลี้ยง วิธีการโดยใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นจัดหรือใช้กระเป๋าน้ำร้อนวางประคบบริเวณที่เจ็บปวด เช่น บริเวณบั้นเอวด้านหลัง นอกจากนั้นการนอนแช่น้ำอุ่นหรือการอาบน้ำอุ่นก็สามารถลดความเจ็บปวดลงได้ และเป็นการช่วยส่งเสริมการผ่อนคลายลงได้ โดยทำให้ระดับ adrenalin และ oxytocin ลดน้อยลง ในขณะที่มีสาร endorphin หลังมากขึ้นทำให้ลดความเจ็บปวดลง (Sherwen et al., 1995) ส่วนการใช้ความเย็นนั้น นิยมใช้ผ้าเย็นประคบบริเวณหน้าผากและลำคอ ผู้คลอด เพื่อช่วยผ่อนคลายความรู้สึกร้อนและอารมณ์เครียดลงทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบายขึ้น และการวางผ้าเย็นบริเวณที่เจ็บปวดก็จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดลงได้เช่นกัน เพราะความเย็นจะทำให้เส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทำงานลดน้อยลง

จะเห็นได้ว่าวิธีการช่วยลดความเจ็บปวดให้ผู้คลอดมีหลากหลายวิธีการ ซึ่งจำเป็นที่ผู้ช่วยคลอดในห้องคลอดต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้คลอดแต่ละคน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยที่จะเกิดกับผู้คลอดและทารกเป็นสำคัญ รวมทั้งเพื่อจัดประสบการณ์การคลอดที่ดีให้ผู้คลอดได้รับความพึงพอใจจากการคลอดนั้นด้วย ซึ่งการช่วยลดความเจ็บปวดโดยวิธีการไม่ใช้ยาระงับปวดแต่ใช้วิธีการนวดและการประคบความร้อน ความเย็น เป็นการช่วยเหลือผู้คลอดที่คลอดเองโดยธรรมชาติหรือเป็นการช่วยเหลือคลอดในอดีต

การคลอดเองตามธรรมชาติ (Natural birth)

การช่วยเหลือคลอดในอดีต มักกระทำโดยหมอดำแยหรือผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ช่วยเหลือคลอดมาแล้ว ซึ่งวิธีการช่วยคลอดนั้นจะจัดให้ผู้คลอดนั่งอยู่ในท่าเอนหลังหรือครึ่งนั่งครึ่งนอนและขาทั้งสองข้างแยกออกจากกัน การนั่งเอนหลังจะใช้วิธีการนั่งพิงหมอนและผ้าห่มที่วางกองไว้เวลาเบ่งคลอดจึงจะใช้คนหนุนหลังแทน โดยคนให้หนุนหลังจะนั่งด้านหลังของผู้คลอด ผู้คลอดจะนั่งเอนหลังพิงเข้าของคนหนุนหลังซึ่งงอเข้าขึ้นมา หรืออาจพิงหลังของคนหนุนหลังที่หันหลังให้พิงก็ได้แล้วแต่จะถนัด

คนหนุนหลังมีหน้าที่สองอย่างคือ เป็นที่ให้ผู้คลอดเอนกายพิงแล้วยังต้องมีหน้าที่ช่วยประคองท้องขณะเบ่งคลอดหรือขณะทารกกำลังจะออกมาด้วย โดยจะช่วยกดหรือดันส่วนบนของมดลูกเพื่อช่วยให้ทารกเคลื่อนต่ำลงมาให้เร็วขึ้น เมื่อศีรษะทารกคลอดแล้วผู้ช่วยคลอดจึงจะช่วยดึงตัวทารกออกมา

ส่วนใหญ่การคลอดเองตามธรรมชาติจะไม่มี การตัดฝีเย็บ ซึ่งหลังคลอดอาจไม่มีการฉีกขาดเลย หรืออาจปล่อยให้ขาดเองตามธรรมชาติ แต่มีหมอดำแยบางรายมีการตัดฝีเย็บเหมือนกัน แต่เรียกว่าการกรีดฝีเย็บโดยใช้เล็บกรีดหรือใช้เกลือเม็ดที่มีคมกรีดแทนการใช้กรรไกรตัด เหมือน

ระบบการคลอดแผนใหม่ เพียงแต่มีเย็บที่ฉีกขาดจะไม่มีการเย็บซ่อมแซมโดยจะปล่อยให้แผลหายเองตามธรรมชาติ

จากอดีตที่การคลอดเน้นวิธีการให้เป็นไปตามธรรมชาติดังกล่าวข้างต้น แต่เมื่อการแพทย์แผนใหม่ได้รับความนิยมมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จึงมาคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้การคลอด กลายเป็นกระบวนการที่ถูกกำหนดให้ดำเนินการเป็นขั้นเป็นตอนมากกว่าที่จะปล่อยให้ดำเนินไปตามธรรมชาติ มีการใช้ยาในการควบคุมกระบวนการคลอดและใช้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ผู้คลอดได้รับการดูแลช่วยเหลือในลักษณะการดูแลผู้ป่วย (Patient care) ส่งผลให้เกิดเจตคติต่อการคลอดเปลี่ยนไป การคลอดถูกมองว่าเป็นเรื่องความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างสลับซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้ยาหลายชนิดและใช้เครื่องมืออุปกรณ์เพื่อช่วยคลอดมากขึ้น แม้ว่าการคลอดแผนใหม่จะช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกลงได้ก็ตาม แต่ขณะเดียวกันก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าลักษณะการดูแลผู้คลอดด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ จะส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือคลอดที่เกินความจำเป็น อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการคลอดที่แพงขึ้น ประการสำคัญคือ บางครั้งการใช้ยาต่างๆ นั้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันเป็นอันตรายต่อมารดาและทารกได้เช่นกัน

ดังนั้นในปี พ.ศ 2528 องค์การอนามัยโลกภาคพื้นยุโรปและอเมริกา ได้มีการประชุมร่วมกันเกี่ยวกับเรื่องของการคลอดและวิธีการคลอด ผลการประชุมได้มีมติยึดถือเป็นหลักการเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสตรีระยะคลอดที่ยอมรับร่วมกัน พร้อมกับมีคำประกาศอย่างชัดเจนว่า "การคลอดไม่ใช่การเจ็บป่วย" (Birth is not an illness) พร้อมกับเสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลสตรีระยะคลอด 15 ประการ ดังนี้ (WHO, 1996)

1. ชุมชนแต่ละแห่งควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดที่หลากหลาย เพื่อให้สตรีในชุมชนนั้นมีโอกาสเลือกวิธีการคลอดที่ตนเองต้องการได้
2. ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติหรือการคลอดในแต่ละโรงพยาบาล ควรมีการเปิดเผยให้ชุมชนทราบอย่างชัดเจน เช่น อัตราการทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อัตราทารกที่เกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด เป็นต้น
3. ไม่ควรมีข้อกำหนดในการโกนขนอวัยวะเพศและการสวนอุจจาระก่อนคลอด
4. ไม่ควรให้มีการคลอดโดยวิธีการชักนำการคลอด หรือการเร่งคลอดเกินความจำเป็นหรือเป็นเพราะเหตุผลจากความสะดวกของผู้ช่วยคลอดเท่านั้น
5. การเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะคลอดทุกรายไม่ใช่เหตุผลที่ถูกต้องในการช่วยเหลือการคลอด

6. ไม่มีหลักฐานยืนยันอย่างชัดเจนว่า การดูแลทารกในครรภ์โดยการใช้อุปกรณ์มืออิเล็กทรอนิกส์ราคาแพงจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีเสมอไป แต่ควรเลือกนำมาใช้เฉพาะกรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือรายที่มีการชักนำการคลอดเท่านั้น

7. ขณะคลอดควรให้ผู้คลอดมีโอกาสลุกเดินบ้าง รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกท่าคลอดตามที่ต้องการโดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในท่านอนหงายขาพาดที่ขาหนึ่ง (Lithotomy) เท่านั้น

8. การให้ยาระงับความเจ็บปวดให้เลือกเฉพาะกรณีที่เป็นเท่านั้น

9. ไม่ควรตัดฝีเย็บเพื่อช่วยคลอดในผู้คลอดทุกราย

10. ในแต่ละห้องที่ไม่ควรมีอัตราการผ่าท้องคลอดทารกเกินร้อยละ 10 – 15 ของการคลอดทั้งหมด

11. ไม่มีความจำเป็นต้องผ่าท้องคลอดทารกซ้ำในรายที่เคยได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมาแล้วทุกราย

12. ควรให้ทารกได้ดูดนมมารดาทันทีหลังเกิด ก่อนที่จะย้ายออกจากห้องคลอด

13. ไม่ควรแยกทารกแรกเกิดที่สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ออกจากมารดาที่คลอดปกติ

14. ควรพิจารณาอนุญาตให้ใช้เทคนิคใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการคลอดเฉพาะที่ผ่านการประเมินผลอย่างดีมาแล้วเท่านั้น

15. ควรพิจารณาให้ผู้ช่วยเลือกการคลอด มีส่วนร่วมในการประเมินผลเทคนิคใหม่ๆ ที่เกี่ยวกับการคลอด พร้อมกับให้โอกาสในการเสนอผลงานในรูปแบบของรายงานการวิจัย และการนำเสนอในที่ประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

แนวคิดการคลอดเองโดยธรรมชาติ (Active birth)

ในอดีตได้มีผู้พยายามคิดค้นวิธีการต่างๆ มากมาย เพื่อนำมาใช้ในการช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอด เช่น Dick-Read, Lamaze และ Bradley เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีตั้งแต่วิธีการหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ การนวดสัมผัสให้ผ่อนคลาย และการใช้คำพูดในการให้กำลังใจ ผู้คลอด เป็นต้น วิธีการเหล่านี้ได้รับการพัฒนาและปรับเปลี่ยนมาจนกระทั่งกลายเป็นรูปแบบการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดของหญิงตั้งครรภ์จนถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้คลอดเองโดยธรรมชาติ

จุดมุ่งหมายของการคลอดเองโดยธรรมชาติ อยู่บนพื้นฐานของการยอมรับและเชื่อมั่นว่า การคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติ ซึ่งร้อยละ 90 ของผู้คลอดสามารถคลอดเองได้แม้จะไม่ได้รับการช่วยเหลือคลอดก็ตาม ยกเว้นกรณีที่ผู้คลอดเกิดภาวะการคลอดยากหรือคลอดเองตามธรรมชาติไม่ได้ จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นๆ ต่อไป

โดยที่การคลอดเองโดยธรรมชาติตระหนักอย่างชัดเจนว่า เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดผู้คลอดจะเกิดความเจ็บปวดอันมีสาเหตุมาจากการที่ปากมดลูกเปิดขยายตัว ดังนั้นการคลอดกับความเจ็บปวดจึงเป็นสิ่งควบคู่กันเพราะร่างกายหลั่งสาร oxytocin ออกมาเพื่อช่วยให้มดลูกหดตัวดีขึ้นอันเป็นการช่วยให้ปากมดลูกเปิดขยายเร็วขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าความเจ็บปวดเป็นข้อบ่งชี้ที่ดีของความก้าวหน้าในการคลอดยิ่งเกิดความเจ็บปวดมากเท่าใดเท่ากับว่าการคลอดนั้นใกล้จะสิ้นสุดลง ฉะนั้นหากผู้คลอดปิดกั้นหรือไม่ยอมทำความเข้าใจกับกระบวนการธรรมชาตินี้ หรือพยายามต่อสู้กับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจึงเท่ากับเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับร่างกาย ซึ่งไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวต่อความเจ็บปวดแล้ว ภายใต้อาการที่ตึงเครียดจะไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร adrenalin เพิ่มมากขึ้น เท่ากับว่าเป็นการไปยับยั้งการหลั่งสาร oxytocin ทำให้มดลูกหดตัวน้อยลงส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดเนิ่นนานออกไป

ดังนั้น สิ่งสำคัญที่สุดของการคลอดเองโดยธรรมชาติ คือ การทำความเข้าใจกับผู้คลอดถึงกระบวนการคลอดที่ต้องเผชิญ และช่วยเหลือให้ผู้คลอดอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลาย รับรู้และปล่อยให้ร่างกายดำเนินการคลอดไปตามวิถีของธรรมชาติ ประการสำคัญคือผู้คลอดต้องสนใจตนเอง รับรู้กำลังเกิดอะไรกับร่างกายตนเอง พร้อมกับการตั้งรับความเจ็บปวดในท่าที่สุขสบายที่สุดที่จะช่วยทำให้ร่างกายสามารถเผชิญกับความเจ็บปวด ขณะที่มดลูกมีการบีบรัดตัวและมีการเปิดขยายของปากมดลูกตลอดเวลา การรับรู้กระบวนการคลอดและสาเหตุของความเจ็บปวดตลอดจนการตัดสินใจเลือกอยู่ในท่าที่สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งได้ จะช่วยทำให้ผู้คลอดลดความตระหนกตื่นกลัวอันนำไปสู่กระบวนการต่อต้านการคลอด นอกจากนี้แล้วความเชื่อมั่นว่าการคลอดเป็นกระบวนการธรรมชาติและความเข้าใจว่าความเจ็บปวดจากการคลอดนั้นเป็นกระบวนการทางชีววิทยาภายในร่างกายที่เป็นปกติ จะทำให้ผู้คลอดเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจอันจะส่งผลให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดและผ่านพ้นการคลอดไปได้โดยไม่จำเป็นต้องได้รับยาหรือเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ใดๆมาช่วยเลย

ดังนั้นในพ.ศ. 2533 เริ่มมีการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านมารดาทารก (The Expert Maternity Group) ในประเทศอังกฤษ โดยเสนอความคิดใหม่ที่เรียกว่า "Changing childbirth" (Department of Health, 1993) โดยมีเหตุผลว่าการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดไม่ได้มี

เป้าหมายหรือค่านึงถึงผลลัพธ์อยู่ที่ให้มารดาและทารกปลอดภัยเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงความรู้สึกด้านจิตใจ อารมณ์และความพึงพอใจของผู้คลอดด้วย ต่อมา มีรายงานจากประเทศไอร์แลนด์เหนือ ได้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวโดยมีการเรียกร้องให้มีทางเลือกของการคลอด หรือ "Delivering choice" (Northern Ireland Maternity Unit Study Group, 1994) ซึ่งเน้นให้ผู้คลอดมีโอกาสเลือกการคลอดที่มากกว่าวิธีการคลอดในปัจจุบัน โดยเฉพาะวิธีการคลอดที่เน้นให้ความสำคัญต่อการคลอดที่ปลอดภัยและเป็นธรรมชาติประการสำคัญคือต้องเป็นการคลอดที่เน้นความสำคัญผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง (Women-centered)

แนวคิดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของ Balaskas (1991) ซึ่งเป็นนักสิทธิสตรีชาวอังกฤษที่เห็นว่า การคลอดเองโดยธรรมชาติหรือการคลอดด้วยตนเอง (active birth) เป็นกระบวนการคลอดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ โดยผู้คลอดเป็นผู้กำหนดวิธีการช่วยเหลือตัวเองช่วยเหลือให้ร่างกายและจิตใจมีการผ่อนคลายและเผชิญต่อความเจ็บปวดในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ตนเองพึงพอใจและผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งการคลอดเองโดยธรรมชาติมีข้อดีหลายประการนับตั้งแต่ใช้ยาระงับปวดน้อยลงหรือไม่ต้องใช้เลย มดลูกมีการหดตัวดีและมีประสิทธิภาพ ออกซิเจนไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ตามปกติ และระยะเวลาในการคลอดสั้นลง เป็นต้น นอกจากนี้จะพยายามเผยแพร่แนวคิดการคลอดเองโดยธรรมชาติแล้ว Balaskas ยังได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับการคลอดชื่อว่า Active Birth ขึ้นด้วย ซึ่งปรากฏว่าได้รับความสนใจเบื้องต้นจากกลุ่มสตรีทางเหนือของประเทศอังกฤษและเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งต่อมาได้รับการสนับสนุนจากสูติแพทย์บางกลุ่มทำให้แนวคิดนี้เติบโตและแพร่หลายมากยิ่งขึ้น จนปัจจุบันถือว่าเป็นทางเลือกของการคลอดวิธีหนึ่งที่ผู้หญิงสามารถเลือกคลอดได้ด้วยตนเอง

มีรายงานการศึกษาพบว่า การคลอดเองโดยธรรมชาติจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้คลอดหลายประการ นับตั้งแต่การใช้ยาระงับปวดน้อยลงหรือไม่ใช้เลย มดลูกมีการหดตัวดีและมีประสิทธิภาพ ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงทารกในครรภ์เป็นไปอย่างปกติ ดังที่ Balaskas (1991) ได้กล่าวถึงข้อดีหรือผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติที่มีต่อผู้คลอด ดังนี้

1. การดำเนินการคลอด จะเป็นไปตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องและไม่มีปัญหาอุปสรรคมาทำให้หยุดชะงักลง
2. ลักษณะการหดตัวของมดลูกจะค่อยๆเพิ่มมากขึ้น ดีขึ้นและสม่ำเสมอ
3. ปากมดลูกจะเปิดเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก

4. ผู้คลอดสามารถมีเวลาผ่อนคลายเป็นระยะๆได้ ตามช่วงระหว่างการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้ง ในขณะที่แรงดันในมดลูกยังคงมีสูงอยู่
5. ระยะเวลาคลอดจะสั้นลงเนื่องจากผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง
6. ผู้คลอดมีความกลัวและความเครียดน้อยลง ทำให้ความเจ็บปวดและความต้องการยาระงับปวดลดน้อยลง
7. ผู้คลอดมีส่วนร่วมในการคลอดอย่างเต็มที่ รู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมการคลอดได้และพบว่ามีความพึงพอใจในการคลอดอยู่ในระดับสูง
8. ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การคลอดเองโดยธรรมชาติเน้นที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับการคลอดโดยการรับรู้และสนใจว่ากำลังมีอะไรเกิดขึ้นกับร่างกายตนเอง มีการตั้งรับความเจ็บปวดจากกระบวนการคลอดด้วยใจเปิดกว้าง และเตรียมสภาพร่างกายให้อยู่ในท่าที่ผ่อนคลายและรู้สึกสุขสบายมากที่สุด โดยมีผู้ช่วยเหลือการคลอดอยู่คอยให้การดูแลอำนวยความสะดวกให้ ซึ่งการคลอดวิธีนี้จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้การคลอดดำเนินผ่านพ้นไปอย่างเป็นปกติโดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องมืออุปกรณ์ใดๆ

การคลอดแบบเร่งคลอด (Augmentation labor)

oxytocin เป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ซึ่งพบว่ามีอยู่ในกระแสเลือดแล้วจะสามารถทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ จึงถูกนำมาใช้ในการชักนำการคลอดตั้งแต่ พ.ศ. 2443 แต่เป็นที่นิยมแพร่หลายมากในอีก 50 ปีต่อมา คือตั้งแต่ พ.ศ. 2493 เป็นต้นมา เนื่องจากสามารถสังเคราะห์ฮอร์โมนนี้ได้จากห้องปฏิบัติการ ทำให้ผลเสียจากปฏิกิริยาข้างเคียงลดน้อยลง ปัจจุบันใช้เฉพาะให้ทางเส้นเลือดดำเท่านั้นโดยใช้ผสมกับน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตรให้เจือจางแล้วหยดเข้าเส้นเลือดฤทธิ์ของ oxytocin จะทำให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น ช่วยในการผลักดันให้ทารกเคลื่อนตัวลงมาเร็วขึ้น ทำให้การคลอดสิ้นสุดลงได้เร็วกว่าปล่อยให้คลอดเองตามธรรมชาติ (Baxi et al., 1987: 30 -32; Akoury et al., 1991) ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาอย่างต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ของการใช้ oxytocin เพื่อเร่งการคลอดพบว่า นอกจากช่วยให้ระยะเวลาการคลอดสั้นลงแล้วยังไม่พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของทารกแตกต่างจากผู้คลอดที่ไม่ได้ให้ยาเร่งคลอดแต่อย่างใด (O'Driscoll and Meagher, 1986; O'Driscoll et al., 1984; Turner and Brassil, 1988 cited in Akoury et al., 1991) แต่หากมดลูกมีการหดตัวมากเกินไปหรือถี่เกินไปก็อาจส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนเฉียบพลันได้ (วิโรจน์ สหพงษ์, 2539)

ในห้องคลอดจะมีการใช้ oxytocin ใน 2 กรณีคือ ใช้ในการชักนำการคลอดกับใช้ในการเสริมแรงหดตัวของมดลูกให้ดีขึ้น (ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์และยงยุทธ เหราบัตย์, 2539) หรืออีกนัยหนึ่งคือใช้ในการเร่งคลอดให้สิ้นสุดเร็วขึ้น ดังจากรายงานผลการศึกษาของ Calder (1982 อ้างใน ประทักษ์ โอประเสริฐและ ยงยุทธ เหราบัตย์, 2539) พบว่า ในครรภ์แรกถ้าใช้เพื่อชักนำการคลอดขณะที่ปากมดลูกยังไม่พร้อม เข้าสู่ระยะคลอดจะทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะสูง แต่ถ้าปากมดลูกนุ่มและ่างขยายได้ง่ายโอกาสของการคลอดปกติจะมีมากขึ้นและระยะเวลาของการคลอดจะสั้นลงด้วย

สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ oxytocin จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้านดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนด้านผู้คลอด โดยผลการศึกษาระบุว่าหากมีการใช้ oxytocin อย่างไม่ถูกต้องหรือมดลูกมีความไวต่อยามากเกินไปอาจทำให้มดลูกแตก เกิดการตกเลือดหลังคลอด มีการฉีกขาดของปากมดลูกและการคลอดที่เร็วผิดปกติ (Precipitated labor) (วินิต พัวประดิษฐ์และกำแหง จาตุรจินดา, 2537; Wigton and Wolk, 1994; Cooke, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสูติแพทย์ต่างประเทศบางคนเห็นว่าผลของ oxytocin จะออกฤทธิ์รวดเร็วและทันทีที่ผู้คลอดได้รับเข้าร่างกาย โดยทำให้มดลูกเกิดการหดตัวมากกว่าปกติเพื่อขับทารกออกจากโพรงมดลูก แม้จะช่วยให้ระยะเวลาในการคลอดสั้นกว่าการคลอดเองตามธรรมชาติ แต่ผลข้างเคียงที่ตามมาก็คือ ผู้คลอดจะได้รับความเจ็บปวดมากขึ้นจนทนไม่ไหวต้องได้รับยาเพื่อระงับปวด (Huntingford, 1985; Farabow et al., 1993; Thomas, 1996) จากการศึกษาของ Smith และคณะ (1984) และ Akoury และคณะ (1991) ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับ oxytocin กับกลุ่มที่ไม่ได้รับ oxytocin ผลการศึกษาพบว่า แม้อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (Fetal distress) และอัตราการตายของทารก (Perinatal morbidity) ของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับ oxytocin จะได้รับยาระงับปวดมากกว่าและสิ้นสุดการคลอดด้วยการใช้คีมช่วยคลอด (Forceps delivery) หรือการผ่าท้องคลอด (Cesarean section) มากถึงร้อยละ 16.8 ขณะที่กลุ่มไม่ได้รับยา oxytocin มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์และคณะ (2539) ที่ศึกษาการใช้ oxytocin ในการชักนำการคลอดในโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการชักนำการคลอดจะมีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงถึงร้อยละ 18.8 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เจ็บครรภ์คลอดเองซึ่งจะมีเพียงร้อยละ 9.2 เท่านั้น นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการคลอดโดยใช้ oxytocin ว่า ผู้คลอดที่ได้ยาเร่งคลอดนี้ต้องได้รับยาระงับปวดทางไขสันหลัง

(Epidural anesthesia) มากถึงร้อยละ 83.8 ในขณะที่ผู้คลอดเองโดยธรรมชาติจะได้รับยาระงับปวดเพียงร้อยละ 55 เท่านั้น (Macer et al., 1992) ผลลัพธ์ของการคลอดแบบชักนำการคลอดหรือเร่งคลอดพบว่าสภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือทำให้มดลูกแตกได้ (Wigton and Wolk, 1994; Cooke, 1997) การได้รับยาเร่งคลอดนานๆ ทำให้มดลูกล้าส่งผลให้มีการหดรัดตัวลดลงต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือการคลอด (Thomas, 1996)

นอกจากนั้นมีรายงานการศึกษาพบว่า การใช้ oxytocin หยดเข้าหลอดเลือดดำในระหว่างการคลอดอาจมีผลให้ผู้คลอดมีปริมาณปัสสาวะลดน้อยลง เกิดภาวะ water intoxication ได้ โดยทำให้ผู้คลอดเกิดอาการปวดศีรษะ ชีพและชักได้ร้อยละ 90 และถึงแก่ความตายได้ร้อยละ 10 (Abdul-Karim et al. อ้างใน วินิต พัวประดิษฐ์และกำแพง จาตุรจินดา, 2537; Bergsjö et al., 1989; Thomas, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duff and Sinclair (2000) ซึ่งศึกษาภาวะเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการคลอดที่ใช้ยา oxytocin กระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ พบว่า ผลลัพธ์ของการคลอดโดยใช้ยา oxytocin กับการคลอดเองมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การคลอดแบบใช้ยาทำให้อัตราการผ่าท้องคลอดมีมากกว่าการคลอดแบบเจ็บครรภ์เองถึงร้อยละ 5 ได้รับยาระงับปวดและมีการสูญเสียเลือดจากการคลอดมากกว่าการคลอดแบบเจ็บครรภ์เองถึงร้อยละ 17

2. ภาวะแทรกซ้อนในด้านทารก นั้นพบว่า ผู้คลอดที่ได้รับ oxytocin อาจมีผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ได้ โดยการที่มดลูกบีบรัดตัวรุนแรงหรือผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ทารกเกิดภาวะ acidosis, asphyxia ทำให้เกิดอัตราการขาดออกซิเจนในทารก (Fetal distress) ตลอดจนทารกถึงแก่ความตายมีสูงขึ้น (Smith, et al., 1984) มีรายงานการศึกษามากมายแสดงว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทารกแรกเกิดตัวเหลือง (Neonatal hyperbilirubinemia) จากการให้ oxytocin ระหว่างการคลอด (Hamad et al., 1985 ; Bergsjö et al., 1989) เพราะการขาดออกซิเจนทำให้เกิดการค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้เกิด pCO_2 เพิ่มขึ้นในเลือดทารกและค่า pH ต่ำลงจนเกิดภาวะกรดในเลือด (Acidosis) ปกติค่า pCO_2 ที่วัดได้จาก fetal scalp blood จะมีค่าระหว่าง 38-44 ทอร์รี่ อย่างไรก็ตามอาจใช้วิธีการประเมินภาวะการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์แบบง่ายๆ โดยตรวจพบภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ (Meconium stain) หรืออัตราการเต้นหัวใจของทารกที่ผิดปกติ (Electronic fetal monitoring) ซึ่งหากพบภาวะผิดปกติดังกล่าวต้องให้ความช่วยเหลือทันที เพราะแสดงว่าทารกอาจกำลังอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) ได้ หากการช่วยเหลือล่าช้าอาจส่งผลให้ทารกตายได้

มีรายงานการศึกษาพบว่าอัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ที่ผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดเป็นกรด แต่หากพบว่ามีปริมาณ meconium มากร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรดพบว่ามี

ความสัมพันธ์กับคะแนน apgar score ที่ต่ำในช่วง 1-5 นาทีแรกเกิด (Murphy et al., 1990; Akoury et al., 1991) ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าในระหว่างการคลอดหากพบว่า ค่าความเป็นกรดจากเลือดที่หนังศีรษะทารกมีค่าต่ำกว่า 7.2 จะบ่งชี้ถึงภาวะเลือดเป็นกรด ถ้าอยู่ระหว่าง 7.2 – 7.25 จะถือว่าเริ่มมีภาวะเลือดเป็นกรดเกิดขึ้น ซึ่งจะต้องรีบให้ความช่วยเหลือทารกทันทีก่อนที่จะเกิดอันตรายตามมา แต่ Bove และคณะ (1998) มีความเห็นว่า ค่าความเป็นกรดในเลือดทารก ไม่ได้บ่งชี้ถึงภาวะ fetal distress เสมอไป โดยประมาณร้อยละ 6 – 20 ที่ผลการวัดความเป็นกรดในเลือดจากหนังศีรษะทารกได้ค่าในเกณฑ์ปกติ แต่กลับพบว่าทารกแรกเกิดมี apgar score ต่ำได้ และอีกร้อยละ 8 – 10 ที่ผลการตรวจความเป็นกรดในเลือดจากหนังศีรษะทารกได้ค่าในเกณฑ์ผิดปกติ แต่กลับพบว่าทารกแรกเกิดมี apgar score ปกติ ต่อมา มีรายงานการศึกษาของ Besinger และคณะ (1990) พบว่าในกรณีที่ตรวจพบว่าทารกเกิดภาวะ distress เนื่องจากการหดตัวของมดลูกที่ถี่หรือรุนแรงมากเกินไป การใช้ยาเร่งการหดตัวของมดลูกจะได้ผลดี โดยสามารถแก้ไขภาวะ fetal distress ที่มี pH ระหว่าง 7.2 – 7.24 ได้ผลร้อยละ 77 หากค่า pH น้อยกว่า 7.20 จะได้ผลร้อยละ 50 ประการสำคัญคือ สามารถลดอัตราการผ่าตัดคลอดลงได้ประมาณครึ่งหนึ่ง

นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Macer และคณะ (1992) พบว่าผลลัพธ์ของการคลอดที่เกิดกับทารกในครรภ์ในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับ oxytocin จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนจนเกิดอาการแสดงของ meconium stain ถึงร้อยละ 16.2 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดเองโดยธรรมชาติจะมีเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น เนื่องจากการได้รับยาเร่งปฏิกิริยาทางไขสันหลังทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดีการคลอดจึงล่าช้าทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Thomas (1996) และ Duff and Sinclair (2000) พบว่า การได้รับยาบีบรัดมดลูก ทำให้การหดตัวของมดลูกผิดปกติ ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนลดลงและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมาได้ (Fetal distress) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาเหล่านี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Smith และคณะ (1984) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดระหว่างกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับยา oxytocin กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา oxytocin พบว่าอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ (Fetal distress) ใน 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่จะมีผลกับผู้คลอดมากกว่าทารก

กล่าวได้ว่าการคลอดโดยใช้ยา oxytocin นั้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทั้งผลดีและผลข้างเคียงต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ตามมาได้ ดังจากรายงานผลการศึกษามากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นควรได้มีการศึกษามากขึ้นเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงว่า การช่วยเหลือคลอดโดยการให้ยาชักนำ

การคลอดหรือช่วยเร่งการคลอดให้เร็วขึ้นควรมีข้อบ่งชี้หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้เกิดความปลอดภัยกับชีวิตของผู้คลอดและทารกที่จะเกิดตามมาด้วย

ผลลัพธ์ของการคลอด

1. แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการ

ปัจจุบันเป็นที่เข้าใจตรงกันแล้วว่าการบริการทางสุขภาพถือว่าเป็นบริการประเภทหนึ่ง ซึ่งลักษณะของการบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีตัวตน จับต้องไม่ได้ มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้และไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ ดังนั้นการที่จะวัดหรือประเมินผลของการให้บริการได้นั้น จึงต้องวัดผลลัพธ์ที่เกิดแก่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ โดยหากผู้รับบริการพึงพอใจหรือเห็นว่าการบริการนั้นสอดคล้องกับความต้องการของตนเองก็จะเกิดความพึงพอใจตามมา ซึ่ง Donabidian (1986) ได้ให้ความเห็นว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นวิธีการหนึ่งที่จะประเมินผลลัพธ์และคุณภาพของการให้บริการโดยที่เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการบริการแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการโดยตรงและส่วนที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดทางด้านจิตใจในลักษณะของความพึงพอใจต่อบริการซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง

ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้รับบริการโดยตรง มักจะประเมินจากตัวบ่งชี้ที่พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของบริการที่ผู้รับบริการได้รับแต่ละคน ซึ่งจิตร สิทธิอมรและคณะ (2543: 80-81) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นว่า เครื่องชี้วัดผลที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นจากกิจกรรมบริการต่อผู้ป่วยและมีผลต่อผู้ป่วย ทางร่างกายและจิตใจเรียกว่า outcome indicator ซึ่ง JCAHO (Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization) (1989 อ้างใน จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543) ให้ความเห็นว่า เครื่องชี้วัด

1. เครื่องชี้วัดกลุ่มงานด้านคลินิก เป็นเครื่องชี้วัดที่เหมาะสมกับกลุ่มงานบริการ

เช่น งานบริการหอผู้ป่วยหนัก ห้องฉุกเฉิน ฯลฯ

2. เครื่องชี้วัดงานบริการทั่วไป เป็นเครื่องชี้วัดที่เหมาะสมกับทุกคน เช่น ความพึง

พอใจของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3. เครื่องชี้วัดงานบริการเฉพาะ ใช้สำหรับวัดงานบริการเฉพาะ เช่น การให้

อาหารทางสายยาง ostomy care การป้องกันและรักษาความเจ็บปวด การป้องกัน bed sore ฯลฯ

4. เครื่องชี้วัดงานด้านการแพทย์ เช่น การวินิจฉัยภาวะตับอักเสบ เบาหวาน

ผลการรักษาผู้ป่วย COPD เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดของการบริการอาจแบ่งได้ตามกลุ่มกิจกรรมหรือแง่มุมการให้บริการคือ กลุ่มงานด้านคลินิก งานบริการทั่วไป งานบริการเฉพาะและงานด้านการแพทย์ นอกจากนั้นแล้ว อาจใช้เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมทั้งหมดได้เช่นกัน เช่น การวัดความพึงพอใจผู้ป่วยที่รักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการนั้น อาจประเมินได้โดยใช้เครื่องชี้วัดตามกลุ่มกิจกรรมการบริการที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง หรืออาจประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อกิจกรรมการบริการทั้งหมดก็ได้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ศึกษาผลลัพธ์ของการคลอดโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ประเมินผลที่เกิดกับผู้คลอดและทารกในครรภ์โดยตรงตามตัวบ่งชี้ที่สร้างขึ้นตามการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการประเมินความพึงพอใจของผู้คลอดที่มีต่อวิธีการช่วยเหลือคลอดในห้องคลอดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

2. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการคลอด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ผลลัพธ์ของการคลอด พบว่ามีรายงานการศึกษาการใช้ตัวบ่งชี้ประเมินผลลัพธ์ของการคลอดหลากหลาย ดังนี้ **อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์** (Murphy et al.,1990; Akoury, 1991; Pello et al.,1991; Macanlay et al.,1992) **การได้รับยาระงับปวด** (Huntingford, 1985; Hofmeyr et al., 1991; Macer et al., 1992; Farabow et al., 1993; Thomas, 1996; Bergsjö et al., 1989; Duff and Sinclair, 2000) **การหดรัดตัวของมดลูก** (Huntingford, 1985; Akoury, 1991; Thomas, 1996; Lazor et al., 2002) **ภาวะน้ำคั่งในร่างกายนารดาหลังคลอด** (Bergsjö et al., 1989) **ค่าระดับ blood gas** (Akoury et al., 1991; Pello et al., 1991; Macanlay et al., 1992; Macer et al., 1992; Bowe et al., 1998) **ปริมาณการสูญเสียเลือดในการคลอด** (Duff and Sinclair, 2000) **ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด** (Smith et al., 1984; Murphy et al., 1990; Wigton and Wolk, 1994; Cooke, 1997; Bowe et al., 1998; Lazor et al., 2002) **วิธีการคลอด** (Smith et al., 1984; Farabow et al.,1993; Duff and Sinclair, 2000; Lazor et al., 2002) **ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอด** (Huntingford, 1985; Hofmeyr et al., 1991; Pello et al.,1991; Thomas, 1996; Lazor et al., 2002) **คะแนน apgar score ทารกแรกเกิด** (Siggaard cited in Bowe et al., 1998; Duff and Sinclair, 2000) **ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด** (Bergsjö et al., 1989) **อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด** (Akoury et al., 1991) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้ตัวบ่งชี้เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดและทารก คือ วิธีการคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้รับยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอด ปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการคลอด

ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด อัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ ค่า blood gas จากสายสะดือทารกแรกเกิด คะแนน apgar score การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา

3. ความพึงพอใจในการคลอด

โดยทั่วไปแล้ว แนวคิดหรือทฤษฎีความพึงพอใจทางสุขภาพมักสร้างหรือพัฒนารูปแบบมาจากความพึงพอใจของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย มีรายงานเกี่ยวกับการประเมินผลการให้บริการจากผู้รับบริการในโรงพยาบาลต่างๆพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับตัวแปรต่างๆมากมาย อาทิ อายุ การศึกษา เศรษฐฐานะ รายได้ ฯลฯ ซึ่งลักษณะการประเมินผลความพึงพอใจมักจะประเมินจากความคาดหวังที่ผู้รับบริการมีต่อบริการที่จะได้รับ และการรับรู้ผลลัพธ์จากการได้รับบริการนั้น ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่ มักจะใช้แนวคิดความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการ หรือแนวคิดการรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการได้รับบริการ (Bramadat, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ Locker (1978) และ Pascoe (1986 cited in Bramadat, 1993) ที่เห็นว่า การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ นักวิชาการควรมุ่งเน้นศึกษาว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับปัจจัยใดหรือกับอะไรบ้างมากกว่าจะมุ่งหาคำตอบเพื่อนำไปสร้างทฤษฎีความพึงพอใจที่เคร่งครัดตายตัว (Construct or developing a solid theory of satisfaction)

ในการศึกษาความพึงพอใจในการคลอดก็เช่นเดียวกันมีแนวคิดว่าเนื่องจากความพึงพอใจในการคลอดเป็นสิ่งที่ให้คำนิยามหรือความหมายได้ยาก เพราะค่อนข้างเป็นเรื่องซับซ้อนและขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ การวัดความพึงพอใจในการคลอดจึงเป็นการวัดหรือการประเมินผลทางอารมณ์ความรู้สึกของผู้คลอดหรือเรียกว่าผลลัพธ์ทางด้านอารมณ์ความรู้สึก (Soft outcome or affective outcome) ซึ่งทางด้านพฤติกรรมถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องตอบสนองให้กับผู้คลอดให้เกิดความพึงพอใจด้วย ดังนั้นจึงมีนักวิชาการจำนวนหนึ่งที่พยายามแสวงหาวิธีการวัดหรือประเมินความพึงพอใจในการคลอด ในลักษณะของดัชนีตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพที่ดีของการช่วยเหลือการคลอดจนถึงปัจจุบัน (Shearer, 1983; Lumley, 1985; Seguin et al., 1989)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการคลอดมี
โดยสังเขปดังนี้

มีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพ มุ่งศึกษาหากการนิยามหรือการให้ความหมายของความพึงพอใจในการคลอดพบว่า ปัญหาสำคัญคือผู้คลอดไม่สามารถหาภาษาหรือคำพูดที่เหมาะสมแทนความหมายถึงสิ่งที่บอกได้ว่า "พึงพอใจ" หรือ "ไม่พึงพอใจ" ในการคลอดได้อย่าง

ชัดเจน (Driedger, 1991 cited in Bramadat, 1993) ผู้คลอดบางคนจะอธิบายความพึงพอใจในลักษณะของสภาวะทางอารมณ์ เช่น มีความชอบ มีความสุข มีความอบอุ่นใจ เป็นต้น ส่วนในเรื่องความไม่พึงพอใจจะอธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกไปในทางลบและความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการคลอด ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นความรู้สึกของคนที่มีต่อประสบการณ์และประเมินผลเหตุการณ์ที่เกิดกับตนเองออกมา ดังนั้นความพึงพอใจ จึงเป็นเรื่องของความชอบหรือความสุขที่ผู้คลอดสร้างสรรค์บรรยายขึ้นจากประสบการณ์ของตนเองโดยตรงกล่าวโดยสรุปได้ว่า ในทางทฤษฎีแล้วความพึงพอใจในการคลอดเป็นสภาวะทางอารมณ์ของผู้คลอด ที่ส่งผลให้เกิดเป็นทัศนคติทางบวกหรือทางลบต่อผลลัพธ์การคลอดของผู้คลอดที่มีต่อตนเอง ซึ่ง Driedger (1991 cited in Bramadat, 1993) ศึกษาพบว่า ผู้คลอดส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอดไปในทางบวก เมื่อผลลัพธ์ของการคลอดนั้นทารกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง แต่ในทางตรงกันข้ามความพึงพอใจในการคลอดจะเป็นไปในทางลบเมื่อทารกคลอดออกมามีปัญหาทางสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาพบว่า ความรู้สึกพึงพอใจในการคลอดประกอบด้วยหลากหลายมิติ ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจในภาพรวมไม่ใช่เป็นการวัดเฉพาะการแสดงความรู้สึกของ ผู้คลอดที่มีต่อการคลอดเพียงประการเดียว แต่ผู้คลอดอาจพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตนเองแต่อาจไม่พึงพอใจในเรื่องอื่นก็ได้ ซึ่งผลการศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการวัดความพึงพอใจในการคลอดควรวัดในหลายมิติ นับตั้งแต่บริบทสิ่งแวดล้อมของห้องคลอด วิธีการคลอดและการดูแลขณะอยู่ในห้องคลอด เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการรับรู้ของผู้คลอดที่มีต่อการคลอดของตนเองด้วย (Shielda, 1978; Shaw, 1985 cited in Bradamat, 1993; Brown et al., 1994; Tumblin et al., 2001) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Driedger (1991, cited in Bramadat, 1993) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในการคลอดเป็นเรื่องเกี่ยวพันกับอารมณ์ความรู้สึกของผู้คลอดแต่ละคนโดยตรง จึงควรศึกษาในปัจจุบันหลากหลายมิติ ดังผลการศึกษาของ Driedger พบว่า มารดาหลังคลอดระบุความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในประสบการณ์การคลอดของตนเองทั้ง 2 ความรู้สึก โดยระบุว่ามีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับขณะคลอด ในขณะที่เดียวกันก็ไม่พึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในห้องคลอดเพราะมีคนมากเกินไปทำให้เกิดความรู้สึกไม่สงบและทำให้ความกลัวขึ้นมา นอกจากนี้แล้วมีการศึกษาพบว่าผู้คลอดพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอดของตน ในทางที่ดีเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารในขณะที่รอคลอด มีการติดต่อสื่อสารที่ดี และจะมีความรู้สึกในทางลบเกี่ยวกับการต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยคลอด (Green et al., 1990) รวมถึงการผ่าห้องคลอด (Cranley et al., 1983; Erb et al., 1983) และมีการศึกษาพบว่าทัศนคติทางบวกต่อการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับการได้รับ

คำแนะนำการคลอดจากการมาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ (Mercer et al., 1983) การติดต่อสื่อสารและการสนับสนุนทางการพยาบาลจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการคลอดระดับสูง (Shields et al., 1978; Green et al., 1990; Sullivan, 1982 cited in Bramadat, 1993)

Mackey (1985 cited in Corbett and Callister, 2000) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดภายหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า ผลการคลอดมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจด้านการจัดการในระยะก่อนคลอด ประสบการณ์การคลอดในอดีต ระยะเวลาในการคลอดและระดับความพึงพอใจในการคลอด นอกจากนี้ยังพบว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตที่ดีที่สุด ในขณะที่การเจ็บครรภ์คลอดและการเบ่งคลอดเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ที่เลวร้ายที่สุด และผู้ที่มีส่วนสำคัญในการให้ประสบการณ์ความพึงพอใจโดยรวมมากที่สุดคือเจ้าหน้าที่พยาบาลร้อยละ 68 และสามีร้อยละ 62 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Driedger (1991 cited in Bramadat, 1993) ที่ศึกษาความพึงพอใจและไม่พึงพอใจในการคลอดพบว่า สิ่งทีก่อให้เกิดความพึงพอใจสำคัญที่สุดในผู้คลอดคือการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดซึ่งอาจเป็นสามีหรือญาติ ถัดลงมาคือการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล และการสามารถควบคุมกับการจัดการความเจ็บปวดของตนเองได้ ในขณะที่ผู้คลอดที่ไม่พึงพอใจพบว่เกิดจากการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี การได้รับการสนับสนุนทางร่างกายแต่ไม่ได้รับการดูแลด้านอารมณ์ ความรู้สึก

Hodnett และ Simmons-Tropea (1987) ทำการศึกษาพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความรู้สึกพึงพอใจของผู้คลอด โดยใช้แบบสอบถามแล้วนำมาเข้าสมการถดถอย (Stepwise multiple regression procedure) พบว่าตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการคลอดที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่สามารถทำนายความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 48 ขึ้นไปมี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนจากสามีหรือญาติ การสนับสนุนจากพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือในการคลอดและการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวด ซึ่งต่อมา Green และคณะ (1990) ได้พัฒนาเครื่องมือเป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้คลอดโดยแบ่ง 4 ด้านคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือในการคลอด ด้านการลดความเจ็บปวด ด้านการได้รับความช่วยเหลือทั่วไปและการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ต่อมาในปี 1993 Bramadat ได้พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอดโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ การลดความเจ็บปวด การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากสามี การได้รับการดูแลทั่วไปและการควบคุมตัวเองในการคลอด โดยแบ่งระดับความพึงพอใจจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด แล้วให้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 7 คะแนน ส่วน Kintz (1994) และ Mackey and

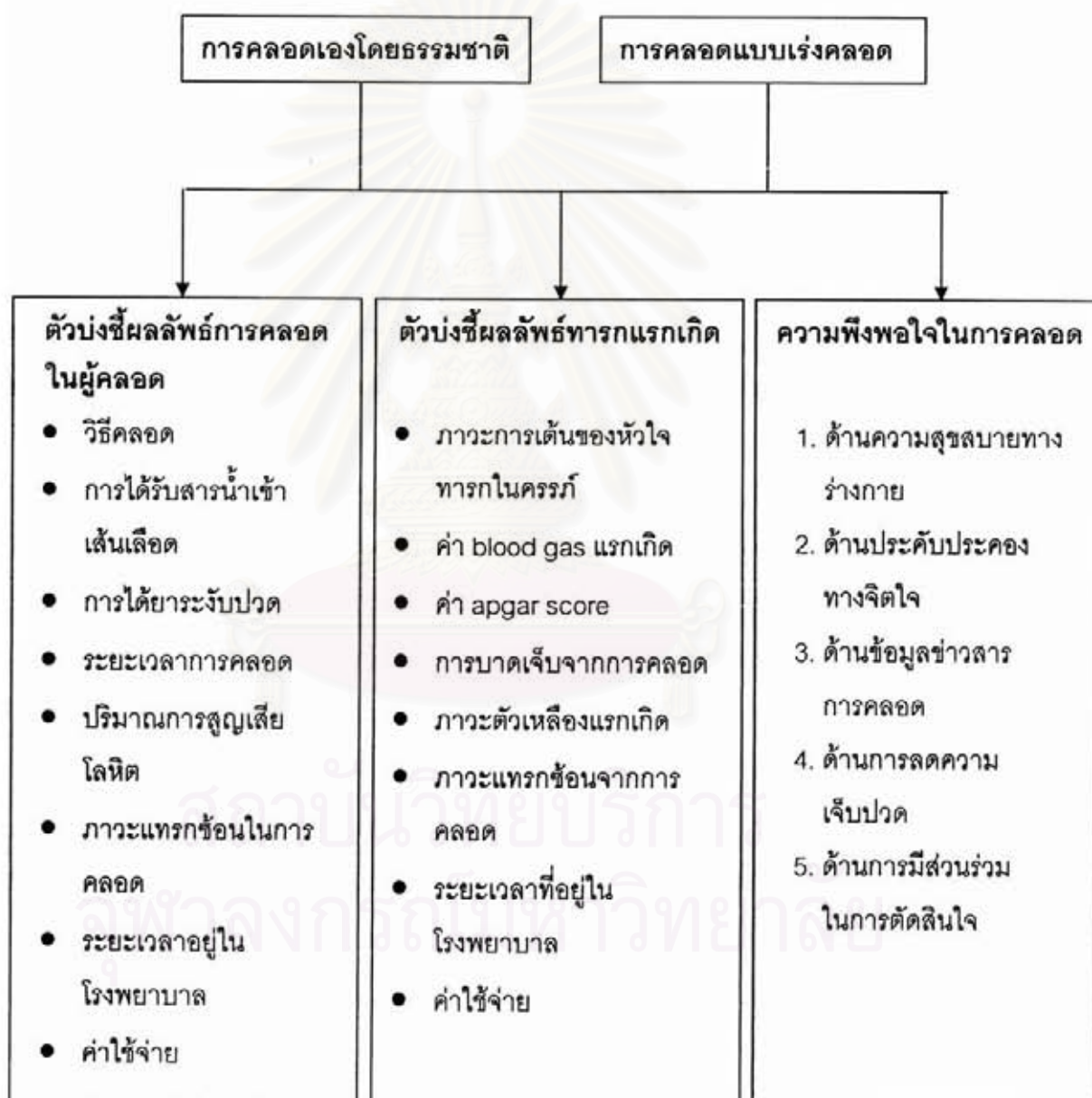
Stepans, 1994) ศึกษาความพึงพอใจในผู้คลอดโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านแนะนำขณะคลอด ด้านการอยู่เป็นเพื่อน ด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านร่างกายให้สุขสบายและด้านให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคลอด โดยให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ เช่นเดียวกับ Callister (1993) ที่ศึกษาความพึงพอใจในผู้คลอดโดยแบ่งออกเป็น 5 ด้านคือ ด้านการยอมรับพฤติกรรมการแสดงออก ด้านการช่วยลดความเจ็บปวด ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการช่วยเหลือให้ได้รับความปลอดภัยและด้านการดูแลด้านร่างกาย โดยใช้แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ ต่อมา Lomas และคณะ (1994) ได้พัฒนาตัวบ่งชี้ประเมินความพึงพอใจขณะรอคลอดและการคลอดจากผลการศึกษาของนักวิชาการต่างๆ และเรียกว่า The Labor and Delivery Satisfaction (LADSI) สำหรับวัดความพึงพอใจในส่วนที่ถือว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของ soft outcome ของการคลอด ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราประเมินค่า 6 ระดับ (6-point likert – type item) มี 7 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านการดูแลอย่างบุคคล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนจากสามี ด้านการยอมรับพฤติกรรมแสดงออก ด้านการช่วยเหลือลดความเจ็บปวดและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

จากรายงานการวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการคลอดของผู้คลอดมีมากมายหลากหลาย โดยการใช้แบบสอบถามแบบมาตราประเมินค่า 4 - 7 ระดับ แต่ส่วนใหญ่จะนิยมแบบ 4 ระดับ เป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในการคลอดมากที่สุด (Kintz, 1987; Green et al., 1990; Callister, 1993; Bramadat, 1993; Mackey and Stepans, 1994) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกประยุกต์ใช้แนวคิดการวัดความพึงพอใจของ Kintz (1987) และ Lomasและคณะ (1994) ครอบคลุม 5 ด้านคือ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย ด้านประคับประคองทางจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด ด้านการลดความเจ็บปวดและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นเครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในผู้คลอด

กล่าวโดยสรุป การประเมินผลลัพธ์ของการคลอดสามารถแบ่งได้โดยใช้ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการคลอดแล้ว ยังสามารถประเมินจากความพึงพอใจในการคลอดของผู้คลอดซึ่งถือว่าเป็น soft outcome ได้ด้วย ซึ่งมีนักวิชาการทางการแพทย์มากมายพยายามพัฒนาเครื่องมือประเมินความพึงพอใจในการคลอด เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอด ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการคลอดโดยใช้ 2 ส่วน คือ ประเมินผลลัพธ์ของการคลอดจาก 16 ตัวชี้วัดแล้วยังประเมินความพึงพอใจในการคลอดด้วย ซึ่ง

ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของ Kintz(1987) และ Lomas และคณะ(1994) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความพึงพอใจในการคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์ต้องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดของผู้คลอดและทารกแรกเกิด และเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติและผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2545 – เมษายน 2546

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 300 คน โดยกำหนดคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
2. อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 38 – 42 สัปดาห์
3. ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง
4. เจ็บครรภ์ตามธรรมชาติ
5. สามารถอ่านออกเขียนได้
6. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ตรวจสอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 28 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้คลอดเป็นผู้คลอดแบบ active birth 136 คน และผู้คลอดแบบ augmentation จำนวน 136 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล อายุ การศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และวันคลอด

ชุดที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์การคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การคลอดของผู้คลอด ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด ดังนี้ วิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด ระยะเวลาของการคลอด ปริมาณการสูญเสียโลหิต ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ลักษณะแบบประเมินจะเป็นข้อความให้เลือกตอบ (Check – list) และเติมข้อความในช่องว่าง ตามตัวชี้วัดที่กำหนดมีจำนวน 13 ข้อ

2.2 แบบประเมินผลลัพธ์ทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัด ดังนี้ ภาวะการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ค่า blood gas จากสายสะดือแรกเกิด คะแนน apgar score การบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย ลักษณะแบบประเมินจะเป็นข้อความให้เลือกตอบ (Check – list)) และเติมข้อความในช่องว่างตามตัวชี้วัดที่กำหนด มีจำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดของ Lomas และคณะ (1994) และ Kintz (1987) มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม ครอบคลุมความพึงพอใจในการคลอด 5 ด้าน คือ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย ด้านระดับประคองทางจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด ด้านการลดความเจ็บปวดและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ(5-point likert scale) คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อยและไม่พึงพอใจเลย มีจำนวน 44 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารก 1 คน พยาบาลประจำการห้องคลอด 1 คน และพยาบาลห้องทารกแรกเกิด 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาตลอดจนสำนวนภาษา หลังจากการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอดเท่ากับ 0.92



ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์และผู้อำนวยการสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งระยะนี้ใช้เวลารวม 5 เดือนนับตั้งแต่เดือนมกราคม – 25 พฤษภาคม 2545 เพื่อผ่านการพิจารณาโครงร่างวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร
2. หลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานการสูติกรรมและหัวหน้าพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งโรงพยาบาลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่ห้องคลอดได้แจ้งว่ายังไม่พร้อมให้เข้าเก็บข้อมูลเนื่องจากอยู่ระหว่างดำเนินการขอรับรองระบบมาตรฐานคุณภาพ ISO 9002 ในระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2545 และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้ในเดือนกรกฎาคม เป็นต้นไป
3. ติดต่อประสานงานเพื่อคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ได้ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทจำนวน 2 คน หลังจากนั้นนัดพบเพื่อทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดแบบสอบถาม วิธีการเจาะ blood gas การนำส่งตัวอย่างเลือดไปห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง การขอความร่วมมือในการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างและการอธิบายให้เข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด
4. ติดต่อประสานงานกับห้องปฏิบัติการ เพื่อทำความเข้าใจในการทำผลเลือดที่เจาะจากสายสะดือทารกแรกเกิด โดยทางห้องปฏิบัติการสามารถรับตรวจตัวอย่างเลือดทุกวันตั้งแต่เวลา 7.00 น. ถึงเวลา 22.00 น. ยกเว้นวันเสาร์และวันอาทิตย์
5. ติดต่อประสานงานกับหัวหน้าห้องคลอดในการเจาะ blood gas ซึ่งทางพยาบาลห้องคลอดขอเป็นผู้เจาะเลือดเองโดยให้เหตุผลว่าเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ซึ่งผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจกับพยาบาลทุกคนเกี่ยวกับวิธีการเจาะ blood gas ที่ถูกต้อง โดยให้ใช้เข็มเบอร์ 23 และ syringe ที่เคลือบด้วย heparin เจาะเลือดจากสายสะดือทารกแรกเกิดผ่านเส้นเลือดดำ (Umbilical vein) ซึ่งเป็นที่นิยมมากกว่าเพราะสามารถเจาะได้ง่ายและสะดวกกว่าเส้นเลือดแดง ประการสำคัญคือค่า pH กับค่า pCO_2 ระหว่างเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงไม่แตกต่างกัน (พรทิพย์ โล่ห์เลขา, 2534) โดยเจาะจำนวน 1 มิลลิลิตร แล้วอุดปลายเข็มให้มิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้อากาศจากภายนอกเข้าไปในตัวอย่างเลือดได้ และนำส่งห้องปฏิบัติการภายใต้ความเย็นในถุงเจลสีแช่แข็งภายใน 15 – 20 นาที (พรทิพย์ โล่ห์เลขา, 2534) ซึ่งตัวอย่างเลือดจะ

ได้รับการวิเคราะห์ทันทีโดยใช้เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติทางเคมีคลินิก (Automated chemical analyzers)

6. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับการร้องขอจากห้องคลอดให้หยุดเก็บเป็นระยะๆ โดยให้เหตุผลว่าต้องดำเนินการในการขอรับรองการประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ทำให้ไม่สามารถเจาะเลือดให้ได้ทุกรายและทุกวัน ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลมากกว่าที่กำหนดไว้

7. ในการเก็บข้อมูลนั้นเมื่อได้รับความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลขั้นตอนแรกโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การคลอดในผู้คลอดและทารกแรกเกิด โดยสอบถามผู้คลอดร่วมกับการใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติการคลอด และขั้นตอนที่สองหลังจากผู้คลอดย้ายไปอยู่แผนกหลังคลอดครบ 24 ชั่วโมงและไม่มีอาการปวดแผลแล้ว ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอด หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนแล้วผู้วิจัยจึงขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/ for window 10.00 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าโคสแควร์
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดและทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับกลุ่มที่คลอดแบบเร่งคลอด โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าโคสแควร์ (Chi-square) และทดสอบค่าที (Independent t-test statistic) กำหนดที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดของผู้คลอด ระหว่างกลุ่มคลอดเองโดยธรรมชาติกับกลุ่มที่คลอดแบบเร่งคลอด โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (Independent t-test statistic) กำหนดที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดและทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดและเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการคลอด และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดและทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความพึงพอใจในการคลอดและเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	คลอดโดยธรรมชาติ (n = 136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n = 136)		รวม (n = 272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 18	6	4.4	11	8.1	17	6.3
18-35	119	87.5	118	86.8	237	87.1
มากกว่า 35	11	8.1	7	5.1	18	6.6
\bar{X}	25.92		25.39		25.65	
S.D.	6.33		5.93		6.13	
Range	16-42		13-41		13-42	
ครรภ์ที่						
ท้องแรก	57	41.9	70	51.5	127	46.7
ท้องหลัง	79	58.1	66	48.5	145	53.3
อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
38	53	39.0	49	36.0	102	37.5
39	38	27.9	45	33.1	83	30.5
40	31	22.8	28	20.6	59	21.7
41	13	9.6	13	9.6	26	9.6
42	1	.7	1	.7	2	.7
\bar{X}	39.05		39.06		39.06	
S.D.	1.04		1.01		1.02	
Range	38-42		38-42		38-42	
น้ำหนัก (กิโลกรัม)						
น้อยกว่า 50	10	7.4	6	4.4	16	5.9
50-80	118	86.8	121	89.0	239	87.9
มากกว่า 80	8	5.9	9	6.6	17	6.3
\bar{X}	62.46		64.24		63.35	
S.D.	9.66		10.50		10.11	
Range	43-89.5		40-112		40-112	

ข้อมูลส่วนบุคคล	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	(n = 136)		(n = 136)		(n = 272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ส่วนสูง (เซนติเมตร)						
ต่ำกว่า 150	15	11.0	23	16.9	38	14.0
150 ขึ้นไป	121	89.0	113	83.1	234	86.0
\bar{X}	154.65		154.27		154.46	
S.D.	5.36		4.93		5.14	
Range	142-170		141-169		141-170	
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	67	49.3	63	46.3	130	47.8
มัธยมศึกษา	58	42.6	55	40.4	113	41.5
อาชีวศึกษา	10	7.4	13	9.6	23	8.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	.7	5	3.7	6	2.2

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ มีอายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 87.5) มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 25.92 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นท้องหลัง (ร้อยละ 58.1) มีอายุครรภ์ขณะคลอด 38 สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 39) มีอายุครรภ์โดยเฉลี่ย 39.05 ผู้คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 50-80 กิโลกรัม (ร้อยละ 86.8) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 62.46 สำหรับส่วนสูงนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150 เซนติเมตรขึ้นไป (ร้อยละ 89) มีส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 154.65 ผู้คลอดจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 49.3) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.6) ส่วนการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ .7)

ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด มีอายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 86.8) มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 25.39 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นท้องแรก (ร้อยละ 51.5) มีอายุครรภ์ขณะคลอด 38 สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 36) มีอายุครรภ์โดยเฉลี่ย 39.06 ผู้คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 50-80 กิโลกรัม (ร้อยละ 89) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 64.24 สำหรับส่วนสูงนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150 เซนติเมตรขึ้นไป (ร้อยละ 83.1) มีส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 154.27 ผู้คลอดจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 46.3) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.4) ส่วนการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.7)

ลักษณะผู้คลอดโดยรวม มีอายุอยู่ในช่วง 18-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 87.1) มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 25.65 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นท้องหลัง (ร้อยละ 53.3) มีอายุครรภ์ขณะคลอด

38 สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 37.5) มีอายุครรภ์โดยเฉลี่ย 39.06 ผู้คลอดส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 50-80 กิโลกรัม (ร้อยละ 87.9) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 63.35 สำหรับส่วนสูงนั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 150 เซนติเมตรขึ้นไป (ร้อยละ 86) มีส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 154.46 ผู้คลอดจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 47.8) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 41.5) ส่วนการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.2)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีคลอดเองโดยธรรมชาติกับคลอดแบบเร่งคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	คลอดโดยธรรมชาติ (n = 136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n = 136)		รวม (n = 272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	62	45.6	65	47.8	127	46.7
หญิง	74	54.4	71	52.2	145	53.3
น้ำหนักตัว (กรัม)						
น้อยกว่า 2,500	10	7.4	8	5.9	18	6.6
2,500 ขึ้นไป	126	92.6	128	94.1	254	93.4
\bar{X}	3031.79		3106.14		3068.95	
S.D.	377.51		400.02		389.99	
Range	2200-4140		2070-4090		2070-4140	
ความยาว (เซนติเมตร)						
น้อยกว่า 50	36	26.5	35	25.7	71	26.1
50 ซม. ขึ้นไป	100	73.5	101	74.3	201	73.9
\bar{X}	50.38		50.55		50.47	
S.D.	1.69		2.10		1.91	
Range	46-55		44-56		44-56	

จากตารางที่ 2 พบว่า ทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีคลอดเองโดยธรรมชาติเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 54.4) มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500 กรัมขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 92.6) มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3031.76 สำหรับความยาวของทารกอยู่ในช่วง 50 เซนติเมตรขึ้นไป มีมากกว่าความยาวน้อยกว่า 50 เซนติเมตร (ร้อยละ 73.5) และมีความยาวโดยเฉลี่ย 50.38

ทารกแรกเกิดที่คลอดด้วยวิธีคลอดแบบเร่งคลอดเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 52.2) มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500 กรัม ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 94.1) มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3106.14 สำหรับความยาวของทารกอยู่ในช่วง 50 เซนติเมตรขึ้นไป มีมากกว่าความยาวน้อยกว่า 50 เซนติเมตร (ร้อยละ 74.3) และมีความยาวโดยเฉลี่ย 50.55

ลักษณะทารกแรกเกิดโดยรวมเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 53.3) มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500 กรัม ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 93.4) มีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 3068.95 กรัม สำหรับ ความยาวของทารกอยู่ในช่วง 50 เซนติเมตรขึ้นไปมีมากกว่าความยาวน้อยกว่า 50 เซนติเมตร (ร้อยละ 73.9) และมีความยาวโดยเฉลี่ย 50.47



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอายุ อายุครรภ์ น้ำหนัก และส่วนสูง ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ กับผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
อายุ	25.92	6.33	25.39	5.93	268.88	.71	NS
อายุครรภ์	39.05	1.04	39.06	1.01	269.83	-.06	NS
น้ำหนัก	62.46	9.66	64.24	10.50	268.15	-1.45	NS
ส่วนสูง	154.65	5.36	154.27	4.93	268.13	.61	NS

NS = not significant

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอายุ อายุครรภ์ น้ำหนัก และส่วนสูง ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มในเรื่อง อายุ อายุครรภ์ น้ำหนัก และส่วนสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับการศึกษา ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

ข้อมูลส่วนบุคคล	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)		
ระดับการศึกษา	136	50	136	50	3.26	NS
ประถมศึกษา	67	24.6	63	23.2		
มัธยมศึกษา	58	21.3	55	20.2		
อาชีวศึกษา	10	3.7	13	4.8		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	.4	5	1.8		

NS = not significant

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับการศึกษาของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดกับวิธีดำเนินการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการคลอด และเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดของผู้คลอดและทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามการได้รับสารน้ำ ระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำ และการได้ยาระงับปวด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ (n=136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n=136)		รวม (n=272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
ไม่ได้รับ	84	61.8	0	0	84	30.9
ได้รับ	52	38.2	136	100.0	188	69.1
ระยะเวลาที่ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด	(n=52)		(n=136)		(n=188)	
ก่อนคลอด	21	40.4	136	100.0	157	83.5
ขณะคลอด	14	26.9	0	0	14	7.4
หลังคลอด	17	32.7	0	0	17	9.0
การได้ยาระงับปวด	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
ไม่ได้รับ	134	98.5	121	89.0	255	93.8
ได้รับ	2	1.5	15	11.0	17	6.3

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติส่วนใหญ่ไม่ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 61.8) และได้รับสารน้ำก่อนคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 40.4) ส่วนใหญ่ไม่ได้ยาระงับปวด (ร้อยละ 98.5) ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดทั้งหมดได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือดในระยะก่อนคลอด (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่ไม่ได้ยาระงับปวด (ร้อยละ 89) สำหรับลักษณะผู้คลอดโดยรวมส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 69.1) และได้รับสารน้ำก่อนคลอดมากที่สุด (ร้อยละ 83.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ยาระงับปวด (ร้อยละ 93.8)

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบ
เร่งคลอด จำแนกตามการแตกของถุงน้ำคร่ำ ลักษณะสีของน้ำคร่ำ และปากมดลูก

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การแตกของถุงน้ำคร่ำ	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
แตกเอง	51	37.5	35	25.7	86	31.6
เจาะถุงน้ำ	79	58.1	93	68.4	172	63.2
ถุงน้ำรั่ว	6	4.4	8	5.9	14	5.1
ลักษณะสีของน้ำคร่ำ	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
สีใสปกติ	111	81.6	112	82.4	223	82.0
Mild meconium	19	14.0	20	14.7	39	14.3
Moderate meconium	5	3.7	3	2.2	8	2.9
สีปนเลือด	1	.7	1	.7	2	.7
ถุงน้ำแตกเองปากมดลูกเปิด (เซนติเมตร)						
\bar{X}	6.91		3.74		5.62	
S.D.	3.23		2.73		3.40	
Range	1-10		1-10		1-10	
เจาะถุงน้ำปากมดลูกเปิด (เซนติเมตร)						
\bar{X}	7.66		5.00		6.22	
S.D.	2.18		2.45		2.68	
Range	3-10		2-10		2-10	

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ มีการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยการเจาะมากที่สุด (ร้อยละ 58.1) และในกลุ่มที่มีการเจาะถุงน้ำนั้นตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 7.66 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มที่ถุงน้ำแตกเองตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 6.91 เซนติเมตร ลักษณะสีของน้ำคร่ำที่พบเป็นสีใสปกติมากที่สุด (ร้อยละ 81.6)

ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด มีการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยการเจาะมากที่สุด (ร้อยละ 68.4) และในกลุ่มที่มีการเจาะถุงน้ำนั้นตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 5 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มที่ถุงน้ำ

แตกเองตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 3.74 เซนติเมตร ลักษณะสีของน้ำคร่ำที่พบส่วนใหญ่เป็นสีใสปกติ (ร้อยละ 82.4)

ผู้คลอดโดยรวม มีการแตกของถุงน้ำคร่ำโดยการเจาะมากที่สุด (ร้อยละ 63.2) และในกลุ่มที่มีการเจาะถุงน้ำนั้นตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 6.22 เซนติเมตร ส่วนกลุ่มที่ถุงน้ำแตกเองตรวจพบปากมดลูกเปิดโดยเฉลี่ย 5.62 เซนติเมตร และลักษณะสีของน้ำคร่ำที่พบส่วนใหญ่เป็นสีใสปกติ (ร้อยละ 82)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด
จำแนกตามวิธีคลอด ฝีเย็บ การสูญเสียเลือด และระยะคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีคลอด	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
ปกติ	129	94.9	112	82.4	241	88.6
ใช้เครื่องสุญญากาศ	2	1.5	7	5.1	9	3.3
ใช้คีมคลอด	0	0	2	1.5	2	.7
ผ่าท้องคลอด	5	3.7	15	11.0	20	7.4
การตัดฝีเย็บ	(n=131)		(n=121)		(n=252)	
ตัด (Episiotomy)	96	73.3	110	90.9	206	81.7
ไม่ได้ตัด (No episiotomy)	6	4.6	3	2.5	9	3.6
ฉีกขาด	29	22.1	8	6.6	37	14.7
ลักษณะการฉีกขาดของ ช่องทางคลอด	(n=131)		(n=121)		(n=252)	
No tear	4	3.1	3	2.5	7	2.8
First degree tear	8	6.1	3	2.5	11	4.4
Second degree tear	115	87.8	114	94.2	229	90.9
Third and fourth degree tear	0	0	1	.8	1	.4
Abrasion	4	3.1	0	0	4	1.6
จำนวนการสูญเสียเลือด (มิลลิลิตร)						
\bar{X}	351.69		370.63		361.16	
S.D.	180.39		130.46		157.43	
Range	100- 2050		150-900		100-2050	
ระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง)						
\bar{X}	9.03		8.44		8.75	
S.D.	4.49		2.78		3.77	
Range	3.55- 4.50		4.40-19.00		3.55-34.50	

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะที่ 2 ของการคลอด (นาที)						
\bar{X}	27.52		25.08		26.35	
S.D.	27.85		18.61		23.85	
Range	1-142		1-131		1-142	
ระยะที่ 3 ของการคลอด (นาที)						
\bar{X}	9.29		6.31		7.86	
S.D.	9.67		3.39		7.49	
Range	1-60		1-15		1-60	

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ มีการคลอดปกติทางช่องคลอด (N/L) มากที่สุด (ร้อยละ 94.9) สำหรับในกลุ่มที่คลอดเองส่วนใหญ่มีการตัดฝีเย็บ (ร้อยละ 73.3) ลักษณะการฉีกขาดของช่องคลอดที่พบมากที่สุด คือ Second degree tear (ร้อยละ 87.8) ในการคลอดมีการสูญเสียเลือดโดยเฉลี่ย 351.69 มิลลิลิตร มีระยะที่ 1 ของการคลอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9 ชั่วโมง 3 นาที ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 27 นาที 52 วินาที และระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ย 9 นาที 29 วินาที

ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด มีการคลอดปกติทางช่องคลอด (N/L) มากที่สุด (ร้อยละ 82.4) ในกลุ่มที่คลอดเองส่วนใหญ่มีการตัดฝีเย็บ (ร้อยละ 90.9) ลักษณะการฉีกขาดของช่องคลอดที่พบมากที่สุด คือ Second degree tear (ร้อยละ 94.2) ในการคลอดมีการสูญเสียเลือดโดยเฉลี่ย 370.63 มิลลิลิตร มีระยะที่ 1 ของการคลอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง 44 นาที ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 25 นาที 8 วินาที และระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ย 6 นาที 31 วินาที

ผู้คลอดโดยรวม มีการคลอดปกติทางช่องคลอด (N/L) มากที่สุด (ร้อยละ 88.6) ในกลุ่มที่คลอดเองส่วนใหญ่มีการตัดฝีเย็บ (ร้อยละ 81.7) ลักษณะการฉีกขาดของช่องคลอดที่พบมากที่สุด คือ Second degree tear (ร้อยละ 90.9) ในการคลอดมีการสูญเสียเลือดโดยเฉลี่ย 361.16 มิลลิลิตร มีระยะที่ 1 ของการคลอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 8 ชั่วโมง 75 นาที ระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 26 นาที 35 วินาที และระยะที่ 3 ของการคลอดเฉลี่ย 7 นาที 86 วินาที

ตารางที่ 8 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบ
เร่งคลอด จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนในการคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
ไม่มี	75	55.1	96	70.6	171	62.9
มี	61	44.9	40	29.4	101	37.1
ชนิดของภาวะแทรกซ้อนใน การคลอด	(n=111)		(n=54)		(n=165)	
มดลูกหดตัวไม่ดี	28	25.23	4	7.41	32	19.40
ความดันโลหิตต่ำ	4	3.60	4	7.41	8	4.85
ตกเลือดหลังคลอดทันที	9	8.11	10	18.52	19	11.51
มีการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บ						
โดยไม่มี การตัดฝีเย็บ	26	23.43	8	14.81	34	20.60
รกค้าง	4	3.60	0	0	4	2.42
ล้วงรก	2	1.80	0	0	2	1.21
Prolonged first stage	13	11.71	1	1.85	14	8.48
Prolonged second stage	7	6.31	0	0	7	4.24
Maternal exhaustion	8	7.21	6	11.12	14	8.48
Fetal distress	7	6.30	19	35.18	26	15.77
อื่น ๆ (ปากมดลูกบวม คลอดติด ไหล่ ความดันโลหิตสูง)						
ไหล่	3	2.70	2	3.70	5	3.04

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอด (ร้อยละ 55.1) และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (ร้อยละ 25.23) รองลงมา คือ มีการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บโดยไม่มี การตัดฝีเย็บ และ Prolonged first stage (ร้อยละ 23.43 และ 11.71 ตามลำดับ)

ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอด (ร้อยละ 70.6) และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ Fetal distress (ร้อยละ 35.18) รองลงมา คือ ตกเลือดหลัง

คลอดทันที และมีการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บโดยไม่มีการตัดฝีเย็บ (ร้อยละ 18.52 และ 14.81 ตามลำดับ)

ผู้คลอดโดยรวม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอด (ร้อยละ 62.9) และภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ มีการฉีกขาดบริเวณแผลฝีเย็บโดยไม่มีการตัดฝีเย็บ (ร้อยละ 20.60) รองลงมา คือ มดลูก หดรัดตัวไม่ดี และ Fetal distress (ร้อยละ 19.40 และ 15.77 ตามลำดับ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบ
เร่งคลอด จำแนกตามระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ (n=136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n=136)		รวม (n=272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการรักษา(วัน)						
1 – 3	38	27.9	50	36.8	88	32.4
มากกว่า 3	98	72.1	86	63.2	184	67.6
\bar{X}	4.17		4.29		4.23	
S.D.	1.16		1.48		1.33	
Range	2-8		3-11		2-11	
ค่าใช้จ่ายในการรักษา (บาท)						
น้อยกว่า 2,500	126	92.6	101	74.3	227	83.5
2,500 ขึ้นไป	10	7.4	35	25.7	45	16.5
\bar{X}	1847.04		2649.19		2248.11	
S.D.	1852.42		2431.03		2194.29	
Range*	973-19,701		474-17,326		474-19,701	

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ มีระยะเวลารักษาตัวส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 72.1) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 วัน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ น้อยกว่า 2,500 บาท (ร้อยละ 92.6) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1,847.04 บาท

ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด มีระยะเวลารักษาตัวส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 63.2) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 วัน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ น้อยกว่า 2,500 บาท (ร้อยละ 74.3) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2,649.19 บาท

ผู้คลอดโดยรวม มีระยะเวลารักษาตัวส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 67.6) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 วัน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ น้อยกว่า 2,500 บาท (ร้อยละ 83.5) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2,248.11 บาท

* ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้จากค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลคำนวณจากต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งค่ารักษาต่ำหรือต่ำสุด ส่วนใหญ่เป็นการคลอดปกติ (Normal labor) และค่ารักษาที่สูงหรือสูงสุดเป็นการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์ หนักอดการหรือการผ่าท้องคลอด (แต่ไม่ว่าต้นทุนค่ารักษาจะเป็นอย่างไร โรงพยาบาลก็เรียกเก็บจากผู้คลอดเพียง 30 บาทตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของรัฐบาล)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบจำนวนการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการคลอด ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
จำนวนการสูญเสียเลือด	351.69	180.34	370.63	130.85	246.29	-0.99	NS
ระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง)	9.04	4.49	8.44	2.78	221.13	1.27	NS
ระยะที่ 2 ของการคลอด (นาที)	27.52	27.85	25.08	18.61	230.00	.83	NS
ระยะที่ 3 ของการคลอด (นาที)	9.29	9.67	6.31	3.39	165.00	3.32	.001
ระยะเวลาในการรักษา	4.17	1.16	4.29	1.48	255.16	-0.78	NS
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	1847.04	1852.42	2649.19	2431.03	252.24	-3.06	.002

NS = not significant

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการสูญเสียเลือด ระยะเวลาการคลอด ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีระยะที่ 3 ของการคลอดและค่าใช้จ่ายในการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนจำนวนการสูญเสียเลือด ระยะที่ 1, 2 ของการคลอด และระยะเวลาในการรักษาระหว่างผู้คลอด 2 ลักษณะนี้ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 11 เปรียบเทียบวิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด และภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
วิธีคลอด	136	50	136	50	10.98	.01
ปกติ	129	47.4	112	41.2		
ใช้เครื่องสุญญากาศ	2	.7	7	2.6		
ใช้คีมคลอด	0	0	2	1.5		
ผ่าท้องคลอด	5	1.8	15	5.5		
การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด	136	50	136	50	121.53	.000
ไม่ได้รับ	84	30.9	0	0		
ได้รับ	52	19.1	136	50		
การได้ยาระงับปวด	136	50	136	50	10.60	.001
ไม่ได้รับ	134	49.3	121	44.5		
ได้รับ	2	.7	15	5.5		
ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด	136	50	136	50	6.95	.008
ไม่มี	107	39.3	110	40.4		
มี	29	10.7	26	9.6		

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด และภาวะแทรกซ้อนในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดกับวิธีคลอดทั้ง 2 ลักษณะพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีวิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด และเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ Apgar score ที่ 1, 5 นาที การได้รับบาดเจ็บจากการคลอดและภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ (n=136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n=136)		รวม (n=272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์						
ปกติ	128	94.1	133	97.8	261	96.0
ผิดปกติ	8	5.9	3	2.2	11	4.0
อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับต่ำสุด (ครั้ง/นาที)						
\bar{X}	127.37		129.99		128.68	
S.D.	15.39		10.60		13.25	
Range	60-170		80-150		60-170	
อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับสูงสุด (ครั้ง/นาที)						
\bar{X}	151.17		152.24		151.70	
S.D.	10.27		9.92		10.09	
Range	130-180		130-180		130-180	
Apgar score ที่ 1 นาที						
8-10	132	97.1	132	97.1	264	97.1
4-7	3	2.2	4	2.9	7	2.6
0-3	1	.7	0	0	1	.4
\bar{X}	8.89		8.91		8.90	
S.D.	.67		.51		.60	
Range	3-9		6-9		3-9	

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ (n=136)		คลอดแบบเร่งคลอด (n=136)		รวม (n=272)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Apgar score ที่ 5 นาที						
8 – 10	135	99.3	136	100.0	271	99.6
4 – 7	1	.7	0	0	1	.4
\bar{X}	9.97		10.00		9.99	
S.D.	.34		.00		.24	
Range	6-10		10-10		6-10	
การได้รับบาดเจ็บจาก						
การคลอด	1	.7	0	0	1	.4
ภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมง						
แรกเกิด	0	0	1	.7	1	.4

จากตารางที่ 12 พบว่า ทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 94.1) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับต่ำสุดเฉลี่ยเท่ากับ 127.37 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 151.17 ครั้ง/นาที Apgar score ที่ 1 นาที อยู่ในระดับ 8-10 มากที่สุด (ร้อยละ 97.1) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.89 สำหรับ Apgar score ที่ 5 นาที อยู่ในระดับ 8-10 มากที่สุด (ร้อยละ 99.3) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.97 ทารกที่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอดมีเพียง 1 ราย และทารกทั้งหมดไม่มีภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิด

ทารกที่เกิดจากการคลอดแบบเร่งคลอด มีอัตราการเต้นของหัวใจของทารกส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 97.8) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับต่ำสุดเฉลี่ยเท่ากับ 129.99 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 152.24 ครั้ง/นาที Apgar score ที่ 1 นาที อยู่ในระดับ 8-10 มากที่สุด (ร้อยละ 97.1) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.91 สำหรับ Apgar score ที่ 5 นาที อยู่ในระดับ 8-10 ทั้งหมด (ร้อยละ 100) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 10 และทารกทุกรายไม่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด แต่มีภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิด 1 ราย

ทารกโดยรวม มีอัตราการเต้นของหัวใจของทารกส่วนใหญ่ปกติ (ร้อยละ 96) อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระดับต่ำสุดเฉลี่ยเท่ากับ 128.68 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ

ทารกในครรภ์ระดับสูงสุดเฉลี่ยเท่ากับ 151.70 ครั้ง/นาที Apgar score ที่ 1 นาที อยู่ในระดับ 8-10 มากที่สุด (ร้อยละ 97.1) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.90 สำหรับ Apgar score ที่ 5 นาที อยู่ในระดับ 8-10 มากที่สุด (ร้อยละ 99.6) Apgar score โดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.99 และพบทารกได้รับบาดเจ็บจากการคลอดและมีภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิดอย่างละ 1 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอด	(n=136)		(n=136)		(n=272)	
ไม่มี	107	78.7	110	80.9	217	79.8
มี	29	21.3	26	19.1	55	20.2
ชนิดของภาวะแทรกซ้อนของทารก	(n=42)		(n=30)		(n=72)	
Meconium stain	26	61.9	22	73.4	48	66.7
Heart rate abnormalities	8	19.1	3	10.0	11	15.3
Fetal distress	6	14.3	4	13.3	10	13.9
อื่น ๆ (กล้ามเนื้ออ่อนแรง Caputsuccedaneum)	2	4.8	1	3.3	3	4.1

จากตารางที่ 13 พบว่า ทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (ร้อยละ 78.7) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ น้ำคร่ำมีสีเขียว (Meconium) (ร้อยละ 61.9) รองลงมา คือ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Heart rate abnormalities และ Fetal distress (ร้อยละ 19.1 และ 14.3 ตามลำดับ)

ทารกที่เกิดจากการคลอดแบบเร่งคลอด ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในการคลอด (ร้อยละ 80.9) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ น้ำคร่ำมีสีเขียว (Meconium) (ร้อยละ 73.4) รองลงมา คือ Fetal distress และอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Heart rate abnormalities) (ร้อยละ 13.3 และ 10 ตามลำดับ)

ทารกแรกเกิดโดยรวม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอด (ร้อยละ 79.8) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ น้ำคร่ำมีสีเขียว (Meconium) (ร้อยละ 66.7) รองลงมา คือ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Heart rate abnormalities) และ Fetal distress (ร้อยละ 15.3 และ 13.9 ตามลำดับ)

ตารางที่ 14 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด จำแนกตามระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาทารกอยู่ในโรงพยาบาล (วัน)						
1 – 3	40	29.4	48	35.3	88	32.4
มากกว่า 3	96	70.6	88	64.7	184	67.6
\bar{X}	4.18		4.28		4.23	
S.D.	1.28		1.45		1.37	
Range	1-9		3-11		1-11	
ค่าใช้จ่าย (บาท)						
น้อยกว่า 500	105	77.2	94	69.1	199	73.2
500 ขึ้นไป	31	22.8	42	30.9	73	26.8
\bar{X}	386.01		397.28		391.65	
S.D.	286.16		269.18		277.35	
Range	0-2384		163-1600		0-2384	

จากตารางที่ 14 พบว่า ทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติ มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 70.6) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 500 บาท (ร้อยละ 77.2) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 386.01 บาท

ทารกที่เกิดจากการคลอดแบบเร่งคลอด มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 64.7) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 และเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 500 บาท (ร้อยละ 69.1) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 397.28 บาท

ทารกโดยรวม มีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มากกว่า 3 วัน (ร้อยละ 67.6) มีระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และเสียค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 500 บาท (ร้อยละ 73.2) มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 391.65 บาท

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่า Blood gas จากสายสะดือทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด

ค่า blood gas	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
pH	7.33	7.94	7.32	7.38	255.97	1.43	NS
pCo ₂	39.35	6.90	40.28	7.17	253.42	-1.06	NS
pO ₂	31.54	11.57	30.10	11.13	255.86	1.02	NS
HCO ₃	20.71	3.45	20.74	5.17	214.37	-.05	NS
TCO ₂	21.90	3.57	22.01	5.40	253.42	-1.06	NS
BE	-4.44	4.28	-4.79	5.50	234.04	.57	NS
O ₂ Sat	52.89	17.97	48.99	18.54	253.80	1.72	NS

NS = not significant

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบค่า Blood gas จากสายสะดือของทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด พบว่า ค่า Blood gas ของทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ Apgar score ที่ 1, 5 นาที ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
อัตราการเต้นหัวใจทารก							
ในครรภ์ระดับต่ำสุด	127.37	15.39	129.99	10.60	239.62	-1.63	NS
อัตราการเต้นหัวใจ ทารก							
ในครรภ์ระดับสูงสุด	151.17	10.27	152.24	9.92	269.67	-.87	NS
Apgar score ที่ 1 นาที	8.89	.67	8.91	.51	251.12	-.31	NS
Apgar score ที่ 5 นาที	9.97	.51	10.00	.00	135.00	-1.00	NS
ระยะเวลาทารกอยู่							
โรงพยาบาล	4.18	1.28	4.28	1.45	265.91	-.58	NS
ค่าใช้จ่าย	386.01	397.28	286.16	269.18	269.00	-.33	NS

NS = not significant

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ Apgar score ที่ 1, 5 นาที ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลระหว่างทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดมีอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ Apgar score ที่ 1, 5 นาที ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการคลอด ระหว่างการคลอดเอง โดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด

ตัวชี้วัด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด	136	50	136	50	.21	NS
ไม่มี	107	10.7	110	9.6		
มี	29	39.3	26	40.4		
การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด						
ไม่มี	135	0	136	0	.37	NS
มี	1	.7	0	0		
ภาวะตัวเหลืองใน 24 ชั่วโมงแรกเกิด						
ไม่มี	136	0	135	0	.37	NS
มี	0	0	1	7		

NS = not significant

จากตารางที่ 17 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการคลอดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดกับวิธีดำเนินการคลอดทั้ง 2 วิธี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าภาวะแทรกซ้อนของทารกที่เกิดจากการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดไม่แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความพึงพอใจในการคลอดและเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด

ตารางที่ 18 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ จำแนกเป็นรายด้าน

ความพึงพอใจในการคลอด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการประคับประคองทางจิตใจ	3.90	.62	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด	3.75	.72	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.75	.64	มาก
ด้านความสบายทางร่างกาย	3.67	.55	มาก
ด้านการลดความเจ็บปวด	3.55	.78	มาก
รวม	3.74	.57	มาก

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในการคลอดทุกด้านต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยด้านการประคับประคองทางจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.90$) รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{x} = 3.75$) ส่วนด้านการลดความเจ็บปวดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.55$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด จำแนกเป็นรายด้าน

ความพึงพอใจในการคลอด	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านการประคับประคองทางจิตใจ	3.96	.53	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด	3.84	.68	มาก
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.83	.65	มาก
ด้านความสุขสบายทางร่างกาย	3.71	.49	มาก
ด้านการลดความเจ็บปวด	3.71	.69	มาก
รวม	3.82	.52	มาก

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด มีความพึงพอใจในการคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.82$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจในการคลอดทุกด้านต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยด้านการประคับประคองทางจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.96$) รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดและด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($\bar{x} = 3.84$ และ 3.83 ตามลำดับ) ส่วนด้านความสุขสบายทางร่างกายและด้านการลดความเจ็บปวดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.71$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอด ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้
คลอดแบบเร่งคลอด

ความพึงพอใจใน การคลอด	คลอดโดยธรรมชาติ		คลอดแบบเร่งคลอด		df	t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
ด้านความสบาย							
ทางร่างกาย	3.67	.55	3.71	.49	263.34	-.74	NS
ด้านการประดับประดา							
ทางจิตใจ	3.90	.62	3.96	.53	264.03	-.81	NS
ด้านการลดความเจ็บปวด	3.55	.78	3.71	.69	266.28	-1.81	NS
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
การคลอด	3.75	.72	3.84	.68	268.80	-1.01	NS
ด้านการมีส่วนร่วมในการ							
ตัดสินใจ	3.75	.64	3.83	.65	269.91	-.95	NS
รวม	3.74	.57	3.82	.52	267.16	-1.26	NS

NS = not significant

จากตารางที่ 20 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้ที่
คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอดทั้งรายด้านและโดยรวม ด้วยสถิติทดสอบที
(Independent t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านความสุสบายทางร่างกาย จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านความสุสบายทางร่างกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รู้สึกมั่นใจต่อความปลอดภัยจากการคลอดด้วยวิธีนี้	3.87	.87	มาก
การเดิน นั่ง และนอนได้ตามที่ต้องการ	3.78	.86	มาก
ได้รับการสัมผัสหน้าท้องอย่างเบามือ ขณะเจ็บครรภ์	3.72	.99	มาก
มีอิสระในการเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ ขณะรอคลอด	3.69	.86	มาก
การเลือกคลอดด้วยวิธีนี้อีกในครั้งต่อไป	3.66	1.00	มาก
ความชอบวิธีการคลอดที่ตนเองได้รับ	3.60	.89	มาก
รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและอ่อนเพลีย ขณะรอคลอด	3.53	.89	มาก
การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ขณะรอคลอด	3.48	.95	มาก
รวม	3.67	.55	มาก

จากตารางที่ 21 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดด้านความสุสบายทางร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.67$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า ความพึงพอใจในการคลอดด้านความสุสบายทางร่างกายทุกข้อต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยความรู้สึกมั่นใจต่อความปลอดภัยจากการคลอดด้วยวิธีนี้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.87$) รองลงมา คือ การเดิน นั่ง และนอนได้ตามที่ต้องการ และการได้รับการสัมผัสหน้าท้องอย่างเบามือขณะเจ็บครรภ์ ($\bar{x} = 3.78$ และ 3.72 ตามลำดับ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการระดับประคองทางจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการระดับประคองทางจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจจากการมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด	4.04	.84	มากที่สุด
ได้รับการเอาใจใส่ ชักถาม และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	3.99	.82	มาก
ได้รับการพูดคุยปลอบโยน ขณะเจ็บครรภ์	3.96	.83	มาก
การขอความช่วยเหลือทุกเรื่องได้เต็มที่ขณะระคลอด	3.93	.85	มาก
ความพอใจกับประสบการณ์การคลอดครั้งนี้	3.92	.91	มาก
ได้รับการดูแลอย่างบุคคลคนหนึ่ง	3.90	.88	มาก
ได้รับความจริงใจและช่วยเหลือเหมือนเป็นญาติสนิท	3.89	.88	มาก
การคลอดวิธีนี้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้	3.86	.94	มาก
รู้สึกอบอุ่นใจและมั่นใจต่อความปลอดภัยขณะระคลอด	3.85	.82	มาก
ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์จนคลอดบุตรมีความเหมาะสม	3.82	.75	มาก
ได้รับการยอมรับในการแสดงออกอย่างเต็มที่	3.79	.90	มาก
รวม	3.90	.62	มาก

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการระดับประคองทางจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจจากการมีคนดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.04$) ส่วนความพึงพอใจในการคลอดรายการอื่นต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยการได้รับการเอาใจใส่ ชักถาม และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับมากกว่ารายการอื่น ($\bar{X} = 3.99$) รองลงมา คือ การได้รับการพูดคุยปลอบโยน ขณะเจ็บครรภ์ ($\bar{X} = 3.96$)

ตารางที่ 23 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการลดความเจ็บปวด จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการลดความเจ็บปวด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์	3.93	.92	มาก
ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์	3.85	.92	มาก
ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดตามวิธีที่ต้องการ	3.66	.85	มาก
ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดจากการคลอด	3.66	.96	มาก
ความพอใจต่อความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดขณะรอคลอด	3.74	.99	มาก
ได้รับการช่วยเหลือด้วยการกุมมือ ขณะเจ็บครรภ์	3.34	1.28	มาก
ได้รับการช่วยเหลือด้วยการบีบนวดบริเวณหลังขณะเจ็บครรภ์	3.32	1.22	มาก
ได้รับยาระงับความเจ็บปวด	2.90	1.29	ปานกลาง
รวม	3.55	.78	มาก

จากตารางที่ 23 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการลดความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.55$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า การได้รับยาระงับความเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.90$) ส่วนความพึงพอใจในการคลอดด้านการลดความเจ็บปวดทุกข้อต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.93$) รองลงมา คือ การได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์ และการได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดตามวิธีที่ต้องการ ($\bar{x} = 3.85$ และ 3.66 ตามลำดับ)

ตารางที่ 24 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รับทราบความก้าวหน้าของการคลอดของตนเองเป็นระยะๆ	3.86	.84	มาก
รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุตรตามที่ต้องการ	3.85	.86	มาก
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนขณะรอคลอด	3.82	.85	มาก
ได้รับคำอธิบายก่อนได้รับการตรวจหรือให้การช่วยเหลือการคลอด	3.82	.86	มาก
รับทราบความก้าวหน้าของการคลอดภายหลังการตรวจแต่ละครั้ง	3.76	.90	มาก
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการดูแลช่วยคลอดอย่างชัดเจน	3.73	.94	มาก
ติดตามและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดได้ตลอดเวลา	3.72	.92	มาก
ได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจเมื่อมีข้อสงสัย ขณะรอคลอด	3.65	.98	มาก
มีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการคลอด	3.57	1.00	มาก
รวม	3.75	.72	มาก

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดทุกข้อต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยการรับทราบความก้าวหน้าของการคลอดของตนเองเป็นระยะๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.86$) รองลงมา คือ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุตรตามที่ต้องการ ($\bar{x} = 3.85$)

ตารางที่ 25 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความพอใจกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคลอด	3.96	.85	มาก
มีส่วนร่วมในการช่วยทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี	3.95	.78	มาก
มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีคลอดของตนเอง	3.85	.89	มาก
ได้รับการช่วยเหลือแก้ปัญหาเท่าที่ต้องการ	3.78	.86	มาก
มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเอง ขณะรอคลอดได้เต็มที่	3.77	.93	มาก
การเลือกที่จะยอมรับหรือปฏิเสธความช่วยเหลือใดๆ ที่ เห็นว่าจะมีผลต่อการคลอด	3.61	.89	มาก
ได้รับการยอมรับทั้งความคิดเห็นอย่างไม่ถูกต้องแย้ง	3.57	.76	มาก
การเลือกวิธีการลดความเจ็บปวดขณะรอคลอดได้ตามที่ ต้องการ	3.78	.86	มาก
รวม	3.75	.64	มาก

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.75$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความพึงพอใจในการคลอดด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกข้อต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยความพอใจกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคลอด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.96$) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการช่วยทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี และการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีคลอดของตนเอง ($\bar{x} = 3.95$ และ 3.85 ตามลำดับ)

ตารางที่ 26 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านความสุสบายทางร่างกาย จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านความสุสบายทางร่างกาย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รู้สึกมั่นใจต่อความปลอดภัยจากการคลอดด้วยวิธีนี้	4.04	.82	มากที่สุด
ได้รับการสัมผัสหน้าท้องอย่างเบามือ ขณะเจ็บครรภ์	4.01	.84	มากที่สุด
มีอิสระในการเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ ขณะรอคลอด	3.81	.78	มาก
รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและอ่อนเพลีย ขณะรอคลอด	3.60	1.04	มาก
ความชอบวิธีการคลอดที่ตนเองได้รับ	3.59	.94	มาก
การเลือกคลอดด้วยวิธีนี้อีกในครั้งต่อไป	3.58	1.03	มาก
การเดิน นั่ง และนอนได้ตามที่ต้องการ	3.57	.90	มาก
การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ขณะรอคลอด	3.51	.98	มาก
รวม	3.71	.49	มาก

จากตารางที่ 26 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในการคลอดด้านความสุสบายทางร่างกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้สึกมั่นใจต่อความปลอดภัยจากการคลอดด้วยวิธีนี้อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.04$) รองลงมา คือ การได้รับการสัมผัสหน้าท้องอย่างเบามือขณะเจ็บครรภ์ และการมีอิสระในการเคลื่อนไหวร่างกายได้เต็มที่ขณะรอคลอด ($\bar{X} = 4.01$ และ 3.81 ตามลำดับ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการระดับประคองทางจิตใจ จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการระดับประคองทางจิตใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจจากการมีคนดูแลอย่างใกล้ชิด	4.13	.82	มากที่สุด
ได้รับการพูดคุยปลอบโยน ขณะเจ็บครรภ์	4.07	.84	มากที่สุด
ได้รับการเอาใจใส่ ชักถาม และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง	4.04	.80	มากที่สุด
ความพอใจกับประสบการณ์การคลอดครั้งนี้	4.04	.75	มากที่สุด
การขอความช่วยเหลือทุกเรื่องได้เต็มที่ขณะรอคลอด	4.00	.84	มาก
รู้สึกอบอุ่นใจและมั่นใจต่อความปลอดภัยขณะรอคลอด	3.98	.72	มาก
ได้รับการดูแลอย่างบุคคลคนหนึ่ง	3.93	.79	มาก
ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์จนคลอดบุตรมีความเหมาะสม	3.93	.90	มาก
ได้รับความจริงใจและช่วยเหลือเหมือนเป็นญาติสนิท	3.91	.81	มาก
ได้รับการยอมรับในการแสดงออกอย่างเต็มที่	3.86	.75	มาก
การคลอดวิธีนี้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้	3.69	.92	มาก
รวม	3.96	.53	มาก

จากตารางที่ 27 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการระดับประคองทางจิตใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้สึกอบอุ่นใจและมีกำลังใจจากการมีคนดูแลอย่างใกล้ชิดอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.13$) รองลงมา คือ การได้รับการพูดคุยปลอบโยน ขณะเจ็บครรภ์ ($\bar{X} = 4.07$) และการได้รับการเอาใจใส่ ชักถาม และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง กับความพอใจกับประสบการณ์การคลอดครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X} = 4.04$)

ตารางที่ 28 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการลดความเจ็บปวด
จำแนกเป็นรายชื่อ

ด้านการลดความเจ็บปวด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการลดความเจ็บปวด			
ขณะเจ็บครรภ์	4.04	.72	มากที่สุด
ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดตามวิธีที่ต้องการ	3.93	.80	มาก
ความพอใจต่อความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวด			
ขณะรอคลอด	3.93	.84	มาก
การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ เพื่อลดความเจ็บปวดขณะ			
เจ็บครรภ์	3.85	.92	มาก
ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดจากการคลอด	3.80	.92	มาก
ได้รับการช่วยเหลือด้วยการบีบนิ้วบริเวณหลัง			
ขณะเจ็บครรภ์	3.49	1.24	มาก
ได้รับยาระงับความเจ็บปวด	3.35	1.21	มาก
ได้รับการช่วยเหลือด้วยการกุมมือ ขณะเจ็บครรภ์	3.30	1.26	มาก
รวม	3.71	.69	มาก

จากตารางที่ 28 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการลดความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.71$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า การได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.04$) ส่วนความพึงพอใจในการคลอดด้านการลดความเจ็บปวดรายการอื่นต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยการได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดตามวิธีที่ต้องการ และความพอใจต่อความช่วยเหลือเพื่อลดความเจ็บปวดขณะรอคลอด มีค่าเฉลี่ยรองลงมาเท่ากัน ($\bar{X} = 3.93$)

ตารางที่ 29 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด
จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุตรตามที่ต้องการ	3.96	.79	มาก
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนขณะรอคลอด	3.90	.86	มาก
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการดูแลช่วยคลอดอย่างชัดเจน	3.87	.93	มาก
ได้รับคำตอบจนเป็นที่พอใจเมื่อมีข้อสงสัย ขณะรอคลอด	3.85	.87	มาก
รับทราบความก้าวหน้าของการคลอดของตนเองเป็นระยะๆ	3.85	.89	มาก
ได้รับคำอธิบายก่อนได้รับการตรวจหรือให้การช่วยเหลือ การคลอด	3.81	.87	มาก
รับทราบความก้าวหน้าของการคลอดภายหลังการตรวจ แต่ละครั้ง	3.79	.90	มาก
ติดตามและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอด ได้ตลอดเวลา	3.77	.91	มาก
มีโอกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการคลอด	3.75	.91	มาก
รวม	3.84	.68	มาก

จากตารางที่ 29 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในการคลอดด้านข้อมูลข่าวสารการคลอดทุกข้อต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบุตรตามที่ต้องการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.96$) รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนขณะรอคลอด และการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการดูแลช่วยคลอดอย่างชัดเจน ($\bar{x} = 3.90$ และ 3.87 ตามลำดับ)

ตารางที่ 30 ความพึงพอใจในการคลอดของผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
มีส่วนร่วมในการช่วยทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี	4.04	.81	มากที่สุด
ความพอใจกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคลอด	3.96	.81	มาก
มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีคลอดของตนเอง	3.93	.91	มาก
มีโอกาสแสดงความคิดเห็นหรือบอกความรู้สึกของตนเอง ขณะรอคลอดได้เต็มที่	3.87	.86	มาก
ได้รับการช่วยเหลือแก้ปัญหาเท่าที่ต้องการ	3.80	.82	มาก
ได้รับการยอมรับฟังความคิดเห็นอย่างไม่ถูกโต้แย้ง	3.74	.93	มาก
การเลือกวิธีการลดความเจ็บปวดขณะรอคลอดได้ตามที่ ต้องการ	3.66	1.01	มาก
การเลือกที่จะยอมรับหรือปฏิเสธความช่วยเหลือใดๆ ที่ เห็นว่าจะมีผลต่อการคลอด	3.63	1.02	มาก
รวม	3.83	.65	มาก

จากตารางที่ 30 พบว่า ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในการคลอดด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.83$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การมีส่วนร่วมในการช่วยทำให้การคลอดดำเนินไปได้ด้วยดีอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.04$) ส่วนความพึงพอใจในการคลอดด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรายการอื่นต่างก็อยู่ในระดับมาก โดยความพอใจกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคลอด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.96$) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีคลอดของตนเอง ($\bar{x} = 3.93$)



สรุปและการอภิปรายผล

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดและความพึงพอใจในการคลอด ระหว่างผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่รับไว้ในห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 300 คน ได้แบบสอบถามคืน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 90.67 แบ่งเป็นผู้คลอดเองโดยธรรมชาติ 136 คน และผู้คลอดแบบเร่งคลอด 136 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย แบบประเมินผลลัพธ์การคลอดของผู้คลอดและของทารกแรกเกิด ลักษณะแบบประเมินเป็นข้อความให้เลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่างรวม 20 ข้อ จำนวน 16 ตัวชี้วัดและแบบสอบถามความพึงพอใจในการคลอด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ครอบคลุมความพึงพอใจ 5 ด้าน คือ ด้านความสุขสบายทางร่างกาย ด้านการประคับประคองทางจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสารการคลอด ด้านการลดความเจ็บปวด และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีจำนวน 44 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้ วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ให้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 – เมษายน 2546 รวม 10 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window 10.00 หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ (Chi - square) และค่าที (Independent t - test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติ พบว่า มีอายุระหว่าง 18-35 ปี (\bar{x} = 26 ปี) ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ที่ท้องหลัง (ร้อยละ 58.1) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39 สัปดาห์น้ำหนักตัวเท่ากับ 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 49.3) (ตารางที่ 1) คลอดบุตรเป็นทารกเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.4) น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,200 – 4,140 กรัม (\bar{x} = 3,032 กรัม) และมีความยาวอยู่ระหว่าง 46 – 55 เซนติเมตร (\bar{x} = 50 เซนติเมตร) (ตารางที่ 2)

1.2 ผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอด พบว่า มีอายุระหว่าง 18 – 35 ปี (\bar{x} = 25 ปี) ส่วนใหญ่ตั้งครรรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 51.5) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 39 สัปดาห์ น้ำหนักตัวเท่ากับ 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 46.3) (ตารางที่ 1) คลอดบุตรเป็นทารกเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 52.2) น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,070 – 4,090 กรัม (\bar{x} = 3,106 กรัม) และมีความยาวอยู่ระหว่าง 44 – 56 เซนติเมตร (\bar{x} = 51 เซนติเมตร) (ตารางที่ 2)

2. ผลลัพธ์ของการคลอด

2.1 ผลลัพธ์ของการคลอดในกลุ่มผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติพบว่า ส่วนใหญ่คลอดปกติโดยไม่ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด (ร้อยละ 61.8) ไม่ได้ยาระงับปวด (ร้อยละ 98.5) ได้รับการเจาะถุงน้ำเมื่อปากมดลูกเปิด 7 – 8 เซนติเมตร สีน้ำคร่ำปกติ (ร้อยละ 81.6) ตดมีเย็บ (ร้อยละ 73.3) ระยะเวลาคลอดโดยเฉลี่ย 9 ชั่วโมง 40 นาที สูญเสียโลหิตในการคลอดอยู่ระหว่าง 100 – 2,050 มิลลิลิตร (\bar{x} = 352 มิลลิลิตร) พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 44.9 โดยเกิดจากการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ มดลูกหดตัวไม่ดีและระยะเวลาที่หนึ่งของการคลอดยาวนาน (ตารางที่ 5, 6, 7 และ 8) อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 2 – 8 วัน (\bar{x} = 4 วัน) และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ระหว่าง 973 – 19,701 บาท (\bar{x} = 1,847 บาท) (ตารางที่ 9)

ส่วนผลลัพธ์ของการคลอดที่เกิดกับทารกแรกเกิดพบว่า ส่วนใหญ่ทารกมีอัตราการเต้นหัวใจปกติอยู่ระหว่าง 127 – 151 ครั้ง/นาที (ร้อยละ 94.1) ค่า Apgar score ที่ 1 นาทีอยู่ระหว่าง 3 – 9 (\bar{x} = 9) และที่ 5 นาทีอยู่ระหว่าง 6 – 10 (\bar{x} = 10) ค่า blood gas พบว่า pH = 7.33, pCO₂ = 39.35, pO₂ = 31.54 (ตารางที่ 15) ไม่มีภาวะตัวเหลืองแรกเกิด แต่ได้รับบาดเจ็บจากการคลอด 1 ราย (ตารางที่ 12) ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการคลอดมีร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะน้ำคร่ำมีเชื้อ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติและภาวะขาดออกซิเจน (ตารางที่ 13) อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 1 – 9 วัน (\bar{x} = 4 วัน) และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ระหว่าง 0 – 2,384 บาท (\bar{x} = 386 บาท) (ตารางที่ 14)

2.2 ผลลัพธ์ของการคลอดในกลุ่มผู้ที่คลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ส่วนใหญ่คลอดปกติ (ร้อยละ 82.4) ได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือดก่อนคลอดทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่ได้ยาระงับปวด (ร้อยละ 89) ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อปากมดลูกเปิดเฉลี่ย 5 เซนติเมตร สีน้ำคร่ำปกติ (ร้อยละ 87.4) ตดมีเย็บ (ร้อยละ 90.9) ระยะเวลาคลอดโดยเฉลี่ย 9 ชั่วโมง สูญเสียโลหิตในการคลอดอยู่ระหว่าง 150 – 900 มิลลิลิตร (\bar{x} = 371 มิลลิลิตร) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนใน

การคลอดมีร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่เกิดจากทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ตกเลือดหลังคลอดทันที และมีการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บ (ตารางที่ 5, 6, 7 และ 8) อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 3 – 11 วัน ($\bar{x}=4$ วัน) และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ระหว่าง 475 – 17,326 บาท ($\bar{x}= 2,650$) (ตารางที่ 9)

ส่วนผลลัพธ์ของการคลอดที่เกิดกับทารกแรกเกิด พบว่า ส่วนใหญ่ทารก มีอัตราการเต้นหัวใจปกติอยู่ระหว่าง 129 – 152 ครั้ง/นาที (ร้อยละ 97.8) ค่า Apgar score ที่ 1 นาทีอยู่ระหว่าง 6 – 9 ($\bar{x}=9$) และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10 ($\bar{x}=10$) (ตารางที่ 12) ค่าค่า blood gas พบว่า pH = 7.32, pCO₂ = 40.28, pO₂ = 30.10 (ตารางที่ 15) ไม่มีภาวะตัวเหลืองส่วน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการคลอดมีร้อยละ 19.1 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะน้ำคร่ำมีซีเทา ภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ และอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (ตารางที่ 13) ใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 3 – 11 วัน ($\bar{x}=4$ วัน) และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ระหว่าง 163 – 1,600 บาท ($\bar{x}= 397$ บาท) (ตารางที่ 14)

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอด

3.1 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอด ระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอด พบว่า เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ว่ามีความแตกต่างกันใน 6 ตัวชี้วัด คือ วิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้รับยาระงับปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาในการคลอด เฉพาะระยะที่สามของการคลอดอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 2 ตัวชี้วัด คือ จำนวนการสูญเสียโลหิตในการคลอดและระยะเวลาที่อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 10 และ 11)

3.2 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 8 ตัวชี้วัด คือ ค่า blood gas ค่า apgar score ที่ 1 และ 5 นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะตัวเหลืองแรกเกิด ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา (ตารางที่ 10 และ 11)

4. การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการคลอด

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการคลอดทั้งของผู้คลอดเองโดยธรรมชาติและ ผู้คลอดแบบเร่งคลอดอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 และ 3.82 ตามลำดับ (ตารางที่

18 และ 19) และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจทั้งโดยรวมและรายด้านพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 20)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลลัพธ์ของการคลอด

1.1 ผลลัพธ์ของการคลอดเองโดยธรรมชาติกับการคลอดแบบเร่งคลอดในผู้คลอดพบว่า มีความแตกต่างกันใน 6 ตัวชี้วัด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ซึ่ง 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ วิธีคลอด การได้รับสารน้ำเข้าเส้นเลือด การได้ยาระงับปวด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาและระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด (ตารางที่ 10) อธิบายได้ว่า การคลอดเองโดยธรรมชาติจะมุ่งเน้นความเป็นธรรมชาติของการดำเนินการคลอด โดยปล่อยให้มดลูกมีการหดตัวค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทีละขั้น และสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดมีเวลาพักหรือผ่อนคลายเป็นระยะๆ ทำให้ไม่เกิดการเจ็บปวดมากเกินไป ในขณะที่ทารกจะได้รับออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Balaskas, 1991) ในขณะที่การให้ oxytocin เพื่อเร่งคลอดนั้นเป็นการให้ยาเข้าทางเส้นเลือดดำ โดยให้ผสมกับน้ำเกลือให้เจือจางแล้วหยดเข้าเส้นเลือด ซึ่งฤทธิ์ของ oxytocin จะทำให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น ช่วยในการผลักดันให้ทารกเคลื่อนตัวออกจากโพรงมดลูกเร็วขึ้น ทำให้การคลอดสิ้นสุดลงเร็วกว่าการปล่อยให้คลอดธรรมชาติ (Baxi et al., 1987; Akoury et al., 1991) แต่การใช้ oxytocin ก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เพราะการที่มดลูกหดตัวถี่ทำให้เส้นเลือดรวมทั้งออกซิเจนที่ไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เนื่องจากเกิดภาวะขาดออกซิเจนจนต้องให้ความช่วยเหลือในการคลอดโดยใช้เครื่องมืออุปกรณ์หรือผ่าท้องคลอด (Smith et al., 1984; Akoury et al., 1991; Thomas, 1996; Duff and Sinclair, 2000) และต้องให้ยาระงับปวดกับผู้คลอดมากกว่าการคลอดตามธรรมชาติ (Smith et al., 1984; Huntingford, 1985; Farabow et al., 1993; Thomas, 1996) ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษามากมายที่พบว่า การใช้ oxytocin ทำให้ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการช่วยเหลือคลอดหรือผ่าท้องคลอดมากกว่าการคลอดโดยธรรมชาติ (Smith et al., 1984; Akoury et al., 1991; Thomas, 1996) การได้รับยาระงับปวดมากขึ้น (Huntingford, 1985; ประทีกษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์และคณะ, 1986; Macer et al., 1992; Thomas, 1996) เกิดภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนจนเกิดอาการแสดงของการมีซีเทาในน้ำคร่ำ (Meconium stain) และอัตราการเต้นหัวใจของทารกในครรภ์ผิดปกติ (Macer et al.,

1992; Thomas, 1996) และ การใช้เครื่องมือช่วยคลอดที่มากกว่าการคลอดเองโดยธรรมชาติ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงกว่า

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่พบประเด็นที่น่าสนใจคือ ภาวะแทรกซ้อนในการคลอดของผู้ที่คลอดเองโดยธรรมชาติพบว่า มีร้อยละ 44.9 ในขณะที่ผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีเพียงร้อยละ 29.4 (ตารางที่ 8) โดยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนนั้นส่วนใหญ่เกิดจากภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีและมีการฉีกขาดแผลฝีเย็บ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการคลอดเองโดยธรรมชาติจะมีการปล่อยให้มดลูกหดตัวตามปกติ จึงทำให้อาจเกิดภาวะมดลูกหดตัวไม่ดีได้ โดยเฉพาะในผู้คลอดที่ตั้งครรภ์ท้องหลังเนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมาก่อนจึงทำให้ความแรงในการหดตัวมีน้อยกว่าการตั้งครรภ์ท้องแรก ส่งผลให้การคลอดล่าช้าได้ (Thomas, 1996; Lazor et al., 2001) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดเองโดยธรรมชาติส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ท้องหลังร้อยละ 58.1 ขณะที่ผู้คลอดแบบเร่งคลอดส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกร้อยละ 51.5 (ตารางที่ 2) ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมดลูกหดตัวไม่ดีมากกว่าผู้คลอดแบบเร่งคลอด

Balaskas (1991) ให้ความเห็นว่า ในการคลอดเองโดยธรรมชาติแล้วไม่จำเป็นต้องมีการตัดฝีเย็บแต่อย่างใด เพราะจะทำให้เกิดการสูญเสียโลหิตในการคลอดมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้คลอดที่คลอดเองโดยธรรมชาติได้รับการตัดฝีเย็บถึงร้อยละ 73.3 ไม่ได้ตัดฝีเย็บเพียงร้อยละ 4.6 (ตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการประยุกต์แนวคิด active birth ต้องมีการเตรียมจิตใจและเตรียมร่างกายในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ โดยต้องมีการคลึง นวด บริเวณฝีเย็บ และฝึกกล้ามเนื้อบริเวณขั้วเชิงกรานเพื่อให้มีความยืดหยุ่นสูง รวมทั้งเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องมีการช่วยเหลือในการนวดคลึงหรือประคบความร้อนบริเวณแผลฝีเย็บ เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บยืดขยายโดยไม่ฉีกขาดขณะทารกคลอด จากการศึกษาพบว่า ในห้องคลอดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ไม่ได้มีการเตรียมกล้ามเนื้อผู้คลอดแต่อย่างใด แต่ให้ผู้คลอดเลือกว่าต้องการคลอดเองโดยธรรมชาติหรือใช้ยาเร่งคลอด ซึ่งการไม่ได้เตรียมกล้ามเนื้อฝีเย็บดังกล่าวจึงต้องมีการตัดฝีเย็บ เพื่อช่วยให้ทารกคลอดได้สะดวกขึ้น ในกรณีที่ไม่ได้ตัดฝีเย็บจึงพบว่า มีการฉีกขาดแผลฝีเย็บได้ ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 22.1 (ตารางที่ 7) ในขณะที่ผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีภาวะแทรกซ้อนจากการฉีกขาดแผลฝีเย็บเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น เพราะการคลอดสมัยใหม่มักต้องตัดฝีเย็บเพื่อช่วยให้คลอดสะดวกขึ้นและป้องกันการฉีกขาด

นอกจากนี้ผลการศึกษามี 2 ตัวชี้วัดที่ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ คือ จำนวนการสูญเสียโลหิตในการคลอดและระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งพบว่า จำนวนการสูญเสียโลหิตในการคลอดของผู้คลอดเองโดยธรรมชาติโดยเฉลี่ย

เท่ากับ 352 มิลลิลิตร ขณะที่ของผู้คลอดแบบเร่งคลอดเท่ากับ 371 มิลลิลิตร (ตารางที่ 10) ทั้งนี้ เพราะว่าการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในห้องคลอดของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นเจ้าหน้าที่ชุดเดียวกัน จึงให้การดูแลป้องกันการตกเลือดในการคลอดมีประสิทธิภาพเท่ากัน ประการสำคัญคือ protocol ของห้องคลอดกำหนดไว้ว่า เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วจะต้องฉีดยา methergin เข้าเส้นเลือดดำให้ผู้คลอดทันทีซึ่งยา methergin จะช่วยให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้น ช่วยไม่ให้เกิดการสูญเสียเลือดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นทำให้ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันในการ สูญเสียโลหิตในการคลอด

ส่วนระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยมีเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน (ตารางที่ 10) เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่คลอดปกติร้อยละ 94.9 และร้อยละ 82.4 ซึ่งการ อยู่รักษาเพื่อพักฟื้นหลังคลอดปกติ 4 วัน นับว่าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม อีกทั้งโรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ต้องรับนโยบาย 30 บาทมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นเพื่อลด ภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล แผนกหลังคลอดจึงกำหนดให้ผู้คลอดที่คลอดปกติและไม่มี ภาวะแทรกซ้อนให้กลับบ้านได้ภายใน 1-3 วัน

1.2 ผลลัพธ์ของการคลอดในทารกแรกเกิดระหว่างผู้คลอดเองโดยธรรมชาติกับ ผู้คลอดแบบเร่งคลอดพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันใน 8 ตัวชี้วัด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการ วิจัยที่กำหนดไว้ ซึ่ง 8 ตัวชี้วัด คือ ค่า blood gas ค่า apgar score อัตราการเต้นของหัวใจทารก ในครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด การได้รับบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะตัวเหลืองในทารก แรกเกิด ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษา (ตารางที่ 10 และ 11) อธิบายได้ ว่าในการคลอดนั้นหากผู้คลอดได้รับการดูแลประเมินสภาพร่างกายทั้งตัวผู้คลอดและสภาพทารก ในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ โอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีได้น้อย ซึ่งการประเมินสภาพ ทารกในครรภ์นั้นนิยมประเมินภาวะการขาดออกซิเจน โดยใช้วิธีแบบง่าย ๆ คือ อัตราการเต้นของ หัวใจทารกซึ่งปกติจะเต้นในอัตรา 140-160 ครั้ง/นาที หากต่ำกว่า 100 หรือสูงกว่า 180 ครั้ง/นาที แสดงว่าทารกในครรภ์กำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ (Cunningham, 1993) นอกจากนั้นอาจตรวจพบ ภาวะซีเทาในน้ำคร่ำ (Meconium stain) ได้เช่นกัน หากพบภาวะผิดปกติดังกล่าวต้องให้การ ช่วยเหลือทันทีเพราะแสดงว่าทารกกำลังอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) (Murphy et al., 1990; Akoury et al., 1991) ซึ่งในการศึกษาพบว่า ห้องคลอดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ใช้ วิธีการประเมินสภาพทารกในครรภ์ในผู้คลอดทุกรายโดยใช้เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจทารก (Fetal monitoring) เป็นระยะๆ และหากพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ จะมีการรายงาน แพทย์ทันทีเพื่อให้ความช่วยเหลือด้วยสูติศาสตร์หัตถการอื่น ๆ ดังนั้นด้วยวิธีการประเมิน

สภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องมือทันสมัยที่มีความแม่นยำสูงในผู้คลอด จึงทำให้ทารกแรกเกิดทั้ง 2 กลุ่มมีค่า blood gas และค่า apgar score ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smith และคณะ (1984) ที่พบว่า ผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มที่คลอดโดยได้รับยา oxytocin กับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา oxytocin พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดกับทารกไม่แตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันในผลลัพธ์ของผู้คลอด

2. ความพึงพอใจในการคลอด

จากผลการศึกษาความพึงพอใจในการคลอดระหว่างผู้คลอดเองโดยธรรมชาติกับผู้คลอดแบบเร่งคลอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งโดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 20) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ อธิบายได้ว่า โดยที่ความพึงพอใจในการคลอดเป็นเรื่องซับซ้อนและขึ้นอยู่กับความรู้สึกส่วนตัวของผู้คลอดแต่ละคนเป็นสำคัญ โดยผู้คลอดจะอธิบายความพึงพอใจของตนเองไปในทางลบและทางบวกที่มีต่อการคลอด (Driedger, 1991 cited in Bradadat, 1993) ผู้คลอดจะมีความรู้สึกพึงพอใจในการคลอดเป็นไปในทางบวกเมื่อผลลัพธ์ของการคลอดนั้นทารกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง แต่ในทางตรงกันข้ามความพึงพอใจในการคลอดจะเป็นไปในทางลบเมื่อทารกคลอดออกมามีปัญหาทางสุขภาพ (Driedger, 1991 cited in Bradadat, 1993) จากผลการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดจากทั้ง 2 กลุ่มมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์และอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 4 วัน (ตารางที่ 15) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจในการคลอดได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังเป็นไปตามความคิดเห็นของ Bramadat (1993) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในการคลอดจะผันแปรไปตามอายุ การศึกษา รายได้ และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ แต่จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ อายุครรภ์ และระดับการศึกษา (ตารางที่ 3 และ 4) จึงอาจส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการคลอดไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบประเด็นที่น่าสนใจคือ ความพึงพอใจในด้านการลดความเจ็บปวดพบว่า ผู้คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจต่อการลดความเจ็บปวดระดับมาก ($\bar{x} = 3.55$) ในขณะที่ผู้คลอดแบบเร่งคลอดมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นกัน ($\bar{x} = 3.71$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ในรายข้อการได้ยาระงับความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดเองโดยธรรมชาติอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.90$) ในขณะที่กลุ่มผู้คลอดแบบเร่งคลอดอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.35$) (ตารางที่ 23 และ 28) ทั้งนี้เพราะว่าผู้คลอดเองโดยธรรมชาติส่วนใหญ่จะไม่ได้ยาระงับความเจ็บปวด แต่จะได้รับการช่วยเหลือลดความเจ็บปวดจากผู้ช่วยคลอดในห้องคลอดด้วยวิธีการ

บีนวตบริเวณหลัง บั้นเอวและก้นกบ รวมทั้งการได้รับการประคบด้วยน้ำร้อนบริเวณหลังและหน้าท้องขณะที่เจ็บครรภ์ซึ่งส่งผลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายและมีความเชื่อมั่นในการคลอด มีพฤติกรรมและมีความพึงพอใจในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ดี ในระดับหนึ่ง แต่ในกลุ่มผู้คลอดแบบเร่งคลอดส่วนหนึ่งจะฝากครรภ์พิเศษกับแพทย์ ซึ่งแพทย์เจ้าของไข้มักจะมีคำสั่งให้ยาระงับความเจ็บปวด เพื่อไม่ต้องการให้ผู้คลอดได้รับความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ดังนั้นจึงทำให้ผู้คลอดแบบเร่งคลอดและผู้คลอดเองโดยธรรมชาติมีความพึงพอใจในด้านการลดความเจ็บปวดจากการคลอดแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย โรงพยาบาลของรัฐควรสนับสนุนให้ฝ่ายสูติกรรมได้นำวิธีการคลอดแบบ active birth มาใช้ให้แพร่หลายมากขึ้นเพราะการคลอดด้วยวิธีนี้นอกจากจะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจในการคลอดแล้ว ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าการคลอดด้วยวิธีอื่นที่ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ และยังเป็น การตอบสนองตามนโยบาย 30 บาทได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ผลลัพธ์ของการคลอดมีคุณภาพเท่าเทียมกับวิธีการคลอดแบบอื่น

2. ด้านบริการในการช่วยคลอด

- 2.1 ควรมีการจัดฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ให้มีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการนำวิธีการคลอดแบบ active birth มาใช้อย่างถูกต้องและเต็มรูปแบบทุกขั้นตอนตั้งแต่การมาฝากครรภ์จนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนบางประการจากการนำมาใช้ไม่ถูกต้อง เช่น มีการฉีกขาดบริเวณฝีเย็บเนื่องจากไม่ได้เตรียมบริเวณฝีเย็บก่อนคลอด สถานที่ในห้องการคลอดไม่มีที่สำหรับให้ผู้คลอดได้ลุกเดินได้ เพียงคลอดไม่เหมาะสำหรับให้เลือกท่าคลอดได้ตามที่ผู้คลอดต้องการ

- 2.2 ควรจัดให้มีชั้นเรียนในการสอนหญิงตั้งครรภ์ (Maternal class) ที่แผนกฝากครรภ์ เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการเตรียมตัวคลอดเองโดยธรรมชาติ เป็นการเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเลือกวิธีการคลอดได้ตามที่ต้องการมากขึ้น

- 2.3 ด้านการตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy) ในผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ เพื่อป้องกันการฉีกขาดในการคลอดควรมีการช่วยเหลือด้วยการตัดฝีเย็บให้เพื่อช่วยให้ทารกคลอดออกได้สะดวก และการเย็บซ่อมแซมจะทำได้ง่าย รวมทั้งเป็นการป้องกันการกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดหย่อนยานในภายหลังได้

3. ด้านการศึกษา ในสถาบันการศึกษาแพทย์และพยาบาลควรมีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดแบบ active birth ร่วมกับการคลอดด้วยวิธีอื่น โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่

สำเร็จการศึกษาและต้องไปอยู่โรงพยาบาลต่างจังหวัดหรือสถานเอนามัย จะได้เลือกวิธีคลอดที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยเหลือคลอดตามสถานการณ์ความเป็นจริง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่อาจเกิดกับผู้คลอดและทารก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จตุพล ศรีสมบุญ. 2539. การให้ยาชาและยาระงับปวดในระยะคลอด. ใน ตำราสูติศาสตร์ โดย ธีระพร วุฒยวนิช, ธีระ ทองสง และ จตุพล ศรีสมบุญ (บรรณาธิการ). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: พี.บี.ฟอเรนบู้คส เซนเตอร์.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. 2540. ผลของการเตรียมหญิงตั้งครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตร สิทธิอมรและคณะ. 2543. Clinical Practice Guidelines : การจัดทำและนำไปใช้. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- ประกายแก้ว กำคำ. 2534. ผลของการช่วยเหลือของสามีต่อผู้คลอดครั้งแรกในระยะเจ็บครรภ์คลอดต่อการควบคุมตนเอง ความต้องการยาระงับปวด ระยะเวลาในการคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์และยงยุทธ เหนาะบัตย์. 2539. การชักนำการคลอด. ใน สูติศาสตร์ รามาธิบดี 1. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ วินิต พัวประดิษฐ์และสุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล (บรรณาธิการ) กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไฮลิติก พับลิชชิง จำกัด.
- พรรณนิภา รัชกุล. 2537. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและเจตคติที่มีต่อการคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พริยา ศุภาศรี. 2540. การพยาบาลในระยะคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- พรทิพย์ ไล่้เลขา. 2534. เครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติทางเคมีคลินิกอดีต ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ชัยเจริญ.
- รสสุคนธ์ ลิ้มทะวงศ์. 2530. ผลการเตรียมคลอดด้วยวิธีของลามาสต่อพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บปวดของมารดาในระยะคลอดและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัลลิกา เมือกโสภณ. 2539. **ประสิทธิผลของการเตรียมคลอดตามรูปแบบที่กำหนดเพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดของหญิงครรภ์แรกในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินิต พัวประดิษฐ์และก้ำแหง จาตุรจินดา. 2537. **การใช้ยาและอันตรายจากการใช้ยาทางสูติกรรม. ใน การบริหารครรภ์เสี่ยงสูง.โดย วินิต พัวประดิษฐ์ (บรรณาธิการ).** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วิโรจน์ สหพงษ์. 2539. **การชักนำการคลอด. ใน ตำราสูติศาสตร์ โดย ธีระพร วุฒยวนิช ธีระ ทองสงและจตุพล ศรีสมบูรณ์ (บรรณาธิการ).** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: พี. บี. พรอเรนบุ๊กส์ เซนเตอร์. หน้า 457-459.
- สุจินดา ตรีนตร. 2545. **ผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามีต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี. 2542. **ผลของการเตรียมการคลอดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความเครียด และการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษา เชื้อหอม. 2534. **ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ระยะเวลาคคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Akoury, A. H, et al. 1991. Oxytocin augmentation of labor and perinatal outcome in nulliparas. *Obstet Gynecol* 78 (August): 227-230.
- Balaskas, J. et al. 1991. *New active birth.* London: Thorsons.
- Baxi, et al. 1987. Pharmacologic effects on labor: Effects of drugs on dystocia, labor and uterine activity. *Cli Obstet Gynecol* 30: 30-32.

- Bergsjö, P., et al. 1989. Comparison of induced versus non-induced labor in post-term pregnancy. *Obstet Gynecol* 68: 683-687.
- Besinger, et al. 1990. The safety and efficacy of tocolytic agents for the treatment of pre-term labor. *Obstet Gynecol* 45: 415 – 440.
- Bobax, I. M., Lowdermilk, L. D., and Jensen, D. M. 1995. *Maternity nursing*. 4th ed. St. Louis Missouri: Mosby.
- Bonica, J. J. 1994. *Text book of pain*. 3rd ed. Longman: Churchill Livingstone.
- Bonica, J., and McDonald, J. 1990. The pain of childbirth. In Bonica, J. *The management of pain*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Bowe, E. T., et al. 1998. Reliability of fetal blood sampling. *Am J Obstet Gynecol* 107(May): 279-287.
- Bramadat, I. J. 1993. Satisfaction with childbirth: Theories and methods of measurement. *Birth* 20 (March): 22-28.
- Brown, S., et al. 1994. Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women. *Birth* 21 (March): 4 – 13.
- Callister, L. C. 1993. The role of the nurse in childbirth: Perceptions of the childbearing women. *Clinical Nurse Specialist* 7: 288-293.
- Charles, A. G., et al. 1978. Obstetrics and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 131:44-52.
- Chute, G.E. 1985. Expectation and experience in alternative and conventional birth. *Journal Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 14: 61-67.
- Cooke, P. 1997. Induction of labour and post-term pregnancy. In *Mayes' Midwifery : A textbook for midwives*. 12th ed. London: Bailliere Tindall.
- Corbett, C. A., and Callister, C. L. 2000. Nursing support during labor. *Nursing Research* 9 (1): 70-81.
- Cranley, M., Hedahl, K., and Pegg, S. 1983. Women's perception of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research* 32: 10-15.
- Cunningham, F. G., et al. 1993. *Williams Obstetrics*. United States of America: Appleton and Lange.

- Cunningham, F. G., and McDonald, P. C. 1989. **Williams Obstetrics**. 18th ed. East Norwalk: Appleton & Lange. 307-326.
- Department of Health. 1993. **Changing childbirth. Report of the Expert Maternity Group**. London: HMSO.
- Dick-Read, G. 1994. **Childbirth without fear**. New York: Harper and Brothers.
- Donabedian, A. 1986. **Criteria and standards for quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Duff, C. and Sinclair, M. 2000. Exploring the risks associated with induction of labour : A retrospective study using the NIMATS database. **Journal of Advanced Nursing** 31(2): 410-417.
- Erb, L., Hill, G., and Houston, D. 1983. A survey of parents' attitudes toward their cesarean births in Manitoba hospitals. **Birth** 10: 85-91.
- Farabows, et al. 1993. A twenty-year retrospective analysis of the efficacy of epidural analgesia - anesthesia when administered and/or managed by obstetricians. **Am J Obstet Gynecol** 169 (2) Part 1: 270-278.
- Green, J. M., Coupland, V.A., and Kitzinger, J.V. 1990. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. **Birth** 17: 15-24.
- Gorrie, T. M., et al. 1994. **Foundations of maternal – newborn nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hamad, S. A., et al. 1985. Neonatal hyperbilirubinemia in oxytocin augmented labor. **J Obstet Gynecol** 11: 69-73.
- Hedlin, A. M., and Dostrovsky, J. 1978. Understanding the physiological of pain. **The Canadian Nurses** 75: 28 –30.
- Hodnett, E., and Osborn, R., 1989. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Research in Nursing Health** 12 : 289-297.
- Hodnett, E., and Simmons – Tropea, D. 1987. The labor agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. **Research Nursing Health** 10: 301-310.

- Hofmeyr, G. J., et al. 1991. Companionship to modify the clinical birth environment : effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynecol* 98 (August) : 756-764.
- Huntingford P. 1985. *Birth right-the parent's choice*. London: BBC.
- Jensen, M. D., et al, 1980. *Maternity care*. 2nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Kintz, D.L. 1987. Nursing support in labour. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing* 16 : 126-130.
- Lazor, L., et al. 2002. A randomized comparison of 15 – and 40 – minute dosing protocols for labor augmentation and induction. *Obstet Gynecol* 106 (December): 1009 - 1012.
- Locker, D. 1978. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical. *Social Sciences Medicine* 12: 283-292.
- Lomas, et al. 1994. The labor and delivery satisfaction index: The development and evaluation a soft outcome measure. *Birth* 14(3): 125-129.
- Lowne, N. K. 1991. Maternal confidence in coping with labor: A self- efficacy concept. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing* 20: 457-463.
- Lumley, J. 1985. Assessing satisfaction with childbirth. *Birth* 12: 141-145.
- Lynn, B. 1986. The detection of injury and tissue damage. in Wall, P. D. and Melzack, R. (editor). *Textbook of pain*. Edinbergh: Churchill Livingston.
- Macanlay., et al. 1992. Continuous monitoring of fetal temperature by noninvasive probe and its relationship to maternal temperature, fetal heart rate, and cord arterial oxygen and pH. *Obstet Gynecol* 79 (March): 469-474.
- Macer J. A., Macer C. L., and Chan L. S. 1992. Elective induction versus spontaneous labour : A retrospective study of complication and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 166 : 1690-1697.
- Mackey, M. C., and Stepan, M. E. 1994. Women's evaluations of their labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing* 23: 413 – 420.

- Manning, M. M., and Wright, T. L. 1983. Self-efficacies expectancies outcome and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology* 45: 421-431.
- Melzack, R., and Patrick, D. W. 1994. *Text book for pain*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone.
- Melzack, R., and Wall, P. D. 1965. Pain mechanism: A new therapy. *Science* 89: 971-979.
- Mercer, R., et al. 1983. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research* 32: 202-207.
- Murphy, K. W., et al. 1990. Birth asphyxia and the intrapartum cardiotocograph. *Br J Obstet Gynecol* 97 (June): 470-479.
- Northern Ireland Maternity Unit Study Group. 1994. *Delivering choice*. Northern Ireland: DHSS.
- Oakley, A. 1991. Social consequences of obstetric technology: The importance of measuring "soft" outcomes. *Birth* 10: 99-108.
- Pello, L. C., et al. 1991. Computerized fetal heart rate analysis in labor. *Obstet Gynecol* 78 (October): 602-610.
- Reeder, S. J. 1991. *Maternity nursing: Family, newborn and women's health care*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Reeder, S. J., and Martin, L. L. 1987. *Maternity nursing: Family newborn and women's health care*. 16th ed. Philadelphia: J.B Lippincott.
- Russell, J. G. 1982. The rationale of primitive delivery positions. *Br J Obstet Gynecol* 89 (September): 712-715.
- Russell, K. P., et al. 1991. The course and conduct of normal labor & delivery. In Pernoll, M. L. *Current obstetrics & gynecologic diagnosis & treatment*. 7th ed. East Norwalk: Appleton & Lange.
- Seguin, L., Therrien, R., Champagne, F., and Larouche, D. 1989. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth* 16: 109 -113.

- Shearer, M. 1983. The difficulty of defining and measuring satisfaction with perinatal care. *Birth* 14: 130-131.
- Sherwen, L. N., et al. 1999. *Maternity nursing*. 3rd ed. Stamford: A simon & Schuster.
- Sherwen, L. N., Sedoveno, M. A. and Weingarten, G. T. 1995. *Nursing care of the childbearing family*. 2nd ed. USA: Appleton & Lange.
- Shield, D. 1978. Nursing care in labor and patient satisfaction. *Journal Advanced Nursing* 3: 535 - 550.
- Simkin, P. 1995. Reducing pain and enhancing progress in labour : A guide to non-pharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth* 22: 161-171.
- Smedstad, K.G. 1992. Pain relief in labour. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* 14 (10): 26-32.
- Smith, J., et al. 1984. Hazards and benefits of elective induction of labour. *Am J Obstet Gynecol* 148 : 579-585.
- Thomas, P. 1996. *Every woman's birthrights*. Thorsons, London.
- Tumblin, A., et al. 2001. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth* 28 (March): 52-55.
- Wigton, T. and Wolk, B. 1994. Elective and routine induction of labour. *The J Reprod Med* 39: 21-26.
- World Health Organization. 1996. *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit.



ภาคผนวก

ค่าปกติของ blood gas ในทารก

(Murphy et al., 1990: 475)

	Fetal scalp		Umbilical cord	
	First stage of labor	Second stage of labor	Artery	Vein
pH	> 7.30	>7.28	>7.26	>7.32
pO ₂	21.10	19.10	17.60	27.80
pCo ₂	45.10	47.80	48.70	38.90
Base deficit	5.40	6.10	8.80	6.60

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย