

บทบาทพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ

Prolonged Latent Phase of Labor : The Midwifery Roles

กรรณิการ์ ชัยสิทธิ์สงวน*

Kunnikar Chaisitsanguan*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ประเทศไทย 76000

Faculty of Nursing, Petchaburi Ratchapat University, Thailand 76000

บทคัดย่อ

ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ เป็นความผิดปกติของระยะ Latent phase ซึ่งอยู่ในระยะที่หนึ่งของการคลอด การที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้คลอดและส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ บทความนี้ผู้เขียนได้เขียนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งการให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ เป็นสองระยะคือ ระยะก่อนเข้าพักในโรงพยาบาล และระยะที่เข้าพักในโรงพยาบาล โดยในระยะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกเป็นสองรูปแบบ คือ การดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหาร การเปลี่ยนท่าเพื่อส่งเสริมการคลอด การดูแลให้ถ่ายปัสสาวะให้ว่าง การดูแลเพื่อแลบริเทาอาการปวด การป้องกันการติดเชื้อ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและความสุขสบาย และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้คลอด และการดูแลแบบเฉพาะประกอบด้วย การซักประวัติเพื่อจำแนกอาการการเจ็บครรภ์ลวงและเจ็บครรภ์จริง การดูแลให้นอนพักบนเตียง กำจัดปัจจัยหรือสาเหตุที่ไม่เหมาะสมออก การเฝ้าคลอดและประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และการเตรียมช่วยแพทย์ในการเจาะถุงน้ำหรือให้ยาเร่งคลอดตามความเหมาะสมของผู้สตรีตั้งครรภ์แต่ละราย ซึ่งวิธีการเหล่านี้จะสามารถนำไปใช้ในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ, บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Abstract

Prolonged latent phase is a disorder of latent phase, which happens during the first stage of labor. It affects the physical and mental condition of the pregnant women and fetus. This article was written to guide midwifery in the care of pregnant women with prolonged latent phase. There are two guidelines of nursing care for pregnant woman, before and after admittance in the hospital . During the hospital stay, there are two pattern of care. The first is supportive care : Keep well hydrate and eat well, trying difference position, no bladder full, pain management, prevention of infection, environment care, good relationships . The second is specific care : determine the latent phase to distinguish the symptoms of false and true labor pain, therapeutic rest, avoid iatrogenic causes, audit and monitoring progress of labor, amniotomy and oxytocin infusion care. These methods can be used to provide appropriate nursing care.

Keywords: Prolong latent phase , Midwifery roles

บทนำ

ระยะเฉื่อย (Latent phase) เป็นระยะที่การเปิดขยายของปากมดลูกดำเนินไปอย่างช้ามาก ซึ่งจัดอยู่ในระยะที่หนึ่งของการคลอดที่ใช้เวลายาวนาน ความผิดปกติของช่วง Latent phase เกิดขึ้นได้ในกรณีเดียวเรียกว่า Prolong latent phase ซึ่งตามคำนิยามหมายถึงการที่ช่วง latent phase มีระยะเวลามากกว่า 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ ระยะเวลา มากกว่า 14 ชั่วโมงในครรภ์หลัง^{1,2} ซึ่งระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติเป็นสิ่งที่อธิบายได้ยากว่าเกิดจากสาเหตุใดและมีความแตกต่างกันในสตรีตั้งครรภ์แต่ละราย Chelmlow และคณะพบว่าระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการคลอดผิดปกติและการผ่าตัดเอาเด็กออกจากหน้าท้อง³ ในทางปฏิบัติการวินิจฉัยการเข้าสู่ระยะเฉื่อยเป็นเรื่องค่อนข้างยาก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเริ่มต้นเจ็บครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์แต่ละรายที่ได้เคยประสบมาซึ่งหากเป็นครรภ์แรกอาจเป็นการบอกเวลาที่เป็นการเจ็บครรภ์ล่วงหน้าเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนนั่นเอง บทความนี้ ผู้เขียนได้เขียนขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติ แบ่งเป็นการดูแลก่อนเข้าพักในโรงพยาบาลและการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล โดยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลแบ่งการดูแลออกเป็นสองแบบคือการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลแบบเฉพาะ โดยให้การพยาบาลตามความแตกต่างของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ระยะเฉื่อยของการคลอด (Latent phase)

ระยะเฉื่อย เป็นระยะที่มีความซับซ้อนและยากที่จะอธิบายให้ชัดเจนได้ การศึกษาโดยส่วนใหญ่มักจะละเอียดในขณะนี้เนื่องจากความไม่ชัดเจนในการตัดสินใจว่าระยะเวลาเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์นั้นเป็นระยะเวลาที่แท้จริงหรือไม่ ในทางทฤษฎีระยะเฉื่อยเริ่มตั้งแต่การที่สตรีตั้งครรภ์เริ่มเข้าสู่การเจ็บครรภ์คลอดอย่างแท้จริง โดยประกอบด้วยอาการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปิดขยายและมีการบางตัวของปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ปากมดลูกมักเปิดขยายไม่เกิน 3-4 เซนติเมตรและความบางตัวไม่เต็มที่ คือไม่ถึง 100% จนถึงเวลาเริ่มต้นของระยะเร่งและสิ้นสุดเมื่อปากมดลูก

เปิด 3-4 เซนติเมตร ระยะเฉื่อยเป็นระยะที่การเปิดขยายของปากมดลูกดำเนินไปอย่างช้ามาก ซึ่งจัดอยู่ในระยะที่หนึ่งของการคลอดใช้เวลาเฉลี่ย 8 ชั่วโมง 30 นาที ในครรภ์แรก และ 5 ชั่วโมง 30 นาที ในครรภ์หลัง ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 20 ชั่วโมงในครรภ์แรก และ 14 ชั่วโมงในครรภ์หลัง^{1,2} การเข้าสู่ระยะเฉื่อยของสตรีตั้งครรภ์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน Gross และคณะพบว่าการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นการเริ่มต้นการเจ็บครรภ์คลอดที่แท้จริง ขึ้นอยู่กับลักษณะของปากมดลูกของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายด้วย⁴ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าเป็นการยากที่จะบอกได้ชัดเจนว่า ณ เวลาใดที่สตรีตั้งครรภ์ได้เข้าสู่การเจ็บครรภ์คลอดอย่างแท้จริง ในระยะนี้สตรีตั้งครรภ์อาจยังไม่เดินทางมาที่โรงพยาบาลเพราะมักจะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกแต่เพียงห่างๆ และอาจไม่รุนแรงมากนักแต่ในทางปฏิบัติเมื่อแพทย์ได้ตัดสินใจรับสตรีตั้งครรภ์เข้ารักษาในห้องคลอดนั้น มักเกิดการเจ็บครรภ์จริงมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว

ความผิดปกติในระยะเฉื่อยของการคลอด

ความผิดปกติของระยะเฉื่อยมีเพียงอย่างเดียวคือระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ Bodil Wilde และคณะพบอุบัติการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติในครรภ์แรกร้อยละ 29.2 และร้อยละ 17 ในครรภ์หลัง⁵ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Friedman ที่รายงานอุบัติการณ์ที่พบเพียงร้อยละ 2.3 ในครรภ์แรกและร้อยละ 0.44 ในครรภ์หลัง⁶ การวินิจฉัยความผิดปกติในระยะนี้ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการกำหนดจุดเริ่มต้นของระยะเฉื่อย (onset of latent phase) นั่นคือเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์จริง ซึ่งได้จากการซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ถึงความรู้สึกของการหดตัวของมดลูกว่าสม่ำเสมอหรือไม่ หากไม่ได้สังเกตเวลาที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอได้อย่างแน่นอน ก็อาจทำให้ระยะเวลาในระยะเฉื่อยคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนั้นการเจ็บครรภ์ล่วงหน้าหรือแม้แต่การประเมินจากบางตัวหรือการเปิดขยายของปากมดลูกก็อาจพบได้ก่อนที่จะมีการเจ็บครรภ์จริง ดังนั้นก่อนที่จะวินิจฉัยระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติต้องแน่ใจว่าเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงแล้ว มิฉะนั้นอาจวินิจฉัยไม่ถูกต้องและให้การรักษาโดยไม่จำเป็น สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยระยะเฉื่อย⁶ ครรภ์แรกระยะเวลาในช่วงระยะเฉื่อย (latent phase) นานกว่า 20 ชั่วโมง ครรภ์หลัง ระยะเวลาในช่วงระยะเฉื่อย (latent phase) นานกว่า 14 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเฉื่อย^{6, 7}

1. การให้ยาระงับปวดหรือยาชาไม่เหมาะสม (iatrogenic factor) การให้ยาระงับปวดมากเกินไป (excessive narcotic or heavy sedation) หรือการให้ยาชาเร็วเกินไป (early conduction anesthesia) มีผลทำให้ระยะเฉื่อย (latent phase) ยาวนานกว่าปกติ⁴ แต่สำหรับการได้รับยาระงับปวดทางไขสันหลังยังมีข้อโต้แย้งเนื่องจากการศึกษาพบว่าการให้ยาระงับปวดทางไขสันหลังไม่ได้ทำให้มีอัตราการผ่าตัดคลอดหรืออัตราการคลอดยาวนานเพิ่มขึ้น⁸

2. สภาพปากมดลูกไม่พร้อม (unfavorable cervix) การศึกษาของ Friedman พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่สภาพของปากมดลูกพร้อม (favorable cervix) ระยะเฉื่อยจะสั้น⁹ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกสภาวะไม่พร้อม เช่นปากมดลูกยังไม่บางตัวหรือยังไม่เปิดขยาย ระยะเฉื่อยจะนานขึ้น⁹

3. การเจ็บครรภ์ลวง (false labor pain) อาจทำให้การวินิจฉัยระยะเฉื่อยยาวนานกว่าความเป็นจริงได้ Eri และคณะพบว่าอาการเจ็บครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความสับสนและไม่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยระยะเจ็บครรภ์จริงได้อย่างชัดเจน¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีการให้ประวัติการเริ่มต้นเจ็บครรภ์ที่ไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับทฤษฎี เช่นการสอบถามว่าเจ็บครรภ์ทุก 5 นาทีและมดลูกหดตัวทุก 60 วินาทีหรือไม่สตรีตั้งครรภ์จะมีความลังเลและสามารถให้คำตอบที่ชัดเจนได้¹¹ Gross และคณะอภิปรายผลไว้ว่าสิ่งที่ควรตระหนักในการรับสตรีตั้งครรภ์ไว้ในความดูแลคือเวลาที่เข้าสู่ระยะการคลอดที่แท้จริงไม่ใช่ เวลาในการเริ่มเจ็บครรภ์⁴

ผลกระทบต่อมารดาและทารกที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ

ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติส่งผลกระทบต่อสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้คลอด เนื่องจากการเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดเป็นระยะเวลานานส่งผลให้มารดาอ่อนล้า กลัว และวิตกกังวลมากขึ้น จนทำให้มดลูกหดตัวไม่มีประสิทธิภาพ ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ไม่มีแรงเบ่ง จนอาจต้องสิ้นสุดการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การบาดเจ็บจากการคลอด การตกเลือดหลังคลอด ทารกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ J. Maghoma & E.J. Buchmann พบว่าในมารดาที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการ คือ อัตรา

การใช้ยา oxytocin ในการชักนำการคลอด อัตราการผ่าตัดคลอด อัตราการถ่ายซีเทอปนในน้ำคร่ำของทารกในครรภ์ APGAR Score ในนาทีที่ 5 มีค่าต่ำกว่า 7 คะแนน และอัตราการส่งต่อทารกแรกเกิดไปยังหน่วยวิกฤตมีมากกว่ามารดา กลุ่มที่มีระยะเฉื่อยปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹ และ Bodil Wilde และคณะ พบว่าในสตรีตั้งครรภ์ครรภ์แรกที่มีระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติจะมีการช่วยคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่มีระยะเฉื่อยปกติ¹²

การดูแลรักษาระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ^{6, 7, 13}

1. หลีกเลี่ยงยาระงับปวดหรือยาชาที่ไม่เหมาะสม หากให้ยาไปแล้วให้รอจนยาหมดฤทธิ์ และในระหว่างนี้ให้ติดตามความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์

2. ให้การรักษาด้วยการนอนพัก (therapeutic rest) จะช่วยป้องกันการนำหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ลวงไปชักนำการคลอดโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการดูแลให้นอนพักบนเตียง (therapeutic rest) จะช่วยแยกหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์ลวงออกไปได้ วิธีการรักษาด้วยการนอนพัก (therapeutic rest)^{6, 7, 13} ทำโดยให้ยาระงับปวดที่มีฤทธิ์ระงับปวดขนาดสูงโดยฉีดยา morphine¹⁵ มิลลิกรัมเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อสำหรับประเทศไทยมักใช้ขนาด 10 มิลลิกรัม โดยอาจเพิ่มเป็น 20 มิลลิกรัมได้ถ้าหน้าหนักตัวมาก เมื่อยาออกฤทธิ์ผู้ป่วยจะมีช่วงหลับสนิทประมาณ 6 - 10 นาที หลังตื่นขึ้นมาจะพบว่าร้อยละ 85 ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการรักษาจะเข้าสู่ระยะเร่งอีกร้อยละ 10 การหดตัวของมดลูกจะหายไปให้การวินิจฉัยว่าเป็นการเจ็บครรภ์ลวงและอีกร้อยละ 5 ยังคงมีอาการเจ็บครรภ์เช่นเดิมซึ่งต้องให้การรักษาโดยการให้ยา oxytocin ต่อไป Mackeen AD พบว่า ร้อยละ 62 ที่ได้รับการรักษาด้วย morphine เข้าสู่ระยะเร่ง อีกร้อยละ 29 มีอาการเจ็บครรภ์ลวงและร้อยละ 9 โดยสตรีตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ครบกำหนดและมีความบางของปากมดลูก มากกว่าร้อยละ 50 มีแนวโน้มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹⁴ อย่างไรก็ตามระยะเวลาเริ่มต้นของการรักษาด้วยการนอนพักมีความสำคัญน้อยกว่าอาการแสดงทางคลินิกคือหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอมานานจนอ่อนล้าและมีแนวโน้มจะเข้าสู่ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติไม่มีความจำเป็นต้องรอให้ครบเกณฑ์วินิจฉัยระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ ก็สามารถให้การรักษาได้เลย

3. การเจาะถุงน้ำคร่ำ (Amniotomy) การเจาะถุงน้ำ

คร่ำเพียงอย่างเดียวไม่เหมาะสมในการรักษาระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติเนื่องจากภายหลังการเจาะถุงน้ำคร่ำแล้วจำเป็นต้องให้คลอด โดยเฉพาะในรายที่สภาพปากมดลูกไม่พร้อมอาจทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำ อย่างไรก็ตามการเจาะถุงน้ำคร่ำร่วมกับการให้ oxytocin อาจมีประโยชน์กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือรายที่สภาพปากมดลูกพร้อม ซึ่งมักได้ผลดีและช่วยลดระยะเวลาในการเข้าสู่ระยะเร่ง¹³

4. ให้การรักษาด้วยยา oxytocin (oxytocin infusion) ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มดลูกมีความพร้อม สามารถให้การรักษาได้โดยไม่ต้องรอให้เข้าสู่ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ โดยเฝ้าติดตามการหดตัวของมดลูกและการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกเป็นระยะเวลา 2-4 ชั่วโมงหากยังไม่มีความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดก็เริ่มให้การรักษาด้วยการให้ยา oxytocin ได้หากไม่มีข้อห้าม Sadler และคณะพบว่าการรักษาด้วยการเจาะถุงน้ำและให้ oxytocin สามารถลดระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดและลดปัญหาการคลอดยาวนานได้¹⁵

5. การรักษาด้วย ยา Propranolol ใช้รักษาผู้คลอดที่มีระยะเวลาของการคลอดยาวนานเพื่อลดระยะเวลาในการคลอด Ziolkowski พบว่าการใช้ยา propranolol เพื่อชักนำการคลอด สามารถลดระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้สั้นลงได้ร้อยละ 30 และไม่พบผลข้างเคียงทั้งมารดาและทารก¹⁶

6. การกระตุ้นให้ปากมดลูกสุก(cervical ripening) ได้แก่ การใช้ Prostaglandin E2, Misoprostol เพื่อให้ปากมดลูกเปิดขยาย Kelly และคณะพบว่า Prostaglandin E2 สามารถเพิ่มโอกาสการคลอดทางช่องคลอดได้ภายใน 12-24 ชั่วโมง¹⁷

7. การผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง (Cesarean section) ไม่ได้เป็นการรักษาระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ เนื่องจากเป็นการยากที่จะวินิจฉัยการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดาได้ในระยะนี้ และหลังจากให้นอนพัก (therapeutic rest) หรือการให้การรักษาด้วยยา oxytocin สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด ดังนั้นภาวะระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ จึงไม่เป็นข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดบุตร⁷

การใช้แนวทางการรักษาระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติแบบเดียวกันในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายอาจไม่เหมาะสม เนื่องจาก

หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายมีสภาวะที่แตกต่างกัน มีทั้งหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรก (nullipara) และครรภ์หลัง (multipara) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูง หญิงตั้งครรภ์ที่มีสภาพปากมดลูกไม่พร้อม (unfavorable cervix) และสภาพปากมดลูกพร้อม (favorable cervix) รวมถึงอาการเจ็บครรภ์ลง การรักษาของแพทย์จึงต้องพิจารณาเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย^{7, 13, 18}

การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ

ระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ ส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานทำให้เกิดความอ่อนล้า มีโอกาสติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอดได้มากกว่าผู้ที่ดำเนินการคลอดตามปกติ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติจึงต้องการการดูแลที่แตกต่างจากในรายปกติ โดยสามารถจำแนกการดูแลได้เป็นสองระยะคือ การดูแลก่อนเข้าพักในโรงพยาบาล และการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล กล่าวคือ

การดูแลก่อนเข้าพักในโรงพยาบาล

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ในระยะนี้มีมีความสำคัญเนื่องจากการเข้าพักในโรงพยาบาลเร็วเกินไปทำให้เกิดระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติได้ ควรให้สตรีตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาลเมื่อปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตรขึ้นไปและมีความบาง 100 เปอร์เซ็นต์¹⁹ จึงจะเป็นการจัดการที่เหมาะสม ดังนั้นในระยะนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ในช่วงของการฝากครรภ์มีความจำเป็นมาก Maimburg และคณะพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าของการคลอดในระยะเฉื่อยมีความสำคัญมาก สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดจะมารักษาในโรงพยาบาลเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวก่อนคลอด²⁰ สอดคล้องกับ Nolan และคณะที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมเวปไซด์การแชร์ประสบการณ์การคลอดกับกลุ่มผู้มีประสบการณ์การคลอดจะสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม นอกจากนี้ยังพบว่า การให้สตรีตั้งครรภ์อยู่ที่บ้านในระยะเฉื่อยจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เหล่านั้นใช้ระยะเวลาในการคลอดลดลง²¹ Klein และคณะพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มาโรงพยาบาลในระยะเฉื่อยมักมีจำนวนครั้งในการได้รับการรักษาและพยาบาลทางสูติกรรมในอัตราส่วนที่สูง²² การที่สตรีตั้งครรภ์มานอนรอคลอดตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดช้านั้นจะมีการจำกัดกิจกรรมและให้นอนพักบนเตียง จึงทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า และมีโอกาสได้รับการตรวจรักษาเช่นการตรวจภายใน

การให้สารน้ำและอื่นๆ โดยไม่จำเป็นได้ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าสามี ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการชักจูงให้สตรีตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์²³ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมการคลอดตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์และเน้นย้ำถึงวิธีการสังเกตอาการเจ็บครรภ์ การมีมูกเลือด หรืออาการอื่นๆ ที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างละเอียดแก่สตรีตั้งครรภ์ สามีและญาติหรือผู้ดูแลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาล

การดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาลคือเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้เข้ามานอนพักในโรงพยาบาลแล้ว บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลแบบประคับประคอง (supportive care)

การพยาบาลในรูปแบบของการประคับประคองเป็นการพยาบาลเพื่อดูแลและความสุขสบายและส่งเสริมความก้าวหน้าในการคลอดซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรทำประกอบด้วย²¹

1.1 ดูแลให้ได้รับสารน้ำและและสารอาหารที่เพียงพอเป็นการป้องกันการเกิดอาการอ่อนล้าของผู้คลอด ในช่วงที่เจ็บครรภ์ไม่มากหรือปากมดลูกเปิดน้อย (latent phase) ไม่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณอาหารและน้ำดื่ม และหากได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำก็ควรดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ Rezk และคณะพบว่าผู้คลอดที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 250 ซีซีต่อชั่วโมง มีการหดตัวของมดลูกดีกว่าและเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 150 ซีซีต่อชั่วโมง และผู้คลอดที่ไม่ได้รับสารน้ำในช่วงรอคลอด²⁴ ส่วนในรายที่เสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำเมื่อต้องดมยาสลบควรงดน้ำและอาหารทางปาก

1.2 การเปลี่ยนท่าเพื่อส่งเสริมการคลอดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติได้ดีเมื่อเข้าสู่การเจ็บครรภ์จริง การให้สตรีตั้งครรภ์ลุกเดิน เปลี่ยนท่าเป็นด้านตรงกันข้าม การศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าการอยู่ในท่าศีรษะสูงซึ่งประกอบด้วยท่านั่ง ท่าเดิน ท่าคุกเข่า ท่านั่งยองและท่าคลานสามารถลดระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของการคลอดให้สั้นลง²⁵ การเปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ทุก 30 นาทีจะช่วยลดความตึงของกล้ามเนื้อ

เนื่องจากแรงกด สำหรับในท่านอนตะแคงจะเพิ่มความแรงในการหดตัวของมดลูก แต่ความถี่ในการหดตัวของมดลูกนั้นลดลง²⁶ ควรหลีกเลี่ยงท่านอนหงายเพราะจะทำให้การไหลเวียนกลับของเลือดไม่ดีเลือดที่จะไปเลี้ยงมดลูกมีผลให้ประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูกลดลงด้วย

1.3 ดูแลให้ถ่ายปัสสาวะ เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากเมื่อส่วนนำทารกเข้าสู่ช่องเชิงกรานมารดาจะไปเบียดกระเพาะปัสสาวะ หากกระเพาะปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะมากจะทำให้ส่วนนำทารกเคลื่อนต่ำได้ช้า ฉะนั้นจึงควรประเมินกระเพาะปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมงและดูแลให้ขับถ่าย อาจจำเป็นต้องสวนปัสสาวะให้ถ้ากระเพาะปัสสาวะเต็มและไม่สามารถปัสสาวะเองได้²⁷

1.4 ดูแลบรรเทาอาการปวดจะช่วยให้ผู้คลอดรู้สึกสงบ ผ่อนคลายจากอาการเจ็บครรภ์ส่งผลให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ผู้คลอดจะรู้สึกตื่นตัวและสนใจสิ่งต่าง ๆ ซึ่งหากผู้คลอดมีความกลัวหรือเจ็บครรภ์มากจะทำให้มีการหลั่งของอะดรีนาลีนสูงขึ้นส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้าได้ พยาบาลควรให้การดูแลเพื่อลดอาการเจ็บครรภ์ด้วยวิธีต่าง ๆ โดยเฉพาะวิธีที่ไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การนวดสัมผัส การใช้ความร้อนหรือความเย็นประคบจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกสุขสบาย การแนะนำเทคนิคการหายใจและกระตุ้นให้ผู้คลอดปฏิบัติในแต่ละช่วงของการคลอดเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเจ็บครรภ์เป็นต้น²⁷

1.5 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและความสุขสบายช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่อาจเกิดขึ้น โดยลดปัจจัยที่มารบกวน เช่น แสงสว่าง เสียง กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ปรับอุณหภูมิให้พอเหมาะ อาจใช้ผ้าห่มหรือพัดลมช่วยตลอดจนดูแลในช่องปากให้สะอาดและชุ่มชื้น ถ้าไม่มีข้อห้ามอาจให้อาบน้ำได้เพื่อให้รู้สึกสดชื่น²⁷

1.6 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้ซักถามหรือระบายความรู้สึก ในช่วงต้น ผู้คลอดยังเจ็บครรภ์ไม่มากมักสนใจซักถามและรับฟังสิ่งต่าง ๆ ได้ดีจึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด แผนการดูแล ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัว²⁷

1.7 การป้องกันการติดเชื้อ (infection prevention) ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคการปราศจากเชื้อ ตรวจภายในเท่าที่จำเป็นเพราะการติดเชื้อมักเกิดจากการตรวจภายในหลายครั้ง²⁷

รูปแบบที่ 2 คือ การดูแลแบบเฉพาะ (specific care) ประกอบด้วย

2.1 การซักประวัติเพื่อจำแนกอาการการเจ็บครรภ์ ล่วงและเจ็บครรภ์จริงพยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถ

จำแนกอาการของการเจ็บครรภ์ล่วงและการเจ็บครรภ์จริงได้อย่างถูกต้อง โดยหลักในการจำแนกอาการของการเจ็บครรภ์ ล่วงออกจากการเจ็บครรภ์จริง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักในการจำแนกอาการของการเจ็บครรภ์ล่วงและการเจ็บครรภ์จริง²⁸

การเจ็บครรภ์ล่วง (false labor pain)	การเจ็บครรภ์จริง (true labor pain)
การหดตัวของมดลูก (contraction)	
1. หดรัดตัวไม่สม่ำเสมอ (irregular rhythm) 2. ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้ง ไม่เปลี่ยนแปลง (unchanged interval) 3. ความแรงของการหดตัวของมดลูก ไม่เปลี่ยนแปลง (unchanged intensity)	1. หดรัดตัวสม่ำเสมอ (regular rhythm) 2. ระยะห่างของการหดตัวแต่ละครั้งสั้นลง (gradually shorten interval) 3. ความแรงของการหดตัวของมดลูกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (gradually increase intensity)
ความรู้สึกปวด (discomfort)	
1. บริเวณท้องน้อย (lower abdomen) 2. บรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด	1. บริเวณท้องน้อยและหลัง (back and abdomen) 2. ยาแก้ปวดไม่มีผล
การเปิดของปากมดลูก	
1. ไม่มีการบางตัวหรือไม่เปิดเพิ่มขึ้น	1. มีการบางตัวหรือเปิดเพิ่มมากขึ้น

2.2 ดูแลให้นอนพักบนเตียง (therapeutic rest) การให้นอนพักบนเตียงเพื่อการรักษาเป็นขั้นตอนแรกในการแยกอาการเจ็บครรภ์ล่วงและเจ็บครรภ์จริง ซึ่งวิธีการรักษาคือการให้ยาระงับปวดที่มีฤทธิ์ระงับปวดสูงโดยฉีดยา morphine บทบาทของพยาบาลในระยะนี้คือ หลังให้ยา 20 นาที ควรประเมินหญิงตั้งครรภ์ว่ามีภาวะกดการหายใจหรือไม่ และประเมินการหดตัวของมดลูก และตรวจภายในดูการเปิดขยายของปากมดลูกร่วมด้วย

2.3 การเฝ้าคลอดและประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

2.3.1 การประเมินการหดตัวของมดลูก ปกติการหดตัวของมดลูกจะมีจุดเริ่มต้นจากบริเวณ cornue แล้วแผ่กระจายไปยังมดลูกส่วนล่าง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 วินาที หากประเมินโดยใช้มือวางที่ยอดมดลูก จะรับรู้การหดตัวของมดลูกได้ เมื่อแรงดันภายในโพรงมดลูกมีค่ามากกว่า 10-20

มิลลิเมตรปรอท พยาบาลควรประเมินทั้งความถี่ ความแรงและความนานในการหดตัวของมดลูก ซึ่งในระยะเฉื่อย ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกควรตรวจทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง²⁹

2.3.2 การประเมินสภาพทารกในครรภ์ (fetal condition) ค่าปกติของอัตราการเต้นของหัวใจทารกมีค่าอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที การตรวจพบความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจทารกก็ทำให้เราต้องนึกถึงการคลอดยากโดยเฉพาะการคลอดยาวนานด้วยเช่นกัน

2.3.3 การตรวจภายใน (vaginal examination) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการคลอด สิ่งที่ต้องประเมินในการตรวจภายในได้แก่

1) สภาพของปากมดลูก ที่สำคัญคือการเปิดขยายและความบางของปากมดลูก ต้องประเมินว่าปากมดลูกมีความก้าวหน้าในการเปิดขยายดีหรือไม่ เปิดขยายได้ค่อนข้างง่ายหรือค่อนข้างช้าถึงการตรวจภายในบ่อยเกินความจำเป็นจะ

ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สุขสบายและเพิ่มโอกาสการติดเชื้ การตรวจภายในในระยะเฉื่อย ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกควรตรวจทุก 4 ชั่วโมง²⁷

2) ส่วนนำและท่าของทารก ส่วนนำ บางอย่างและท่าผิดปกติส่งผลให้เกิดการคลอดยาวนาน

3) การเคลื่อนต่ำของส่วนนำ การเคลื่อนต่ำ ของส่วนนำทารกเมื่อการคลอดมีความก้าวหน้า ส่วนนำทารก ควรมีการเคลื่อนต่ำมากขึ้นซึ่งประเมินได้จากการตรวจครรภ์ และการตรวจทางช่องคลอด ในการตรวจทางช่องคลอดมีการ ศึกษาพบว่าเวลาของการเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกในครรภ์ใน แต่ละระดับเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.1- 1.6 ชั่วโมงซึ่งครรภ์แรกการ เคลื่อนต่ำของส่วนนำทารกจากระดับ -2 ไป -1 อาจใช้เวลาถึง 12.5 ชั่วโมงและครรภ์หลัง อาจใช้เวลาถึง 9.5 ชั่วโมง³⁰

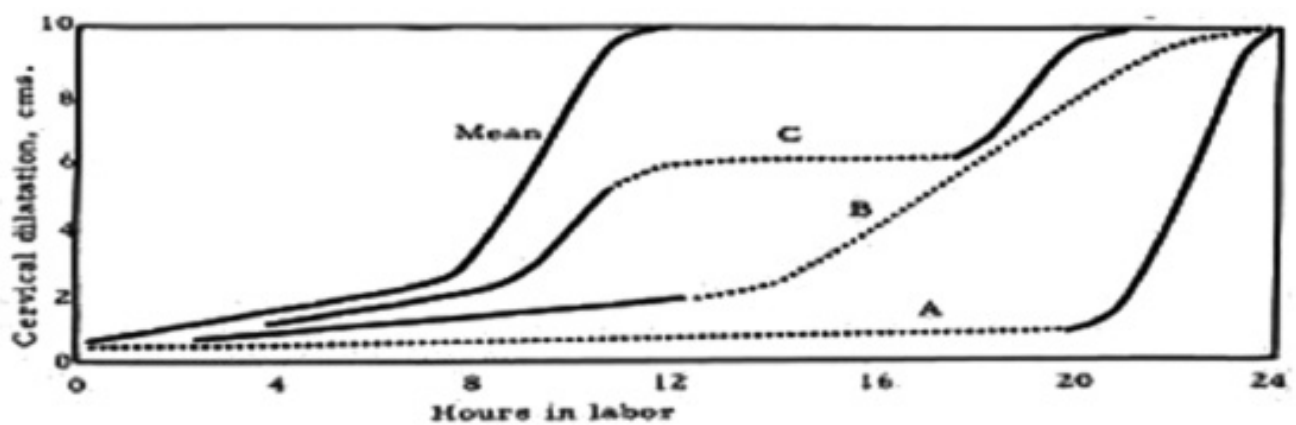
2.3.4 การวิเคราะห์ลักษณะเส้นกราฟการคลอด (graphic analysis of labor curve) การตรวจติดตามความ ก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ WHO partograph เนื่องจาก partograph เป็นเครื่องมือที่ใช้ในระยะที่ 1ของการคลอด ใน ระยะเฉื่อยเริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ อย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที นานอย่างน้อย 20 วินาที ปาก มดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซ็นติเมตร จึงเริ่มลงบันทึกใน partograph³¹ จะสามารถบอกความผิดปกติของความก้าวหน้าของ การคลอด เพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติดังกล่าวและหา ทางแก้ไขได้ทันที่ที่ ลักษณะของระยะเฉื่อยยาวนานกว่าปกติ จะปรากฏดังกราฟ A ในรูปที่ 1

2.4การเตรียมช่วยแพทย์ในการเจาะถุงน้ำหรือให้ยา เร่งคลอด เนื่องจากการเจาะถุงน้ำและการให้ยาเร่งคลอดมักทำ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีสภาพปากมดลูกพร้อมหรือรายที่มีความเสี่ยง สูง การให้การพยาบาลจึงเป็นไปตามการรักษาของแพทย์และ ความเหมาะสมของผู้สตรีตั้งครรภ์แต่ละราย

2.5กำจัดปัจจัยหรือสาเหตุที่ไม่เหมาะสม (iatrogenic causes) ออกโดยการหยุดการให้ยาระงับปวดหรือยาชา ที่ไม่เหมาะสม หากให้ยาไปแล้วให้รอนยาหมดฤทธิ์และใน ระหว่างนี้ให้ติดตามความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาบรรเทาปวดโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการให้ยาทาง หลอดเลือดดำในช่วงต้นของการเจ็บครรภ์จะทำให้ระยะเวลา การรอคลอดนานขึ้น³²

สรุป

ระยะเฉื่อยยาวนานผิดปกติ เป็นภาวะที่วินิจฉัยได้ ยาก เนื่องจากขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการกำหนดจุดเริ่มต้น ของระยะเฉื่อย หากไม่ได้สังเกตเวลาที่มดลูกมีการหดตัวอย่าง สม่าเสมอก็อาจทำให้เวลาในระยะเฉื่อยคลาดเคลื่อนได้ ระยะ เฉื่อยยาวนานผิดปกติ ส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของ สตรีตั้งครรภ์รวมถึงสุขภาพทารกในครรภ์จนกระทั่งแรกเกิด การสร้างแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อให้พยาบาล ผดุงครรภ์ได้ทราบวิธีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่หน่วยฝากครรภ์ จนกระทั่งถึงห้องคลอด จะสามารถลดอัตราการเกิดระยะเฉื่อย ยาวนานผิดปกติ การพยาบาลที่ถูกต้องจะทำให้สตรีตั้งครรภ์



รูปที่ 1 กราฟแสดงลักษณะความผิดปกติในระยะเฉื่อย 3 รูปแบบตามการศึกษาของ Friedman

A: Prolonged latent phase B: Primary dysfunctional labor C: Secondary arrest of dilatation

ที่มา: Reprinted of Controvacy of Obstetrics and Gynecology, V1(8):152, Reid and Barton (ED):

“Disfunctional labor,” © 1969, with permission from Elsevier.

สามารถผ่านช่วงเวลาในระยะนี้ได้เหมาะสม และส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์สามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องสิ้นสุดการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ

References

1. F.Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. normal labour and delivery. In: F.Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, John C.Hauth, Dwight J.Rouse, Catherine Y.Spong, editors. Williams Obstetrics. 23rd. Mc Graw Hill; 2010. p. 374-409.
2. Friedman EA, Sachtleben MR. Dysfunctional labor VI. Abnormal progression in multipara. *Obstet Gynecol* 1963 Oct;22:478-94.
3. Chlemlow D, Kilpatrick S, Iaros R. Maternal and Neonatal outcomes after Prolonged Latent phase *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993;81(4) : 488-491
4. Gross M, Haunschild T, Stoexen T, et al. Woman's Recognition of the spontaneous Onset of Labor Birth. 2003; 30:267-271
5. Bodil Wilde-Larsson RNT, PhD, Ingegerd Hildingsson RNMT, PhD, Ann-Kristin Sandin-Bojo RNMT, PhD. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes:Review of Birth Record in Swedish Population.*Journal of midwifery & woman's Health*. | Published online: 08 Feb 2018 – Volume 63- Issue 1. [Internet]. Available from : <https://doi.org/10.1111/jmwh.12704>.
6. Friedman EA. Labor : Clinical evaluation and management, 2nd ed.New york, Appleton-Century-Crofts,1978.
7. Tuntinirandom. Y., Abnormal labor, in Rattanasiri. T., Suntornsuj. Thitima., Suthatwarawut. S. [Ed].*Emergency Obstetrics*. 1st ed. Bangkok. Pimdee; 2009.Page 131-144 (in Thai)
8. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM,et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labour. *N Engl J Med* 2005;352:655.
9. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol* 1985; 66:664
10. Eri TS,Blystad A,Gjengedal E et al. Negotiating credibility:first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalization. *Midwifery*. 2010; 26:e25-e30.
11. Cheyne H, Terry R, Niven C, et al. 'Should I come in now?': a study of woman's early labor experiences. *British Journal of Midwifery*. 2007; 15(10):604-609.
12. J. Maghoma & E. J. Buchmann. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* . Pages 16-19 | Published online: 02 Jul 2009 - Issue 1. [Internet]. Available from : <https://doi.org/10.1080/01443610120101637>
13. Koontz WL,Bishop EH. Management of the latent phase of labor.*Clin Obstet Gynecol* 1982 ; 25 : 111- 4
14. Mackeen AD, Fehnel E, Berghella V, Klein T. Morphine sleep in pregnancy. *Am J Perinatal*. 2014 Jan ; 31(1):85-90. Epub 2013 Mar 7.
15. Sadler LC, Davison T, McCowan LM: Maternal satisfaction with active management of labor: a randomize controlled trial.*Birth* .2001; 28 : 225-235
16. Ziolkowski K :Induction of labor in prolonged pregnancy with propranolol as a personal evaluation. Article in Polish with English abstract. *Pol Tyg Lek*.1994; 49 : 184-185

17. Kelly, AJ, Kavanagh, J, Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGE2a) for Induction of labor at term(Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.Oxford:Update Software.
18. Kongnguen, P. Sudjai, D. Abnormal First stage of Labor. Phupong V. [Ed]. Management of common problems in obstetrics.1st ed. Samutsakorn. Pimdee ; 2011: 205-209 (in Thai)
19. Amen Ness, MDJay Goldberg, MD Vincenzo Berghella, MD. Abnormalities of the First and Second Stages of Labor. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2005;32: 201-220
20. Maimburg R D, Vaeth M, Durr J, et al. Randomise trial of structured antenatal training session to improve the birth process. *British Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2010;117:921-928.
21. Nolan M, Smith J, Catling J.Experiences of early labour (1): contact with health professionals. *The Practising Midwife.* 2009 a;12(7):20-25.
22. Klein M, Kelly A, Koczorowski J, et al. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada.* 2004; 26(7):641-645.
- 23 Carlsson I-M, Ziegert K, Sahlberg-Blom E, et al. Maintaining power:woman experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery* 2011. [Inpress].doi:10:1016/j.midw. 2010.11.011
24. Rezk, A, Razek MA, Kareem MA, Eid N. Does hydration shorten the duration of labour ?. *Med J Cairo Univ.* 2010; 78 : 13-7.
25. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Style, C. Maternal positions and mobilityduring first stage of labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013, Issue 8. Art. No.:CD003934.DOI:10.1002/14651858.CD003934.PUB3.
26. Sokontrakoon, P. [Ed.]. Progression of labor: The midwifery role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2016; 17(2): 1-6. (in Thai).
27. Sansiripan. N. Parisanyakul., *Nursing Care in Normal Labor. : Concept Theory to Practice.* 1st ed. Chaingmai 2014. Krongchang Printing Co.Ltd. Page 165-173. (in Thai)
28. Cunningham FG, Levono KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ.Spong CY.Williams Obstetrics. 23rd ed. New York : Mc Graw-Hill ; 2010.
29. Simkin P, Ancheta R. *The labor progress handbook.* 2nd ed. Malden : Blackwell; 2005.
30. Graseck A, Tuuli M, Roehl K, Odibo A, Macones G, Cahill A. Fetal descent in labor. *Obstet Gynecol* 2014; 123 : 521-6.
31. *The Partograph : Preventing the Danger of a long labor.* WHO Safe Mother Newsletter. Issue 1. Nov 1989-Feb 1990. p 8.
32. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. *Varney's midwifery.* 4thed. Massachusetts: Jones and Bartlett; 2004.