

ผลของการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูง

พยอม ปอนสืบ พย.ม., พิธรากรณ บุษยอยู่อง พย.บ.
งานห้องคลอด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การอยู่ในท่าศีรษะสูงระหว่างรอคลอดช่วยลดระยะเวลาในการคลอดและทำให้คลอดปกติได้ง่ายขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการคลอดอย่างมีแบบแผนจะเผชิญความเจ็บปวดได้ดีและมีความมั่นใจในการคลอด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการเตรียมคลอดต่อความร่วมมือของผู้คลอดในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูง
วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ non-randomized, concurrent controlled study ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.ลำปาง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2553 - พฤษภาคม 2554 แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 200 รายคือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนวิธีการเตรียมคลอดท่าศีรษะสูงตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการสอน เมื่อเจ็บครรภ์และมาคลอดจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติท่าศีรษะสูงทุก 1 ชั่วโมง ใน latent phase และทุกครึ่งชั่วโมงใน active phase โดยใช้ Likert scale วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีส่วนสูงและระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ในระยะ latent phase มีผู้คลอด 48 รายเกิดภาวะแทรกซ้อน คงเหลือผู้คลอดกลุ่มละ 176 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติท่าศีรษะสูงได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ส่วนในระยะ active phase ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.588$) ระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มทดลองสั้นกว่ากลุ่มควบคุม (152.3 ± 113.8 vs 195.4 ± 147.6 นาที, $p = 0.007$) โดยเฉพาะการคลอดครรภ์แรก ($p = 0.024$) แต่ไม่แตกต่างกันในครรภ์หลัง ($p = 0.293$) กลุ่มทดลองใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่า (23.6 ± 21.3 vs 26.6 ± 23.6 นาที, $p = 0.416$) และคลอดปกติได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญ (87.5% vs 78.4% , $p = 0.070$)

สรุป: การให้ความรู้เพื่อการเตรียมคลอดในท่าศีรษะสูงตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ทำให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติในระยะ latent phase ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดและช่วยลดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเท่านั้น

คำสำคัญ: การคลอด, การเตรียมคลอด, ท่าคลอดศีรษะสูง

ติดต่อบทความ: พยอม ปอนสืบ งานห้องคลอด รพ.ลำปาง 280 ถ.พหลโยธิน ต.หัวเวียง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000

โทร. 0-5423-7400 ต่อ 3600 E-mail: yinyom50@hotmail.co.th

บทนำ

โรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมิขนาด 800 เตียง ได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ ในปี พ.ศ. 2528 องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้คลอดสามารถเลือกท่าคลอดได้ด้วยตนเอง และควรเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระขณะคลอดเพื่อให้รู้สึกสบายมากที่สุด จะเป็นผลดีต่อการคลอด⁽¹⁾ งานวิจัยในปัจจุบันพบว่า การนอนนิ่งๆ โดยไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือการนอนหงายระหว่างรอคลอดอาจส่งผลเสียต่อมารดาและทารกในครรภ์⁽²⁾ การเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอดและการเดินจะช่วยให้อุ้งเชิงกรานมีการปรับขยายให้ส่วนนำของทารกมีการหมุนและเคลื่อนต่ำลงมาได้เร็วขึ้น การนั่งยองช่วยให้ช่องทางออกของอุ้งเชิงกรานขยายกว้างกว่าเดิมถึงร้อยละ 25 นอกจากนี้ท่านั่งคุกเข่ายังช่วยลดการกดทับเส้นเลือดดำใหญ่และยังช่วยในการหมุนของศีรษะทารกให้ท้ายทอยมาอยู่ด้านหลังทำให้คลอดปกติได้ง่ายขึ้น⁽³⁾ การคลอดในท่าศีรษะสูงยังช่วยร่นเวลาทั้งในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอด ลดการช่วยคลอดโดยเครื่องดูดสุญญากาศและคีมีคิป เจ็บปวดน้อยและพึงพอใจในการคลอดมากกว่าการคลอดในท่ากึ่งนั่งหรือนอนหงายบนขาหยั่ง⁽⁴⁾

เบญจรัตน์ ยศเสถียรและคณะ ได้ศึกษาการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด พบว่าผู้คลอดที่ได้รับการสอนมีพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดได้ดี ระยะเวลาการคลอดสั้นกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการสอน⁽⁵⁾ การเตรียมความพร้อมในการคลอด หญิงตั้งครรภ์และผู้สอนจะเรียนรู้การแก้ไขปัญหาร่วมกันในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ เพิ่มความมั่นใจในการคลอดและการเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอด⁽⁶⁾

ห้องคลอดโรงพยาบาลลำปางมีการส่งเสริมให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยให้ความรู้แก่พยาบาลเพื่อนำไปใช้ในการทำคลอด มีคู่มือประกอบการแนะนำผู้คลอดและติดโปสเตอร์ภาพท่าคลอดศีรษะสูงในห้องรอคลอดและห้องคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้ปฏิบัติตามโดยที่ผู้คลอดไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับท่าคลอดศีรษะสูงมาก่อนเลย แต่หลังจากที่นำมาปฏิบัติแล้วพบว่าผู้คลอดให้ความร่วมมือน้อยจึงไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูง เนื่องจากยังไม่มีรายงานวิจัยใดที่ศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูงหลังจากการได้รับการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถคลอดเองตามธรรมชาติได้มากที่สุด

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ non-randomized, concurrent controlled study ชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน วัดผลหลังการทดลอง ประชากรที่ศึกษาคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดเมื่อเจ็บครรภ์คลอดใน รพ.ลำปาง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 - พฤษภาคม พ.ศ. 2554 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนวิธีการเตรียมคลอดท่าศีรษะสูงตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับการสอนวิธีการเตรียมคลอด คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดในระยะที่ 1 และ 2 ของกลุ่มตัวอย่างวิจัยนำร่อง 78 ราย กำหนดค่า alpha 0.05 (two-sided) และ power 0.8 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างในระยะที่ 1 ของการคลอดกลุ่มละ 180 ราย และในระยะที่ 2 ของการคลอดได้กลุ่มละ 198 ราย จึงกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้

เป็นกลุ่มละ 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย โปรแกรมการ สอนท่าคลอดที่ศีรษะสูง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้คลอด และแบบสังเกตความร่วมมือในการ ปฏิบัติท่าศีรษะสูงของผู้คลอด ซึ่งจะประเมินทุก 1 ชั่วโมงใน latent phase และทุกครั้งชั่วโมงใน active phase โดยให้ 1 คะแนนต่อการสังเกต 1 ครั้ง ตรงตามสิ่งที่สังเกตได้ โดยใช้คำนิยามศัพท์ดังนี้

latent phase คือ ระยะเวลาตั้งแต่การ ตรวจภายในเมื่อแรกจับจนถึงปากมดลูกเปิด 4 ซม.

active phase คือ ระยะเวลาตั้งแต่ปาก มดลูกเปิด 4 ซม.ขึ้นไปจนกระทั่งทารกคลอดออก มาครบทั้งตัว

ระยะที่ 1 ของการคลอด คือ ระยะเวลาตั้งแต่ การตรวจภายในเมื่อแรกจับจนถึงปากมดลูกเปิด หมด 10 ซม.

ระยะที่ 2 ของการคลอด คือ ระยะเวลาตั้ง แต่ปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม.จนกระทั่งทารก คลอดออกมาครบทั้งตัว

แบบสังเกตความร่วมมือในการปฏิบัติท่า ศีรษะสูงของผู้คลอด เป็นแบบ Likert scale⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดี หมายถึง ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูง (เดิน ยืน นั่ง ยอง นั่งคุกเข่าหรือนอนหัวสูงบนเตียง หรือข้างเตียง) สลับไปมาโดยไม่จำกัดท่าหรือเวลา

ระดับปานกลาง หมายถึง ผู้คลอดอยู่ในท่า ศีรษะสูงเป็นบางครั้งสลับกับท่านอนหงายหรือ นอนตะแคง

ระดับไม่ดี หมายถึง ผู้คลอดนอนหงาย หรือตะแคงอยู่ในท่าเดิมไม่มีการปรับเปลี่ยนท่า

สำหรับแบบสังเกตการณ์ปฏิบัติที่สร้างขึ้น ใหม่นี้ได้รับการตรวจทานความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการ

พยาบาลผดุงครรภ์ 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผดุงครรภ์ 1 ท่าน นำมาหาค่า ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ 0.9 สำหรับเครื่องมือที่พัฒนาใหม่ ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไปถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (content reliability) พบว่ามี inter-rater reliability เท่ากับ 1.00

ภายหลังจากการรับรองของคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย รพ.ลำปางจึงเริ่มเก็บข้อมูล กลุ่ม ตัวอย่างได้รับการอธิบายขั้นตอนการวิจัยจน กระจ่างและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่ม ทดลองได้รับการเตรียมคลอดด้วยการให้ความรู้ เป็นกลุ่มย่อย 5-7 คน ใช้เวลา 20 นาที โดยการ สาธิตประกอบการฉายวีดิทัศน์เกี่ยวกับชนิดและ ประโยชน์ของท่าศีรษะสูง ฝึกปฏิบัติและสาธิต ย้อนกลับแล้วนำกลับไปดูซ้ำที่บ้าน ส่วนกลุ่ม ควบคุมคือกลุ่มที่ไม่ได้สอนการเตรียมคลอดในท่า ศีรษะสูง เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์จริง ผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการดูแลและให้การพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน สังเกตและประเมินการปฏิบัติท่า ศีรษะสูงของผู้คลอดใน latent และ active phase โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในขณะนั้น ซึ่งได้ ผ่านการอธิบายถึงวิธีการสังเกตให้เข้าใจตรงกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่แตก ต่างกัน โดยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18-35 ปี กลุ่ม ทดลองมีส่วนสูงและระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (n=400)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=200)		กลุ่มควบคุม (n=200)		ค่า p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
< 18	32	16.0	28	14.0	0.086
18-35	150	75.0	162	81.0	
> 35	18	9.0	10	5.0	
เฉลี่ย (SD)	25.4	(6.5)	24.5	(6.0)	0.271
ส่วนสูง (ซม.)					
≤ 145	8	4.0	18	9.0	0.021
> 145	192	96.0	182	91.0	
เฉลี่ย (SD)	156.5	(4.9)	155.4	(5.5)	0.039
การศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	36	18.0	34	17.0	0.011
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	138	69.0	160	80.0	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	12.0	6	3.0	

ในระยะ latent phase มีผู้คลอด 24 ราย ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านมารดาหรือทารกจึงคัดออกจากการศึกษา คงเหลือผู้คลอดที่ได้รับการประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติและบันทึกระยะเวลาในการคลอดกลุ่มละ 176 รายเท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการปฏิบัติทำศีรษะสูงของผู้คลอด ทั้ง 2 กลุ่มพบว่าในระยะ latent phase ผู้คลอดใน

กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในระดับดี 102 ครั้ง (ร้อยละ 38.9) และปานกลาง 124 ครั้ง (ร้อยละ 47.3) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในระดับดี 52 ครั้ง (ร้อยละ 25.3) และปานกลาง 94 ครั้ง (ร้อยละ 45.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนในระยะ active phase ผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่มให้ความร่วมมือในการปฏิบัติทำศีรษะสูงอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.588$, ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งและร้อยละของการสังเกตการให้ความร่วมมือของบุคคลในระย: latent และ active phase เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ความร่วมมือของผู้คลอด	กลุ่มทดลอง (n=176)		กลุ่มควบคุม (n=176)		ค่า p
	จำนวนครั้ง	ร้อยละ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ	
Latent phase					
ดี	102	38.9	52	25.3	<0.001
ปานกลาง	124	47.3	94	45.6	
ไม่ดี	36	13.8	60	29.1	
Active phase					
ดี	141	59.8	136	48.2	0.588
ปานกลาง	85	36.0	112	39.7	
ไม่ดี	10	4.2	34	12.1	

เมื่อการคลอดดำเนินเข้าสู่ระยะที่ 2 พบว่า ผู้คลอด 10 รายในกลุ่มทดลองและ 18 รายในกลุ่มควบคุมไม่สามารถคลอดปกติได้ ต้องทำสูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำให้ไม่สามารถบันทึกเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ จึงคัดออกจากการศึกษา คงเหลือผู้คลอด 166 รายในกลุ่มทดลองและ 158 รายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการประเมินในระยะที่ 2 ของการคลอด (ตารางที่ 3) พบว่า ระยะที่ 1 ของการคลอด

ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 152.3 ± 113.8 นาทีและกลุ่มควบคุม 195.4 ± 147.6 นาที ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.007) โดยระยะเวลาที่สั้นลงนี้เห็นได้ชัดในการคลอดครั้งแรก (p=0.024) แต่ไม่มีนัยสำคัญในการคลอดครั้งหลัง (p=0.293) ในระยะที่ 2 ของการคลอด กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ (p=0.416)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

ระยะเวลาของการคลอด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ค่า p
	จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย (SD)	จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
ระยะที่ 1					
ครั้งแรก	102	180.8 (113.5)	114	225.7 (150.4)	0.024
ครั้งหลัง	74	113.2 (102.6)	62	139.6 (125.3)	0.293
รวม 2 กลุ่ม	176	152.3 (113.8)	176	195.4 (147.6)	0.007
ระยะที่ 2					
ครั้งแรก	94	26.5 (19.5)	100	31.0 (21.3)	0.684
ครั้งหลัง	72	23.0 (19.9)	58	24.4 (18.2)	0.297
รวม 2 กลุ่ม	166	23.6 (21.3)	158	26.6 (23.6)	0.416

ลักษณะทางสูติกรรมของทั้ง 2 กลุ่มไม่ อยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มทดลองสามารถคลอดปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยส่วนใหญ่เป็นการ ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คลอดครรภ์แรก ไม่ได้เร่งคลอดหรือได้รับยา pethidine (ตารางที่ 4) เพื่อบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดและน้ำหนักราก

ตารางที่ 4 ลักษณะทางสูติกรรมของผู้คลอดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=352)

ลักษณะทางสูติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=176)		กลุ่มควบคุม (n=176)		ค่า p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการคลอด					
Nulliparous	102	58.0	114	64.8	0.189
Multiparous	74	42.0	62	35.2	
ลักษณะการคลอด					
Spontaneous	118	67.0	106	60.2	0.184
Induction	58	33.0	70	39.8	
การได้รับยา pethidine					
ระหว่างเจ็บครรภ์					
ไม่ได้รับ	160	90.9	158	89.7	0.718
ได้รับ	16	9.1	18	10.3	
ชนิดของการคลอด					
Normal delivery	154	87.5	138	78.4	0.070
Vacuum extraction	12	6.8	24	13.6	
Forceps extraction	0	0	2	1.2	
Cesarean section	10	5.7	12	6.8	
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)					
≤ 2,500	13	7.4	15	8.5	0.762
2,501 - 4,000	157	89.2	157	89.2	
≥ 4,001	6	3.4	4	2.3	

วิจารณ์

ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการเตรียมคลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติทำคลอดคีระสูงในระยะ latent phase ได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอดอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดในระยะ latent phase จะใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมงในครรรภ์แรกและ 5 ชั่วโมงในครรรภ์หลัง⁽⁸⁾ ผู้คลอดยังมีเจ็บครรรภ์ไม่มาก การที่เคยได้เห็นตัวอย่างในวิดีโอและทดลองปฏิบัติทำคลอดคีระสูงมาก่อนตั้งแต่ฝากครรรภ์ย่อมมีการรับรู้ที่ดีและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติได้หลากหลายท่า ทั้งการเดินรอบเตียง ลูกนั่งบนเตียง นั่งยองหรือคุกเข่า แต่เมื่อเข้าสู่ระยะ active phase ทั้ง 2 กลุ่มปฏิบัติทำคลอดคีระสูงได้ในระดับที่ไม่แตกต่างกันเนื่องจากการคลอดในระยะนี้ปากมดลูกเริ่มเปิดตั้งแต่ 4 ซม.ขึ้นไป ผู้คลอดจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีการเจาะถุงน้ำคร่ำและติดหูฟังของเครื่องตรวจติดตามเสียงหัวใจทารกที่ผนังหน้าท้อง กิจกรรมการเดินจึงถูกจำกัด ท่าที่ปฏิบัติส่วนใหญ่จึงเป็นท่านั่ง คุกเข่า หรือนั่งยองบนเตียง ทำให้ผลการสังเกตความร่วมมือในการปฏิบัติทำคลอดคีระสูงไม่แตกต่างกัน

ในระยะที่ 1 ของการคลอดโดยทั่วไปแล้วจะนับตั้งแต่เริ่มเจ็บครรรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม.แต่การวิจัยนี้เริ่มนับเวลาเจ็บครรรภ์จริงเมื่อผู้คลอดมารับบริการที่ห้องคลอดและได้รับการตรวจภายในแล้วเท่านั้น เนื่องจากระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้คลอดแต่ละรายมีความแตกต่างกัน หากถือเวลาเจ็บครรรภ์จริงที่ผู้ป่วยบอกอาจทำให้การนับเวลามีความคลาดเคลื่อนได้ พบว่าระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มทดลองใช้เวลาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติทำคีระสูงได้ดีในระยะคลอด ช่วยเพิ่มแรงผลักดันในการคลอดซึ่งมีทิศทางสัมพันธ์กับแรงโน้มถ่วงของโลก มดลูกหดตัวได้ดี แนวแกนของมดลูกและทารกอยู่ในแนว

เดียวกับช่องทางเข้าของอู้งเชิงกราน กระดูกก้นกบเบนออกได้มากขึ้น ช่วยขยายช่องออกของเชิงกรานให้กว้างขึ้น ทารกจึงเคลื่อนลงมาได้ง่ายและรวดเร็ว (4,9) จึงทำให้ค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในกลุ่มทดลองโดยเฉพาะครรรภ์แรกสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนครรรภ์หลังไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากระยะที่ 1 ของการคลอดในครรรภ์แรกจะใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง⁽⁸⁾ ผู้คลอดในกลุ่มทดลองยังเจ็บครรรภ์ไม่มาก มีความมั่นใจในการปฏิบัติท่าต่างๆ ได้หลากหลายและสลับไปมาตลอดเวลา ทำให้การคลอดดำเนินไปได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในระยะที่ 1 ของการคลอดในครรรภ์หลังจะใช้เวลาประมาณ 5 ชั่วโมงและมีความก้าวหน้าของการคลอดตามธรรมชาติได้ดียิ่งแล้วในเวลาที่ไม่นานถึงแม้จะไม่ได้รับการส่งเสริมทำคลอดคีระสูงก็ตาม

ในระยะที่ 2 ของการคลอดคือระยะตั้งแต่นั้นที่ปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม.จนกระทั่งทารกคลอดออกมาครบทั้งตัว (ระยะเบ่งคลอด) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งครรรภ์แรกและครรรภ์หลังไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะที่ 2 ของการคลอดมีระยะเวลาที่สั้นประมาณ 30 นาที⁽⁹⁾ ท่าเบ่งคลอดส่วนใหญ่เป็นท่ากึ่งนั่งประมาณ 30-60 องศา มีส่วนน้อยที่ผู้คลอดจะใช้นั่ง 90 องศาหรือนั่งยอง ทำให้การปฏิบัติทำคีระสูงทำได้จำกัด สังเกตได้จากคะแนนความร่วมมือในการปฏิบัติทำคีระสูงในระยะ active phase ของผู้คลอดทั้ง 2 กลุ่มที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Gupta และคณะที่พบว่า การคลอดในท่าคีระสูงหรือขึ้นขาหยังไม่ช่วยลดเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดแต่อย่างใด⁽¹⁰⁾

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเด่นในเรื่องของการเตรียมผู้คลอดตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์โดยการเน้นย้ำเกี่ยวกับท่าคลอดคีระสูงซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับการคลอด มีทั้งการสอนเนื้อหา การดูวิดีโอ การฝึก

ปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับ แล้วนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติเพื่อให้สามารถคลอดธรรมชาติได้เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ได้แก่จำนวนครั้งของการสังเกตการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูงของผู้คลอดแต่ละคนมีจำนวนที่ไม่เท่ากัน โดยในครรภ์แรกมีจำนวนมากกว่าครรภ์หลัง เนื่องจากระยะเวลาของการคลอดในครรภ์แรกจะนานกว่า ทำให้ผู้สังเกตความร่วมมือในการปฏิบัติท่าศีรษะสูงเปลี่ยนเป็นคนใหม่ในเวรถัดไป ซึ่งอาจทำให้ผลการสังเกตคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ จึงควรปรับจำนวนครั้งในการสังเกตให้เท่ากันในการทำวิจัยครั้งต่อไปและควรศึกษาผลของการเตรียมผู้คลอดโดยให้สามีหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูงด้วย

สรุป

การส่งเสริมให้ผู้คลอดอยู่ในท่าศีรษะสูงในระยะคลอดด้วยการให้ความรู้ในการเตรียมคลอดตั้งแต่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติท่าคลอดศีรษะสูงในระยะ latent phase ได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด ทำให้เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดสั้นลง แต่ไม่แตกต่างกันในระยะที่ 2 ของการคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลลำปางที่สนับสนุนทุนวิจัย รศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์, รศ.ชไมพร ทวีขศรี, นพ.ราชิน อโรร่า ที่ให้คำแนะนำและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

1. World Health Organization. Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth, Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985: Summary Report. Geneva: World Health Organization; 1985.
2. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59.
3. Michelle T. Women during the reproductive. In: Breslin ET, Lucas VA, editors. Women's health nursing toward evidence-based practice. St. Louis, Missouri: Saunders; 2003.p.573-9.
4. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth* 2011; Epub 2011 Jun 8.
5. เบญจรัตน์ ยศเสถียร, ลำดวน คุณสมบัติ, สุนทรี อินทราพิเชฐ, อารยา ประภฤติกรชัย. ผลของการเตรียมคลอดอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ระยะของการคลอดและคะแนนแอปการ์ของทารกแรกเกิดของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2542;17(2):54-63.
6. Lawe N. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25(1):82-92.
7. Allen IE, Seaman CA. Likert scales and data analysis. *Quality Progress* 2007;40:64-5.
8. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn and women's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
9. Mayberry LJ, Wood SH, Strange LB, Lee L, Heisler DR, Neilsen-Smith K. Managing second-stage labor. *AWHONN Lifelines* 1999 Dec-2000 Jan;3(6):28-34.
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD002006.

Results of Prenatal Childbirth Preparation to Adopt the Upright Position During the Labor

Payom Ponseub MSN, Patharaporn Boonyuhong BSN
Labour Room, Lampang Hospital, Lampang, Thailand

Lampang Med J 2012; 33(1): 50-59

Abstract

Background : Being upright (sitting, chairs, squatting, kneeling) has advantages for pregnant women during the labor. Prenatal childbirth education helps them to be better prepared and feel more confident to promote vaginal delivery.

Objective : To study the results of prenatal childbirth preparation to adopt the upright position during the labor.

Material and method : This prospective, non-randomized, concurrent controlled trial compared 200 singleton parturients who were encouraged to adopt the upright position during the labor with 200 others who served as a control group. Women in the study group attended an education class about the benefits of being upright and practiced at the gestational age of 32-36 weeks. During the labor, utilizing upright positions were assessed by Likert scale every 1 hour in latent phase and 30 minutes in active phase. Duration of labor, assisted deliveries, birth weights and use of pethidine were recorded. Comparison between groups was analyzed by Mann-Whitney U test.

Results : The mean age was not different between groups but women in the study group were taller and had higher educational level. In latent phase, 48 women had maternal or fetal complication and were excluded. Among 176 remaining parturients in each groups, women in the study group kept upright positions better than the control group significantly ($p < 0.001$) but not different in active phase ($p = 0.588$). Duration of labor in the first stage was shorter in the study group (152.3 ± 113.8 vs 195.4 ± 147.6 minutes, $p = 0.007$), especially in nullipara ($p = 0.024$) but not different in multipara ($p = 0.293$). There was a non-significant reduction in duration of second stage in the upright group (23.6 ± 21.3 vs 26.6 ± 23.6 minutes, $p = 0.416$) or increment of normal vaginal delivery rate (87.5% vs 78.4% , $p = 0.070$).

Conclusion : Prenatal childbirth preparation at the gestational age of 32-36 weeks promoted utilizing the upright position during the latent phase of the labor. The shortening duration of labor was apparent only in the first stage.

Keywords : Labor, Childbirth preparation, Upright position