

การรับรู้และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการคลอด*
The perception and nursing practice
in promotion of delivery

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ
Journal of Nursing Science & Health
ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2559
Volume 39 No.3 (July-September) 2016

ปราณี ฮีร์โสภณ Ph.D, RN* สมจิตร เมืองพิลา Ph.D, RN**
Pranee heerasopon Ph.D, RN* Somjit Muengpin Ph.D, RN**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมการคลอด ศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลภาครัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 25 คน ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลรับรู้การส่งเสริมการคลอด ในมิติของการสร้างเสริมพลังอำนาจให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจการคลอดได้ด้วยตนเอง และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคลอดภายใต้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ แต่พบว่า ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคลอด มีข้อจำกัดของระบบการจัดการดูแล จึงควรพัฒนาให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ พัฒนามาตรฐานการดูแลร่วมกันเพื่อให้บุคลากรมีแนวทางการดูแลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน พัฒนาศักยภาพพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมการคลอด

คำสำคัญ: การรับรู้ การปฏิบัติทางการพยาบาล การส่งเสริมการคลอด

Abstract

This study was a qualitative research studying the perception and nursing practice in promotion of delivery. It was conducted with 25 nurses working in the antenatal clinic and delivery room in the government hospitals in the Northeast. The results of study revealed that the nurses perceived in promoting delivery in terms of empowering women with the ability to make decisions about their own delivery and nursing practice in promoting delivery under the roles of registered nurses. However, there were the limitations of nursing practice in promoting delivery in terms of the management care that staff involved in the delivery should be developed in order to have common knowledge. The standards of care in order to have shared care guidelines that align in the same direction should also be developed. Moreover, nursing knowledge and skills to promote delivery should also be improved.

keywords: perception, nursing practice, promotion of delivery

*Research Funding from Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Former Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ระบบการดูแลการคลอดมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์สุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก กล่าวคือ อัตราการตายและอัตราการป่วยของมารดาและทารก ทำให้การคลอดได้รับการประเมินว่าเป็นภาวะเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิดในโรงพยาบาล เพื่อให้การคลอดมีความปลอดภัยภายใต้การดูแลของบุคลากร ยา เครื่องมือ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมทางการแพทย์¹⁻² ระบบการดูแลการคลอดตามแนวคิดชีวิตการแพทย์ เป็นระบบที่ใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญ ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ชั้นนำ แทรกแซงและตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการคลอดให้กับผู้หญิงเจ้าของสุขภาพ เป็นการลดทอนความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้หญิงต่อการคลอด ก่อให้เกิดความกลัวกระบวนการใช้เทคโนโลยี เกิดภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากการใช้ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่เกินจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เช่น การให้ยาระงับความเจ็บปวด การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และการเจาะถุงน้ำคร่ำ เป็นต้น² มีรายงานพบว่า การใช้เทคโนโลยีเข้ามาจัดการและตัดสินใจการคลอด ส่งผลทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นทั่วโลก³ ประเทศในภูมิภาคเอเชีย พบอัตราการผ่าตัดคลอดในภาพรวม ในปี ค.ศ. 2007-2008 ร้อยละ 27.3 เป็นการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 2.7 เป็นการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ชัดเจนในระยะเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 14.2 โดยประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด คือ ประเทศจีน พบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 46.2 รองลงมา ได้แก่ ประเทศเวียดนาม ประเทศไทย และประเทศศรีลังกา พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 35.6 , 34.1 และ 30.6 ตามลำดับ⁴ แม้ว่าการจัดการภายใต้สิ่งแวดล้อมทางการแพทย์จะมีเป้าหมายให้มารดาและทารกมีความปลอดภัย แต่พบว่า ตัวชี้วัดความปลอดภัยของมารดาและทารก ไม่ใช่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเสมอไป

ยังมีตัวชี้วัดในมิติอื่น ๆ ที่สำคัญและถูกมองข้าม ได้แก่ ความพึงพอใจของมารดาต่อประสบการณ์การคลอด ความภาคภูมิใจในความสามารถของมารดาต่อการคลอด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนการคลอด การได้สัมผัส โอบกอด และให้นมแม่แก่ทารกแรกเกิดทันที⁵ เป็นต้น การส่งเสริมการคลอดในมารดาที่มีความเสี่ยงต่ำ เป็นบทบาทอิสระของผดุงครรภ์ ภายใต้ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁶ โดยส่งเสริมให้มารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมการคลอดมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการคลอด โดยมีพยาบาลและครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การฝึกทักษะการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการคลอด การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การใช้ท่าคลอด การสอนเบ่งคลอด การนวดฝีเย็บ การทำคลอด และการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด^{5, 7-10} โดยมีเป้าหมายให้มารดาสามารถผ่านพ้นการคลอดได้อย่างปลอดภัย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด อันจะช่วยให้มารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการคลอด และมีความพึงพอใจต่อประสบการณ์การคลอด^{8,10} มีรายงานพบว่า มารดาที่ได้รับการส่งเสริมการคลอดโดยพยาบาลผดุงครรภ์ มีสัดส่วนของการใช้ยาระงับความรู้สึก การเกิดภาวะเสี่ยงในระยะคลอด การตัดฝีเย็บ การใช้เครื่องมือช่วยคลอด การเจาะถุงน้ำ และการผ่าตัดคลอด ต่ำกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ และมีสัดส่วนของการไม่ใช้ยาระงับความเจ็บปวด มีความสามารถในการควบคุมตนเองและการคลอดได้ และมีการเริ่มต้นให้นมแม่แก่ทารกแรกเกิดในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์^{8-9,11} จากศึกษานำร่องในโรงพยาบาลที่มีบริการทำคลอด จำนวน 3 แห่ง พบว่าการดูแลการคลอดเป็นบทบาทของพยาบาลห้องคลอด ให้การดูแลในระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง แต่กิจกรรมการดูแลยังไม่สะท้อน

บทบาทในการส่งเสริมการคลอดภายใต้ขอบเขตการประกอบวิชาชีพที่ครบถ้วน กิจกรรมที่ปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การตรวจภายใน การประเมินการหดตัวของมดลูก การประเมินเสียงหัวใจทารก การให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา การทำคลอด การเย็บแผล และการส่งเสริมให้ทารกได้ดูดนมแม่ภายหลังคลอด ซึ่งปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวยังไม่ปรากฏกิจกรรมส่งเสริมการคลอดที่สะท้อนบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ที่ตั้งใจกล่าวมาแล้ว อีกทั้งยังพบปรากฏการณ์อัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาสถานการณ์ของการส่งเสริมการคลอด จากการรับรู้และการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการคลอด ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในบริบทของโรงพยาบาลรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการให้ข้อเสนอต่อการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล การจัดการเรียนการสอน และการพัฒนาความเข้มแข็งของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการคลอดของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. การปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการคลอด ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ปัจจัยเงื่อนไขในการส่งเสริมการคลอดของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน ตุลาคม 2557-มกราคม 2558 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลรัฐ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอดอย่างน้อย 3 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีอายุ ระหว่าง 29-44 ปี มีประสบการณ์ทำงานในห้องคลอด ตั้งแต่ 3-16 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 20 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด 13 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 12 คน
2. เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ การปฏิบัติในการส่งเสริมการคลอด และเงื่อนไขในการส่งเสริมการคลอด 2) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และการบันทึกภาคสนาม 3) นักวิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนักวิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการนิเทศงานในห้องคลอด ผ่านการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 572173 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) จดหมายขอความอนุเคราะห์ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขออนุมัติให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมาเข้าร่วมประชุม 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย การขออนุญาตจัดบันทึกพร้อมกับการใช้เทปบันทึกเสียง การเข้าร่วมสนทนากลุ่มคนละ 1 ครั้ง กลุ่มละ 6-7 คน ครั้งละ 45-60 นาที และการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลที่ยินดีให้สัมภาษณ์ คนละ 1-2 ครั้ง ไม่เกินครั้งละ 30-45 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว 3)

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลจังหวัด 2 กลุ่ม และกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน 2 กลุ่ม รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวน 25 คน

3) สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 17 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยการอ่านข้อมูลจากการถอดเทป การให้รหัสข้อมูล การจำแนกประเภทหมวดหมู่ข้อมูล วิเคราะห์หาประเด็นหลักและประเด็นย่อย โดยตั้งข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การปฏิบัติ การส่งเสริมการคลอด และเงื่อนไขการส่งเสริมการคลอด และจัดทำเป็นข้อสรุปเพื่อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า ทำโดยการตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของข้อมูลจากการสังเกต การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ การตรวจสอบย้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูล และตรวจสอบกับทีมนักวิจัยที่ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษา 3 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้ของพยาบาลต่อการส่งเสริมการคลอด 2) การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคลอด และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขในการส่งเสริมการคลอด มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ของพยาบาลต่อการส่งเสริมการคลอด:

พยาบาลรับรู้การส่งเสริมการคลอด ใน 2 ประเด็น คือ 1) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ช่วยให้การคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ และ 2) มีความสำคัญแต่ทำยาก มีรายละเอียด ดังนี้

1) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ช่วยให้การคลอดเป็นไปตามธรรมชาติ พยาบาลรับรู้ว่าการส่งเสริมการคลอดเป็นบทบาทของพยาบาลห้องคลอด โดยทำการสอน การให้คำแนะนำ การส่งเสริมความ

ก้าวหน้าในระยะคลอด การเผชิญกับความเจ็บปวดที่เหมาะสม และการเบ่งคลอดที่มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการคลอดปกติ มารดาและทารกมีความปลอดภัย

“เรื่องส่งเสริมการคลอด เป็นบทบาทของพยาบาลห้องคลอดโดยตรง...เป็นการที่พยาบาลช่วยให้การคลอดมีความก้าวหน้า สอนและแนะนำให้ผู้คลอดควบคุมความเจ็บปวดได้ ไม่ร้องเอะอะโวยวาย สอนให้เบ่งคลอดอย่างถูกวิธี พอถึงตอนคลอดก็สามารถเบ่งคลอดเองได้เอง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือด”

2) มีความสำคัญแต่ทำยาก พยาบาลรับรู้ว่าการส่งเสริมการคลอด เป็นแนวความคิดดูแลที่มีความสำคัญ เพราะช่วยให้มารดาสามารถคลอดได้เองอย่างปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความเจ็บปวดและยาระงับความรู้สึก ลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดต้นทุนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ในขณะเดียวกัน พยาบาลยังรับรู้ถึงความยากลำบากในการนำสู่การปฏิบัติ เนื่องจากพยาบาลรู้ว่าตนเองยังขาดความรู้ และทักษะในการส่งเสริมการคลอด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ไม่เคยเห็นต้นแบบการดำเนินงาน ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม และไม่มีที่ปรึกษาในการดำเนินงาน นอกจากนี้ พยาบาลจากโรงพยาบาลจังหวัด สะท้อนว่าระบบการดูแลการคลอดในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับแพทย์เป็นผู้กำหนดการดูแลการคลอด จึงทำให้การปรับเปลี่ยนการดูแลเป็นเรื่องที่ยาก ส่วนพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน สะท้อนว่า การส่งเสริมการคลอดมีความยากในการนำมาปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความรู้และทักษะของพยาบาลและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ สำหรับการนำมาปฏิบัติในห้องคลอด แพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนน่าจะยินดีสนับสนุน เพราะแพทย์และพยาบาลสามารถพูดคุยปรับเปลี่ยนระบบงานได้ง่าย

“คิดว่ายากนะคะ เพราะเราไม่รู้ไม่เคยทำ ไม่เคยเห็นว่า มีที่ไหนทำ ถ้าจะทำคงต้องไปฝึกอบรม แล้วก็คงต้อง

มีที่ปรึกษาว่าต้องทำอะไร...ที่สำคัญโรงพยาบาลจังหวัดมีแพทย์เฉพาะทาง หมอเขาจะเห็นด้วยกับเรามากๆ เพราะหมอเขาเป็นผู้นำการปรับเปลี่ยนระบบงานในห้องคลอด”

“ดีนะคะถ้าทำได้ แต่สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตรากำลังใจน้อย งานเยอะ จะทำได้มั๊ย...แต่ถ้าจะเอามาใช้ คิดว่าไม่น่าจะมีปัญหา เพราะหมอกับพยาบาล เราคุยกันได้” .

2. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคลอด

การส่งเสริมการคลอดที่มีการปฏิบัติได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนคลอดในระยะตั้งครรภ์ 2) การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดในระยะรอคลอด 3) การส่งเสริมการคลอดในระยะคลอด และ 4) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด มีรายละเอียด ดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมก่อนคลอดในระยะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง มีระบบการส่งเสริมการคลอดที่เป็นไปตามนโยบายโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดให้มีแนวทางการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพ่อแม่และการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ และให้ความรู้การเตรียมตัวสำหรับการคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การออกกำลังกายและฝึกหายใจสำหรับการคลอด เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ โรงพยาบาลบางแห่งจัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ได้เข้าไปเยี่ยมชมในห้องคลอดด้วย

2) การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดในระยะรอคลอด เกือบทุกโรงพยาบาลมักจะใช้แนวปฏิบัติที่ทำกันอยู่เป็นประจำ แม้ว่าจะมีข้อแนะนำจากองค์การอนามัยโลกว่ากิจกรรมบางอย่างไม่มีความจำเป็นต้องทำเพราะไม่ได้ช่วยส่งเสริมการคลอด ได้แก่ การสวนอุจจาระ การโกนขนบริเวณหัวหน่าวเมื่อแรก

รับ และการงดน้ำและอาหารเมื่อเข้าสู่ active phase นอกจากนี้ พยาบาลยังส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง การประคบ การหดรัดตัวของมดลูก การตรวจภายใน และการอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ โรงพยาบาลบางแห่งส่งเสริมให้มารดาเคลื่อนไหวตามต้องการกรณีไม่มีข้อห้าม และส่งเสริมให้มารดานอนในท่าศีรษะสูง เพื่อส่งเสริมให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำและปากมดลูกเปิดขยายได้เร็ว โรงพยาบาลบางแห่งใช้การนวดหลังส่วนล่าง การลูบหน้าท้อง การยืนและเคลื่อนไหวบริเวณสะโพก เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สอนการหายใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด บางโรงพยาบาลใช้การนวดจุดจุดสะท้อนที่เท้าเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าในระยะรอคลอด

3) การส่งเสริมการคลอดในระยะคลอด โดยการจัดทำให้มารดานอนในท่าศีรษะสูงกว่าลำตัว โรงพยาบาลบางแห่งจัดทำห้องเช้าและวางเท้าบนเตียง แต่โรงพยาบาลบางแห่งยังใช้การจัดทำชั้นขาหยั่ง นอกจากนี้ พบว่า พยาบาลใช้การนวดฝ่าเท้าในระหว่างรอศีรษะทารกคลอดเพื่อช่วยให้ช่องทางคลอดมีความบางและยืดหยุ่นและลดการฉีกขาดของฝีเย็บขณะคลอด

4) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด มีการทำ early skin to skin contact โดยนำทารกแรกเกิดที่ได้รับการเช็ดคราบเลือดและน้ำคร่ำแล้ว มาให้มารดาโอบกอดสัมผัส โดยส่วนมากพยาบาลจะนำทารกที่ยังไม่สวมเสื้อผ้ามาวางสัมผัสกับผิวบริเวณหน้าอกของมารดา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-15 นาที แต่มีโรงพยาบาลบางแห่งที่มีการใช้แนวคิดการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ให้ทารกเป็นผู้นำการเริ่มต้นดูดนมแม่ (baby-led breastfeeding) โดยวางทารกบริเวณหน้าอกมารดา และส่งเสริมให้ทารกได้แสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ในการเริ่มต้นดูดนมแม่เองที่เป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ (breast crawl) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

3. ปัจจัยเงื่อนไขในการส่งเสริมการคลอด

การปฏิบัติในการส่งเสริมการคลอดของแต่ละโรงพยาบาล ยังไม่ปรากฏว่ามีที่ใดสามารถส่งเสริมการคลอดได้เต็มรูปแบบและต่อเนื่อง ทั้งนี้มีปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดในการส่งเสริมการคลอด ได้แก่ 1) ปัจจัยเงื่อนไขของระบบบริการ 2) ปัจจัยเงื่อนไขของผู้ปฏิบัติ และ 3) ปัจจัยเงื่อนไขของผู้รับบริการ มีรายละเอียด ดังนี้

1) ปัจจัยเงื่อนไขของระบบบริการ ข้อจำกัดของระบบบริการ ได้แก่ 1) ระบบการเตรียมการคลอดยังไม่เป็นรูปธรรม ส่วนมากยังไม่มีแนวปฏิบัติ ไม่มีแผนการสอน ไม่มีการประเมินผลของการเตรียมการคลอด และไม่มีการกำหนดผู้สอนที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังขาดสื่อ อุปกรณ์ และขาดการพัฒนาวัตกรรมหรือวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ 2) อัตรากำลังไม่เพียงพอพยาบาลแทบทุกแห่งสะท้อนถึงการมีอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ โดยผู้รับผิดชอบการสอนมักจะเป็นพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ซึ่งมีอัตรากำลังเพียง 1-2 คน และมีภาระงานที่ต้องให้บริการตรวจครรภ์ ส่งต่อการรักษา รวมทั้งติดตามผลการรักษา จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเตรียมการคลอดได้ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลบางแห่งได้ขอความร่วมมือให้พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้สอนการเตรียมการคลอด เนื่องจากคิดว่ามีอัตรากำลังและมีความเชี่ยวชาญกว่า 3) แนวคิดการดูแลการคลอดที่แตกต่างระหว่างวิชาชีพ โดยแพทย์จะให้ความสำคัญกับวิทยาการและเทคโนโลยีที่ช่วยให้การคลอดสิ้นสุดโดยเร็ว และให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในมิติทางชีวการแพทย์ จึงทำให้การดูแลมุ่งเน้นไปที่การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเพื่อช่วยให้การคลอดก้าวหน้า การใช้ยาบรรเทาความเจ็บปวดเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดของผู้คลอด และการผ่าตัดคลอดด้วยข้อบ่งชี้ที่ไม่จำเป็น เป็นต้น ส่วนพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการคลอดที่ผสมผสานมิติทางชีวการแพทย์และสังคมวัฒนธรรม จึงมุ่งเน้น

การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง ส่งเสริมการเคลื่อนไหว การอยู่เป็นเพื่อนให้กำลังใจ สอนการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยา เป็นต้น ซึ่งแพทย์ที่ดูแลจะสั่งการรักษาแบบเร่งด่วน

“คนมาคลอดก็บอกว่าพยาบาลสอนอยู่นะ แต่พยาบาลไม่มีเวลา งานเยอะ ก็เปิดวิดีโอให้ดู คนคลอดบางคนบอกว่าพยาบาลแจกเอกสารให้เอาไปอ่านที่บ้าน ถ้าสงสัยก็ให้มาถามได้...ก็ไม่มีโครงการประเมินนะคะว่าสอนแล้วรู้มั๊ย ในห้องคลอดก็ไม่ได้ประเมินผล...ส่วนมากมาถึงห้องคลอด เราก็ดูสอนอีก”

“ที่นี่ พยาบาลฝากครรภ์ก็ส่งแม่ ๆ มาที่ห้องคลอด เอามาให้เราสอน เขาบอกว่าคนเรามากกว่าและน่าจะเก่ง เขาไม่มีเวลา คนน้อย เราก็ดูต้องสอน และพาชมห้องคลอดด้วย...”

“หมอกับเรามีแนวคิดว่าดูแลที่ไม่เหมือนกัน หมอเน้นให้คลอดเร็ว มักจะเร่งคลอด เจาะถุงน้ำ ฝาคคลอด แต่ถ้าเป็นเคสที่เราดู เราก็ดำเนินการที่เรา เช่น ให้ลูกไปเข้าห้องน้ำ เดินไปคุยกับญาติถ้าไม่เจ็บมาก ถ้าเจ็บมากแล้ว ก็ให้นั่ง นอนที่เตียง ลูกมาข้างเตียงได้...แต่พอหมอมามาเขาก็สั่งเร่งคลอด”

2) ปัจจัยเงื่อนไขของผู้ปฏิบัติพยาบาลสะท้อนถึงข้อจำกัดของพยาบาล ในประเด็น 1) ความรู้และทักษะในการส่งเสริมการคลอดที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ ไม่เคยเห็นรูปแบบการส่งเสริมการคลอดที่เป็นมาตรฐานจากที่ใด ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม แต่เคยรับรู้เรื่องการส่งเสริมการคลอดระหว่างศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับปริญญาโท ซึ่งจะเป็นการสอนทฤษฎี แต่ในการฝึกปฏิบัติงาน ยังไม่มีโอกาสได้เห็นรูปแบบการส่งเสริมการคลอดที่เป็นมาตรฐาน จึงทำให้ไม่มั่นใจหากต้องนำมาปฏิบัติ 2) รู้สึกขาดอำนาจในการต่อรอง พยาบาลสะท้อนว่าประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้รู้สึกกลัววิชาชีพพยาบาลขาดอำนาจต่อรองในทุกเรื่อง โดยในเรื่องของการส่งเสริม

การคลอด ต้องขอความเห็นชอบจากทีมแพทย์ และ บางครั้งแม้จะได้รับความเห็นชอบในการดำเนินงาน แต่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติตาม แนวทางที่กำหนดร่วมกัน เพราะพยาบาลไม่ได้รับการ ยอมรับในความรู้และความสามารถ

“ก็ทำแค่ส่งเสริมในบางเรื่อง ไม่ได้ ทำเป็นเต็มรูปแบบ ไม่มั่นใจเพราะไม่เคยเห็นที่ไหนทำ ตอนเรียนก็มีแต่ทฤษฎีนะ ไปฝึกงานที่ไหนก็ไม่เห็น ที่เขาทำแบบสมบูรณ์สักที”

“การที่จะเปลี่ยนการทำงาน ต้อง ผ่านแพทย์ว่าจะทำได้มั้ย...บางทีเขาก็ว่าทำได้ แต่พอ เอาเข้าจริง ๆ เขาก็ไม่ให้ความร่วมมือ...เขาคงไม่ ยอมรับและเชื่อว่าเราทำได้ดี เหมือนเราไม่มีอำนาจ ต่อรองอะไร ทุกเรื่องแหละ”

3) ปัจจัยเงื่อนไขของผู้รับบริการ พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมการคลอดมีข้อ จำกัดส่วนหนึ่งมาจากผู้รับบริการ ดังนี้ 1) หญิงตั้ง ครรภ์มีทัศนคติที่กลัวต่อการคลอด จึงมักตั้งใจที่จะ คลอดโดยไม่เจ็บปวดและต้องการผ่าตัดคลอด โดย นิยมไป “ฝากพิเศษ” คือ การไปรับบริการฝากครรภ์ และระบุนความต้องการให้แพทย์ที่ตนไว้วางใจเป็นผู้ ทำคลอดให้ ซึ่งส่งผลให้อัตราการผ่าตัดคลอดด้วย ข้อบ่งชี้ที่ไม่จำเป็นของทุกโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น 2) หญิงตั้งครรภ์ขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจการ คลอด กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การเตรียมการคลอด ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากพิเศษ หญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม และหญิงตั้งครรภ์ที่ ไม่มาฝากครรภ์ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น ไม่เห็นความ สำคัญ ยากจน ไม่มีเวลาต้องทำงาน เดินทางไม่สะดวก เป็นต้น จึงทำให้ปฏิบัติตัวในระยะคลอดไม่เหมาะสม ขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการคลอดของ ตนเอง และมักจะได้รับช่วยเหลือโดยใช้เครื่องมือ และการผ่าตัดคลอด

“คนท้องนิยมฝากพิเศษ เพราะเขา อยากรคลอดแบบไม่เจ็บ บางคนมาถึงก็บอกว่าขอหมอ

ผ่าคลอดนะเพราะกลัวเจ็บ บางคนผ่าเอาฤกษ์สะดวก ก็เป็นความเชื่อของเขา”

“ส่วนมากคนที่ไม่มาฝากท้องที่ โรงพยาบาล ก็จะไม่ได้รับการสอน พอมาคลอดก็ร้อง เออะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือ เจ็บมาก ๆ ก็ขอให้ หมอเอาไปผ่า...ถึงตอนเบ่งก็ดัน ก็ต้องใช้เครื่องช่วย”

อภิปรายผล

พยาบาลรับรู้ถึงความสำคัญและบทบาทของ พยาบาลในการส่งเสริมการคลอด ทั้งนี้ การส่งเสริมการ คลอด เป็นบทบาทที่สภาการพยาบาลกำหนดภายใต้ ขอบเขตของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ อีกทั้งหลักสูตรการศึกษาพยาบาลมีการ เรียนการสอนที่ทำให้เกิดความตระหนักในการส่งเสริม การคลอด แต่อย่างไรก็ตาม พยาบาลรับรู้ว่าการส่งเสริม การคลอดเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก เพราะข้อจำกัด ของความรู้และทักษะของพยาบาล อันเนื่องมาจากการ ไม่มีประสบการณ์ในระหว่างการศึกษาระดับสูง การไม่เคยเห็นรูปแบบการส่งเสริมการคลอด ของหน่วยบริการในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และการ ไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมภายหลังสำเร็จการศึกษา ประกอบกับข้อจำกัดของระบบบริการที่พยาบาลขาด อำนาจต่อรองในการปรับเปลี่ยนการบริการ ซึ่งเกิดจาก การที่พยาบาลไม่ได้รับการยอมรับว่ามีความรู้ ความ เชี่ยวชาญในการส่งเสริมการคลอด ซึ่งการศึกษาของ Marshall¹² พบว่าอุปสรรคของการพัฒนาบทบาท พยาบาลในการส่งเสริมการคลอด คือการทำให้แพทย์ และผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในความ สามารถของพยาบาล จึงควรพัฒนาให้พยาบาลมี สมรรถนะในการจัดการและการเป็นผู้นำ มีการฝึก อบรมทักษะความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมการคลอด เพื่อให้พยาบาลมีความมั่นใจในการทำงานของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลภาค ตะวันออกเฉียงเหนือในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่า พยาบาลมีสมรรถนะการเจรจาต่อรองกับคนหรือ

องค์การด้านการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับ
ชำนาญ ร้อยละ 41.7 และมีสมรรถนะในระดับ
เชี่ยวชาญเพียง ร้อยละ 2.7¹³

พยาบาลมีการส่งเสริมการคลอดในทุกระยะ
ตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ไปจนถึงระยะหลังคลอด แต่พบว่า
กิจกรรมส่งเสริมการคลอดของแต่ละโรงพยาบาลไม่
สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครอบคลุมทุกระยะและไม่
ครบถ้วน แม้ว่าสภาการพยาบาลจะมีการกำหนด
สมรรถนะพยาบาลในการส่งเสริมการคลอด ทั้งนี้
อธิบายได้ว่า การส่งเสริมการคลอดยังไม่ปรากฏมี
มาตรฐานการส่งเสริมการคลอดที่ต่อเนื่องทุกระยะที่
สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ และ
หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญของ
พยาบาลในการส่งเสริมการคลอดยังไม่ปรากฏเป็น
รูปธรรม อีกทั้งยังไม่มีการกำหนดให้ตัวชี้วัดด้านการ
ส่งเสริมการคลอดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของงานห้องคลอด
และที่สำคัญ พยาบาลสะท้อนให้เห็นว่ายังขาดความ
มั่นใจในการส่งเสริมการคลอด จึงทำให้มีการปฏิบัติที่
ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง Maillefer¹ ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัย
ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม
การคลอดได้ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมนั้น จำเป็นที่จะ
ต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ได้แก่ มีการพัฒนา
สมรรถนะของพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในการ
ประเมินความเสี่ยงและภาวะผิดปกติในระหว่างการส่งเสริมการคลอด มีการพัฒนาเกณฑ์ชี้วัดผลการปฏิบัติการดูแลที่ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลโดยพยาบาล มีการพัฒนาเครื่องมือการทำงาน เช่น แนวทางปฏิบัติ และแนวทางการประเมินผล เพื่อสร้างให้พยาบาลได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ

ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติการ
ส่งเสริมการคลอดมีทั้งปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้าน
พยาบาล และปัจจัยด้านผู้รับบริการ ข้อจำกัดทั้ง 3 ด้าน
นี้ เกิดจากการที่พยาบาลมีข้อจำกัดในการพัฒนาความ
เชี่ยวชาญที่เฉพาะด้านของตนเองให้เป็นที่ยอมรับ
ระหว่างวิชาชีพตั้งได้กล่าวมาแล้วในเรื่องสมรรถนะการ

เจรจาต่อรองกับคนและองค์การด้านการดำเนินการ
สร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในสมรรถนะ
การพัฒนาตนเองด้านการวิจัยและการพัฒนางานด้าน
การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ทางสุขภาพที่
ดีต่อมารดาและทารก ความคุ้มค่าและคุ้มทุนจากการ
ส่งเสริมการคลอดโดยพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Sandall¹⁰ ที่พบว่า การส่งเสริมการคลอดโดย
พยาบาล ก่อให้เกิดความคุ้มค่าและเกิดผลดีต่อมารดา
และทารก โดยช่วยลดการใช้ยา หัตถการ และเครื่องมือ
 อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ McLachlan¹⁴ ที่
พบว่า การดูแลการคลอดโดยพยาบาล ทำให้มารดามี
การรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในทางบวก รู้สึก
ควบคุมการคลอดได้ดี และมีความภาคภูมิใจในตนเอง
ซึ่งข้อจำกัดด้านการพัฒนาตนเองของพยาบาล
สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่พบว่า
พยาบาลมีสมรรถนะด้านการวิจัยเพื่อพัฒนางานด้าน
การสร้างเสริมสุขภาพในระดับชำนาญ ร้อยละ 24.3
และมีสมรรถนะในระดับเชี่ยวชาญเพียง ร้อยละ 1.8¹³
จึงทำให้ข้อจำกัดเหล่านี้ ส่งผลต่อการได้รับการยอมรับ
ระหว่างวิชาชีพ ผู้รับบริการ และการพัฒนางานส่งเสริม
การคลอด

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทพยาบาล ในการส่งเสริมการคลอด

1. ข้อเสนอในการพัฒนาวิชาชีพ สภาการ
พยาบาล ควร 1) พัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางด้านการ
ผดุงครรภ์ที่เน้นการสร้างสมรรถนะในการส่งเสริมการ
คลอดโดยกำหนดนิยามของการส่งเสริมการคลอดที่
เป็นรูปธรรมภายใต้ขอบเขตบทบาทวิชาชีพการ
พยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อสร้างพยาบาลผู้
เชี่ยวชาญในการส่งเสริมการคลอดให้เป็นที่ยอมรับใน
ระดับวิชาชีพและสังคม 2) จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติ
งานเพื่อส่งเสริมการคลอด ที่ครอบคลุมระยะก่อน
คลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมีการ
ประกาศใช้ ตลอดจนการกำกับให้มีการนำไปปฏิบัติ

และ 3) กำหนดสมรรถนะส่งเสริมการคลอดเป็นสมรรถนะหลักสำหรับพยาบาลแผนกฝากครรภ์และห้องคลอด ที่สามารถนำผลงานด้านการส่งเสริมการคลอดมาขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาชีพที่สูงขึ้นได้

2. ข้อเสนอในการจัดการเรียนการสอน
สถาบันการศึกษาพยาบาล ควร 1) สร้างความร่วมมือกับแหล่งฝึกปฏิบัติงานในการพัฒนาให้แหล่งฝึกปฏิบัติงานเป็นพื้นที่เรียนรู้ด้านการส่งเสริมการคลอดที่ได้มาตรฐาน และ 2) พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อการส่งเสริมการคลอดสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

3. ข้อเสนอในการปฏิบัติการพยาบาล
หน่วยบริการ ควร 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลและผลลัพธ์การดูแลการคลอด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและพัฒนาแนวปฏิบัติของหน่วยบริการร่วมกัน 2) กำหนดนโยบายให้พยาบาลห้องคลอดผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการผดุงครรภ์ ที่เน้นบทบาทการส่งเสริมการคลอด และสนับสนุนให้มีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการส่งเสริมการคลอดอย่างต่อเนื่อง 3) พัฒนาระบบที่กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบด้านการส่งเสริมการคลอด ในลักษณะของ case management 4) สนับสนุนการทำวิจัย การพัฒนานวัตกรรม การจัดการความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการคลอด และ 5) จัดทำแนวปฏิบัติการส่งเสริมการคลอด และกำกับให้มีการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่จำกัดทั้งจำนวนผู้ให้ข้อมูล และระดับของโรงพยาบาลที่สังกัด ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของการรับรู้และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยความเป็นไปได้ในการพัฒนาหลักสูตรการผดุงครรภ์ การพัฒนาบทบาทของวิชาชีพการผดุงครรภ์ และการ

พัฒนาระบบการดูแลเพื่อส่งเสริมการคลอดภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้มีคุณภาพต่อไปได้

References

1. Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfeld P, Stoll B. Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 Aug 12];15(1): Available from : <http://bmcpregnancychildbirth.biomed-central.com/articles/10.1186/s12884-015-0477-4>
2. Crozier K. Review: Birth memories of Jordanian women: Findings from qualitative data. *Journal of Research in Nursing* 2013; 18 (3):245-6.
3. Roberts CL, Algert CS, Ford JB, Todd AL, Morris JM. Pathways to a rising caesarean-section rate: a population-based cohort study. *BMJ open* [Internet]. 2012; [cited 2016 Aug 19];2(5): Available from : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001725.full>.
4. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008. *The Lancet* 2010; 375(9713):490-9.
5. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth* [Internet] 2015; [cited 2016 Aug 19];15(1): Available from :

- <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0683-0>.
6. Professional nursing and midwifery act b.e.2528 (1985) revision of the act b.e.2540. Thailand: 1997. [Internet] 2015; [cited 2016 Nov 21]. Available from: http://www.tnc.or.th/files/2014/08/page-9830/the_professional_act_2528_2540_pdf_26494.pdf.
 7. Muangpin S. Maternal bearing down in the 2nd stage of labor: recommendations for nursing practice. *Journal of Nursing Science and Health* 2016; 39(1): 146-54. (In Thai)
 8. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labor. *Cochrane Database Sys Rev.* 2013;10: CD003934 DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
 9. Famahi F, Shokooh, Z, Kianpou, M. The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iranian journal of nursing and midwifery research* [Internet] 2012; [cited 2016 Aug 7]; 17(1): 52-57. Available from: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmc/articles/PMC3590696>
 10. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Sys Rev.* 2016; 4: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.
 11. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Gold L, Biro MA, et al.. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomized controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology* [Internet] 2012.[cited 2016 Aug 10]; 119(12):1483-9. Available from : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x/full>
 12. Marshall J, Jones P. Developing midwife-led care to support normal birth: an action research study. In: *Normal Labour & Birth*, 15th - 17th [Internet] June 2015, Grange Over Sands, Lake District. (Unpublished) [cited 2016 Aug 10]. Available from: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/25905>.
 13. Nunthaboot K, Shokebumroong K, Theerasopon P. Competency levels and role implementation of professional nurses in health promotion. *Journal of Nursing Science and Health* 2015; 38(2): 103-14. (In Thai)
 14. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016.[cited 2016 Aug 10]; 123(3):465-74. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13713/full>