

# การคลอดธรรมชาติ : การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม

## Natural Childbirth: Humanized care

พริยา สุภศรี\* วท.ม.

Piriya Suppasri, M.Sc.

### บทคัดย่อ

การคลอดธรรมชาติเป็นการคลอดที่ใช้แผนการคลอดที่ธรรมชาติได้สร้างไว้แล้วให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือเปิดโอกาสให้แผนการคลอดได้ทำงานตามธรรมชาติ โดยลดกิจกรรมทางการแพทย์ที่จะขัดขวางกระบวนการตามธรรมชาตินี้ มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์รองรับว่าการคลอดธรรมชาติมีผลดีต่อผู้คลอด ทารกแรกเกิด และครอบครัว การดูแลให้ผู้คลอดได้คลอดธรรมชาติจึงเป็นการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม เพราะเป็นการดูแลแบบองค์รวม และเคารพความเป็นมนุษย์ พยาบาลสามารถดูแลให้ผู้คลอดได้คลอดธรรมชาติโดย 1) เสริมสร้างให้หญิงตั้งครรภ์เชื่อมั่นในการคลอดธรรมชาติ 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร 3) ปรึกษาประคองผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง 4) ส่งเสริมกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด และ 5) หลีกเลี่ยงกิจกรรมทางการแพทย์ที่รบกวนกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด ซึ่งการคลอดธรรมชาตินี้จะสำเร็จลงได้ด้วยความสำเร็จและเชื่อมั่นในวิธีการคลอดธรรมชาติของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และครอบครัว

คำสำคัญ : การคลอดธรรมชาติ การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม

### Abstract

Natural childbirth is considered as birth that utilizes the natural birth to achieve its

most benefits or let this nature's plan work with minimizing medical interventions that will interrupt the natural process. There is evidence that natural childbirth is beneficial for mothers, and their newborns and families. Promoting natural childbirth is humanistic because this approach focuses on holistic care for which persons are respected as human beings. Nurses can promote natural childbirth by 1) empowering pregnant women to trust in natural childbirth, 2) creating friendly environments, 3) providing continuous support, 4) enhancing natural labor and delivery and 5) avoiding medical interventions interfering natural birth. However, to achieve natural childbirth, health care administrators and providers, and mothers and their families should belief and trust in this natural childbirth.

**Keywords :** Natural childbirth, humanized care

### คำนำ

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในฐานะอาจารย์แผนกสูติศาสตร์ เมื่อพูดคุยกับพยาบาลในห้องคลอดเกี่ยวกับการให้ผู้คลอดคลอดธรรมชาติ คำตอบที่ได้คือ “ไม่ได้หรือที่ผู้คลอดไม่มีความรู้” “โรงพยาบาลไม่มีนโยบายให้คลอดธรรมชาติ” รวมไปถึงการเข้าใจว่า

\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การคลอดธรรมชาติเป็นการปล่อยให้ผู้คลอดคลอดเองโดยไม่ต้องให้กิจกรรมการดูแลใดๆ จึงไม่เชื่อมั่นว่าผู้คลอดและทารกในครรภ์จะปลอดภัย ดังนั้น ถ้าจะให้คลอดด้วยวิธีนี้จะต้องให้ผู้คลอดเซ็นใบยินยอมเสียก่อน และอีกด้านหนึ่งเมื่อถามผู้คลอดว่า ถ้าให้คลอดธรรมชาติจะเอาไหม คำถามที่ย้อนกลับเสมอๆ คือ การคลอดธรรมชาติเป็นอย่างไร และเมื่อผู้เขียนบอกว่าเป็นการคลอดที่ไม่ให้กิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น เช่น ไม่โกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่สวนอุจจาระ ไม่ตัดฝีเย็บ ไม่ให้ยาแก้ปวด ไม่ให้สารน้ำ ไม่ให้ยาเร่งคลอด คำตอบที่ได้ คือ “ไม่เอาหรอกกลัวเจ็บ” “อย่างนี้ก็เหมือนกับไม่ให้การดูแลอะไรเลยจ้ะ” “ไม่ตัดฝีเย็บแล้วจะคลอดได้หรือ” เป็นต้น จากคำตอบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการยังไม่เชื่อมั่นในการคลอดด้วยวิธีนี้ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในบริบทสุขภาพของประเทศที่เจริญแล้ว เพราะมีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์มากมายที่สนับสนุนแนวคิดนี้ว่า เป็นผลดีต่อผู้คลอด ทารกแรกเกิด ครอบครัว และสังคมโดยรวม เป็นการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม จึงทำให้ผู้เขียนต้องเขียนบทความนี้ขึ้น เพื่อต้องการสะท้อนคิดให้กับพยาบาลห้องคลอดได้เชื่อมั่นในสิ่งที่ธรรมชาติได้สร้างมาให้กับผู้คลอดทุกคนแล้ว และยอมปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะกับผู้คลอดที่มีภาวะสุขภาพดีหรือมีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของมารดา ทารกแรกเกิด ครอบครัว และสังคมไทยโดยรวม

การคลอดธรรมชาติ คือ อะไร

โดยทั่วไปแล้วคนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า การคลอดธรรมชาติ คือ การคลอดทางช่องคลอด ส่วนการคลอดด้วยทีม เครื่องดูดสุญญากาศ การผ่าตัดคลอดเป็นการคลอดที่ไม่ใช่การคลอดธรรมชาติ ซึ่งก็

เป็นมุมมองที่ไม่ผิดนัก แต่เป็นการมองในเชิงผลลัพธ์ของการคลอด ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว การคลอดธรรมชาติจะมีความหมายค่อนข้างกว้าง คำว่าการคลอดธรรมชาติ (natural childbirth) เป็นวลีที่เริ่มต้นมาจากแกรนทลี ดิก รีด (Grantly Dick-Read) สูติแพทย์ชาวอังกฤษ ในปี ค.ศ. 1933 ด้วยปรัชญาความเชื่อของเขาที่ว่า หากผู้คลอดได้รับการเตรียมคลอดที่พอเพียง การคลอดบุตรจะไม่เจ็บปวดและไม่ต้องการกิจกรรมทางการแพทย์ (medical intervention) (Read, 1933) เช่น ยาบรรเทาปวด หรือสูติศาสตร์หัตถการ ถ้าไม่มีเหตุผลจำเป็นทางการแพทย์ เพราะการเตรียมคลอดที่พอเพียงจะช่วยลดความกลัว ความตึงเครียด และความเจ็บปวดก็จะลดตามลงด้วยเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า กลุ่มอาการความกลัว- ความตึงเครียด- ความเจ็บปวด (fear-tension-pain syndrome) และเขาเป็นบุคคลแรกที่ส่งเสริมให้มีการนำสามีเข้าไปอยู่ด้วยในห้องคลอด เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางจิตอารมณ์ สังคมแก่ผู้คลอด ช่วยให้ผู้คลอดมีกำลังใจมากขึ้น จะเห็นได้ว่า การคลอดธรรมชาติจะเน้นที่กระบวนการคลอดมากกว่าช่องทางคลอด เป็นกระบวนการที่ต้องมีการเตรียมผู้คลอดตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในขณะคลอดได้ และเมื่อถึงเวลาคลอดจะสามารถใช้สิ่งที่ธรรมชาติสร้างไว้ให้แล้วนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือเปิดโอกาสให้ระบบธรรมชาติได้ทำงานเองโดยไม่จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร เช่น ให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคลอด เพื่อให้ผู้คลอด ครอบครัวได้รับประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมายทั้งด้านจิตอารมณ์ สังคม และวัฒนธรรม หรืออีกนัยหนึ่ง การคลอดธรรมชาติก็คือ การไม่ทำให้ผู้คลอดหลุดลอดระยะของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดได้เรียนรู้ประสบการณ์การคลอดด้วยตนเอง (American College of Community Midwives, 2007)

กระบวนการตามธรรมชาติของการคลอดเป็นอย่างไร การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ (natural process) เพราะธรรมชาติได้วางแผนการคลอด (nature's plan) ให้กับผู้คลอดทุกคนเรียบร้อยแล้ว หรือธรรมชาติได้เตรียมกลไกการคลอดไว้ให้หมดแล้ว นั่นคือ เมื่อถึงช่วงเวลาที่เหมาะสม มดลูกจะเริ่มหดตัว มดลูกจะหดตัวรุนแรงและถี่ขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด การหดตัวของมดลูกทำให้ปากมดลูกยืดขยายและเปิดออก ทารกเคลื่อนลงต่ำและหมุนภายในเพื่อปรับขนาดของส่วนนำให้เหมาะสมกับช่องทางคลอดที่จะสามารถเคลื่อนออกสู่ภายนอกได้ การหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งรวมทั้งกลไกการปรับตัวของทารกในครรภ์ จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกเจ็บปวด ความเจ็บปวดนั้นจะส่งสัญญาณไปยังสมองและทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (oxytocin) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้มดลูกหดตัวรุนแรงยิ่งขึ้น ผู้คลอดจะรู้สึกเจ็บปวดมากยิ่งขึ้น ซึ่งความเจ็บปวดนั้นมีคุณค่ายิ่งต่อความก้าวหน้าของการคลอด แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อความเจ็บปวดถึงจุดหนึ่งร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินส์ (endorphins) ซึ่งเป็นยาบรรเทาปวดโดยธรรมชาติ (nature's narcotic) ที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน (morphine) แต่ออกฤทธิ์รุนแรงกว่า (Lothian, 2000) มีผลให้ผู้คลอดรับรู้ความเจ็บปวดลดลงและสงบได้เอง นอกจากนี้ ระดับฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินส์ที่เพิ่มขึ้นนี้ยังช่วยเบี่ยงเบนความคิดของผู้คลอดจากความมีเหตุมีผลไปสู่ความเป็นสัญชาตญาณมากขึ้น (Lothian, 2000) เพราะทำให้ผู้คลอดอยู่ในสภาวะคล้ายฝัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้คลอดจัดการกับการคลอดภายในตนเองได้ จึงเป็นประสบการณ์ภายในหรือส่วนบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาความเป็นมารดา ถ้ากระบวนการตามธรรมชาติของการคลอดนี้ถูกรบกวนหรือถูกแทรกแซง เช่น ให้น้ำแรงคลอดด้วยออกซิโทซิน ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ (artificial oxytocin) ทำให้มดลูกหด

รัดตัวรุนแรงขึ้น อาการปวดจึงมากขึ้นตามไปด้วย แต่ยานี้ไปไม่ถึงระดับสมอง จึงไม่มีการหลั่งฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟินส์ ทำให้ผู้คลอดต้องการยาบรรเทาปวดซึ่งจะมีผลตามมามากมาย เช่น ผู้คลอดมีอาการระคายเคืองจากฤทธิ์ของยา การรับรู้ประสบการณ์การคลอดลดน้อยลง และยานี้ยังสามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ ทำให้กดศูนย์หายใจของทารกและมีอาการหายใจลำบากเมื่อแรกเกิดได้

### การคลอดธรรมชาติมีประโยชน์อย่างไร

การคลอดธรรมชาติเป็นการใช้กิจกรรมทางการแพทย์น้อยที่สุด ผู้คลอดจึงรู้สึกตัวดีตลอดระยะเวลาของการคลอด ผลลัพธ์ของการคลอดจึงเป็นไปในทิศทางที่เป็นบวกมากกว่าเป็นลบ ได้แก่

#### 1. มารดา

1.1 ด้านร่างกาย ผู้ที่คลอดธรรมชาติมีแนวโน้มที่ร่างกายจะฟื้นฟูสภาพได้เร็ว จึงสามารถลุกเดิน รับประทานอาหารหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้เร็วกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บ การช่วยคลอดด้วยเครื่องมือดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอด เพราะกิจกรรมทางการแพทย์เหล่านี้สามารถทำให้ช่องทางคลอดหรืออวัยวะได้รับบาดเจ็บหรือชอกช้ำมากกว่า การฟื้นคืนสภาพหลังคลอดใช้เวลานานกว่า โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด

1.2 ด้านจิตใจ ผู้ที่คลอดธรรมชาติจะมีโอกาสได้เรียนรู้ประสบการณ์การคลอดที่มีความหมายอย่างสมบูรณ์ เพราะการคลอดที่ปราศจากยาบรรเทาปวด ผู้คลอดจะมีสติสัมปชัญญะหรือรู้สึกตัวดี จึงสามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ทั้งที่อยู่ภายในตนเองและสภาพแวดล้อมได้ดี วันที่คลอดบุตรเพียงวันเดียวที่ผู้คลอดจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดในชีวิต ไม่มีเหตุการณ์ใดในชีวิตที่จะเต็มไปด้วยอารมณ์และความรู้สึกมากมายเช่นนี้ ทั้งอารมณ์ดีตื่นเต้น สนุก เจ็บปวดกลัว วิดกกังวล ขาดความเชื่อใจในตนเอง ไม่สามารถ

ภาคการณืได้ รู้สึกอ่อนแอ ต้องพึ่งพาคนแปลกหน้า และอาจได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือได้รับการผ่าตัด (Simkin, 2006) แต่เมื่อกระบวนการคลอดสิ้นสุดลง ชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง เพราะต้องรับผิดชอบอีกหนึ่งชีวิตที่ต้องการการพึ่งพา ช่วยตัวเองไม่ได้ การรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่มีความหมายนี้จะช่วยพัฒนาความเป็นมารดา รู้สึกว่าตนเองมีความเข้มแข็ง (strength) มีอำนาจ (power) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) และมีความภาคภูมิใจที่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ (sense of control)

## 2. ทารก

ในกระบวนการคลอดธรรมชาติ เมื่อมดลูกหดตัวจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ทารก กระตุ้นต่อมหมวกไตของทารกให้หลั่งฮอร์โมนความเครียดที่เรียกว่าแคททีโคลามีน (catecholamine) (White, 2005) ซึ่งฮอร์โมนนี้มีประโยชน์คือทารกเมื่อแรกคลอดหลายประการ เช่น ช่วยเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและสร้างความร้อนเพื่อการปรับตัวต่อการอยู่รอดภายนอกมดลูก ช่วยเตรียมความพร้อมของระบบการหายใจเพื่อทำงานจริงภายหลังคลอด โดยส่งเสริมให้มีการหลั่งสารเซอร์แฟกแทนท์ (surfactant) ซึ่งเป็นสารที่คล้ายสบู่ที่จะช่วยให้ถุงลมปอดขยายได้ง่ายขึ้นภายหลังคลอด ดังเห็นได้จากทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอดที่มีอายุครรภ์เท่ากัน (Enkin et al., 2000) ช่วยดูดซึมกลับของเหลวในปอด เมื่อของเหลวในปอดถูกกำจัดออก ทารกสามารถหายใจเองครั้งแรกได้เร็วกว่า และระดับออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นภายหลังคลอดเร็วกว่าทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอด (Eliot, 1999) รวมทั้งช่วยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ทารกมีความตื่นตัวใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ดังนั้น

ทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ใช่ยาบรรเทาปวดในระยะคลอดจะมีภาวะที่ตื่นตัวมากกว่า (active and alert state) เข้าสู่ภาวะปกติหลังคลอดและมีความสงบได้เร็วกว่าทารกที่คลอดจากมารดาที่ได้รับยาบรรเทาปวด

## 3. ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก

ในกระบวนการคลอดธรรมชาติ ทารกในครรภ์จะหลั่งฮอร์โมนแคททีโคลามีนในระดับสูง ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ทารกอยู่ในภาวะตื่นตัว ใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับทารกในการเผชิญกับโลกภายนอกครั้งแรก ดังเห็นได้จากเมื่อนำทารกแรกเกิดมาวางที่หน้าอกมารดา ทารกจะไขว่หาเต้านมของมารดาและเริ่มดูดได้เองตามธรรมชาติ ซึ่งเพิ่มความเป็นไปได้ในการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระยะต่อมา นอกจากนี้ ฮอร์โมนแคททีโคลามีนยังช่วยให้น้ำนมของทารกขยาย (White, 2005) เป็นการดึงดูดความสนใจของมารดาและทารกเข้าหากัน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างความผูกพันและการยอมรับซึ่งกันและกัน ซึ่งปรากฏการณ์นี้จะไม่เกิดขึ้นในมารดาที่ได้รับยาบรรเทาปวด หรือการผ่าตัดคลอด

## 4. ระบบบริการสุขภาพ

การคลอดธรรมชาติเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า เพราะเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลน้อยกว่า รวมทั้งสัมพันธ์ภาพความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้คลอด และครอบครัวมีมากกว่าการคลอดด้วยวิธีอื่น ๆ

## ค่านิยมเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติเป็นอย่างไร

ค่านิยมเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติของสังคมไทยได้หมุนเปลี่ยนไปตามกาลเวลา ในอดีต มองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ทางสังคม (social event) และเป็นวัฒนธรรมของผู้หญิง เมื่อผู้หญิงคลอดบุตร จะมีผู้ช่วยคลอดหรือคลอดเองตามลำพัง ถ้ามีผู้ช่วยคลอดส่วนใหญ่จะเป็นญาติผู้หญิงที่มีประสบการณ์

คลอดมาก่อนหรือผู้รับจ้างช่วยคลอดที่เรียกว่า ผดุงครรภ์โบราณ ผู้คลอดมีโอกาสได้คลอดท่ามกลาง ญาติพี่น้อง ผู้ดูแลที่คุ้นเคยหรือรู้จัก ได้แบ่งปัน ประสบการณ์ความรู้สึกร่วมกันภายในครอบครัว ผู้หญิงจะเชื่อมั่นในความสามารถของร่างกายตนเอง ในการคลอด แต่ก็ยังมีการใช้การแพทย์พื้นบ้าน เวทมนต์คาถา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ร่วมด้วยเมื่อมีการคลอด ยากหรือช่วยให้ผ่อนคลายจากความกลัว เพื่อให้เกิด ขวัญและกำลังใจที่ดีขึ้น

เมื่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้า ขึ้น มุมมองเกี่ยวกับการคลอดได้ถูกเปลี่ยนไป จาก เหตุการณ์ทางสังคมเป็นเหตุการณ์ทางการแพทย์ (medical event) ความมีเหตุมีผลทำให้ร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมถูกแยกออกเป็นส่วนๆ กิจกรรมการ ดูแลผู้คลอดจึงเน้นไปที่การดูแลด้านร่างกายมากกว่า ด้านจิตอารมณ์ และสังคม การคลอดธรรมชาติจึงถูก มองว่าเป็นสิ่งอันตราย ไร้สมัย เชย และเป็นความเสี่ยง การคลอดที่ทันสมัยต้องคลอดในโรงพยาบาลและได้ รับการดูแลจากผู้ให้บริการที่ผ่านการฝึกฝนมาเป็น อย่างดีจึงจะปลอดภัย ต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่ อย่างไรก็ตาม คงปฏิเสธความจริงไม่ได้ว่า แม้ว่าระบบ ธรรมชาติของการคลอดจะได้ออกแบบมาอย่างดีแล้วก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่คาดไม่ถึงก็สามารถ เกิดขึ้นได้ในกระบวนการคลอดกับผู้คลอดทุกคนและ ทุกเวลา แต่สัดส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมี น้อยกว่ามาก การดูแลทางการแพทย์ในปัจจุบันจึง เป็นการเตรียมพร้อมสำหรับสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะ เกิดขึ้น เช่น ให้สารน้ำเพื่อไ่วกรณที่ท้องให้ยาหรือ ให้เลือด ให้น้ำและอาหารเพื่อไ่วกรณที่ท้องผ่าตัด คลอดฉุกเฉิน เป็นต้น รูปแบบการดูแลจึงเป็น มาตรฐานเดียวกันไม่ว่าผู้คลอดจะมีความเสี่ยงสูงหรือ เสี่ยงต่ำจนกลายเป็นกิจวัตรประจำ (routine) หรือ บรรทัดฐานการทำงาน ผู้คลอดไม่มีโอกาสเลือกหรือ คัดสนใจในสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลที่

ขาดการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (dehumanized) ทั้งที่ในความเป็นจริง การปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำ บางอย่างก็ยังไม่มีความรู้ทางวิชาการรองรับว่าจะ เป็นประโยชน์หรือเป็นผลดีต่อผู้คลอดที่มีสุขภาพดี ผู้คลอดเองก็ถูกครอบงำด้วยความกลัว ความไม่รู้ ทำให้ต้องพึ่งเทคโนโลยีทางการแพทย์และผู้ให้บริการ สุขภาพมากกว่าจะรู้สึกว่าการคลอดเป็นความ รับผิดชอบของตนเอง จนทำให้การคลอดธรรมชาติ เกือบหายไปจากระบบบริการสุขภาพของสังคมไทย

แต่ในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา แนวคิดเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติได้อัปเดตมาสู่ความสนใจอีกครั้ง เมื่อมีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์จำนวนมากที่ สนับสนุนแนวคิดการคลอดธรรมชาติในประเด็นของ ความปลอดภัย ผลดีต่อมารดา ทารก และครอบครัว เป็นการดูแลแบบองค์รวม เคารพในความเป็นมนุษย์ จึงเป็นการดูแลอย่างมีมนุษยธรรม นักวิชาการต่างก็ เห็นพ้องต้องกันอย่างไม่ต้องสงสัยแล้วว่า ผู้คลอด ส่วนใหญ่สามารถคลอดได้อย่างปลอดภัยโดยไม่ต้อง การกีดกันทางการแพทย์มากนัก และผู้คลอด ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำสามารถคลอดได้อย่างปลอดภัย ที่บ้าน จึงมีการนำแนวคิดการคลอดธรรมชาติมาใช้ ในการดูแลผู้คลอดในวงกว้างมากยิ่งขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น อเมริกา อังกฤษ แคนาดา เนเธอร์แลนด์ ฯลฯ แต่แนวคิดนี้ยังได้รับการ ขานรับน้อยทั้งจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการใน สังคมไทย

พยาบาลสามารถส่งเสริมการคลอดธรรมชาติได้ อย่างไร

พยาบาลสามารถส่งเสริมการคลอดธรรมชาติได้ โดย

1. เสริมสร้างความเชื่อมั่น (empowerment) เกี่ยวกับคลอดธรรมชาติแก่หญิงตั้งครรภ์

ในปัจจุบัน ผู้คลอดไม่ให้ความร่วมมือกับ

การคลอดธรรมชาติเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักเกิดจากความกลัว กลัวลูกจะตาย กลัวจะคลอดไม่ได้ กลัวเจ็บ ฯลฯ รวมถึงขาดความเชื่อมั่นในความสามารถในการคลอดของตนเอง ทำให้ร้องขอหรือเลือกที่จะผ่าตัดคลอด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (elective cesarean delivery) แต่ไม่กลัวความเสี่ยงจากการผ่าตัด ไม่กังวลกับการพักฟื้นหลังการผ่าตัด รวมทั้งไม่ทราบถึงผลกระทบที่อาจตามมาในครรภ์ต่อไป เช่น การเพิ่มความเครียดต่อภาวะรกเกาะต่ำ รกฝังตัวลึก มดลูกแตก และการดัดมดลูกทิ้ง (Lee & Plante, 2006) ส่วนทารกมักมีปัญหาด้านการหายใจและเข้าอยู่ในหออภิบาลทารกป่วยหนักมากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด (Fogelson, Menard, Hulsey & Ebeling, 2005) ดังนั้น การส่งเสริมการคลอดธรรมชาติที่สำคัญที่สุดเป็นลำดับแรก คือ การปรับเปลี่ยนความคิดของผู้คลอด รวมทั้งครอบครัว โดยควรเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้คลอดในขณะตั้งครรภ์และครอบครัวว่า ร่างกายได้ถูกออกแบบมาอย่างดีเพื่อการคลอด เชื่อมั่นในโลกที่ธรรมชาติสร้างไว้ให้กับผู้คลอด หรือเชื่อมั่นความสามารถภายในของตน (inner ability) เพราะผู้คลอดที่เชื่อมั่นในความสามารถในการเผชิญกับการคลอดของตนเอง จะรับรู้ความเจ็บปวดน้อยกว่าและมีกลยุทธ์ในการเผชิญได้มีประสิทธิภาพกว่า (Lowe, 2002) รวมถึงกระตุ้นให้เห็นคุณค่าของสิ่งที่อยู่ในตัวที่ธรรมชาติได้สร้างให้มาแล้ว เช่น ปรับความคิดที่ว่าความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกเป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นความเจ็บปวดจากการที่มดลูกหดตัวเป็นสิ่งที่มีความค่า (valuable) เพราะเป็นวิถีทางสำคัญที่ธรรมชาติช่วยให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ถ้าไม่เกิดความเจ็บปวด การคลอดจะล่าช้าและมีประสิทธิภาพลดลง รวมถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่ว่า การคลอดเป็นเหตุการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ทางการแพทย์ เป็นกระบวนการตามปกติที่อยู่ในอำนาจตนเองจะควบคุมได้ และปรับ

เปลี่ยนความคิดที่ว่า การคลอดเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการมาเป็นหน้าที่ของตนเอง รวมถึงการพัฒนาทักษะต่างๆ ในการเผชิญกับความเครียดในระยะคลอด เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือกับกระบวนการตามธรรมชาติมากขึ้น

## 2. สร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร

จากความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สถานที่คลอดถูกย้ายจากบ้านมาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ผู้คลอดไม่คุ้นเคยทั้งสถานที่และผู้ดูแล เนื่องจากการคลอดเป็นเหตุการณ์ของครอบครัว จึงควรเกิดภายในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (friendly environment) มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์จำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อมของการคลอด เช่น ผู้คลอดที่อยู่ในสภาพแวดล้อมคล้ายบ้านจะมีอัตราการใช้จ่ายบรรเทาปวดและการใช้ยาสีขาวน้อยกว่า (Hodnett, 2007) มีประสบการณ์การคลอดในทางบวกมากกว่า (Page, 2006) ดังนั้นพยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมการคลอดที่มีความเป็นมิตร เป็นเพื่อน มีความเห็นอกเห็นใจ ให้การช่วยเหลือ ผู้ให้บริการมีบทบาทที่เข้มแข็ง การปฏิบัติที่ไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้คลอด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้คล้ายบ้านหรือไม่รบกวนกระบวนการธรรมชาติ นั่นคือ มีความสงบ ไม่เร่งรีบหรือเต็มไปด้วยความวุ่นวาย มีความสะดวกสบายคล้ายบ้าน ได้คลอดท่ามกลางสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลที่คอยให้กำลังใจในขณะที่เผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอด

## 3. ประคับประคองผู้คลอดอย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่คลอดเป็นช่วงเวลาที่ผู้คลอดรู้สึกไม่มั่นคงมาก มีความวิตกกังวล กลัว ไม่สุขสบายเจ็บปวด จึงมีความต้องการการประคับประคองอย่างต่อเนื่องตลอดการคลอด ดังนั้น การปฏิบัติด้วยความเคารพ เห็นอกเห็นใจ อยู่เป็นเพื่อน คอยให้กำลังใจ

เพื่อให้เกิดความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญ มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนว่า การปรับประคบประครองอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดมีประโยชน์มากต่อผลลัพธ์ด้านร่างกาย และจิตใจในขณะคลอด และระยะหลังคลอดทันที เช่น การปรับประคบประครองจะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการเผชิญกับการคลอด และความเชื่อมั่นในการเผชิญกับการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับความเจ็บปวด (Lowe, 1989) ผู้คลอดที่ได้รับการปรับประคบประครองอย่างต่อเนื่องมีการใช้ยาบรรเทาปวดน้อยกว่า การผ่าตัดคลอดน้อยกว่า และมีความพึงพอใจกับประสบการณ์การคลอดมากกว่า (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2003) ดังนั้น พยาบาลจึงควรเข้าถึงความรู้สึกเหล่านี้ของผู้คลอด มีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และส่งเสริมให้ผู้คลอดได้รับการปรับประคบประครองตลอดการคลอดจากพยาบาล สามี หรือสมาชิกในครอบครัว

#### 4. ส่งเสริมกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด

โดยธรรมชาติแล้ว ผู้คลอดเรียนรู้ที่จะค้นหาท่าที่ตนเองสบายที่สุดเพื่อตอบสนองต่อความไม่สบายหรือความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของการคลอด เช่น การเคลื่อนไหวน การเดิน การเปลี่ยนท่าทาง หรือการส่ายสะโพกไปมา ดังนั้น จึงไม่ควรบังคับให้ผู้คลอดนอนพักเฉพาะบนเตียง ห้ามลุกเดินถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนถึงผลดีของท่าลำตัวในแนวตั้ง (upright) ต่อประสิทธิภาพการคลอด เช่น ทำยีนคุกเข่า (kneeling) กึ่งนั่ง นั่งยองๆ เนื่องจากมีแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเสริมระบบตามธรรมชาติของการคลอด ทำให้เพิ่มความกว้างของเส้นผ่าศูนย์กลางช่องออกของช่องเชิงกราน ลำตัวของทารกในครรภ์อยู่ในแนวตรงเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูกดีขึ้น และลดการกดทับเส้นเลือดดำที่ไหลกลับ

หัวใจ (MIDIRS, 1996) ดังนั้น ในระยะรอคลอดและระยะคลอดพยาบาลก็ควรส่งเสริมกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอดให้ดำเนินไปอย่างราบรื่น

#### 5. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่รบกวนกระบวนการตามธรรมชาติของการคลอด

การคลอดเป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่ไม่ควรถูกรบกวนมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น กิจกรรมทางการแพทย์ที่ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ว่าเป็นผลดีต่อผู้คลอดที่มีสุขภาพดีก็ควรหลีกเลี่ยง ความแนวปฏิบัติที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ปฏิบัติหรือเลิกปฏิบัติ เพราะมีโทษที่ชัดเจนหรือไม่มีประสิทธิภาพ (WHO, 1997) ได้แก่

5.1 การงดน้ำและอาหาร การงดน้ำและอาหารในขณะคลอดด้วยเหตุผลที่อ้างว่า เพื่อป้องกันภาวะอาหารว่างและป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด แต่จากการศึกษาพบว่า แม้จะงดน้ำและอาหารแล้ว ผู้คลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดก็ยังเสี่ยงต่อการสำลักน้ำย่อยในขณะดมยาสลบ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2542) เพราะการงดน้ำและอาหารไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะทำให้ภาวะอาหารว่าง ในทางตรงกันข้าม การงดน้ำและอาหารจะทำให้ผู้คลอดอ่อนเพลีย ขาดน้ำและเกิดภาวะร่างกายเป็นกรดได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะเครียดในทารกแรกเกิดได้ เนื่องจากในการคลอดผู้คลอดต้องการพลังงานจำนวนมาก ดังนั้น ในผู้คลอดที่มีสุขภาพดีควรอนุญาตให้รับประทานอาหารได้บ้างเล็กน้อย ประเภทที่ย่อยง่ายและมีไขมันต่ำ (Enkin et al., 2000)

5.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากการงดน้ำและอาหารในขณะคลอด จึงทำให้ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเป็นกิจวัตรประจำหรือกับผู้คลอดทุกรายจะไม่ใช่ผลดีต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ (Enkin et al., 2000) เพราะสารน้ำไม่ได้ให้สารอาหารและพลังงานเหมือนอาหาร

แต่กลับจะทำให้เกิดความเจ็บปวดและเครียด เปลี่ยนท่าทางได้ลำบาก และลุกเดินได้ไม่สะดวก

5.3 การเจาะดูดน้ำคร่ำและการเร่งคลอด การเจาะดูดน้ำคร่ำและการเร่งคลอดอาจจำเป็นในกรณีที่มีการคลอดยาวนานหรือล่าช้า แต่การเจาะดูดน้ำคร่ำและการเร่งคลอดโดยไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์จะไม่เป็นผลดีต่อผู้คลอด (Enkin, et al., 2000) เนื่องจากถุงน้ำที่ห่อหุ้มทารกจะช่วยป้องกันเชื้อโรคและแรงดันต่อช่องทางการคลอดช่วยให้การคลอดก้าวหน้าจากงานวิจัยพบว่า ถุงน้ำคร่ำที่แตกก่อนคลอดนานสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อทั้งในมารดาและทารก อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น (Fraser, Turcot, Krauss & Brisson-Carrol, 2001)

ส่วนการเร่งคลอดนั้นเป็นการรบกวนจังหวะการหดตัวของมดลูกและทำให้เจ็บปวดมากขึ้น เพราะโดยธรรมชาติแล้ว เมื่อสมองหลังฮอริโมนออกซิโทซินถึงระดับสูง จะหลังฮอริโมนเอ็นดอร์ฟินส์ออกมาเอง (Lothian, Amis & Crenshaw, 2004) ซึ่งช่วยให้ผู้คลอดเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ดีขึ้น แต่การให้ยาเร่งคลอดจะไม่ทำให้มีการหลั่งฮอริโมนเอ็นดอร์ฟินส์ จึงทำให้มีผลกระทบเป็นลูกโซ่ตามมาคือ ทำให้ผู้คลอดต้องการยาบรรเทาปวด ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ติดตั้งเครื่องฟังเสียงเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ถูกจำกัดใหนอนพักบนเตียง ไม่สามารถลุกเดินได้อย่างอิสระ รวมถึงการรบกวนการไหลเวียนของเลือดไปยังรก และทำให้ทารกมีความเครียดได้ (Cunningham et al., 2001) ดังนั้น การเจาะดูดน้ำคร่ำและการเร่งคลอดจึงควรสงวนไว้เฉพาะในผู้คลอดที่มีความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติอย่างแท้จริง ไม่ควรใช้อย่างเป็นทางการประจำ (Turcot, Krauss & Brisson-Carrol, 2001)

5.4 การติดตั้งเครื่องฟังเสียงเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง การติดตั้งเครื่องฟังเสียงเต้นของหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้คลอดลุกเดินไม่ได้

ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีนี้จึงควรสงวนไว้ใช้เฉพาะกับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง (Johanson, Newburn & Macfarlane, 2002) เพราะไม่เป็นประโยชน์ในกรณีผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ (Leeman & Plante, 2006)

5.5 การสวนอุจจาระ การสวนอุจจาระก่อนคลอดด้วยเหตุผลที่อ้างว่า เพื่อช่วยให้ทารกเคลื่อนตัวได้ง่ายขึ้น เพราะไม่มีอุจจาระในลำไส้กีดขวางการคลอด ทำให้ป็นเป็นในขณะคลอด และอาจนำไปสู่การติดเชื้อทั้งในมารดาและทารกได้ แต่การศึกษาประเมินผลการสวนอุจจาระพบว่า กิจกรรมดังกล่าวไม่ช่วยอะไรได้เลย และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ (Rugers, 1993) ไม่ได้ช่วยให้การคลอดเร็วขึ้น ไม่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อหลังคลอด ดังนั้น การสวนอุจจาระเป็นกิจวัตรประจำจึงเป็นสิ่งอันตรายและควรรหลีกเลี่ยง (WHO, 1997)

5.6 การโกนขนอวัยวะเพศ การโกนขนอวัยวะเพศก่อนคลอดด้วยเหตุผลที่อ้างว่า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการเจ็บแผลเป็นไปด้วยความสะดวก แต่ในทางกลับกันรอยถลอกที่เกิดจากการโกนขนอาจนำไปสู่การติดเชื้อ ในขณะที่ยังไม่มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าการโกนขนอวัยวะเพศแก่ผู้คลอดอย่างเป็นทางการประจำจะเป็นประโยชน์ต่อผู้คลอด (Basevi & Lavender, 2001) และไม่ได้รับการยอมรับในคู่มือการดูแลผู้หญิงในระยะคลอดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) เพราะจะทำให้ผู้คลอดรู้สึกอายนและไม่สุขสบายภายหลังที่ขงออกขึ้นมาใหม่

5.7 การตัดฝีเย็บ ในอดีตเชื่อว่าการตัดฝีเย็บเพื่อลดการบาดเจ็บของฝีเย็บและการฉีกขาดของหูดทวารหนัก แต่ในปัจจุบัน มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการตัดฝีเย็บไม่ช่วยป้องกันฝีเย็บจากการบาดเจ็บ (Renfrew, Hannah, Albers & Floyd, 1998) กวาระแทรกซ้อนที่อาจพบได้ทันทีจากการตัดฝีเย็บ ได้แก่



การดกเลือด การติดเชื้อและแผลแยก และผลในระยะยาว ได้แก่ การปวดฝีเย็บและปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ การตัดฝีเย็บแบบตรง (median episiotomy) สัมพันธ์กับการทำให้พื้นเชิงกรานอ่อนแอลง และมีอุบัติการณ์การฉีกขาดถึงหูดทวารหนักเพิ่มขึ้น แต่การฉีกขาดเองของฝีเย็บสัมพันธ์กับการปวดฝีเย็บน้อยกว่า และการทำหน้าที่ของเส้นประสาทในกล้ามเนื้อดีกว่า (Klein, et al., 1994) ดังนั้น การตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรประจำจึงเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายและควรหลีกเลี่ยง (WHO,1997)

#### การคลอดธรรมชาติจะสำเร็จได้อย่างไร

การคลอดธรรมชาติจะสำเร็จได้จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคมทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ โดย

1. ผู้บริหาร ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบาย โดยสนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคลอดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคลอดไว้เป็น 4 กลุ่ม ตามประโยชน์ ประสิทธิภาพ และเป็นอันตรายที่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์สนับสนุน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 การปฏิบัติที่มีประโยชน์และควรสนับสนุน เช่น การประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การให้ผู้คลอดดื่มน้ำในขณะรอคลอด และขณะคลอด การให้ผู้คลอดได้รับการประคบประครองจากผู้ดูแลในขณะรอคลอดและขณะคลอด ฯลฯ กลุ่มที่ 2 การปฏิบัติที่มีโทษชัดเจนหรือไม่มีประสิทธิภาพ และควรจัดออกไป เช่น การสวนอุจจาระ การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นกิจวัตรประจำ การจัดให้ผู้คลอดนอนหงายราบ วางขาพาดหรือไม่พาดบนขาห้อยในระยะคลอดเป็นกิจวัตรประจำ ฯลฯ กลุ่มที่ 3 การปฏิบัติที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์

สนับสนุน ซึ่งต้องการความชัดเจนจากงานวิจัยในอนาคต จึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง เช่น การเจาะถุงน้ำคร่ำในระยะที่หนึ่งของการคลอดเป็นกิจวัตรประจำ ฯลฯ และกลุ่มที่ 4 การปฏิบัติที่ใช้บ่อยแต่ไม่เหมาะสม เช่น การจำกัดอาหารและน้ำในขณะรอคลอด การให้ยาบรรเทาปวด การให้ยาชาเข้าทางไขสันหลัง การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ด้วยเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ การตัดฝีเย็บเป็นกิจวัตรประจำ ฯลฯ

2. ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องปรับกระบวนทัศน์ในการคิด (paradigm shift) เกี่ยวกับการคลอดให้มองว่าการคลอดเป็นกระบวนการทางสรีระวิทยาตามปกติ ไม่ใช่พยาธิสภาพ ให้ความไว้วางใจหรือเชื่อมั่นในความสามารถในการคลอดของผู้คลอด ไม่ควรยึดติดกับการปฏิบัติงานที่เป็นกิจวัตรประจำ แต่ควรปฏิบัติงานบนหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์ เพราะได้รับการทดสอบอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการแล้ว เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการปฏิบัติงานบนหลักฐานทางวิชาการเชิงประจักษ์ รวมทั้งปรับวิธีคิดเกี่ยวกับการให้บริการที่เน้นการแยกส่วน เป็นการให้บริการที่เน้นการบูรณาการอย่างสมดุล หรือสร้างระบบบริการใหม่ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์

3. ผู้รับบริการ ผู้รับบริการต้องปรับกระบวนทัศน์ในการคิดเกี่ยวกับการคลอด ปรับจากไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการ เทคโนโลยีมาเป็นไว้วางใจในสัญชาตญาณ หรือสิ่งที่ธรรมชาติได้สร้างไว้ให้แล้ว และเชื่อมั่นในความสามารถในการคลอดของตนเอง

#### สรุป

การคลอดธรรมชาติมีความหมายมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด และได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นผลดีต่อผู้คลอด ทารก ครอบครัว และสังคมโดยรวม เป็นการดูแลอย่างมีมนุษยธรรมหรือเป็นมิตร (friendly care) เพราะเป็นการปฏิบัติต่อผู้คลอดด้วยความเคารพและให้เกียรติ คำนี้ถึง

ความเป็นองค์กรวม ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มนุษย์พึงมีต่อ มนุษย์ด้วยกัน นอกจากนี้ยังเป็นการดูแลที่ประหยัด และคุ้มค่าที่สุด สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง เนื่องจากไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายกับ กิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น แผนการ คลอดที่ธรรมชาติได้สร้างไว้ให้กับผู้คลอดทุกคนนั้น ยากที่จะสำเร็จลงได้ ถ้าการคลอดยังถูกล้อมด้วย ผู้ให้บริการที่ไม่เพียงแต่ไม่ไว้วางใจในการคลอด ธรรมชาติ แต่ยังยึดติดกับกิจกรรมทางการแพทย์อย่าง เป็นกิจวัตรประจำ ไม่ให้ผู้คลอดมีสิทธิในการควบคุม ร่างกายของตนเอง คำถามจึงอยู่ตรงที่ว่า ถึงเวลาแล้ว หรือยังที่ผู้บริหาร ผู้ให้บริการทางสูติศาสตร์จะให้ความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในการคลอดธรรมชาติ ยินยอมปรับกระบวนการให้บริการใหม่โดยคำนึง ถึงความอ่อนโยน นุ่มนวลต่อชีวิตของมารดาและทารก คำตอบนี้คงต้องฝากไว้ให้กับผู้บริหาร และผู้ให้บริการ ในแผนสูติกรรมทุกคน

#### เอกสารอ้างอิง

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2542).

มาตรฐานการผดุงครรภ์ เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เล่ม 3 : ความก้าวหน้าของการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ : สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ.

American College of Community Midwives. (2007). *History of midwifery : Ancient to present*. Retrieved September 9, 2007, from [http://www.collegeofmidwives.org/temporary02/interviewques2\\_july05.htm#Modern](http://www.collegeofmidwives.org/temporary02/interviewques2_july05.htm#Modern)

Basevi, V., Lavender, T. (2001). *Routine perineal shaving on admission in labour*. Retrieved September 9, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno,

K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., & Wenstrom, K.D. (2001). *Williams Obstetrics* (21 st ed.). Connecticut : Appleton & Lange.

Eliot, L. (1999). *What's Going On In There? How the Brain and Mind Develop in the First Five Years of Life*. New York : Bantam Books.

Enkin, M., Keirse, M.J.N.C, Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (3 rd ed.). Oxford : Oxford University Press.

Fogelson, N.A., Menard, M.K., Hulsey, T., & Ebeling, M. (2005). Neonatal impact of elective repeat cesarean delivery at term : A comment on patient choice cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 192(5), 1433-1436.

Fraser, W., Turcot, L., Krauss, I., & Brisson-Carrol, G. (2001). Amniotomy for shortening spontaneous labor. *Birth*, 22 (2), 139.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J & Sakala, C. (2003) *Continuous support for women during childbirth*. Retrieved September 15, 2007, from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

Hodnett, E.D., Downe, S., Edwards, N., & Walsh, D. (2007). Home-like versus conventional institutional setting for birth. Retrieved September 15, 2007, from <http://search.ebscohost.com/login.aspx>

Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medication of childbirth gone too far? *British Medical*

*Journal*, 324(7342), 892-895.

Klein, M.C., Gauthier, R.J, Robbins, J.M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S.H., Franco, E.D., et al. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 171 (3), 591-598.

Leeman, L.M., & Plante, L.A. (2006). Patient-Choice Vaginal Delivery? *Annals of Family Medicine*, 4(3), 265-268.

Lothian, J.A. (2000). Questions from our readers. Why natural childbirth? *Journal of Perinatal Education*, 9(4), 44-46.

Lothian, J., Amis, D., & Crenshaw, J. (2004). Normal labor, labor interventions, care practices, childbirth education. *Journal of Perinatal Education*, 13(2), 23-29.

Lowe, N.K. (1989). Explaining the pain of active labour : The importance of the maternal confidence. *Research in Nursing and Health* , 12(4), 237-245.

Lowe, N.K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, S16-24.

MIDIRS. (1996). *Informed choice for professions : 5 positions in labour and delivery.*

MIDIRS and NHS Center for Reviews and Dissemination, University of York.

Page, L. (2006). An ideal birth environment? The right facilities and support for women. *British Journal of midwifery*, 14 (1), 46.

Read, G.D. (1933). *Natural Childbirth*. London : Heinemann.

Renfrew, M.J., Hannah, W., Albers, L. & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth : a systemic review of the literature. *Birth*, 25 (3), 143-160.

Rutgers, S. (1993). Hot, high and horrible Should routine enemas still be given to women in labor? *Central African Journal Of Medicine*, 39(12), 248-253.

Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and Why Does not Matter? *International Journal of Childbirth Education*, 21 (3), 4-6.

White, M. (2005). Birth is good for babies. *International Journal of Childbirth Education*, 20(4), 4-7.

World Health Organization. (1997). *Care in normal birth : A practical guide*. Geneva : World Health Organization.