

ความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กราฟและการคลอของพยาบาลห้องคลอด
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2541

ISBN 974-661-167-4

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /
โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

.....

เกศอุไร เฟด็จศึก

ผู้วิจัย

.....

ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์,พ.บ., ป.ชั้นสูง(สูติ-นรีเวช)

ว.ว.(สูติ-นรีเวช), Dip inClin Epidemiology

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

กำแหง จาตุรจินดา,M.B.,Ch.B.,FRCOG

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สุมาลี สิงหนิยม,วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ.,น.บ.,F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์,พ.บ.,ป.ชั้นสูง(สูติ-นรีเวช)

ว.ว.(สูติ-นรีเวช),Dip inClin Epidemiology.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /

โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร

วันที่ 3 มิถุนายน 2541

.....

เกศอุไร เพ็ญจติก

ผู้วิจัย

.....

ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, พ.บ., ป.ชั้นสูง(สูติ-นรีเวช),

ว.ว.(สูติ-นรีเวช), Dip in Clin Epidemiology

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

กำแหง จาตุรจินดา, M.B., Ch.B., FRCOG

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สุมาลี สิงหนิยม, วท.ม.(ชีวสถิติ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, พ.บ., ป.ชั้นสูง(สูติ-นรีเวช),

ว.ว.(สูติ-นรีเวช), M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

บุญชอบ พงษ์พาณิชย์

พ.บ., M.D., FACC

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุมาลี สิงหนิยม คณาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำและตรวจแก้ไข ข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ สุทัศนวรฤทธิ อาจารย์ นายแพทย์พัญญ พันธ์บุรณะ และนายแพทย์พนัส พฤกษ์สุนันท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล อาจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์ – นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำอย่างดียิ่งตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานห้องคลอด และพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 บางเขน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนามชัยเขต และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว ที่กรุณาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองใช้แบบสอบถาม

นอกจากนี้ขอขอบพระคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และผู้ที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่ได้ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้อบรมสั่งสอน ให้ความช่วยเหลือทั้งกำลังใจและกำลังใจ ตั้งแต่เริ่มศึกษาจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี

เกศอุไร เผด็จศึก

3936298 RAHP/M : สาขาวิชา : การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร,วทม.(การเจริญพันธุ์ และวางแผนประชากร)

ศัพท์สำคัญ : ความรู้/ เจตคติ/ การใช้กราฟดูแลการคลอด/ พยาบาลห้องคลอด

เกศุไร เผด็จศึก : ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย (Knowledge and Attitude of labor ward nurses who used partograph at Regional hospitals and medical centers / General hospitals in Thailand) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, พ.บ., Dip in Clin Epidemiology, กำแหง จาตุรจินดา, M.B., FRCOG, สุมาลี สิงหนิยม, วทม. ชีวสถิติ. 110 หน้า ISBN 974-661-167-4

การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน อาจเป็นผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่นำไปสู่การตายของมารดาและทารกหรือพบภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เพื่อลดปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงเสนอให้นำกราฟดูแลการคลอดมาใช้ในการคัดกรองการเจ็บครรภ์คลอดที่ผิดปกติ ในทางปฏิบัตินั้นมีอุปสรรคในการใช้กราฟดูแลการคลอดมาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวนร้อยละ ความถี่ พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square test และ Kruskal – Wallis one way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดส่วนใหญ่ อายุ 30-39 ปี ตำแหน่งงานระดับซี 5-ซี 6 มากที่สุด ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในงานสูติกรรม 6-10 ปี ร้อยละ 96.7 เคยใช้กราฟดูแลการคลอด และมีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ไม่เคยใช้กราฟดูแลการคลอด กลุ่มที่เคยใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่ร้อยละ 86 ร้อยละ 10.7 เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว ร้อยละ 51.5 ใช้สม่ำเสมอ ร้อยละ 34.5 ใช้ไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 14 ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด ส่วนใหญ่มีความรู้และเจตคติระดับปานกลาง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรมและการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีผลกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด และประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด มีผลกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีผลต่อการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อเปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มที่ใช้สม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่ามีระดับความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งสำคัญในการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอ

3936298 RAHP/M :MAJOR : HUMAN REPRODUCTION AND POPULATION PLANNING;
M.Sc (HUMAN REPRODUCTION AND POPULATION PLANNING)

KEY WORD : KNOWLEDGE/ ATTITUDE/ PARTOGRAPH/ LABOR WARD NURSES

KEDURAI PHADETSUK : KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF LABOR WARD
NURSES WHO USED PARTOGRAPH AT REGIONAL HOSPITALS AND MEDICAL
CENTERS/ GENERAL HOSPITALS IN THAILAND. THESIS ADVISOR : PRATAK O -
PRASERTSAWAT ,M.D,DIP IN CLIN EPIDEMIOLOGY, KAMHEANG CHATURACHINDA
M.B.,FRCOG., SUMALEE SINGHANIYOM, M.Sc.(BIOSTATISTICS) 110 p. ISBN 974-661-
167-4

The major outcomes of prolonged labor are maternal and perinatal mortality or morbidity from postpartum hemorrhage, infection and anaesthetic complication. To prevent prolonged labor, the partograph has been recommended to obstetricians and midwives by Public Health Ministry. However, there are many problems in partograph usage. The objectives of this research are to study knowledge and attitude of labor ward nurses who used partograph at regional hospitals and medical centers / general hospitals in Thailand. Data were collected by using self - report questionnaires which were returned by mail to the researcher. Chi-square tests and Kruskal- Wallis one way ANOVA were used for statistical analysis.

The result shows that : The average age of labor ward nurses was in the range of 30-39 years. The majority of them had position classification level 5-7. 97.6 % of labor ward nurses used partograph, but now 3.3% do not use partograph. 51.5 % always used partograph, 34.5% irregularly used it, and 14 % didn't use partograph. The knowledge and attitude score were at middle level. Factors which were statistically associated with knowledge were the age, position classification, experience in labor ward, education and training of partograph. Factors which were statistically associated with the attitude were experience in partograph usage, education and training of partograph. Factors which were statistically associated with the partograph usage were experience in partograph usage and attitude toward partograph. The group of labor ward nurses who always used partograph, irregularly used and did not use partograph have no statistically significant differences regarding the knowledge but they have statistically significant differences regarding the attitude.

According to the study result ; attitude toward partograph plays an important role in using partograph regularly.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....ค	
บทคัดย่อภาษาไทย.....ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ	
สารบัญ.....ฉ	
สารบัญภาพ.....ช	
สารบัญตาราง.....ฉ	
สารบัญแผนภูมิ.....ญ	
บทที่ 1 บทนำ.....1	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	
1.2 คำถามของการวิจัย.....4	
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....5	
1.4 สมมติฐานของการวิจัย.....6	
1.5 ขอบเขตของการวิจัย.....6	
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....7	
1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น.....7	
1.8 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....7	
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....9	
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้.....9	
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ.....11	
2.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการทดลอง.....15	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....42	
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย.....42	
3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....42	
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....43	
3.4 วิธีสร้างเครื่องมือในการวิจัย.....44	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา.....	45
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	47
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย.....	66
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	72
หนังสืออ้างอิง.....	76
ภาคผนวก ก.....	83
ภาคผนวก ข.....	92
ประวัติผู้วิจัย.....	99

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 กราฟแสดงการคลอของ Friedman.....	17
รูปที่ 2 แสดงรูปแบบกราฟดูแลการคลอขององค์การอนามัยโลก.....	20
รูปที่ 3 แสดงการบันทึกสภาวะทารกในครรภ์ในขณะเจ็บครรภ์คลอ.....	23
รูปที่ 4 แสดงการบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก และระดับส่วนน้ำ.....	24
รูปที่ 5 แสดงวิธีการตรวจการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์โดยวิธีการ ตรวจทางหน้าท้อง.....	26
รูปที่ 6 แสดงร้อยละของการได้รับแบบสอบถามคืนจําแนกรายเขต.....	97
รูปที่ 7 แสดงร้อยละของการใช้กราฟดูแลการคลอจําแนกรายเขต.....	98

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	แสดงสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดในประเทศพัฒนาน้อย เปรียบเทียบกับประเทศพัฒนามากหรือสถานที่พัฒนามาก.....	2
ตารางที่ 2	แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	48
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับตำแหน่งงาน.....	48
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์ใน งานสูติกรรม.....	49
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน.....	49
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการศึกษาอบรมเกี่ยวกับ การใช้กราฟดูแลการคลอด.....	50
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์การใช้ กราฟดูแลการคลอด	50
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการใช้กราฟ ดูแลการคลอด.....	51
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ การใช้กราฟดูแลการคลอด.....	51
ตารางที่ 11	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับ การใช้กราฟดูแลการคลอด.....	52
ตารางที่ 12	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอดกับระดับความรู้ เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด	53
ตารางที่ 13	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอดกับระดับ ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด	53
ตารางที่ 14	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในงานสูติกรรมของพยาบาล ห้องคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด.....	54
ตารางที่ 15	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟ ดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟ ดูแลการคลอด.....	55

สารบัญตาราง(ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอดของ พยาบาลห้องคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด.....	56
ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด.....	57
ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอดกับระดับ เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด.....	58
ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในงานสูติกรรมของพยาบาล ห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด.....	58
ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟ ดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟ ดูผลการคลอด.....	59
ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอดของ พยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด.....	60
ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับการใช้ กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด.....	60
ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับการใช้ กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด.....	61
ตารางที่ 24 แสดงการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแล การคลอด.....	62
ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแล การคลอด.....	63
ตารางที่ 26 แสดงข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม.....	64

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แสดงรูปแบบการบริหารจัดการคลอดด้วยกราฟดูเลการคลอด.....32

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....41



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้นมาก มีการศึกษาหลายการศึกษา พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อหลังคลอด การบาดเจ็บชอกช้ำจากการคลอด ตลอดจนอันตรายต่อมารดาและทารกปรักำเนิดขึ้นอยู่กััระยะของการเจ็บครรภ์คลอดนานเกิน 24 ชั่วโมง(1)การตายของมารดาส่วนใหญ่เป็นผลจากการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน ทำให้เกิดการตกเลือด ติดเชื้อ อันตรายจากการทำหัตถการ และการใช้ยาสลบ (2) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่าในปีหนึ่ง ๆ จะมีมารดาตายจากภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอดถึง 500,000 - 585,000 คน (3,4,5) เฉลี่ยแล้วทุก ๆ 4 ชั่วโมง มีมารดาตายถึง 250 คน ซึ่งใน การประชุม World Health Organization interregion meeting on prevention of maternal mortality ณ กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีการพูดเปรียบเทียบว่า “ขณะนี้ทุก ๆ 4 ชั่วโมง มีเครื่องบินจ่าโบเจ็ตจะตก 1 ลำ มีผู้โดยสารทั้งสิ้น 250 คน ทุกคนเป็นหญิงซึ่งถ้าไม่ตั้งครรภ์ ก็เพิ่งคลอดบุตร และมีบุตรตัวเล็ก ๆ รออยู่ที่บ้าน” (6) การที่พูดเช่นนี้เพื่อชี้ขนาดของปัญหาให้นานาประเทศสนใจเพิ่มขึ้น การตายของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในจำนวนนี้ร้อยละ 50-98 เกิดจากสาเหตุโดยตรง คือ ตกเลือด ติดเชื้อ และภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (6) สาเหตุการตายส่วนใหญ่ป้องกันได้ และหลายรายตายจากการส่งต่อที่ล่าช้า ตลอดจนได้รับบริการทางสูติกรรมที่ไม่ดีพอ (6,7) ในกรณีที่รอดชีวิตก็อาจจะได้รับผลกระทบต่อนื่องจากการคลอดยาก เช่น การเกิดโรคติดต่อระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะหรือกับทวารหนัก (vesicovaginal or recto – vaginal fistula) อวัยวะสืบพันธุ์หย่อนหรือปลิ้น (genital prolapsed) การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน จนเกิดภาวะมีบุตรยาก เสียเลือดมากจนเกิดภาวะโลหิตจาง เป็นต้น (2,8) ก่อให้เกิดความเสียหายต่อมารดาและครอบครัวเป็นอย่างมาก ขณะเดียวกันมารดาที่เจ็บครรภ์คลอดนานและ/หรือมีภาวะคลอดบุตรยาก สุขภาพของทารกก็จะไม่ดีด้วย (8)

เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การเสี่ยงต่อการตายของทารกนั้นช่วงที่เสี่ยงมากที่สุด คือ ระยะเวลาคลอดและหลังคลอด 1 สัปดาห์แรก องค์การอนามัยโลกคาดว่า การตายของทารกในระยะปริกำเนิดทั่วโลกมีถึง 7.6 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ 4.3 ล้านคนตายในครรภ์และขณะคลอด ส่วนที่เหลืออีก 3.3 ล้านคน ตายในระยะ 0-7 วันหลังคลอด (9,10) พบว่าร้อยละ 98 ของทารกที่ตายปริกำเนิดอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีอัตราการตายของทารกปริกำเนิด 40-60 ต่อ 1,000 การคลอดในประเทศที่พัฒนาแล้วมีเพียงร้อยละ 2 ของทารกตายปริกำเนิดทั้งหมด และมีอัตราการตายของทารกปริกำเนิดเพียง 6-10 ต่อ 1,000 การคลอด (9) ซึ่งจำแนกตามลำดับที่ของสาเหตุการตายของทารกปริกำเนิดได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุการตายทารกปริกำเนิดในประเทศพัฒนาน้อย หรือสถานที่พัฒนาน้อย เปรียบเทียบกับประเทศพัฒนามาก หรือสถานที่พัฒนามาก

ลำดับที่	ประเทศพัฒนาน้อย หรือสถานที่ พัฒนาน้อย	ประเทศพัฒนามาก หรือสถานที่ พัฒนามาก
1	บาดเจ็บชอกจากการคลอด	คลอดก่อนกำหนด
2	ติดเชื้อจากการคลอด	พิการแต่กำเนิด
3	พิการแต่กำเนิด	ติดเชื้อจากการคลอด
4	คลอดก่อนกำหนด	บาดเจ็บชอกจากการคลอด

ที่มา : สูติศาสตร์รามาธิบดี 1,2539 : 62. (11)

จะเห็นได้ว่า สาเหตุการตายทารกปริกำเนิดพบมากที่สุดในประเทศพัฒนาน้อยหรือสถานที่พัฒนาน้อยจาก การบาดเจ็บชอกจากการคลอด ส่วนประเทศพัฒนามากหรือสถานที่พัฒนามาก จะพบสาเหตุการตายทารกปริกำเนิดจากการบาดเจ็บชอกจากการคลอดน้อยที่สุด สำหรับประเทศไทยอัตราการตายทารกปริกำเนิดอยู่ในระดับ 15-20 ต่อ 1,000 การคลอด (12) หรือประมาณ 15,000 – 20,000 คน/ปี และ จำนวนนี้ร้อยละ 18-20.8 ตายจากภาวะ asphyxia (9)

ขณะนี้ในทุกประเทศทั่วโลกให้ความสนใจ การตายของมารดาและทารกปริกำเนิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการตายของมารดาและทารก เป็นตัวที่ชี้บ่งถึงความเจริญก้าวหน้าทางสุติกรรม นอกจากนี้ยังเป็นดัชนีที่ใช้วัดความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย การลดอัตราการตายของมารดาและทารก เป็นวัตถุประสงค์ของการดูแลมารดาและทารกในทุกประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้นมีการกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการตายของมารดาและทารก ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข

ฉบับที่ 5 เป็นต้นมาจนถึงฉบับปัจจุบัน คือ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) กำหนดเป้าหมายลดอัตราการตายของมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดจาก 23 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เป็น 20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน และลดอัตราการตายของทารกจาก 25.9 เป็น 21 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (13,14)

พ.ศ. 2513 O'Driscoll และคณะซึ่งเป็นสูติแพทย์ชาวไอริช เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลการคลอดอย่างมีแบบแผน (active management) ซึ่งจะช่วยลดอัตราการตายของมารดา และทารกอันเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้(15)แนวคิดนี้นำมาใช้เพื่อที่จะขจัดภาวะการคลอดเนิ่นนาน แต่มีข้อขัดแย้งเกี่ยวกับการดูแลการคลอดอย่างมีแบบแผนอีกมาก เนื่องจากช่วยลดอัตราการตายของมารดา และทารกปริกำเนิด แต่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น ในบางประเทศที่พัฒนาแล้ว (15)

ผู้เชี่ยวชาญทางสูติศาสตร์หลายท่านทั้งในประเทศและต่างประเทศเห็นด้วยกับการนำแนวคิดในการใช้ active management มาช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก แต่ไม่ยอมรับการดูแลรักษาที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น จึงมีการค้นหาข้อยุติเกี่ยวกับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน และการใช้ active management ที่ถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (15,16,17)

พ.ศ. 2531 องค์การอนามัยโลกได้ริเริ่มโครงการ safe motherhood initiative โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายของมารดาและทารก จากการตั้งครรภ์และการคลอดและในโครงการนี้องค์การอนามัยโลกได้นำแผ่นกราฟดูแลการคลอด (partograph) มาเผยแพร่ มุ่งหวังให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้ในการดูแลมารดาขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก(18,19) ในอดีตบุคลากรทางสูติศาสตร์นิยมใช้วิธีการบันทึกข้อมูลในระยะเจ็บครรภ์ลงในแผ่น labour record มีการตรวจภายในเป็นระยะ ๆ แต่ยังพบว่ามีการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน ซึ่งทำให้ทารกเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน และการบาดเจ็บชอกช้ำจากการคลอด เนื่องจากวิธีการบันทึกรายละเอียดลงใน labour record ไม่เห็นภาพพจน์ซึ่งข้อมูลเดียวกันนี้ ถ้านำมาเขียนเป็นกราฟดูแลการคลอดจะให้อ่านง่าย ชัดเจน สะดวกในการรายงานแพทย์และการให้การดูแลอีกด้วยประเทศไทยเริ่มนำกราฟดูแลการคลอดมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 (1) ที่โรงพยาบาลรามารับดี และมีการเผยแพร่ไปในโรงพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่ง จนกระทั่งปี พ.ศ.2533 กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรมการใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ในการดูแลการคลอดและเผยแพร่ส่งเสริมการใช้กราฟดูแลการคลอด ในสถาบันของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจนถึงสถานีอนามัย (20)

โรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลรามารชิบดี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสกลนคร เป็นต้น (1,20,21,22,23,24) มีการศึกษาผลของการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีราคาถูกใช้ได้ผลดี ใช้ในทางปฏิบัติได้ดี และบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ได้ทุกคน

ในปี พ.ศ. 2536 มีการอบรมเรื่อง การใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลก ในการประชุมพื้นฟูวิชาการงานห้องคลอดที่จังหวัดขอนแก่น ดังนั้นจึงมีการใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกอย่างกว้างขวาง ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคอีกมาก เช่น ผู้บริหารของสถานบริการไม่เห็นประโยชน์ของการใช้กราฟดูแลการคลอด ผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจวิธีการใช้อย่างถูกต้อง ผู้ปฏิบัติบางคนมีความเห็นว่าเป็นการเพิ่มงาน (20) และผู้ปฏิบัติที่เป็นพยาบาลมีความเห็นว่า เมื่อพบภาวะผิดปกติรายงานแพทย์แล้วได้รับการประเมินล่าช้า และบางครั้งไม่ได้รับการรักษา(23) จึงไม่สนใจที่จะใช้กราฟดูแลการคลอดกันอย่างจริงจัง (20,23) แต่ยังไม่มีการศึกษาใดศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัย เรื่อง ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศไทย

1.2 คำถามของการวิจัย

1.2.1 ระดับความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเป็นอย่างไร

1.2.2 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์ กับระดับความรู้เกี่ยวกับกราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปหรือไม่

1.2.3 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด การได้รับศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปหรือไม่

1.2.4 ระดับความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาล ห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปหรือไม่

1.2.5 ระดับความรู้ เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้ กราฟดูผลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดมีความแตกต่างกันหรือไม่

1.2.6 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้ กราฟดูผลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดมีความแตกต่างกันหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาลห้อง คลอด โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดู ผลการคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาล ศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

1.3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดู ผลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาล ศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

1.3.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ และระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟ ดูผลการคลอดกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาล ทั่วไป

1.3.5 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาล ห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้กราฟดูผลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

1.3.6 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาล ห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้กราฟดูผลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

1.4 สมมติฐานในการวิจัย

1.4.1 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

1.4.2 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด และการได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

1.4.3 ระดับความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดมีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

1.4.4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดในกลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดมีความแตกต่างกัน

1.4.5 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด ในกลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดมีความแตกต่างกัน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป กำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยได้ดังนี้ คือ

1.5.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย

1.5.2 ระยะเวลาที่ศึกษา คือช่วงระหว่างเดือนมกราคม 2541 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2541

1.5.3 ข้อมูลที่ศึกษาได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจากการปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดมาตรการ ส่งเสริม เผยแพร่การใช้กราฟดูแลการคลอด โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

1.6.2 ใช้เป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษานำข้อมูลไปใช้ในการจัดการศึกษา และการจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้กราฟดูแลการคลอด เพื่อเสริมความรู้ และเจตคติที่ดีต่อการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.6.3 ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไป

1.7 ข้อตกลงเบื้องต้น

1.7.1 ผู้วิจัยถือว่าการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการตอบแบบสอบถามตรงกับความเป็นจริงและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

1.7.2 ผู้วิจัยถือว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม ในแต่ละภาคของประเทศไทยมีลักษณะทางประชากร ระดับความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน

1.8 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1.8.1 อายุของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง อายุเต็มปีของกลุ่มตัวอย่างเมื่อตอบแบบสอบถาม

1.8.2 ตำแหน่งงาน หมายถึง ระดับตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างดำรงอยู่ เช่น พยาบาลวิชาชีพ 5

1.8.3 ประสบการณ์ในงานด้านสูติกรรม หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดจนถึงปัจจุบันมีหน่วยเป็นปี

1.8.4 ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด หมายถึง ในอดีตผ่านมาเคยใช้กราฟดูแลการคลอดและปัจจุบันยังใช้อยู่ หรือเคยใช้กราฟดูแลการคลอดแต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้วหรือไม่เคยใช้กราฟดูแลการคลอด

1.8.5 การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด หมายถึง โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับกราฟดูแลการคลอด ซึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.8.6 ความรู้ของพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด หมายถึง ความเข้าใจโดยทั่วๆ ไป เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.8.7 เจตคติของพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการใช้กราฟดูแลการคลอด ความรู้สึกต่อการประสานงานระหว่างแพทย์และพยาบาลห้องคลอดในการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.8.8 การใช้กราฟดูแลการคลอด หมายถึง การใช้กราฟดูแลการคลอด เป็นเครื่องมือในการคัดกรองการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน ในระยะที่หนึ่งของการคลอด โดย

1. บันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรในแผ่นกราฟดูแลการคลอด
2. มีการใช้ข้อมูลในกราฟดูแลการคลอด เป็นเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ และมีการใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการการคลอดโดยใช้ WHO protocol

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งการใช้กราฟดูแลการคลอดเป็น 3 ลักษณะ คือ ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดโดยใช้เกณฑ์การแบ่งดังกล่าวแล้ว

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวิจัย กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ
- 2.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความรู้ (Knowledge) ตามความหมายในพจนานุกรม The Lexicon of contemporary English Dictionary หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า เป็นความรู้เกี่ยวกับ สถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา (25)

พจนานุกรมทางการศึกษา Dictionary of education ให้คำจำกัดความของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ และข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ ที่บุคคลเก็บรวบรวมสะสมไว้ (26)

Bloom กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ระลึกถึงวิธีการ สถานการณ์ โดยเน้นความจำ (27)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวว่าความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจนึกได้ มองเห็น หรือได้ยินความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้างและวิธีการแก้ปัญหา (28)

จิตตรา วสุวนิช กล่าวว่าความรู้ หมายถึง การจำข้อเท็จจริง เรื่องราวรายละเอียดที่ปรากฏในตำรา หรือสิ่งที่ได้รับ บอกกล่าวได้ (29)

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า ความรู้ คือ สิ่งที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้าจากประสบการณ์ การเรียนรู้ การได้รับข่าวสาร หรือการสังเกตซึ่งเป็นข้อเท็จจริง เป็นกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง อาศัยเวลา มนุษย์มีการเก็บรวบรวมไว้ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกเอาสิ่งที่จำได้ ออกมาให้ปรากฏ ให้สังเกตได้และวัดได้

ระดับความรู้ (30,31)

Bloom แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถทางสติปัญญาเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากง่ายไปยากดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge or recall) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึงการจำได้หรือระลึกได้
2. ความเข้าใจ (Comprehension or understanding) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าสามารถอธิบายได้ ขยายความด้วยคำพูดของตนเองได้
3. การนำไปใช้ (Application) ได้แก่ พฤติกรรม ความรู้ ที่แสดงว่าสามารถนำความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ ๆ และแตกต่างจากสถานการณ์เดิม
4. การวิเคราะห์ (Analysis) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่สามารถแยกสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้อย่างมีความหมายและเน้นความสัมพันธ์ของหน่วยย่อย ๆ เหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ (Synthesis) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึง ความสามารถในการรวบรวมความรู้ และข้อมูลต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างมีระบบ เพื่อให้ได้แนวทางใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ไขได้
6. การประเมินค่า (Evaluation) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึงความสามารถในการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งของหรือทางเลือกได้อย่างถูกต้อง การประเมินผลเป็นขั้นพัฒนาทางความคิดที่สูงสุดของพุทธิลักษณะ และเป็นความสามารถที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์เข้าร่วมกัน

การวัดความรู้

การวัดความรู้ การวัดผลด้านความรู้ หรือด้านพุทธิลักษณะยึดแนวคิดตามหลักของ Bloom ดังนั้นจึงควรต้องวัดพฤติกรรมในสิ่งต่อไปนี้ (32)

1. ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการจำ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการจำได้ระลึกได้ในส่วนที่เป็นเนื้อหาสาระ กระบวนการ แนวความคิดและทฤษฎีต่าง ๆ
2. ความสามารถในการตีความและความเข้าใจในเนื้อหาสาระ เมื่อปรากฏอยู่ในรูปตาราง แผนภูมิ สัญลักษณ์ หรือรูปแบบอื่น ๆ
3. ความสามารถในการประยุกต์วิเคราะห์ สรุป และประเมินค่า จากเนื้อหาสาระในสถานการณ์ต่าง ๆ

วิธีวัดความรู้ทำได้หลายวิธี แต่ละวิธีก็เหมาะกับการวัดความรู้ ตามคุณลักษณะแตกต่างกันออกไปซึ่งในเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมกันมากคือ แบบทดสอบ (Test) (30) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการวัดความรู้

2.2 เจตคติ (Attitude)

พจนานุกรม Merriam Webster Dictionary of the English language ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความรู้อันแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับจิตใจ ความคิด และการลงความเห็นของแต่ละคน ที่จะเห็นว่าน่าจะเป็นจริงตามที่ตนคิดไว้ เป็นการประเมินค่าความประทับใจ หรือการคาดคะเนคุณภาพ หรือคุณค่าของบุคคล สิ่งของ เป็นเรื่องของการตัดสินใจในเรื่องหนึ่ง ๆ ของแต่ละบุคคล (33)

พจนานุกรมทางการศึกษา Dictionary of education ให้คำจำกัดความของเจตคติว่า เจตคติหมายถึงแนวโน้มหรือท่าทีที่มีต่อสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หรือค่านิยมหนึ่ง โดยปกติจะมีความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวข้องอยู่ในความเหื่อนั้น เจตคติสังเกตไม่ได้ แต่อารมณ์จะอนุมานได้จากพฤติกรรมทั้งที่เป็นวาจา และ ท่าทาง (26)

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Thurstone ที่กล่าวว่า เจตคติเป็นการแสดงออกทางด้านผลรวมของความโน้มเอียงและความรู้สึก ความมีอคติ ความรู้ที่เกิดขึ้นในใจมาก่อน ความคิด ความกลัว การบังคับขู่เข็ญ และการลงความเห็นของมนุษย์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (34)

Davis และ Newstrom กล่าวว่า เจตคติเป็นความรู้สึกและความเชื่อเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อม เป็นเรื่องของจิตใจที่มีผลต่อการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ในการทำงาน เจตคติงานจะมีผลต่อการทำงาน และโครงสร้างการบริหารงาน (35)

เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ กล่าวว่า เจตคติ เป็นสภาพความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น และความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์

ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเป็นสิ่งที่กำหนดแนวโน้มของบุคคล ในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง ในลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น (36)

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ กล่าวว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือท่าทีของบุคคลที่มี ต่อบุคคล วัตถุ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีจะเป็นไปในทางที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ (37)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวว่า เจตคติ คือ ความคิดเห็นซึ่งถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ทำให้ บุคคลพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีบทบาทช่วยให้เรามีการปรับปรุงตนเอง ป้องกันตัวเองให้ สามารถแสดงออกถึงค่านิยมต่าง ๆ และช่วยให้บุคคลเข้าใจโลกรอบตัว ประสบการณ์เดิมของบุคคล ช่วยให้เกิดเจตคติ และเป็นตัวกำหนดเจตคติของบุคคล (38)

ซึ่งสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความชอบ ความไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เป็นความพร้อมของจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ และแนวโน้มที่จะปฏิบัติในลักษณะต่าง ๆ

องค์ประกอบของเจตคติ

นักจิตวิทยาหลายท่านได้แก่ Fishbein (39) Lambert (40) Secord and Backman (41) Triandis (42) มีความเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของเจตคติไว้คล้ายกัน พอสรุปได้ว่าเจตคติมี องค์ประกอบอยู่ 3 ส่วน คือ

1. ความคิด (Cognitive Component) เป็นการสนองของบุคคลที่ได้รับรู้ข้อมูล และมีการวิเคราะห์ออกมา
2. ความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ที่สอดคล้อง กับความคิด ของบุคคลในทางที่ดีหรือไม่ดี บุคคลใดมีความคิดที่ดีในสิ่งใด ย่อมมีความรู้สึกที่ดีในสิ่งนั้นไปด้วย
3. พฤติกรรม (Behavior Component) เป็นความพร้อมที่จะกระทำเป็นผลเนื่องมาจาก ความคิด และความรู้ องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่ เหมาะสมจะเกิดการปฏิบัติ หรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

จะเห็นว่าองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ของเจตคติต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน โดยองค์ ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา หรือความรู้ ความเข้าใจเป็นขั้นพื้นฐานของเจตคติที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกของบุคคล และความรู้สึกมีผลกระทบต่อการแสดงออกของบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางของพฤติกรรม

การเกิดของเจตคติ

การเกิดของเจตคติขึ้นอยู่กับเหตุ 2 ประการ (43,44) คือ

1. ประสบการณ์ของบุคคล คือ ประสบการณ์ที่บุคคลมีต่อสิ่งของ วัตถุ บุคคลหรือสถานการณ์ เจตคติเกิดขึ้นในตัวบุคคลจากการได้พบ ได้เห็น ได้คุ้นเคย ได้ลอง ฯลฯ ถือว่า เป็นประสบการณ์ตรง (Direct Experiences) จากการได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นรูปภาพหรือได้อ่านเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ แต่ถ้าไม่ได้พบเห็น และไม่ได้ทดลองกับของจริงด้วยตนเองถือว่าเป็นประสบการณ์ทางอ้อม (Indirect Experiences) เนื่องจาก เจตคติเป็นเรื่องที่เกิดจากการรับทราบ เมื่อรับทราบแล้วจะเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งนั้น ถ้าบุคคลใดไม่ได้ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสิ่งของ บุคคลหรือในสถานการณ์นั้นจะไม่ทำให้เกิดเจตคติต่อสิ่งนั้น

2. ค่านิยมและการตัดสินใจค่านิยม เนื่องจากกลุ่มชนแต่ละกลุ่มมีค่านิยม และตัดสินใจค่านิยมที่ไม่เหมือนกัน แต่ละกลุ่มอาจมีเจตคติต่อสิ่งเดียวกันแตกต่างกันได้ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะมีเจตคติที่ดีหรือไม่ดีต่อสิ่งใดนั้นย่อมขึ้นกับ วัฒนธรรม ค่านิยม หรือมาตรฐานของกลุ่มที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่

เมื่อพิจารณาความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ สรุปได้ว่า เจตคติที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลนั้น ๆ จะต้องได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อม ประสบการณ์ในอดีตการรับฟังข่าวสารจากภายนอก การเรียนรู้ และการจดจำสิ่งต่าง ๆ แล้วนำมาผสมผสานจนเกิดเป็นเจตคติ ซึ่งมีความคงที่แน่นอนพอควรแต่อย่างไรก็ตาม เจตคติอาจเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าบุคคลได้พบกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมใหม่ และมีความแตกต่างไปจากเดิม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ (38,45,46,47,48,49)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ได้แก่ องค์ประกอบส่วนตัวบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การได้รับประสบการณ์เฉพาะด้าน การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และองค์ประกอบของสถาบัน เป็นต้น

องค์ประกอบด้านตัวบุคคล (Individual) เช่น อายุ ความเจ็บป่วย การศึกษา และบุคลิกภาพที่ต่างกัน ย่อมมีผลทำให้เจตคติของบุคคลแตกต่างกันออกไป ผู้มีอายุมากมักจะอนุรักษ์นิยม ผู้ป่วยที่เป็นไข้สมองอักเสบมักจะก้าวร้าว ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคมักจะเป็นผู้ยอมตามมากขึ้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถพิจารณาชักจูงให้เปลี่ยนเจตคติได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพ

แบบวิตกกังวล แบบเชื่อมั่นในตนเอง แบบก้าวร้าวแบบมีอำนาจ แบบน่าเชื่อถือ มีอิทธิพลต่อการชักจูงให้เกิด และยอมรับเจตคติใหม่ได้ต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Communication from others) บุคคลจะเกิดเจตคติเมื่อได้ติดต่อสื่อความหมายกับผู้อื่น เจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปตามกลุ่มเพื่อน กลุ่มสังคม กลุ่มอ้างอิง เนื่องจากบุคคลที่มีเจตคติที่เหมือนกัน มีโอกาสที่จะทำกิจกรรมร่วมกัน การมีความคิดเห็นเหมือนกัน จะทำให้เกิดความพอใจซึ่งกันและกัน เป็นสาเหตุให้บุคคลมีความคิด ความรู้ และมีเจตคติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน

องค์ประกอบของสถาบัน (Institute factors) ทุกสถาบันย่อมมี กฎ ข้อบังคับ ระเบียบแบบแผน แนวทางให้บุคคลยึดถือปฏิบัติ บุคคลอาจเกิดเจตคติจากสถาบันที่เกี่ยวข้องได้ (38,47)

การได้รับประสบการณ์เฉพาะด้าน (Specific experiences) บุคคลจะเกิดเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อได้รับประสบการณ์นั้นด้วยตนเอง และรู้สึกประทับใจต่อเหตุการณ์นั้นอย่างคงที่ และเป็นเวลานานซึ่งอาจเป็นทางบวกหรือลบก็ได้

การวัดทางเจตคติ

จากความหมาย แนวคิด และองค์ประกอบของเจตคติ ทำให้การวัดต้องวัดเป็นภาพรวม โดยพิจารณาจากิริยาท่าทีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า หลายประการรวมกัน มิใช่วัดจากการกระทำหรือ พฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากนั้นการวัดทางเจตคติ ต้องบ่งบอกปริมาณ (magnitude) ความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทาง (Direction) บอกว่ามีเจตคติในทางบวกหรือลบ (28) ในการทดสอบครั้งนี้ใช้แบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการวัดเจตคติ

พฤติกรรม (Behavior) หรือการปฏิบัติ (Practice)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภท ที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การเดิน การคิด ความรู้ ความสนใจ ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย รวมทั้งการปฏิบัติด้วย หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นต้องอาศัยความรู้ เจตคติเป็นส่วนประกอบ และเป็นกระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมซึ่งต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน (38)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) กล่าวว่า มนุษย์ปกติจะเป็นผู้ที่มิเหตุผลข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมาจะสามารถนำมาใช้ประโยชน์อย่างมีระบบ เพื่อให้บรรลุถึงผลสำเร็จจากการตัดสินใจของตน และพิจารณาถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนเอง ก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ย่อมมีเหตุผลในการกระทำ (39)

ซึ่งสรุปได้ว่าพฤติกรรม คือ การกระทำ การปฏิบัติต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยมีจุดมุ่งหมาย เป็นกิจวัตรประจำวัน เป็นพฤติกรรมภายนอก เป็นการกระทำที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติต่อสิ่งนั้น ๆ สถานการณ์นั้น ๆ ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติ

ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถยืนยันว่า บุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป เจตคติจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ที่ผู้เรียนได้รับ กับพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นคือ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สรุปในรูปความสัมพันธ์ได้ 4 ลักษณะคือ (49)

ความรู้ (K) เจตคติ (A) และการปฏิบัติ (P)

1. $K \Rightarrow A \Rightarrow P$ = ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ

2. $K \Rightarrow P$ = ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



A

3. $K \Rightarrow P$ = ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยไม่จำเป็นต้องมี



ความสัมพันธ์กัน

A

4. A = ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีเจตคติเป็นตัว



K

$K \Leftrightarrow P$

2.3 ความรู้เกี่ยวกับกราฟดูแลการคลอดที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของกราฟดูแลการคลอด และคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (19,50,51)

คำต่าง ๆ ให้ความหมายของกราฟดูแลการคลอดได้ใกล้เคียงกัน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

กราฟดูแลการคลอด คือ เครื่องมือชนิดหนึ่งที่ใช้ สำหรับจดบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด อาการ และอาการแสดงของมารดาและทารกในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยแสดงให้เห็น

ปรากฏเป็นกราฟเส้น สะดวกต่อการแปลผล และวินิจฉัยสภาพการเจ็บครรภ์ พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก

latent phase หมายถึง ระยะตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริงจนถึงปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร และมีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างน้อย 3 ครั้งใน 10 นาที และ / หรือระยะเวลาของการเจ็บครรภ์แต่ละครั้งนานไม่น้อยกว่า 20 วินาที โดยปกติระยะนี้จะไม่เกิน 8 ชั่วโมง

active phase หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดหรือเปิด 10 เซนติเมตร ระยะนี้ปากมดลูกจะเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตร ต่อชั่วโมง

alert line หมายถึง เส้นกราฟที่ลากจากตำแหน่งปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ไปยังตำแหน่ง 10 เซนติเมตร ในแนวทะแยงแทนการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง โดยเริ่มจากตำแหน่งชั่วโมงที่ 8 เมื่อการเปิดขยายของปากมดลูกเข้าเส้นกราฟจะลากผ่าน alert line ไปทางด้านขวา

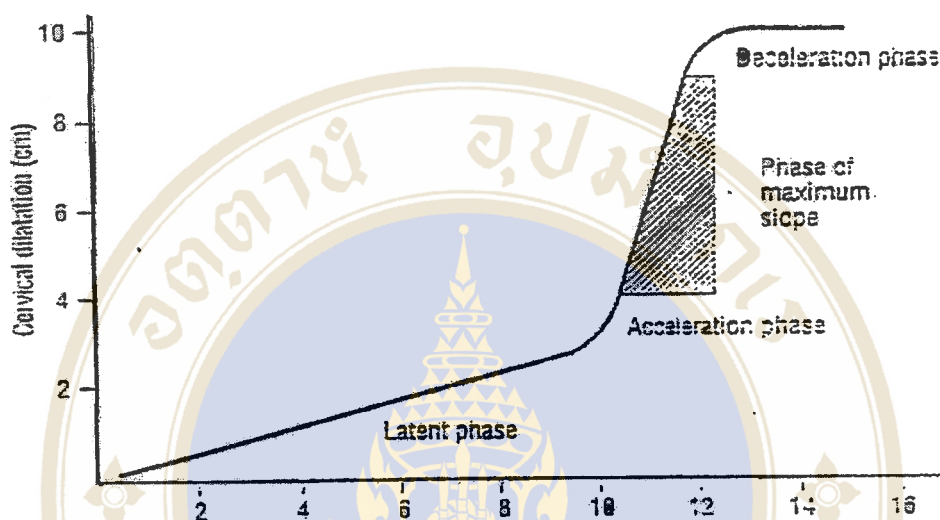
action line หมายถึง เส้นกราฟที่ลากขนานกับเส้น alert line ไปทางด้านขวา 4 ชั่วโมง ถ้าเส้นกราฟลากถึงหรือผ่านเส้น action line แสดงว่าความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดมีความล่าช้ามาก ต้องรีบหาสาเหตุและให้การรักษาทันที

ประวัติศาสตร์การใช้กราฟดูแลการคลอด (1,20,50)

ในปี พ.ศ. 2497 สตีเฟนซ์ชาวอเมริกัน ทำการศึกษาหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดขยายของปากมดลูกกับระยะเวลาของการเจ็บครรภ์คลอด แสดงให้เห็นเป็นกราฟลักษณะ S shape ซึ่ง หมายถึง การเจ็บครรภ์ในระยะแรกปากมดลูกจะเปิดขยายช้าๆ จนกระทั่งเปิดได้ 2-3 เซนติเมตร ใช้เวลาประมาณ 8.6 ± 6 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 5.3 ± 4.1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ซึ่งเรียกระยะนี้ว่า latent phase ต่อมาปากมดลูกจะเปิดขยายเร็วขึ้นจาก 3 เซนติเมตร จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด ใช้เวลาประมาณ 49 ± 3.4 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 2.2 ± 1.5 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ระยะนี้เรียกว่า active phase ซึ่งระยะ active phase นี้แบ่งได้เป็น 3 ระยะย่อยๆ ดังนี้คือ

1. Acceleration phase เป็นช่วงที่ต่อจากระยะ latent phase
2. Phase of maximum slope คือ ระยะที่ปากมดลูกเปิดขยายอย่างรวดเร็ว (ระยะนี้ปากมดลูกมักจะเปิด 6-8 เซนติเมตร) กราฟจะชันมาก

3. Deceleration ระยะนี้ปากมดลูกเปิดขยายค่อนข้างช้าในครรภ์แรก อาจใช้เวลานานถึง 3 ชั่วโมง Friedman จึงเขียนกราฟอธิบายไว้ซึ่งเรียกติดปากกันว่า Friedman's curve ซึ่งแสดงไว้ดังภาพที่ 1



รูปที่ 1 กราฟแสดงการคลอด (Friedman's curve)

ที่มา : Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment 1982 : 667. (52)

การศึกษาของ Friedman นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาอื่น ๆ ที่ทำการศึกษาในเวลาต่อมา

ในปี พ.ศ. 2512 O'Driscoll และคณะ (53) ศึกษาการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนานโดยทดลองใช้ Active management ในผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 1,000 ราย ใน National Maternity Hospital Dublin Ireland พบว่าประมาณร้อยละ 80 ของการเจ็บครรภ์คลอดจะสิ้นสุดลงในระยะเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง นับตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จริง จึงคิดริเริ่มแนวความคิดในการดูแลการคลอดแบบมีแบบแผนมาใช้

พ.ศ. 2515 Philpott และ Castle (54,55) ศึกษาและนำเอา Friedman's curve มาดัดแปลง โดยศึกษาการเปิดขยายของปากมดลูกระยะเจ็บครรภ์คลอดในชาว Rhodesia ประเทศแอฟริกา (ปัจจุบัน คือ Zimbabwe) พบว่าช่วง active phase ของสตรีชาว Rhodesia ในครรภ์แรกจะมีการเปิดขยายของปากมดลูกน้อยกว่าสตรีชาวอเมริกันตามที่ Friedman ศึกษาไว้ คือ 1.6 เซนติเมตร / ชั่วโมง (ฐานนิยมคือ 1 เซนติเมตร / ชั่วโมง มัชฐานคือ 1.25 เซนติเมตร ต่อชั่วโมง) จึงได้สร้างเส้นตรง alert line แทน S-curve ของ Friedman โดยกำหนดให้ alert line ตรงกับ

การเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตร ที่เวลา 0 ตรงกับการเปิดขยายของปากมดลูก 10 เซนติเมตรที่เวลา 9 ชั่วโมงต่อมา โดยเฉลี่ยปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ต่อชั่วโมง (อัตรานี้เป็นอัตราเฉลี่ยการเปิดของปากมดลูกร้อยละ 10 ของกลุ่มสตรีที่มีการเปิดขยายของปากมดลูกช้าที่สุด ซึ่งต่ำกว่าของ Friedman คือ 1.2 เซนติเมตรต่อชั่วโมง) นอกจากนี้ Philpott ยังได้เพิ่มเส้นตรงขนานกับเส้น alert line อีก 1 เส้นห่างจาก alert line 4 ชั่วโมง เรียกเส้นใหม่นี้ว่า action line ทำให้สามารถแบ่งสตรีในระยะคลอด ออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 อยู่ทางด้านซ้ายของ alert line และมักจะคลอดปกติ กลุ่มที่ 2 อยู่ระหว่างเส้น alert line กับ action line และกลุ่มที่ 3 กราฟการคลอดเลย action line ไปทางขวา มักจะต้องใช้การช่วยคลอดเช่น การใช้ยาเร่งคลอด สูติศาสตร์หัตถการ หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ในปี พ.ศ. 2516 O'Driscoll และคณะ(56) ได้มีการศึกษาทดลองใช้กราฟดูแลการคลอด ลักษณะเป็นเส้นตรง slope 45 องศา เรียกว่า single line partograph ใน National Maternity Hospital Dublin Ireland โดยใช้แนวคิดที่ว่าอัตราการเปิดขยายของปากมดลูกควรเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าใช้ได้ผลดี ง่าย และสะดวกต่อเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

พ.ศ. 2518 Studd และคณะ (57) ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดแบบ Active management of labour ในประเทศอังกฤษ จากการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ปากมดลูกเปิดเอง 2 เซนติเมตร เฉลี่ยแล้วระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดปกติเท่ากับ 11 ชั่วโมงในครรภ์แรกและน้อยกว่า 6 ชั่วโมงในครรภ์หลัง โดยร้อยละ 80 จะคลอดเร็วกว่าระยะนี้

พ.ศ. 2525 Cardozo และคณะ (1) ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอด ในการทำนายผลสำเร็จของการคลอดในมารดาครรภ์แรก พบว่าสามารถใช้กราฟดูแลการคลอด ในการทำนายผลสำเร็จของการคลอดได้ และสร้างกราฟมาตรฐานแสดงถึงการคลอดปกติในครรภ์แรก ครรภ์หลัง และการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนานในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะ slow progress of labour, secondary arrest of labour, prolonged latent phase และการใช้ oxytocin แก้ไข prolonged latent phase จากการศึกษาพบ show progress of labour ร้อยละ 26.3 ในครรภ์แรก ร้อยละ 8.1 ในครรภ์หลัง การใช้ oxytocin ในภาวะนี้ ถ้าได้ผลมารดา ร้อยละ 94 จะคลอดเองได้ แต่ถ้าใช้ oxytocin แล้วไม่สามารถแก้ไข ภาวะ slow progress of labour ได้ การคลอดเองจะเหลือร้อยละ 23 เท่านั้น

โรงพยาบาลรามาริบัติ (1) ศึกษาในปี พ.ศ. 2519 พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดเฉลี่ย 15 ชั่วโมง แต่หลังจากการใช้ active management ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดจะน้อยกว่า 8 ชั่วโมง

จะเห็นได้ว่าหลังจาก Philpott เริ่มการใช้กราฟดูแลการคลอดต่อมามีการศึกษาและรายงานผลในหลายประเทศทั่วโลก ผลการศึกษาสรุปได้ว่า การเปิดขายของปากมดลูกมีความคล้ายคลึงกันไม่ขึ้นกับเพศพันธุ์ สถานที่อยู่อาศัย (1,21) และสืบเนื่องจากการประชุมที่กรุงไนโรบี ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งจัด Safe motherhood conference มีข้อสรุปข้อหนึ่งกล่าวว่า “หญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการดูแลในขณะเจ็บครรภ์คลอด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมให้ใช้เครื่องมือที่ทันสมัย เชื่อถือได้ และใช้ในทางปฏิบัติได้ดี”(7) องค์การอนามัยโลกจึงได้ทำโครงการเพื่อศึกษาส่งเสริมและสนับสนุนการใช้กราฟดูแลการคลอด (21, 58,59,60,61) ประกอบด้วยเส้น 2 เส้น คือ เส้น alert line และ action line ซึ่งมีระยะ latent phase 8 ชั่วโมง ก่อนเส้น alert line เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร เส้น action line ห่างจากเส้น alert line เริ่มต้นชั่วโมงที่ 9 ตรงตำแหน่งที่ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร และเส้น action line จะห่างจาก alert line 4 ชั่วโมง โดยขนานไปกับเส้น alert line ดังรูปที่ 2

PARTOGRAPH

Name _____	Gravida _____	Para _____	Hospital no. _____
Date of admission _____	Time of admission _____	Ruptured membranes _____	hours _____

Fetal heart rate

180
170
160
150
140
130
120
110
100

Liquor Moulding

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Conix (cm) [Plot X]

Descent of head [Plot O]

Hours 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Time

Contractions per 10 mins

5
4
3
2
1

Oxytocin U/L drops/min

Drugs given and IV fluids

Pulse and BP

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Temp °C

Urine { protein
acetone
volume

รูปที่ 2 แสดงรูปแบบกราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลก

วิธีการบันทึก Partograph (21,50,58,59,62)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ซึ่งปฏิบัติงาน โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการรณรงค์ส่งเสริมการใช้กราฟดูแลการคลอดในรูปแบบขององค์การอนามัยโลก ดังแสดงในรูปที่ 2 ผู้ศึกษาจึงขอกว่าเฉพาะวิธีการบันทึกกราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกเท่านั้น

กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกนั้น เป็นเครื่องมือที่ใช้ดูแลในขณะเจ็บครรภ์คลอดเท่านั้น ดังนั้นจะไม่ช่วยในการค้นหาความผิดปกติหรือภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นก่อนการเจ็บครรภ์คลอดได้ ก่อนที่จะบันทึกกราฟดูแลการคลอดจะต้องแน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์นั้นไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เช่น

- very short stature
- antepartum haemorrhage
- severe pre – eclampsia and eclampsia
- fetal distress
- previous caesarean section
- anemia
- multiple pregnancy
- malpresentation
- very premature labour
- obvious obstructed labour

การเปลี่ยนแปลงและสิ่งจำเป็นที่ควรบันทึกลงใน กราฟดูแลการคลอดมีดังนี้

1. บันทึกสุขภาพของทารกในครรภ์ (fetal condition) ให้บันทึกส่วนบนสุดของกราฟดูแลการคลอดสุขภาพทารกในครรภ์ที่ต้องบันทึกมีดังนี้

- การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart rate)
- เยื่อหุ้มรกและลักษณะของน้ำคร่ำ : สีและปริมาณ (membrane and liquor)
- การปรับตัวของกระดูกโหลกศีรษะทารก (moulding)

1.1 การบันทึกเสียงหัวใจทารก บันทึกในตารางส่วนบนของกราฟดูแลการคลอดหรือเหนือตำแหน่งตารางบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก แต่ละช่องเท่ากับ 10 ครั้งต่อนาที เริ่มตั้งแต่ 100–180 ครั้ง ต่อนาที การบันทึกให้ทำทุก ๆ 30 นาที โดยใช้เครื่องหมาย “●” แทน

การเต้นหัวใจทารกมากกว่า 180 ครั้งต่อนาที หรือต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที และกำกับตัวเลขที่ช่องบนสุด หรือล่างสุดของตารางที่ใช้ในการบันทึก

1.2 การบันทึกเยื่อหุ้มทารก และลักษณะของน้ำคร่ำ (membrane and liquor) ช่องบันทึกอยู่ต่ำกว่า fetal heart rate การบันทึกให้ทำเมื่อตรวจภายในโดยใช้ตัวย่อดังนี้

I = membrane intact ถุงน้ำยังไม่แตก

R = membrane rupture ถุงน้ำแตกแล้ว

ในกรณีที่ถุงน้ำแตกเองในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลให้บันทึกเวลาไว้ด้วย เพื่อประเมินระยะเวลาจนกว่าจะคลอดว่านานเท่าไร ถ้าถุงน้ำแตก โดยการใช้เครื่องมือเจาะ (artificial rupture of membrane) ให้ใช้คำว่า ARM การบันทึกลักษณะของน้ำคร่ำใช้ตัวย่อดังนี้

C = น้ำคร่ำใสปกติ (Clear liquor draining)

M = น้ำคร่ำมีขี้เทาปน (meconium stained liquor draining) กำกับด้วยความเข้มข้นของน้ำคร่ำเช่น m = mild meconium, mo = moderate meconium และ t = thick meconium

A = ถุงน้ำแตกแล้วแต่ตรวจไม่พบน้ำคร่ำจากการตรวจภายใน

B = น้ำคร่ำมีเลือดปน

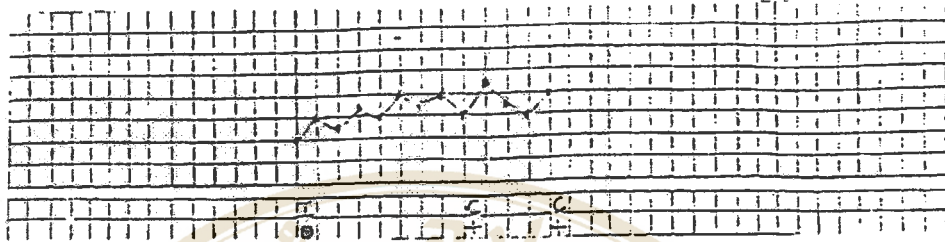
1.3 การปรับตัวของกระดูกศีรษะ (moulding) เป็นสภาวะปกติของทารกในครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด ทั้งนี้เพื่อลดความกว้างของกระดูกศีรษะ (BPD) และสะดวกในการผ่านเข้าสู่อุ้งเชิงกรานและช่องคลอด ในบางกรณีถ้า moulding มีมากเกินไป จะแสดงถึงว่า ขนาดศีรษะโตเกินไปสำหรับอุ้งเชิงกรานมารดาในการบันทึกให้ใช้ตัวย่อดังนี้

O = รอยแยกของกระดูกศีรษะคล้ำได้ไม่ชัดเจน

+ = รอยแยกของกระดูกศีรษะเข้ามาชิดกัน ทำให้คลำร่องกระดูกศีรษะได้ไม่ชัดเจนจะได้เป็นสันเส้นตรงแทน

++ = แยกกระดูกศีรษะแยกกัน (overlapping) คลำได้เป็นกระดูกเหลื่อมกัน

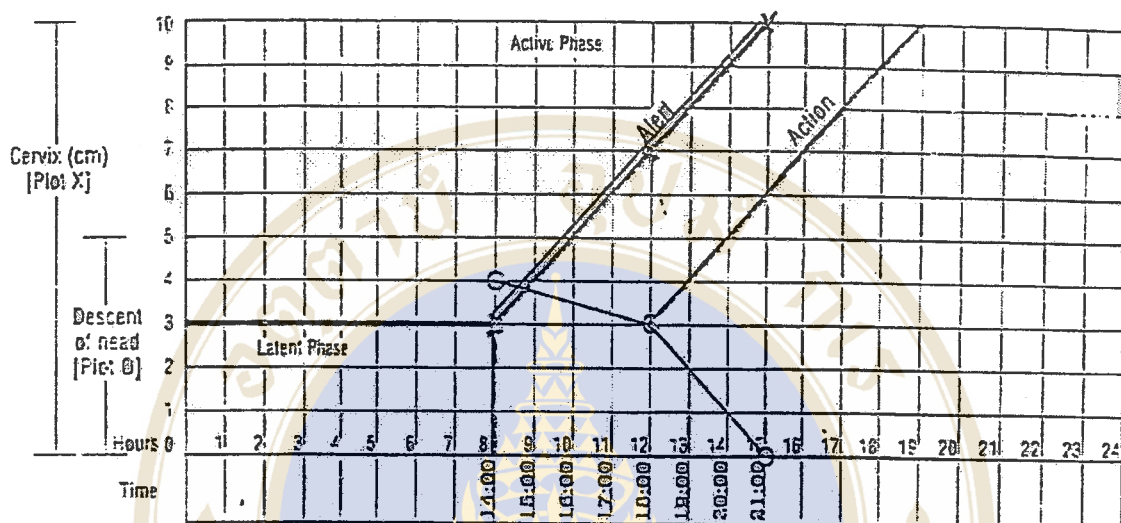
+++ = ภาวะกระดูกศีรษะซ้อนกันชัดเจน (severe overlapping) จะคลำได้กระดูกเหลื่อมกัน 0.5 เซนติเมตร ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงการบันทึกสภาวะทารกในครรภ์ขณะเจ็บครรภ์คลอด

ข้อควรจำและควรปฏิบัติสำหรับการบันทึกสภาวะทารกในครรภ์

- ควรฟังเสียงหัวใจทารกทันทีภายหลังที่มดลูกมีการหดตัวเต็มที่และเริ่มคลายตัวในท่านอนตะแคงซ้าย
 - จดบันทึกทุก 30 นาที ในระยะที่ 1 ของการคลอดปกติ
 - อัตราการเต้นหัวใจทารกปกติ 120–160 ครั้งต่อนาที
 - ถ้ามี moulding มากอาจมีภาวะ CPD
 - ถ้ามี caput succidaneum ขนาดใหญ่ให้ระวังภาวะ CPD
2. การบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (progress of labour) สิ่งที่ต้องบันทึกมีดังนี้
- การเปิดขยายของปากมดลูก (cervical dilatation) กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกใช้ประเมินการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด ทั้งระยะ latent และ active phase
 - การเคลื่อนที่ต่ำของศีรษะทารก (descent of fetal head)
 - การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (uterine contraction)
- 2.1 การบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด บันทึกที่ส่วนกลางของกราฟดูแลการคลอดในด้านซ้ายของตาราง โดยแนวดิ่งจะแบ่งเป็นช่อง ๆ จำนวน 10 ช่องมีตัวเลขกำกับอยู่ตั้งแต่ 0-10 ซึ่งแสดงถึงการเปิดขยายของปากมดลูก (1 ช่อง = 1 เซนติเมตร) แนวนอนแบ่งเป็นช่องจำนวน 24 ช่อง มีตัวเลขกำกับตั้งแต่ 1 ถึง 24 ซึ่งแสดงถึงจำนวนชั่วโมง (1 ช่อง = 1 ชั่วโมง) ดังรูปที่ 4



รูปที่ 4 แสดงการบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก และระดับของส่วนนำ

การเปิดขยายของปากมดลูกให้บันทึกด้วยเครื่องหมาย “X” แทนการตรวจภายในครั้งแรก ให้เริ่มบันทึกเมื่อมีการเจ็บครรภ์จริง คือ มีการเจ็บครรภ์สม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 10 นาที และ / หรือเวลาในการเจ็บครรภ์แต่ละครั้งนานมากกว่าหรือเท่ากับ 20 วินาที ดังนั้นในการรับผู้คลอดไว้เป็นผู้ป่วยในต้องประเมินสภาพผู้คลอดดังนี้ คือ ตรวจภายใน เพื่อประเมินการเปิดขยายและความบางตัวของปากมดลูก สภาพของถุงน้ำ ระดับส่วนนำทารกและความกว้างของช่องทางคลอด เป็นต้น

การตรวจในเพื่อประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก องค์การอนามัยโลกเสนอให้ทำการตรวจทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นมีข้อจำกัดบางอย่างในกรณีห้ามตรวจภายใน เช่น ในครรภ์หลังปากมดลูกมากกว่า 7 เซนติเมตรสงสัยว่าคลอดเองไม่ได้ และเมื่อกราฟลากถึงหรือเลขเส้น action line ต้องตรวจภายในถี่ขึ้นตามความเหมาะสม

2.1.1 หลักการบันทึกในระยะ latent phase ตามปกติระยะ latent phase ไม่ควรนานเกิน 8 ชั่วโมง ในขณะแรกรับถ้าการเปิดขยายของปากมดลูกน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ให้เริ่มบันทึกที่เวลา 0 หลังจากนั้นให้ตรวจภายใน และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง

2.1.2 หลักการบันทึกในระบะ latent phase ที่สั้น (Transfer from latent phase to active phase) การบันทึกให้บันทึกในทำนองเดียวกัน 2.1.1 ขณะแรกได้รับถ้าปากมดลูกเปิด 0-3 เซนติเมตร เมื่อปากมดลูกขยายมากกว่า 3 เซนติเมตร จะเข้าสู่ระบะ active phase เร็วกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ (8 ชั่วโมง) เส้นกราฟจะข้ามเส้น 3 เซนติเมตร ในแนวราบ ดังนั้นต้องเลื่อน (transfer) ตำแหน่ง “X” ที่จุดดังกล่าวไปบนเส้น alert line ระหว่างตำแหน่ง “X” ใน latent phase และ active phase ในเส้นปะเป็นรูปโค้ง (broken transfer line) เป็นตัวเชื่อมและกำกับด้วยตัวอักษร “TR” ดังนั้นการบันทึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการคลอดที่อยู่ในระหว่างเส้นปะ ให้เว้นว่างไว้และบันทึกตรงตำแหน่ง “X” เดียวกันและเวลาเดียวกัน

ข้อควรจำและควรปฏิบัติสำหรับการบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก

- ระบะ latent phase คือ ระบะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 0-3 เซนติเมตร และมีความบางตัวของปากมดลูกอย่างช้า ๆ โดยปกติแล้วไม่ควรเกิน 8 ชั่วโมง
- ระบะ active phase คือระบะที่ปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร (ความบางตัวของปากมดลูก 100%) ถึง 10 เซนติเมตร อัตราการเปิดขยายของปากมดลูกอย่างช้าต้องไม่น้อยกว่า 1 เซนติเมตร / ชั่วโมง
- ความก้าวหน้าของการเปิดขยายของปากมดลูกที่ดี เส้นกราฟต้องอยู่ทางซ้ายหรืออยู่บนเส้น alert line ไม่ควรข้ามเส้นดังกล่าวไปทางขวา
- เมื่อมารดาเจ็บครรภ์คลอดในระบะ active phase ขณะแรกไว้โรงพยาบาลต้องบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูกบนเส้น alert line ทันที
- เมื่อการเจ็บครรภ์เปลี่ยนจากระบะ latent phase เข้าสู่ระบะ active phase ให้เลื่อนเครื่องหมาย “X” ไปบนเส้น alert line ทันที และใช้เครื่องหมายโค้งเส้นปะ และกำกับด้วยอักษร “TR”

2.2 การเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ (descent of fetal head)

ความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ที่ดี จะต้องมีการเปิดขยายของปากมดลูกในอัตราที่เหมาะสม ร่วมกับการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ ในบางรายจะยังไม่เกิดขึ้นจนกว่าปากมดลูกจะเปิดขยายอย่างน้อย 7 เซนติเมตร ในที่นี้การประเมินการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์ โดยวิธีการตรวจทางหน้าท้อง แบ่งได้เป็น 5 ระดับเหนือรอยต่อกระดูกหัวเหน่า (pelvic brim) ในกรณีที่เกิด caput succedaneum จะพบว่าวิธีการตรวจทางหน้าท้องมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการตรวจภายใน เนื่องจากผู้ตรวจอาจเข้าใจผิดคิดว่าระดับของ caput succedaneum เป็นระดับของส่วนนำแทนที่จะใช้กระดูกกระโหลกศีรษะเป็นตัวบ่งชี้

วิธีการตรวจทางหน้าท้องนี้ เสนอโดย Philpott และ Castle การประเมินใช้ระดับศีรษะของทารกในครรภ์ การตรวจคลำทางหน้าท้องเหนือกระดูกหัวเหน่าแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้บริเวณหน้าผาก (sinciput = s) และท้ายทอย (occiput = o) เป็นจุดเปรียบเทียบ (landmark) รวมทั้งส่วนหน้า (vertex = v) ดังรายละเอียดในภาพที่ 5

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Pelvic brim					
Completely above	Sinciput High Occiput Easily felt	Sinciput Easily felt Occiput Felt	Sinciput Felt Occiput Just felt	Sinciput Felt Occiput Not felt	None of head palpable

ภาพที่ 5 แสดงวิธีการตรวจการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกในครรภ์โดยวิธีการตรวจทางหน้าท้อง
ที่มา : Br.J Obstet Gynaecol 1972 : 592-8.

จากรูปที่ 5 จะเห็นได้ว่าการประเมินระดับส่วนหน้าโดยวิธีการตรวจหน้าท้องแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ระดับ 5/5 ศีรษะทั้งหมดอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า (head float) ดังนั้น occiput sinciput และ vertex จะอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า วิธีการตรวจทำได้โดยใช้ความกว้างของนิ้วมือที่หนีบชิด (finger breadth) ทาบกระดูกหัวเหน่าจะพบว่าระดับ occiput จะได้ 5 นิ้วพอดี
- ระดับ 4/5 sinciput จะอยู่เหนือกระดูกหัวเหน่า occiput จะคลำได้ชัดเจน
- ระดับ 3/5 sinciput จะคลำได้ชัดเจนส่วน occiput พอกคลำได้ระดับ vertex จะลึกลงไปในอุ้งเชิงกราน

- ระดับ 2/5 sinciput จะคลำได้เหนือกระดูกหัวหน้าส่วน occiput จะพอกคลำได้เหนือกระดูกหัวหน้าพอดีระดับนี้ถือว่าเป็น engagement ของศีรษะทารกแล้ว (vertex) จะอยู่ระดับ ischial spine) จากการตรวจทางหน้าท้องพบว่าระดับ occiput วัดได้กว้าง 2 นิ้ว ซิดหรือน้อยกว่า
- ระดับ 1/5 จะคลำได้เฉพาะ sinciput อยู่เหนือกระดูกหัวหน้าเล็กน้อย occiput จะคลำไม่ได้ระดับ vertex จะเลื่อนต่ำลงอีก (ต่ำกว่า ischial spine)

ข้อสังเกต

1. ในการประเมินการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารกโดยการตรวจทางหน้าท้อง ต้องทำก่อนตรวจภายใน
2. การตรวจทางหน้าท้อง เพื่อประเมินระดับศีรษะทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่ทำง่ายเพราะทารกจะเอาศีรษะลงในท่าขวาง และมีการก้มศีรษะลงด้วย บางรายทำได้ยาก เช่น ในท่า occiput posterior (OP) หน้าท้องหนามากหรือครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) การตรวจภายในจะเชื่อถือได้มากกว่า การบันทึกกราฟใช้ตารางเดียวกับการเปิดขยายของปากมดลูก โดยในแนวตั้งทางซ้ายมือสุดจะกำหนดระดับ ตั้งแต่ 0-5 แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับเช่นเดียวกับการเปิดขยายของปากมดลูก ในการบันทึกให้ใช้เครื่องหมาย “O” แทน และช่วงเวลาของการบันทึกเช่นเดียวกับการเปิดขยายของปากมดลูก (ทุก 4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่ตรวจ) ให้ลากเส้นเชื่อมระหว่างเครื่องหมาย “O” แต่ละจุด

2.3 การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (uterine contraction) ความก้าวหน้าของการคลอดที่ดี จะต้องมีการหดตัวของมดลูกที่ดีด้วย โดยปกติแล้วการหดตัวดังกล่าวต้องมีความถี่ (interval) และระยะเวลา (duration) ของการหดตัวแต่ละครั้ง ดังนั้นการเฝ้าสังเกตการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ต้องสังเกตสิ่งต่อไปนี้

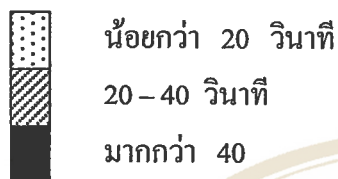
1. ความถี่ของการหดตัวของมดลูกแต่ละครั้งใน 10 นาที
2. ระยะเวลาของการหดตัว ตั้งแต่เริ่มรู้สึกว่ามีอาการหดตัวจนกระทั่งมดลูกคลายตัว หน่วยเป็นวินาที

ระยะห่างของการเฝ้าสังเกตมีดังนี้

- latent phase ให้ตรวจทุก 1 ชั่วโมง
- active phase ให้ตรวจทุก 30 นาที

การบันทึกกราฟดูแลการคลอดบริเวณที่ใช้สำหรับบันทึกการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก อยู่ได้ช่วงเวลาของรูปกราฟ โดยแบ่งออกเป็นช่องๆ ช่องละ 5 ช่องเล็กๆ ในแนวตั้งทางด้านซ้ายสุด มีข้อความว่า “contraction / 10 min” หลักเกณฑ์ คือ แต่ละช่องมีค่าเท่ากับ 1 contraction

การบันทึกระยะเวลาของการหดตัวทำได้ โดยการระบายด้วยปากกา หรือดินสอในลักษณะแตกต่างกัน 3 แบบ ดังนี้



3. การบันทึกสภาวะของมารดา (maternal condition)

การบันทึกสภาวะของมารดาอยู่ในช่วงท้ายสุดของกราฟดูแลการคลอด ซึ่งจะอยู่ด้านล่างของการหดตัวของกล้ามเนื้อดลูก ได้แก่ สัญญาณชีพ การตรวจปัสสาวะ ยาที่ได้รับขณะเจ็บครรภ์ และจำนวนหยดของ oxytocin

3.1 การบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิ การบันทึกทำดังนี้

- ความดันโลหิตใช้เครื่องหมาย $\uparrow$ แทน โดยลูกศรบนชี้ตำแหน่ง systolic pressure และลูกศรล่าง $\downarrow$ ชี้ตำแหน่ง diastolic pressure
- ชีพจรใช้เครื่องหมาย “•” แทน และบันทึกตัวเลขกำกับไว้ด้วยให้ตรงกับเวลาที่ทำการบันทึก
- อุณหภูมิใช้ตัวเลขกำกับลงไปเลยหน่วยคือ องศาเซลเซียส

ความถี่ของการบันทึก ขึ้นกับแผนการปฏิบัติงานในห้องคลอดแต่ละแห่ง เช่น ชีพจรบันทึกทุกครึ่งชั่วโมง ความดันโลหิตบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่มากกว่านั้นตามความเหมาะสม และอุณหภูมิให้บันทึกทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่มากกว่านั้นตามความเหมาะสมเช่นกัน

3.2 การตรวจปัสสาวะตรวจทั้งหมด 3 อย่าง คือ จำนวน (volume) โปรตีน (protein) และอะซิโตน (acetone) ความถี่ของการบันทึกขึ้นกับห้องคลอดแต่ละแห่ง สำหรับประเทศไทย นิยมตรวจ protein และ sugar เท่านั้น ไม่นิยมตรวจ acetone

3.3 การใช้ยาและการรักษา ให้บันทึกในกราฟด้านล่างของ oxytocin การให้ oxytocin ให้ระบุจำนวนที่ใช้ 5 ยูนิตหรือ 10 ยูนิต และจำนวนหยดที่ให้ใน 1 นาที

แบบแผนการดูแลรักษา (WHO protocol for labour management) (21,50,59)

1. จะเริ่มบันทึกกราฟดูแลการคลอด เมื่อหญิงตั้งครรภ์ มีอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ หรือมากกว่าและจะเริ่มบันทึกเมื่อ

1.1 ผู้มาคลอดเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (in labour) คือ

- ถ้าผู้คลอดมาโรงพยาบาลในระยะ latent phase คือ ปากมดลูกเปิด น้อยกว่า 3 เซนติเมตร และมีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกสม่ำเสมออย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาที และการหดตัวของมดลูกนานไม่น้อยกว่า 20 วินาที โดยตรงจริง ไม่ใช่การบอกละของผู้คลอด

- ถ้าผู้คลอดมาโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในระยะ active phase ปากมดลูกเปิด ตั้งแต่ 3 เซนติเมตรถึง 10 เซนติเมตร มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ครั้งใน 10 นาที และหดตัวไม่น้อยกว่า 20 วินาที

1.2 ในกรณีที่ผู้คลอดที่มีถุงน้ำแตกเองมาที่บ้าน แต่ยังไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (no contraction) จะเริ่มบันทึกเมื่อ

- เริ่มให้ oxytocin เพื่อกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด (induction of labour) และ เริ่มบันทึกเมื่อ in labour หรือถ้าเจ็บครรภ์คลอดเอง (spontaneous labour) จะเริ่มบันทึกเหมือน 1.1

1.3 สำหรับกรณีที่ต้อง induce labour จะบันทึกกราฟดูแลการคลอดเมื่อ

- เจาะถุงน้ำคร่ำ (artificial rupture membrane) และเริ่มบันทึกเมื่อมีการเจ็บครรภ์
- ให้ medical induction เช่น ให้ oxytocin อย่างเดียว หรือใช้ prostaglandins อย่างเดียว จะใช้วิธีไหนก็ตามจะเริ่มบันทึกเมื่อ in labour

2. สำหรับผู้คลอดที่ไม่ต้องบันทึกกราฟดูแลการคลอดมีดังนี้ คือ

- ปากมดลูกเปิด 9-10 เซนติเมตร เมื่อถึงโรงพยาบาล
- ผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉิน (emergency caesarean section) ทันทีเมื่อผู้คลอดถึงโรงพยาบาล

- ผ่าตัดคลอดแบบกำหนดวัน (elective caesarean section)

3. การบันทึกความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอด

3.1 การตรวจภายในระยะ latent phase ให้ตรวจภายในทุก 4 ชั่วโมง (ถ้านานเกิน 8 ชั่วโมงต้องประเมินสภาวะการเจ็บครรภ์คลอดใหม่ทั้งหมด) ในระยะ active phase ให้ตรวจภายในทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นเมื่อถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิดมากแล้ว (7 เซนติเมตร หรือมากกว่า หรือมีข้อบ่งชี้อื่นๆ ที่ต้องตรวจภายในถี่ขึ้น เช่น

- สงสัย fetal distress เพื่อดูว่ามี prolapsed cord หรือเข้าสู่ระยะเบ่งคลอดหรือไม่
- ในกรณีถุงน้ำแตกเอง (spontaneous rupture of membrane) เพื่อดูว่ามีภาวะ prolapsed cord หรือไม่ โดยเฉพาะในรายที่ส่วนนำยังสูงอยู่

- เมื่อเส้นกราฟถึง action line

3.2 การบันทึกอื่น ๆ (additional observation) ผู้คลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ของมารดาลงในกราฟดูแลการคลอด แต่ถ้ามีภาวะเสี่ยงสูง (high risk) ต้องเฝ้าดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด และบันทึกการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ให้ถี่ขึ้นตามความเหมาะสม

4. ถ้าระยะ latent phase นานเกินกว่า 8 ชั่วโมง ให้ดำเนินการดังนี้

4.1 การประเมินทางคลินิก (medical assessment) ซึ่งมีการประเมินเกี่ยวกับ

- การเจ็บครรภ์ ประเมินเกี่ยวกับระดับส่วนหน้า การหดตัวของมดลูก (ความถี่และความนาน) การเปิดขยายของปากมดลูกและความบางตัวของปากมดลูก

- ทารกในครรภ์ ประเมินเกี่ยวกับอัตราการเต้นหัวใจทารก สีกลืน และปริมาณน้ำคร่ำ การแยกกันของกระดูกกระดูกไหปลาร้า และ caput succidaneum

- ในส่วนของมารดาต้องประเมินเกี่ยวกับ ลักษณะทั่วไป สัญญาณชีพ สารน้ำ (I/O) ตลอดจนความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์

4.2 ถ้าพบมีภาวะ fetal distress หรือคลอดเองไม่ได้ (obstructed labour) ต้องรายงานแพทย์เพื่อนำไปผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

4.3 ถ้าไม่มีความผิดปกติในข้อ 4.2 และถุงน้ำยังไม่แตก ให้ประเมินการเจ็บครรภ์ว่าการเจ็บครรภ์คลอดจริงหรือไม่ ถ้าพบว่ามี contraction น้อยกว่า 2 ครั้งใน 10 นาที และนานน้อยกว่า 20 วินาที ไม่มีความก้าวหน้าของการเปิดขยายหรือไม่มีความบางตัวของปากมดลูก แสดงว่ายังไม่มีการเจ็บครรภ์จริง ให้หยุดบันทึกกราฟดูแลการคลอด

4.4 ถ้า prolonged latent phase เมื่อครบ 8 ชั่วโมงแล้วมีความบางตัวของปากมดลูกเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่เข้าสู่ระยะ active phase ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- ประเมินหาสาเหตุของ obstructed labour เช่น malpresentation และ CPD เป็นต้น
- ถ้าพบมีความผิดปกติจำเป็นต้องคลอดให้รายงานแพทย์ เพื่อนำไปผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทันที

- ถ้าถุงน้ำยังไม่แตกให้เจาะถุงน้ำและให้ oxytocin เพื่อเสริมการหดตัวของมดลูกหลังจากให้ oxytocin ครบ 8 ชั่วโมงแล้ว ให้ปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าความก้าวหน้าของการคลอดเข้าสู่ระยะ active phase ให้บันทึกและดูแลเหมือนระยะ active phase ปกติ

2. การเจ็บครรภ์คลอดที่ยังไม่เข้าสู่ระยะ active phase สูติแพทย์ควรนำไปผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. การเจ็บครรภ์เข้าสู่ระยะ active phase แต่มีความก้าวหน้าค่อนข้างช้าให้สังเกตต่อไปอีก 4 ชั่วโมง ยกเว้นมีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

4. ความก้าวหน้าของการคลอดเข้าสู่ระยะ active phase ปากมดลูก ควรเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง (เส้นกราฟขนานกับ action line) แต่ถ้ามีอัตราการเปิดของปากมดลูกช้ากว่านี้ เมื่อให้ oxytocin เมื่อครบ 12 ชั่วโมง ควรประเมินอีกครั้ง และรายงานสูติแพทย์เพื่อพิจารณาให้ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. ระยะ active phase ที่ปกติ (เส้นกราฟจะอยู่ทางด้านซ้ายของ alert line) ไม่ต้อง augment ด้วย oxytocin และยังไม่ต้องรักษาใด (ยกเว้นถ้ามีภาวะ fetal distress หรือ maternal complication)

6. ควรให้การติดตามดูแลต่อไป ถ้าอุ้งน้ำยังไม่แตกให้เจาะอุ้งน้ำได้เลย

7. ถ้าความก้าวหน้าของการคลอดอยู่ระหว่าง alert line และ action line ให้ดำเนินการดังนี้

- เจาะอุ้งน้ำถ้าอุ้งน้ำยังไม่แตก ยังไม่ต้องให้ oxytocin ประเมินและทำการตรวจภายในหลังจากครบ 4 ชั่วโมง ความก้าวหน้าของการคลอดผ่าน หรือเลย action line ให้ประเมินทางคลินิกตามข้อ 4 หญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับสารน้ำเข้าทางหลอดเลือด ให้ยาแก้ปวดถ้าปวดมาก และเริ่มให้ oxytocin ถ้ายังไม่ได้ให้มาก่อนและต้องไม่มีข้อห้าม หลังจากครบ 4 ชั่วโมงแล้วให้ตรวจภายในอีกครั้ง (ถ้ามดลูกหดรัดตัวคืออยู่แล้วไม่ต้องให้ oxytocin)

8. การกระตุ้นการเจ็บครรภ์คลอด (induction)

8.1 ถ้าครบ 3 ชั่วโมง หลังจากมี contraction ดีแล้ว ยังไม่เข้าสู่ระยะ active phase ควรพิจารณาทำการผ่าตัดทางหน้าท้อง contraction ที่ดี คือ มีการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งใน 10 นาที และการหดรัดตัวแต่ละครั้งนาน 40-60 วินาที

8.2 เมื่อเข้าสู่ระยะ active phase ปากมดลูกควรเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตร ต่อชั่วโมง โดยใช้เส้น alert line และ action line เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งสรุปรูปแบบการบริหารจัดการคลอดด้วย โดยกว้างๆ ไว้ได้ดังนี้



ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2512 (1969) O'Driscoll และ คณะ (53)	National Maternity Hospital Dublin Ireland	ศึกษา การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน ในหญิงตั้งครรภ์แรก 1,000 ราย โดยใช้ active management ผลการศึกษาพบว่า 1. ลดอุบัติการณ์ของการคลอดที่เนิ่นนานได้ 2. ลดระยะเวลาที่รับผู้คลอดไว้ในห้องคลอด 3. ลดอุบัติการณ์ของการตายทารกปริกำเนิด 4. ลดการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 5. ลดปริมาณการใช้ยาระงับปวดระหว่างเจ็บ ครรภ์คลอด
พ.ศ. 2515 (1972) Philpott (54,55)	Simbabwe/Malawi	ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ แรกโดยใช้ alert line ในการคัดกรองการเจ็บครรภ์ คลอดที่ผิดปกติและใช้ action line พิจารณาเสริมการ เจ็บครรภ์คลอดด้วย Oxytocin ผลการศึกษาพบว่า 1. ลดอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2. ลดการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน
พ.ศ. 2515 (1972) Beazley และ Kuriak (63)	London	ศึกษาอิทธิพลของการใช้กราฟดูแลการคลอด ใน active management of labour โดยทำการศึกษาใน หญิงตั้งครรภ์ 1,000 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1. ระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดไม่มาก เกิน 18 ชั่วโมง 2. สามารถสร้างกราฟดูแลการคลอดเพื่อแยก ผู้คลอดปกติออกจากผู้คลอดผิดปกติได้ 3. กราฟดูแลการคลอดสามารถเพิ่ม active management ให้มีมากขึ้น
พ.ศ. 2516 (1973) O'Driscoll และ Stronge (56)	National Maternity Hospital Dublin Ireland	ศึกษาทดลองใช้ Single line partograph โดยแนะ นำ การใช้ alert line และ action line ในโรง- พยาบาล เพื่อกำกับดูแลความก้าวหน้าของการ คลอดว่ามีประโยชน์ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง(ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2516 (1973) O’Driscoll และ Stronge(56) (ต่อ) พ.ศ. 2519 (1976) Drouin(64)	Cameroon	1. บอกอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก 2. ทำนายเวลาคลอดได้ ศึกษาประโยชน์ของการใช้กราฟดูแลการคลอดขณะ เจ็บครรภ์คลอด ผลการศึกษาพบว่า 1. ความน่าเชื่อถือ และความแม่นยำของกราฟ alert line และ action line สามารถวินิจฉัย การเจ็บครรภ์คลอดที่ผิดปกติได้ในระยะ เริ่มแรก 2. ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากการเจ็บครรภ์เนิ่นนานลดลง 3. ทารกเกิดการขาดออกซิเจนในครรภ์ (fetal distress) ลดลง 4. การตายของมารดา เนื่องจากมดลูกแตก และการส่งต่อล่าช้าลดลง
พ.ศ. 2523(1980) ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวช วิทยา (65)	โรงพยาบาลราม ธิบดี	ได้นำเอา single line partograph มาใช้ผลการศึกษา พบว่า 1. ใช้ง่าย สะดวก บุคลากรทางการแพทย์ สามารถใช้ได้อย่างทั่วถึง 2. มีความไวในการบอกภาวะผิดปกติได้ ชัดเจน รวดเร็ว 3. คาดคะเนเวลาคลอดได้
พ.ศ. 2529 (1986) Chen และ Chu (66)	ประเทศจีน	ศึกษาใช้กราฟดูแลการคลอดแบบ 2 เส้น แสดง การเปิดขยายของปากมดลูกในหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 500 ราย การประเมินผลกราฟทั้ง 2 เส้น พบว่าสามารถ 1. บอกความผิดปกติของความก้าวหน้าของ การคลอดที่ก่อให้เกิด out come ที่ผิดปกติ 2. สามารถทำนายการคลอดได้อย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2534 (1991) Nasah และคณะ(67)	Cameroon	ศึกษาการใช้เกณฑ์เสี่ยง เพื่อลดอัตราการมารดาตายโดยใช้กราฟดูแลการคลอดช่วยดูแลขณะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า 1. กราฟดูแลการคลอดมีความสำคัญต่อการลดลงของอัตราการมารดาตาย 2. กลุ่มมารดาที่มีความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน เส้นกราฟจะลากผ่านเส้น action line
พ.ศ. 2534 (1991) อนุราช กุลวานิชไชย อนันต์ (68)	โรงพยาบาลชลบุรี	ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดทั้ง 2 เส้น ของ Philpott คือ alert line และ action line เป็นเครื่องมือตรวจแยกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรก ที่คลอดปกติออกจากกลุ่มที่ใช้สูติศาสตร์หัตถการ ผลศึกษาพบว่า 1. มีความไวร้อยละ 49.25 2. ความจำเพาะร้อยละ 99.31 3. และเสนอว่าถ้ามีการปรับเส้น alert line และ action line ใหม่ น่าจะทำให้กราฟดูแลการคลอดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
พ.ศ. 2535 (1992) Dujardin และ คณะ (69)	Peripheral maternity Clinics of Pikine , Senegal	ศึกษาคุณค่าของ alert line และ action line ของกราฟดูแลการคลอด โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 1,022 ราย พบว่า 1. เส้นกราฟที่เลย alert line แต่ไม่ถึงaction line มีความเสี่ยงต่อความต้องการช่วยชีวิตทารกแรกคลอดสูง 4 เท่าของหญิงตั้งครรภ์ที่ปกติ 2. มารดาที่คลอดเมื่อกราฟข้ามเส้น alert line และ action line มีอัตราการตายคลอดสดของทารก (fresh still birth rate) สูงเป็น 10 เท่า ของมารดาที่มีความก้าวหน้าของการคลอดปกติ

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2535 (1992) Dujardin และ คณะ (69) (ต่อ)	Peripheral maternity Clinics of Pikine , Senegal	3. มารดาที่คลอดเมื่อเส้นกราฟลากผ่านเส้น alert line มีค่าความไว 27 และมีความจำเพาะร้อยละ 93 และ positive predictive value มีเท่ากับ ร้อยละ 17
พ.ศ. 2535 (1992) Cartmill และ Thorton (70)	Leed ประเทศอังกฤษ	ศึกษาผลการใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ปรากฏในกราฟดูแล การคลอดต่อการตัดสินใจทางสูติกรรมพบว่า 1. สามารถใช้ข้อมูลจากกราฟดูแลการคลอด เป็นแนวทางการประเมินผล และตัดสินใจให้ การดูแลรักษาด้วยวิธีที่เหมาะสม 2. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลงกว่า กลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด
พ.ศ. 2535 (1992) Sharma, Shaxted และ Khastgir (71)	Northampton General Hospital ในประเทศอังกฤษ	ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดในการตัดสินใจทาง สูติกรรม พบว่า 1. ความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดนานใน ระยะ latent phase ที่ปรากฏในกราฟดูแลการ คลอดช่วยกระตุ้นให้สูติแพทย์ให้การเร่ง คลอดด้วย oxytocin มากกว่าผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้อง
พ.ศ. 2537 (1994) Van Coeverden De Groot และคณะ (72)	Capetown	ศึกษาแนวทางการส่งต่อผู้คลอดจากสถานพยาบาลที่ ไม่มีพร้อมไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดย ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ 251 รายสาเหตุในการส่งต่อ คือมีความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่า 1. การส่งต่อจากสถานพยาบาลไปโรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความเครียดใน การใช้ criteria ในการส่งต่อผู้คลอด 2. ผู้คลอดได้รับการดูแลไม่สมบูรณ์นัก

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2537 (1994) Van Coeverden De Groot และ คณะ(72) (ต่อ)	Capetown	ขณะแรกรับหรือได้รับบริการทางสูติกรรมที่ไม่ดีเพียงพอ 3. ได้รับยาแก้ปวดที่ไม่เหมาะสม 4. รถ ambulance ที่ใช้ในการส่งต่อไม่พร้อม และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในการส่งต่อโดยต้องให้การดูแลรักษาเร็วขึ้น โดยใช้กราฟดูแลการคลอด เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความก้าวหน้าของการคลอดที่ผิดปกติตั้งแต่เนิ่น ๆ
พ.ศ. 2537 (1994) Souberbeille และ คณะ(73)	เมือง Gabon ทวีปแอฟริกากลาง	ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดในประเทศกำลังพัฒนา โดยการเปรียบเทียบเด็กที่เกิดใหม่ทุกคน คลอดระหว่างเดือนเมษายน – ตุลาคม พ.ศ. 2527 อยู่ในกลุ่ม A และเด็กที่เกิดในช่วงเวลาเดียวกันใน พ.ศ. 2528 ผลการศึกษาพบว่า 1. ช่วยเพิ่มการเจาะถุงน้ำ 2. ไม่มีมารดาเสียชีวิต 3. การให้ oxytocin ลดลง
พ.ศ. 2537 (1994) องค์การอนามัยโลก (74)	ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย 4 แห่ง ประเทศไทย 2 แห่ง และประเทศมาเลเซีย 2 แห่ง	ศึกษาการใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกบริหารจัดการการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ 35,484 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1. สัดส่วนการเสริมการหดตัวของมดลูกด้วย oxytocin ลดลง 2. ระยะเวลาในการเจ็บครรภ์คลอดลดลง 3. จำนวนครั้งของการตรวจภายในลดลง 4. การตกเลือดหลังคลอดลดลง 5. การติดเชื้อหลังคลอดลดลงเล็กน้อย 6. อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลดลง หญิงตั้งครรภ์ที่กราฟเลข alert line และถึง action line พบอัตราการทำหัตถการ หรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่กราฟไม่ถึง alert line

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2538 (1995) วิทยาและคณะ (75)	โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น	ศึกษาการประยุกต์กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกในหญิงตั้งครรภ์ 1,500 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 750 คน กลุ่มแรกใช้กราฟดูแลการคลอด กลุ่มที่ 2 ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2537-30 พฤษภาคม 2538 ผลการศึกษาพบว่า 1. ลดสัดส่วนของการเสริมการเจ็บครรภ์คลอด 2. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องถูกเงินลดลง
พ.ศ. 2538 (1995) ประเสริฐ จิระพัฒน์ สกุล (76)	โรงพยาบาลพิจิตร	ศึกษาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และกราฟดูแลการคลอด ขององค์การอนามัยโลก ศึกษาย้อนหลัง 3 ปี คือ ปีงบประมาณ 2535, 2536 และ 2537 โดยในปีงบประมาณ 2536 มีการนำกราฟดูแลการคลอดมาใช้ ผลการศึกษาพบว่า 1. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในปีงบประมาณ 2536 ต่ำกว่าปีงบประมาณ 2535 และ 2537
พ.ศ. 2538 (1995) สรเสรีญ สุชะ วัชรินทร์ (22)	โรงพยาบาลชลบุรี	ศึกษาการคาดหมายการคลอดปกติ ในหญิงตั้งครรภ์แรก โดยการใช้กราฟแสดงอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก กลุ่มศึกษาทั้งหมด 1,296 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อน alert line กลุ่มที่ 2 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดหลัง alert line และกลุ่มที่ 3 เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดเมื่อกราฟข้าม action line พบว่า 1. กลุ่มที่ 1 คลอดปกติมากกว่ากลุ่มที่ 2 2. กลุ่มที่ 1 คลอด F/E และ V/E น้อยกว่ากลุ่มที่ 2 3. กลุ่มที่ 1 มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 4. ความก้าวหน้าในการเปิดขยายของปากมดลูกในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 แตกต่างกัน 5. ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 แตกต่างกัน

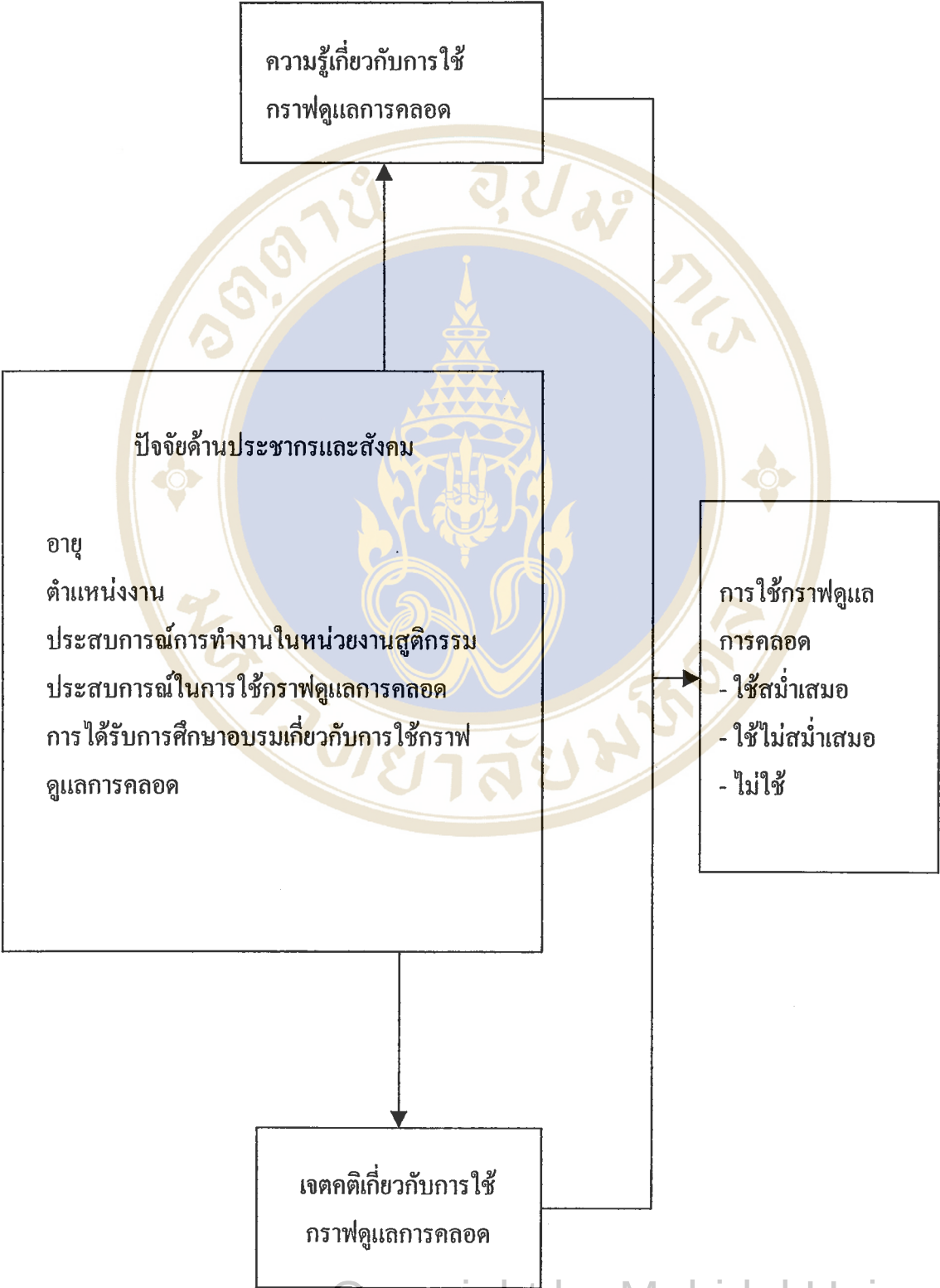
ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2538 (1995) สรรเสริญ สุชะ วัชรินทร์ (22) (ต่อ)	โรงพยาบาล ชลบุรี	6. ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่ม ที่ 2 แตกต่างกัน 7. เมื่อกราฟข้ามเส้น alert line จะสามารถตรวจ พบการคลอด โดยใช้สูตรศาสตร์หัตถการ (มี ความไวร้อยละ 83.1) (ในการศึกษานี้ไม่พบหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ 3)
พ.ศ. 2538 (1995) อรพินธ์ ไตรวนา ธรรม (23)	โรงพยาบาล สมุทรปราการ	ศึกษาประเมินผลการใช้กราฟดูแลการคลอดในหญิงตั้ง ครรภ์ 588 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1. กลุ่มที่มีระยะที่ 1 ของการคลอดปกติ คลอดได้ เองทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มที่มีระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ 2. กลุ่มที่ prolong latent phase ร่วมกับกราฟเลข action line มีอัตราการผ่าตัดทางหน้าท้องสูงที่ สูตรรองลงมาคือ กลุ่มที่กราฟเลข action line กลุ่มที่ prolong latent phase อย่างเดียวและ กลุ่มที่กราฟเลข alert line อย่างเดียวตามลำดับ
พ.ศ. 2538 (1995) วัลลดา อินธิแสง (24)	โรงพยาบาล สกลนคร	ศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัย โลก จากเวชระเบียนแบ่งเป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้และ ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-15 มกราคม 2538 จำนวน 800 ราย เป็นกลุ่มศึกษาและที่ คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2535 จำนวน 800 ราย เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบ ว่า 1. ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บครรภ์ลดลง 2. prolong latent phase มากกว่า 15 ชั่วโมงลดลง 3. prolong active phase มากกว่า 7 ชั่วโมงลดลง 4. การตรวจภายในมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง ลดลง

ตารางที่ 2 แสดงการศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ปีที่ศึกษา/ผู้ศึกษา	สถานที่ศึกษา	ผลการศึกษา
พ.ศ. 2538 (1995) วัลลดา อินธิแสง (24) (ต่อ)	โรงพยาบาล สกลนคร	5. การใช้สูตรศาสตร์หัตถการลดลง 6. ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดลดลง 7. การช่วยชีวิตทารกแรกคลอดและการตาย ของทารกปริกำเนิดลดลง
พ.ศ. 2538 (1995) Dujardin และ คณะ (77)	ประเทศ Benin, Congo และ Senegal	ศึกษาการใช้ oxytocin ในหญิงตั้งครรภ์ระยะเจ็บ ครรภ์คลอด โดยศึกษาแบบไปข้างหน้าใน 4 สถาน พยาบาลในตำบล ๆ ละ 451-1,048 ราย โดยใช้กราฟ ดูแลการคลอดประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ผลการศึกษาพบว่า 1. กราฟดูแลการคลอดที่ปกติใช้ oxytocin ร้อยละ 4.4 -21.5 2. การใช้ oxytocin จะมีอุบัติการณ์การช่วยฟื้น คืนชีพทารกแรกเกิดสูงกว่าไม่ได้รับ oxytocin

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป

3.1.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลห้องคลอดปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีตำแหน่งงานทั้งสิ้น 863 ตำแหน่ง

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดซึ่งปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป มีทั้งหมดเพียง 863 ตำแหน่ง ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปทุกโรงพยาบาลจำนวนแบบสอบถามที่ส่งเท่ากับจำนวนพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดที่มีอยู่ในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีโรงพยาบาลศูนย์ 24 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 68 แห่ง รวม 92 แห่ง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อขอหนังสือจากประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย พร้อมติดแสตมป์ และพิมพ์ชื่อที่อยู่ของผู้วิจัยด้านหลังแบบสอบถามทุกชุด เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ตอบแบบ

สอบถามในการส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามในวันที่ 23 มกราคม 2541 และขอความกรุณาให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งคืนภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2541 ซึ่งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน ร้อยละ 77.1

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ตำแหน่งงานประสบการณ์ในงานสุติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแปรอิสระในการวิจัย เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended Questions) และแบบปลายปิด (Close Ended Question) ซึ่งประกอบด้วยคำถามแบบให้เลือกตอบ (Multiple Choice Questions)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดลักษณะคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด (Right-Wrong) จำนวน 20 ข้อ แล้วนำมาจัดระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง คะแนนมากกว่า	$\bar{X} + 0.5 \text{ S.D.}$
ระดับปานกลาง	หมายถึง คะแนนระหว่าง	$\bar{X} \pm 0.5 \text{ S.D.}$
ระดับต่ำ	หมายถึง คะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - 0.5 \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่ทดสอบเจตคติ และ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scales) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เป็นแบบทดสอบเจตคติ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบละกันจำนวน 16 ข้อ

ข้อความที่แสดงความรู้สึกในด้านบวก (Positive Statement) ให้คะแนนคำตอบดังนี้

เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อความที่แสดงความรู้สึกในด้านลบ (Negative Statement) ให้คะแนนคำตอบดังนี้

เห็นด้วย	ให้คะแนน	1	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	3	คะแนน

โดยจัดระดับเจตคติออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

ระดับดี หมายถึง คะแนนมากกว่า $\bar{X} + 0.5 \text{ S.D.}$

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 0.5 \text{ S.D.}$

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - 0.5 \text{ S.D.}$

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถาม

3.4 วิธีสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กำหนดขอบเขตของปัญหาและสมมติฐานการวิจัยว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่ต้องการเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย
2. ค้นหาหาความรู้จากหนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบสอบถาม
3. พิจารณาแบบสอบถามที่ใช้ โดยคำนึงถึงขนาดของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา เพื่อสามารถตอบคำถามได้ง่ายสะดวกทั้งผู้ตอบ และผู้วิเคราะห์ข้อมูล
4. ร่างแบบสอบถาม โดยใช้คำถามที่อยู่ในขอบเขตของเนื้อหาที่กำหนด พยายามตั้งคำถามให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตรวจสอบ และเลือกว่าคำถามใด สามารถตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้
5. ตรวจสอบแก้ไขแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษาและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองเก็บข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมาย โดยผู้วิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดโรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 จำนวน 8 ชุด โรงพยาบาลแม่และเด็กศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จำนวน 10 ชุด โรงพยาบาลสนามชัยเขต จำนวน 5 ชุด โรงพยาบาลพนมสารคาม จำนวน 6 ชุด และโรงพยาบาลแปลงยาวจำนวน 2 ชุด รวม 31 ชุด แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) คือ K-R 20 (78,79) ในส่วนของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟและการคลอด ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 และโดยวิธีของครอนบัทซ์ (78,79) (Coefficient alpha by Cronbach's method) ในส่วนของแบบทดสอบเจตคติได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74 แล้วนำไปตรวจสอบแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

3.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

1. อายุ
2. ตำแหน่งงาน
3. ประสบการณ์ในการสูติกรรม
4. ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด
5. การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ซึ่งจัดอบรมโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด
2. เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด
3. การใช้กราฟดูผลการคลอด

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ตอบแบบสอบถามว่า เป็นประชากรที่ต้องการศึกษาหรือไม่ ซึ่งพบว่าเป็นแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 0.5 และ ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ใช่ประชากรที่ต้องการศึกษา ร้อยละ 5.2 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงแก้ไขข้อบกพร่อง ลงรหัสให้เรียบร้อย และลงบันทึกในแผ่น Diskette วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for Social Science / Personal Computer Plus)

2. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

2.1 สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษา บรรยายให้ทราบลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ นำค่าที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติวิเคราะห์ต่อไป

2.2 สถิติวิเคราะห์ (Analytic Statistics)

2.2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด การได้รับศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้ไคสแคว์ (chi-square test)

2.2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด การได้รับศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้ไคสแคว์ (chi-square test)

2.2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้ไคสแคว์ (chi-square test)

2.2.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้ไคสแคว์ (chi-square test)

2.2.5 วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้ไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้สถิติ one way anova (80) แต่ถ้าข้อมูลมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน และมีการกระจายแบบอิสระ จะทดสอบด้วยสถิตินอนพารามेटริก (non-parametric) Kruskal-Wallis one way anova

2.2.6 วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในกลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ กลุ่มที่ใช้ไม่สม่ำเสมอและกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้ สถิติ one way anova (80) แต่ถ้าข้อมูลมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน และมีการกระจายแบบอิสระ จะทดสอบด้วยสถิตินอนพารามेटริก (non-parametric) Kruskal-Wallis one way anova

บทที่ 4

ผลการวิจัย

จากการตรวจสอบแบบสอบถาม จำนวน 617 ราย (ร้อยละ 77.1) ผู้วิจัยได้ตัดแบบสอบถามออก 46 ชุด (ร้อยละ 5.7) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม 4 ชุด (ร้อยละ 0.5) ผู้ตอบไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา 42 ชุด (ร้อยละ 5.2) ฉะนั้นจำนวนพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 571 ราย (ร้อยละ 71.4)

การนำเสนอผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ความรู้ เจตคติและการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแคว์ (chi-square test)

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดกับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแคว์ (chi-square test)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้และระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดกับการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ไคสแคว์ (chi-square test)

5. การเปรียบเทียบระดับความรู้และเจตคติ ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดโดยใช้สถิติวิเคราะห์นอนพารามेटริก (non-parametric) Kruskal-Wallis one way anova

6. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยผู้วิจัยจัดรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นข้อเสนอแนะในด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ด้านรูปแบบของกราฟดูแลการคลอด นโยบายและการดำเนินงาน และนำเสนอข้อมูลในเชิงพรรณนาในรูปตารางแจกแจงความถี่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องคลอด ได้แก่ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์
ในงานสูติกรรม การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ประสบการณ์การใช้
กราฟดูแลการคลอด สถานที่ปฏิบัติงาน ระดับความรู้ ระดับเจตคติและการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.1 อายุของพยาบาลห้องคลอด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.5 ของพยาบาลห้องคลอด) อายุ
ระหว่าง 30-39 ปี โดยพยาบาลห้องคลอดที่มีอายุต่ำสุดคือ 20 ปี สูงสุด คือ 58 ปี และมีอายุเฉลี่ย
32.4 ปี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุของกลุ่มตัวอย่าง	พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	191	33.5
30-39 ปี	311	54.5
40-49 ปี	49	8.6
50 ปี ขึ้นไป	18	3.2
ไม่ตอบ	2	0.4
รวม	571	100.0

$\bar{X}$ = 32.4 ปี SD = 6.55 minimum 20 ปี maximum 58 ปี

1.2 ระดับตำแหน่งงาน พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งระดับที่ 5-6
โดยระดับที่ต่ำสุดคือ ที่ 3 สูงสุดคือ ที่ 8 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับตำแหน่งงาน

ระดับตำแหน่งของกลุ่ม		พยาบาล	
ตัวอย่าง	จำนวน		ร้อยละ
ที่3-ที่4	122		21.4
ที่5-ที่6	296		51.8
ที่7 ขึ้นไป	152		26.6
ไม่ตอบ	1		0.2
รวม	571		100.0

Minimum ที่ 3 maximum ที่ 8

1.3 ประสิทธิภาพในงานสุติกรรม พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี โดยประสิทธิภาพต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 29 ปี และมีประสิทธิภาพเฉลี่ย 8.24 ปี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสิทธิภาพในงานสุติกรรม

ประสิทธิภาพในงานสุติกรรม	พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
0-5 ปี	137	24.0
6-10 ปี	220	38.5
11 ปีขึ้นไป	204	35.7
ไม่ตอบ	10	1.8
รวม	571	100.0

$\bar{X} = 8.2$ ปี $SD = 5.56$ minimum 1 เดือน maximum 29 ปี

1.4 สถานที่ปฏิบัติงานกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ร้อยละ 66.7ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไปและอีกร้อยละ 33.3 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงาน	พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์	190	33.3
โรงพยาบาลทั่วไป	381	66.7
รวม	571	100.0

1.5 การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ซึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมโดยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต แผนกสุติกรรมในแต่ละโรงพยาบาลจัดอบรมกันเอง และร้อยละ 50 ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมาก่อน ดังแสดงในตารางที่ 7 ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรม ส่วนใหญ่เคยทราบเรื่องเกี่ยวกับการกราฟดูแลการคลอดมาก่อน ทั้งจากสถาบันการศึกษา หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับ		พยาบาล	
การใช้กราฟดูผลการคลอด	จำนวน		ร้อยละ
เคย	285		49.9
ไม่เคย	285		49.9
ไม่ตอบ	1		0.2
รวม	571		100.0

1.6 ประสิทธิภาพการใช้กราฟดูผลการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.7) เคยใช้กราฟดูผลการคลอดมาก่อน มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ไม่เคยใช้กราฟดูผลการคลอดเลย ในกลุ่มที่เคยใช้กราฟดูผลการคลอดและปัจจุบันยังใช้อยู่ ร้อยละ 86.0 และร้อยละ 10.7 เคยใช้กราฟดูผลการคลอดแต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว ดังแสดงในตารางที่ 8 สาเหตุที่เลิกใช้กลุ่มที่เลิกใช้แล้วให้เหตุผลว่า เลิกทำวิจัยแล้ว เสียเวลามาก บุคลากรไม่เพียงพอ แพทย์ไม่เห็นความสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องบางคนไม่เข้าใจหลักการการใช้กราฟดูผลการคลอดดีพอ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด

ประสบการณ์ในการใช้กราฟ		พยาบาล	
ดูผลการคลอด	จำนวน		ร้อยละ
เคยและปัจจุบันยังใช้อยู่	491		86.0
เคยแต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว	61		10.7
ไม่เคยใช้	19		3.3
รวม	571		100.0

1.7 การใช้กราฟดูผลการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยใช้กราฟดูผลการคลอด และปัจจุบันยังใช้อยู่ (ร้อยละ 86) แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ร้อยละ 51.5 กลุ่มที่ใช้ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 34.5 และร้อยละ 14 ปัจจุบันไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการใช้กราฟดูผลการคลอด

การใช้กราฟดูผลการคลอด	พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
ใช้สม่ำเสมอ	294	51.5
ใช้ไม่สม่ำเสมอ	197	34.5
ไม่ใช้	80	14.0
รวม	571	100.0

1.8 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.1) มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 24.5 เท่านั้น ที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดในระดับดี ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดต่ำสุดคือ 5 คะแนน สูงสุดคือ 20 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.6 คะแนนดังแสดงดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด	พยาบาล	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (18-20)	140	24.5
ระดับปานกลาง (15-17)	263	46.1
ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14)	168	29.4
รวม	571	100.0

$\bar{X}$ = 15.6 คะแนน SD = 2.6 minimum 5 คะแนน maximum 20 คะแนน

1.9 ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 36.1 และร้อยละ 42 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 21.9 ระดับคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 23 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 48 คะแนน และระดับคะแนนเจตคติเฉลี่ยเท่ากับ 44.3 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผล		พยาบาล
การคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (46-48)	206	36.1
ระดับปานกลาง (42-45)	240	42.0
ระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 41)	125	21.9
รวม	571	100.0

$\bar{X}$ = 43.4 คะแนน SD = 4.18 minimum 23 ปี maximum 48 ปี

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของพยาบาลห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุของพยาบาลห้องคลอด กับระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่ากลุ่มตัวอย่างในทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 42.9-50.0) กลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดระดับดีมากกว่าระดับต่ำ กลุ่มอายุ 20-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดระดับต่ำมากกว่าระดับดี เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอด กับระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่า อายุของพยาบาลห้องคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.0147 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

อายุของพยาบาล ห้องคลอด	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	39	20.4	82	42.9	70	36.7	191	100
30-39 ปี	80	25.7	149	47.9	82	26.4	311	100
40-49 ปี	15	30.6	22	44.9	12	24.5	49	100
50 ปีขึ้นไป	5	27.8	9	50.0	4	22.2	18	100
รวม	139	24.4	262	46.0	168	29.5	569	100

$\chi^2 = 5.9555$ df = 6 P-value = 0.0147

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับตำแหน่งงาน กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด จะเห็นได้ว่าเมื่อตำแหน่งงานสูงขึ้นพยาบาลห้องคลอดที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดในระดับดีจะมากขึ้น พยาบาลห้องคลอดที่มีระดับความรู้ปานกลางในแต่ละตำแหน่งงานใกล้เคียงกัน พยาบาลห้องคลอดที่มีระดับความรู้ต่ำลดลงเมื่อตำแหน่งงานสูงขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งงานกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าระดับตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.023 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ระดับตำแหน่ง	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชี3-ชี4	20	16.4	49	40.2	53	43.4	122	100
ชี5-ชี6	75	25.4	141	47.6	80	27.0	296	100
ชี 7 ขึ้นไป	44	28.9	73	48.0	35	23.1	152	100
รวม	139	24.4	262	46.0	168	29.5	570	100

$\chi^2 = 16.6296$ df = 4 P-value = 0.0023

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ในงานสูติกรรม ของพยาบาลห้องคลอด กับ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประสพการณ์ในงานสูติกรรมพบว่า พยาบาลห้องคลอดที่มีประสพการณ์ในงานสูติกรรม 11 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้ระดับดี และปานกลางมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์ในงานสูติกรรม 5-10 ปี และ 0-5 ปี พยาบาลห้องคลอดที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำพบว่าในกลุ่มที่มีประสพการณ์ในงานสูติกรรม 0-5 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีประสพการณ์ในงานสูติกรรม 5-10 ปี และกลุ่มที่มีประสพการณ์ในงานสูติกรรม 11 ปีขึ้นไป ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ในงานสูติกรรมกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าประสพการณ์ในงานสูติกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.0425 ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ประสพการณ์ในงานสูติกรรมของพยาบาลห้องคลอด กับ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ประสพการณ์ใน งานสูติกรรม	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-5 ปี	26	18.9	59	43.1	52	38.0	137	100
6-10 ปี	57	25.9	96	43.6	67	30.5	220	100
11 ปีขึ้นไป	56	27.5	101	49.5	47	23.0	204	100
รวม	139	24.4	256	45.6	166	29.6	561	100

$\chi^2 = 9.87853$ df = 4 P-value = 0.0425

24. ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ซึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่า พยาบาลห้องคลอดที่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดมีคะแนนความรู้ระดับดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่มีคะแนนความรู้ปานกลาง ใกล้เคียงกันทั้งในกลุ่มที่เคย และไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มที่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด มีคะแนนความรู้ระดับต่ำน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ ระหว่างการ ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟ

ดูผลการคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.0377 ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

การได้รับการศึกษา อบรมเกี่ยวกับการใช้ กราฟดูผลการคลอด	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับ	82	28.8	129	45.3	74	25.9	285	100
ไม่เคยได้รับ	58	20.4	133	46.7	94	32.9	285	100
รวม	139	24.6	256	46.9	168	29.5	570	100

$\chi^2 = 6.5563 \quad df = 2 \quad P\text{-value} = 0.0377$

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการประสพการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประสพการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มที่เคยใช้กราฟดูผลการคลอดและปัจจุบันยังใช้อยู่ มีคะแนนความรู้ระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับต่ำ และระดับดีตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้วส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ปานกลาง รองลงมาคือ ระดับดีและระดับต่ำตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าประสพการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.1663 ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาล ห้องคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ประสบการณ์ใน การใช้กราฟ ดูผลการคลอด	ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	120	24.4	230	46.9	141	28.7	491	100
เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว	19	31.2	24	39.3	18	29.5	61	100
ไม่เคยใช้	1	5.2	9	47.4	9	47.4	19	100
รวม	140	25.4	263	46.1	168	29.4	571	100

$\chi^2 = 6.4755$ df = 4 P-value = 0.1663

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของพยาบาลห้องคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่ากลุ่มพยาบาลห้องคลอดในทุกกลุ่มอายุ มีเจตคติระดับดี ปานกลาง และต่ำใกล้เคียงกัน เมื่อทดสอบทางสถิติความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอด กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.9410 ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

อายุของพยาบาล ห้องคลอด	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20-29 ปี	66	34.6	83	43.5	42	21.9	191	100
30-39 ปี	116	37.5	129	41.5	66	21.2	311	100
40-49 ปี	15	30.6	22	44.9	12	24.5	49	100
50 ปีขึ้นไป	8	44.5	6	33.3	4	22.2	18	100
รวม	205	36.0	240	42.2	168	29.5	569	100.0

$\chi^2 = 1.7520$ df = 6 P-value = 0.9410

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าในทุกระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอดมีเจตคติระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือระดับดี และระดับต่ำตามลำดับ เมื่อพิจารณากลุ่มผู้มีเจตคติระดับดี จะเห็นได้ว่า เมื่อระดับตำแหน่งงานสูงขึ้น พยาบาลห้องคลอดที่มีเจตคติระดับดีมากขึ้น แต่ในกลุ่มที่มีเจตคติระดับปานกลางมีตำแหน่งงานระดับ ซี3-ซี4 มากที่สุด และในกลุ่มผู้มีเจตคติระดับต่ำ มีตำแหน่งงานระดับ ซี5-ซี6 มากที่สุด เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดพบว่าตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.3244 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับตำแหน่งงานของพยาบาลห้องคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ระดับตำแหน่ง	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชี3-ชี4	39	31.9	59	48.4	24	19.7	122	100
ชี5-ชี6	109	36.8	115	38.9	72	24.3	296	100
ชี 7 ขึ้นไป	58	38.2	66	43.4	28	18.4	152	100
รวม	206	36.1	240	42.1	124	21.8	570	100.0

$$\chi^2 = 4.6562 \quad df = 4 \quad P\text{-value} = 0.3244$$

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในงานสูติกรรมของพยาบาลห้องคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประสบการณ์ในงานสูติกรรมกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าพยาบาลห้องคลอดที่มีประสบการณ์ 0-5 ปี มีระดับเจตคติระดับดีมากที่สุด รองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำตามลำดับ กลุ่มที่มีประสบการณ์ 6-10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป มีระดับเจตคติระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับดี และระดับต่ำตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในงานสูติกรรมกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าประสบการณ์ในงานสูติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.3838$ ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในงานสูติกรรมของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ประสบการณ์ในงานสูติกรรม	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-5 ปี	58	42.3	53	38.7	26	19.0	137	100
6-10 ปี	73	33.2	93	42.3	54	24.5	220	100
11 ปีขึ้นไป	71	31.7	91	40.6	42	18.7	224	100
รวม	202	36.0	237	42.2	122	21.7	561	100.0

$$\chi^2 = 4.1752 \quad df = 4 \quad P\text{-value} = 0.3828$$

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับ ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่ากลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีเจตคติระดับดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด และมีเจตติระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดเล็กน้อย เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างการ ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0150 ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

การได้รับการศึกษา อบรมเกี่ยวกับการใช้ กราฟดูแลการคลอด	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับ	119	41.8	113	39.6	53	18.6	285	100
ไม่เคยได้รับ	87	30.5	127	44.6	71	24.5	285	100
รวม	206	36.1	240	42.1	124	21.8	570	100.0

$\chi^2 = 8.4004$ $df = 2$ $P\text{-value} = 0.0150$

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่ากลุ่มที่เคยใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่ มีเจตคติระดับดีและปานกลางมากกว่ากลุ่มที่เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว และกลุ่มที่ไม่เคยใช้ ส่วนเจตคติระดับต่ำพบมากในกลุ่มที่ไม่เคยใช้มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว และกลุ่มที่เคยใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0001 ดังแสดงใน ตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดกับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ประสบการณ์ใน การใช้กราฟ ดูผลการคลอด	ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้และปัจจุบันยังใช้อยู่	194	39.5	213	43.4	84	17.1	491	100
เคยใช้แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว	10	16.4	22	36.1	29	47.5	61	100
ไม่เคยใช้	2	10.5	5	26.3	12	63.2	19	100
รวม	206	36.1	240	42.0	125	21.9	571	100.0

$\chi^2 = 51.1726$ df = 4 P-value = 0.0001

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด กับการใช้กราฟดูผลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่ากลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง กลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.4501 ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ กราฟดูผลการคลอด	การใช้กราฟดูผลการคลอด							
	ใช้สม่ำเสมอ		ใช้ไม่สม่ำเสมอ		ไม่ใช้		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (18-20)	64	45.7	57	40.7	19	13.6	140	100
ระดับปานกลาง (15-17)	155	58.9	76	28.9	32	12.2	263	100
ระดับต่ำ (5-14)	75	44.6	64	11.2	29	17.3	168	100
รวม	294	51.5	197	34.5	80	14.0	571	100

$\chi^2 = 0.5703$ df = 4 P-value = 0.4501

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับ การใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่ากลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดี กลุ่มที่ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแลการคลอดส่วนใหญ่มีเจตคติระดับต่ำ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดกับการใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0001 ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับ การใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด

เจตคติเกี่ยวกับการใช้ กราฟดูแลการคลอด	การใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ใช้สม่ำเสมอ		ใช้ไม่สม่ำเสมอ		ไม่ใช้		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (46-48)	153	74.3	40	19.4	13	6.3	206	100
ระดับปานกลาง (42-45)	122	50.8	92	38.3	26	10.9	240	100
ระดับต่ำ (23-41)	19	15.2	65	52.0	41	32.8	125	100
รวม	294	51.5	197	34.5	80	14.0	571	100.0

$\chi^2 = 150.2295$ df = 4 P-value = 0.0001

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มของพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอและกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด

5.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณากลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับดีและระดับต่ำตามลำดับ กลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี รองลงมาคือระดับต่ำและระดับปานกลางตามลำดับ และกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ รองลงมาคือ ระดับปานกลางและ

ระดับดีตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความแตกต่างระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด มีระดับความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value =0.5914 ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 แสดงการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดในกลุ่มพยาบาลห้องคลอด ที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด

ความรู้เกี่ยวกับการใช้			การใช้กราฟดูแลการคลอด					
กราฟดูแลการคลอด	ใช้สม่ำเสมอ		ใช้ไม่สม่ำเสมอ		ไม่ใช้		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (18-20)	64	45.7	57	40.7	19	13.6	140	100
ระดับปานกลาง (15-17)	155	58.9	76	28.9	32	12.2	263	100
ระดับต่ำ (5-14)	75	44.6	64	38.1	29	17.3	168	100
รวม	294	51.5	197	34.5	80	14.0	571	100
mean rank	222.24		341.44		383.79			

Kruskal - Wallis 1 way anova

$\chi^2 = 1.0504$ df = 1 P-value = 0.5914

* ความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน (Levene test for homogeneity of variances significant P-value< 0.05)

** ข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ (Kolmogorov-smirnov test significant P-value<0.05)

5.2 การเปรียบเทียบเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด เมื่อพิจารณากลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดีรองลงมา คือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำตามลำดับ กลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดไม่สม่ำเสมอและไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ รองลงมาคือระดับปานกลางและระดับดีตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติหาความแตกต่างระหว่างระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอและกลุ่มที่ไม่ใช้



กราฟดูแลการคลอด พบว่าระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด มีระดับเจตคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.0001$ ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 แสดงการเปรียบเทียบระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และในกลุ่มที่ไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด

เจตคติเกี่ยวกับการใช้ กราฟดูแลการคลอด	การใช้กราฟดูแลการคลอด							
	ใช้สม่ำเสมอ		ใช้ไม่สม่ำเสมอ		ไม่ใช้		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (46-48)	153	26.8	40	7.0	13	2.3	206	36.1
ระดับปานกลาง (42-45)	122	21.4	92	16.1	26	4.6	240	42.0
ระดับต่ำ (23-41)	19	3.3	65	11.4	41	7.2	125	21.0
รวม	294	51.5	197	34.5	80	14.0	571	100.0
mean rank	283.11		283.71		302.26			

Kruskal - Wallis 1 way anova

$$\chi^2 = 108.5596 \text{ df} = 2 \quad P\text{-value} = 0.0001$$

* ความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน (Levene test for homogeneity of variances significant $P\text{-value} < 0.05$)

** ข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ (Kolmogorov- smirnov test significant $P\text{-value} < 0.05$)

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

นอกจากการวัดระดับความรู้ และเจตคติแล้ว ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเสนอแนะและแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม ในส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม มีผู้เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะเสนอผลการศึกษาในเชิงบรรยาย โดยนำความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่คล้ายกันมาแจกแจงความถี่โดยแบ่งข้อเสนอแนะ และความคิดเห็นเป็น 3 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 แสดงข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็น		ผู้เสนอแนะ/ความคิดเห็น	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง				
1.	แพทย์ควรยอมรับ สนใจ เห็นความสำคัญของการใช้กราฟดูแลการคลอด	51	32.1	
2.	แพทย์ควรใช้หลักของกราฟดูแลการคลอดทั้งในผู้คลอดสามัญและผู้คลอดพิเศษ	13	8.2	
3.	ผู้คลอด HIV Positive จะไม่ได้รับความสนใจจากแพทย์แม้กราฟจะตกเส้น Action line	3	1.9	
4.	พยาบาลควรให้ ยอมรับ สนใจ เห็นความสำคัญของการใช้กราฟดูแลการคลอด	7	4.4	
5.	พยาบาลห้องคลอดควรมีทักษะในการตรวจภายใน การจับ contraction ที่ถูกต้อง และควรมีความชำนาญในการใช้กราฟดูแลการคลอดและการแปลผล	10	6.3	
6.	การบันทึกกราฟดูแลการคลอดพยาบาลเทคนิคสามารถช่วยบันทึกได้	10	6.3	
7.	ทั้งสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอดควรมีหลักในการใช้กราฟดูแลการคลอดไปในทางเดียวกัน ในทุกโรงพยาบาล	25	15.7	
8.	ควรมีการบันทึกอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	3	1.9	

ด้านรูปแบบและหลักการใช้กราฟดูแลการคลอด

- | | | |
|--|----|------|
| 1. ควรมีการปรับปรุงรูปแบบของกราฟดูแลการคลอด ให้เหมาะสม เนื่องจากรูปแบบของกราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลก ละเอียดมาก ซ้ำซ้อน มีข้อมูลมากเกินไปเวลาในการบันทึก ควรปรับให้ง่ายขึ้น | 38 | 23.9 |
|--|----|------|

ตารางที่ 26 แสดงข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด (ต่อ)

ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น	ผู้เสนอแนะ/ข้อคิดเห็น	
	จำนวน	ร้อยละ
ด้านรูปแบบ และหลักการใช้กราฟดูผลการคลอด (ต่อ)		
2. ควรจัดอบรมสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอดเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดในต่างจังหวัดให้ทั่วถึง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้แสดงความคิดเห็น	28	17.6
3. สถาบันที่ผลิตแพทย์และพยาบาล ควรมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด และควรเป็นไปในแนวทางเดียวกัน	25	15.7
4. ควรมีนโยบายส่งเสริมการใช้กราฟดูผลการคลอด ในทุกโรงพยาบาล ทั้งในสถานีนอyman โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในสถาบันของกระทรวงสาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย	26	16.4
5. ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์และกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดการใช้กราฟดูผลการคลอด เป็นมาตรฐานในการดูผลการคลอด	2	1.3
ด้านนโยบายและการบริหารจัดการ		
1. ควรมีการทำวิจัยเปรียบเทียบผลการใช้กราฟดูผลการคลอด กับใบ labour record	1	0.6
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีความพร้อมเมื่อจะส่งต่อผู้คลอดควรแนบกราฟดูผลการคลอดมาด้วย	6	3.8
3. ก่อนใช้กราฟดูผลการคลอด ควรมีการอบรมให้เข้าใจเป็นแนวทางเดียวกันก่อน และเมื่อปฏิบัติไประยะหนึ่ง ควรมีการประเมินผลโดยการให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็น	2	1.3

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัย ได้แบ่งการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ คือ

1. ผลการวิจัยและการตอบสมมติฐาน
2. ระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูลที่ใช้การวิจัย

1. ผลการวิจัยและการตอบสมมติฐาน

ในส่วนของผลการวิจัย และการตอบสมมติฐาน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.1 ระดับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 571 ราย มีระดับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางและดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข มีการรณรงค์ส่งเสริมการใช้กราฟดูผลการคลอด โดยการจัดการอบรมและการเผยแพร่เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เพื่อพัฒนางานห้องคลอดในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย (51) และในปัจจุบันมีการกำหนดการใช้กราฟดูผลการคลอด เป็นมาตรฐานในการดูผลการคลอดของโรงพยาบาลลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยอีกด้วย

1.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด และการได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

จากสมมติฐานข้อที่ 1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิรัช รัตนมณีโชติ (81) พบว่า อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีผลต่อระดับความรู้ของพยาบาลต่อการบริจาคอวัยวะ Carter (26) และ Merriam Webster (33) กล่าวว่าความรู้เป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์รวบรวมจากประสบการณ์ และต้องอาศัยเวลาในการเรียนรู้

จากการทดสอบทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด กับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอดไม่มีความสัมพันธ์ กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เนื่องจากการส่งเสริมและเผยแพร่ให้มีการใช้กราฟดูแลการคลอด ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลอำเภอ และสถานอนามัย (20) จึงทำให้มีการศึกษาอบรม และ เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมากขึ้น ทำให้พยาบาลห้องคลอดมีระดับความรู้สูงขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด สรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดขึ้นกับ อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทางสูติกรรม การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด แต่ไม่ขึ้นกับประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูแลการคลอด และ การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 2 อายุ ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอดและการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอดมีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

จากสมมติฐานข้อที่ 2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด และประสบการณ์การใช้กราฟดูแลการคลอด มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด สอดคล้องกับแนวความคิดของ Foster(43)และกมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (48) ที่กล่าวว่าเจตคติเกิดจากประสบการณ์เฉพาะด้านของบุคคล จากการได้พบ ได้เห็น ได้กระทำ ได้สัมผัส

เคย กับสิ่งนั้นด้วยตนเอง และรู้สึกประทับใจต่อประสบการณ์นั้นทำให้เกิดเจตคติได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของบุปผา ศิริรัมย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (82) ที่ว่าประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเจตคติที่ดีต่องานในหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล

อายุ และ ระดับตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ซึ่งขัดแย้งกับแนวความคิดของ Oskamp (45) ประภาเพ็ญ สุวรรณ (38) พรพิมล วรวิฑูรพวงศ์ (46) ที่กล่าวว่า อายุ การศึกษา กลุ่มสังคมทำให้นุคคลนั้นมีเจตคติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกัน ประสบการณ์ในงานด้านสูติกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด อาจเนื่องจากผู้มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในห้องคลอดมานาน อาจไม่มีประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด หรือมีประสบการณ์น้อย เนื่องจากเริ่มมีการรณรงค์การใช้กราฟดูผลการคลอด ในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2536 มานี้เอง (51) สรุปได้ว่า ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดขึ้นกับ การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด และ ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่ขึ้นกับ อายุ ระดับตำแหน่งงานและประสบการณ์ในงานสูติกรรม

1.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และ เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 3 ความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดมีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอด

จากสมมติฐานข้อที่ 3 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอด ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด มีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดประภาเพ็ญ สุวรรณ (38) ที่กล่าวว่ากิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำต้องอาศัยความรู้ และ เจตคติเป็นองค์ประกอบ แต่ความรู้อย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (39) กล่าวว่าความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติได้ ไม่มีการทำนาขพฤติกรรมด้วยความรู้อย่างชัดเจน จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ขึ้นอยู่กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด แต่ไม่ขึ้นกับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

1.5 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 4 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดแตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Ajzen และ Fishbein (39) ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอจะทำให้เกิดการปฏิบัติได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงพบว่าพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดไม่แตกต่างกัน

1.6 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

สมมติฐานข้อที่ 5 เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดแตกต่างกัน

จากสมมติฐานข้อที่ 5 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด แตกต่างกันในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ (38) ที่กล่าวว่าเจตคติเป็นสิ่งที่กำหนดแนวโน้มของการปฏิบัติ และจากการศึกษาของพวงน้อย สาครรัตนกุล (83) พบว่าเจตคติในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีความแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้มีผลการศึกษาสอดคล้องกัน จะเห็นได้ว่าเจตคติมีความสำคัญต่อการใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

2. ระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูลที่ทำการศึกษา

2.1 รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์จากแหล่งข้อมูลโดยตรง (Primary Source) ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงจากกลุ่มประชากร

ที่ศึกษา สะดวกในการตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถาม และส่งคืนผู้วิจัยได้โดยตรงทางไปรษณีย์โดยผู้วิจัยติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ผู้วิจัยด้านหลังของแบบสอบถามทุกชุด

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดเป็นผู้ให้การดูแลผู้คลอดและใช้กราฟดูแลการคลอด ดูแลในระบะที่ 1 ของการคลอด และขณะนี้เป็นเป้าหมายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการรณรงค์ส่งเสริมการใช้กราฟดูแลการคลอด เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการดูแลการคลอดในโรงพยาบาลถูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งหมดเป็นกลุ่มประชากรไม่ใหญ่นัก คือ จำนวนพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดจริง มีเพียงประมาณ 800 ราย ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดทุกราย ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ได้แบบสอบถามคืนให้มากที่สุดซึ่งจะเป็นตัวแทนของประชากรได้ดี ซึ่งจำนวนแบบสอบถามที่ได้ มีถึง 571 ชุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 และมีผู้ตอบแบบสอบถามครบทุกภาค ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จึงถือได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ดี แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เฉพาะระยะเวลาใด เวลาหนึ่งเท่านั้น (Cross-sectional study)

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แม้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้จะผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และ ผ่านการทดลองใช้มีค่าความเที่ยงในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด เท่ากับ 0.76 และในส่วนของเจตคติเท่ากับ 0.74 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้ในการวิจัยนี้ แต่อาจมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง ดังนี้

2.3.1 ส่วนของคุณลักษณะทั่วไป พบว่า มีคำถามที่ยังไม่เด่นชัด ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับกราฟดูแลการคลอด ซึ่งจัดโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถามเพียงว่า เคยได้รับหรือไม่ ทำให้ไม่สามารถวัดรายละเอียดของการศึกษาอบรมได้ เนื่องจากไม่ทราบระยะเวลาที่ใช้ในการอบรม ซึ่งทำให้ไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาอบรมมากน้อยเพียงใด

2.3.2 ส่วนแบบวัดความรู้และเจตคติ ผู้วิจัยได้กำหนด จำนวนข้อคำถามเองให้ครอบคลุมตามเนื้อหา อย่างไรก็ตามถ้ามีการเพิ่มข้อคำถามให้มากขึ้น หรือน้อยลงอาจทำให้ความรู้และเจตคติเปลี่ยนแปลงได้

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยทุกโรงพยาบาล เท่ากับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดในแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 800 คน มีผู้ส่งแบบสอบถาม ชำกว่ากำหนดไปบ้างโดยรีบส่ง EMS กลับมาบ้าง ซึ่งผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนถึง 617 ชุด คิดเป็นร้อยละ 77.1 ซึ่งถือว่าได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ก็มีข้อผิดพลาดได้ เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถทราบได้ว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง หรือมีการตอบตามกันหรือไม่ซึ่งเป็นข้อผิดพลาดที่พบได้ในการตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั่วไป แต่ผู้วิจัยเลือกวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยมีระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ประกอบกับสถานที่ปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างห่างไกลกัน ทำให้ไม่สามารถไปสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณลักษณะทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และ เจตคติเกี่ยวกับการใช้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ส่วนในการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอและไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ใช้สถิติทดสอบนอนพารามेटริก (non-parametric) Kruskal-Wallis one way anova (80) ไม่สามารถใช้ one way anova ได้เนื่องจาก เมื่อทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล พบว่าความแปรปรวนของข้อมูลในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน และเมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิตินี้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศไทย จำนวน 800 ชุด ได้รับคืน 617 ชุด คิดเป็นร้อยละ 77.1 แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จำนวน 46 ชุด คงเหลือแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 571 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.4 แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามดังนี้แบบวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และแบบวัดเจตคติเท่ากับ 0.74 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม - 28 กุมภาพันธ์ 2541 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package For the Social Science/Personal Computer plus) เพื่อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้ไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด และใช้สถิตินอนพารามेटริก (non-parametric) Kruskal-Wallis one way anova เปรียบเทียบระดับความรู้ และเจตคติ ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูแลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูแลการคลอด ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 58 ปี มีตำแหน่งงาน ระดับซี 5 - ซี 6 มากที่สุด ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในงานสูติกรรม 6-10 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 เดือน สูงสุด 29 ปี ร้อยละ 96.7 เคยใช้กราฟดูแลการคลอด และมีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่ไม่เคยใช้กราฟดูแลการคลอด กลุ่มที่เคยใช้กราฟดูแลการคลอด และปัจจุบันยังใช้อยู่ ร้อยละ 86 อีกร้อยละ 10.7 เคยใช้ แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้ว

สาเหตุที่เลิกใช้เนื่องจาก เลิกวิจัยแล้ว ใช้เวลาในการบันทึกงาน บุคลากรไม่เพียงพอ แพทย์ไม่ให้ความสนใจ ไม่เห็นความสำคัญ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องบางคนไม่เข้าใจหลักการใช้กราฟดูผลการคลอดดีพอ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.5 ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ร้อยละ 34.5 ใช้ไม่สม่ำเสมอ และอีกร้อยละ 14 ไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ส่วนใหญ่มีความรู้ปานกลาง รองลงมาคือ ระดับต่ำและระดับดีตามลำดับ (ร้อยละ 46.1, 29.4 และ 24.5) ระดับคะแนนความรู้ต่ำสุดคือ 5 คะแนน สูงสุดคือ 20 คะแนน มีเจตคติระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมา คือระดับดีและระดับต่ำตามลำดับ (ร้อยละ 42.0, 36.1 และ 21.9) ระดับคะแนนต่ำสุดคือ 23 คะแนน และสูงสุดคือ 48 คะแนน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

พบว่าอายุ ระดับตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม การได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ประสบการณ์การใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในงานสูติกรรม ประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

พบว่าการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด และประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอด มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด อายุ ระดับตำแหน่งงาน และประสบการณ์ในงานสูติกรรม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติ กับการใช้กราฟดูผลการคลอด

พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอด หรือไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด ส่วนระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดมีความสัมพันธ์กับการใช้กราฟดูผลการคลอด

5. การเปรียบเทียบระดับความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาล ห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอและไม่ใช้กราฟดูผลการคลอด

พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้กราฟดูผลการคลอดสม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอและไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ในกลุ่มพยาบาลห้องคลอดที่ใช้สม่ำเสมอ ใช้ไม่สม่ำเสมอ และไม่ใช้กราฟดูผลการคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.8 เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ส่วนใหญ่เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงในด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านนโยบาย การดำเนินงาน และรูปแบบและหลักการของการใช้กราฟดูผลการคลอด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด และประสบการณ์ในการใช้กราฟดูผลการคลอดเท่านั้นที่มีผลต่อเจตคติต่อการใช้กราฟดูผลการคลอดและเจตคติเท่านั้นที่มีผลต่อการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด แต่ความรู้ไม่มีผลต่อการใช้กราฟดูผลการคลอด แต่ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอดของพยาบาลห้องคลอดส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับต่ำ ดังนั้นถ้ากระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด พร้อมทั้งมีการทดลองบันทึกกราฟดูผลการคลอด และเน้นส่งเสริมให้พยาบาลห้องคลอดมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด จะทำให้พยาบาลห้องคลอดใช้กราฟดูผลการคลอดช่วยในการดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

1.2 กลุ่มพยาบาลห้องคลอด ที่เคยใช้กราฟดูผลการคลอด แต่ปัจจุบันเลิกใช้แล้วให้เหตุผลว่าเนื่องจากเลิกทำวิจัยแล้ว แพทย์พยาบาลไม่สนใจ ไม่เห็นความสำคัญ เพิ่มงาน บุคลากรน้อย ถ้ามีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ตั้งแต่ในสถาบันการศึกษา หรืออบรมฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูผลการคลอด ให้ทั้งแพทย์และพยาบาลห้องคลอดให้เห็นความ

สำคัญของการใช้กราฟดูแลการคลอด มีความเข้าใจในทางเดียวกัน มีความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้กราฟดูแลการคลอด อาจจะทำให้มีการนำกราฟดูแลการคลอดมาช่วยในการดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

1.3 ผลการวิจัยในส่วนข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 ด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องมีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นว่าแพทย์พยาบาลห้องคลอด ควรยอมรับ สนใจเห็นความสำคัญ มีหลักการบันทึกไปในทางเดียวกัน มีความชำนาญในการตรวจและการบันทึกกราฟดูแลการคลอด อบรมพยาบาลเทคนิคช่วยบันทึก และไม่เลือกปฏิบัติในผู้คลอดบางราย ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าปฏิบัติตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นดังกล่าวได้จะทำให้มีการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

1.3.2 ด้านรูปแบบ วิธีการ และหลักการบันทึกกราฟดูแลการคลอด กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นว่า ควรมีการปรับปรุงรูปแบบ วิธีการบันทึก และหลักในการใช้ให้ช่วยลดความซ้ำซ้อนกับใบบันทึกอื่น ๆ และมีรูปแบบ วิธีการบันทึก และหลักการบันทึกให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ อาจจะทำให้มีการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

1.3.3 ด้านนโยบายและการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นว่าควรจัดอบรมแพทย์และพยาบาลห้องคลอด ให้เข้าใจหลักการใช้กราฟดูแลการคลอดไปในทางเดียวกันทั่วประเทศ กำหนดเป็นมาตรฐานในการดูแลการคลอด มีการจัดทำคู่มือที่ง่าย มีการส่งเสริมให้มีการวิจัยเกี่ยวกับกราฟดูแลการคลอดมากขึ้น และควรมีการประเมินผลการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็น ซึ่งข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าปฏิบัติได้จะทำให้มีการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้กราฟดูแลการคลอดในสูติแพทย์และพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย และจำแนกรายภาค

1.4 ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้กราฟดูแลการคลอด และการบันทึกแบบเดิม

1.5 ศึกษาปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง รูปแบบและหลักการใช้กราฟดูแลการคลอด นโยบายและการดำเนินงานที่มีผลต่อการใช้กราฟดูแลการคลอด

1.5 ศึกษาผลการใช้กราฟดูแลการคลอด โดยศึกษาแบบไปข้างหน้า

1.6 ศึกษาความไวและความจำเพาะของกราฟดูแลการคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. ชาดิชัย ศรีสมบัติ, ยงยุทธ เหราบัตย์. การบริหารการคลอด. ใน : ธวัช เจตน์สว่างศรี, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์พื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2539:117-23.
2. ยงยุทธ เหราบัตย์, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การเจ็บครรภ์คลอดเนิ่นนาน. ใน : ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี 1. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพบลิชชิง, 2539:235-48.
3. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, กำแหง จาตุรจินดา. การตายของมารดา. ใน: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี1. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก แพบลิชชิง, 2539:37-56
4. จันทรัตน์ ระเบียบ โลก. กลวิธีการดำเนินงานเพื่อผลสัมฤทธิ์เป้าหมายลดภาวะการตาย. วารสารอนามัยครอบครัว 2539;24(2):33-40.
5. World Health Organization. Maternal mortality figures substantially underestimated new study says. Geneva: World Health Organization Press office, 1996:1-2.
6. นันทา อ่วมกุล. การตายเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด: ทางช่วยให้สตรีรอดพ้นเส้นทางสู่ความตาย. วารสารอนามัยครอบครัว 2530;15(2):16-25.
7. World Health Organization. Interregional meeting on the prevention of maternal mortality. WHO Chronicle 1986;40(5):175-83.
8. Cunningham FG, Mc Donald PC, Gant NF, Leveno KY, Gant NF, Leveno KY, Gilstrap LC, Hankins. Williams Obstetrics. 20th ed. New Jersey: Prentice-Hall International, 1997: 4415-32.
9. ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. Perinatal mortality: National socio-economic and health status. การประชุมวิชาการ ประจำปี 2539. สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย ไทย 7-8 พฤศจิกายน 2539; โรงแรมริเจนท์ชะอำปีชีรีสอร์ท เพชรบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2539 : 69.
10. World Health Organization .Perinatal mortality. A listing of available information, Family and Reproductive Health. Geneva: WHO, 1995:1-2.

11. ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, กำแพง จาตุรจินดา. การตายของทารกปริกำเนิด. ใน: ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี 1. กรุงเทพมหานคร:โฮลิสติก แพบลิชชิง, 2539:61-82.
12. สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. ความพิการแต่กำเนิด:ความรุนแรงของปัญหาและแนวทางแก้ไข. การประชุมวิชาการ ประจำปี 2540 สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย 12-14 พฤศจิกายน 2540:โรงแรมริเจนท์ชะอำปีศรีสอร์ท เพชรบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2540:15.
13. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, สุวชัย อินทรประเสริฐ. สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์. การอบรมฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 9 และการประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาครั้งที่ 1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 21-24 เมษายน 2540; โรงแรมโซลทวิน ทาวเวอร์:ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2540:8.
14. คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ. แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544). กรุงเทพมหานคร:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539:54-6.
15. O'Driscoll K, Meaher J. Active management of labour. The Dublin experience 2nd ed. Dublin : Bailliere Tindall, 1986:1-111.
16. Thornton JG. Active mangement of Labour. Obstet Gynecol 1997, 9 : 366 – 9.
17. ขงบุทท เหราบัตย์, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การเจ็บครรภ์คลอดในมารดาครรภ์แรก. ใน:ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, วินิต พัวประดิษฐ์, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์รามธิบดี 2. กรุงเทพมหานคร:โฮลิสติก แพบลิชชิง, 2540:191-203.
18. World Health Organization. Maternal health and safe motherhood programme. Progress report update, Geneva:WHO,1991:11-5.
19. World Health Organization. Preventing prolonged labour:a practical guide the Partograph part1:Principles and strategy. Geneva:WHO,1993.
20. พันธ์ พฤกษ์สุนันท์. การใช้กราฟดูแลการคลอด. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2539;19 (2) : 77-87.

21. มยุรี ปัตตพงษ์, วิโรจน์ วรรณภิระ. คู่มือการใช้ WHO Partograph สำหรับดูแลใน
ขณะเจ็บครรภ์คลอด. พิษณุโลก:โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, 2535.
22. สรรเสริญ สุขะวัชรินทร์. การคาดหมายการคลอดผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยใช้
กราฟแสดง อัตราการเปิดขยายของปากมดลูก. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี
2538; 20 (3) :1-18.
23. อรพินธ์ ไตรวนาธรรม. การเริ่มใช้ Partograph ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสาร
วิชาการสาธารณสุข 2538; 4(1):51-64.
24. วัลยดา อินธิแสง. ผลของการใช้กราฟดูแลการคลอดขององค์การอนามัยโลกในโรงพยาบาล
สกลนคร. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการเจริญพันธุ์และ
การวางแผนประชากร]. กรุงเทพมหานคร:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2538.
25. Tom MA. The Longman lexicon of contemporary English Dictionary. London:
Addison Wesley Long man, 1997:307.
26. Carter VG. Dictionary of education. New York:McGraw-Hill Book
Company, 1973:325.
27. Bloom BS. Taxonomy of education objectives. New York:David McKay
Company, 1975:62-7.
28. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537:211-23.
29. จิตรา วสุวานิช. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2538:6.
30. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.
กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2531:26-64.
31. ธวัชชัย ชัยจิรญากุล. จุฬามายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร:แนวคิด
และแนวปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร:โอเดียนสโตร์, 2527:44-56.
32. UNESCO. Manual on evaluation in population. Bangkok : Regional office for
education in Asia and Oceania, 1979:43-4.
33. The Merriam Webster's Collegiate. Home and office. Massachusetts:Merriam-Webster,
1995:75,647.
34. Thurstone LL. Attitude can be measured. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and
measurement. New York :John Wiley & Sons, 1967:77-89.

35. Davis K, Newstrom J. Human behavior at work organization behavior. 8th ed.
Singapore: McGraw-Hill, 1989:176.
36. เทพพนม เมืองแมน, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพานิช,
2529:7-8.
37. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์
พระนคร, 2527:221.
38. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ:การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร:
โอเคียนสโตร์. 2526:14,89 -178.
39. Fishbein M. ,Ajzen T. Belief, attitude, intention and behaviors: An introduction to
theory and research reading. Massachusetts: Addison Wesley, 1975:340-51.
40. William WL, Wallace EL. Social psychology. New York : Prentice-Hall, 1965:50-6.
41. Pual FS, Carl WB. Social psychology. New York: McGraw-Hill, 1964:89.
42. Harry CT. Attitude and attitude change. New York: Wiley & Sons, 1971:3,6-7.
43. Foster CR. Psychology for life adjustment. Chicago: American technical
society, 1952:119.
44. วาสนา ประवालพฤกษ์. ทศนคติในแง่จิตวิทยา. วารสารวัดผลทางการศึกษา. ปีที่2.
กันยายน-ธันวาคม, 2534:4.
45. Oskamp S. Attitude and opinions. 2nd ed. USA : Prentice-Hall, 1991:12-3.
46. พรพิมล วรวิฑูรพวงค์. ทศนคติและการเปลี่ยนแปลงทศนคติ. ใน:พิสมัย วิบูลย์สวัสดิ์
และคณะ,บรรณาธิการ. จิตวิทยาร่วมสมัย 1.เชียงใหม่: สำนักพิมพ์สยามศึกษา,
2538 : 95-104.
47. สงวน สิทธิเลิศอรุณ. ทฤษฎีและการปฏิบัติทางจิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์
อักษรพัฒนาพานิชย์, 2527:117.
48. กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2528:230-4.
49. นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531:68.
50. World Health Organization. Safe motherhood preventing prolonged labour: a
practical guide. The partograph part 2 : user' manual. Geneva: WHO,1993.

51. มยุรี ปัตตพงษ์. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการใช้แบบบันทึก Partogram . การอบรม
ฟื้นฟูวิชาการงานห้องคลอดของรพศ./รพท. โรงแรมขอนแก่นโฮเต็ล. ขอนแก่น, 2536.
52. Benson RC. Diagnosis & treatment. Obstetric & Gynecologic., 4th ed. California: Lange
Medical Publication. 1982:656-83.
53. O'Driscoll K, Jackson RJ, Gallagher JT. Prevention of prolonged labour. BMJ 1969;2:477-80.
54. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae: I.
The alert line for detecting abnormal labour. J Obstet Gynaecol Br Cwlth
1972 ; 79:592-8.
55. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae: I.
The action line and treatment of abnormal labour. J Obstet Gynaecol Br Cwlth
1972; 79:559-602.
56. O'Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. BMJ 1973;3:135-7.
57. Studd J. The partographic control of labour. Clin Obstet Gynecol 1975;2:127-51.
58. World Health Organization. The partograph: a managerial tool for the prevention of
prolonged labour section 3. Facilitator's guide. Geneva: WHO 1989.
59. World Health Organization. The partograph: a managerial tool for the prevention of
prolonged labour section 2. A user's manual. Geneva: WHO, 1988.
60. World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The
partograph part 4: Guidelines for operations research. Geneva: WHO, 1993.
61. World Health Organization. The partograph: a managerial tool for the prevention of
prolonged labour section 4. Guidelines for operations research on the application
of the partograph. Geneva: WHO, 1989.
62. World Health Organization. Preventing prolonged labour: a practical guide. The
partograph part 3: Facilitator's guide. Geneva: WHO, 1992.
63. Beazley JM, Kuriak A. Influence of a partograph on active management of labour.
Lancet 1972;1:348-51.
64. Drouin P. The value of the partogram in the management of labour. Obstet Gynecol
1979;53:741-5.

65. Sirivongs B, Chaturachinda K, O-Prasertawong P, Wiwattanasak W. Obstetric audit: A 12 years review of obstetric practice in Ramathibodi hospital, 1970-1981. *J Med Assoc Thai* 1984;67(suppl 2):4-14.
66. Chen HF, Chu KK. Double lined normogram of cervical dilatation in Chinese primigravidae. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65(6):573-5.
67. Nasah BT, Leke RK, Doh AS, Moyo KJ, Fomulu J, Njikam OM. The risk approach for reducing maternal mortality: The Yaounde experience. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;36:195-201.
68. อุนราษ กุลวานิชไชยอนันต์. การคาดหมายการคลอดผิดปกติในหญิงตั้งครรภ์แรกโดยใช้กราฟแสดงอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี* 2534;16(2):79-94.
69. Dujardin B, Deschamphelire I, Sene H, Ndiaye F. Value of alert and action line on Partogram. *Lancet* 1992;339:1336-8.
70. Carmill RS, Thornton IG. Effect of presentation of partogram information on Obstetric decision making. *Lancet* 1992;339:1520-2.
71. Sharma IB, Shaxted BJ, Khastgir G. Partogram presentation and Obstetric decision-making. *Lancet* 1992;340:240.
72. Van Coverden de groot AA, Van Coverden de groot HA, Smith CM, Isaacs S. Referrals for inadequate progress of labour from the midwife obstetric unit to the referral hospitals in Cape town. *Curationis* 1994;17(4):71-4.
73. Souberbielle BE, O'Brien ME. Use of WHO partogram in developing countries. *Lancet* 1994; 344:193.
74. World Health Organization. World Health Organization Partograph in management of labour. World Health Organization Maternal health and safe motherhood programme. *Lancet* 1994;343:1399-404.
75. Titapant V, Pothinam S, Lumbiganon P, Chaowaratana P. Application of WHO partograph in labour care: A randomized controlled trial. การประชุมวิชาการครั้งที่ 10 และการประชุมสามัญประจำปี ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; ห้องบางกอกเซ็นเตอร์ โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2538:85.

76. ประเสริฐ จิรพัฒน์สกุล. การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในโรงพยาบาลพิจิตรและ WHO partograph. วารสารวิชาการแพทย์เขต 8 2538;(3):141-53.
77. Dujardin B, Boutsen M, De Schamphelleire I, Kulker R, Manhande JP, Bailey J, et al. Oxytocin in developing countries. Int J Gynaecol Obstet 1995;50 (3):2543-51.
78. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร:สุวีริยาสาส์น, 2535:85-96.
79. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531:130-3.
80. มัลลิกา บุญนาค.สถิติเพื่อการตัดสินใจ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2537:235-8.
81. สุวิรัช รัตนมณีโชติ. ความรู้และเจตคติของพยาบาลต่อการบริจาคอวัยวะ.[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)] กรุงเทพมหานคร:บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,2536.
82. นุปผา ศิริรัมย์,บุญเลิศ เลี้ยวประไพ.การประเมินความรู้ ทักษะและผลการปฏิบัติงานตามแผนงานการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล, นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล,2531.
83. พวงน้อย สาครรัตนกุล. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกของสตรีที่สมรสแล้วในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานการประชุม 8th Fertility research investigators' meeting ณ โรงแรมแกรนด์ไฮเล่ พัทยา 24-25 สิงหาคม 2534.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบสอบถาม

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ สุทัศนวีรวิ
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

อาจารย์นายแพทย์พัญญ พันธ์บูรณะ
ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

นายแพทย์พนัส พฤษสุพันธ์
ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

DEPARTMENT OF OBSTETRICS & GYNAECOLOGY

FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ที่ ทม 0806.13/ 4347

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้ตอบแบบสอบถามประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด

ด้วยนางสาวเกศุไร เฟด็จศึก นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์ และวางแผนประชากร ชั้นปีที่ 2 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ กราฟดูแลการคลอดของพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในประเทศไทย” โดยมี ศาสตราจารย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ ศาสตราจารย์กำแหง จาตุรจินดา และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุมาลี สิงหนิยม เป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นักศึกษาประสงค์จะขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ ห้องคลอด ในการตอบแบบสอบถามดังที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ดังกล่าว และขอความกรุณาส่งแบบสอบถามคืนหลักสูตรฯ ภายใน 2 สัปดาห์ ตามชื่อและที่อยู่ที่ได้แจ้งมาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์ตามที่ท่านจะเห็นสมควรต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์)

ประธานหลักสูตรฯ

Copyright by Mahidol University

หมายเลขแบบสอบถาม

วันที่-----

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ความรู้ และ เจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ของพยาบาลห้องคลอด
โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด ผู้วิจัยจึงเรียนขอความร่วมมือมาช่วยท่านในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ โปรดตอบแบบสอบถามตามความจริง และตามความคิดเห็นของท่าน ข้อมูลที่ท่านตอบจะถือเป็นความลับไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อตัวท่าน โดยผู้วิจัยจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

2. กรุณาเติมคำลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ในวงเล็บหน้าข้อความตามความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

3. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทั่วไป

ส่วนที่ 2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ส่วนที่ 3. เจตคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กราฟดูแลการคลอด

ส่วนที่ 4. ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

การวิจัยครั้งนี้ จะมีอาจสำเร็จได้หากขาดความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่านผู้วิจัย ขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ของท่านมาล่วงหน้า ณ ที่นี้ด้วย

เกศอุไร เฟื่องศึก

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบสอบถามการวิจัย

สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 สถานภาพส่วนตัว

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (อายุเต็ม) () ()
2. สถานที่ปฏิบัติงานของท่าน () โรงพยาบาลศูนย์ () โรงพยาบาลทั่วไป ()
3. ตำแหน่งงานของท่านคือ.....ระดับ (ระดับซี)..... ()
4. ระดับการศึกษาของท่าน () ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
() ปริญญาโท
() อื่น ๆ
5. ท่านมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานสูติกรรม (ห้องคลอด).....ปี (เต็ม) ()
6. ท่านเคยทราบเรื่อง Partograph หรือไม่ ()
() ทราบ จากที่ใด.....
() ไม่ทราบ
7. ท่านเคยได้รับการศึกษาอบรม หรือสัมมนาเกี่ยวกับการใช้ Partograph ()
ซึ่งจัดโดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่
() เคย () ไม่เคย
8. ท่านเคยใช้ Partograph หรือไม่ ()
() เคย และปัจจุบันยังใช้อยู่
() เคยแต่เลิกใช้แล้ว เนื่องจาก.....
() ไม่เคยใช้
9. ปัจจุบันท่านใช้ Partograph ในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดหรือไม่ ()
() ใช้สม่ำเสมอ (บันทึกในผู้คลอดทุกรายที่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องให้การดูแลรักษา)
() ใช้ไม่สม่ำเสมอ (บันทึกในผู้คลอดบางรายที่ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องการให้การดูแลรักษา)
() ไม่ใช้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ Partograph ในการดูแลความก้าวหน้าของการคลอด
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. Partograph เป็นเครื่องมือในการคัดกรองความผิดปกติใน ระยะที่ 1 ของการคลอด			
2. Prolonged latent phase คือภาวะที่ผู้คลอดมีระยะ latent phase ยาวนานเกิน 8 ชั่วโมง			
3. ในระยะ Active phase ปากมดลูกควรเปิดอย่างน้อย 1 เซนติเมตร/ชั่วโมง			
4. ตำแหน่งของกราฟที่ต้องรายงานแพทย์ คือ ตำแหน่งที่เส้น กราฟถึงหรือเลย Alert line			
5. จะต้องเริ่มบันทึก Partograph ในผู้คลอดทุกราย ที่ต้องรับ ไว้ในโรงพยาบาล			
6. Partograph จะนำมาใช้เฉพาะตรวจหาความผิดปกติที่เกิด ขึ้นในขณะติดตามความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอด เท่านั้น			
7. ถ้าเส้นกราฟอยู่ทางด้านซ้ายของ Alert line แสดงว่า อัตราการเปิดขยายของปากมดลูกปกติ			
8. ถ้าเส้นกราฟถึงหรือเลย Action line แสดงว่ามีความก้าว หน้าของการเจ็บครรภ์คลอดที่ล่าช้ามาก ต้องรีบหาสาเหตุ และให้การรักษาทันที			
9. หญิงตั้งครรภ์ที่มาถึงโรงพยาบาลปากมดลูกเปิด 9-10 เซนติเมตร ไม่จำเป็น ต้องบันทึก Partograph			
10. เมื่อผู้คลอด In labour แต่สงสัยว่ามีภาวะผิดปกติตั้งแต่ แรกควรได้รับการ Management เลยไม่ต้องรอบันทึก Partograph			
11. การตรวจภายในควรตรวจทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นมีข้อ ห้ามหรือข้อบ่งชี้ให้ตรวจภายในถี่ขึ้น			
12. ความก้าวหน้าของการเปิดขยายของปากมดลูกที่ดีต้องมี การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกที่ดีด้วย			

ข้อความ (ต่อ)	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
13. เมื่อหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระยะ Active phase ต้องบันทึกบนเส้น Alert line ทันที			
14. ควรฟัง FHS ทันทีหลังจากมดลูกหดรัดตัวเต็มที่และเริ่มคลายตัวในท่านอนตะแคง			
15. ถ้ามี Caput Succidaneum ขนาดใหญ่ให้ระวังภาวะ CPD			
16. ผู้คลอด ที่จำเป็นต้องผ่าตัดคลอดบุตรแบบฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องบันทึก Partograph			
17. ถ้าเส้นกราฟอยู่ด้านซ้ายของ Alert line ไม่ต้องเสริมการเจ็บครรภ์คลอดด้วย Oxytocin และไม่ต้องให้การรักษารักษาอื่น ยกเว้นมีภาวะ Fetal distress หรือ Maternal complication			
18. เมื่อบันทึก Partograph แล้วพบว่ายังไม่เจ็บครรภ์จริงให้ยกเลิกการบันทึก Partograph			
19. ทารกตายในครรภ์สามารถใช้ Partograph ดูแลการคลอดได้			
20. จะเริ่มบันทึก Partograph ท่านต้องแน่ใจว่าหญิงตั้งครรภ์นั้น ไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน			

ส่วนที่ 3 เจตคติ/ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ Partograph

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<u>ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่า</u>			
1. Partograph เป็นเครื่องมือคัดกรองความผิดปกติในระยะเจ็บครรภ์ได้เป็นอย่างดี			
2. การใช้ Partograph ช่วยลดอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องลงได้			

ข้อความ (ต่อ)	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
3. การใช้ Partograph <u>ไม่</u> ช่วยลดอันตรายที่จะเกิดต่อมารดาและทารกในขณะเจ็บครรภ์คลอดได้			
4. Partograph บันทึกยาก ซับซ้อน และยากต่อการแปลผล			
5. ผู้บันทึก Partograph ควรเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น			
6. Partograph เป็นเครื่องมือที่เป็นตัวกลางที่จะช่วยให้ผู้คลอดได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดขึ้น			
7. การใช้ Partograph ช่วยวินิจฉัยภาวะ CPD ได้รวดเร็วว่าการบันทึกตามแบบเดิม			
8. การใช้ Partograph <u>ไม่</u> ช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลการคลอดหรือรายงานแพทย์ได้			
9. การใช้ Partograph อย่างถูกหลักการบันทึกจะสามารถช่วยท่านตัดสินใจให้การดูแลรักษาได้ง่ายขึ้น			
10. Partograph ช่วยตัดสินใจเสริมการเจ็บครรภ์หรือช่วยกระตุ้นการเจ็บครรภ์ในเวลาที่เหมาะสมได้			
11. ควรใช้ Partograph เฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรจำนวนมากเท่านั้น			
12. Partograph <u>ไม่</u> ช่วยเพิ่มคุณภาพ ความใกล้ชิด และความสม่ำเสมอ ในการดูแลมารดาและทารกในครรภ์			
13. การดูแลรักษาผู้คลอด ในความดูแลของท่าน <u>โดยไม่ได้</u> ใช้ Partograph ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจอยู่แล้ว			
14. การใช้ Partograph ในการดูแลผู้คลอด น่าจะได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจมากขึ้น			
15. การใช้ Partograph เป็นงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มงานของท่าน			
16. การใช้ Partograph ช่วยให้สื่อสาร ระหว่างห้องคลอดได้เป็นอย่างดี ถ้าห้องคลอดทุกแห่งมีใช้เหมือนกัน			

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ Partograph

The logo of Rajabhat Sakon Nakhon is a circular emblem. It features a central blue circle containing a golden Thai-style stupa or chedi. The stupa is flanked by two golden lotus petals. The entire central design is set against a light blue background. The outer ring of the logo is white and contains the text "ราชภัฏสกลนคร" in Thai script, which translates to "Rajabhat Sakon Nakhon". The logo is positioned in the center of the page, overlapping the horizontal lines of the notebook paper.



รายชื่อโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทยและจำนวนแบบสอบถามที่ส่งและแบบ
สอบถามที่ผู้วิจัยได้รับคืนในแต่ละโรงพยาบาล

	จำนวนที่ส่ง	จำนวนที่ได้รับคืน
เขตที่ 1 ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	8	8
2. โรงพยาบาลปทุมธานี	8	1
3. โรงพยาบาลเสนา	7	5
7. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	10	7
8. โรงพยาบาลอ่างทอง	8	0
9. โรงพยาบาลสมุทรปราการ	12	9
เขตที่ 2 ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลสระบุรี	12	9
2. โรงพยาบาลพระพุทธบาท	8	7
3. โรงพยาบาลลพบุรี	8	8
4. โรงพยาบาลบ้านหมี่	6	6
5. โรงพยาบาลสิงห์บุรี	8	6
6. โรงพยาบาลอินทร์บุรี	7	6
7. โรงพยาบาลชัยนาท	9	8
8. โรงพยาบาลนครนายก	8	7
9. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	8	7
10. โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17	8	6
เขตที่ 3 ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลตราด	8	8
2. โรงพยาบาลพระปกเกล้า	12	12
3. โรงพยาบาลระยอง	12	9
4. โรงพยาบาลชลบุรี	12	9
5. โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา	8	8
6. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	8	0
7. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	7	6
เขตที่ 4 ลำดับที่ 1. โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา	8	6
2. โรงพยาบาลมะการักษ์	8	8
3. โรงพยาบาลนครปฐม	8	0
4. โรงพยาบาลราชบุรี	9	8

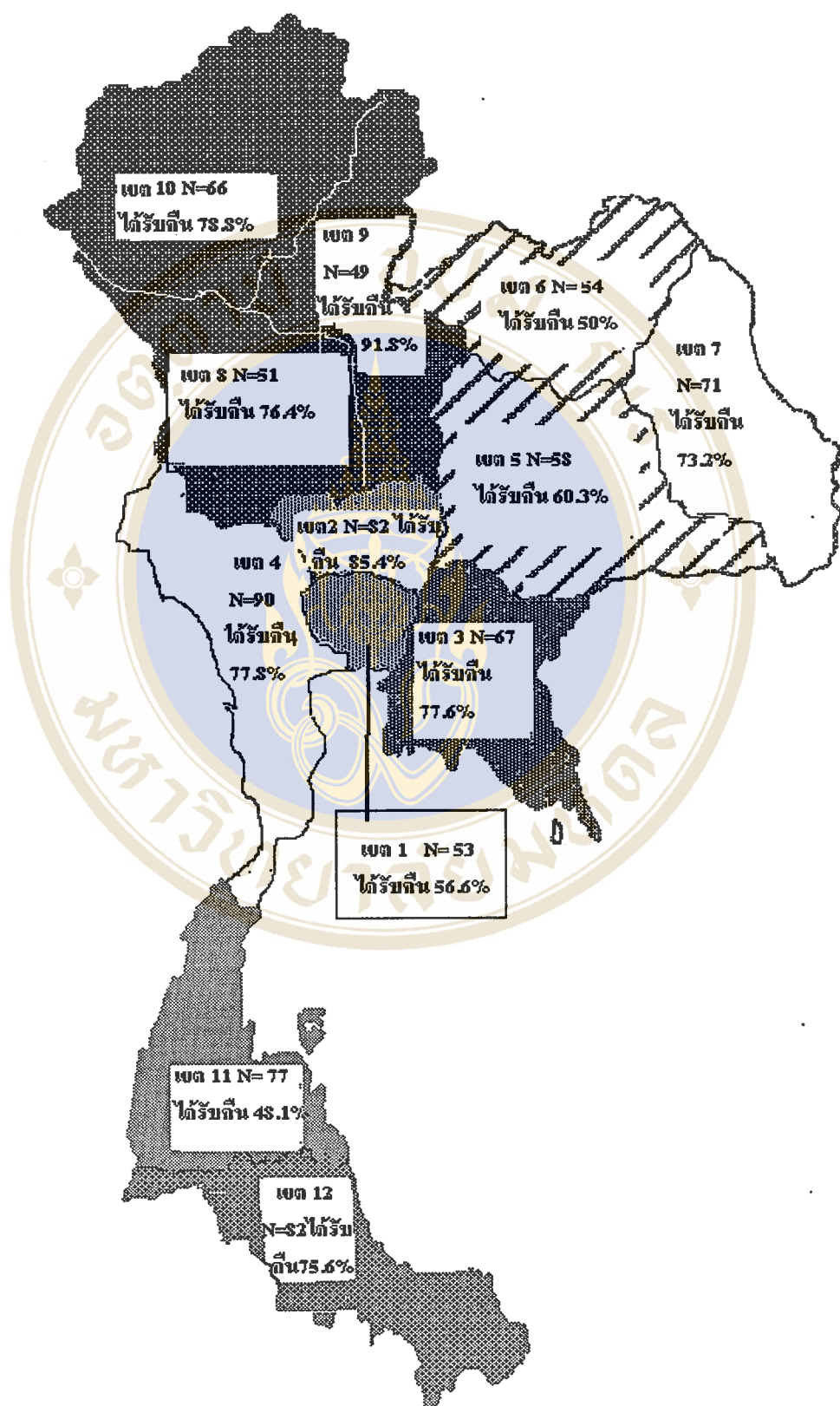
		จำนวนที่ส่ง	จำนวนที่ได้รับคืน
เขตที่ 4 (ต่อ)	5. โรงพยาบาลบ้านโป่ง	7	7
	6. โรงพยาบาลโพธาราม	10	9
	7. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก	8	6
	8. โรงพยาบาลสมุทรสาคร	8	8
	9. โรงพยาบาลสมุทรสงคราม	8	8
	10. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า	8	4
	11. โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	8	6
เขตที่ 5 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลชัยภูมิ	8	7
	2. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	18	12
	3. โรงพยาบาลบุรีรัมย์	10	8
	4. โรงพยาบาลสุรินทร์	14	8
	5. โรงพยาบาลศรีสะเกษ	8	0
เขตที่ 6 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลขอนแก่น	10	3
	2. โรงพยาบาลเลย	8	2
	3. โรงพยาบาลหนองคาย	8	0
	4. โรงพยาบาลอุดรธานี	12	11
	5. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	8	3
	6. โรงพยาบาลสกลนคร	8	8
เขตที่ 7 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลนครพนม	8	10
	2. โรงพยาบาลมุกดาหาร	8	8
	3. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	14	12
	4. โรงพยาบาลอำนาจเจริญ	8	1
	5. โรงพยาบาลยโสธร	8	3
	6. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	8	6
	7. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์	7	5
	8. โรงพยาบาลมหาสารคาม	10	7
เขตที่ 8 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลสุโขทัย	8	4
	2. โรงพยาบาลศรีสะเกษ	8	8
	3. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	8	6

		จำนวนที่ส่ง	จำนวนที่ได้รับคืน
เขตที่ 8 (ต่อ)	4. โรงพยาบาลแม่สอด	6	6
	5. โรงพยาบาลกำแพงเพชร	6	1
	6. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์	8	8
	7. โรงพยาบาลอุทัยธานี	7	7
เขตที่ 9 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์	8	8
	2. โรงพยาบาลพิจิตร	8	7
	3. โรงพยาบาลพุทธชินราช	9	8
	4. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์	8	8
	5. โรงพยาบาลแพร่	8	7
	6. โรงพยาบาลน่าน	8	7
เขตที่ 10 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลเชิงรอยประจักษ์ศิลปาคม	10	10
	2. โรงพยาบาลพะเยา	8	8
	3. โรงพยาบาลเชียงคำ	8	0
	4. โรงพยาบาลลำปาง	14	13
	5. โรงพยาบาลลำพูน	8	6
	6. โรงพยาบาลนครพิงค์	10	10
	7. โรงพยาบาลศรีสะเกษ	8	5
เขตที่ 11 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลชุมพร	8	4
	2. โรงพยาบาลระนอง	8	5
	3. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	12	6
	4. โรงพยาบาลเกาะสมุย	7	6
	5. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	12	0
	6. โรงพยาบาลพังงา	8	0
	7. โรงพยาบาลตะกั่วป่า	6	6
	8. โรงพยาบาลกระบี่	8	2
	9. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	8	8
เขตที่ 12 ลำดับที่	1. โรงพยาบาลตรัง	8	6
	2. โรงพยาบาลพัทลุง	8	8
	3. โรงพยาบาลสงขลา	8	4

		จำนวนที่ส่ง	จำนวนที่ได้รับคืน
เขตที่ 12 (ต่อ)	4. โรงพยาบาลหาดใหญ่	10	10
	5. โรงพยาบาลยะลา	8	6
	6. โรงพยาบาลเบตง	8	5
	7. โรงพยาบาลสตูล	8	5
	8. โรงพยาบาลปัตตานี	8	8
	9. โรงพยาบาลนราธิวาส	8	5
	10. โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก	8	5
รวม		800	571

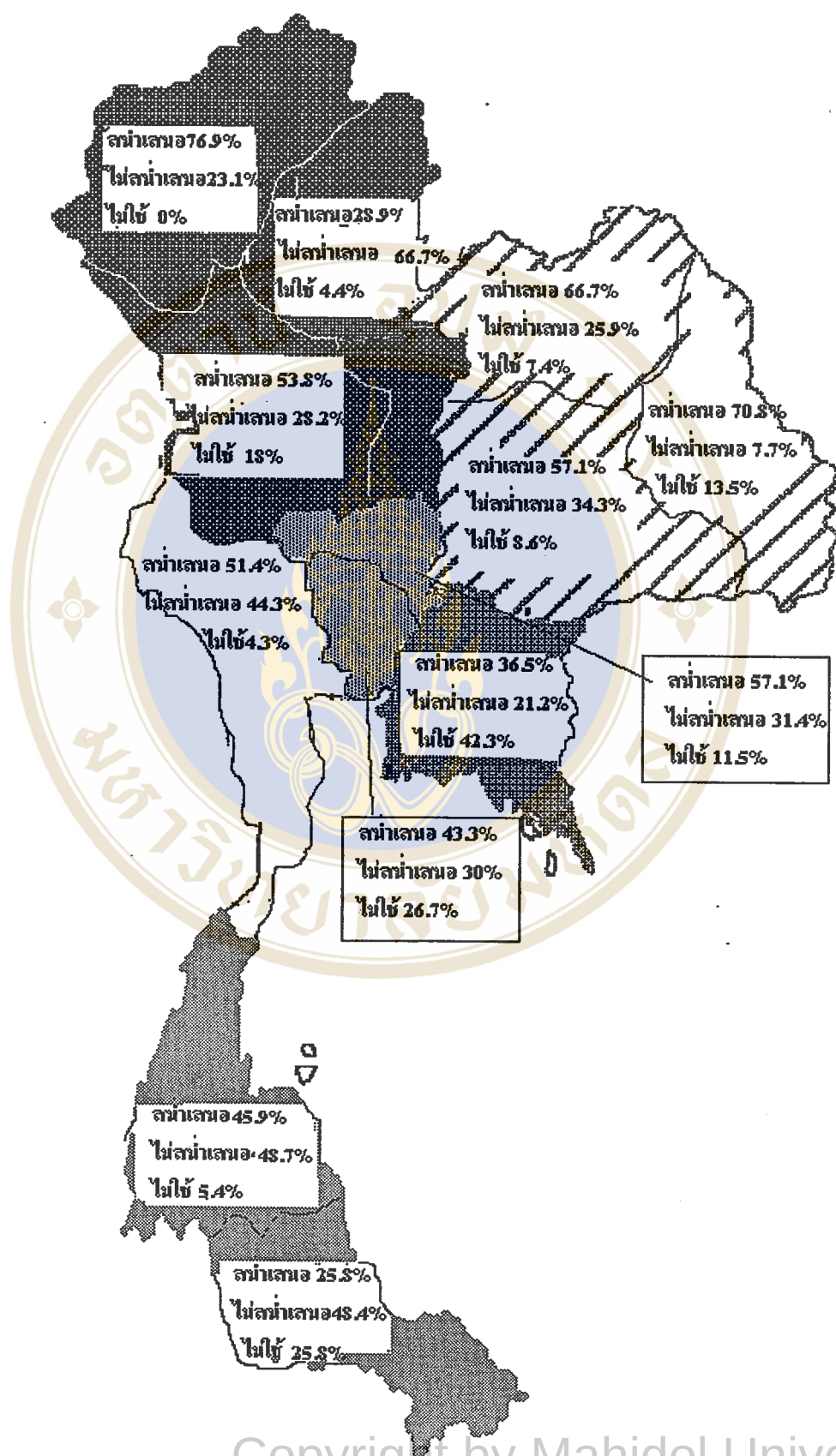
แบบสอบถามที่ผู้ส่งกลับไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเหลือ และในการวิจัยครั้งนี้รวม
จำนวนทั้งสิ้นอีก 46 ชุด ดังนี้

ผู้ตอบเป็นพยาบาลเทคนิค	41 ชุด
ผู้ตอบเป็นสูติแพทย์	1 ชุด
แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์และที่เหลือที่ส่งคืน	4 ชุด
รวมได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น	617 ชุด
คิดเป็นร้อยละ	77.1



Copyright by Mahidol University

รูปที่ 6 แสดงแบบสอบถามที่ส่งและแบบสอบถามที่ได้รับคืนจำแนกรายเขต



Copyright by Mahidol University

รูปที่ 7 แสดงการใช้กราฟดูผลการคัดกรองจําแนกรายเขต



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวเกศุไร เฟด็จศึก
วัน เดือน ปี เกิด	23 ตุลาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดฉะเชิงเทรา
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, พ.ศ.2531-2535 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2539-2541 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร ห้องคลอด โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
ตำแหน่งและสถานที่ ทำงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 5