

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด
ต่อระดับความเจ็บปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว
และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด

Effectiveness of Maneevej Sitting Position Technique on Labor Pain, Time during
Active Phase and Perception of Childbirth Experience of Parturients.

Received: Oct 15, 2020

Revised: Jan 20, 2021

Accepted: Jan 25, 2021

ปณัฏฐิตา ขุนบุญยัง พย.ม.(Panuttita Khoonboonyung, M.S.N.)¹

เกษร สุวิทยะศิริ สด.ม.(Kesorn Suvithayasiri, M.A.)²

ลักขณา บัวสมบุญ พย.บ. (Luckana Buasomboon, B.N.S.)³

วรรณดี ศรีสว่าง พย.บ. (Wandee Sriisawang, B.N.S.)⁴

นงลักษณ์ เกิดท่าไม้ พย.บ. (Nongluk Girdtamai, B.N.S.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติและทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งจะมี ความรุนแรง และถื่นขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ผู้คลอดที่มีความกลัว ความตึงเครียดเกิดการหลั่งเคทีโคลามีน (catecholamine) และคอร์ติซอล (cortisol) ทำให้ความเจ็บปวดยิ่งเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติ ส่งผลให้การคลอดยาวนาน มีประสบการณ์ทางลบในระยะคลอดและมีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้การจัดทำนั่งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ในหญิง ระยะคลอดต่อระดับความปวด เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในหญิง ระยะคลอดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มารับบริการห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 28 คน และกลุ่มทดลองได้รับการจัดทำนั่งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติในระยะคลอดช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบ บันทึกความก้าวหน้าของการคลอด แบบประเมินระดับความเจ็บปวด แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด และแผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ และ สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั่งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติมีเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่พบว่าระดับความปวดบริเวณท้องในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม., 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย p-value เท่ากับ

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก

¹ Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: panuttita.k@bcn.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ E-mail: kesorn.s@bcn.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม E-mail: lek220107@gmail.com

^{4,5} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม E-mail: ⁴wansri205@gmail.com, ⁵panuttita.k@bcn.ac.th

^{1,2} Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

^{3,4,5} Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom, Thailand

.97, .72 และ .29 ตามลำดับ และระดับความปวดบริเวณหลังในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม., 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย p-value เท่ากับ .55, .41 และ .25 ตามลำดับ

สรุปผล: ผลการศึกษายืนยันประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดท่าผีเสื้อแบบมณีเวชถึงการช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวกของหญิงระยะคลอดที่มารับบริการห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่เป็นการตั้งครภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือแผนการรักษาให้นอนราบหรือพักบนเตียง เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น และเกิดการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดที่ดี

คำสำคัญ: การจัดท่าผีเสื้อแบบมณีเวช, ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว, การรับรู้ประสบการณ์การคลอด

Abstract

Introduction: Vaginal delivery is a natural process. During the delivery, regular and painful uterine contractions cause progressive dilation and effacement of the cervix. Fear and stress during delivery process usually cause the increasing of Catecholamine and Cortisol hormone. The increase of stress hormones is related to abdominal pain and uterine dysfunction that affect the length of the stage of delivery resulting in a prolong delivery process. These may cause maternal negative experiences in the vaginal delivery and also affect bonding and attachment between maternal and infant in the postpartum period.

Research objectives: This research aimed to compare the effects of Manevej sitting position versus routine nursing care (recumbent position) for women in the first stage of labor on labor pain, duration of active labor period, and perception of childbirth experience.

Research methodology: This quasi-experimental research included of 57 participants who had giving birth at Nakornprathom hospital during April-May 2020. Participants were assigned to either an experimental group (n=29) or a control group (n=28). The experimental group received positioning using the Manevej sitting position as well as routine nursing care while the control group received the routine nursing care only. Data were collected using a demographic questionnaire, pregnancy recording form, delivery process recording form, pain assessment form, the perception of childbirth experience questionnaire and Manevej sitting position in parturients program. Descriptive statistics and independent t-tests were used for data analysis.

Results: The findings showed that the experimental group had significantly shorter active labor period than the control group ($p < .01$) and had a higher score on perception of childbirth experience than that of the control group ($p < .01$). However, there were no statistically significant difference of labor pain while the cervix was 3-4, 5-7 and 8-10 centimeters dilated between the experimental and control groups (p value .97, .72, .29, and p value .55 .41, .25 respectively).

Conclusions: This study confirmed the effectiveness of the Manevej sitting position as it could shorten the duration of active labor and provide more positive perception of childbirth experience.

Implications: Manevej sitting position is one of the effective positions that can be adopt during labor for women to promote the progression of labor and provide more perception of positive childbirth experience.

Keywords: Manevej sitting position, active phase of labor, perception of childbirth experience

บทนำ

การคลอดทางช่องคลอดเป็นประสบการณ์ตามธรรมชาติที่สำคัญในชีวิตสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งการคลอดทางช่องคลอดจะประสบความสำเร็จหรือใช้เวลาในการคลอดยาวนานขึ้นอยู่กับปัจจัยการคลอด (6Ps) หลายประการ คือ ช่องทางคลอด (Passage) สิ่งที่คลอดออกมาหรือรูปร่างทารก (Passenger) แรงผลักดันหรือการหดตัวของมดลูก (Power) จิตใจและอารมณ์ของผู้คลอด (Psychological) ความพร้อมทางร่างกาย (Physical condition) และท่าของผู้คลอด (Position of labor) ซึ่งหากมีปัจจัยใดเกิดความผิดปกติหรือไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้การคลอดล่าช้าหรือคลอดยาก มารดาและทารกเกิดทุพพลภาพได้^{1,2} จึงต้องมีการประเมินและแก้ไขปัจจัยการคลอดที่ผิดปกติ รวมทั้งต้องมีการจัดการความเจ็บปวด (pain management) ที่เหมาะสมอีกด้วย

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเป็นกลไกตามปกติทางกายภาพและชีวภาพ ซึ่งความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูก การบาง และการเปิดขยายของปากมดลูก รวมทั้งแรงกดบนอวัยวะใกล้เคียงและมีการดึงรั้งของเอ็นต่างๆ ส่งผลให้บริเวณนั้นขาดเลือดไปเลี้ยงกระแสประสาทความรู้สึกจะเดินทางผ่านจากข่ายประสาทมดลูก (uterine plexus) ไปยังข่ายประสาทเชิงกราน (pelvic plexus) เข้าประสาทไขสันหลังโดยผ่านประสาทส่วนเอวที่ 1 (1st lumbar nerve) และประสาทส่วนอกที่ 12, 11 และ 10 (12th, 11th, and 10th thoracic nerves) ลักษณะอาการเจ็บปวดในระยะนี้เป็นแบบ วิสเซอร์ล (visceral pain) คือ มีอาการปวดแบบตื้อ ๆ บริเวณกว้าง ปวดแสบ ปวดร้อนและปวดร้าวมีหลายตำแหน่ง เช่น บริเวณหน้าท้องส่วนบน ขาหนีบ กระเบนเหน็บ สีข้างบริเวณช่องคลอด ฝีเย็บ บริเวณเหนือหัวเหน่า เป็นต้น³ ทั้งนี้จะมีความรุนแรงมากขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 4-10 ซม.) และสิ้นสุดลงหลังเสร็จสิ้นกระบวนการคลอด ทำให้ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่รุนแรงและถี่ขึ้น ความเจ็บปวดที่รุนแรงมีผลเสียต่อสุขภาพจิตทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัว ความตึงเครียดและมีความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกระตุ้นให้มีการหลั่ง catecholamin (catecholamin) และ cortisol (cortisol) เพิ่มขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมดลูก

ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้การคลอดยาวนาน มีประสบการณ์ทางลบในระยะคลอด มีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังคลอด⁴ และส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์โดยขณะมดลูกหดตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและการส่งผ่านออกซิเจนไปยังทารกลดลง เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (fetal acidosis) ส่งผลให้การเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ ทารกในครรภ์อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนได้ หากช่วยเหลือไม่ทันทารกอาจได้รับอันตรายหรือเกิดการสูญเสียจากการคลอด⁵

โรงพยาบาลนครปฐมมีจำนวนการคลอดบุตรในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 4,833 4,604 และ 4,266 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด 41.03 40.65 และ 52.04 ต่อพันการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุจากระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (prolong 2nd stage) ร้อยละ 12.24 16.13 และ 12.72 ตามลำดับ⁶ ซึ่งจากการศึกษาของ Nystedt, Hogberg และ Lundman⁷ พบว่าผู้คลอดที่มีระยะเวลาในการคลอดยาวนานนอกจากจะส่งผลเสียต่อมารดาและทารกแล้ว ยังทำให้เกิดประสบการณ์ในทางลบต่อการคลอดอีกด้วย ซึ่งจากการทบทวนการปฏิบัติงานที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าของการคลอด เช่น การจัดท่าคลอดศีรษะสูง ซึ่งเดิมเป็นการจัดท่านอนราบหนุนหมอน (dorsal recumbent) ในระยะคลอด อีกทั้งยังไม่มีแนวทางบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาที่ชัดเจน ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องมีการแก้ไขเพื่อช่วยเหลือผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าของการคลอดตั้งแต่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและให้เกิดประสบการณ์ในทางบวกต่อการคลอด ซึ่งการช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้นั้นมีทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งวิธีการจัดการความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยานั้นถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ และมีหลักฐานอ้างอิงว่าสามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้ ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสม ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ตลอดจนเกิดความพึงพอใจในการคลอดและมีประสบการณ์การคลอดที่ดี⁸ เช่น การกดจุดสะทอนที่เท้า หัวแม่มือ การนวดแผนไทย การประคบด้วยลูกประคบสมุนไพร เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวจำเป็นต้องมีการฝึกฝนจนมีความชำนาญก่อนการปฏิบัติ

การจัดท่าศีรษะสูง (upright position) สามารถส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ช่วยให้ส่วนนำของทารกมีการเคลื่อนต่ำสะดวกขึ้น เพราะอยู่แนวเดียวกันกับแรงโน้มถ่วงของโลก ช่วยเพิ่มขนาดช่องเชิงกราน ลดภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงายราบ (supine hypotension) และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด จากการที่น้ำหนักของมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava และ descending aorta จึงมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปยังมดลูกของผู้คลอดและทารกเพียงพอ กล้ามเนื้อมดลูกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง จึงทำให้มีความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวน้อยกว่าและทารกในครรภ์เกิดภาวะค้ำขื่นหรือพร่องออกซิเจนน้อยกว่าท่านอนราบ⁹ นอกจากนี้ยังช่วยเสริมแรงโน้มถ่วงของโลกจึงเพิ่มแรงดันภายในมดลูก ลดความโค้งมาด้านหน้าของกระดูกสันหลังส่วนเอว ทำให้แนวทางคลอดจากโพรงมดลูกกับช่องทางคลอดเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับทางเข้าของช่องเชิงกรานมารดา และทำให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่ายกว่าท่านอนราบ จึงช่วยลดเวลาการคลอดให้สั้นลง¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องการเปรียบเทียบการใช้ท่าศีรษะสูงหรือนอนตะแคงกับท่านอนหงายชันเข้าหรือท่านอนหงายเท้าพาดบนขาห้อยในระยะที่ 2 ของการคลอดพบว่าท่าศีรษะสูงหรือท่านอนตะแคงช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดเฉลี่ย 4 นาที 29 วินาที ลดการใช้หัตถการช่วยคลอดได้เล็กน้อย ลดความเจ็บปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด และอัตราการเดินหัวใจทารกที่ผิดปกติพบได้น้อยกว่าท่านอนหงายชันเข้า¹¹ สำหรับท่าของผู้คลอดต้องการอนามัยโลกได้สนับสนุนการคลอดธรรมชาติ ไม่ควรจัดให้ผู้คลอดนอนหงายราบ แนะนำให้ใช้ท่าศีรษะสูงต่าง ๆ (upright position) และควรให้ผู้คลอดมีสิทธิ์เลือกท่าคลอดที่เหมาะสมกับตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการจัดท่าคลอดบางท่าจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริมทำให้มีข้อจำกัด ดังนั้นควรมีการจัดท่าที่มีความใกล้เคียงกับท่าที่ใช้ในชีวิตประจำวันมากที่สุด¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ (Modified Bhadrasana) ที่ดัดแปลงมาจากการบริหารท่าผีเสื้อ (Bhadrasana) ในชุดท่าโยคะอาสนะที่ใช้บริหารร่างกายหญิงตั้งครรภ์โดยให้เบาะออกคล้ายท่า

นั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดผีเสื้อมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แต่การจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ นั้นให้ผู้คลอดพบบนหมอนที่วางบนโต๊ะคร่อมเตียงขณะรอคลอดจากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดเวลา ในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านคะแนนความปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และช่วงปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร นอกจากนี้การจัดท่าผีเสื้อประยุกต์นั้น จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริม เช่น โต๊ะคร่อมเตียงและหมอน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในบริบทของห้องคลอด¹³ จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่ามีการศึกษาประสิทธิผลของการนำท่านั่งแบบมณีเวช (ท่าที่ 8) (Maneevej sitting position technique) ซึ่งเป็นท่าที่มีการจัดท่าคล้ายกับจัดท่าผีเสื้อประยุกต์แต่ไม่ต้องใช้หมอนและโต๊ะคร่อมเตียง เพียงให้ผู้คลอดนั่งลำตัวตรง เบาะออกคล้ายท่านั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดผีเสื้อมากที่สุดเท่าที่ทำได้ หลังจากนั้นเอนตัวไปข้างหน้า นำมือหรือข้อศอกทั้งสองข้างกดเข้าให้ติดเตียงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด นับ 1-20 ซ้ำ ๆ แล้วผ่อนคลายให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิมอีกขณะมดลูกหดตัว เมื่อผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลืนไว้ งอข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้า ให้กระบังลมกดมดลูก¹⁴

จากการศึกษาของ Saejiaw¹⁵ ศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งประกอบด้วย 8 ท่า โดยปฏิบัติตั้งแต่ระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) ผลการศึกษาพบว่าหญิงครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช มีคะแนนความเจ็บปวดลดลงและมีระยะเวลาคลอดลดลงในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และเมื่อปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้มีการศึกษาของ Malae¹⁶ ที่พบว่าผู้คลอดที่ใช้ศาสตร์มณีเวชเฉพาะท่าที่ 8 มีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ศาสตร์มณีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁷ พบว่าระยะเวลาคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 194.60$ นาที)

น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 261.17$ นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ เรื่องผลของการจัดทำฝึลือประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอดพบว่าค่าเฉลี่ยระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 155.17$ นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 207.50$ นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ในด้านการรับรู้ประสบการณ์การคลอดซึ่งพบว่าการรับรู้ประสบการณ์การคลอดจะเป็นไปในทางบวกหากสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวด มีระยะเวลาการคลอดไม่ยาวนาน¹⁸ และสามารถคลอดปกติทางช่องคลอด¹⁹ ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นพบว่าการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดช่วยลดทั้งระยะเวลาการคลอดและความเจ็บปวดในระยะคลอดอาจส่งผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีได้

ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิภาพของการนำทํานั้งแบบมณีเวช ทั้งนี้เพื่อลดระยะเวลาการคลอด บรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดและมีการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในทางบวกต่อระยะปากมดลูกเปิดเร็วซึ่งผลการศึกษานี้จะจัดทำเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำจำกัดความ

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้การพยาบาลหญิงระยะคลอดตามมาตรฐาน โดยพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้จัด ให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอน เช่น ท่านอนหงายหนุนหมอน ท่าตะแคงซ้าย ท่าตะแคงขวา ทํานั้ง ยกเว้นท่าฝึลือประยุกต์ โดยพยาบาลผดุงครรภ์ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตรวจระดับการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาที ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยการตรวจทางช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมงและเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินสภาพทารกในครรภ์และได้รับเทคนิคบรรเทาปวดโดยการหายใจ ไม่ให้ยาระงับปวด ไม่มีการเจาะถุงน้ำและไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

การจัดทํานั้งแบบมณีเวช หมายถึง การให้การพยาบาลหญิงระยะคลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์เป็นผู้จัดให้หญิงระยะคลอดนั้งทํานั้งแบบมณีเวช โดยให้ผู้คลอดนั้งลำตัวตรง แเบะขาออกคล้ายทํานั้งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสอง

ข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดฝีเย็บมากเท่าที่ทำได้ หลังจากนั้นเอนตัวไปข้างหน้าใช้ข้อศอกทั้งสองข้างกดเข้าให้ตืดเตี้ยหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด หรืออาจเปลี่ยนจากจากมือที่จับบริเวณฝ่าเท้ามากดบริเวณเข้าทั้งสองข้างให้ตืดเตี้ยหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด ขณะนั้งไปข้างหน้า 1-20 ซ้ำๆ แล้วผ่อนกดให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิม โดยทำทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เริ่มนั้งตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด เมื่อผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลั้นไว้ ข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้าให้กระบังลมกดมดลูก ได้รับการตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ตรวจระดับการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที ตรวจทางช่องคลอดทุก 2 ชั่วโมงและเมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมินสภาพทารกในครรภ์ และได้รับเทคนิคบรรเทาปวดโดยการหายใจ ไม่ให้ยาระงับปวด ไม่มีการเจาะถุงน้ำและไม่ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก¹⁴

ความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง ความไม่สบายในระยะปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 3-4 เซนติเมตรถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร เกิดจากการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนของทารกผ่านช่องทางคลอด จากการได้รับออกซิเจนลดลงของเนื้อเยื่อ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกลดลง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือความไม่สบายบริเวณท้อง (ตั้งแต่ยอดมดลูกถึงหัวหน้า) และบริเวณหลังส่วนล่าง (ตั้งแต่เอวจนถึงก้นกบ)³ วัดความปวดโดยให้หญิงระยะคลอดประเมินความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scales: NRS)

ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว หมายถึง การขยายของปากมดลูกตั้งแต่ 3-4 เซนติเมตร ความบางตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป ไปจนถึงปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ระยะปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

การรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอด หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น การแปลความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะเจ็บครรภ์และระยะคลอด ได้แก่ ความกลัวความวิตกกังวล ความมั่นใจ ความเป็นไป

ตามการคาดหวังและความพึงพอใจต่อการคลอด ความสามารถในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในการคลอด²⁰

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังในระยะปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็วระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ระหว่างหญิงระยะคลอดกลุ่มที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลัง เวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ในหญิงระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติและกลุ่มที่ดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หญิงระยะคลอดที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หญิงระยะคลอดที่มีอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครปฐม มีอาการเจ็บครรภ์ มีกระบวนการคลอดทางช่องคลอดและได้รับการทำคลอดจากพยาบาลวิชาชีพ

การศึกษาค้นคว้านี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis)

สำหรับการทดสอบที่มีค่าเฉลี่ย 2 ค่า (testing differences between two means) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 คำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size: ES) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ได้ ES = .8 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit & Beck²¹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะตามกลุ่มตัวอย่างในเดือน เมษายน พ.ศ. 2563 และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 เก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 (5 ราย) เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
2. ไม่มีความเสี่ยงตามการประเมิน DOPES (Diabetic, Obesity, Post date, Estimate fetal weight, Short stature)
3. ปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร มีความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป
4. ทารกอยู่ในท่าที่มียอดศีรษะเป็นส่วนนำ
5. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะรอคลอด เช่น ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือย้อย ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำชัน (EFM category II-III) มีขี้เทาในน้ำคร่ำ (thick meconium stained) มดลูกหดรัดตัวรุนแรงผิดปกติ (ความนานมากกว่าหรือเท่ากับ 90 วินาที ความถี่น้อยกว่า 120 วินาที ระยะพักน้อยกว่า 60 วินาที)
2. ได้รับการเจาะถุงน้ำคร่ำได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด
3. มีการคลอดผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ชนิดการคลอดที่ผ่านมา ดัชนีมวลกายก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์และประวัติการฝากครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ระดับความปวดและระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. และระยะเวลาเบ่งคลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของมารดาและทารกในครรภ์ แบบประเมินระดับความเจ็บปวดที่บริเวณท้องและที่บริเวณหลังชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข โดยแบบวัดมีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งความยาวเป็น 10 ส่วน โดยมีเส้นตรงขีดลงบนเส้นตรง มีตัวเลข 0 ถึง 10 ระบุข้างล่าง ด้านซ้ายสุดคือ 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 1-3 คือปวดเล็กน้อย 4-6 คือ ปวดปานกลาง และ 7-10 คือปวดรุนแรง ให้ผู้คลอดชี้หรือทำเครื่องหมายที่ตัวเลข

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ข้อความทางลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย เป็นความจริงบ้าง เล็กน้อย เป็นความจริงครึ่งหนึ่ง เป็นความจริงส่วนมาก และเป็นความจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความทางบวกให้คะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบให้คะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ คะแนนเต็ม 65 คะแนน แปลผลโดยคะแนนมากกว่า 35 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดตามคู่มือของนายแพทย์นภดล นิงสานนท์ สุรภา หังสพฤกษ์ และ กานดา วัชรสินธุ์ ที่จัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2551¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การคลอด จำนวน 13 ข้อ ดัดแปลงจาก Nungkla²² ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและเป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์การรับรู้ประสบการณ์

การคลอดของนิงสากร นิงคลา และอีกสองท่านเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการวิจัยและการพยาบาล ในระยะคลอด ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 ครอบคลุมในด้านความรู้สึกรู้สึกต่อการเจ็บครรภ์ การคลอด การเบ่งคลอด การพึงพอใจในการควบคุมความเจ็บปวด และความสามารถในการควบคุมตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิผู้คลอดที่มาคลอดโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม และทีมผู้ใช้นิเวศปฏิบัติทางคลินิก โดยผู้ศึกษาแจ้งให้ผู้คลอดและทีมผู้ใช้นิเวศปฏิบัติทางคลินิกทราบถึงวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการและขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาโดยไม่มีการบังคับใดๆ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่ส่งผลต่อการดูแล และชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยที่ไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่แนะนำเสนอในภาพรวมของผลการศึกษานั้น เมื่อผู้คลอดและทีมผู้ใช้นิเวศปฏิบัติทางคลินิกยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ลงชื่อในยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูลเลขที่ NPH-REC NO 013/2019

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ก่อนเริ่มโครงการวิจัย ทีมผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพบหัวหน้างานห้องคลอด ประสานและชี้แจงผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำงานห้องคลอดจำนวน 2 ท่าน ที่ผ่านการอบรมการใช้ศาสตร์มณีเวชในระยะคลอดเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดประชุมทีมพยาบาลวิชาชีพประจำงานห้องคลอด 2 ครั้ง จำนวน 20 ท่าน ในครั้งแรกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองทดลองระยะเวลาของการศึกษา และครั้งที่สอง

เพื่อติดตามความก้าวหน้าและอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย ระหว่างดำเนินการวิจัยมีการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ช่วยวิจัย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

- 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
- 2) ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ
- 3) ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาของแพทย์ตามปกติที่พึงจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารโครงการวิจัย โดยแบ่งการดำเนินการกิจกรรมในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม

เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานจากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด จากนั้นผู้วิจัยสอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 และบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างชนิดมาตรวัดแบบตัวเลข และระยะเวลาของการคลอดในแบบบันทึกส่วนที่ 3 ดังนี้

- 1) เมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 4 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร
- 2) เมื่อปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิดมากกว่า 7 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 5-7 เซนติเมตร
- 3) เมื่อปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร ประเมินระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและที่บริเวณหลังส่วนล่างเมื่อปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร บันทึกระยะเวลารวมปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง บันทึกในแบบบันทึกส่วนที่ 4 โดยติดตามประเมินระดับการรับรู้ประสบการณ์การคลอดใน ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนย้ายออกจากห้องคลอด

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายการนั่งในท่านั่งแบบมณีเวชแก่กลุ่มทดลอง พร้อมทั้งให้ทดลองนั่ง 1 ครั้ง เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการทดลองจริง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาการเข้าร่วมหรือปฏิเสธหลังทดลองนั่ง ซึ่งมีลำดับขั้นตอนดังนี้ อธิบายลักษณะท่านั่งแบบมณีเวช วิถีปฏิบัติ เวลาที่ต้องนั่งแก่กลุ่มทดลอง

- 1) หลังผู้วิจัยอธิบายเรียบร้อยแล้ว ทวนถามกลุ่มทดลองซ้ำ พร้อมให้ซักถามข้อสงสัย
- 2) จัดท่าเตรียมก่อนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชให้กลุ่มทดลอง โดยให้นั่งลำตัวตรง หันหน้าไปทางปลายเตียง แบะขาออกคล้ายท่านั่งขัดสมาธิ แต่ให้ฝ่าเท้าทั้งสองข้างประกบชิดกัน ดึงส้นเท้าชิดฝีเย็บมากเท่าที่ทำได้
- 3) ให้กลุ่มทดลองเอนตัวไปข้างหน้า ใช้ข้อศอกทั้งสองข้างกดเข่าให้ตึงตึงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด หรืออาจเปลี่ยนจากมือที่จับบริเวณฝ่าเท้ามากดบริเวณเข่าทั้งสองข้างให้ตึงตึงหรือให้ชิดพื้นมากที่สุด
- 4) ขณะโน้มไปข้างหน้านับ 1-20 ซ้ำ ๆ แล้วผ่อนกดให้คลายปล่อยไว้สักครู่แล้วทำใหม่นับ 1-20 เหมือนเดิม โดยทำทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก เริ่มนับตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางร้อยละ 75 ขึ้นไป จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด
- 5) ผู้คลอดเริ่มรู้สึกอยากเบ่งให้ทำลักษณะเดิมและหายใจเข้าให้สุดแล้วกลั้นไว้ ใจข้อศอกแล้วโน้มตัวลงข้างหน้าให้กระบังลมกดมดลูก
- 6) เมื่อกลุ่มทดลองยืนยันไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย ให้ยุติการเข้าร่วมวิจัยทันที หากกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย
- 7) สอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไปตามแบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 และบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด
- 8) บันทึกในแบบบันทึกส่วนที่ 3 และ 4 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของผู้คลอด ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการคลอด อายุครรภ์ ชนิดการคลอดที่ผ่านมา ดัชนีมวลกายก่อนคลอด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และประวัติการฝากครรภ์ และผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาตามลักษณะของข้อมูล หากข้อมูลที่เป็น nominal scale ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลที่เป็นระดับ ordinal ขึ้นไปใช้ KS two sample test และเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทั้งสองกลุ่มโดยใช้ไคสแควร์

2. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและเวลาในระลอกปากมดลูกเปิดเร็ว 3 ระยะดังนี้ เมื่อปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตร 5-7 เซนติเมตรและ 8-10 เซนติเมตรตามลำดับระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดทำนั้งแบบมณีเวชและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test หากกระจายของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นปกติใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นตามปกติใช้สถิติแมน-วิทนี ยู เทส (Mann-Whitney U test)

3. เปรียบเทียบการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดทำนั้งแบบมณีเวชและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .05$ ทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test หากกระจายของข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มเป็นปกติใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test) หากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นตามปกติใช้สถิติแมน-วิทนี ยู เทส (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลา และระดับการรับรู้ต่อ

ประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด ณ หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐม มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน คัดออก 2 คน เนื่องจากผ่าตัดคลอดบุตร จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ 28 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.40 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 32.10 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 50 มีจำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 42.90 ไม่เคยผ่านการคลอดคิดเป็นร้อยละ 46.40 เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 42.90 มีประวัติคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 50 มีอายุครรภ์ 38-38⁺6 และ 39-39⁺6 สัปดาห์เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 28.60 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 60.70 น้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 12-16 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 35.70 ฝากครรภ์ครบคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ 85.70 คลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 96.40 มีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70

กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน คัดออก 1 คน เนื่องจากผ่าตัดคลอดบุตร จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ 29 คน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลมีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 69 มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 96.60 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 37.90 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 37.90 จำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 44.80 และ 41.40 ตามลำดับ ไม่เคยผ่านการคลอดและเคยผ่านการคลอด 1 ครั้งเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 44.80 มีประวัติคลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 55.20 มีอายุครรภ์ 38-38⁺6 และ 39-39⁺6 สัปดาห์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.60 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 20-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 51.70 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 12-16 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 55.20 ฝากครรภ์ครบคุณภาพคิดเป็นร้อยละ 82.80 คลอดปกติทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 100 มีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 82.80 นำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบชนิดของการคลอด

และน้ำหนักของทารกแรกเกิด โดยใช้สถิติทดสอบไคสแคว พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. กลุ่มทดลอง มีระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็วไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และตารางที่ 3

3. กลุ่มทดลอง มีระยะเวลารวมในระยะปากมดลูก

เปิดเร็วของการคลอด ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่พบว่าระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

4. กลุ่มทดลอง มีคะแนน การรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=28)	กลุ่มทดลอง (n=29)	p-value	95 % CI	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		Lower	Upper
ชนิดของการคลอด			.49*	0.37	0.63
คลอดปกติ (N/L)	29(100)	27(96.40)			
V/E	0	1(3.60)			
น้ำหนักทารกแรกเกิด			.98		
<2500	1(3.40)	1(3.60)			
>2,500-3,499	24(85.70)	24(82.80)			
>3,500-3,999	2(7.10)	3(10.30)			
>4,000	1(3.60)	1(3.40)			

*Fisher'Exact Test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความปวดบริเวณท้อง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			Lower	Upper
	(คะแนน)		(คะแนน)					
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	6.5	2.15	6.52	2.23	0.03	.976	-1.15	1.18
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	8.54	2.08	8.34	1.91	-0.36	.720	-1.25	0.87
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	9.61	0.92	9.31	1.2	-1.048	.299	-0.86	0.27

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความปวดบริเวณหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$ (คะแนน)	SD.	$\bar{X}$ (คะแนน)	SD.			Lower	Upper
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	5.64	3.12	5.17	2.87	-0.593	.555	-2.06	1.12
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	6.82	3.10	6.14	3.16	-0.824	.414	-2.35	0.98
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	8.39	2.88	7.45	3.27	-1.155	.253	-2.58	0.69

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ระยะปากมดลูก 5-7 ซม. ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. และเวลารวมในระยะ Active ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value	95 % CI	
	$\bar{X}$ (นาที)	SD.	$\bar{X}$ (นาที)	SD.			Lower	Upper
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.	121.61	93.13	112.76	52.92	-0.443	.659	-48.88	31.18
ระยะปากมดลูก 5-7 ซม.	145.18	104.34	57.41	34.96	-4.288	<.001	-130.01	-45.52
ระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.	61.96	73.56	21.03	26.34	-2.777	.009	-70.89	-10.97
เวลารวมระยะ Active phase (4-10 ซม.)	207.14	143.67	78.45	42.07	-4.555	<.001	-186.28	-71.11

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ คะแนนการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.		
การรับรู้ประสบการณ์การคลอด	35.29	3.32	44.38	3.14	10.609	<.001

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ ต่อระดับความเจ็บปวด ระยะเวลา และระดับการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดของหญิงในระยะคลอด ณ หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครปฐมโดยวิจัยกึ่งทดลอง การอภิปรายผลโดยนำเสนอลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและอภิปรายผลการศึกษา ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 28 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ จำนวน 29 คน โดยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทั้งข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษา โดยเมื่อแยกข้อมูลปัจจัยในแต่ละกลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 73 และ 69 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษา ที่ผ่านมาพบว่าผู้คลอดที่อายุน้อยกว่า 19 ปี หรือมากกว่า 35 ปี มีระดับความเจ็บปวดสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น²³ นอกจากนี้ผู้คลอดที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นจะมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่²⁴

ด้านสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.40 และ 96.60 ตามลำดับ โดยพบว่าสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ประสบการณ์การคลอด ด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 32.10 และ 37.90 ตามลำดับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเป็นแม่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 37.90 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 42.90 และ 44.80 ตามลำดับ การตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 42.90 และ 41.40 ตามลำดับ ไม่เคยผ่านการคลอดมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 46.40 และ 44.80 ตามลำดับ เคยผ่านการคลอด 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 44.80 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าลำดับการตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือการคลอดครั้งแรกมีผลต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางลบมากกว่าการตั้งครรภ์หรือการคลอดครั้งหลัง²³

การเปรียบเทียบด้านน้ำหนักของทารก (passenger)

ซึ่งเป็นปัจจัยการคลอดด้านทารกมีผลต่อระยะเวลาและความเจ็บปวดในระยะคลอด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอดร่วมกับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีน้ำหนักของทารกแรกเกิด อยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.70 สำหรับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชมีน้ำหนักของทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-3,499 กิโลกรัม เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 82.80 เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบชนิดของการคลอดและน้ำหนักของทารกแรกเกิดโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชในหญิงระยะคลอด

ผลการศึกษาที่ 1 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชต่อความเจ็บปวด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ มีระดับความเจ็บปวดบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่างในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึงแม้ระดับคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แผนการจัดทำนั้งแบบมณีเวช ทั้งระดับความปวดบริเวณท้องและระดับความปวดบริเวณหลังส่วนล่างจะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความเจ็บปวดจากการคลอดเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน มีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง อีกทั้งความเจ็บปวดจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด จากการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกที่หดตัวถี่ขึ้น แรงขึ้นและนานขึ้น นอกจากนี้การจัดทำนั้งแบบมณีเวชจะช่วยให้มีการกดของส่วนนำของทารกบริเวณปากมดลูกและปมประสาทบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ (reflex) ผ่านไขสันหลังไปยังสมองที่ต่อมพิทูอิทารีด้านหลัง (posterior pituitary gland) จึงเกิดการหลั่งออกซิโตซิน (oxytocin) เข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดการหดตัวของมดลูกเกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอด ซึ่งการจัดทำนั้งแบบมณีเวช จะยังทำให้มีการ

เคลื่อนต่ำของส่วนนำ เนื่องจากแนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางเข้าของช่องเชิงกราน มีแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเสริมแรงผลักดันทารก แรงเบ่งและแรงการหดตัวของมดลูกให้มีทิศทางเดียวกัน ทำให้เกิดแรงผลักดันทารกให้เคลื่อนต่ำจากช่องทางคลอด จึงทำให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นทั้งตำแหน่งบริเวณท้องและบริเวณหลังส่วนล่าง นอกจากนี้การจัดทำนั่งแบบมณีเวชมีกลไกช่วยลดความเจ็บปวดในระยะคลอดได้เพียงลดการขาดออกซิเจน ของกล้ามเนื้อมดลูกเท่านั้นโดยทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน กล้ามเนื้อบริเวณหลังยืดขยาย น้ำหนักมดลูกไม่กดทับเส้นเลือด inferior vena cava และ descending aorta แต่ไม่ได้กระตุ้นที่ประสาทส่วนปลาย หรือใยประสาทขนาดใหญ่ที่จะช่วยขัดขวางและยับยั้งการส่งกระแสประสาทไปยังสมองเพื่อลดความเจ็บปวดแต่อย่างใด จึงทำให้ระดับความเจ็บปวดในระยะปาดมดลูกเปิดเร็วไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

การศึกษาค้นคว้านี้แตกต่างกับการศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁷ เรื่องผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มทดลองในระยะปากมดลูก 3-4 ซม.และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. หลังปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{x} = 4.90, 7.55$) น้อยกว่าก่อนปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{x} = 5.77, 8.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Borrirukwanit และคณะ²⁵ เรื่องผลการใช้ท่านั่งมณีเวชต่อระดับความเจ็บปวดระยะเวลา การคลอดและปริมาณการสูญเสียเลือดในผู้คลอดปกติ พบว่าเมื่อปากมดลูกเปิด 4-7 ซม. และ 8-10 ซม. กลุ่มที่นึ่งท่ามณีเวชมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มนอนรอคลอดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ พบว่าหญิงระยะคลอดที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์มีความปวดที่บริเวณท้องและหลังส่วนล่างขณะมดลูกหดตัวทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 ซม.และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p > .05$) และการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด

ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ($\bar{x} = 4.90$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 5.67$) ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังนั้นความเจ็บปวดในระยะคลอดมีความซับซ้อน เป็นความปวดระดับลึกมีความรุนแรงเฉียบพลันและยาวนาน จึงต้องใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดที่ไม่ใช่ยาหลาย ๆ วิธีร่วมกัน เช่นการกระตุ้นที่ใยประสาทขนาดใหญ่ เช่น การนวด การสัมผัส การประคบ การกดจุด เป็นต้น อาจทำให้ผู้คลอดมีระดับความเจ็บปวดลดลง อย่างไรก็ตามจากการสังเกตผู้คลอดขณะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการจัดท่านั่งแบบมณีเวชที่มีความเจ็บปวดอยู่ในระดับสูงมักจะไม่มีอาการแสดงอาการโวยวาย ร้องส่งเสียงหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวช ต่อระยะเวลาของการคลอด

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดใช้แผนการจัดท่านั่งแบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติมีระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนราบ มาเป็นท่านั่งแบบมณีเวชในระยะคลอดนั้น ช่องทางออกของเชิงกราน (pelvic outlet diameter) จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น 1.5 ซม. อีกทั้งการนั่งท่ามณีเวทยังสามารถช่วยให้การเคลื่อนต่ำของส่วนนำมากขึ้นโดย เมื่อมีการเจ็บครรภ์คลอดขณะมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดหายใจเข้าให้เต็มปอด โน้มตัวไปข้างหน้าเหยียดแขนกดเข่าให้ติดพื้นให้มากที่สุดซึ่งจะช่วยเพิ่มขยายช่องเชิงกราน แนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางเข้าของช่องเชิงกราน ทำให้อำนาจของทารกในครรภ์เข้าสู่ช่องเชิงกรานได้ง่าย กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อบริเวณรอบทวารหนักทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี เกิดการกระตุ้น stretch receptor ทำให้เกิดรีเฟล็กซ์ ผ่านไขสันหลังไปยังสมองที่ต่อมพิทูอิทารีด้านหลังได้เร็วกว่า จึงเกิดการหลั่งออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้การหดตัวของมดลูกเกิดขึ้นได้ดีและรวดเร็ว การคลอดจึงก้าวหน้าเร็วขึ้นและใช้ระยะเวลาในระยะคลอดน้อย²⁶

ดังนั้นการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดสามารถลดระยะเวลาการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว โดยพบว่าเวลาเฉลี่ยในระยะปากมดลูกเปิดเร็วของผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 78.45 นาที) น้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 207.14 นาที) ซึ่งสามารถช่วยลดระยะเวลาเฉลี่ยได้ 128.69 นาที หรือ 2 ชั่วโมง 15 นาที ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาครั้งนี้ การศึกษาของ Malae¹⁶ ที่พบว่าผู้คลอดที่ใช้ศาสตร์มณีเวชมีระยะเวลาการคลอดสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ศาสตร์มณีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยช่วยลดระยะเวลาของการคลอดเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 36 นาที การศึกษาของ Uthairat และ Saejiaw¹⁵ พบว่าระยะเวลาคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) ของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 194.60 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 261.17 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangmani และคณะ¹³ เรื่องผลของการจัดทำนั้เสื้อประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 155.17 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 207.50 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกในแต่ละระยะของปากมดลูกเปิดเร็ว โดยแบ่งเป็นระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. 5-7 ซม. และ 8-10 ซม. ดังนี้ ในระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. พบว่าผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 112.76 นาที) มีระยะเวลาไม่แตกต่างกับกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x}$ = 121.61 นาที) แต่สามารถช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. และในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. โดยพบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลปกติมีระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. เฉลี่ย 57.41 นาที ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติเฉลี่ย 145.18 นาที และในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. กลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลปกติมีระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. เฉลี่ย 21.03 นาที น้อยกว่า

กลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติเฉลี่ย 61.96 นาที จึงกล่าวได้ว่าการใช้ทำนั้แบบมณีเวชในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดช่วยสนับสนุนให้เกิดกลไกการคลอดก้าวหน้า มีระยะเวลาของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (ปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. และ 8-10 ซม.) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ต่อการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์การใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ผลการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดที่ใช้แผนการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับการดูแลตามปกติ มีคะแนนการรับรู้ต่อประสบการณ์การคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มากกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากแผนการจัดทำนั้แบบมณีเวช ประกอบด้วย แนวคิดและหลักการของศาสตร์มณีเวช การฝึกการจัดท่ามณีเวช การจัดท่ามณีเวชโดยเจ้าหน้าที่เข้าไปช่วยกดบริเวณเข่าของผู้คลอดขณะมีการหดตัวของมดลูก และการรายงานความก้าวหน้าของการคลอดให้รับทราบเป็นระยะ ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเองขณะมีการหดตัวของมดลูก โดยการนั่งท่ามณีเวชซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดทางบวก นอกจากนี้การจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวทยังทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ไม่เกิดการคลอดยาวนานและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรอคลอด จึงส่งผลให้ผู้คลอดมีประสบการณ์การคลอดที่ดีและพึงพอใจต่อการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับเปลี่ยนท่าทางหรือการจัดท่าผู้คลอด นอกจากจะเป็นการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ทำให้ผู้คลอดมีระยะเวลาการคลอดสั้นลง ยังทำให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดเป็นไปในด้านบวก และเมื่อผู้คลอดมีการรับรู้ประสบการณ์การคลอดที่ดีก็จะส่งผลทำให้มีความพึงพอใจต่อการคลอดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Munsil และคณะ²⁷ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดท่าโดยใช้ศาสตร์มณีเวชต่อระยะเวลาปากมดลูก เปิดเร็วและความพึงพอใจต่อการคลอดใน

ผู้คลอดครั้งแรก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการจัดทำนั้แบบมณีเวชสามารถช่วยลดระยะเวลาในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ช่วยเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอด แต่ไม่สามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดที่เพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอดได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้มีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการจัดทำนั้แบบมณีเวชให้กับผู้คลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วที่เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือแผนการรักษาให้นอนราบหรือพักบนเตียงเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการ

คลอดเร็วขึ้น ใช้ระยะเวลาสั้นลงและเพิ่มการรับรู้ประสบการณ์การคลอด

2. ควรมีการอธิบายให้ผู้คลอดได้เห็นถึงประโยชน์และประสิทธิผลของการจัดทำนั้แบบมณีเวช เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยตนเองตลอดระยะปากมดลูกเร็ว

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ศึกษาการจัดทำนั้แบบมณีเวชตั้งแต่ในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์และติดตามผลลัพธ์ในระยะคลอด

2. ศึกษาการจัดทำนั้แบบมณีเวชร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะเวลาในระยะที่สองของการคลอด เป็นต้น

3. ศึกษาการจัดทำมณีเวชร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การนวด การสัมผัส การประคบ การกดจุด เป็นต้น

References

1. Parisonkul S, Sansiriphan N. Nursing for women in childbirth period. 2nd ed. Chiang Mai: Textbook project, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2010. (in Thai).
2. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: care of the childbearing and childrearing family. 6th ed. PA: Lippincott William & Wilkins; 2010.
3. Gupta S, Kumar, GSA, Singhal H. Acute pain-labour analgesia. Indian J Anaesth 2006; 50(5):363-69.
4. Mcdonald JS. Obstetric pain. In: Wall PD, Melzack R, editors. Textbook of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p.1388-414.
5. Bryant H, Yerby M. Relief of pain during labour. In: Henderson C, Macdonal S, editors. Mayes' midwifery: a textbook for midwives 13th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2004. p. 458-75.
6. Delivery room, Nakhonpathom Hospital Annual maternity statistics report. Nakhonpathom: Nakhon Pathom Hospital; 2018. (in Thai).
7. Nystedt A, Hogberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: A case - referent study. JCN 2005;14(5):579-86.
8. Simkin PP, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Womens Health 2004;49(6):489-504.
9. Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL. Maternal child nursing care. St. Louis: Mosby; 2002.

10. Ricci SS. Essentials of maternity, newborn, and women's health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). The Cochrane Collaboration [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 21];5(5):1-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484432/>
12. WHO Reproductive Health Library. WHO recommendation on duration of the first stage of labour [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 21]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1>
13. Duangmani K, Somsap Y, Ingkathawornwong T, Kala S. Effects of modified Bhadrasana pose on labor pain and duration of active phase in parturients. Prince of Naradhiwas University Journal 2017;9(1):35-49. (in Thai).
14. Ningsanond N. Simple way to make life easier...by Maneveda. JST 2011;3(5):1-13. (in Thai).
15. Saejiaw A. The development of integrative care with maneology in the first pregnancy of Surat Thani hospital. Region 11 Medical Journal 2017;31:325-37. (in Thai).
16. Malae N. Effects of using Maneveda practice on time of labor. Sungai Kolok Hospital 2015. (copy document) (in Thai).
17. Uthairat P, Saejiaw A. The effects of Maneveda practice on labour pain coping and labour time of primigravidarum at Suratthani Hospital. Region 11 Medical Journal 2019; 32(1),791-804. (in Thai).
18. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: study of 295 new mothers. Birth [Internet]. 1996 [cited 2019 Nov 21];23:144-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1996.tb00475.x>
19. Namujju J, Muhindo R, Mselle LT, Waiswa P, Nankumb J, Muwanguzi P. Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. Reprod Health 2018;15(183):1-11.
20. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primipara's perceptions of vaginal and cesarean births. Nursing Research 1979;28(5):260-66.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Pa: Lippincott, Williams &Wilkins; 2012.
22. Nungkla N. Effect of childbirth preparation on childbirth experience among primigravidas and supporters [Master of Nursing Science, Nursing Care of Women]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003. (in Thai).
23. Walsh D. Pain and epidural use in normal childbirth. EBM 2009;7(3):89-95.
24. Waldenstorum U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factor in national sample. Birth 2004;31(1):17-27.

25. Borrirukwanit K, Jindajumnong P, Pomyen S, Junhmaun K, Yusuk K, Seewan T, et al. Effect of Maneevej sitting position technique on labour pain level, duration time of delivery and blood loss in normal labour. *J Health Sci* 2019;28(3),455-65. (in Thai).
26. Simkin P. Maternal: position and pelvis revisited. *Birth* 2002;30(2):130-2.
27. Munsil J, Sangin S, Suppasr P. Effects of positioning using the Maneevada knowledge program on duration of active labor and satisfaction with childbirth of primiparous women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2018;101-14. (in Thai).