

ผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

พญงศรี อุทัยรัตน์ พย.ม.อพย. อาลี แซ่เจียว พย.ม. อพย.

The effects of Maneveda practice on labour pain coping and labour time of primigravidarum at Suratthani Hospital.

Abstract

Female who are primigravidarum have to face to labour pain for a long time; 10-12 hours especially in active phase, the labour pain has more severe and higher frequency. The primigravidarum has no experienced in maternity. They always afraid and anxiety. Maneveda practice is one of the technique we use to relieve the pain during labour. This study is an Quasi-experimental study which aims to study the effects of Maneveda on labour pain coping and labour time of primigravidarum in labour room of Suratthani hospital. The patients who meet our inclusion criteria will be separated into 2 groups; Control group who were recorded on the even day will received usual standard labour care and Maneveda group who were recorded on the odd day will received Maneveda technique in addition to usual standard labour care. We collected data since May 1st, 2015 to March 31st, 2016 total 11 months.

The instrument we used in this research including the instruction of Maneveda practice for labour care, questionnaire was used to primigravidarum details, labour recording form, recording form for the screaming and numeric rating scale for pain which were checked for validity by five experts. The statistic we used in this study including number, percentage, average, standard deviation and independent T-test which were determined statistically significant at P-value < 0.05.

Results: After using Maneveda practice in labour pain of primigravidarum found that

1) Average numeric rating scale for pain during contraction of Maneveda group during cervical open 3-4 cm. were 4.90 in Maneveda group and 5.67 in control group, there was no statistically significant in numeric rating scale for pain in both group. But cervical open 6-8 cm. respectively which were less than control group that

Payoongsri Uthairat, MSN,
APN (Med-Surg),
Alee Saejiaw, MSN,
APN (Maternal and Child)
Labour Room,
Nursing department,
Suratthani Hospital

the average numeric rating scale for pain during contraction were 7.55 in Maneveda group and 9.00 in control group and the results showed statistically significant ($P < 0.05$).

2) Average screaming scale in Maneveda group were 1.53 and 2.27 in cervical open 3-4 cm. and 6-8 cm. respectively. In control group, average screaming scale were 1.30 and 2.27 in cervical open 3-4 cm. and 6-8 cm. respectively. The average screaming scale showed no statistically significant in cervical open 3-4 cm. and 6-8 cm. of both Maneveda and control group.

3) Labour time during active phase in Maneveda group was 194.60 minutes which was less than 261.17 minutes of the control group. And this resultsshowed statistically significant ($P\text{-value} < 0.05$)

Conclusion : Maneveda practice is one of the new knowledge in labour care which nursing team can be used in addition to standard labour care to relieve labour pain and shortening labour time in active phase without using medication causing less complication to both mother and child.

Keyword : Maneveda, labour pain, labour pain coping, primigravidarum, active phase of cervical open

บทคัดย่อ

หญิงเจ็บครรภ์คลอดครั้งแรกต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นเวลานาน 10 - 12 ชั่วโมง โดยเฉพาะระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงขึ้นและถี่ขึ้น ซึ่งหญิงครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอด จึงเกิดความกลัว ความวิตกกังวล การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการใช้ท่ามณีเวชจึงเป็นทางเลือกหนึ่งมาใช้ดูแลผู้คลอด การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวด และระยะเวลาการคลอด ของหญิงครรภ์แรก งานห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลในวันคู่ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลปกติร่วมกับการใช้ท่ามณีเวชจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลในวันคี่ เก็บข้อมูลวิจัย 1 พฤษภาคม 2558 – 31 มีนาคม 2559 รวมระยะเวลา 11 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด แบบวัดระดับเสียงร้องไว้วาย แบบวัดความเจ็บปวด (Numeric rating Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา การใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกพบว่า

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอด หลังเข้าโครงการ ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 4.90$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.67$) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 7.55$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 9.00$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2) ค่าเฉลี่ยระดับเสียงร้องไห้อาย ของระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.53$ และ 2.27) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.30$ และ 2.27) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

3) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็วของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 194.60$ นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 261.17$ นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป การใช้ท่ามณีเวชมาดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดเป็นองค์ความรู้ใหม่ และเป็นบทบาทอิสระที่ทีมพยาบาลห้องคลอดสามารถนำมาใช้ดูแลผู้คลอด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและลดระยะเวลาการคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ได้โดยไม่ต้องใช้ยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

คำรหัส : มณีเวช การเผชิญความเจ็บปวด หญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

หญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นเวลานาน 10-12 ชั่วโมง⁽¹⁾ มีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเป็นเวลานานกว่าจะพ้นกระบวนการคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงขึ้นและถี่ขึ้น อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เป็นเวลานานเฉลี่ย 8.2 ชั่วโมงในครรภ์แรกและ 3.4 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง⁽²⁾ โดยเฉพาะหญิงครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอด จึงเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความกลัวที่สำคัญคือ กลัวความเจ็บปวดจากการคลอด ผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีผลให้ระดับพลาสมาอิพิเนพริน (Plasma Epinephrine) สูง ทำให้การหดตัวของมดลูกลดลง มีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดล่าช้า⁽³⁾ ผู้คลอดที่มีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บปวด โดยการร้องครวญคราง ดิ้นทุรนทุราย หรือร้องเอะอะไวยาวๆ จะเกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยาล้า ส่งผลให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง และการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่ม

มากขึ้น ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงขึ้น ถี่ขึ้นตามความก้าวหน้าการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดอ่อนเพลียมาก รู้สึกกังวลและกลัวต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้ร่างกายหลั่งสารแคทีโกลามีน (catecholamine) เพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียด ความตึงเครียดจะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อมีความรู้สึกใดเพิ่มขึ้น ความรู้สึกอื่นๆ ที่เหลือจะเพิ่มต่อเนื่องเป็นวงจรของกลุ่มอาการความกลัว ความตึงเครียด ความเจ็บปวด (Fear-Tension-Pain Syndrome)⁽⁴⁾ และส่งผลให้มดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้กระบวนการคลอดที่ยาวนานหรือคลอดยาก จะมีผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในระยะคลอด⁽⁷⁾ และอาจส่งผลให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁸⁾ ผู้คลอดบางรายอาจต้องยุติการคลอดเพราะไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วได้อีกต่อไป ทำให้เพิ่มอุบัติการณ์สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง^(5,6)

ดังนั้นในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ผู้คลอดต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้เผชิญกับความเจ็บปวดและได้รับการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าของการคลอดจนเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด การช่วยเหลือในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความกลัวแก่หญิงเจ็บครรภ์คลอด⁽⁹⁾ การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมีทั้งวิธีที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่การใช้ยาลดปวดและยากระตุ้นให้มดลูกหดตัวดี แม้จะได้ผลเร็วแต่อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงทั้งต่อผู้คลอดและทารก⁽¹⁰⁾ ดังนั้นวิธีที่ไม่ใช้ยาจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวด ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด การอาบน้ำ การสัมผัส และการนวด การเคลื่อนไหวและการจัดทำ การดื่มน้ำได้ผิวหนังเพื่อลดอาการปวดหลัง^(11,12,13,14,15,16) การผ่อนคลาย การเพ่งจุดสนใจ การใช้จินตนาการ เทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวและการจัดทำ การสัมผัส การผ่อนคลาย การกระตุ้นผิวหนัง การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ การใช้แรงกด หรือการนวด การลูบหน้าท้อง การใช้ดนตรี⁽¹⁷⁾ การประคบสมุนไพร^(18,19) และการใช้ท่ามณีเวช⁽¹⁸⁾

ศาสตร์มณีเวช⁽¹⁸⁾ เป็นองค์ความรู้หนึ่งที่นิยมแพร่หลาย ว่าด้วยการจัดและปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกาย โดยอาจารย์ประสิทธิ์ มณีจิระปราการ ภูมิปัญญาไทยเป็นผู้คิดค้นวิชามณีเวช โดยบูรณาการจากภูมิปัญญาโบราณของไทย จีน อินเดีย^(20,21,22) และถ่ายทอดองค์ความรู้อันล้ำค่าสู่บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน⁽²³⁾ จากการศึกษาของธรรมนูญ สุขมานันท์ และคณะ⁽¹⁸⁾ เรื่องการบูรณาการการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอด ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนความเจ็บปวดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนเข้าโครงการมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด ($\bar{x}$ = 6.23) มากกว่าหลังเข้าโครงการ ($\bar{x}$ = 5.10) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิง

เจ็บครรภ์คลอดหลังเข้าโครงการของกลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ = 5.10) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ = 7.62) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับวิธีที่ช่วยให้กระบวนการคลอดก้าวหน้าเร็ว ได้แก่ นวดกดจุดสะท้อนที่เท้า⁽²⁴⁾ พบว่าช่วยลดเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด (แต่ไม่ได้ศึกษาผลด้านการลดความเจ็บปวด) และการศึกษาของอาลี แซ่เจียวและพยุศรี อุทัยรัตน์ เรื่องยาเร่งคลอดหรือจะสูมณีเวช?⁽²⁵⁾ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 รายที่มาคลอดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นวิจัยกึ่งทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับการฝึกการใช้ท่ามณีเวช กลุ่มที่ 3 ได้รับการดูแลตามปกติ และได้ยาเร่งคลอด Syntocinon เมื่อปากมดลูกเปิด 3 ซม.(ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว) ผลการศึกษาพบว่าการใช้ท่ามณีเวชสามารถลดระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ได้โดยมีระยะเวลาในการคลอดเร็วกว่าทฤษฎี 1 ชั่วโมง 38 นาที และระยะเวลาในการคลอดเร็วกว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดที่ได้ยาเร่งคลอด 49 นาที ดังนั้น การใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดและส่งเสริมให้กลไกการคลอดดำเนินไปอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ การใช้ท่ามณีเวชทำให้โครงสร้างร่างกายหญิงเจ็บครรภ์คลอดสมดุล^(20,21,22) เหมาะสมในการคลอด โดยเฉพาะช่องเชิงกรานให้มีความยืดหยุ่น ทารกสามารถเคลื่อนตัวผ่านช่องเชิงกรานได้สะดวก^(18,26) การใช้ท่ามณีเวชมีทั้งหมด 8 ท่า^(21,22,23,26) ดังนี้ 1) ทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ไทยวางตัวตรงกัน 2) ทำไม่แบ่ง แหว่งว้ายสายชล 3) ทำถอดเสื้อ 4) ทำเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน 5) ทำยืน 6) ทำเดิน 7) ทำนั่งขัดสมาธิ และ 8) ทำผีเสื้อ โดยท่าที่ 1-4 เป็นท่าจัดสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงบน ตั้งแต่เหนือเอวขึ้นมาหลัง คอ ศีรษะ สะบัก บ่า ไหล่ แขน ข้อศอก ข้อมือ ตลอดจนนิ้วมือทั้งสองข้าง ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการปวด และการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เมื่อโครงสร้างร่างกายช่วงบนสมดุล ส่งผลโครงสร้างร่างกายช่วงล่างเข้าสู่สมดุลได้ง่ายขึ้น และท่าที่ 5-8 เป็นการจัดสมดุล

โครงสร้างร่างกายช่วงล่างตั้งแต่ระดับเอวลงมาสะโพกเชิงกราน ระบายน้ำ 2 ข้าง ของหญิงเจ็บครรภ์คลอด โดยให้ท่าอิริยาบถยืน เดิน นั่ง แบบมณีเวช เพื่อส่งเสริมให้โครงสร้างเชิงกรานสมดุลไม่บิดเบี้ยว นอกจากนี้ยังมีแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยเพิ่มแรงดันภายในโพรงมดลูก ลดความเค้นมาทางด้านหน้าของกระดูกสันหลังส่วนเอว ทำให้แนวทางการคลอดกับโพรงมดลูกกับช่องทางการคลอดเป็นรูปตัว C ดังนั้นแนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารก (Fetal axis) อยู่ในแนวเดียวกับช่องทางการเข้าเชิงกราน^(9,26) อีกทั้งท่าแนวตั้ง เช่นท่ายืน เดิน ช่วยให้น้ำหนักช่องทางการออกของช่องเชิงกรานมารดา (pelvic outlet diameter) เพิ่มขึ้นจากท่านอนราบ 1.5 ซม. เนื่องจากกระดูกก้นกบกระดูกไปข้างหลังได้อย่างอิสระ^(9,27) และท่านี้ยังแก้อึดและโน้มตัวไปข้างหน้าคล้ายท่านี้ยังอง ทำให้ความกว้างของเส้นผ่าศูนย์กลางไบสปินัส (bispinous diameter) เพิ่มขึ้น 0.76 ซม.⁽²⁸⁾ ซึ่งท่านี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับท่าผีเสื้อมณีเวชที่นึ่งผ่าเท้าประกบกันและเลื่อนส้นเท้าให้อยู่ใกล้ผีเสื้อให้มากที่สุด แต่ท่ามณีเวชไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติมจากการดูแลปกติ ดังนั้นท่าผีเสื้อมณีเวชจึงทำให้น้ำหนักของทารกเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกรานและช่องทางการคลอดได้ง่ายกว่าท่านอนราบปกติ จึงลดระยะเวลาการคลอดให้สั้นลง

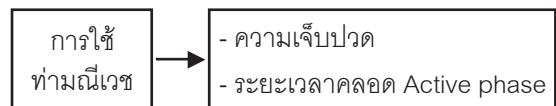
การใช้ท่ามณีเวชเป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary Care) คือ การรักษาแบบเสริมระบบบริการรักษาพยาบาลที่สามารถจัดเสริมควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด เป็นการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การศึกษาหาความรู้ใหม่หรือคิดค้นนวัตกรรมมาดูแลหญิงครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการใช้ท่ามณีเวชมาบูรณาการดูแลโครงสร้างร่างกายหญิงเจ็บครรภ์คลอดให้สมดุล เตรียมความพร้อมของผู้คลอดในการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งมีรูปแบบเรียบง่าย ผู้คลอดสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีอุปกรณ์เพิ่ม ประหยัดค่าใช้จ่าย ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดของหญิงครรภ์แรก โดยมีวัตถุประสงค์

ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่ามณีเวชกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ของหญิงครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้ท่ามณีเวชกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การใช้ท่ามณีเวช ทำให้โครงสร้างร่างกายหญิงเจ็บครรภ์คลอดสมดุล เหมาะสมในการคลอด โดยเฉพาะช่องเชิงกรานมีความยืดหยุ่น แนวแกนของมดลูกและแนวแกนของทารก (Fetal axis) อยู่ในแนวเดียวกับช่องทางการเข้าเชิงกราน และขนาดช่องทางการออกของช่องเชิงกรานมารดา (pelvic outlet diameter) เพิ่มขึ้นจากท่านอนราบปกติได้ 1.5 ซม. เนื่องจากกระดูกก้นกบกระดูกไปข้างหลังได้อย่างอิสระ จึงทำให้กลไกการคลอดดำเนินไปได้รวดเร็วตามธรรมชาติ ทารกสามารถเคลื่อนตัวผ่านช่องเชิงกรานได้สะดวก ส่งผลทำให้ระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดลดลง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นหญิงไทยครรภ์แรก อายุระหว่าง 17-34 ปี มาคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง Inclusion Criteria ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) หญิงไทยครรภ์แรกปกติ แรกรับปากมดลูกเปิด < 3 ซม. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำเดินก่อนมาโรงพยาบาล, PIH, GDM, Placenta Previa, Myoma Uteri, Ovarian

Cyst, Poly hydramnios, Oligo hydramnios^๔ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น DM, Asthma, Pneumonia, Chicken pox, Epilepsy, Thalassemia, Heart Disease เป็นต้น 2) อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 37-42 สัปดาห์ 3) คลอดทางช่องคลอดได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดอ่านและเขียนภาษาไทย 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างเจ็บครรภ์คลอด 2) ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้และ/หรือมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น หน้ามืด ใจสั่น 3) ได้รับการฉีดยาเหน็บและ/หรือประคบสมุนไพร ระหว่างการทดลอง 4) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันคู่จำนวน 30 คนได้รับการดูแลปกติ และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในวันคู่ได้รับการดูแลปกติร่วมกับการสอน สาสิต และให้ฝึกปฏิบัติท่ามณีเวชท่าที่ 1-4 ท่าละ 3 ครั้ง และท่าอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง ทำได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยผู้วิจัยเริ่มสอนตั้งแต่หญิงเจ็บครรภ์คลอดอยู่ในระยะ Latent Phase หรือปากมดลูกเปิด < 3 ซม.

เมื่อหญิงเจ็บครรภ์คลอดเข้าระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) ปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ทีมวิจัยจะเข้าช่วยเหลือท่าท่าที่ 8 ท่าผีเสื้อพร้อมช่วยกดเข้าในท่านั่งให้หญิงเจ็บครรภ์คลอด กด 10 ครั้งและให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดนั่งหรือนอนท่าผีเสื้อต่อไปโดยไม่ต้องกดเข้าได้ตามต้องการ และท่าช้า เมื่อปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. พร้อมกับสังเกตพฤติกรรมแสดงความเจ็บปวดและวัดระดับความเจ็บปวดก่อนทดลองหลังทดลองขณะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. และ 6-8 ซม. โดยใช้ Numeric Rating Scale เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบเก็บข้อมูลผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) 2) บันทึกระดับเสียงร้องไววายและระดับความเจ็บปวด จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 10-13) 3) ข้อมูลการคลอดของมารดาและทารก จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 14-19) ทีมวิจัยบันทึก 4) แบบแสดงความคิดเห็น คำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 20-22)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือหญิงไทยครรภ์แรก อายุระหว่าง 17-34 ปี มาคลอดที่ห้องคลอดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 – 31 มีนาคม 2559 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลวันคู่ เป็นหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลวันคู่ เป็นหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการฝึกปฏิบัติท่ามณีเวช ท่าที่ 1-4 ท่าละ 3 ครั้ง และท่าที่ 5-8 เป็นท่าอิริยาบถ ยืน เดิน นั่ง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด ประกอบด้วย 8 ท่า คือ ท่าที่ 1 ท่าไหว้พระสนมมือวาดวงบินดั่งกิ้งกือ, ท่าที่ 2 ท่าไม้แบ่งแหวกว่ายสายชล, ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ, ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลิง สร้างกำลังภายใน, ท่าที่ 5 ท่ายืน, ท่าที่ 6 ท่าเดิน, ท่าที่ 7 ท่านั่งขัดสมาธิ และท่าที่ 8 ท่านั่งผีเสื้อ ซึ่งคู่มือการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ แล้วนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้

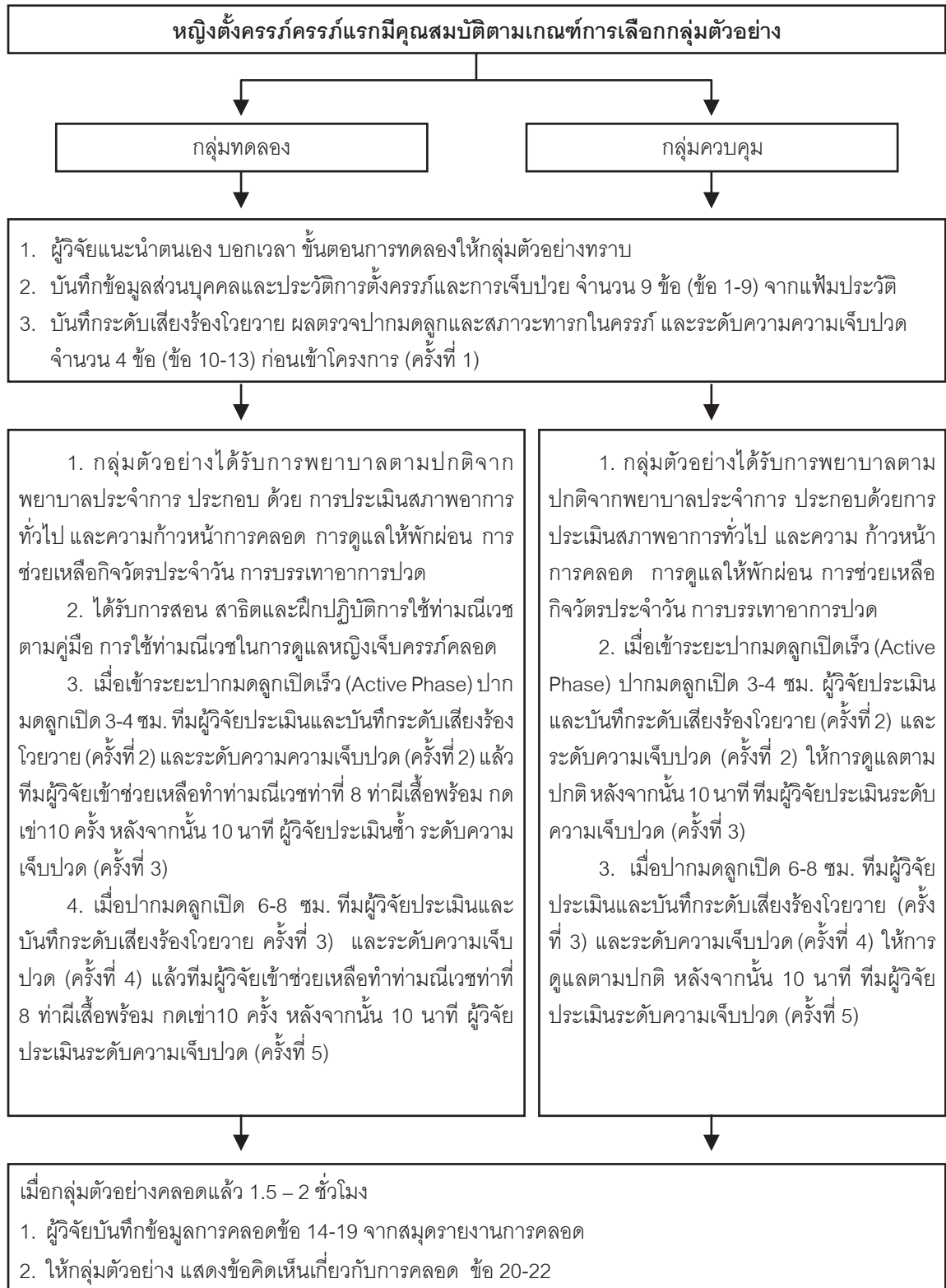
2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สัญชาติ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย ความตั้งใจในการคลอดบุตร โดยวิธีใด การได้รับยาเร่งคลอด แบบวัดระดับเสียงร้องไววาย แบบวัดระดับความเจ็บปวด (Numeric Rating Scale) และข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและระยะเวลาคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สรุปวิธีการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาการคลอด ระดับเสียงร้องไวยวาย และความเจ็บปวดของหญิงครรภ์แรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละระยะการเปิดของปากมดลูก (N = 30)

กลุ่มเป้าหมาย	$\bar{X}$	S.D	t	P- value
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.				
กลุ่มควบคุม	5.67	1.92	1.37	0.18
กลุ่มทดลอง (หลังปฏิบัติท่าผีเสื้อมณีเวช)	4.90	2.38		
ระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม.				
กลุ่มควบคุม	9.00	1.15	2.80	0.007*
กลุ่มทดลอง (หลังปฏิบัติท่าผีเสื้อมณีเวช)	7.55	2.58		

*p<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอด หลังทำท่าผีเสื้อมณีเวช ในกลุ่มทดลอง ระยะปากมดลูก เปิด 3-4 ซม. ($\bar{X} = 4.90$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.67$) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ($p>0.05$) แต่ระยะปากมดลูกเปิด 6 – 8 ซม. คะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวในกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 7.55$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 9.00$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับเสียงร้องไวยวายแต่ละระยะการเปิดของปากมดลูก ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

กลุ่มเป้าหมาย	$\bar{X}$	S.D	t	P- value
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม				
กลุ่มควบคุม	1.30	0.60	-1.12	0.27
กลุ่มทดลอง	1.53	0.97	-1.12	
ระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม				
กลุ่มควบคุม	2.27	1.17	0.00	1.00
กลุ่มทดลอง	2.27	0.98	0.00	

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับเสียงร้องไวยวายของระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.53$ และ 2.27) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.30$ และ 2.27) ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ($p>0.05$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระยะเวลาคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

กลุ่มเป้าหมาย	$\bar{X}$ (นาที)	S.D	t	P- value
ระยะเวลาคลอด Active phase				
กลุ่มควบคุม	261.17	95.59	2.78	0.007*
กลุ่มทดลอง	194.60	89.56		

*p<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าระยะเวลาคลอดของระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 194.60 นาที) น้อยกว่า กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 261.17 นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (กลุ่มทดลองมีระยะเวลาคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 66.57 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 6 นาที 34 วินาที)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวก่อนและหลังปฏิบัติทามึนเวซ ของกลุ่มทดลอง ในแต่ละระยะการเปิดของปากมดลูก (N = 30)

กลุ่มเป้าหมาย	$\bar{X}$	S.D	t	P- value
ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม.				
ก่อนปฏิบัติทามึนเวซ	5.77	1.98	3.16	0.004*
หลังปฏิบัติทามึนเวซ	4.90	2.38		
ระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม.				
ก่อนปฏิบัติทามึนเวซ	8.66	1.17	2.48	0.02*
หลังปฏิบัติทามึนเวซ	7.55	2.59		

*p<0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มทดลอง ในระยะปากมดลูก 3-4 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. หลังปฏิบัติทามึนเวซ ($\bar{X}$ = 4.90, 7.55) น้อยกว่า ก่อนปฏิบัติทามึนเวซ ($\bar{X}$ = 5.77, 8.66) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงเจ็บครรภ์ทั้งกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ จบการศึกษา ระดับมัธยม มากที่สุด ร้อยละ 46.67 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.33 อาชีพ แม่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 36.67 รองลงมา อาชีพรับจ้างและเกษตรกรรวมเท่ากับ ร้อยละ 21.66 รายได้ มากกว่า 15,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 41.67 รองลงมา รายได้ 10,000 – 15,000 บาท ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ สภาพสมรส คู่ ร้อยละ 98.33 มีความตั้งใจคลอดเอง ร้อยละ 95 และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้านระดับความเจ็บปวดก่อนเข้าโครงการ ระดับเสียงร้องไห้ออกมาก่อนเข้าโครงการ อายุ รายได้ อายุครรภ์ น้ำหนักทารก และ Blood loss (การสูญเสียเลือดหลังคลอด) มีความคล้ายคลึงกันหรือไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

การอภิปรายผล

การใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก จากการศึกษาการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดเป็นนวัตกรรมที่สำคัญในการบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยาของหญิงเจ็บครรภ์ครรภ์แรก สามารถส่งเสริมให้กลไกการคลอดดำเนินการคลอดอย่างรวดเร็วตามธรรมชาติโดยใช้ 8 ท่าของมณีเวช^(20,21,26) ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าให้ประสานมือร่ำไทยวาดวงบินดังกิ้งรี ท่าที่ 2 ท่าไม่แบ่ง แหวก้วยสายชล ท่าที่ 3 ท่าถอดเสื้อ ท่าที่ 4 ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน ท่าที่ 5 ท่ายืน (เท้าขนานเป็นเลข 11) ท่าที่ 6 ท่าเดิน (เท้าขนานเป็นเลข 11) ท่าที่ 7 ท่านั่งขัดสมาธิ และท่าที่ 8 ท่าผีเสื้อ ก็สามารถช่วยสนับสนุนให้กลไกการคลอดดำเนินไปอย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องใช้ยาเร่งคลอด เป็นนวัตกรรมที่เรียบง่าย ต้นทุนต่ำ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติม ผู้คลอดรับรู้ถึงการเอาใจใส่ของพยาบาลและรู้สึกอบอุ่น การใช้ท่ามณีเวชนับเป็นบทบาทอิสระอย่างหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล ที่ช่วยให้กลไกการคลอดแบบธรรมชาติดำเนินไปอย่างรวดเร็ว มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการใช้ศาสตร์มณีเวช (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ย คะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัว ระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. น้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) แตกต่างจากมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แสดงว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองได้รับการสอนและฝึกทำปฏิบัติท่ามณีเวช 8 ท่า ซึ่งประกอบด้วย การปรับสมดุลตาข้างบนและตาข้างล่าง โดยปฏิบัติท่ามณีเวชท่าที่ 1-4 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงบน(ตาข้างบน) ตั้งแต่เหนือเอว, หลัง คอ ศีรษะ สะบัก บ่า ไหล่ แขน ข้อศอก ข้อมือตลอดจนนิ้วมือทั้งสองข้าง ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด และปฏิบัติท่ามณีเวชท่าที่ 5-8 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงล่าง (ตาข้างล่าง) ตั้งแต่ระดับเอวลงมาสะโพก เขิงกรานและระยะขา 2 ข้างโดยใช้ท้าวิยาบถ ประกอบด้วย ท่ายืน,

ท่าเดิน, ท่านั่งขัดสมาธิ และท่าผีเสื้อ สำหรับท่าผีเสื้อเป็นการจัดสมดุลโครงสร้างของเขิงกราน ให้มีรูปทรงที่สมดุล ไม่บิดเบี้ยว เพื่อปรับสมดุลช่องทางคลอดให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมในการคลอด สำหรับการลดปวดในระยะคลอด การฝึกท่ามณีเวช ประกอบด้วยจัดทำผู้คลอดในท่ายืน ท่าเดิน ท่านั่งขัดสมาธิและท่าผีเสื้อ จะมี Position คล้ายคลึงกับจัดผู้คลอดในท่าแนวตั้งและท่านั่งยอง น้ำหนักทารก ลงมากดบริเวณปุ่มกระดูก อิสเซียลทูเบอโรซิตี (Ischial Tuberosities) และมีการยืดของกล้ามเนื้อ แอดดักเตอร์ แมกนัส (Adductor Magnus)⁽²⁹⁾ ดังนั้นท่าในแนวตั้งได้แก่ การยืน การเดิน, การนั่งขัดสมาธิ และการนั่งท่าผีเสื้อ ทำให้ช่องเขิงกรานกว้างขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนต่ำ ของส่วนนำได้ ส่งผลให้ความก้าวหน้าของการคลอดเร็วขึ้น เป็นการช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว มีผลลดการกระตุ้นต่อเยื่อประสาทขนาดเล็ก ทำให้ความเจ็บปวดทุเลาลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธรรมบุญ สุขุมานันท์และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนและหลังได้รับการฝึกท่ามณีเวชและการใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองขณะรอคลอดในห้องคลอดมีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวของกลุ่มควบคุมก่อนเข้าโครงการมีค่าคะแนนความเจ็บปวด ($\bar{X} = 6.17$) น้อยกว่าหลังเข้าโครงการ ($\bar{X} = 7.62$) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวก่อนเข้าโครงการมีคะแนนความเจ็บปวด ($\bar{X} = 6.23$) มากกว่าหลังเข้าโครงการ ($\bar{X} = 5.10$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดรัดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดหลังเข้าโครงการของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 5.10$) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 7.66$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และเช่นเดียวกับการศึกษาของมนตรี ศิริเศรษฐ์⁽³⁰⁾ ที่พบว่าท่าผีเสื้อแบบมณีเวช ช่วยให้อาการเจ็บครรภ์คลอดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทั้งปวดท้องและปวดหลัง ซึ่งการนั่งแบบมณีเวชในท่าผีเสื้อ คือการปรับการนั่งให้หลังตรงให้ฝ่าเท้ามาประกบกัน ดังนั้น เมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูกทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์ ให้สูดลมหายใจ

เต็มปอด กลืนลมหายใจ ไน้มตัวไปข้างหน้าพร้อมทั้งเหยียดแขนกดเข้าทั้งสองข้างให้ติดพื้นให้มากที่สุด หรือพยายามห้อยคลอดจะช่วยกดเข้าทั้งสองข้างของผู้คลอดก็ได้ จะพบว่าอาการปวดทุเลา โดยเฉพาะในขณะที่ยกเข้าและไนมตัวไปข้างหน้าที่ถูกต้อง จะช่วยขยายสะโพก ทำให้ปริมาตรในอุ้งเชิงกราน เพิ่มมากขึ้น อาการปวดที่เกิดจากการกดทับ ของมดลูกที่มีขนาดใหญ่ และแข็งตัว (ในขณะมีการหดตัวของมดลูก) ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของผกาภาส เกาจี และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุน ประคับประคองร่วมกับการจัดทำศีรษะ และลำตัวสูงในระยะคลอด ต่ำกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาของกิตติมา ด้วยมณี⁽³²⁾ พบว่าหญิงระยะคลอดที่ได้รับการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ มีความปวดที่บริเวณท้องและหลังส่วนล่างขณะมดลูกหดตัว ทั้งช่วงปากมดลูกเปิด 5-7 ซม. และปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p>0.05$) และการศึกษาในพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. ($\bar{X} = 4.90$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 5.67$) ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ($p>0.05$) (ตารางที่ 1) เมื่อมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มทดลอง ระยะปากมดลูกเปิด 3-4 ซม. และระยะปากมดลูกเปิด 6-8 ซม. หลังปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{X} = 4.90, 7.55$) น้อยกว่าก่อนปฏิบัติท่ามณีเวช ($\bar{X} = 5.77, 8.66$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 4)

สำหรับรูปแบบการเผชิญความเจ็บปวด (Pattern of handling pain) โดยแสดงออกเสียงร้องไห้อาววยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2) ซึ่งผู้คลอดแต่ละรายมีรูปแบบของการเผชิญความเจ็บปวดแตกต่างกัน เป็นการร้องเสียงดังไห้อาววย ซึ่งขึ้นอยู่กับการเตรียมความพร้อมในการคลอดของแต่ละบุคคล การแสดงออกของเสียงร้องไห้อาววยจึงไม่ต่างกัน

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยในระยะปาก

มดลูกเปิดเร็ว (Active Phase) ของกลุ่มทดลองน้อยกว่า กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงว่าในกลุ่มทดลองที่มีการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายช่วงล่างโดยใช้การนั่งท่าผีเสื้อ ทำให้ช่องทางคลอดขยายมากขึ้น ประกอบด้วย แนวแกนของทารกอยู่ในแนวเดียวกับช่องทางเข้าของช่องเชิงกราน⁽⁹⁾ ทำให้น้ำหนักของทารกในครรภ์เข้าสู่อุ้งเชิงกรานได้ง่าย และการศึกษาช่องทางออกของเชิงกราน (Pelvic outlet diameter) จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น 1.5 ซม. เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถจาก ท่านอนราบ มาเป็นท่านั่ง⁽²⁷⁾ ซึ่งท่านั่งผีเสื้อแบบมณีเวช ยังมีแรงไนมถ่วงของโลกช่วยเสริมแรงผลักดันทารก แรงเบ่งและ แรงการหดตัวของมดลูกให้มีทิศทางเดียวกัน ทำให้แรงผลักดันทารกให้เคลื่อนต่ำจากช่องทางคลอด ประกอบกับขณะมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดไนมตัวไปข้างหน้า ทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อบริเวณรอบทวารหนักทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่ากึ่งนั่งหรือท่านั่งผีเสื้อแบบมณีเวช ทำให้ส่วนน้ำหนักของทารกเคลื่อนต่ำลงมาได้ง่ายกว่า ทำให้เกิด รีฟลิกซ์ (Reflex) ผ่านไขสันหลังไปยังสมองที่ต่อมพิทูทารีรี่ ด้านหลัง (Posterior Pituitary Gland) ได้เร็วกว่าจึงเกิดการหลั่งออกซิโตซิน (oxytocin) เข้าสู่กระแสเลือดได้เร็วกว่าทำให้การหดตัวของมดลูกเกิดขึ้นได้ดีและรวดเร็ว การคลอดจึงก้าวหน้าเร็วขึ้น ดังนั้นการใช้ท่ามณีเวชในท่าแยกเข้าฝ่าเท้าประกบกันแบบมณีเวชในท่าที่ 8 ท่าผีเสื้อนั้น ในหญิงครรภ์แรกสามารถลดระยะเวลาการคลอดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) ได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม 1 ชั่วโมง 6 นาที 34 วินาที ได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาของอาลี แซ่เจียวและพวงศรี อุทัยรัตน์ เรื่องยาเร่งคลอด หรือจะสูมณีเวช⁽²⁵⁾ ใช้การศึกษาแบบกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 จำนวน 16 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 จำนวน 16 ราย ได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับการปฏิบัติมณีเวช และกลุ่มที่ 3 จำนวน 31 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการใช้ยาเร่งคลอด พบว่า สามารถลดระยะเวลาการคลอดได้เร็วกว่าการดูแลตามปกติและ การใช้ยาเร่งคลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ นูรีโลลา มาเล⁽³³⁾

พบว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ใช้ท่ามณีเวชจะมีเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่าผู้คลอดในกลุ่มที่ไม่ใช้ท่ามณีเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา ดัวงมณี⁽³²⁾ เรื่องผลของการจัดทำฝัเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด. พบว่าค่าเฉลี่ยระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 155.17$ นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 207.50$ นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงกล่าวได้ว่าการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดช่วยสนับสนุนให้กลไกการคลอดก้าวหน้าเร็วกว่าการดูแลปกติ

สรุป

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก ถึงแม้ว่ายังมีศึกษาน้อย แต่เป็นการเริ่มต้นในการคิดค้นองค์ความรู้ใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบทบาทอิสระที่ทำทนายที่มพยาบาลห้องคลอดในการนำท่ามณีเวชมาดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ช่วยส่งเสริมให้กลไกการคลอดดำเนินไปอย่างรวดเร็วตามธรรมชาติโดยไม่ต้องใช้ยา และเป็นการส่งเสริมหรืออนุรักษ์ภูมิปัญญาดั้งเดิม ตอบสนองนโยบายตามแนวนโยบายเรื่องการใช้ภูมิปัญญาในการบริการและยังเป็นการเพิ่มทางเลือกในการปฏิบัติการพยาบาลหญิงเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์เพิ่มเติมจากการดูแลปกติ เป็นการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย การเยียวยาทางจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้คลอด รวมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับหญิงเจ็บครรภ์คลอดในห้องคลอด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าคลอดได้ดียิ่งขึ้น บรรลุเป้าหมายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ตามนโยบายยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล และกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด ควรสนับสนุนให้มีการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้มีพยาบาลห้องคลอดนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการความเจ็บปวดและลดระยะเวลาของการคลอดด้วยการใช้ท่ามณีเวช ให้แก่ทีมพยาบาลห้องคลอดทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง
3. ควรสนับสนุนในการศึกษาวิจัย การใช้ท่ามณีเวชในทารกแรกเกิด เพื่อลดภาวะผิดปกติของทารกแรกเกิด เช่น แขนขาผิดปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดติดไหล่ เพื่อลดความพิการช่วยให้ทารกและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณบูรพาจารย์ด้านศาสตรมณีเวชทุกท่าน ที่ประสิทธิประสาทวิชาให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณท่านเสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอดที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

รายการอ้างอิง

1. เยื่อน ต้นนิรันดร์. การคลอดผิดปกติ (Abnormal Labor). ในถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, จิตติมา สุนทรสังและสมศักดิ์ สุทัศนวรวิมล, บรรณาธิการ. **สูติศาสตร์**

- ฉุกเฉิน (Emergency obstetrics) ราชวิทยาลัยสูติ
นรีแพทย์แห่งประเทศไทย. หน้า 133. กรุงเทพฯ:
พิมพ์ดี; 2553.**
2. Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan. 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2008.
 3. ประทุมพร เพียรจริง, ละมัย วีระกุล, บุญยา ยารังสี, ผกาสุขเจริญ และสุทธิพร พรหมจันทร์. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก. **วารสารสภาการพยาบาล** 2554; 16 : 25-36.
 4. Dick-Read G. Childbirth without Fear. 5th ed. New York: Harper & Row; 1984.
 5. พิริยา ศุภศรี. **การพยาบาลในระยะคลอด**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริม; 2551.
 6. ศศิธร พุมดวง. **การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา**. สงขลา: เค ก๊อปปี; 2553.
 7. ชนิดาภา เนียมบั้งชา, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และสุพรรณิ อึ้งปัญสัตว์ศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการคลอด ความเจ็บปวดในระยะคลอดและความเหนื่อยล้าหลังคลอด. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ** 2554; 34(4): 56-64.
 8. พัญญ พันธ์บุรณะ. การคลอดยาก: Dystocia. ในวรพงศ์ ภูพงค์ (บรรณาธิการ), **การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์ : Management of common problem in obstetrics**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2555. หน้า 187-198
 9. Simkin, P. Maternal: Position and pelvis revisited. **Birth** 2002; 30(2): 130-132.
 10. ศศิธร พุมดวง. **สูติศาสตร์ระยะคลอด**. สงขลา: อัลลายด์เพรส; 2555.
 11. Simpson, K.K., & Cheehan, P.A. **Perinatal Nursing**. New York. Newyork: Lippincott-Raven Publishing; 1996.
 12. จินตนา บ้านแก่ง. **การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อักษรไทย; 2533.
 13. ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิวงมกล. ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับยาบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การสูดท้องและการนวดก้นกบ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ** 2554; (3): 32-49.
 14. ศิริพร พงษ์โกดา. การบรรเทาปวดในระยะคลอด. ใน ศิริพร พงษ์โกดา, อรุณฯ เซาว์ปรีชา, ชลดา จันทร์ขาว และ พรทิพย์ ชีวะพัฒน์, บรรณาธิการ. **การพยาบาลมารดาในระยะคลอด**. หน้า 31-51. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค; 2550.
 15. สุภาวดี หาววาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. **ยโสธรเวชสาร** 2554; 13(1): 5-15.
 16. สมปอง ใช้ไหวพริบ. การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 2343; 18 (3): 25-32.
 17. Thompson, E.D. **Introduction Maternity and Peadiatric Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.
 18. ธรรมนูญ สุขุมานันท์, อาลี แซ่เจียว และดวงตา ภักโรพงศ์. การบูรณาการการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 6-7** 2555; 26 (2) (ฉบับแทรก): 507-520.
 19. ประวิทย์ อินทรสุขุม, และจุฑารัตน์ เกิดเจริญ. (2554). ผลของการประคบร้อนด้วยลูกประคบสมุนไพรต่อความก้าวหน้าในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2554; 20(6): 1065-1075.
 20. ประสิทธิ์ มณีจิระปรากการ. **การจัดกระดุกแบบโบราณของไทย-จีน-อินเดีย**. วีดิทัศน์การบรรยายโครงการเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ครั้งที่ 1. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- กระทรวงสาธารณสุข. ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2547.
21. กานดาวัชรสินธุ์. กายวิภาคแบบมีชีวิตและแนวทางการจัดสมดุลงานนี้เวช. **วารสารมณีเวช** 2551; 1: 85-92.
 22. พยุศรี อุทัยรัตน์. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการ ปวดหลังส่วนล่างของผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
 23. Ningsanond, N. SIMPLE WAY TO MAKE LIFE EASIER...BY MANEEVEDA. **Journal of Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology)** 3 (5): 1-13, 2554.
 24. นิภาพรณ มณีโชติวงศ์, ปราณี ธีรโสภณ, และ สมจิตร เมืองพิล. (2555). ผลของการกดจุดสะท้อนที่เท้า ต่อเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรก. **วารสารพยาบาลและสุขภาพ** 2555; 35(3): 10-18.
 25. อาลี แซ่เจียว และพยุศรี อุทัยรัตน์. ยาเร่งคลอดหรือจะสู้มณีเวช. **What's New ? การประชุมวิชาการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2557**; หน้า 52-56. สุราษฎร์ธานี: อุดมฉัตรการพิมพ์; 2557.
 26. วิเชียรชัย ผดุงเกียรติวงศ์. **การบูรณาการวิชามณีเวชสู่สูติศาสตร์เพื่อการพัฒนาคุณภาพมารดา. วิถีทัศน์การบรรยายโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดและทารกแรกคลอดด้วยวิชามณีเวชเพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย**. ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2553.
 27. Noble, E. Controversies in Maternal Effort During labor and Delivery. **Journal of Nurse-Midwifery** 1981; 26(11): 13-22.
 28. Walrath, D. E., & Glantz, M.M. Sexual dimorphism in the pelvic midplane and its relationship to neandertal reproductive patterns. **American Journal of Physical Anthropology** 1998; 100(1): 89-100.
 29. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: Moving back to basics. **Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 1997; 26(6): 727-34.
 30. มนต์รี ศิริเศรษฐ์. การนวดคลอดท่าผีเสื้อแบบมณีเวชต่อการเจ็บครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว. **วารสารวิชาการเขต 12** 2558; 26: 13-17.
 31. ผกามาศ เกาจีคณะ, สมชาย หงษ์พรรคบุญ, พะเยาว์ ไพพงษ์และนิภา ศิริวัฒน์โก. **ผลของการใช้ท่าคลอดธรรมชาติต่อระยะเวลาการคลอดและความปวดในหญิงตั้งครรภ์** [ออนไลน์]. โรงพยาบาลบ้านบึง : 2544. แหล่งที่มา <http://banbunghospital.com/km/2554/8lr.pdf> [22 มิถุนายน 2558].
 32. กิตติมา ดั่งมณี. **ผลของการจัดทำผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
 33. นุรีไลลา มาละ. **ผลของการใช้ศาสตร์มณีเวชลดระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอด**. โรงพยาบาลสุโขทัย: โรงพยาบาลสุโขทัย; 2558. (เอกสารอัดสำเนา)