การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

อาลี แซ่เจียว พย.ม. อพย (สาขามารดาและทารก), พยุงศรี อุทัยรัตน์ พย.ม.อพย (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

Development of Maneeveda-Integrated-Care in primigravida at Suratthani Hospital

Abstract

Labour pain is a significant problem especially in the primigravida. Symptoms are fear and anxiety. Pain management is due to drug diffusion, passing through a placenta and a baby; effecting to press breathing. Hence alternative care as Maneeveda was integrated in a care context. This study was the research and development design that aimed to develop Maneeveda-Integrated-Care (MIC) in primigravida with labour pain at Suratthani hospital and to study outcomes of the developed care. There were 3 phases of study: preparation phase, operation phase, and evaluation phase. Preparation phase studied of phenomena of Maneeveda. Operation phase was implemented by a pilot study in primigravida with labour pain for developing a nursing practice guideline with Maneeveda. Evaluation phase was evaluation outcomes in terms of pain score, duration of labour, and satisfaction. This study was conducted during May 1, 2015 to March 31, 2016. Instruments were 1) 5 questions for Maneeveda expert interview consensus, 2) an eight-postures-Maneeveda handbook, 3) demographic data record form, 4) a pain numeric scale, and 5) a nursing practice guideline with Maneeveda. Data from interview were analyzed using a content analysis. Quantitative data were analyzed using descriptive statistic: frequency, percent, mathematic mean and standard deviation, also inferential statistic (t- test).

Findings of this study showed 2 significant themes form Maneeveda that were balance and flexibility. Piloting of an eight-postures-Maneeveda handbook was conducted as a quasi experimental research. Results were 16 primigravida with usual care and Maneeveda could reduce duration of labour as compared with 16 primigravida with usual care and 31 primigravida with

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

วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 Reg 11 2560 Med J 2017 ;31 : 325 - 337

syntocinon. Resulting in a developed nursing practice guideline with Maneeveda, focused on collaboration among a pregnant woman, a nurse, a physician, and a caregiver as a care team. Evaluation 3 outcomes revealed that 30 primigravida with usual care and Maneeveda (experimental group) could significantly reduce pain score (cervix dilation less than 3 and 6-8 centimeter; respectively) and duration of labour as compared with 30 primigravida with usual care (control group) ($p<.05$).
Moreover, satisfaction in the control group and the experimental group were presented of 86% and 88%, respectively.

Development of MIC in primigravida with labour pain responded to a health policy of safe motherhood. Therefore, results of this study could be applied to pain relief, reduced labour duration, and reduced complication.

Keywords : Integrated Care Maneeveda Primigravida with labour pain

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะหญิงครรภ์แรก มักพบว่าเกิดความกลัว วิตกกังวลและความเจ็บปวด ซึ่งการจัดการความเจ็บปวดด้วยการใช้ยา อาจพบว่ายามีการซึมผ่านรกสู่ทารกในครรภ์ มีผลให้กดการหายใจของมารดาและทารก ในขณะที่การบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยา โดยการนำศาสตร์มณีเวชมาผสมผสานในบริบทการดูแลผู้คลอดจึงเป็นทางเลือกหนึ่ง การวิจัยครั้งนี้เป็นการการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช การดำเนินการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เตรียมการ เป็นศึกษาปรากฏการณ์การใช้ศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด ระยะที่ 2 ระยะการทดลองใช้ โดยทำการศึกษานำร่อง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก และ ระยะที่ 3 ประเมินผลศึกษาผลลัพธ์ เกี่ยวกับความเจ็บปวด ระยะเวลาการคลอด และความพึงพอใจหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 –วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือในการศึกษาประกอบด้วย 1) คำถามใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญมณีเวช จำนวน 5 ข้อ 2) คู่มือการปฏิบัติมณีเวช 8 ท่า 3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 4) คะแนนความเจ็บปวดเป็นตัวเลข และ 5) แนวปฏิบัติการใช้ศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมานด้วยการทดสอบค่าที (t-test)

จากการศึกษาพบว่าคำสำคัญในการใช้ศาสตร์มณีเวช คือ สมดุล และ ยืดหยุ่น เมื่อทดลองนำคู่มือการปฏิบัติมณีเวชไปทดลองศึกษานำร่อง พบว่าการดูแลแบบปกติร่วมกับมณีเวชในกลุ่มตัวอย่าง 16 รายสามารถลดเวลาในระยะคลอดได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 รายที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 รายที่ได้รับการดูแลโดยใช้ยาเร่งคลอด (syntocinon) ผลการศึกษานำสู่การปรับปรุงการปฏิบัติ โดยสร้างเป็นแนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกเน้นให้ผู้คลอด พยาบาล แพทย์ และญาติผู้คลอดมีส่วนร่วม และมีการ

ประเมินผลด้วยการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยศึกษา 3 ตัวแปร โดยมีกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการปฏิบัติมณีเวช พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดลดลงและมีระยะเวลาคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และเมื่อปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตร ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบความพึงพอใจมีค่าคะแนนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 86 และร้อยละ 88 ตามลำดับ

การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดเป็นการตอบสนองนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาโดยใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและลดระยะเวลาคลอดโดยไม่ใช้ยา และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

คำรหัส : การดูแลแบบผสมผสาน ศาสตร์มณีเวช หญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก

Original Articles นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

การคลอดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่ต้องอาศัยกลไกที่สำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ 1)แรงผลักดันในการคลอด (Power) เป็นแรงที่ใช้ขับทารกออกจากโพรงมดลูก ได้แก่ แรงจากการบีบรัดตัวของมดลูกและแรงเบ่ง 2) ช่องทางคลอด (Passage) ที่ทารกเคลื่อนผ่านออกมา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ช่องทางคลอดที่เป็นกระดูก ได้แก่ ขนาดและรูปร่างเชิงกราน ส่วนนี้จะยืดขยายได้น้อยมาก กับอีกส่วนหนึ่งเป็นเนื้อเยื่อซึ่งสามารถยืดขยาย ได้แก่ พื้นเชิงกราน ปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ 3) สิ่งที่คลอดออกมา (Passenger) ได้แก่ทารกและรก[1,2] ถ้าเกิดความผิดปกติส่วนใดส่วนหนึ่งหรือภาวะความไม่สมดุล จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่มารดาและทารกได้ กล่าวคือ ทำให้ระยะการคลอดยาวนานผิดปกติ ตกเลือดหลังคลอด หรือสภาพทารกในครรภ์ไม่ดี นำไปสู่การช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ ได้แก่ การใช้คีมคลอด เครื่องสุญญากาศ หรือการทำผ่าตัดคลอด เป็นต้น การดำเนินการคลอดอาจมีการเปลี่ยนแปลง และเกิดภาวะวิกฤติได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและสถานการณ์ โดยเฉพาะการเจ็บปวดการคลอดจากการหดรัดตัวของมดลูก มักเป็นปัญหาที่สำคัญของหญิงครรภ์แรกที่ยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลและความเจ็บปวดมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานานกว่าจะพ้นกระบวนการคลอด ซึ่งในครรภ์แรกใช้เวลาประมาณ 10-12 ชั่วโมง[3] รวมทั้งผู้คลอด กลัวตนเองและลูกจะได้รับอันตราย พิการหรือเสียชีวิต จากการเจ็บปวดจากการคลอดเมื่อผู้คลอดที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีผลให้ระดับPlasma Epinephrine สูงทำให้การหดรัดตัวของมดลูกลดลง มีผลทำให้ระยะเวลาการคลอดล่าช้า[4] มีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเจ็บปวด พบว่าผู้คลอดร้องครวญคราง ดิ้นทุรนทุราย หรือร้องเอะอะโวยวาย จนเกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดเพิ่มมากขึ้น และร่างกายเกิดความตึงเครียด มีความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เมื่อมีความรู้สึกใดเพิ่มขึ้นเป็นเหตุให้มดลูกหดรัดตัวผิดปกติ ทำให้กระบวนการคลอดล่าช้าและอาจส่งผลให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นสิ่งที่ช่วยลดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความกลัวแก่หญิงเจ็บครรภ์คลอดการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา[6,7,8,9,10] ได้แก่ การผ่อนคลาย การเพ่งจุดสนใจ การใช้จินตนาการ เทคนิคการหายใจ การเคลื่อนไหวและการจัดท่า การสัมผัส การใช้แรงกด หรือการนวดการลูบหน้าท้อง การใช้ดนตรี[11] และการปรับอิริยาบถโดยใช้ท่ามณีเวช[12] กล่าวคือ พยาบาลควรช่วยเหลือผู้คลอดในการใช้เทคนิคการควบคุมความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การผ่อนคลาย การกระตุ้นผิวหนัง การปรับเปลี่ยนอิริยาบถ และ เทคนิคการหายใจการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการ

ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย[12] ได้แก่ การนวด ประคบ สมุนไพร และศาสตร์มณีเวช[13,14,15,16] เป็นองค์ความรู้ด้านการจัดและปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกาย ใช้การบูรณาการจากภูมิปัญญาโบราณ ของไทย จีน อินเดียและมีการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ แพทย์สาขากุมารเวชกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูก เป็นต้น มณีเวชเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดและปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายสมดุล[13,14,15,16]ช่วยให้โครงสร้างหญิงเจ็บครรภ์คลอดเหมาะสมในการคลอด โดยเฉพาะพื้นเชิงกราน ปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ ให้มีความยืดหยุ่น ทารกสามารถเคลื่อนตัวผ่านช่องเชิงกรานได้สะดวก[12,17] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้ศาสตร์มณีเวชในการบรรเทาความเจ็บปวดในหญิงเจ็บครรภ์คลอดยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา (Pilot Study) ในหญิงเจ็บครรภ์คลอดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เรื่องยาเร่งคลอดหรือจะสู้มณีเวช[18] พบว่า ค่าคะแนนความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจุบันนิยมการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อเป็นทางเลือกในการให้บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มเติมควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ยุค Thailand 4.0 พัฒนานวตกรรมใหม่ๆเช่น การใช้ดนตรีบำบัด อโรมาเทอราปี การนวดประคบ และการปรับอิริยาบถ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลในการบรรเทาความเจ็บปวดและลดระยะเวลาการคลอด ประกอบกับ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นผู้ริเริ่มบูรณาการศาสตร์มณีเวชมาใช้ในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดเป็นแห่งแรกของประเทศ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555ซึ่งในขณะนั้นยังมีการศึกษาเรื่องมณีเวชอยู่ในวงจำกัด และพบว่าการใช้ศาสตร์มณีเวชสามารถลดระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดได้จริงตามที่ได้ทำการศึกษาเรื่องยาเร่งคลอดหรือจะสู้มณีเวช[18]ผู้วิจัยจึงพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก เพื่อส่งเสริมกลไกการคลอด ให้ดำเนินไปตามธรรมชาติและ เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลห้องคลอดในการบรรเทาความเจ็บปวดและลดระยะเวลาของการคลอด โดยไม่ใช้ยา เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย

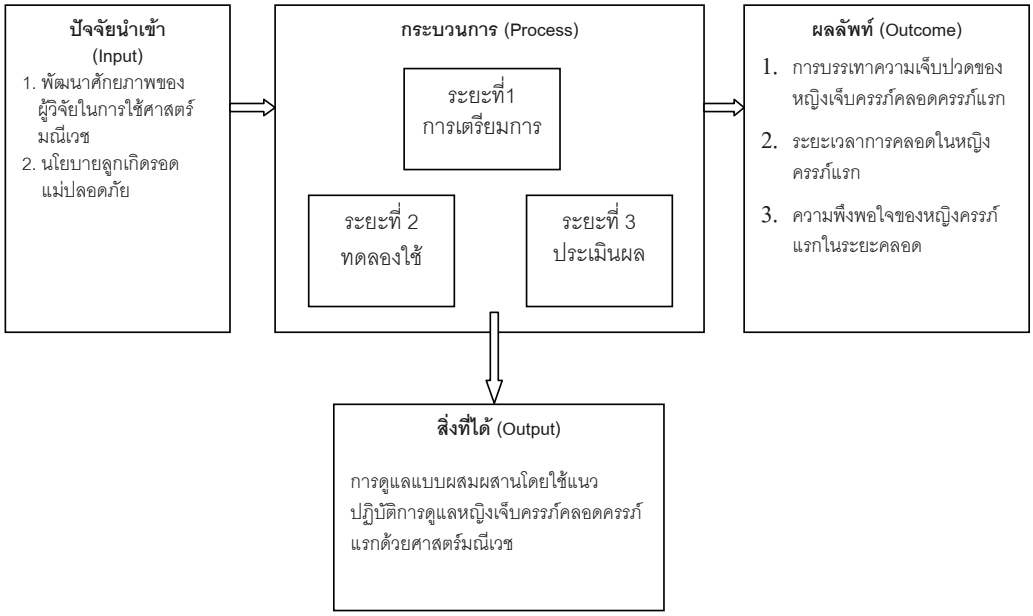
โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดของหญิงครรภ์แรก

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีระบบ[19] เป็นกรอบแนวคิด โดยมีปัจจัยนำเข้า (Input) คือใช้ คน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้วิจัย ในการการใช้ศาสตร์มณีเวช และบริหารจัดการโดยการสร้างระบบการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ของกระทรวงสาธารณสุข กระบวนการผลผลิต(Process) โดยระยะที่ 1 การเตรียมการ ระยะที่ 2 การทดลองใช้ นำสู่สิ่งที่ได้จากกระบวนการ (Output) คือแนวปฏิบัติ (Clinical Pathway)การดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวช และเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวช จึงต้องมีระยะที่ 3 คือ การประเมินผล โดยติดตามผลลัพธ์ (Outcome) คือความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และความพึงพอใจของหญิงครรภ์แรกในระยะคลอดดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและพัฒนา (The research and Development)[20] แบ่งการศึกษาออกเป็น3ระยะ คือ 1)ระยะเตรียมการ เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของการใช้ศาสตร์มณีเวชในการลดปวดในหญิงครรภ์แรกจนระยะคลอด ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านศาสตร์มณีเวชจำนวน 8 ท่าน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เพื่อหาข้อสรุปท่าที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ของการปฏิบัติโดยใช้วิธี Content analysis มาจัดหมวดหมู่ในการจัดการดูแลแบบผสมผสานตามแนวปฏิบัติการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวช 2) ระยะทดลองใช้ ผู้วิจัยทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวชโดยมีแพทย์เป็นผู้ประเมินความเสี่ยงของหญิงเจ็บครรภ์คลอดแต่ละราย ผู้วิจัยทำการสอนมณีเวชจำนวน 8 ท่า ในช่วงก่อนคลอด และสอนญาติผู้ป่วยในช่วง 2 ชม. หลังคลอดเพื่อให้ญาติคอยกระตุ้นหญิงหลังคลอดในการปฏิบัติศาสตร์มณีเวชอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอาการปวดเมื่อยหลังคลอด และ 3) ระยะประเมินผลการพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชต่อความเจ็บปวด ระยะเวลาคลอด และความพึงพอใจของหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงไทยครรภ์แรก อายุระหว่าง 17-34 ปี มาคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2558 - 31 มีนาคม 2559 จำนวน 60 คน โดยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการวันคี่เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และมารับบริการวันคู่เข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

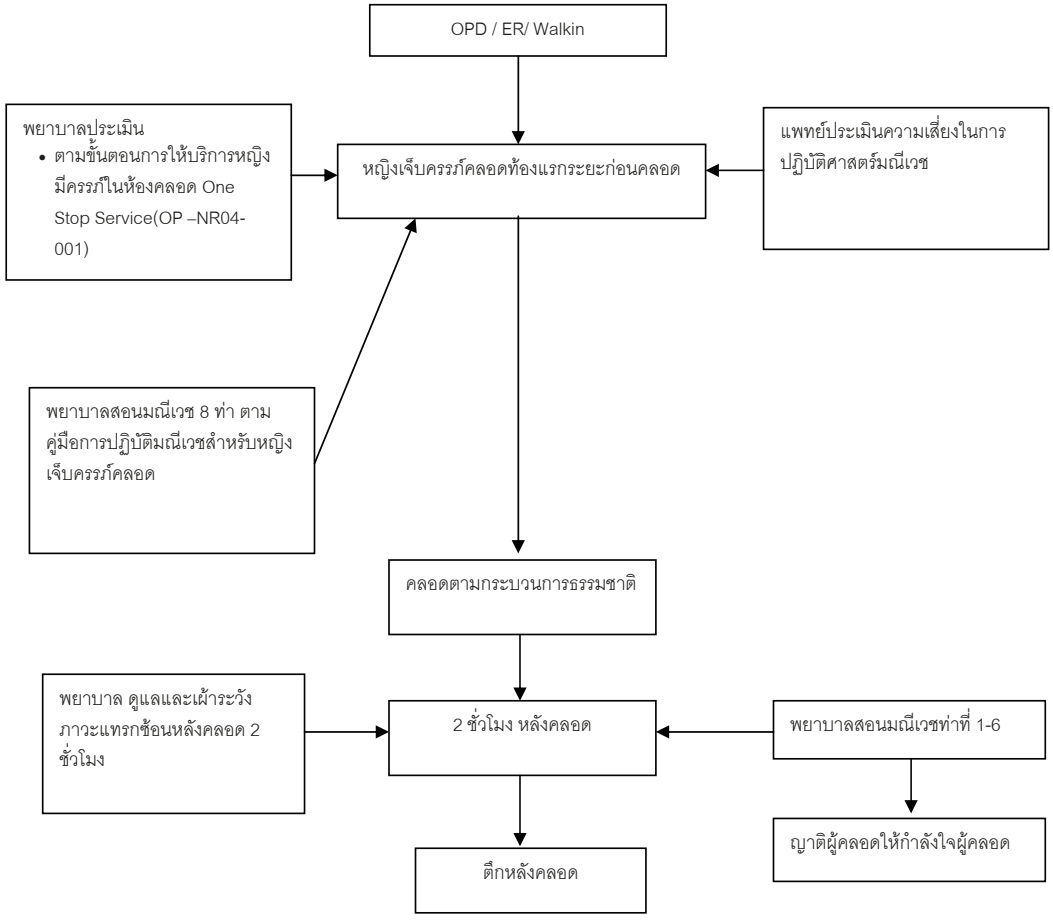
1) คำถามที่ใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านมณีเวช จำนวน 5 ข้อ

2) คู่มือการปฏิบัติมณีเวชสำหรับหญิงเจ็บครรภ์คลอด ประกอบด้วย 1) ท่าไหว้ประสานมือ วาดวงบิน ดั่งกินรี 2)ท่าโม่แป้ง แหวกว่ายสายชล 3)ท่าถอดเสื้อ 4) ท่าเก็บพลัง สร้างกำลังภายใน 5) ท่ายืน 6) ท่าเดิน 7) ท่าขัดสมาธิ และ 8) ท่านั่งผีเสื้อ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติมณีเวช จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เมื่อนำไปทดลองใช้ มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการเจ็บป่วย การได้รับยาเร่งคลอด (Oxytocin) ระดับความเจ็บปวด บอกคะแนนเป็นตัวเลขโดย 0 คือไม่ปวด และ 10 คือ ปวดมากที่สุด

ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการคลอด และคำถามวัดความพึงพอใจ มี 4 ด้านได้แก่ 1) การเอาใจใส่ของพยาบาล2) การปรับสมดุลด้วยวิชามณีเวช3) ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ 4) คุณภาพการบริการโดยรวมและแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ โดย 1คือ ปรับปรุง 2 คือ พึงพอใจน้อย 3 คือ พึงพอใจปานกลาง 4 คือ พึงพอใจมาก และ5 คือพอใจมากที่สุด

4) แนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรก



รูปที่ 2 แสดงแนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติมณีเวชจำนวน 8 ท่าน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) แล้วรวบรวมข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาจัดหมวดหมู่ และผู้วิจัยทั้ง 2 คน เข้ารับการอบรมศาสตร์มณีเวชจากสถาบันชมรมประสิทธิ์มณีเวช จัดโดยโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวม 3 ระยะๆ ละ 2 วัน ห่างกันทุก 2 เดือน จำนวน3 ครั้ง รวม 6 วัน ผู้วิจัยรวบรวมความรู้ที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง สร้างเป็นแนวปฏิบัติการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวช

2. ระยะทดลองใช้ ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องในหญิงเจ็บครรภ์คลอด ครรภ์แรกในระยะเตรียมคลอดจำนวน 63 ราย ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2557 – 15 สิงหาคม 2557ใช้การศึกษาแบบกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3กลุ่ม คือ กลุ่มที่1 จำนวน 16 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ 2 จำนวน16 ราย ได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับการปฏิบัติมณีเวช และกลุ่มที่ 3 จำนวน 31ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการใช้ยาเร่งคลอดพบว่า[18] สามารลดระยะเวลาการคลอดได้เร็วกว่าการดูแลตามปกติและการใช้ยาเร่งคลอด

3. ระยะประเมินผล ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานด้วยการใช้ศาสตร์มณีเวชโดยเพิ่มทีมในการดูแลประกอบด้วย แพทย์และญาติผู้คลอด และปรับขั้นตอนในการปฏิบัติมณีเวชให้ชัดเจนและปฏิบัติได้ง่ายขึ้น แล้วนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ในระหว่างวันที่1พฤษภาคม 2558 ถึง 31มีนาคม 2559 โดยทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่ใช้ยาเร่งคลอดที่มาคลอดในวันคู่จำนวน 30 ราย จัดเข้าในกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในวันคี่จำนวน 30 ราย จัดเข้ากลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้ศาสตร์มณีเวชผู้วิจัยสาธิตมณีเวช 8 ท่า โดยกลุ่มทดลองปฏิบัติมณีเวชท่าที่ 1-4 ท่าละ 3 ครั้ง และปฏิบัติท่ายืนเดินนั่งโดยไม่จำกัดครั้ง และเมื่อกลุ่มทดลองเข้าสู่ระยะ active phase ผู้วิจัยช่วยกลุ่มทดลองปฏิบัติท่าผีเสื้อ 10 ครั้ง และทำซ้ำเมื่อปากมดลูกเปิด6-8เซนติเมตร โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการประเมินความเจ็บปวด2ระยะ คือ เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และเมื่อปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตร

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประมวลผล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไดแก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอนุมาน คือ สถิติทดสอบค่าที(t-test) กำหนดระดับค่าความสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชในหญิงเจ็บครรภ์ครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีผลการศึกษาตามระยะ ดังนี้

1) ระยะที่1การเตรียมการ จากการวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านมณีเวช จำนวน 8ท่าน นำมาจัดหมวดหมู่คำ ได้ดังนี้ “ความสมดุล” ผู้ปฏิบัติจะมีความสมดุลตามแนวตาชั่งบน คือ เป็นการจัดระดับเหนือเอวขึ้นไปศีรษะ ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยและเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตในร่างกาย ซึ่งการปฏิบัติจะต้องมีการปรับสมดุลให้สอดคล้องกับตาชั่งล่าง คือเป็นการปรับโครงสร้างร่างกายตั้งแต่ระดับเอวลงมา สะโพก เชิงกรานและขาสองข้าง

“ความยืดหยุ่น” จากการจัดระเบียบร่างกายให้เกิดความสมดุลตามแนวตาชั่งบนและตาชั่งล่าง ยังผลให้เกิดความยืดหยุ่นของพื้นเชิงกราน ปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ เป็นการเตรียมพร้อมให้ทารกเคลื่อนลงช่องทางคลอดได้สะดวก และจากการฝึกปฏิบัติของผู้วิจัยตาม โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 ในการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยวิชามณีเวชเพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย (3 ระยะ) ผู้วิจัยจึงเขียนคู่มือการปฏิบัติมณีเวช 8 ท่า โดยท่าที่ 1-4 เป็นการปรับตาชั่งบน และท่าที่ 5-8 เป็นการปรับตาชั่งล่าง 2)ระยะที่ 2 ทดลองใช้ ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติร่วมกับการปฏิบัติมณีเวชสามารถลดระยะเวลาคลอดได้เร็วกว่ากลุ่มที่ดูแลตามปกติและกลุ่มที่ดูแลตามปกติร่วมกับการใช้ยาเร่งคลอด กล่าวคือ กลุ่มที่ 1หญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกใช้เวลา 5 ชั่วโมง 22 นาทีใกล้เคียงกับเวลาที่ระบุไว้ในทฤษฎี ใช้เวลา 5 ชั่วโมง 26 นาที กลุ่มที่ 2 ที่ได้รับการฝึกสอนศาสตร์มณีเวชใช้เวลาระยะการคลอด 3 ชั่วโมง 48 นาที ซึ่งเร็วกว่าการคลอดปกติ 1ชั่วโมง 38 นาที และกลุ่มที่ 3 ที่ได้รับยาเร่งคลอด Oxytocin เมื่อปากมดลูกเปิด 3 ซม. ใช้เวลาในการคลอด 4ชั่วโมง 37 นาที ซึ่งเร็วกว่าการดูแลปกติ 49 นาทีผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะคือ ควรให้ทีมการดูแลประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้ และญาติผู้คลอดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้ศาสตร์มณีเวชโดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน

4 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้สอนมณีเวช2ท่าน พยาบาลห้องคลอด1ท่านและสูติแพทย์ 1 ท่าน

3) ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล จากการวิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ตามตัวแปรด้านอายุ (กลุ่มควบคุม = 22.6 ± 4.99 ปี และกลุ่มทดลอง =22.47 ± 5.09 ปี), ด้านอายุครรภ์ (กลุ่มควบคุม =39.3 ± 1.21 สัปดาห์ และกลุ่มทดลอง = 38.77 ± 1.04 สัปดาห์) และด้านความเจ็บปวดขณะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร(กลุ่มควบคุม =4.27 ± 2.27 และกลุ่มทดลอง =4.07 ± 1.9) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติการเจ็บป่วยร้ายแรง และไม่ได้รับยาเร่งคลอดเหมือนกันทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตรและระยะปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตร ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มทดลอง $\bar{X}$ = 2.97 และ 7.55 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{X}$ = 4.20 และ 9.00 (ดังตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาคลอดตั้งแต่ระยะ active phase จนถึง second stage พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาคลอด ($\bar{X}$ =227.17 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =292.73 นาที) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่2) และระดับคะแนนความพึงพอใจโดยภาพรวม พบว่ากลุ่มทดลอง(ร้อยละ 88.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 86.00) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดในระยะก่อนคลอดที่ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร และปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตรของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

กลุ่ม	$\bar{X}$	S.D	t	P- value
ปากมดลูก เปิด <3ซม				
กลุ่มควบคุม	4.20	2.25	2.22	.03*
กลุ่มทดลอง (หลังปฏิบัติมณีเวช)	2.97	2.04		
ปากมดลูก เปิด6-8 ซม				
กลุ่มควบคุม	9.00	1.15	2.77	.009*
กลุ่มทดลอง(หลังปฏิบัติมณีเวช)	7.55	2.59		

*P<.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระยะเวลาคลอดตั้งแต่ระยะ Active Phaseถึงระยะที่ 2ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 30)

กลุ่ม	$\bar{X}$ (นาที)	S.D (นาที)	t	P- value
กลุ่มควบคุม	292.73	100.48	2.6	.01*
กลุ่มทดลอง	227.17	93.77		

*P<.05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในด้านต่างๆของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังคลอด 2ชั่วโมง ในห้องคลอด

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม							กลุ่มทดลอง						
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ปรับปรุง (1)	รวมคะแนน	ร้อยละ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ปรับปรุง (1)	รวมคะแนน	ร้อยละ
1. การเอาใจใส่ของพยาบาล	11	13	6	0	0	125	83.33	14	14	2	0	0	132	88.00
2. การปรับสมดุลด้วยวิชามณีเวช	-	-	-	-	-	-	-	13	15	2	0	0	131	87.33
3. ความรวดเร็วของพยาบาลในการช่วยเหลือ	6	19	5	0	0	121	80.67	17	11	2	0	0	135	90.00
4. คุณภาพการบริการโดยรวม	13	13	4	0	0	129	86.00	14	14	2	0	0	132	88.00

อภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานโดยใช้ศาสตร์มณีเวชในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในระยะคลอด พบว่าการปฏิบัติโดยใช้ศาสตร์มณีเวช สามารถทำให้ร่างกายเกิดสมดุลและยืดหยุ่น ส่งผลให้ลดความเจ็บปวด ระยะเวลาในการคลอดลดลงและผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจสูงเนื่องจากการดูแลแบบผสมผสานเป็นการดูแลที่ยึดหลักให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการได้รับบริการ ดังนั้น ทีมการดูแลต้องทำงานประสานกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และญาติผู้คลอด แพทย์มีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงของผู้คลอดและรักษาเมื่อผู้คลอดมีความผิดปกติ พยาบาลมีบทบาทใกล้ชิดในการดูแลผู้คลอด พยาบาลประเมินผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประยุกต์ศาสตร์ใหม่ๆสู่การพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ร่วมกับการให้ญาติผู้คลอดมีส่วนร่วมในการดูแล แนวคิดนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความสุขสบาย (comfort theory)[21] ที่กล่าวว่า “เมื่อความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองแล้ว ผู้รับบริการจะกลายเป็นบุคคลที่มีความแข็งแกร่ง ซึ่งผู้ให้บริการเป็นตัวจักรสำคัญในการค้นหาบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว”

ความต้องการตอบสนองให้เกิดความสุขสบายในบริบทความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย ความต้องการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม[21] จากการปฏิบัติมณีเวชของหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในระยะคลอด ได้ตอบสนองความต้องการของผู้คลอดด้านร่างกาย คือ การลดความเจ็บปวดในระยะคลอด ลดระยะเวลาคลอด และด้านจิตใจ ที่ผู้คลอดมีความพึงพอใจในระดับสูง

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติมณีเวช สามารถลดความเจ็บปวดในระยะคลอดและลดระยะเวลาคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งก่อน เรื่องยาเร่งคลอดหรือจะสู้มณีเวช[18] กล่าวคือ การปฏิบัติมณีเวช ท่าที่ 1-8 เป็นการปรับสมดุลโครงสร้างของร่างกายทั้งช่วงบนและช่วงล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติท่าผีเสื้อ ในช่วงที่ปากมดลูกเปิด 6-8 เซนติเมตร ช่วยลดอาการปวดท้องจากการหดรัดตัวของมดลูก และลดอาการปวดหลังที่เกิดตามกลไกการคลอด เนื่องจากท่าผีเสื้อเป็นการปรับแนวกระดูกสันหลังให้ตรงและการนั่งให้ฝ่าเท้าประกบกันและโน้มตัวไปข้างหน้า ร่วมกับการสูดลมหายใจเต็มปอดและกลั้นลมไว้ทำให้ผู้คลอดโน้มตัวยืดตัวไปข้างหน้าได้มากขึ้น มีส่วนให้สะโพกขยายออกเล็กน้อย เพิ่มความยืดหยุ่นให้พื้นเชิงกราน ปากมดลูก ช่องคลอด ฝีเย็บ ลดการกดทับของมดลูกต่ออุ้งเชิงกราน ทำให้ลดความเจ็บปวด[22,23] ระยะเวลาคลอดที่สั้นลง สอดคล้องกับการศึกษาของอาลี แซ่เจียวและพยุงศรี อุทัยรัตน์[18] พบว่าการใช้ศาสตร์มณีเวชจะช่วยลดระยะเวลาการคลอด เร็วกว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดที่ได้ยาเร่งคลอด 49 นาที และเร็วกว่าการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดตามปกติ 98 นาที เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติมา ด้วงมณี[24] พบว่ากลุ่มทดลองในระยะเวลาปากมดลูกเปิดเร็ว ที่ได้รับการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ มีระยะเวลาคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .025) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดที่ปฏิบัติมณีเวชลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่ว่าจะใช้/ไม่ใช้ยาเร่งคลอดร่วมด้วย อธิบายโดยหลักการปฏิบัติของมณีเวช การจัดท่าให้กระดูกสันหลังตรง มีผลคล้ายคลึงกับการจัดท่าผู้คลอดในแนวตั้ง และท่านั่งยองๆที่ส่งผลให้ทารกเคลื่อนเข้าสู่อุ้งเชิงกรานได้เร็ว น้ำหนักทารกลงมากดบริเวณปุ่มกระดูก Ischial tuberosity ทำให้กล้ามเนื้อ Adductusmagnus ยืดตัว[25] เช่นเดียวกับการช่วยให้ช่องทางคลอดขยายมากขึ้นเมื่อผู้คลอดปฏิบัติท่าผีเสื้อ[26] ซึ่งทางออกของเชิงกรานเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 1.5 เซนติเมตรเมื่อทารกเคลื่อนผ่านอุ้งเชิงกรานตามแรงโน้มถ่วงของโลก กระดูกไขสันหลังส่งกระแสประสาทไปยังต่อมพิทูอิทารีย์ด้านหลัง เกิดการหลั่งของออกซิโตซินเข้าสู่กระแสเลือด เมื่อทารกเคลื่อนตัวเร็ว การคลอดก็เกิดขึ้นเร็ว

ความพึงพอใจของผู้คลอดกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติท่ามณีเวชที่พบในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้จากการยับยั้งการเกิด Fear-Tension-Pain Syndrome[27, 28] กล่าวคือเมื่อความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดลดลง มีผลให้ร่างกายผ่อนคลาย มีการหลั่งสาร Endorphine ผู้คลอดรู้สึกพึงพอใจและการที่ญาติมีส่วนร่วมให้กำลังใจผู้คลอดร่วมกับทีมการดูแล เป็นการประสานความร่วมมือกันดูแลด้านจิตใจ[29] ยังผลให้ผู้คลอดมีความพึงพอใจในการดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กล่าวคือ ด้านการเอาใจใส่ของพยาบาล ร้อยละ 88.00 และ 83.33, ด้านความรวดเร็วของพยาบาล

ในการช่วยเหลือร้อยละ 90.00 และ 80.67, ด้านคุณภาพบริการโดยรวม ร้อยละ 88.00 และ 86.00 ตามลำดับ และความพึงพอใจในการปรับสมดุลมณีเวชในระดับสูงถึงร้อยละ 87.33 (ดังตารางที่ 3)

สรุป

ในบริบทงานการพยาบาลผู้คลอด มีหน้าที่หลักในการให้บริการการคลอดที่มีคุณภาพ จึงเป็นความท้าทายความสามารถของพยาบาลห้องคลอดที่ต้องพัฒนารูปแบบการบริการใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการ ความคาดหวังของหญิงเจ็บครรภ์คลอดที่ต้องการคลอดแบบธรรมชาติ (ทางช่องคลอด) คือ การส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดเป็นศาสตร์ทางเลือกอีกรูปแบบหนึ่ง สามารถจัดการความเจ็บปวดในการคลอดและลดระยะเวลาในการคลอดให้สั้นลง จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการในหญิงครรภ์แรกที่เจ็บครรภ์คลอด โดยใช้ศาสตร์มณีเวชผสมผสานกับการดูแลตามปกติ ด้วยความร่วมมือของทีมการดูแลที่มีส่วนร่วม ตั้งแต่ผู้คลอด เข้าสู่ระบบการดูแลในห้องคลอดจนย้ายออกไปแผนกหลังคลอด การดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวช ทำให้ลดความเจ็บปวดเมื่อหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกเข้าสู่ระยะคลอด และระยะเวลาคลอดสั้นลงโดยไม่ใช้ยา ยังผลให้เกิดความผ่อนคลาย ลดกลัวและวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้คลอดเกิดความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบการดูแลด้วยศาสตร์มณีเวชที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 88.00 เป็นการพัฒนาการดูแลรูปแบบใหม่ High Touch No Technology High Quality

ข้อเสนอแนะ

การดูแลแบบผสมผสานด้วยศาสตร์มณีเวชสำหรับหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรกในระยะคลอด เพื่อช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด เป็นบทบาทอิสระที่ทีมพยาบาลห้องคลอดทำได้ด้วยตนเอง เรียบง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์เสริม เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลให้หญิงเจ็บครรภ์คลอดด้วยศาสตร์มณีเวช ให้มีการคลอดเร็วขึ้น สามารถเผชิญความเจ็บปวดและความกลัวต่อการคลอดในเวลาที่สั้นกว่าปกติ และควรนำความรู้เรื่องนี้ไปใช้ในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดในห้องคลอด ของโรงพยาบาลต่างๆภายในจังหวัด โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ และเปิดการฝึกอบรมศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอด ให้ทีมพยาบาลห้องคลอดภายในจังหวัดและในเขตบริการสุขภาพที่รับผิดชอบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศาสตร์มณีเวช จำนวน 8 ท่าน ที่ได้อนุรักษ์ภูมิปัญญาดั้งเดิมของไทย และประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้แก่ทีมผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านที่ช่วยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ขอบพระคุณหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกทุกท่านที่ได้เข้าโครงการวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณ นายทวีสา เครือแพ ผู้อำนวยการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 ที่ให้การสนับสนุนทุนในการจัดอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ ในการดูแลสุขภาพองค์รวมด้วยวิชามณีเวช เพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย (3 ระยะ)ในปี2556 และโครงการบูรณาการศาสตร์มณีเวชในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผู้คลอดและมารดาทารก เพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอย่างยั่งยืนในปี 2558และขอขอบคุณ ดร.เบญจมาส ถิ่นหัวเตย ที่ได้พิสูจน์อักษรของการวิจัยครั้งนี้

รายการอ้างอิง

1. ธีระ ทองสง, ชเนนท์ วนาภิรักษ์. **สูติศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พีบี.ฟลอเรน บุ๊สเซนเตอร์; 2541.
2. พิริยา ศุภศรี. **การพยาบาลในระยะคลอด**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด; 2540.
3. เยื้อน ตันนิรันดร. การคลอดผิดปกติ (Abnormal Labor). ในถวัลย์วงค์ รัตนสิริ, ฐิติมา สุนทรสัจและสมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ, บรรณาธิการ. **สูติศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency obstetrics) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**. หน้า133. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2553.
4. ประทุมพร เพียรจริง, ละมัย วีระกุล, บุษยา ยารังสี, ผกา สุขเจริญ , สุทธิพร พรมจันทร์. ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวคลอดต่อความรู้และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดในมารดาครรภ์แรก. **วารสารสภาการพยาบาล** 2544; 16: 25–36.

5. Simpson, K.K., Cheehan,P.A.**Perinatal Nursing**. New York. Newyork: Lippincott-Raven Publishing; 1996.
6. จินตนา บ้านแก่ง. **การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเจ็บปวดในระยะคลอด**.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: อักษรไทย; 2533.
7. ดาริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และวิชุดา ไชยศิวามงคล. ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับยาบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบท้องและการนวดก้นกบ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ** 2554;34(3): 32-9.
8. ศิริพร พงษ์โภคา.การบรรเทาปวดในระยะคลอด. ใน ศิริพร พงษ์โภคา, อรนุช เชาว์ปรีชา,ชลดา จันทร์ขาว และพรทิพย์ ชีวะพัฒน์, บรรณาธิการ. **การพยาบาลมารดาในระยะคลอด**. หน้า 31-51. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก; 2550.
9. สุภาวดี หารวาระ. ผลการเตรียมเพื่อการคลอดด้วยตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอด. **ยโสธรเวชสาร** 2554;13 (1): 5-15.
10. สมปอง ใช้ไหวพริบ. การลดความเจ็บปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 2543;18(3): 25-32.
11. Thompson,E.D. **Introduction Maternity and Peadiatric Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995.
12. ธรรมนูญ สุขุมานันท์, อาลี แซ่เจียว และดวงตา ภัทโรพงศ์. การบูรณาการการดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงเจ็บครรภ์คลอดและหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 6-7** 2555; 26(2) (ฉบับแทรก): 507-520.
13. ประสิทธิ์ มณีจิระปราการ. การจัดกระดูกแบบโบราณของไทย-จีน-อินเดีย. วีดีทัศน์การบรรยายโครงการเผยแพร่องค์ความรู้เรื่องการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย ครั้งที่ 1. กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2547.
14. กานดา วัชรสินธุ์. กายวิภาคแบบมีชีวิตและแนวทางการจัดสมดุลมณีเวช. **วารสารมณีเวช** 2551;1: 85–92.
15. พยุงศรี อุทัยรัตน์. **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการ ปวดหลังส่วนล่างของผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2552.
16. Ningsanond, N. SIMPLE WAY TO MAKE LIFE EASIER...BY MANEEVEDA. **Journal of Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology)** 2554;3: 1-13.
17. วิเชียรชัย ผดุงเกียรติวงษ์. **การบูรณาการวิชามณีเวชสู่สูตินรีเวชกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพมารดา**. วีดีทัศน์การบรรยายโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดและทารกแรกคลอดด้วยวิชามณีเวชเพื่อปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย. ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ; 2553.
18. อาลี แซ่เจียว, พยุงศรี อุทัยรัตน์. ยาเร่งคลอดหรือจะสู้มณีเวช. **What, s New ?การประชุมวิชาการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2557**, 52-56. สุราษฎร์ธานี: อุดมลาภการพิมพ์;2557.
19. Hayajneh Y. **Management for Health Care Professionals Series Systems & Systems Theory**. [online] 2009. Available from:http://www.theinformatician.com/yaseen [cited 22 June2015].
20. วาโร เพ็งสวัสดิ์. **การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development)วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร** 2552;1(2): 1-12.
21. March,A.,McCormack,D. Nursing Theory–Directed HealthcareModifying Kolcaba's Comfort Theory as anInstitution-Wide Approach. **HOLISTIC NURSING PRACTICE**.2009 ;76-80 .
22. มนตรี ศิริเศรษฐ์. การนั่งรอคลอดท่าผีเสื้อแบบมณีเวชต่อการเจ็บครรภ์ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว. **วารสารวิชาการเขต 12**. 2558 ;26 : 13-17.

23. ผกามาศ เภาจี๋, สมชาย หงส์พรรคบุญ, พะเยาว์ ไพรพงษ์, นิภา ศิริวัฒโก. **ผลของการใช้ท่าคลอดธรรมชาติต่อระยะเวลาการรอคลอดและความปวดในหญิงตั้งครรภ์**[ออนไลน์]. โรงพยาบาลบ้านบึง : 2544. แหล่งที่มา http://banbunghospital.com/km/2554/8lr.pdf. [22 มิถุนายน 2558].
24. กิดติมา ด้วงมณี. **ผลของการจัดท่าผีเสื้อประยุกต์ต่อความปวดและปากมดลูกเปิดเร็วในหญิงระยะคลอด** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;2558.
25. ShermerRH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: Moving back to basics. **Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**1997;26(6):727-34.
26. Noble, E. Controversies in Maternal Effort During labor and Delivery. **Journal of Nurse-Midwifery,** 1981;26 (11): 13-22
27. Dick-Read G.**Childbirth without Fear.**5th ed. New York: Harper & Row; 1984.
28. Kayne MA, Greulich MB, Albers LL. Doulas. An alternative yet complementary addition to care during childbirth. **Clin Obstet Gynecol** 2001;44:692-703.
29. ศิวพร สุดเพชร, นันทนา ธนาโนวรรณ, ฉวีวรรณอยู่สำราญและชานนท์เนื่องตัน. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยสามีในระยะที่ 1 ของการคลอดต่อความเครียดความเจ็บปวดและความพึงพอใจต่อการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก.**วารสารสภาการพยาบาล** 2557;29 : 42-54.